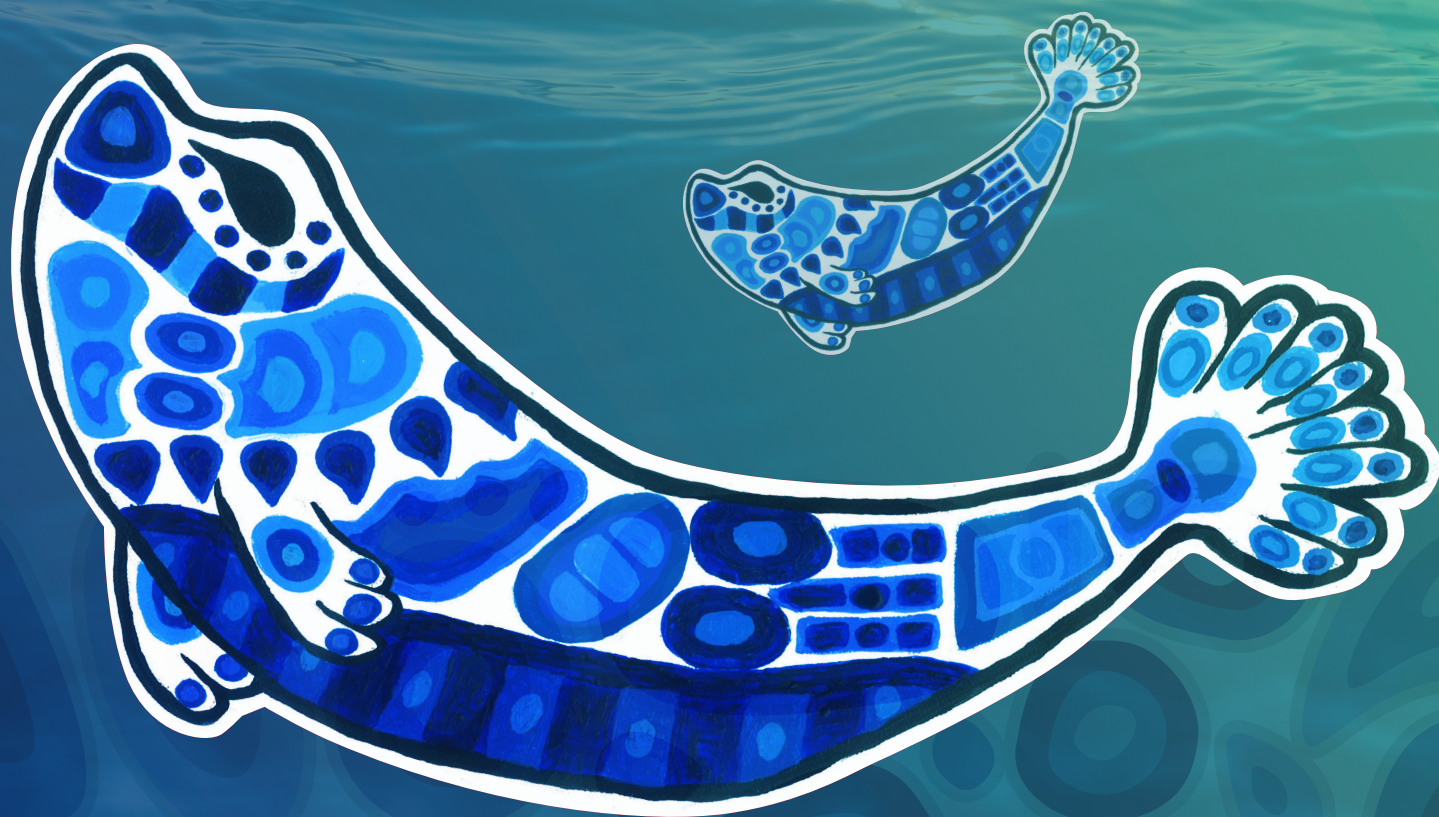


DOCUMENT DE POLITIQUES

LA RÉDUCTION
AUTOCHTONE
DES MÉFAITS

=

RÉDUIRE LES
MÉFAITS DU
COLONIALISME



MISE À JOUR : 19 MARS 2019

La réduction autochtone des
méfaits, c'est de l'amour.

- Wanda Whitebird, porteuse du savoir ancestral



Interagency
Coalition on AIDS
and Development



Coalition
interagence sida
et développement

REMERCIEMENTS

Nous remercions le **Comité consultatif sur la réduction autochtone des méfaits**, pour ses conseils et rétroactions au cours du développement du présent document : Rene Boucher, la Dre Alexandra King, Dawn Lavand, Valerie Nicholson, Chaneesa Ryan, Raye St. Denys, Julie Thomas, Wanda Whitebird et les coordonnateur(-trice)s du projet, Patrick Brownlee et Kate Alexander; toutes les personnes qui ont généreusement partagé avec nous leurs connaissances et leur sagesse lors des groupes de discussion, entrevues téléphoniques et discussions de panel ainsi que dans le cadre du sondage en ligne; et les Aîné-es et personnes porteuses du savoir ancestral qui ont partagé leur savoir avec nous et nous ont aidés à garder l'espace ouvert lors des groupes de discussion, notamment Linda Barkman, Marjorie Beaucage, Sandy Laframboise, Ross Saunders, Leslie Spillett et Wanda Whitebird. Nous remercions également les Aîné-es des Premières Nations, inuits et métis ainsi que les personnes porteuses du savoir ancestral, de garder vivantes les cultures, cérémonies, traditions et langues autochtones, et de transmettre ces savoirs à travers les générations, et cela même lorsqu'il n'était pas sans risque de le faire. La traduction française est de Jean Dussault.

Merci à l'équipe de recherche et de rédaction de **Stronger Circles** (Tracey Prentice, Sharp Dopler et Krista Shore). Votre engagement, votre énergie, votre sensibilité et votre délicatesse tout au long du processus ont été grandement appréciés.

Nos sincères remerciements à **Gabrièle Paradis** pour ses magnifiques illustrations. Gabrièle est une artiste de 15 ans de la nation des Cris de Woodland du Traité no6, à Montreal Lake, SK. Née à Edmonton et ayant grandi à Calgary et à Kingston, Gabrièle habite maintenant à Ottawa depuis 11 ans. Elle puise son inspiration au plus profond d'elle-même et dans les enseignements autochtones. On peut la joindre à gabriele_paradis@yahoo.ca ou par sa page www.facebook.com/GabrieleTheFabulous/

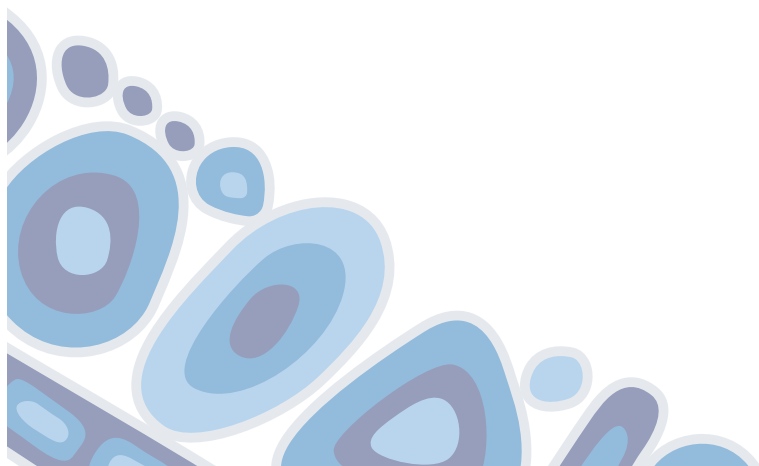
Enfin, merci à **Design de Plume Inc.** d'avoir donné vie à notre travail par le graphisme de cette ressource. Design de Plume Inc. est une entreprise autochtone qui met à profit l'expérience et la culture des communautés pour créer des outils de communication efficaces pour les organismes des Premières Nations, métis et inuits à travers le Canada. Design de Plume Inc. est établi dans le territoire traditionnel des Atikameksheng Anishnaabeg.

Le financement de ce projet a été versé par l'Agence de la santé publique du Canada.



SOMMAIRE

Sommaire exécutif	4
Introduction	5
Contexte	6
La réduction des méfaits	8
La réduction autochtone des méfaits	10
Défis à la réduction autochtone des méfaits	15
Recommandations pour des politiques et pratiques autochtones de réduction des méfaits	18
Conclusion	20
Pratiques prometteuses en réduction autochtone des méfaits	21
Méthodologie	23
Lectures suggérées	24
Références	24



SOMMAIRE EXÉCUTIF

Les peuples autochtones sont forts, de même que leurs communautés et leurs cultures. Les Premières Nations, les Métis et les Inuits, au Canada, ont beau avoir des expériences distinctes, tous ont subi des siècles de colonisation, de persécution et de violence structurelle continue visant à les repousser aux marges de la société. Devant cette oppression, sous les conseils des Aînés et par le biais des cérémonies et des connaissances autochtones locales transmises de génération en génération, les peuples autochtones ainsi que les langues, cultures et traditions autochtones n'ont pas seulement survécu, mais ont connu un regain, une réappropriation et une revitalisation. Ceci ne pourrait pas être plus important qu'aujourd'hui, en pleine crise des opioïdes et des surdoses, au Canada, une crise qui touche les Autochtones de façon disproportionnée.

Il est démontré que les pratiques de réduction des méfaits d'ordre général, comme la distribution de naloxone et la thérapie de substitution aux opioïdes, sauvent des vies. Toutefois, elles ont un point de mire étroit sur les comportements de consommation de substances et n'abordent pas les enjeux sociaux plus larges et les facteurs systémiques qui contribuent à la consommation de substances et la recourent, chez les peuples autochtones. Pour les communautés autochtones, la réduction des méfaits consiste à réduire les méfaits du colonialisme. Ceci signifie que la réduction autochtone des méfaits n'est pas limitée à l'utilisation de substances. Elle est plutôt un mode de vie qui s'intègre aux systèmes traditionnels du savoir, qui considèrent que le monde des esprits, le monde de la nature et l'humanité sont tous connectés. Puisque ces systèmes de savoir et les façons de vivre qu'ils engendrent ont été perturbés par les impacts historiques et continus du colonialisme, le rétablissement de la santé et du bien-être des communautés autochtones nécessite des cadres décolonisateurs pour les politiques et programmes.

À cet effet, les politiques, programmes et pratiques de réduction autochtone des méfaits incluent les éléments suivants.

Décolonisation : aller au-delà de la réponse à la consommation de substances et aux comportements qui s'y rattachent, pour

interroger les systèmes et structures néocolonialistes qui influencent et contraignent les vies des peuples des Premières Nations, inuits et métis, en centrant le pouvoir et le contrôle dans des endroits d'où ils ont été systématiquement retirés.

Ceci implique de soutenir des politiques, des programmes et des pratiques communautaires et dirigés par les pairs, tenant compte des traumatismes, fondés sur les distinctions, culturellement sécuritaires et dotés d'un mécanisme intégré d'autoréflexion pour faire en sorte que les méfaits du colonialisme ne sont pas reproduits.

Autochtonisation : soutenir des politiques, des programmes et des pratiques qui s'enracinent dans les éléments locaux des connaissances, traditions, enseignements et cérémonies autochtones, dans la terre, et dans les langues, selon le cas. **Approche holistique et globale :** établir les conditions dans lesquelles les peuples autochtones peuvent se porter bien, sur les plans mental, physique, émotionnel et spirituel. Ceci consiste également à faire en sorte que les peuples autochtones aient un accès équitable au chapitre de tous les déterminants sociaux de la santé, y compris l'éducation, le logement adéquat, la langue, le territoire ainsi que l'autodétermination culturelle et politique.

Approche inclusive : en plus d'intégrer et de respecter les diverses connaissances et pratiques culturelles locales, les programmes doivent respecter l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, le niveau de littératie, le statut socioéconomique, les antécédents judiciaires, les croyances ou non-croyances spirituelles ainsi que la consommation de substances des client·es. **Approche novatrice et fondée sur les données probantes :** combiner les meilleurs éléments des approches autochtones et générales, pour faire en sorte que les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis aient accès à l'assistance la plus compétente, professionnelle et culturellement pertinente qui soit, en reconnaissant pleinement que les données sont de formes diverses.

Les recommandations pour des politiques et pratiques efficaces de réduction autochtone des méfaits incluent : un *leadership venant de la communauté autochtone*; le *leadership et l'implication des pairs*, et le *soutien à leur égard*; une *approche multisectorielle et à paliers multiples*; des *programmes diversifiés et inclusifs*; des *programmes et pratiques fondés sur les données probantes et assortis de solides volets évaluatifs*, en reconnaissant pleinement que les données sont de formes diverses; et un *financement adéquat, soutenu* et axé sur une vision à long terme.



INTRODUCTION

Les communautés autochtones, d'un océan à l'autre, ont maintes fois demandé à tous les paliers de gouvernement de reconnaître les iniquités flagrantes des conditions sociales et de santé qui ont cours dans les peuples des Premières Nations, inuits et métis, en raison directe des politiques, pratiques et institutions des gouvernements antérieurs et actuels – et d'y répondre. De la Commission royale sur les peuples autochtones¹ jusqu'à la Commission de vérité et réconciliation,² les communautés autochtones ont constamment signalé que des initiatives d'autogouvernance, de décolonisation, un financement adéquat et viable ainsi que des initiatives éclairées et dirigées par la communauté et fondées sur les distinctions, à des paliers multiples et à travers de multiples secteurs, constituent des ingrédients clés pour rétablir les communautés autochtones à des niveaux de santé et de bien-être propices à l'épanouissement. Ceci ne pourrait pas être plus important qu'aujourd'hui, en pleine crise des opioïdes et des surdoses, au Canada, une crise qui touche les Autochtones de façon disproportionnée.^{3,4}

En 2016, devant cette crise, la ministre canadienne de la Santé en poste à l'époque a annoncé une nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances qui a rétabli la place de la réduction des méfaits en tant que pilier central des politiques fédérales du Canada en matière de drogues. Cette stratégie est appuyée par un investissement de 110 millions \$ sur cinq ans (2017-2020).⁵ Une tranche de 30 millions \$ est réservée à la réduction des méfaits, dans le but de soutenir des projets communautaires réduisant les méfaits associés à l'injection de drogues, et étendant des soutiens pour des communautés inuites et des Premières Nations, comme l'augmentation de l'accessibilité de trousse de naloxone et de programmes de suboxone.⁶ Les gouvernements doivent cependant reconnaître que l'utilisation de drogues par injection ou d'autres substances n'est qu'une manifestation de conséquences de siècles de politiques gouvernementales dévastatrices qui continuent d'influencer et

de contraindre la santé des personnes des Premières Nations, des Inuits et des Métis de façons similaires, mais différentes. Par conséquent, en dépit de leur nécessité, les solutions techniques et interventions comportementales ciblées qui constituent le principal élément des approches de réduction des méfaits ne permettront pas à elles seules de résoudre les iniquités complexes de santé et de nature sociale qui forment la base du phénomène de la consommation néfaste de substances.

Comme l'ont signalé Anderson et Champagne, « [L]es drogues, à elles seules, ne sont pas la crise; tant et aussi longtemps que nous continuerons de nous concentrer uniquement sur les drogues, nous en verrons une se résorber et une autre s'élever à sa place. Les vraies crises [dans les communautés des Premières Nations, inuites et métisses] sont les facteurs historiques et actuels [de la colonisation] qui rendent certaines populations plus vulnérables que d'autres à la consommation néfaste de drogues ». ⁷ Nous ne pourrions faire de progrès dans la réduction de l'écart de santé entre les Autochtones et la population générale canadienne qu'à condition de répondre à ces facteurs d'une manière holistique, exhaustive, adaptée à la culture, tenant compte des traumatismes et dirigée par la communauté; et alors seulement, pourrions-nous créer les conditions dans lesquelles les peuples des Premières Nations, inuits et métis pourront réellement aspirer à l'autodétermination.

L'objectif du présent document de politiques est d'établir des approches autochtones à la réduction des méfaits. Nous recommandons également des façons par lesquelles les gouvernements et organismes peuvent intégrer les approches autochtones à la réduction des méfaits dans leurs efforts actuels et futurs visant à soutenir la santé et le bien-être des peuples des Premières Nations, inuits et métis tels que définis par eux dans l'autodétermination et en se basant sur les distinctions.

« Les drogues, à elles seules, ne sont pas la crise; tant et aussi longtemps que nous continuerons de nous concentrer uniquement sur les drogues, nous en verrons une se résorber et une autre s'élever à sa place. Les vraies crises sont les facteurs historiques et actuels qui rendent certaines populations plus vulnérables que d'autres à la consommation néfaste de drogues. »

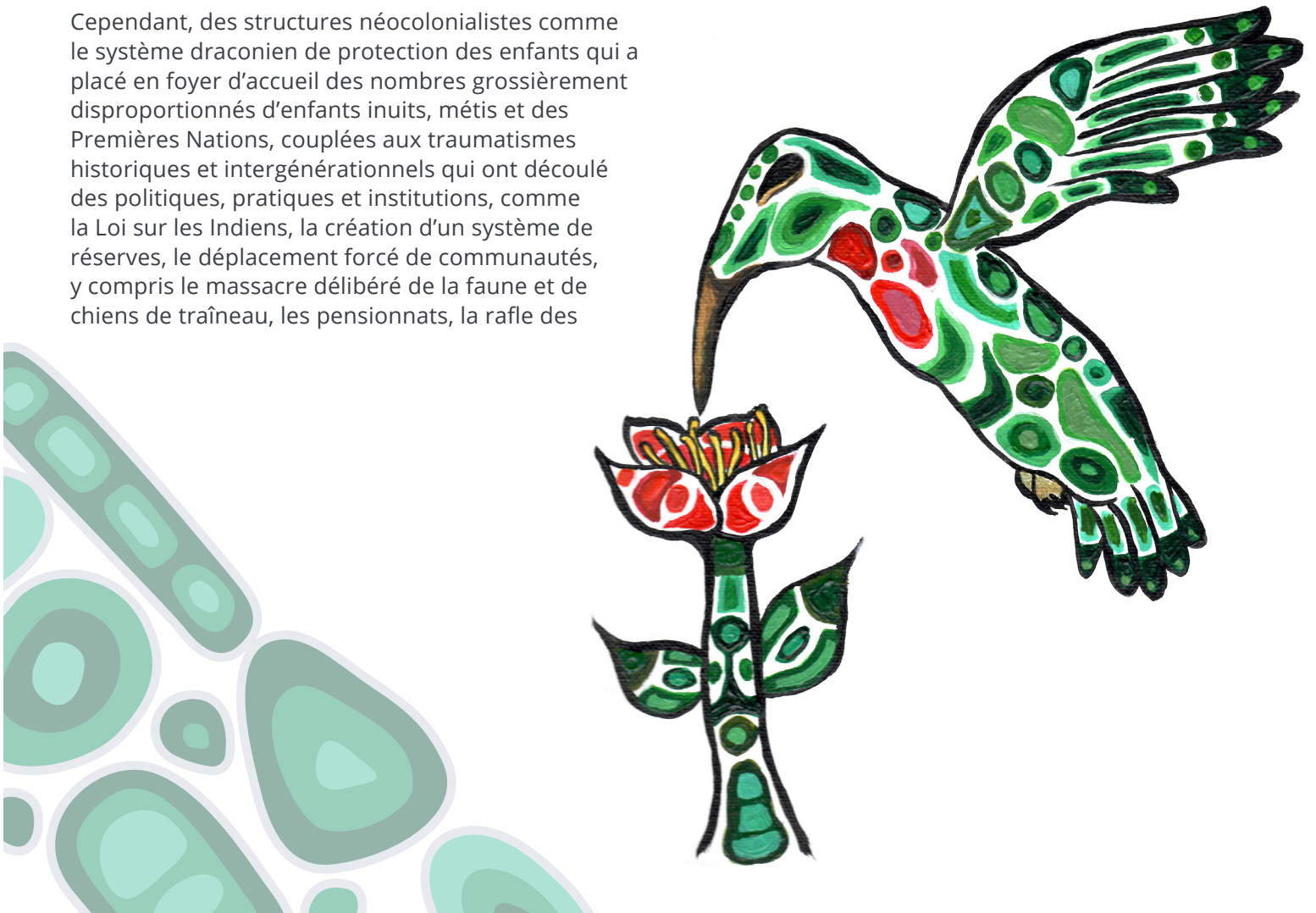
– Anderson and Champagne, 2018

CONTEXTE

Les peuples autochtones sont forts, de même que leurs communautés et leurs cultures. Les Premières Nations, les Métis et les Inuits, au Canada, ont beau avoir des expériences distinctes, tous ont subi et tenté de contrer des siècles de colonisation, de persécution et de violence structurelle continue visant à les repousser aux marges de la société.⁸ Devant cette oppression, sous les conseils des Aîné-es et par le biais des cérémonies et des connaissances autochtones locales transmises de génération en génération, les peuples autochtones ainsi que les langues, cultures et traditions autochtones n'ont pas seulement survécu, mais ont connu un regain, une réappropriation et une revitalisation. Avec la force de leurs ancêtres qui les propulse en avant, les peuples des Premières Nations, inuits et métis travaillent aujourd'hui pour un avenir où leurs enfants, les enfants de leurs enfants, de même que les enfants ultérieurs, sept générations plus tard, pourront s'épanouir.

Cependant, des structures néocolonialistes comme le système draconien de protection des enfants qui a placé en foyer d'accueil des nombres grossièrement disproportionnés d'enfants inuits, métis et des Premières Nations, couplées aux traumatismes historiques et intergénérationnels qui ont découlé des politiques, pratiques et institutions, comme la Loi sur les Indiens, la création d'un système de réserves, le déplacement forcé de communautés, y compris le massacre délibéré de la faune et de chiens de traîneau, les pensionnats, la rafle des

années 60 et la violation des droits autochtones issus de traités, ont eu de graves répercussions sur le mode de subsistance, la santé et le bien-être de nombreux peuples autochtones.^{9,10} À l'échelon populationnel, les peuples autochtones ont encore un accès considérablement inférieur aux déterminants d'une bonne santé, comme le revenu, l'éducation, la sécurité alimentaire et le logement adéquat, en comparaison avec les Canadiens non autochtones.^{11,12} Ces conditions sont inextricablement liées à la surreprésentation des personnes autochtones parmi les jeunes de la rue, les personnes qui consomment de l'alcool ou s'injectent des drogues, qui pratiquent le travail du sexe et qui ont une expérience d'incarcération.¹³ Elles ont également des liens avec l'expérience d'iniquité des peuples autochtones dans la plupart des résultats de santé.¹⁴





Les personnes des Premières Nations ont cinq fois plus de chances d'avoir une surdose et sont trois fois plus susceptibles d'en mourir que les personnes qui ne sont pas des Premières Nations.

- *First Nations Health Authority*

Les différences ont beau être prononcées entre peuples inuits, métis et des Premières Nations, les Autochtones ont une durée de vie inférieure, des taux plus élevés de mortalité infantile, de blessures non intentionnelles et de suicide que les Canadiens non autochtones.¹⁵ C'est particulièrement le cas des Inuits et des Premières Nations. Les Inuits ont une espérance de vie inférieure de 10 ans à celle de leurs contreparties non autochtones; leurs taux de suicide sont 25 fois ceux de l'ensemble de la population canadienne.¹⁶ Les Autochtones sont également cinq fois plus susceptibles de contracter le VHC¹⁷ et 2,7 fois plus susceptibles d'être diagnostiqués d'une infection à VIH¹⁸. L'injection de drogues au moyen d'une seringue non stérile est un des principaux facteurs de risque dans ces deux cas. En 2017, un diagnostic de VIH sur cinq (20 %) au Canada touchait une personne s'identifiant comme autochtone. La majorité de ces personnes étaient des Premières Nations (86,5 %).¹⁹ Les jeunes femmes s'injectant des drogues sont particulièrement affectées.²⁰

Dans le contexte de la crise actuelle des opioïdes et des surdoses, qui a emporté plus de 9 000 vies entre janvier 2016 et juin 2018,²¹ les personnes autochtones sont considérablement surreprésentées. De récentes données de l'Alberta et de la Colombie-Britannique [C.-B.] (les provinces les plus durement touchées par cette crise), indiquent que les personnes des Premières Nations ont cinq fois plus de chances d'avoir une surdose et sont trois fois plus susceptibles d'en mourir que les personnes qui ne sont pas des Premières Nations.^{22,23} Les femmes plus âgées des Premières Nations semblent affectées de manière disproportionnée. En C.-B., à l'inverse de la tendance provinciale générale voyant les hommes plus susceptibles de mourir d'une surdose, les fatalités parmi les Premières Nations sont réparties à parts égales entre les hommes et les femmes. Les femmes des Premières Nations de l'Alberta qui décèdent d'une surdose sont, en moyenne, de 15 à 20 ans plus âgées que leurs contreparties de sexe masculin.²⁴ Des données récentes indiquent également que le taux d'hospitalisation due à la consommation d'opioïdes ou d'autres substances est plus élevé parmi les Métis albertains que les non-Métis, tout comme le taux de

décès accidentels liés à la toxicité des opioïdes.²⁵ En C.-B., les jeunes Autochtones de 14 à 30 ans qui s'injectent des drogues sont 13 fois plus susceptibles de mourir de causes multiples, y compris la surdose, que leurs contreparties non autochtones.²⁶

Il n'y a pas de données concernant spécifiquement les Inuits, les personnes bispirituelles, non binaires ou diverses quant au genre, en lien avec la crise des surdoses. La consommation de substances, dans plusieurs communautés inuites, est cependant liée à des taux plus élevés de suicide et de crimes violents. Au Nunavut, par exemple, 23 % de l'ensemble des décès prématurés impliquaient une consommation excessive d'alcool et 30 % de l'ensemble des homicides avaient un lien avec les drogues et/ou l'alcool.²⁷ Parmi les Nunangats inuits, 82 % des personnes accusées d'homicides avaient consommé de l'alcool.²⁸ De multiples études indiquent des taux plus élevés de consommation de substances parmi les personnes bispirituelles et les Autochtones de genre non binaire ou divers, en conséquence de traumatismes actuels ou historiques ainsi que d'obstacles considérables à l'accès aux soins et services.^{29,30}

Les approches occidentales à la réduction des méfaits, comme les programmes de traitement de l'alcoolisme encadré, les sites de consommation plus sécuritaire, la distribution de seringues stériles et de matériel de consommation de drogues, la naloxone et la thérapie de substitution aux opioïdes, peuvent être des outils efficaces pour réduire les méfaits associés à la consommation de substances. Pour les personnes autochtones, cependant, la réduction des méfaits n'est pas limitée à l'utilisation de substances. La réduction autochtone des méfaits est plutôt un mode de vie qui s'intègre aux systèmes traditionnels du savoir, qui considèrent que le monde des esprits, le monde de la nature et l'humanité sont tous connectés. Puisque ces systèmes de savoir et les façons de vivre qu'ils engendrent ont été perturbés par les impacts historiques et continus du colonialisme, le rétablissement de la santé et du bien-être des communautés autochtones nécessite des cadres décolonisateurs pour les politiques et programmes.

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

« Réduction des méfaits » est une expression complexe et chargée de valeurs, le plus souvent associée à des approches de santé publique conçues pour atténuer les conséquences néfastes de la consommation de stupéfiants (alcool et autres drogues). Sur le fondement des principes occidentaux du pragmatisme, de l'humanisme, du point de mire sur les préjugés, du rapport coûts/bienfaits, de même que de la priorité accordée aux objectifs immédiats,³¹ des pratiques qui étaient auparavant disparates comme les programmes d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone ont émergé, au Canada et ailleurs dans le monde, en tant que pratiques de « réduction des méfaits » ou de « réduction des risques », vers la fin des années 1980 et le début de la décennie suivante, en réponse à l'augmentation des nombres de diagnostics de VIH et de sida parmi les personnes consommant des drogues par injection.³² Plusieurs de ces initiatives initiales étaient dirigées par des pairs. Avec le temps, la réduction des méfaits est venue à englober un éventail de politiques, pratiques et programmes ayant des effets démontrés pour réduire les méfaits susceptibles de s'associer à la consommation de substances. Ces mesures incluent les sites de consommation plus sécuritaire, les programmes de seringues et d'aiguilles, les programmes de traitement de l'alcoolisme encadré, les refuges où la consommation d'alcool est autorisée, les programmes d'éducation et de proximité ainsi que la distribution de naloxone. La philosophie de la réduction des méfaits est également appliquée à l'activité sexuelle et inclut dans ce domaine la distribution de condoms, l'éducation sur les relations sexuelles plus sécuritaires ainsi que les interventions de proximité.

L'approche de la réduction des méfaits a toutefois été critiquée pour son point de mire trop étroit sur des interventions technologiques ou comportementales qui font fi du contexte plus général de ces comportements.³³ Ce phénomène est parfois appelé « fonctionnement en silos » (ou qualifié de cloisonné), parce qu'il isole artificiellement un aspect

de l'expérience humaine, des autres, et passe outre aux expériences qui se recoupent entre elles et s'imbriquent. En ne portant attention qu'à la consommation de substances, par exemple, sans s'occuper du racisme, du traumatisme, de la pauvreté, de l'itinérance ou d'autres déterminants affectant la santé, on ne peut pas modifier grandement la situation d'une personne à long terme.³⁴

Ceci est également vrai lorsque le point de mire de la réduction des méfaits porte sur le changement individuel et ignore les systèmes et structures où l'individu doit fonctionner. Dans le contexte de la réduction autochtone des méfaits, par exemple, accroître l'accès des personnes autochtones aux services généraux de réduction des méfaits susmentionnés passe à côté du besoin plus grand de démanteler les structures et systèmes coloniaux qui sont responsables du risque plus marqué de consommation accrue de substances chez certaines personnes. Comme l'a signalé une grand-mère de la communauté, Leslie Spillett :

La réduction des méfaits dans la collectivité générale concerne des « choix » individuels, et non le changement systémique. [Elle] ne regarde pas les phénomènes à plus grande échelle. Si l'on ne s'occupe pas des enjeux plus larges, tous les échanges de seringues du monde n'arriveront pas à changer quoi que ce soit. Des gens vont continuer de se tourner vers la médication pour essayer de se sentir mieux.

Ceci est particulièrement vrai si les personnes autochtones rencontrent du racisme ou de la discrimination en tentant de recourir à ces services. Ceci cause encore plus de méfaits et empêche des personnes autochtones de recourir ultérieurement à des services dont elles ont grand besoin.³⁵

« Je crois qu'en réalité si les modèles généraux de réduction des méfaits fonctionnaient pour les Autochtones, ils ne seraient pas cinq fois plus susceptibles de mourir d'une surdose. Ça ne fonctionne pas pour eux, la réduction des méfaits d'approche générale. Car les chiffres ne seraient pas ce qu'ils sont. »

- Un-e participant-e à un groupe de discussion

Un troisième type de compartimentation se manifeste lorsque les programmes, politiques ou pratiques de réduction des méfaits ne portent que sur un aspect de la santé, comme la santé physique, et négligent les dimensions mentales, émotionnelles et spirituelles. Cette séparation artificielle fragmente l'expérience humaine et priorise de manière inappropriée un aspect au détriment des autres. Comme l'a suggéré l'Aînée métisse Marjorie Beaucage : « Les personnes autochtones ne se considèrent pas comme un corps, ou une chose ... [Nous devons traiter] la personne complète, et pas seulement un comportement. »³⁶ Donner priorité à la santé physique plus qu'à d'autres aspects de la santé globale a pour effet de rendre ces autres aspects invisibles ou sans importance.

La réduction des méfaits dans la collectivité générale est critiquée pour son point de vue étroit sur l'individu et son exclusion de la famille, des ami-es, de la communauté et d'autres relations. Pour les personnes autochtones, les individus sont inextricablement connectés à tous les autres éléments de la création, y compris la famille, la communauté, la terre et l'Esprit – et en ce sens, la santé d'un individu est en lien avec tous ces éléments.³⁷ Les individus sont des mères, des frères, des tantes, des oncles et des cousin-es. Ces personnes évoluent dans des réseaux de relations qui ont des effets dans leur vie quotidienne, donc leur exclusion des programmes de réduction des méfaits équivaut à exclure une partie des personnes. Comme l'a affirmé Marama Pala, une activiste maori :

*[Les gouvernements] doivent cesser de regarder les choses par compartiments. Les services maoris cherchent à avoir cette communication et à travailler de façon globale. La famille doit être là, doit être hébergée à l'hôpital, etc. Cela nous rend plus fort-es et nous différencie de la collectivité générale.*³⁸

Le point de mire sur les statistiques, plutôt que sur les personnes, est un autre aspect critiqué des programmes généraux de réduction des méfaits. Les biais biomédicaux et scientifiques, à considérer les mesures quantitatives comme étant une norme de preuve plus élevée que les mesures qualitatives, conduisent parfois à se concentrer sur le nombre de personnes jointes par un programme de réduction des méfaits plutôt que sur la qualité de l'expérience du client ou de la cliente. Comme l'a indiqué un participant à un groupe de discussion :

*« La santé est malheureusement divisée en petites boîtes, ce qui est une manière occidentale coloniale de faire les choses. Et même ce [document de politiques] va aller au système colonial, donc ils ne pensent pas à la communauté, ils ne pensent pas à l'individu, ils pensent comme ceci : “Nous vous donnons 10 millions de dollars, il faut arriver à désintoxiquer 100 000 personnes”. C'est comme ça qu'ils pensent. »*³⁹

Ce point de mire sur les mesures quantitatives au détriment des mesures qualitatives, sur les chiffres plutôt que sur les personnes et sur les relations, dévalorise les Savoirs autochtones et prive les communautés autochtones de l'occasion de développer et de mettre en œuvre des politiques et programmes de réduction des méfaits qui s'enracineraient dans les réalités autochtones, les modes de savoir des Autochtones et leur façon d'être.

« La réduction autochtone des méfaits signifie réduire les méfaits du colonialisme. »

– Rawiri Evans, éducateur maori

LA RÉDUCTION AUTOCHTONE DES MÉFAITS

Dans les peuples autochtones, la réduction des méfaits peut être contentieuse et contestée. Les personnes et communautés qui associent étroitement la réduction des méfaits avec les drogues, l'alcool ou le sexe rejettent l'idée même de la réduction des méfaits, et ce en dépit de la dévastation qu'elles ont pu vivre en lien avec les opioïdes ou l'alcool; le rejet est basé principalement sur des motifs moralistes qui sont considérés comme une conséquence de siècles de colonisation et de christianisation. Par contre, plusieurs communautés autochtones voient non seulement les bienfaits humains, sociaux et de santé que permet la réduction des méfaits, mais également sa perspective philosophique et historique plus large qui correspond aux Savoirs, cultures et traditions autochtones.^{40,41} Pour ces personnes, la réduction des méfaits inclut une attention à la consommation plus sécuritaire de substances ou aux pratiques sexuelles plus sécuritaires, tout en étant beaucoup plus large que ces seuls éléments. Pour ces personnes, « la réduction des méfaits est une façon de vivre », en fait.⁴² C'est l'amour, le non-jugement et la non-interférence. Cela est enraciné dans les Savoirs autochtones et les visions autochtones sur le monde, en combinaison avec le meilleur de ce que peut offrir le monde occidental, et axé sur l'objectif de mitiger les méfaits flagrants de la colonisation et tout ce que celle-ci a forgé. Pour ces peuples autochtones, la réduction autochtone des méfaits peut inclure les aspects et éléments suivants :

1. **Décolonisation.** La réduction autochtone des méfaits reconnaît que plusieurs des iniquités sociales et de santé rencontrées par les personnes inuites, métisses et des Premières Nations sont une conséquence et une réponse à leur expérience historique et continue de la colonisation. Les taux élevés de consommation de substances, souvent considérés comme une tentative de composer avec des traumatismes extrêmes ou multiples, font partie de ces iniquités. À proprement parler, les interventions d'ordre général qui abordent la consommation de substances de façon étroite, comme l'expansion des programmes de naloxone ou de suboxone, sont nécessaires afin de sauver des vies mais elles sont insuffisantes pour répondre adéquatement aux méfaits interconnectés de la colonisation (y compris le racisme), de la consommation préjudiciable d'alcool ou de drogues, de l'exercice préjudiciable du travail du sexe et du commerce du sexe, de la pauvreté, de l'itinérance et de la violence, pour ne nommer que quelques éléments. Afin d'aborder ce contexte plus large, la réduction autochtone des méfaits doit aller au-delà de la réponse à des comportements individuels, pour « interroger ces enjeux plus larges »,⁴³ les enjeux systémiques et structurels qui ont influencé et contraint les vies des peuples des Premières Nations, inuits et métis.

Recentrage du pouvoir et du contrôle. Une caractéristique centrale d'une réduction des méfaits qui décolonise est qu'elle aide l'individu à reconnaître et à renverser l'impact de la colonisation, dans sa vie, par la création consciente et délibérée de cadres, milieux, systèmes et infrastructures qui « centrent le pouvoir et le contrôle dans des endroits d'où ils ont été systématiquement retirés ... La colonisation consiste à retirer du pouvoir et du contrôle, donc le moyen de commencer à renverser la situation est d'honorer l'adulte »,⁴⁴ en honorant l'agentivité et l'autodétermination des individus et des communautés, et en ayant confiance qu'ils sachent ce dont ils ont besoin. Les principes du non-jugement et de la non-interférence, ou de s'adapter à la situation de chaque personne, sont fondamentaux.

« Lorsqu'une personne autochtone se joint à un groupe de non-autochtones, sa voix n'est pas entendue. Elle est réduite au silence. Lorsqu'on est dans un groupe spécifiquement autochtone, on peut parler des traumatismes historiques. Il y a une conscience de la nécessité de reconnaître d'où nous venons ainsi que les traumatismes historiques et intergénérationnels. Nous avons besoin de parler de cela ET des forces qui viennent de la connaissance de notre culture. Savoir qui je suis en tant que personne autochtone contribue à réduire les méfaits. »

– Trevor Stratton, Panel sur l'autochtonisation de la réduction des méfaits, SIDA 2018

Concrètement, à l'échelon individuel des personnes qui recourent aux services, ceci signifie de placer les besoins de l'individu au premier plan. Ceci signifie : des services à bas seuil ou sans seuil d'admissibilité, des milieux de confiance où les gens peuvent être eux-mêmes, et un personnel formé et compatissant qui peut demander aux gens ce dont ils ont besoin et travailler pour répondre à ce besoin dans l'immédiat. Comme l'a expliqué Marjorie Beaucage, une aînée métisse bispirituelle :

« Déjà, que les gens se sentent accueillis et en sécurité dans toute situation, c'est de la réduction des méfaits, à mon sens... N'expulsez pas les gens. Ne posez pas de barrières. Si les gens sont dérangeants, [nous] devons faire preuve de bonté et leur demander de quoi ils ont besoin. Les gens vous le diront, et vous commencez par ça. S'ils ont faim, nourrissez-les. S'ils ont besoin d'un ticket d'autobus, trouvez-en un. Répondez à [leurs] besoins du moment. Posez-leur la question. Les gens ont un besoin d'appartenance et ont besoin de se sentir comme des êtres humains. Il y a trop de limitations [dans les services], qui font que les besoins des gens ne peuvent pas être comblés; trop de hiérarchies des besoins. Oublions les règles et les mesures, soyons tout simplement dans le moment présent. »⁴⁵

Fondement communautaire et leadership des pair-es. Aux échelons du développement et de la mise en œuvre des programmes, centrer le pouvoir et le contrôle signifie que les communautés autochtones, leurs organismes et les personnes ayant une expérience vécue doivent être des leaders ou être impliqués à chaque étape du processus,⁴⁶ et que cette participation doit être locale. L'imposition ou l'importation de programmes ou de modèles de prestation de services (quel qu'ait été leur degré de succès dans d'autres régions) sans le leadership de la communauté locale et des pairs constitue un déni de l'agentivité et de l'autodétermination de la communauté, et renforce les relations de pouvoir inégal. Cela conduit, de plus, à des programmes inefficaces

et peu durables.⁴⁷ Il est crucial de centrer l'expérience et le leadership des pair-es, des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de drogues (ou de toute autre problématique centrale à l'initiative), puisque ces personnes sont les expertes de leurs propres besoins de santé et de réduction des méfaits, de même que des besoins de leurs pair-es. Il s'agit du principe décrit par la revendication « Rien à notre sujet sans nous ».

Prise en compte des traumatismes. La réduction des méfaits décolonisatrice signifie que les clients autochtones ont probablement vécu de multiples traumatismes, ce qu'on appelle parfois des traumatismes complexes, qui ont donné initialement lieu à leur besoin de services. Ceci signifie que les organismes, les systèmes et les fournisseurs de services doivent tenir compte des traumatismes. C'est-à-dire, i) avoir conscience de l'impact à grande échelle du traumatisme et comprendre les avenues possibles de la guérison; ii) reconnaître les signes et symptômes de traumatisme chez les clients, les membres de la famille, les employé-es et les autres personnes qui font partie du système; iii) répondre en intégrant à part entière les connaissances du traumatisme, dans les politiques, procédures et pratiques; et iv) résister activement à la re-traumatisation.⁴⁸ Ceci signifie que tous les membres du personnel, autochtones ou pas, doivent recevoir une formation sur les pratiques tenant compte des traumatismes.

Fondement sur les distinctions et adaptation culturelle. La réduction des méfaits décolonisatrice signifie de créer des espaces culturellement adaptés, où l'on reconnaît, accepte et affirme les identités de toutes les personnes inuites, métisses et des Premières Nations qui utilisent les services, y compris celles qui sont bispirituelles, de genre non binaire ou non conforme. Ceci requiert de reconnaître les différences de pouvoir qui existent entre les intervenant-es en services et les client-es, et d'accepter et de créer des espaces pour que la diversité des personnes autochtones se sentent physiquement, mentalement, émotionnellement, spirituellement et culturellement en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins.

« Il faut que des gens de ces quartiers travaillent dans ces quartiers. Des gens heureux sortant de l'université, pour travailler là, non. La plupart d'entre eux ne comprennent pas. Ils n'ont jamais eu aucune difficulté de la sorte, donc ils ne les comprennent pas. »

- Un-e participant-e à un groupe de discussion

Ceci signifie aussi de reconnaître les histoires uniques des nations inuites, métisses et des Premières Nations ainsi que les ressemblances et différences entre elles et au sein de chacune, et de fournir une représentation culturelle et des conseils culturellement appropriés ainsi que des connexions pertinentes. Les enseignements des Premières Nations, par exemple, ne sont pas appropriés pour des clients inuits, tout comme les enseignements inuits ne sont pas appropriés pour les personnes qui s'identifient comme des Métis-ses. Ceci signifie de reconnaître que les Autochtones ne s'intéressent pas tous à la spiritualité autochtone; et également de créer des lieux accueillants où les personnes peuvent être en connexion avec le Spirituel de la façon qui est sensée pour elles. Ceci peut inclure le christianisme, l'islam ou d'autres formes de spiritualité.⁴⁹ Ceci signifie également de remettre en question doucement, tout en travaillant de manière respectueuse, les programmes et perspectives qui citent des « valeurs traditionnelles » pour justifier l'exclusion des cérémonies traditionnelles ou des modes de guérison traditionnels des personnes qui consomment des substances, ou qui ne correspondent pas à l'aspect binaire du genre.⁵⁰

« Nous devons comprendre comment le christianisme a eu des impacts sur notre culture. Nous avons été colonisés, donc nous sommes encore tous influencés par cela, même dans les cérémonies. Parfois nous faisons des choses inconsciemment et sans réaliser à quel point la colonisation nous affecte. »

– Une grand-mère de la communauté, Leslie Spillet

Caractère réflexif. Pour réaliser ces choses, les programmes de réduction des méfaits doivent être dotés d'un mécanisme intégré d'autoréflexion permettant d'inciter les individus qui en sont chargés à comprendre et à évaluer leurs propres biais et tendances. Comme l'a expliqué Leslie Spillet, grand-mère de la communauté : « [L]e projet colonial se poursuit et nous devons nous observer et examiner l'impact qu'il a sur nous. Nous devons [tous] être conscients de nos biais » et comprendre comment nous les imposons à d'autres personnes. Par exemple, la hiérarchie tacite mais tangible des substances socialement acceptables, du café jusqu'aux médicaments d'ordonnance comme pour le cœur ou le diabète, de l'alcool à la marijuana médicinale, jusqu'à l'héroïne et aux autres opioïdes – des croyances déterminant quelles substances sont acceptables à consommer et lesquelles ne le sont pas, doit être examinée et faire l'objet d'une prise de conscience, avant que ces croyances puissent être remises en question.⁵¹ De plus, un grand nombre de cérémonies et traditions autochtones renforcent les perspectives binaires concernant le genre; ceci exclut et affecte les personnes autochtones bispirituelles, non binaires et de genre divers, notamment par la stigmatisation, la discrimination et l'isolement social. Les binarités concernant le genre doivent être remises en question dans une démarche de réflexion personnelle et collective, pour faire en sorte que les méfaits du colonialisme ne sont pas reproduits.

- 2. Autochtonisation.** La réduction autochtone des méfaits est « une réduction des méfaits formée par la sagesse et les pratiques culturelles des Autochtones ». ⁵² Ce sont des politiques, des programmes et des pratiques qui s'enracinent dans les éléments locaux de leurs connaissances, traditions, enseignements et cérémonies, dans la terre, et dans les langues, selon le cas. Autochtoniser la réduction des méfaits ressemble en quelque sorte, mais avec des différences, à la décolonisation de la réduction des méfaits. Décoloniser les politiques et programmes est une tentative de déconstruire ou de démanteler les politiques et programmes actuels qui sont enracinés dans la pensée coloniale; et autochtoniser les politiques et programmes consiste à bâtir quelque chose de nouveau qui s'enracine dans les modes de savoir autochtones. Nous pouvons concevoir la décolonisation et l'autochtonisation comme un continuum; la décolonisation est une première étape nécessaire, mais insuffisante, d'une réorientation des politiques, programmes et pratiques en vigueur afin de mieux répondre aux besoins des personnes des Premières Nations, inuites et métisses. Les alliés et organismes non autochtones, par exemple, peuvent et doivent prendre la responsabilité de décoloniser leurs politiques, programmes et pratiques, mais l'autochtonisation de ces éléments doit se faire en partenariat entier et sensé avec les peuples et communautés autochtones. L'autochtonisation de la réduction des méfaits doit comporter les caractéristiques suivantes :

Fondée sur la culture. Une approche de réduction autochtone des méfaits qui tient compte des connaissances locales et des visions autochtones du monde est plus facilement acceptée par les peuples autochtones et a de plus grandes chances de produire des impacts positifs à long terme.^{53,54} Ceci signifie de concevoir, intégrer et mettre en œuvre des programmes et des pratiques qui « privilégient les interconnexions entre le spirituel, le naturel et l'être : refléter une orientation sacrée quant au lieu et à l'espace; englober une fluidité du savoir échangé entre le passé, le présent et le futur, permettant une croissance et une évolution constantes et dynamiques du savoir; et honorer la langue et l'oralité comme des modes importants de transmission des connaissances ».⁵⁵ Il arrive fréquemment, toutefois, que le traumatisme, les impacts de la colonisation, la déconnexion de la terre, de la communauté, de la famille et de soi-même entraînent la perte d'intérêt pour les pratiques spirituelles et le recours à celles-ci.⁵⁶ L'autochtonisation de la réduction des méfaits, par conséquent, signifie concevoir des programmes et des pratiques qui valorisent et appuient les relations entre individus, familles et communautés, et trouver des moyens de les connecter ou de les reconnecter à la terre et à l'Esprit de la façon qui leur convient le mieux. Collaborer avec les Aînés et avec les porteurs du savoir ancestral, dans la conception et la prestation de la réduction autochtone des méfaits, est crucial. Comme nous l'avons mentionné, cependant, être ouvert et accueillant à l'égard de l'Esprit sous toutes ses formes est à la fois une reconnaissance de l'impact de la colonisation et un travail pour le réparer.

Fondée sur les forces. La réduction autochtone des méfaits se concentre sur le bien-être plutôt que sur la maladie; sur les forces plutôt que sur les faiblesses; et sur les attributs plutôt que sur les lacunes. Elle est

tournée vers l'avenir, avec respect et révérence pour les expériences de vie individuelles et collectives qui nous ont menés où nous en sommes aujourd'hui. L'approche générale de la réduction des méfaits est fondée sur le modèle biomédical qui définit de façon caractéristique la santé comme l'absence de maladie. Elle est d'orientation pathogénique (origine des maladies) et travaille avant tout à identifier une maladie puis à y répondre par une gamme d'interventions principalement techniques. Par contraste, les approches autochtones à la réduction des méfaits sont d'orientation « salutogénique » (origines de la santé) et travaillent avant tout à comprendre ce que constituent la santé et le bien-être dans un contexte particulier, puis misent sur les forces intrinsèques de l'individu, de la famille, de la communauté et de la culture, pour progresser vers cette vision.

Dirigée par les Autochtones. Qu'un programme soit fourni par un organisme autochtone ou non autochtone, les programmes autochtones de réduction des méfaits doivent être conçus, développés et réalisés par, pour et avec des personnes des Premières Nations, inuites et métisses dans des rôles de leadership significatif et approprié. Comme nous l'avons mentionné, le leadership autochtone devrait être local et devrait inclure des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de substances. Il ne suffit pas d'avoir un représentant autochtone à la table; il ne suffit pas non plus d'avoir une consultation après la prise de décisions. La décision de développer ou de mettre en œuvre un programme de réduction des méfaits dans une communauté doit venir de cette communauté même. Ceci ne signifie pas qu'il n'y ait pas de rôle pour des personnes non autochtones. Au contraire, il y a un grand besoin de former des alliés non autochtones afin qu'ils travaillent aux côtés des Autochtones; mais le leadership et le développement de ces programmes doivent relever des Autochtones.

« [Nous devons] toujours intégrer la réduction des méfaits dans les cérémonies. Bien des gens pensent que la réduction des méfaits concerne seulement les drogues et les problèmes – ils ne voient pas que le problème est que plusieurs membres de nos communautés n'ont pas accès à ces cérémonies et ces traditions qui les interpellent. »

– Une grand-mère de la communauté, Leslie Spillet

3. **Approche holistique et globale.** La réduction autochtone des méfaits reconnaît et applique la connaissance selon laquelle la consommation néfaste de substances dans les peuples des Premières Nations, inuits et métis est une petite facette des iniquités sociales et de santé injustifiées et injustes qui s'enracinent dans l'expérience historique et persistante de la colonisation. La réduction autochtone des méfaits consiste à établir les conditions dans lesquelles les peuples des Premières Nations, inuits et métis peuvent se porter bien, sur les plans mental, physique, émotionnel et spirituel. Elle consiste également à faire en sorte que les peuples autochtones aient un accès équitable au chapitre de tous les déterminants de la santé, y compris l'éducation, le logement adéquat, l'emploi et le revenu adéquat, la langue, le territoire ainsi que l'autodétermination culturelle et politique. Comme l'a signalé une personne dans un groupe de discussion :

« [Nous] devons également tenter de répondre à la pauvreté, dans le cadre de la réduction des méfaits, et à l'itinérance, dans le cadre de la réduction des méfaits. Il ne s'agit pas seulement de cesser de consommer des drogues; il ne s'agit pas que de réduire un dommage dans un domaine. Nous devons regarder l'ensemble, c'est une personne dans son ensemble, un processus dans son ensemble. »⁵⁷

La réduction autochtone des méfaits, par conséquent, doit être multisectorielle, plurigouvernementale et à paliers multiples. La responsabilité de réduire les méfaits de la colonisation doit être partagée entre les diverses sphères – politiques, gouvernementales et fournisseurs de services. Le fait de positionner la réduction des méfaits comme un élément de soins de santé, et de limiter sa portée à la consommation de substances, permet aux gouvernements et aux bailleurs de fonds d'aborder la réduction des méfaits comme un enjeu isolé, et de détourner des fonds très nécessaires d'autres domaines (comme le logement) – au lieu de coordonner une approche sérieuse englobant tous les secteurs.

4. **Approche inclusive.** En plus d'intégrer et de respecter les diverses connaissances et pratiques culturelles locales, les programmes doivent respecter l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, le niveau de littératie, le statut socioéconomique, les antécédents judiciaires, les croyances ou non-croyances spirituelles ainsi que la consommation de substances des client-es.⁵⁸ Un des impacts de la colonisation est la réplique des structures coloniales dans les communautés et organismes autochtones, créant des hiérarchies et des échelles de valeurs pour l'engagement de la communauté, à tout palier, résultant en des sentiments d'exclusion, une déconnexion plus marquée et un sentiment de honte. Ces hiérarchies créent des obstacles aux services et à l'appartenance communautaire, pour les personnes qui ne se sentent pas être « assez » ou qui ne sont pas considérées d'un « niveau

suffisant » – par exemple, pas assez autochtones, pas assez sobres, pas assez bonnes ou pas assez conformes (ou *straight*). Comme l'a signalé une personne :

« Si vous me dites que je ne peux pas venir (à votre programme) parce que je consomme, alors vous me dites que je ne mérite pas de guérir. Tant qu'on n'est pas assez "propre", on n'est pas assez bon. J'ai déjà un sentiment intérieur de ne pas être assez bon, et ce message ne fait que confirmer mon sentiment de base. »⁵⁹

Cette exclusion des services et de la communauté a un impact dévastateur sur les individus dont la réponse au traumatisme non guéri, à la souffrance, à la perte et à la colonisation inclut de consommer des substances. Pour les personnes bispirituelles, non binaires et de genre divers, la perte des compréhensions autochtones du genre, à cause de la colonisation et des pensionnats, signifie qu'elles doivent lutter pour être acceptées par la communauté en raison de l'ignorance, de la peur, de la stigmatisation et des agressions à l'encontre des personnes homosexuelles ou trans. Par conséquent, l'autochtonisation de la réduction des méfaits doit inclure des efforts pour briser les obstacles de toutes sortes; pour redonner leur place d'honneur aux personnes bispirituelles, non binaires et de genre divers, dans leurs communautés et Nations; et pour créer des programmes, politiques et pratiques à caractère inclusif et où toutes les personnes autochtones peuvent se sentir accueillies et respectées.

« [La stigmatisation, l'agression homophobe et transphobe] sont très réelles, dans les cérémonies. Je ne peux même pas amener mon partenaire aux cérémonies car iel s'identifie comme non binaire. Iel ne peut vraiment pas choisir un côté, et ce n'est pas rassurant à vivre, pour une personne. Nous devons comprendre cela, et ces conversations sont difficiles, dans nos communautés autochtones. »

- Un-e participant-e à un groupe de discussion

5. **Approche novatrice et fondée sur les données probantes.** Une réduction autochtone des méfaits combine les meilleurs éléments des approches autochtones et générales, pour faire en sorte que les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis aient accès à l'assistance la plus compétente, professionnelle et culturellement pertinente qui soit. Ceci nécessite d'utiliser les meilleures données disponibles pour concevoir et mettre en œuvre les politiques et les pratiques, tout en reconnaissant pleinement que les données sont de formes diverses. Les programmes de la collectivité générale, comme les échanges de seringues, les sites d'injection plus sécuritaire ou la distribution de naloxone peuvent être salvateurs et vitaux à court terme, mais qu'afin qu'ils soient efficaces pour réduire les méfaits de la colonisation ils doivent être combinés de façon novatrice avec des approches autochtones qui ont résisté à l'épreuve du temps, comme la connexion avec d'autres personnes autochtones telles que les Aînés, le développement de relations, le témoignage narratif, la participation à des cérémonies et à des activités ancestrales enracinées dans la terre, la pratique des arts et artisanats autochtones contemporains, la revitalisation des langues et la réintégration de l'identité autochtone. Les programmes autochtones de réduction des méfaits doivent également inclure une solide composante d'évaluation et d'analyse qui respecte les savoirs occidentaux et autochtones, pour faire en sorte que les Autochtones puissent avoir accès au meilleur des deux mondes.

"A recent review of Indigenous community studies published between 1990 and 2015 has shown that despite much rhetoric about the importance of community development interventions designed, implemented and evaluated in partnership with Indigenous communities, only 31 such evaluations were published in this 25 year period and they were of low methodological quality."

- Clifford and Shakeshaft, 2017

DÉFIS À LA RÉDUCTION AUTOCHTONE DES MÉFAITS

La réduction autochtone des méfaits, cependant, n'est pas dépourvue d'obstacles. En dépit d'une base importante et croissante d'appuis à l'égard des principes susmentionnés, il existe à tous les paliers des obstacles à leur mise en œuvre; ces facteurs doivent être examinés et pris en compte lors de la conception, du développement et de la mise en œuvre de programmes, de pratiques et de politiques.

1. **Opposition entre abstinence et réduction des méfaits.** Bien qu'un solide corpus de données scientifiques démontre l'efficacité de la réduction des méfaits, ce n'est pas une approche que tout le monde accepte comme étant une approche valide ou soutenable pour traiter la consommation de substances; il en est ainsi également dans les peuples autochtones. Un débat continu, dans plusieurs communautés autochtones, concerne l'impression de dichotomie opposant l'abstinence et la réduction des méfaits; dans certaines communautés inuites, métisses et des Premières Nations, même l'expression « réduction des méfaits » est contestée. Pour que des approches autochtones à la réduction des méfaits réussissent, il est nécessaire que les communautés et leurs leaders, comme les chefs et conseils élus, les Aîné-es, les personnes porteuses du savoir ancestral et autres individus en position de leadership, arrivent à faciliter ou à susciter des conversations sur les avantages et les inconvénients de chaque approche, ainsi que des terrains d'entente. L'équipe du bien-être autochtone de la First Nations Health Authority a formé 180 personnes, dans les diverses régions de la Colombie-Britannique, sur la facilitation de ces conversations, dans le cadre de son programme de formation des formateurs appelé *Not Just Naloxone: Talking About Substance Use in Indigenous Communities*. Ces conversations pourraient permettre de sauver des vies.⁶⁰

« [Il s'agit de] parler de l'approche dans une perspective aidante et compatissante, et de faire très attention à ce langage étranger de la réduction des méfaits, et alors ça n'est plus cette grosse affaire effrayante que vient faire quelqu'un de l'extérieur. Examiner le langage de la culture et de la tradition ainsi que des aspects de la réduction des méfaits, comme la patience, l'éducation, le sens des priorités concrètes, l'acceptation de la personne là où elle en est – puis examiner ces liens et utiliser le langage que nous avons comme Autochtones au sujet de l'entraide et du soutien. Je crois que, de notre point de vue, c'est comme ça que nous parlons de la réduction autochtone des méfaits. La réduction des méfaits, c'est de l'amour. »

– Un-e participant-e à un groupe de discussion

2. Stigmatisation. Le principal obstacle à la réduction autochtone des méfaits est la stigmatisation, incluant ses causes et ses conséquences. Dans certaines communautés autochtones, on croit si vivement à l'abstinence que l'on stigmatise même le langage de la réduction des méfaits. Cela peut conduire à interdire les services de réduction des méfaits dans certaines communautés, en dépit du nombre de gens qui ont un besoin évident de soutien. Cela peut également conduire les personnes qui ont besoin de services à les éviter, par peur d'être stigmatisées ou de faire l'objet de discrimination. Dans certains cas, la stigmatisation de la consommation de substances et des conditions qui y sont parfois associées (pauvreté, itinérance, expérience d'incarcération et comportements dérangeants) est si marquée que les personnes rencontrent des obstacles non seulement à la réduction des méfaits (à la fois générale et autochtone), mais aussi des obstacles à l'appartenance communautaire, à la participation aux activités culturelles et au recours à des services sociaux et de santé. Ceci peut causer un isolement plus grand et conduire à une consommation accrue de substances afin de composer avec la douleur de l'exclusion. L'insistance sur une période d'abstinence avant l'accès à des services ou cérémonies, par exemple, est un obstacle que plusieurs personnes qui consomment des substances trouvent intenable. Cela peut même menacer la vie. Les expressions couramment associées à l'abstinence, « période *clean* », être ou rester *clean*, et liées à la guérison, sont également stigmatisantes. Ces expressions, mettant l'accent sur les déficits et manquements, plutôt que sur des atouts, sous-entendent qu'une personne qui n'est pas *clean* est malpropre, et par

conséquent lacunaire; qu'une personne en rétablissement est une personne qui retourne à un état « normal » de santé, donc qu'elle vivait dans un état anormal ou déviant. Les valeurs et les jugements intrinsèques à ces expressions constituent des obstacles additionnels qui intensifient l'exclusion des personnes qui consomment des substances. L'intersection de la stigmatisation et du racisme est particulièrement flagrante. Cette association parfois mortelle est bien documentée.⁶¹ L'adoption d'approches autochtones à la réduction des méfaits peut contrer la stigmatisation et la discrimination sous toutes leurs formes; cela peut non seulement sauver des vies, mais donner vie à des individus et des communautés qui luttent quotidiennement pour décoloniser et autochtoniser leur avenir.

3. Obstacles aux services. Les personnes des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont aux prises avec plusieurs obstacles qui nuisent à la réduction des méfaits et à des services connexes; notamment la crainte de stigmatisation et de discrimination venant principalement de fournisseurs de services sociaux et de santé qui ne sont pas autochtones. Ces peurs sont exacerbées, chez les personnes qui consomment des substances, en particulier si elles ont des liens avec d'autres segments du système social et qu'on y considère la consommation de substances comme un défaut de caractère, une violation des conditions de remise en liberté ou un motif d'éviction ou de perte de la garde de ses enfants. Pour les personnes qui désirent accéder à des services, la disponibilité est souvent un problème, en raison d'une couverture inégale et inadéquate selon les régions du pays. Les gens des

centres urbains ont l'accès le plus sûr aux services, mais ceux-ci pourraient manquer de pertinence culturelle, ne pas être appropriés ou avoir une portée limitée. Certains services pourraient par ailleurs ne pas être accessibles aux personnes qui n'ont pas le statut d'Autochtone, en raison d'exigences juridictionnelles du financement. Pour les personnes vivant en milieu rural ou éloigné, ou encore dans des réserves ou des communautés nordiques, où les services et la connaissance des services existants sont limités, voire nuls, « le recours à des services de réduction des méfaits ou à d'autres services de santé nécessite de surmonter des obstacles comme le coût du transport, les responsabilités familiales, les engagements liés au travail, l'absence de services de garde d'enfants et la stigmatisation liée à la consommation de drogues et au traitement ».⁶² Les préoccupations touchant la vie privée et la confidentialité peuvent être particulièrement prononcées, pour les personnes qui ont besoin de services dans de petites communautés. De plus, les personnes inuites, métisses ou des Premières Nations qui sont incarcérées rencontrent des obstacles additionnels à la réduction des méfaits. La plupart d'entre elles n'auront aucune possibilité d'accès à des seringues stériles; de plus, l'accès à des thérapies de substitution est inégal, peu fiable ou pire. Les substituts opioïdes et autres soutiens pourraient être particulièrement importants au moment de la remise en liberté : à ce tournant, les taux de surdose sont entre 30 et 140 fois plus élevés que ceux de la population générale, en raison de la tolérance réduite aux substances chez les détenus-es.

4. Manque de financement adéquat et durable. En dépit d'investissements du gouvernement fédéral pour répondre à la crise actuelle des opioïdes, les services de réduction des méfaits sont outrageusement sous-financés dans toutes les régions – et en particulier la réduction autochtone des méfaits. Même des services élémentaires et existant depuis longtemps, comme les programmes de seringues, ont un financement qui est loin d'être adéquat.⁶³ Les initiatives communautaires, là où il en existe, continuent d'avoir du mal à survivre, dans les réserves, hors réserve et dans les communautés nordiques.⁶⁴ Même des initiatives qui connaissent du succès, comme le Mamisarvik Inuit Healing Centre (le seul centre de traitement spécifiquement inuit du Canada, dont la feuille de route est éloquent), ont rencontré des manques à gagner qui les ont forcées à fermer leurs portes un certain temps.⁶⁵ Ce financement à la pièce, souvent temporaire, des initiatives autochtones de réduction des méfaits et de rétablissement, menace les programmes et met des vies en danger.

La situation menace également la viabilité à long terme d'initiatives dirigées par des pair-es ou qui en impliquent. Les programmes de pairs reçoivent rarement un financement adéquat pour soutenir des postes rémunérés de pairs à temps plein. Ils ne reçoivent pas non plus de financement pour des programmes de bien-être en milieu de travail pour les pair-es qui sont aux premières lignes de la crise des opioïdes et des crises connexes; or plusieurs de ces pair-es sont eux-mêmes aux prises avec leurs propres défis dans la vie ainsi que ceux de leurs « client-es ».⁶⁶

« Nous avons besoin de plus de financement pour des programmes et groupes autochtones ainsi que pour des pairs coordonnateurs expérimentés. Si vous souhaitez autochtoniser la réduction des méfaits, il faut qu'un cercle de guérison ait lieu chaque jour de la semaine. Il faut qu'il y ait ces points de contact et ces lieux sécuritaires pour nous tous et toutes. Nous luttons entre nous pour des miettes et cela affecte le travail. »

- Un-e participant-e à un groupe de discussion

RECOMMANDATIONS POUR DES POLITIQUES ET PRATIQUES AUTOCHTONES DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

1. **Leadership venant de la communauté autochtone.**

Les politiques et programmes de réduction des méfaits doivent être conceptualisés, dirigés et mis en œuvre par les personnes et communautés autochtones, et inclure les personnes ayant une expérience vécue de la consommation de substances. L'histoire nous a révélé que l'imposition de pratiques de l'extérieur n'a pas seulement été inefficace, mais a souvent causé des préjudices. Les peuples autochtones sont les experts, au sujet de ce dont ils ont besoin pour redonner l'équilibre de la santé globale aux individus, aux familles et à la communauté à plus grande échelle – ce qui constitue l'essence de la réduction autochtone des méfaits. Par conséquent, il est impératif de soutenir le leadership autochtone dans son développement de politiques et de pratiques autochtones de réduction des méfaits qui soient décolonisatrices et enracinées dans les savoirs autochtones et les visions autochtones du monde.

2. **Leadership et implication des pairs, et soutien à leur égard.**

Impliquer des pairs dans des rôles de leadership est un principe central de la réduction autochtone des méfaits; et soutenir des pairs dans l'accomplissement de leur travail est crucial à sa réussite. Les personnes qui ont une expérience vécue sont les expertes, concernant leurs propres besoins de santé et de réduction des méfaits ainsi que ceux de leurs pairs. Elles sont souvent les premières à reconnaître des crises émergentes et à y répondre, et les dernières à recevoir du soutien émotionnel ou financier pour ce qu'elles font. Lorsqu'il y a des lacunes dans les services, ou que le financement de programmes est aboli, les pair-es sont les personnes qui remplissent les trous, parce qu'ils et elles comprennent mieux que personne que nos vies dépendent les unes des autres, que chaque vie a de la valeur, et que nous avons tous besoin d'aide de temps en temps. L'implication des pairs est la base de la réduction autochtone des méfaits, et elle nous mène une étape plus en avant, vers la décolonisation, l'autodétermination et le centrage du pouvoir et du contrôle dans les mains des personnes les plus marginalisées. Pour réussir, cependant, les pair-es doivent recevoir une compensation adéquate pour leurs efforts. Ils et elles doivent également avoir accès à du counselling autochtone traditionnel, ou général, ou à d'autres formes de soutien émotionnel qui leur permettent de prendre soin de leur propre souffrance et traumatisme ainsi que des traumatismes interposés des personnes avec lesquelles ils et elles travaillent.

« Je suis fier de travailler avec des pairs. Eh bien, je dois faire quelque chose correctement, car je les vois s'épanouir. Ils ont fait leurs choix. Nous pouvons leur offrir une bouée pour survivre, et leur faire savoir qu'ils ont des choix, qu'ils peuvent sortir de la situation où ils sont, puis se sentir en sécurité et aimés. C'est l'ensemble de l'approche. En plus de leur laisser nous dire ce dont ils ont besoin. »

- Un-e participant-e à un groupe de discussion

3. **Approche multisectorielle et à paliers multiples.**

Conformément à l'appel à l'action 18 de la Commission de vérité et de réconciliation, les gouvernements et les fournisseurs de services doivent reconnaître que la consommation néfaste de substances s'inscrit dans un tissu beaucoup plus large d'iniquités sociales et de santé qui découlent de l'héritage continu de la colonisation. L'utilisation d'interventions uniquement comportementales et/ou technologiques, comme les sites d'injection plus sécuritaire, les programmes de seringues ou les programmes de traitement de l'alcoolisme encadré, pour aider à atténuer les conséquences néfastes associées à la consommation de substances, est une réponse nécessaire mais insuffisante. Ces interventions salvatrices, toutes vitales qu'elles soient pour le bien-être des individus, des familles et des communautés, doivent faire partie d'un ensemble global et intersectoriel de politiques et de programmes qui abordent la personne complète dans le contexte de sa famille, de sa communauté et de sa Nation. N'aborder qu'un seul aspect des enjeux qui contribuent à la consommation néfaste de substances est contre-productif.

« La réduction des méfaits, ça ne concerne pas uniquement les substances, ça ne commence même pas là. Les substances ne sont que l'élément qui te conduit à y entrer. »

- Un-e participant-e à un groupe de discussion

4. **Diversité et inclusion.** La réduction autochtone des méfaits n'est pas une approche à taille unique. Les politiques, le financement et les pratiques doivent reconnaître et soutenir les besoins uniques de chaque personne, de chaque communauté et de chaque Nation, y compris la diversité qui existe au sein des peuples inuits, métis et des Premières Nations ainsi qu'entre eux; en milieu urbain, en milieu rural et dans les réserves; des personnes cisgenres, bispirituelles, non binaires et diversifiées sur le plan du genre; et des jeunes; tout en tenant compte des antécédents socioéconomiques et d'incarcération. À chaque groupe, des besoins uniques auxquels on peut répondre dans le contexte local – mais toutes les personnes doivent être les bienvenues dans des espaces d'où certaines ont été écartées.
5. **Données probantes et évaluation.** Pour faire en sorte que les peuples des Premières Nations, les peuples inuits et les peuples métis aient accès aux meilleurs programmes et pratiques en matière de réduction des méfaits, il faut un plus grand nombre de programmes autochtones de réduction des méfaits assortis de solides volets évaluatifs. Jusqu'ici, les données sont rares mais elles concordent à l'appui de programmes culturellement adaptés qui abordent la consommation de substances pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Cependant, « [i]l faut des études bien conçues pour répondre à la question de la meilleure correspondance relationnelle et contextuelle selon les pratiques culturelles d'un lieu et d'un temps particuliers ainsi que du groupe populationnel. »⁶⁷ Les évaluations de programmes doivent par conséquent tenir compte de divers types de données et doivent honorer et reconnaître le fait que les communautés autochtones savent ce qui leur convient le mieux. Pour cela, les gouvernements doivent financer des initiatives axées sur la communauté et dirigées par elles.
6. **Financement adéquat, soutenu et axé sur une vision à long terme.** En dépit de l'engagement de 2017 du gouvernement fédéral à fournir 30 millions \$ pour la réduction des méfaits, et de récentes décisions ayant conduit à ce qu'un tiers (7 sur 28) des projets financés en matière de réduction des méfaits concernent les peuples autochtones, les programmes de réduction autochtone des méfaits demeurent sérieusement sous-financés dans toutes les régions du pays. Même des interventions fondamentales et qui existent depuis longtemps, comme l'échange de seringues, ont un financement qui est loin d'être adéquat, et les initiatives communautaires fonctionnent continuellement avec des budgets minimaux. Le soutien aux pairs et aux organisateurs populaires est souvent le premier aboli, lorsque les fonds deviennent rares. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que le fédéral doivent fournir un financement adéquat et soutenu pour une réduction autochtone des méfaits qui suive une vision à moyen ou long terme, qui soit de portée globale ou plurisectorielle. Le soutien aux initiatives communautaires devrait inclure du financement explicite pour des initiatives dirigées par les pairs et adaptées à la culture.

CONCLUSION

La crise des opioïdes et des surdoses ainsi que le fardeau disproportionné du VHC et du VIH dans les communautés autochtones ont attiré notre attention sur la réduction des méfaits associés à l'usage de drogues par injection. Pour sauver des vies, il est crucial d'élargir et de développer des politiques et programmes qui se fondent sur les données probantes et qui combinent les approches générales et autochtones à la mitigation de ces méfaits. En ce qui concerne les communautés autochtones, cependant, la réduction des méfaits va beaucoup plus loin que la réduction des méfaits de la consommation de substances : la réduction autochtone des méfaits englobe les méfaits associés au colonialisme et à son héritage de traumatisme, de même que les structures néocoloniales qui continuent d'opprimer et de réprimer les peuples et communautés autochtones. La réduction autochtone des méfaits consiste à rencontrer chaque personne là où elle en est; à pratiquer le non-jugement et la non-interférence; à promouvoir la

souveraineté et l'autodétermination; à bâtir des relations avec des personnes, et non avec des comportements; à aider les personnes à se reconnecter à leur culture, à leurs traditions et cérémonies, à leurs langues et à leur terre; à inclure les familles et les communautés dans les soins continus; et à faciliter leur accès à la santé et aux services sociaux dont elles ont besoin. Les gouvernements et les fournisseurs et fournisseuses de services doivent reconnaître que la réduction autochtone des méfaits est un mode de vie fondé sur le respect mutuel et la relationnalité, et non une intervention comportementale limitée dans le temps. Ils et elles doivent élargir leur vision et leur portée afin d'inclure des politiques et des programmes propices à décoloniser les institutions et à faire pencher la balance du pouvoir et du contrôle vers les communautés autochtones, de manières qui appuient l'autodétermination des Premières Nations, des Métis et des Inuits. En outre, les gouvernements doivent fournir un financement adéquat et soutenu à ces initiatives identifiées par la communauté et contrôlées par elle.



PRATIQUES PROMETTEUSES EN RÉDUCTION AUTOCHTONE DES MÉFAITS

1. **AIDS Saskatoon – Utiliser les langues des Premières Nations et des Métis pour éduquer des communautés nordiques et éloignées, au sujet de la transmission du VIH et du VHC**

En 2018, afin d'offrir aux communautés nordiques, rurales et éloignées, en Saskatchewan, les outils dont elles ont besoin pour faire cesser la transmission du VIH et de l'hépatite C, AIDS Saskatoon, avec le leadership de son directeur général autochtone, Jason Mercredi, a publié des dépliants sur le VIH et sur l'hépatite C en langues dené et crié.⁶⁸ L'organisme a également lancé une campagne de promotion du condom, intitulée #wrapitupSK, qui lui a valu des honneurs. Il s'agissait d'une initiative où les jeunes autochtones de communautés nordiques avaient à choisir des slogans humoristiques pour des enveloppes à condoms; les résultats ont été distribués en quatre langues : crié, dené, michif et anglais. En octobre 2016, immédiatement après le lancement de la campagne, la distribution de condoms a connu une augmentation de 20 %. Un site Web associé à la campagne montre les 35 emplacements où l'on peut se procurer des condoms; il offre également une liste de sites de dépistage ainsi que des informations sur les ITS et le VIH, la contraception, des faits amusants à propos des condoms ainsi qu'une vidéo démontrant l'utilisation efficace des condoms.^{69, 70}

2. **TORO (Tenant Overdose Response Organizers) – Engager la participation des pairs pour réduire les préjudices du croisement des crises du logement et des surdoses d'opioïdes parmi les individus socialement isolés**

Le programme *Tenant Overdose Response Organizers* (TORO) [locataires organisateurs de réponse aux surdoses], dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, est une réponse novatrice et efficace de réduction des méfaits, devant les taux élevés de surdoses et de décès accidentels d'opioïdes, à Vancouver, dont une proportion de 88 % a lieu dans des résidences privées. Le programme TORO a été développé par le *Single occupancy room* (SRO) *hotels Collaborative* et financé par la Ville de Vancouver. Il est un exemple prometteur de programme communautaire de réduction des méfaits dirigé par les pairs : des locataires des maisons de chambres reçoivent une formation pour devenir des organisateurs de réponse des locataires aux surdoses, et sont soutenus pour faire un travail de proximité auprès d'autres locataires de leur maison de chambres, organiser des formations des locataires pour l'utilisation de la naloxone, et distribuer des trousse de naloxone ainsi que d'autre matériel de réduction des méfaits là où ils en observent le besoin. TORO utilise une combinaison novatrice des approches générale et autochtone à la réduction des méfaits; ce faisant, il outille des locataires autochtones à faire un travail de proximité auprès de leurs voisins autochtones et non autochtones, et à fournir du soutien culturel et spirituel aux autres locataires, en ce qui concerne le deuil et la perte. Le programme TORO est une intervention

efficace en matière de surdose : il sauve des vies, renforce les capacités de la communauté et atténue la stigmatisation – mais il a été entravé par des obstacles structurels comme le manque de soutien émotionnel, y compris en matière de deuil pour les locataires organisateurs qui ont répondu à des dizaines de surdoses, et dans certains cas qui ont perdu des ami-es ou des membres de la famille en raison de surdoses. De futurs programmes TORO auraient intérêt à être dotés d'un soutien structurel plus intégré et plus solide, y compris pour les locataires organisateurs, de même que d'un financement approprié et soutenu.^{71, 72}

« Le Programme TORO a été mis sur pied parce qu'on voyait mourir nos ami-es et des membres de notre famille et de la communauté, en grand nombre. Nous vivons dans des maisons de chambres et nous savons qu'il faut prendre soin les uns des autres. Les locataires des maisons de chambres ont besoin de formation, d'équipement et d'un soutien intégré et continu, pour bâtir des réseaux de soins. Nous faisons ce travail sans porter de jugements. Les locataires organisateurs aident les gens à se tenir debout et à se faire entendre, à réduire la stigmatisation et à se rapprocher pour former des liens entre les maisons de chambres. Nous nous entraïdons et nous renforçons les uns les autres. Nous sommes une famille et notre réseau familial grandit. »

- Une locataire organisatrice participante au Programme TORO, Samantha Paranteau

3. **Spruce Wood Sundance Family : Décoloniser la cérémonie autochtone**

En réponse à la stigmatisation associée au VIH et à d'autres infections transmissibles par le sang, comme l'hépatite C, les leaders de la Spruce Wood Sundance [événement de la Danse du soleil], à Spruce Wood (Manitoba), ont développé une brochure sur les pratiques de routine lors des cérémonies autochtones de guérison (« Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies »), pour éduquer « les guérisseurs, les aidants, les danseurs et les participants à la cérémonie » à propos des pratiques, ou précautions universelles, en présence d'une possibilité de contact avec du sang humain. Les personnes autochtones vivant avec le VIH et l'hépatite C disent depuis longtemps se sentir exclues des cérémonies en raison d'une stigmatisation et d'un manque de compréhension des modes de transmission d'infections. En traitant le sang de tout le monde de la même façon, en soulignant qu'il n'est pas nécessaire de dévoiler le statut VIH ou VHC d'une personne et en éduquant le lectorat au sujet de la transmission du VIH et du VHC, le dépliant atténue les méfaits potentiels pour les personnes qui vivent avec des infections transmissibles par le sang, car il réduit la stigmatisation tout en créant un climat sûr et accueillant, lors des cérémonies.⁷³

4. **Initiative 13 Lunes de réduction des méfaits – Un projet dirigé par les pairs, fondé sur les atouts et enraciné dans la culture, pour les jeunes Autochtones qui consomment des drogues**

Développé en réponse au décès d'un jeune membre de la communauté, la *13 Moons Harm Reduction Initiative* est un projet de réduction des méfaits dirigé par les pairs, fondé sur les atouts et enraciné dans la culture afin de réduire les méfaits chez les jeunes Autochtones qui consomment des drogues à Winnipeg. Fondé sur le Four Fires Model of Indigenous Harm Reduction⁷⁴ proposé par le Native Youth Sexual Health Network, 13 Lunes est un programme de 13 semaines sur la saine sexualité et la réduction des méfaits, qui inclut de donner une formation à des jeunes qui consomment ou ont consommé des drogues, pour les habiliter à faire un travail de proximité auprès d'autres jeunes Autochtones qui consomment. Le projet opérera dans le North End et le centre-ville de Winnipeg, dans

les secteurs à prévalence élevée de consommation de drogues coïncidant avec des taux élevés de transmission de maladies infectieuses; il présentera des événements communautaires afin de promouvoir des lieux culturellement adaptés pour inciter les jeunes à adopter des pratiques de réduction des méfaits et à recourir à des services et soins de santé plus généraux. Le projet est dirigé par l'organisme Aboriginal Youth Opportunities (AYO!), qui est dirigé par de jeunes Autochtones, pour les jeunes Autochtones, en partenariat avec le regroupement Ka Ni Kanichihk. Fondée en 2018, l'initiative 13 Moons est une pratique prometteuse pour réduire les méfaits chez les jeunes Autochtones.⁷⁵

5. **Centre inuit de guérison Mamisarvik – Pour une guérison tenant compte des traumatismes et ancrée dans la culture**

Mamisarvik est un programme de traitement spécifiquement inuit et qui se concentre sur la guérison éclairée par les traumatismes, en réponse à la consommation de substances et à la violence sexuelle et domestique, dans une approche adaptée à la culture et axée sur le bien-être. Situé à Ottawa (Ontario), le programme sert des clients inuits du nord et du sud, en anglais et en inuktitut. Les clients participent à des séances de jour, qui portent sur le traumatisme, la dépendance, l'histoire inuite, la gestion de la colère, des sujets par groupes de discussion selon le genre, de même que sur l'affirmation et les soins continus. Des Aînés offrent des connaissances de guérison ancestrales et incorporent des activités sur le terrain. Le personnel est principalement inuit; il soutient également les clients en soirée par des activités récréatives qui incluent la thérapie par l'art, l'artisanat inuit, les compétences de vie, des visites dans des centres communautaires ainsi qu'à des groupes de soutien au rétablissement. Des aliments du terroir, comme le caribou, le phoque et l'omble de l'Arctique, sont préparés par un chef inuk qui y travaille à temps plein. Le programme Mamisarvik a connu un vif succès de 2003 à 2016, puis a dû fermer ses portes en raison d'un manque de financement. Sa réouverture est prévue en 2019, avec une capacité de 10 lits et des plans d'expansion ultérieure. Il s'agit du seul programme au Canada qui soit spécifiquement inuit.⁷⁶

« Ce lieu transforme les gens. Vous constatez un changement dans leur vie. Vous voyez une vie où les personnes commencent à rêver et à s'aimer elles-mêmes. À se pardonner. À pardonner les autres. Ce sont des choses majeures, qui arrivent ici, pour les gens. »

- Coordonnateur de programme à Mamisarvik

6. **First Nations Health Authority – Programme de formation des formateurs *Not Just Naloxone*, sur la consommation de substances dans les communautés autochtones**

L'atelier de formation des formateurs *Not Just Naloxone* [Pas seulement la naloxone] de la First Nations Health Authority [Régie de santé des Premières Nations] dure trois jours. Il a été développé en réponse à la compréhension selon laquelle la crise des opioïdes et les impacts de la dépendance dans les communautés des Premières Nations trouvent racine dans les effets à long terme et continus du colonialisme, des pensionnats, de la rafle des années 60, du racisme et du vol de terres. Fondé sur le savoir et les forces autochtones, et sur la notion que la réduction des méfaits n'est pas un concept nouveau pour les communautés autochtones, l'atelier aborde la peur et la stigmatisation qui existent dans certaines communautés, à l'égard de la consommation de substances et de la réduction des méfaits; et il donne aux participant-es les outils nécessaires pour faciliter et recadrer ces discussions, dans leurs communautés. Les participant-es reçoivent une formation afin de devenir à leur tour des formateurs et formatrices pour la réponse aux surdoses par la naloxone, pour décoloniser la réponse à la toxicomanie et pour autochtoniser la réduction des méfaits. L'atelier aide les participant-es à répondre à la consommation problématique de substances et aux empoisonnements accidentels, au moyen de formations qui sont fondées sur la culture, la connexion et le développement de relations, y compris la nécessité d'impliquer dans ce travail des personnes qui consomment. L'Équipe du bien-être autochtone parcourt la Colombie-Britannique, depuis deux ans, et a présenté cette formation *Not Just Naloxone* à 180 personnes, qui à leur tour ont donné la formation à des membres de leurs propres communautés. Un rassemblement de ces participant-es, en décembre 2018, a démontré à quel point ces formations avaient été utiles et efficaces.^{77,78}

MÉTHODOLOGIE

Nous avons utilisé des moteurs de recherche de types universitaire et public ainsi que des recommandations de dépositaires d'enjeux de premier ordre afin d'identifier des documents soumis à l'examen des pairs, de même que de la littérature grise, de 2000 à 2018, en lien avec : 1) la consommation de substances ou la réduction des méfaits; et 2) les Premières Nations, les Inuits, les Métis ou les Autochtones; 3) au Canada ou dans le monde. Nous avons également procédé à quatre consultations en personne (à Vancouver, Regina, Ottawa et Thunder Bay) et à quatre entrevues téléphoniques, organisé une discussion de panel international, et reçu cinq réponses à notre sondage en ligne ciblé. Au total, nous avons entendu 41 dépositaires d'enjeux. De ce nombre de participants, 58 % (24/41) avaient une expérience en cours ou passée d'injection de drogue; 22 % (9/41) étaient des Aîné-es ou des personnes porteuses du savoir ancestral; et 34 % (14/41) étaient des fournisseurs ou fournisseuses de services sociaux ou de santé. Quatre-vingt-quinze pour cent (39/41) du nombre de ces dépositaires d'enjeux s'auto-identifiaient comme étant des Autochtones. La grande majorité était des Premières Nations. Une proportion de 24 % (10/41) étaient bispirituelles ou s'identifiaient comme étant trans ou LGBTQ. De plus, 92 personnes venant de 38 pays ont complété la phrase « La réduction autochtone des méfaits, c'est _____ », lors d'un congrès international sur le VIH.

« La formation à la réduction autochtone des méfaits est si excellente, de revenir à la communauté, car c'est notre approche plutôt que l'approche occidentale. Il est vraiment important que nous poursuivions ce travail. »

- Une participante à l'atelier



LECTURES SUGGÉRÉES

Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2017). Tavva: National Inuit Sexual Health Strategy. Consulté à : https://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/Tavva_SexualHealth_English.pdf

Native Youth Sexual Health Network (2016). Indigenous Harm Reduction: The Four Fires Model. Consulté à : <http://www.heretohelp.bc.ca/visions/indigenous-people-vol11/indigenizing-harm-reduction>.

Whakapapa/How Te Ara Whakamana: The Mana Enhancement Model. (2017). <http://www.akosolutionz.com/mana-enhancement/mana-enhancement-overview>.

First Nations Health Authority. (nd). Indigenous Harm Reduction Principles and Practices. [Feuille d'information] Consulté à : <http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA-Indigenous-Harm-Reduction-Principles-and-Practices-Fact-Sheet.pdf>.

L'Association des femmes autochtones du Canada. (2018). Transformer notre réponse aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive – Qu'est-ce que les soins de santé tenant compte des traumatismes? https://www.nwac.ca/wp-content/uploads/2018/10/STBBI-Fact-Sheets-ALL-FINAL-FR_13-end.pdf.

Réseau canadien autochtone du sida. (s.d.). Harm Reduction Implementation Guide. Consulté à : <http://librarypdf.catie.ca/PDF/ATI-30000s/30001.pdf>.

RÉFÉRENCES

¹ Canada. (1996). Commission royale sur les peuples autochtones. À l'aube d'un rapprochement : Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Consulté à : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014597/1100100014637>.

² 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. Consulté à : http://www.trc.ca/assets/pdf/French_Executive_Summary_Web.pdf.

³ CBC News. (3 août 2017). First Nations people 5 times more likely to overdose in B.C., data shows. Consulté à : <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-overdose-crisis-first-nations-1.4234067>.

⁴ Métis Nation of Alberta. (2 mai 2018). Métis Nation of Alberta Releases Opioid Data and Action Plan. Consulté à : <http://albertametis.com/2018/05/metis-nation-alberta-releases-opioid-data-action-plan-2/>.

⁵ Gouvernement du Canada. (2017). Chapitre 3 : Un Canada fort à l'échelle nationale et internationale. Dans Le budget de 2017 : Bâtir une classe moyenne forte. Consulté à : <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/chap-03-fr.html>.

⁶ Santé Canada. (10 avril 2017). Le budget de 2017 prévoit des fonds fédéraux supplémentaires pour lutter contre la crise des opioïdes. Consulté à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/04/le_budget_de_2017prevoitdesfondsfederauxsupplementairespourlutte.html.

⁷ Anderson, M., et Champagne, M. (29 avril 2018). « Crystal Meth is a colonial crisis and its root causes must be addressed ». CBC News. Consulté à : <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/crystal-meth-colonial-crisis-opinion-1.4639133>.

⁸ 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. Consulté à : http://www.trc.ca/assets/pdf/French_Executive_Summary_Web.pdf.

⁹ Dell, C., Lyon, T., Cayer, K. (2010). The Role of 'Kijigabandan' in Understanding Harm Reduction Policies and Programs for Aboriginal Peoples. Native Social Work Journal, Vol 7, pp. 109-137.

¹⁰ Dell, C., Lyons, T. (2007). Harm reduction policies and programs for persons of Indigenous descent. Harm Reduction for Special Populations in Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Consulté à : <https://www.addictionresearchchair/wp-content/uploads/Harm-Reduction-Policies-and-Programs-for-People-of-Aboriginal-Descent.pdf>.

¹¹ Inuit Tapirit Kanatami. (2018). Inuit Statistical Profile. Consulté à : <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/08/Inuit-Statistical-Profile.pdf>.

¹² Reading, C., Wien, D. (2009). Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Consulté à : <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf>.

¹³ King, A. (Février 2015). L'hépatite C chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C de CATIE. Toronto, ON. Consulté à : <https://www.catie.ca/fr/hepatitec-premieresnations-inuits-metis>.

¹⁴ Agence de la santé publique du Canada. (2018). Les principales inégalités en santé au Canada – Sommaire exécutif. Ottawa: Ministère de la Santé.

¹⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2018). Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018. Ottawa: Ministère de la Santé. Consulté à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.html>.

¹⁶ Inuit Tapirit Kanatami. (2018). Inuit Statistical Profile. Consulté à : <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/08/Inuit-Statistical-Profile.pdf>.

¹⁷ Fayed, King, et coll. (2018). In the eyes of Indigenous people in Canada: exposing the underlying colonial etiology of hepatitis C and the imperative for trauma-informed care. Canadian Liver Journal 1.3. doi: 10.3138/canlivj.2018-0009.

- ¹⁸ King, A. (Février 2015). L'hépatite C chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Dialogue délibératif national sur les programmes et services intégrés en matière d'hépatite C de CATIE. Toronto, ON. Consulté à : <https://www.catie.ca/fr/hepatitec-premieresnations-inuits-metis>.
- ¹⁹ Haddad N, Li JS, Totten S, McGuire M. Le VIH au Canada : Rapport de surveillance, 2017. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2018;44(12):324-32. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2018-44/issue-12-december-6-2018/ccdrv44i12a03f-fra.pdf>.
- ²⁰ Jongbloed, K., Pearce, M., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerai, L., Christian, W., Henderson, E., Sharma, R., Blair, A., Yoshida, E., Schechter, M., et Spittal, P., the Cedar Project Partnership. (2017). The Cedar Project: mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. JAMC 6 novembre 2017 189 (44) E1352-E1359; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.160778>.
- ²¹ Gouvernement du Canada. (12 décembre 2018). Aperçu des données nationales sur les méfaits et les décès liés aux opioïdes. Consulté à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioïdes/donnees-surveillance-recherche/mefaits-deces.html>.
- ²² Jongbloed, K., Pearce, M., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerai, L., Christian, W., Henderson, E., Sharma, R., Blair, A., Yoshida, E., Schechter, M., et Spittal, P., the Cedar Project Partnership. (2017). The Cedar Project: mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. JAMC 6 novembre 2017 189 (44) E1352-E1359; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.160778>.
- ²³ Alberta First Nations Information Governance Centre. (2017). Opioids and Substances of Misuse among First Nations People in Alberta. Gouvernement de l'Alberta. Consulté à : <https://open.alberta.ca/dataset/cb00bdd1-5d55-485a-9953-724832f373c3/resource/31c4f309-26d4-46cf-b8b2-3a990510077c/download/opioids-substances-misuse-report-firstnations-2017.pdf>.
- ²⁴ Belzak, L., Halverson, J. (2018). Evidence synthesis – La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, Juin 2018 38(6): 224-233. Consulté à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-38-no-6-2018/ar-03-fra.pdf>.
- ²⁵ Métis Nation of Alberta. (2 mai 2018). Métis Nation of Alberta Releases Opioid Data and Action Plan. Consulté à : <http://albertametis.com/2018/05/metis-nation-alberta-releases-opioid-data-action-plan-2/>.
- ²⁶ Bains, C. (6 novembre 2017). Study finds 'appalling' death rate among young Indigenous drug users in B.C. The Globe and Mail British Columbia. Consulté à : <https://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/study-finds-appalling-rate-of-death-among-young-indigenous-drug-users-in-bc/article36841253/>.
- ²⁷ Gouvernement du Nunavut. (2016). Agir pour réduire les méfaits liés à l'alcool au Nunavut. Consulté à : https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/files/Finance/Nunavut%20Liquor%20Annual%20Reports/alcohol_harm_reduction_action_plan_oct_11_fr.pdf.
- ²⁸ Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2017). Tavva: National Inuit Sexual Health Strategy. Ottawa: Pauktuutit.
- ²⁹ Hunt, S. (2016). Une introduction à la santé des personnes bispirituelles : questions historiques, contemporaines et émergentes. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Consulté à : <https://www.ccnsc-nccah.ca/docs/emerging/RPT-HealthTwoSpirit-Hunt-FR.pdf>.
- ³⁰ Laing, M. (2016). Two-Spirit and LGBTQ Indigenous Health. Rainbow Health Ontario. Consulté à : <https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2016/07/2SLGBTQINDIGENOUSHEALTHFactHeet.pdf>.
- ³¹ Riley, D., O'Hare, P. (2002). Harm Reduction: Policy and Practice. Consulté à : <https://canadianharmreduction.com/node/889>.
- ³² Cavalieri, W., Riley, D. (2012). Harm Reduction in Canada: The Many Faces of Regression. Consulté à : <http://www.canadianharmreduction.com/sites/default/files/Harm%20Reduction%20in%20Canada.pdf>.
- ³³ Dell, C., Lyons, T., Cayer, K. (2010). The Role of 'Kijigabandan' and 'Manadjitowin' in Understanding Harm Reduction Policies and Programs for Aboriginal Peoples. Native Social Work Journal, Vol 7, pp. 109-137.
- ³⁴ Smye, V., Browne, A., Varcoe, C., Josewski, V. (2011). Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. Harm Reduction Journal, 8:17.
- ³⁵ Allan, B. & Smylie, J. (2015). First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto, ON: the Wellesley Institute. Consulté à : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>.
- ³⁶ Interview avec Marjorie Beaucage, Aînée métisse bispirituelle, 4 août 2018.
- ³⁷ First Nations Health Authority. (2019). First Nations Perspective on Health and Wellness. Consulté à : <http://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/first-nations-perspective-on-wellness>.
- ³⁸ Marama Pala, participante au panel « Indigenizing Harm Reduction », Zone de réseautage autochtone, SIDA 2018, 25 juillet 2018.
- ³⁹ Participant-e au groupe de discussion de Vancouver, 26 avril 2018.
- ⁴⁰ Dell, C., Lyons, T., Cayer, K. (2010). The Role of 'Kijigabandan' and 'Manadjitowin' in Understanding Harm Reduction Policies and Programs for Aboriginal Peoples. Native Social Work Journal, Vol 7, pp. 109-137.
- ⁴¹ First Nations Health Authority. (s.d.). Indigenous Harm Reduction Principles and Practices. [Feuille d'information]. Consulté à : <http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA-Indigenous-Harm-Reduction-Principles-and-Practices-Fact-Sheet.pdf>.
- ⁴² Participant-e au groupe de discussion de Vancouver, 26 avril 2018.
- ⁴³ Interview avec Leslie Spillett, grand-mère de la communauté, 2 août 2018.
- ⁴⁴ Interview avec Leslie Spillett, grand-mère de la communauté, 2 août 2018.
- ⁴⁵ Interview avec Marjorie Beaucage, Aînée métisse bispirituelle, 4 août 2018.
- ⁴⁶ Dell, C., Lyons, T. (2007). Harm reduction policies and programs for persons of Indigenous descent. Harm Reduction for Special Populations in Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Consulté à : <https://www.addictionresearchchair/wp-content/uploads/Harm-Reduction-Policies-and-Programs-for-People-of-Aboriginal-Descent.pdf>.
- ⁴⁷ Jiwa, A., Kelly, L., Pierre-Hansen, N. (2008). Healing the community to heal the individual. Le médecin de famille canadien, Vol 54, juillet, e5.
- ⁴⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Trauma-Informed Approach and Trauma-Specific Interventions. Consulté à : <https://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>.
- ⁴⁹ Trevor Stratton, participant au panel « Indigenizing Harm Reduction », Zone de réseautage autochtone, SIDA 2018, 25 juillet 2018.
- ⁵⁰ Native Youth Sexual Health Network. (2015). Indigenizing Harm Reduction. Consulté à : <http://www.nativeyouthsexualhealth.com/indigenizingharmreduction.html>.
- ⁵¹ Interview avec Wanda Whitebird, porteuse du savoir ancestral, 30 juin 2018.
- ⁵² Participant-e au sondage.

- ⁵³ First Nations Health Authority. (s.d.). Indigenous Harm Reduction Principles and Practices. [Feuille d'information]. Consulté à : <http://www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/FNHA-Indigenous-Harm-Reduction-Principles-and-Practices-Fact-Sheet.pdf>.
- ⁵⁴ Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Hall, L., Mushquash, C., Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 9:34. Consulté à : <https://www.substanceabusepolicy.com/content/9/1/34>.
- ⁵⁵ Greenwood, M. (2005). Children as citizens of First Nations: Linking Indigenous health to early childhood development. *Pediatric Child Health*, 10(9), 535-555.
- ⁵⁶ d'Abbs, P., Chenhall, R. (2013). Spirituality and religion in response to substance misuse among Indigenous Australians. *Substance Use and Misuse*, Vol 48 (12): 114-29.
- ⁵⁷ Participant-e au groupe de discussion de Vancouver, 26 avril 2018.
- ⁵⁸ Wardman, D., Quantz, D. (2006). Harm reduction services for British Columbia's First Nation population; a qualitative inquiry into opportunities and barriers for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 3: 30, p 3.
- ⁵⁹ Dell, C., Lyons, T. (2007). Harm reduction policies and programs for persons of Indigenous descent. *Harm Reduction for Special Populations in Canada*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Consulté à : <https://www.addictionresearchchair/wp-content/uploads/Harm-Reduction-Policies-and-Programs-for-People-of-Aboriginal-Descent.pdf>.
- ⁶⁰ Communication personnelle, Andrea Medley, 17 mars 2019.
- ⁶¹ Allan, B. et Smylie, J. (2015). First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto, ON: the Wellesley Institute. Consulté à : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>.
- ⁶² Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau canadien autochtone du sida (2017). Services de réduction des méfaits pour les personnes qui consomment des drogues. Ottawa: Réseau juridique canadien VIH/sida.
- ⁶³ Réseau juridique canadien VIH/sida. (s.d.). La réduction des méfaits au Canada : Actions immédiates requises des gouvernements. Consulté à : <http://www.aidslaw.ca/site/download/15875/>.
- ⁶⁴ Kanate D, Folk D, Cirone S, Gordon J, Kirlaw M, Veale T, Bocking N, Rea S, Kelly L. (2015). Community-wide measures of wellness in a remote First Nations Community experiencing opioid dependence: evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations Healing Program. *Le médecin de famille canadien* Fév. 2015 61(2):160-5.
- ⁶⁵ CBC News. (10 février 2016). Tungasuvvingat Inuit to suspend Mamisarvik Healing Centre. Consulté à : <https://www.cbc.ca/news/canada/north/ti-mamisarvik-healing-centre-1.3442166>.
- ⁶⁶ Participant-e au groupe de discussion de Vancouver, 26 avril 2018.
- ⁶⁷ Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., Hall, L., Mushquash, C., Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 9:34. Consulté à : <https://www.substanceabusepolicy.com/content/9/1/34>.
- ⁶⁸ Charlton, Jonathon. (16 août 2017). AIDS Saskatoon makes pamphlets on HIV and Hep C in Cree and Dene Languages. *Saskatoon Star Phoenix*. Consulté à : <https://thestarphoenix.com/health/sexual-health/aids-saskatoon-makes-pamphlets-on-hiv-and-hep-c-in-cree-and-dene-languages>
- ⁶⁹ Saskatoon Sexual Health. (s.d). Wrap It Up [Site Web]. Consulté à : <https://wrapitupSK.com>.
- ⁷⁰ Monkman, Lenard. (11 octobre 2017). Saskatchewan group launches cheeky condom wrappers in Indigenous languages. *CBC News*. Consulté à : <https://www.cbc.ca/news/indigenous/saskatchewan-condom-indigenous-languages-1.4349557>.
- ⁷¹ Grauer, Peter. (2 août 2018). Peer-led overdose response program highlights need for better housing supports, says report. *Vancouver Star*. Consulté à : <https://www.thestar.com/vancouver/2018/08/02/peer-led-overdose-response-program-highlights-need-for-better-housing-supports-says-report.html>.
- ⁷² British Columbia Centre on Substance Use. (Août 2018). Tenant-led overdose response in Vancouver SROs proves to be effective at reaching socially isolated. Consulté à : <https://www.bccsu.ca/news-release/tenant-led-overdose-response-in-vancouver-sros-proves-to-be-effective-at-reaching-socially-isolated/>
- ⁷³ Spruce Wood Sundance Family. (s.d.). Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies. Consulté à : <https://static1.squarespace.com/static/561d5888e4b0830a0f1ed08b/t/5c363f3b0ebbe8ad1177a9b0/1547059007303/SWS-ROUTINEPRACTICE-FIN-REV2-WEB.pdf>.
- ⁷⁴ Native Youth Sexual Health Network. (2016). Indigenizing Harm Reduction: Moving beyond the four-pillar model. Consulté à : <https://www.heretohelp.bc.ca/visions/indigenous-people-vol11/indigenizing-harm-reduction>.
- ⁷⁵ 13 Moons Harm Reduction Initiative. (2018). Aboriginal Youth Opportunities! (AYOI). Consulté à : <https://www.ayomovement.com/13moonswpg.html>.
- ⁷⁶ Tungasuvvingat Inuit. (s.d.). About the Mamisarvik Healing Centre. [Site Web]. Consulté à : <http://tungasuvvingatinuit.ca/programs/>.
- ⁷⁷ First Nations Health Authority. (27 juin 2018). Not Just Naloxone Training: A three-day train-the-trainer workshop. [Page Web] Consulté à : <http://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/not-just-naloxone-training-a-three-day-train-the-trainer-workshop>.
- ⁷⁸ First Nations Health Authority. (14 janvier 2019). Not Just Naloxone Gathering: Celebrating Champions in Indigenous Communities During the Overdose Emergency. Consulté à : <http://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/not-just-naloxone-gathering-celebrating-champions-in-indigenous-communities-during-the-overdose-emergency>.