

## EXAMEN RAPIDE

# Services liés à la consommation de substances avec et pour les collectivités autochtones

Septembre 2023

Remarque : Cet examen comprend des « **invitations à réfléchir** » tout au long du document, où nous transmettons certains des conseils, des enseignements et de la sagesse que les gardiens du savoir et les partenaires ont généreusement partagés avec nous lors du développement de cette ressource. La première réflexion est présentée ci-dessous. Elle est apparue lors de nos premières discussions avec les gardiens du savoir sur la façon de promouvoir l'apprentissage et l'écoute dans ce processus.

**[Invitation à réfléchir]** « Il y a l'apprentissage, l'engagement et le désapprentissage. Il s'agit d'une invitation à investir dans le changement, à passer du temps dans la contemplation et à réfléchir de manière critique sur nos propres systèmes afin d'obtenir un changement durable. Utilisez ce privilège pour inviter l'ensemble du corps - spirituel, mental, physique et émotionnel - à participer à ce travail et à rendre la pareille aux partenaires qui s'investissent pleinement dans ce travail. » (Dans une correspondance de 2022 avec un gardien des connaissances de l'Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC)).

## Principales conclusions

- La majorité des résultats de recherche sur les services liés à la consommation de substances auprès des communautés autochtones étaient axés sur des recommandations générales ou des résultats de recherche sur les obstacles, les besoins et les facilitateurs. En d'autres termes, la documentation sur les programmes mis en œuvre et/ou évalués est limitée et elle met en évidence une lacune importante dans la documentation sur ce à quoi peuvent ressembler, dans la pratique, les programmes et les services mis en place avec et pour les communautés autochtones.
- Aborder les services dans une optique anticoloniale et indigénisée signifie s'inspirer de méthodes et de pratiques à multiples facettes qui mettent l'accent sur la santé globale (émotionnelle, mentale, physique, spirituelle) et considèrent l'identité et la culture autochtones comme des sources de force et de médecine.
- Les points communs entre les services et les programmes examinés sont les suivants : centrer les connaissances et les pratiques autochtones, encourager l'apprentissage et le partage, offrir des possibilités de participation à des cérémonies autochtones, diriger le perfectionnement/renforcement des compétences autour de la culture autochtone et tirer parti du pouvoir des espaces physiques traditionnels autochtones pour la guérison, comme dans une maison longue ou sur des sites sacrés.
- Les rapports et les conversations ont souligné à maintes reprises la diversité des communautés autochtones et l'importance de rejeter une approche pan-autochtone standard pour les services liés à la consommation de substances (ou tout autre domaine de la santé). Au lieu de cela, la

collaboration avec les communautés autochtones doit être enracinée dans l'établissement de relations et la prise en charge par les communautés partenaires de ce à quoi ressemblent des services utiles.

## Remerciements

Les membres de l'équipe de Santé publique Ontario qui ont travaillé à la rédaction de la première version de cet examen reconnaissent leur position de colons. Nous travaillons et vivons actuellement sur le territoire traditionnel de nombreuses nations, y compris les Mississaugas de la Credit, les Anishnabeg, les Chippewa, les Haudenosaunee et les Wendat, les premiers habitants légitimes de Tkarón:to (Toronto). Nous reconnaissons notre responsabilité, individuellement et en tant que groupe, d'enraciner nos principes de travail dans la réconciliation et la décolonisation. Dans la pratique, nous nous sommes efforcés d'établir des relations avec divers partenaires autochtones, de prendre l'initiative des discussions et des décisions, d'investir dans la formation des membres de notre équipe sur le continuum des soins culturels et d'intégrer la transparence dans l'ensemble de nos processus et approches. Nous reconnaissons également que les communautés autochtones sont « surchargées de travail et manquent de ressources »,<sup>1</sup> ce qui souligne l'importance d'une collaboration mutuellement bénéfique, adaptée et qui minimise le fardeau des partenaires.

Nous reconnaissons que nous ne sommes pas des experts de la réalité vécue par les personnes qui consomment des drogues, en particulier celles des communautés autochtones qui continuent à résister aux séquelles historiques et persistantes du colonialisme et à s'en libérer. Nous apprécions également le travail, la sagesse et les enseignements des membres de la communauté dont nous avons appris le travail et qui ont généreusement partagé leur temps et leurs connaissances pour guider ce travail.

## Terme « Autochtone »

L'utilisation du terme « Autochtone » est conforme à l'analyse présentée par Allan et Smylie (2015) dans leur document de travail sur les répercussions du colonialisme et du racisme sur le bien-être des peuples autochtones au Canada.<sup>2</sup> Il est utilisé pour décrire les personnes et les communautés qui s'identifient aux « premiers peuples » ou qui ont une continuité historique avec celles-ci dont les civilisations couvrent (ce qu'on appelle maintenant) le Canada et les États-Unis et sont antérieures à celles des populations colonisatrices. Il est largement reconnu que les communautés autochtones ont des systèmes sociaux, économiques et politiques distincts, ainsi que des langues, des cultures et des croyances différentes.<sup>3</sup> Elles continuent également à entretenir des liens étroits avec les régions, les terres et les ressources naturelles environnantes, et vivent avec la détermination de transmettre leur culture, leurs pratiques et leurs enseignements aux générations futures.<sup>4</sup>

Bien que le terme soit enraciné dans ces dimensions sous-jacentes complexes, nous reconnaissons qu'il masque la diversité au sein des communautés et entre elles, y compris les Premières Nations, les Métis et les Inuits. En outre, le terme « Autochtone » ne correspond pas à la façon dont de nombreux membres de la communauté s'identifient, où les identités à plusieurs niveaux peuvent inclure (mais sans s'y limiter) la nation, le territoire, la famille, la bande ou le clan.<sup>5</sup> Il est important de noter que notre utilisation de ce terme est distincte de l'autodétermination et de l'auto-identification, et nous reconnaissons ses racines et sa nécessité en raison de la colonisation en cours.

Enfin, le terme « Autochtone » est aussi couramment utilisé dans le contexte canadien, mais la documentation que nous avons examinée utilise une grande variété de termes. Ils comprennent les Autochtones, les Amérindiens / natifs de l'Alaska, les Autochtones et utilisent parfois des termes plus spécifiques tels que le nom d'un clan. Par souci d'exactitude et d'exhaustivité, cet examen utilisera les termes originaux des auteurs lors de la discussion de leur travail spécifique.

## Portée

Cet examen rapide répond à la question suivante : Quelles sont les caractéristiques et les approches des services liés à la consommation de substances et de réduction des méfaits qui ont été conçues et mises en œuvre en collaboration avec les communautés autochtones?

- Cet examen vise à partager les recherches menées avec les peuples autochtones plutôt que sur eux. Par conséquent, tous les documents inclus clarifient et expliquent explicitement le rôle des partenaires autochtones; s'il s'agit d'un travail mené par des autochtones, d'une collaboration initiée par un partenaire autochtone ou d'une collaboration initiée par un partenaire non autochtone. Les documents qui ne démontrent pas l'existence d'un partenariat autochtone sont exclus de l'examen.
- La recherche a porté à la fois sur les connaissances documentées (articles, rapports et autres écrits pertinents) et sur la sagesse et les enseignements partagés oralement lors de conversations et de consultations avec les gardiens du savoir autochtone et les partenaires.
- Le but de cet examen est de résumer les connaissances et les pratiques relatives à la prise en compte des expériences des communautés autochtones dans la conception et la mise en œuvre des services de réduction des méfaits et de traitement.
  - La « réduction des méfaits » consiste à rencontrer les gens là où ils en sont dans leur consommation de substances, en particulier ceux qui ne recherchent pas l'abstinence. Cela se fait par le biais des services, d'éducation et de programmes. La recherche et l'expérience vécue montrent que la réduction des méfaits permet de sauver des vies et d'améliorer la qualité de vie des personnes qui consomment des substances.<sup>6</sup>
  - Le terme « traitement » fait référence à une série d'approches généralement axées sur les services et les programmes médicaux et psychosociaux destinés aux personnes qui consomment des drogues. Certains peuvent inclure la réduction des méfaits, d'autres peuvent mettre l'accent sur l'abstinence, ou une combinaison des deux.<sup>7</sup>
- Les articles de cette revue ont été publiés en anglais, entre 2011 et 2021, et se sont limités aux services offerts au Canada et aux États-Unis. Le choix de la période et du lieu visait à accroître la pertinence et la signification dans un contexte local de l'Ontario.
- Les documents ont été exclus si :
  - Les programmes et les services n'ont pas été mis en œuvre (c.-à-d. les services proposés, les cadres théoriques, les éditoriaux, les commentaires ont été exclus).
  - L'accent mis sur les substances se limitait à l'alcool, au tabac ou au cannabis.
  - Les services liés à la consommation de substances n'incluaient pas le traitement ou la réduction des méfaits (p. ex. la prévention).

## Contexte

Les communautés autochtones dirigent des services et des pratiques novateurs et percutants en matière de consommation de substances qui mettent l'accent sur le savoir traditionnel autochtone en matière de santé et favorisent l'autodétermination, la gouvernance, la langue, la médecine et le bien-être.<sup>8,9</sup> Bien qu'elles soient souvent qualifiées de « novatrices » dans les discussions générales, ces

méthodes ont été élaborées et mises en pratique depuis des temps immémoriaux et continuent d'être au cœur du travail de guérison des communautés et de la lutte contre l'héritage du colonialisme.<sup>6,9</sup> Le travail des communautés autochtones sur la priorisation des connaissances et des méthodes autochtones, y compris les modèles de soins culturellement appropriés et sûrs, est devenu une caractéristique importante du paysage médical.<sup>8,10,11</sup>

Les récits, les données et les écrits sur les inégalités structurelles et systémiques sont nombreux et solides, et comprennent un certain nombre de dimensions :

- L'accès (c.-à-d. des soins appropriés et en temps opportun) : Les Autochtones qui consomment des drogues ont moins de chances de recevoir un traitement qui pourrait leur sauver la vie (y compris un traitement par agonistes opioïdes)<sup>12</sup> et font état d'obstacles et de retards dans l'accès aux services.<sup>13</sup>
- Expériences (c.-à-d. expériences dans le domaine de la santé et des soins de santé) : Les membres des communautés autochtones sont victimes de discrimination et de préjudice persistants lorsqu'ils reçoivent des services ou du soutien,<sup>14</sup> et expriment leur frustration et leur exclusion continue des modes de connaissance autochtones.<sup>15</sup>
- Les résultats (c.-à-d. bien-être et qualité de vie) : Les données du recensement canadien de 2016 indiquent que même si les Autochtones représentent environ 4,9 % de la population,<sup>16</sup> ils sont surreprésentés dans la mortalité liée à la consommation de substances (19 %).<sup>13</sup> Ils subissent également des préjudices disproportionnés liés à la consommation de substances, y compris la criminalisation et la violence au sein du système de justice pénale.<sup>17</sup> [Les statistiques actuelles sous-estiment largement le nombre d'Autochtones vivant au Canada, en particulier en milieu urbain].<sup>18</sup>

La consommation de substances et les dommages qui en découlent sont étroitement liés au traumatisme historique, continu et intergénérationnel (IGT) résultant du colonialisme et de ses structures, y compris le bouleversement et la déconnexion des communautés et des environnements vécus.<sup>19,20</sup> Le traumatisme intergénérationnel, qui fait référence aux préjudices mentaux, émotionnels et psychologiques cumulés subis au cours d'une vie et par les générations suivantes, est particulièrement important pour les expériences autochtones dans le contexte de plus de 400 ans de colonialisme.<sup>21</sup> En outre, la recherche a révélé que la reconnaissance des effets du traumatisme intergénérationnel et l'intégration de la guérison autochtone peuvent améliorer la santé et le bien-être des personnes qui consomment des substances.<sup>21</sup> La nature structurelle du colonialisme, des politiques coloniales et du racisme signifie également que l'action sur le traumatisme intergénérationnel et la consommation de substances nécessite une action parallèle sur le changement structurel et systémique.<sup>22</sup>

Dans le contexte de la conception des services, il est important de réfléchir à la façon dont la science, la recherche et la production de données probantes ont contribué aux préjudices historiques et actuels subis par les communautés autochtones. Cela comprend le colonialisme médical et la violence, l'expérimentation dans les pensionnats,<sup>23</sup> l'exclusion des essais médicaux vitaux pour les personnes qui consomment des drogues<sup>24</sup>, les hôpitaux « Indiens »,<sup>25</sup> le manque de ressources et une dépendance excessive à l'égard d'un système médical colonial. De plus, le savoir et la sagesse autochtones, ainsi que les approches autochtones en matière de partage des connaissances (comme les traditions orales) ont été rendus inégaux par rapport à d'autres modes de connaissance et, historiquement, les approches de la collecte de connaissances sont exclues et dévalorisées.<sup>26,27</sup>

**[Invitation à réfléchir]** Au cours de nos conversations, un gardien du savoir de l'IPHCC nous a conseillé de faire une pause :

« Veuillez faire une pause ici et réfléchir aux vies qui se cachent derrière ces expériences et aux répercussions continues sur les communautés autochtones. »

Les auteurs en ont tiré des enseignements; nous invitons donc les lecteurs à faire une pause ici aussi et à réfléchir à leurs conseils.

Les solutions relèvent des communautés autochtones elles-mêmes, ce qui signifie que ce travail doit être fondé et guidé par les modes de connaissance et de sagesse autochtones.<sup>28,29</sup> Les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation abordent directement ce point : « Nous demandons à ceux qui peuvent apporter des changements au sein du système de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et de les utiliser dans le traitement des patients autochtones en collaboration avec les guérisseurs et les aînés autochtones lorsque les patients autochtones le demandent ».<sup>30</sup>

La recherche de la force de la culture, de la sécurité culturelle et de la pratique tenant compte des traumatismes occupe une place prépondérante dans les discussions avec les communautés autochtones sur les services liés à la consommation de substances.<sup>15,19,20,22</sup> Les avantages de l'intégration des modes de connaissance, des connaissances et des points de vue communautaires autochtones dans les services liés à la consommation de substances se sont également révélés bénéfiques pour un large éventail de dimensions du bien-être.<sup>10</sup> Ces approches sont enracinées dans des modèles fondés sur la force, où les examens des stratégies de guérison autochtones révèlent un accent respectueux, persistant et passionné sur la résilience et la résurgence des peuples autochtones.<sup>31</sup>

Les Autochtones qui consomment des drogues évoquent l'importance du bien-être et le considèrent comme distinct des modèles de santé traditionnels, qui mettent l'accent sur la « guérison ».<sup>19,32</sup> Les modèles traditionnels, qui tendent à être ancrés dans les connaissances européennes ou occidentales, ont historiquement exclu les visions du monde autochtone sur la santé holistique et les systèmes autochtones de sagesse et de connaissances sur la santé (comme la roue médicinale). Les expériences et les histoires autochtones avec les services liés à la consommation de substances indiquent des pratiques qui offrent très peu de place pour l'intégration de tout le corps, c'est-à-dire tous les éléments du corps - mental, spirituel, physique, émotionnel - et réduisent la santé au corps physique.<sup>33</sup> Elles font également très peu de place aux liens, à la communauté et aux relations intergénérationnelles qui sont profondément appréciés au sein des communautés autochtones.

En résumé, l'intégration d'une perspective autochtone dans les services et les programmes signifie qu'il faut s'inspirer d'un large éventail d'enseignements qui soulignent le rôle central de la santé holistique dans tous les soins. Cela peut inclure :

- Les pratiques autochtones traditionnelles visent à promouvoir des approches holistiques de la santé et l'importance d'équilibrer les aspects spirituels, physiques, mentaux et émotionnels de l'individu.<sup>8,34</sup>
- De multiples explorations des visions du monde et des connaissances autochtones décrivent la santé comme un lien entre les dimensions physiques, émotionnelles, mentales et spirituelles de la santé.<sup>11,18</sup>
- Passer à des objectifs de santé holistiques signifie changer la façon dont nous évaluons les résultats et les expériences. Cela fait également partie de la décolonisation des façons dont nous pensons aux effets des soutiens ou des services.<sup>11,26</sup>

L'adoption d'une perspective réfléchi et critique dans ce travail est essentielle pour collaborer et contribuer de manière significative à la décolonisation de la santé. Cette optique peut inclure à repenser

les approches courantes à l'application des connaissances,<sup>35</sup> à réexaminer la façon dont nous priorisons ou valorisons les connaissances, à reconnaître l'importance de l'établissement de relations et à suivre l'exemple des communautés autochtones.<sup>36</sup>

## À propos de l'utilisation de « l'examen rapide »

Nous reconnaissons que l'utilisation d'un « examen rapide » reflète une voix institutionnelle et un outil courant de partage des connaissances, et nous visons à désapprendre et à réapprendre en permanence comment nos outils de partage des connaissances peuvent être abordés à travers une lentille anticoloniale et indigénisée. Le savoir autochtone a également des méthodes de diffusion distinctes qui comprennent la performance et la narration, et est considéré comme n'appartenant pas à une personne ou à une organisation, mais utilisé librement au profit de tous ceux qui en ont besoin.<sup>37</sup>

Dans le but de décoloniser et d'indigéniser ce travail, nous avons intégré un certain nombre de pratiques qui comprennent l'utilisation des connaissances produites uniquement par le leadership et l'engagement des communautés autochtones, mais aussi l'élargissement de cet examen pour intégrer la sagesse et les enseignements partagés oralement dans les conversations et les consultations avec les gardiens du savoir autochtone et les partenaires.

**[Invitation à réfléchir]** Au cours de nos conversations sur la façon de mener une réflexion critique à l'approche de cet examen, **la gardienne du savoir Amy Montour** nous a fait part de son point de vue :

« Les examens rapides et systémiques sont principalement un concept occidental. Les connaissances autochtones sont anciennes, orales et cumulatives au fil du temps, et ne sont pas assujetties à la rigidité de la production de connaissances au sens universitaire.<sup>27</sup>

La gardienne du savoir Amy Montour est une médecin des Six Nations du territoire Grand River. Ses fonctions comprennent le service clinique, l'administration et l'éducation tout en mettant l'accent sur le respect *des façons de savoir autochtones* afin d'améliorer les services de soins de santé.

## Méthodes

### Stratégie de recherche

- Un examen rapide a été choisi comme méthode facilitant la réactivité et la faisabilité, et correspondant à la portée de notre question. Les examens rapides sont un type de synthèse des connaissances par lequel certaines étapes du processus d'examen systématique sont simplifiées afin d'être opportunes.<sup>38</sup>
- Les bibliothécaires de recherche de Santé publique Ontario (SPO) ont appuyé l'élaboration de termes de recherche précis ainsi que de stratégies de recherche pour la littérature universitaire et la littérature grise en fonction de la portée et des objectifs de l'examen. Les stratégies de recherche et les termes de recherche détaillés sont disponibles sur demande.
- Le 12 décembre 2021, SPO a effectué une recherche documentaire universitaire dans cinq bases de données : MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, SocINDEX et Scopus.
  - La documentation universitaire comprend du contenu évalué par des pairs et destiné à un public scientifique.<sup>37</sup>
- Le 31 mai 2022, SPO a effectué des recherches dans la littérature grise dans WorldCat (dépôts de thèses), Google (recherche générale sur le Web) et deux moteurs de recherche personnalisés

: Les bureaux de santé publique de l'Ontario et les ministères et organismes de santé du Canada. Conformément aux recommandations des Services de bibliothèque, les 50 premiers résultats ont été examinés par recherche (la pertinence diminue après les premières pages).

- La littérature grise couvre le contenu produit par les gouvernements, les universitaires et les organismes communautaires. Elle comprend des rapports, des magazines, des sites Web et des documents de politique. Il s'agit d'un élément important de la synthèse des connaissances et est essentiel pour combler les lacunes en matière de connaissances.<sup>37</sup>
- Faute de temps, aucun examen approfondi de la méthodologie des documents inclus n'a été effectué.

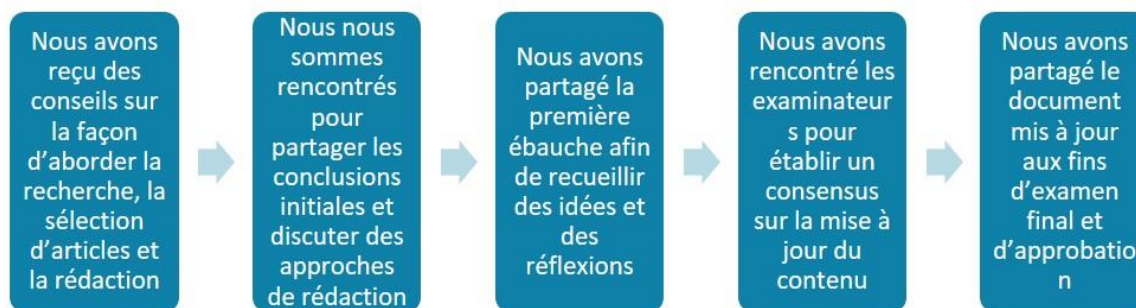
## Stratégie de sélection

- Le processus de sélection des documents a été réalisé par plusieurs évaluateurs :
  - La liste initiale des résultats de recherche a été divisée en trois sections, chacune étant examinée par un évaluateur en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Une réunion a ensuite été organisée pour répondre aux questions et discuter des catégorisations « indécises ».
  - Les articles présélectionnés pour inclusion ont été sélectionnés indépendamment par deux évaluateurs, qui ont également effectué une vérification du texte intégral.
  - Un troisième évaluateur a effectué un examen supplémentaire du texte intégral de tous les articles présélectionnés et a pris des décisions finales en matière d'inclusion lorsque les décisions des deux évaluateurs ne correspondaient pas.
- Les données des documents inclus ont été répertoriées pour inclure les caractéristiques des documents (p. ex. année de publication, conception de l'étude, emplacement géographique et orientation communautaire), les objectifs, les considérations d'équité et les répercussions.
- Une analyse thématique a été appliquée pour identifier les thèmes communs dans les données. Selon cette approche, les documents ont été examinés pour obtenir des détails sur les services et les programmes, ainsi que sur les caractéristiques des services et les approches de conception.

## Collaboration avec les partenaires autochtones

L'équipe de SPO a collaboré avec des partenaires autochtones au cours des multiples étapes de l'élaboration de cet examen. En plus de leurs connaissances expérientielles, leur expertise comprenait la santé publique, les services communautaires, l'éducation sur le continuum de soins culturels, la santé mentale, la réduction des méfaits et l'expertise vécue de la consommation de substances. Nous avons également été guidés par les connaissances et les enseignements de trois gardiens du savoir. La figure 1 décrit le parcours de collaboration.

**Figure 1. Processus de collaboration avec les partenaires autochtones dans le cadre de cet examen rapide**



- Les connaissances, la sagesse et les enseignements, partagés oralement et par écrit, ont été documentés dans le but d'intégrer ces connaissances dans l'examen. Des conversations ont eu lieu entre le 29 août 2022 et le 26 octobre 2022, y compris un webinaire en octobre sur le désapprentissage des approches courantes pour travailler avec les communautés autochtones<sup>39</sup>
- L'équipe de SPO a également reconnu la nécessité de revoir les processus de recherche et d'examen existants afin d'assurer des modes de collaboration et de partage d'informations sûrs et respectueux. Nous avons donc travaillé à la mise à jour d'un certain nombre de pratiques. Par exemple, nous avons codéveloppé un style de référence SPO pour citer les gardiens du savoir, intégré des points de réflexion pour encourager les lecteurs à faire une pause et partagé la sagesse des gardiens du savoir mot par mot uniquement (c'est-à-dire que nous n'avons pas essayé de résumer ou de paraphraser, comme c'est souvent le cas dans les synthèses de connaissances générales)

## Résultats

Les constatations et les leçons tirées sont présentées ci-dessous dans deux sections : 1. « **Leçons tirées de la documentation** », qui couvrent les connaissances documentées et intègre les conseils et les commentaires des gardiens du savoir et des partenaires communautaires; 2. « **Les connaissances et les enseignements partagés oralement** », qui couvrent les connaissances, les enseignements et la sagesse partagés oralement et dans les présentations des partenaires autochtones.

### Première section : Leçons tirées de la documentation

Au total, neuf documents répondaient aux critères d'inclusion de l'examen. La recherche dans la base de données documentaires universitaires a permis de produire 228 documents et la recherche dans la littérature grise a permis d'obtenir 286 résultats. À la suite de l'examen du résumé et du texte intégral des deux listes, huit articles ont été inclus dans la recherche<sup>25</sup> universitaire.<sup>26,34,40,41,,42,43,44</sup> et un de la littérature grise (qui comprenait des descriptions de trois services/ programmes distincts).<sup>45</sup>

- Trois documents traitent de plusieurs services ou programmes. Dans le cas des articles de Hirschack et al.<sup>41</sup> et Tipps et al.,<sup>44</sup> les services étaient liés et similaires et donc regroupés. La note de politique<sup>45</sup> a mis en évidence trois services et programmes très distincts qui sont abordés séparément lorsque des détails supplémentaires sont utiles à la discussion. Voir l'annexe A pour plus de détails sur les documents inclus.
- Les raisons les plus fréquentes d'exclure des articles et des documents sont les suivantes : 1. Aucune preuve de mise en œuvre ou d'action (c.-à-d. limitée aux propositions, à la discussion sur les obstacles et les besoins et/ou à l'analyse de modèles théoriques); 2. Aucune



démonstration d'adaptation ou de conception explicite par ou pour les communautés autochtones.

- Les documents variaient considérablement en ce qui a trait à l'emplacement (au Canada et aux États-Unis), à la communauté visée, aux participants de la communauté et au type de conception de l'étude. Les détails sont résumés à l'annexe A.
- Dans la liste finale des documents inclus, trois ont souligné le leadership d'un gouvernement ou d'une organisation autochtone,<sup>34,25,44,45</sup> trois étaient des collaborations initiées par un partenaire autochtone,<sup>26,40,43</sup> et une collaboration était initiée par un partenaire non autochtone.<sup>42</sup> L'article restant décrit un programme mis en œuvre par les pharmaciens du « Indian Health Service » aux États-Unis.<sup>41</sup> Le tableau 1 illustre les rôles des partenaires.

**Tableau 1. Exemples de rôles de leadership et de collaboration autochtones**

Rôle	Exemple
Dirigé par des Autochtones	Les Pikuni Pieds-Noirs du Montana, en collaboration avec les gardiens du savoir et les dirigeants de la communauté, ont dirigé l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de « culture comme traitement » (conçu autour des cérémonies des Blackfeet, du renforcement des compétences et des pratiques). <sup>25</sup>
Collaboration initiée par un partenaire autochtone	Les Premières nations Salish de la côte de Colombie-Britannique ont invité une équipe de recherche universitaire à organiser une thérapie assistée par l'ayahuasca, ont codirigé la mise en œuvre, ont intégré des éléments culturels (p. ex. la préparation d'une maison longue) et ont mis au point des méthodes éclairées pour recueillir des commentaires. <sup>40</sup>
Collaboration amorcée par l'entremise d'un partenaire non autochtone	Un groupe de travail universitaire-tribal aux États-Unis a collaboré à l'adaptation de deux cadres thérapeutiques existants pour les membres des communautés autochtones. Ils comprenaient un cadre pour l'intégration du personnel, des connaissances et des langues autochtones dans la prestation des services. <sup>42</sup>

- Cinq documents portaient exclusivement sur les services de traitement.<sup>25,26,40,42,43</sup> Deux documents portaient principalement sur les services de réduction des méfaits ou la formation connexe<sup>41,45</sup> et un dossier portait sur les services de traitement et de réduction des méfaits.<sup>44</sup> Le dossier restant combinait des services de réduction des méfaits avec divers soutiens sociaux.<sup>34</sup>
- Dans le contexte des services de traitement, le concept classique de soins « hospitaliers » (c.-à-d. le fait de séjourner dans un établissement de soins résidentiel pour recevoir des soins médicaux 24 heures sur 24 pendant plusieurs jours ou semaines) ne correspondait pas aux modèles de soins autochtones dans plusieurs de ces articles. Dans ces exemples, pendant le traitement, les membres de la communauté ont demeuré dans un environnement non médical qui mettait l'accent sur les pratiques culturelles dans le cadre de la guérison. Dans des exemples de programmes de guérison axés sur la terre, un programme de traitement qui s'est déroulé sur quatre jours, les membres de la communauté ont séjourné dans une maison longue préparée

dans la tradition des Salish de la côte.<sup>40</sup> Dans un autre cas, des membres de la communauté ont participé à un camp de 12 jours sur les territoires des Pikunis du Montana.<sup>25</sup>

## CONCEPTION DE SERVICES ET DE PROGRAMMES POUR LES AUTOCHTONES

Compte tenu de l'importance de pratiquer intentionnellement une analyse décoloniale et indigénisante des services et des programmes,<sup>43 25</sup> nous avons examiné à quoi ressemblait l'intégration d'une perspective autochtone dans ces documents. Deux types de catégories de conception ont émergé : Les services ou programmes autochtones de par leur conception, ou l'adaptation autochtone d'un service ou d'un programme existant.

Les deux tiers des documents (six sur neuf)<sup>25,2640344544</sup> décrivent des services dont les fondements et les cadres sont ancrés dans les pratiques autochtones plutôt que dans les pratiques et les modèles occidentaux. Cela contraste avec les examens existants qui ont mis l'accent sur l'utilisation de modèles occidentaux comme points de départ pour l'adaptation.<sup>11,46,47</sup>

### AUTOCHTONES DE PAR LEUR CONCEPTION

Cette catégorie décrit les programmes qui ont été conçus ou mis en place sur la base de pratiques autochtones et auxquels des éléments de pratiques occidentales ont été ajoutés par la suite. Ces services étaient également principalement dirigés par divers types et niveaux de communautés autochtones, comme la First Nations Health Authority en Colombie-Britannique,<sup>45</sup> le gouvernement tribal de l'État<sup>44</sup> de Washington et les personnes autochtones consommatrices de drogues et leurs alliés au niveau local.<sup>34</sup>

- Deux des documents font référence à des programmes en cours sans date de fin prévue (au moment de la publication des documents). Victor et al. ont décrit<sup>34</sup> un programme organisé au niveau local par des membres de la communauté autochtone et appuyé par des colons alliés en Alberta. Ce programme se concentre sur la création d'un espace sécuritaire bihebdomadaire dans un parc où les membres de la communauté autochtone qui consomment des drogues et qui ne sont pas logés peuvent recevoir un soutien en matière de réduction des méfaits, participer à la pratique du tambour, de la narration, d'un mini pow-wow, de l'artisanat et d'autres pratiques enracinées dans la culture des Pieds-Noirs.
- Un deuxième document de Tipps et al.<sup>44</sup> décrivait deux programmes axés sur le traitement par agonistes opioïdes, qui étaient gérés par la tribu Quapaw en Oklahoma et la tribu Muckleshoot dans l'État de Washington. Les collectivités ont financé les services sur leur propre budget, et ont pris des mesures d'économie, notamment en recourant principalement à la méthadone (plutôt qu'à des médicaments plus coûteux comme la buprénorphine (Suboxone)). Le personnel des deux services est composé de membres de la communauté autochtone et intègre des voies vers le bien-être par le biais de l'éducation et du travail, et d'activités telles que la broderie perlée, le tambour et la possibilité de travailler aux côtés des aînés. La tribu Muckleshoot a également investi dans la formation sur la réduction des méfaits (p. ex. la naloxone) et assure le transport des membres qui habitent plus loin.
- Deux des programmes à court terme ont explicitement adopté la culture comme méthode de renforcement. Le premier<sup>25</sup> était un camp saisonnier où les membres passaient 12 jours immergés dans des cérémonies (comme la cérémonie du calumet, le cercle de discussion), des compétences traditionnelles (comme la construction de tambours, la récolte de plantes sacrées) et d'autres activités. Le principe directeur était de fournir un environnement réactif et favorable enraciné dans la communauté et la spiritualité. Un autre programme de traitement (DARTNA)<sup>26</sup> a utilisé le tambour comme méthode centrale. Il a également intégré des cercles de discussion

pour les discussions de groupe et a utilisé la roue médicinale des plaines du Nord comme cadre d'orientation pour l'intégration et la discussion sur la santé et le bien-être. En plus d'offrir une formation sur le tambour, la roue médicinale et d'autres sujets, DARTNA a également fait référence au programme des *12 étapes et de la roue médicinale*, qui situe les 12 étapes des AA/NA dans les domaines spirituel (étapes 1 à 3), physique (étapes 4 à 6), émotionnel (étapes 7 à 9) et mental (étapes 10 à 12) (voir la figure 2 dans Dickerson et al. pour plus d'informations).

- Les deux autres documents comprenaient un article sur le travail des Premières Nations Salish de la côte en Colombie-Britannique, qui ont approché des chercheurs pour mettre en œuvre une thérapie sur place assistée par l'ayahuasca et incorporant les traditions des Salish de la côte. Le dernier document était une note de politique<sup>45</sup> décrivant plusieurs programmes communautaires conçus autour de pratiques et de soins fondés sur la culture, y compris des efforts visant à recadrer la peur et la stigmatisation liées à la consommation de substances et à la réduction des méfaits.

## ADAPTATION AUTOCHTONE DE LA CONCEPTION EXISTANTE

Les adaptations de modèles existants sont le fruit de collaborations entre le milieu universitaire et la communauté et utilisent l'approche de la conception expérimentale pour comparer les membres de la communauté dans un programme adapté à ceux qui ont participé à un programme « traditionnel » / « grand public ».

- La collaboration entre Hirschack et al.<sup>42</sup> a abouti à l'élaboration de deux programmes de traitement adaptés à la culture et axés sur l'utilisation de la thérapie pour soutenir le changement de comportement par le biais d'une modification des motivations, du soutien de la communauté et du renforcement des relations (p. ex. les liens de parenté entre le membre et le conseiller, les liens familiaux). Les principales adaptations autochtones se sont concentrées sur les liens de parenté entre les membres de la communauté et le conseiller, ainsi que sur les relations plus larges avec la famille et la communauté. De plus, les participants avaient la possibilité de recevoir des services dans leurs langues tribales et de se rapprocher des traditions par le biais de la danse, d'histoires traditionnelles et d'autres pratiques.
- Dans le cas de Legha et al.<sup>43</sup>, des autochtones de l'Alaska ont suivi un programme de traitement en milieu hospitalier et ont participé à une thérapie de traitement par télépsychiatrie. À l'aide d'un modèle de « conseil de village » pour obtenir les commentaires des membres de la communauté participante, les chercheurs ont intégré des activités de renforcement de la culture telles que des bains de vapeur, des sorties et des activités culturelles, des soins spirituels et de l'art traditionnel.

## LA CULTURE AUTOCHTONE DANS LES PROGRAMMES

Une analyse thématique des documents fait ressortir quatre catégories sur la manière dont la culture autochtone peut être reflétée dans les services liés aux substances. Comme point de départ, nous avons utilisé les deux catégories discutées par Gone et Looking<sup>25</sup>, à savoir la « cérémonie » (appelée « participation rituelle ») et les « compétences traditionnelles ». Nous avons ensuite ajouté deux autres catégories basées sur un regroupement des divers exemples répertoriés dans les documents. Les quatre dernières catégories sont les suivantes :

**Connaissances et pratiques autochtones :** Désigne la manière dont les modes de connaissances et de pratiques autochtones, de partage des connaissances, de conservation des connaissances et d'évaluation des connaissances sont intégrés aux services.<sup>25</sup>

Exemples : cercles de discussion, intégration de la spiritualité dans les soins ou recours à la sagesse des aînés et/ou des gardiens du savoir.<sup>25</sup>

**Compétences traditionnelles** : Fait référence au renforcement et au développement des pratiques traditionnelles.

Exemples : Construire des tambours, développer des compétences de chasse et de pêche et/ou apprendre l'artisanat traditionnel.

**Cérémonie** : Fait référence à la participation à des cérémonies, à des rassemblements ou à des activités autochtones qui visent à renforcer les liens avec le monde physique et spirituel, et qui sont souvent considérés comme faisant partie d'un parcours de guérison.<sup>25</sup>

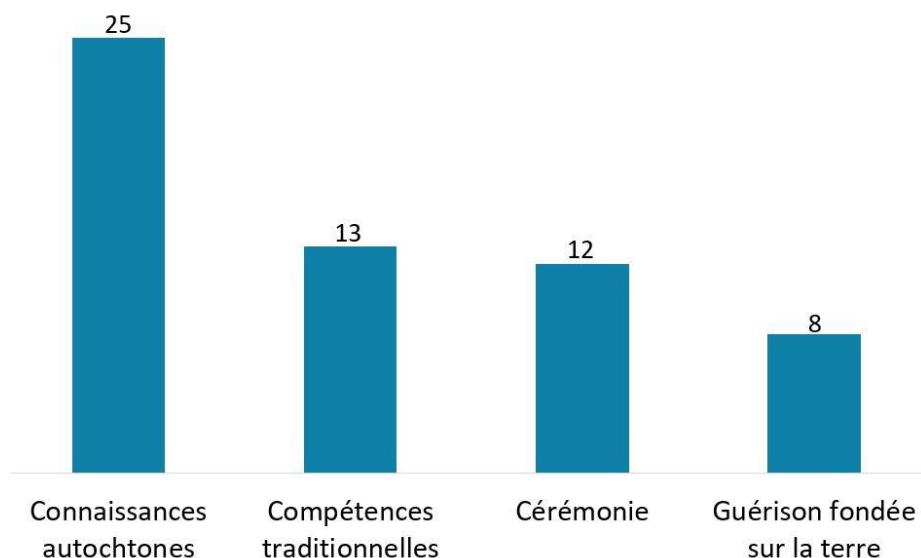
Exemples : Chant, cérémonies du calumet et/ou jouer du tambour.

**Programmes de guérison axés sur la terre** : Fait référence à la façon dont les programmes sont ancrés dans un lien avec le territoire, la terre et l'histoire qui s'y rattache.<sup>48</sup>

Exemples : Thérapie dans une maison longue bénie, voyages et séjours dans des lieux sacrés et culturellement importants, chasse et/ou cueillette.

Pour plus de détails sur des exemples et des approches précis par document, veuillez consulter le tableau de l'annexe B. La figure 2 ci-dessous présente la fréquence de ces approches, en soulignant leur large distribution et leur caractère à multiples facettes. Elle met également en évidence la dépendance importante à l'égard des connaissances et des pratiques autochtones pour le développement fondamental des services destinés aux communautés indigènes :

**Figure 2. Fréquence de l'intégration de la culture autochtone par thème (les articles comprenaient plusieurs thèmes, ainsi que de multiples pratiques distinctes dans chaque thème).**



Ce résumé des approches qui ont été utilisées ne vise pas à fournir un modèle de reproduction. Il vise à refléter la complexité de ce travail et à mettre en évidence les façons d'aborder les programmes et les mesures de soutien liés aux substances. Les dirigeants autochtones ont souligné l'importance de l'écoute et de l'apprentissage, et reconnaissent que l'orientation et le leadership en matière de consommation de substances appartiennent à leurs communautés et relèvent de l'autodétermination.<sup>28</sup>

## RÉFLEXION SUR LES RÉPERCUSSIONS

À l'exception de la note de politique issue de la recherche de littérature grise,<sup>45</sup> tous les autres documents comprenaient des discussions sur l'évaluation, les résultats ou les répercussions. L'annexe C fournit plus de détails sur les résultats examinés par l'étude, y compris les résultats mesurés et les résultats finaux.

- Quatre documents sur neuf ont utilisé des entrevues ouvertes pour parler aux membres de la communauté qui ont participé à des services.<sup>25,34,44,40</sup> Les entrevues n'étaient pas structurées et la majorité des commentaires indiquaient que les membres de la communauté étaient en faveur de la poursuite de ces types de services et d'un lien plus étroit avec leur communauté, l'identité autochtone, la spiritualité et le soi.<sup>25,34,40,44</sup>
- Quatre documents s'appuient principalement sur une approche expérimentale, deux d'entre eux ayant recours à des essais contrôlés randomisés et un autre à un modèle de contrôle de cas appariés pour comparer les résultats entre un groupe ayant suivi un programme axé sur les Autochtones et un groupe ayant suivi un programme standard (détails supplémentaires à l'annexe A). Trois des quatre documents ont fait état d'avantages supplémentaires liés à la participation à un programme ou à une formation axé sur les Autochtones, notamment une amélioration supplémentaire de la santé (cognitive et physique) et une diminution de la consommation de substances,<sup>26</sup> une augmentation de l'achat et de la fourniture de trousse de naloxone,<sup>41</sup> des taux plus élevés d'achèvement du traitement et une diminution du nombre de sorties contre avis médical.<sup>43</sup> L'étude de Hirchack et al.,<sup>42</sup> qui portait sur l'adaptation de deux

modèles de traitement thérapeutique existants, a montré que les groupes autochtones et non autochtones obtenaient les mêmes résultats en matière de consommation de substances.

- Plusieurs articles ont établi un lien entre les répercussions des services ou des programmes et les dimensions de la santé holistique autochtone, soit les domaines de la santé spirituelle, mentale, émotionnelle et physique<sup>33</sup> :
  - La santé spirituelle a été mentionnée le plus souvent, à la fois dans le cadre de l'impact et en tant qu'approche thérapeutique. Les commentaires sur la spiritualité provenaient des commentaires des membres de la communauté sur le sentiment d'un lien accru avec l'esprit et la nature,<sup>40</sup> d'un attrait pour les croyances spirituelles<sup>26</sup> et de la découverte de la valeur dans les pratiques basées sur la spiritualité.<sup>25,42</sup>
  - Argento et al. ont utilisé des entrevues sur la perception de soi pour saisir les changements dans la santé mentale et la santé physique,<sup>40</sup> tandis que Dickerson et al. ont utilisé des questions fermées validées pour mesurer les changements avant et après.<sup>26</sup>
  - Dickerson et al.<sup>26</sup> ont utilisé des questionnaires fermés validés pour examiner les changements dans toutes les composantes : santé spirituelle, mentale, émotionnelle et physique. Les trois autres ont discuté de ces dimensions de manière non structurée et à l'aide de questions ouvertes.<sup>25,40,42</sup>

## Deuxième section : Connaissances et enseignements partagés oralement

Cette section contient les connaissances, les enseignements et la sagesse partagés lors d'un webinaire avec nos partenaires autochtones le 26 octobre 2022 (« Centrage des méthodes autochtones, approches traditionnelles désapprenantes en matière de consommation de substances »).<sup>39</sup> Nous avons souligné les thèmes de discussion des intervenants, ainsi que la sagesse et les enseignements du gardien du savoir qui s'est joint à nous. Ces connaissances sont partagées mot pour mot afin de garantir la transmission du sens et de la formulation d'origine.

### LIEN CULTUREL DANS LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

**Conférencière : Ashley Smoke** est une personne autochtone bispirituelle des Premières Nations d'Alderville dont le nom spirituel est Gatherer of Medicines (Rassembleuse de médicaments) et dont les rôles et responsabilités comprennent le soin de la communauté, la collecte de médicaments, tenir le calumet de la paix et la chasse. Ils ont partagé leurs connaissances et leur expertise sur les liens culturels en matière de réduction des méfaits :

« C'est en apprenant l'histoire de ma famille et en travaillant en même temps sur la réduction des méfaits que j'ai commencé à être intriguée par la réduction des méfaits chez les Autochtones. C'était quelque chose dont j'avais envie en tant que consommatrice de drogues, et quelque chose à laquelle j'aurais aimé avoir accès, mais la réduction des méfaits ne m'a jamais reliée à ma culture et à mes racines.

En raison du manque de services et de sécurité culturelle dont j'ai fait l'expérience, j'ai essayé de trouver des moyens d'aider les Autochtones de ma communauté qui leur servaient et les reliaient à une partie de leur culture, même si cela signifiait avoir une conversation sur leur famille, leur histoire. J'utiliserais également des langues et des termes qu'ils reconnaissaient pour leur permettre de comprendre que je les comprenais. En effet, le

rapport est bien meilleur lorsqu'il s'agit d'une personne autochtone ou d'une personne qui comprend beaucoup de ces subtilités lorsqu'elle vous sert. Le service est bien meilleur, et les soins sont bien meilleurs. Je partageais également des enseignements par le biais d'histoires qui leur étaient familières et qui comportaient des analogies avec la rue. J'ai dû faire preuve d'une grande créativité, mais cela m'a permis d'établir une relation de confiance et d'acquérir une réputation de confiance et d'acceptation au sein des communautés que je sers. Je les aide de différentes façons, par exemple en leur montrant comment accéder aux centres d'amitié et quels sont les cérémonies et les programmes proposés. Je devais vraiment évaluer la personne et l'expérience qu'elle aurait avant de l'orienter. Je n'avais pas beaucoup d'outils, mais j'ai utilisé tous ceux auxquels j'avais accès.

J'ai commencé à recueillir de la sauge et des remèdes afin de pouvoir en imprégner les gens lors des activités de sensibilisation. Aujourd'hui encore, j'apporte toujours des médicaments aux événements, au cas où quelqu'un en aurait besoin. J'ai également commencé à dresser une liste des cérémonies et des événements culturels en cours, et je faisais savoir aux gens quels cafés, quelles bibliothèques permettaient aux personnes déplacées de participer à des activités culturelles dans l'espace artistique. J'ai trouvé des moyens d'aider mes consommateurs de drogues autochtones, et j'ai établi de véritables relations et des réseaux de fournisseurs de services. Je pense également que la navigation dans les systèmes est très importante.

Nos communautés sont différentes - dans un monde patriarcal, nous devons intégrer notre vision matriarcale, ce qui est difficile à gérer. Dans notre culture, il y a neuf genres différents, et avec le binarisme de genre, il y a beaucoup de confusion chez nos jeunes, et c'est vraiment nécessaire pour leur donner les moyens d'avoir confiance en eux et d'apprendre notre culture et nos enseignements pour qu'ils se sentent vraiment authentiques et qu'ils puissent commencer à guérir nos communautés et nous-mêmes.

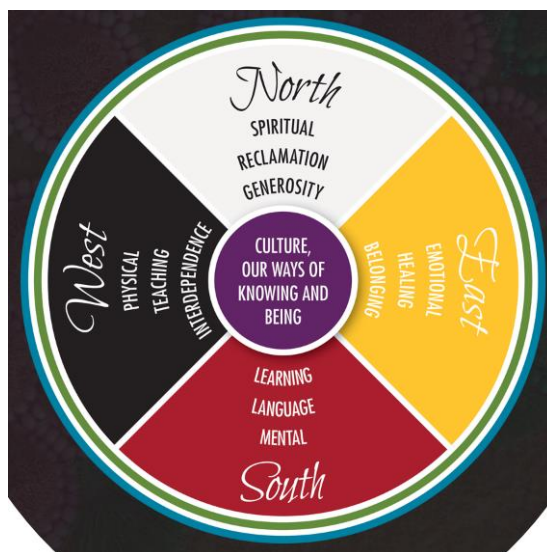
Nous devons nous unir pour renforcer les capacités et la force de la communauté, et je pense que nous pouvons y parvenir grâce à la culture.

## GUÉRISON HOLISTIQUE

**Conférencier : Darryl Souliere-Lamb** est Anishnawbe et membre de la Première Nation non cédée de Wikwemikong. Elle est travailleuse sociale agréée, et titulaire d'une maîtrise en travail social : Domaine d'études autochtone, de l'Université Wilfrid Laurier. Darryl a des années d'expérience en première ligne dans la gestion de cas, l'aide au logement et la défense des intérêts des membres des communautés autochtones.

« La roue médicinale est un outil utilisé par de nombreuses Premières Nations pour comprendre le monde qui nous entoure. La roue comprend des enseignements sur les quatre directions, les saisons, les étapes de la vie, les races, etc. Aujourd'hui, je vais me concentrer sur les principaux quadrants de l'état d'esprit, du corps, de l'esprit et de l'émotion. »

Figure 3. Modèle de santé et de bien-être holistiques<sup>33</sup>



« Lorsque je parle de guérison globale, je me réfère au mot global avec un G, comme dans le mot « global ». Ainsi, le modèle de santé et de bien-être global intègre les éléments émotionnels, mentaux, spirituels et physiques du bien-être, et repose sur la croyance que tous les éléments doivent fonctionner en harmonie, ce qui signifie que nous devons soutenir les quatre quadrants pour soutenir la santé globale de quelqu'un. Pour les prestataires de services et les organismes de soins de santé autochtones, nous avons identifié la culture comme un traitement, en pratiquant notre culture comme un moyen de soutenir tous les quadrants de la roue médicinale et de prendre soin de nous-mêmes.

Le cercle nous enseigne que nous sommes tous connectés. Notre connexion est continue et il n'y a pas de séparations entre nous. Nous sommes toujours liés à ceux qui nous ont précédés (nos ancêtres) et nous serons toujours liés à ceux qui nous succéderont à la prochaine génération. C'est ce que représente le cercle. Il représente également le fait que nous sommes tous égaux. Dans le cercle de la vie, personne n'est plus grand que l'autre et personne n'est inférieur à l'autre - nous venons tous du côté du créateur et retournerons tous du côté du créateur lorsque le voyage sera terminé. Nous sommes tous différents. Nous apportons tous des dons, des capacités et des expériences de vie différents à nos relations au sein du cercle, des différences qu'il convient d'honorer. On nous apprend à être ouverts aux différences que nous percevons chez les autres.

Lorsque l'on travaille avec les populations autochtones, il est important de s'assurer que le travail est mené par ces personnes. Nous avons tous des cultures, des croyances, des expériences différentes, et nous ne sommes pas un seul peuple, donc vous voulez inclure autant de personnes que possible. Le travail doit être collaboratif et impliquer tous les membres de la communauté, y compris les individus et les familles. Les programmes autochtones devraient être ancrés dans les enseignements et la culture traditionnels, et devraient être guidés par un modèle de soins et de bien-être holistique et tenant compte des traumatismes. »

## APPRENTISSAGE

« L'apprentissage continu est très important. Il faut aussi comprendre les complexités de l'histoire, ce que les systèmes et les structures ont réellement fait, et faire une partie de cet apprentissage. Faites un effort personnel pour apprendre ces choses. Il est même utile d'en apprendre davantage sur les enseignements auxquels vous pouvez vous identifier, que vous pouvez présenter, et même d'avoir des gardiens du savoir vers qui vous pouvez orienter les



gens, d'ouvrir des réseaux, d'engager ces autres prestataires de services qui peuvent également apporter leur soutien et de les aider à renforcer leur capacité à aider les personnes (gens) autochtones. En même temps, il s'agit de nous donner les moyens d'assumer le leadership dans le travail. En ce qui concerne l'autodétermination, je fais ce travail pour mon autodétermination. Je déteste la façon dont le système est conçu pour que nous échouions, il n'y a que des blocages et des barrières. Je pense que si nous donnons à un plus grand nombre de personnes davantage de possibilités et de leadership, et si nous payons les gens à leur juste valeur, nous pouvons faire de bonnes choses. Nous avons juste besoin de beaucoup de soutien, de financement, et non pas d'un financement de type « case à cocher. » Il s'agit de nous valoriser. » : **Ashley Smoke**

« Depuis toujours, les gens viennent chez les Autochtones pour prendre... Même aujourd'hui, on se méfie de tous ceux qui disent qu'ils sont là pour aider. Je pense qu'il est important de renforcer cet engagement et cette confiance au fil du temps, de créer des espaces sûrs et de travailler en collaboration avec les peuples et les organisations autochtones... L'apprentissage est continu. Cela ne s'arrête pas. Vous n'allez pas suivre une formation sur la sécurité culturelle autochtone et penser que vous en avez terminé. C'est continu. » : **Darryl Souliere-Lamb**

## RELATIONS SIGNIFICATIVES

**Question issue de la discussion : « Où se situe l'intersection entre l'établissement de relations significatives avec les communautés et les peuples autochtones, qui soient authentiques, significatives, percutantes, et le fait de permettre nos propres autodéterminations, notre propre revalorisation? »**

« C'est là tout l'enjeu des relations constructives : aller vers la communauté, dire voici ce que j'ai à offrir, ce que vous avez à offrir, et comment nous pouvons nous réunir pour améliorer les choses. » : **Ashley Smoke**

« Je faisais de la sensibilisation et de l'engagement auprès d'autres communautés autochtones, mais nous le faisons de manière précipitée, et ce n'était pas personnel ou individualisé. La leçon que j'en ai tirée, c'est qu'il ne faut pas précipiter le travail. La méthode indigène n'est pas précipitée, et j'ai reçu des enseignements à ce sujet. Nous devons prendre notre temps lorsque nous faisons ces choses, mais aussi nous assurer que lorsque nous tendons la main et demandons aux gens leur soutien ou leur engagement d'être vraiment ouverts et honnêtes, pour leur permettre de diriger le travail. » : **Darryl Souliere-Lamb**

**[Invitation à réfléchir] La gardienne du savoir Adele Madigan** a clôturé la session en livrant ses réflexions en matière d'écoute et de sagesse pour aller de l'avant de manière intentionnelle. Nous vous invitons à lire ses mots et à les laisser vous imprégner alors que cet examen passe à la section de la discussion :

« Créateur, aide-nous à mettre en pratique ce dont nous avons discuté et appris aujourd'hui. Que les choses que nous avons apprises aujourd'hui touchent nos cœurs et nos esprits. Pussions-nous mettre ces paroles et ces pensées en pratique. Aide-nous à changer les choses pour notre peuple et pour tous ceux qui sont maltraités et marginalisés, de quelque manière que ce soit. Nous avons besoin de ton aide, créateur, pour poursuivre et accomplir ce travail merveilleux qui nous a été confié au nom du créateur. Servir les personnes les plus vulnérables. Chacun d'entre nous qui sommes ici aujourd'hui, qui sommes assis ensemble et qui avons pris le temps d'apprendre, chacun

d'entre vous est un bon remède et a un cœur merveilleux. Miigwetch Miigwetch Miigwetch Miigwetch. »

Adele, gardienne du savoir, est une fière Anishinaabe-kwe de la Première nation Ojibwas de Batchewana, dont le nom spirituel est Raven Woman (femme corbeau).

## Discussion

Bien que cet examen porte principalement sur la mise en œuvre et la prestation de programmes dans les services, la consommation de substances doit être comprise et replacée dans le contexte des structures et de l'héritage de la colonisation, de la perte de la culture et de la langue, et des traumatismes intergénérationnels qui en résultent.<sup>32</sup> Il est tout aussi important de reconnaître que les peuples autochtones sont les experts de leurs expériences et que leur savoir est la voie la plus appropriée pour comprendre de manière authentique les moyens de décoloniser la santé aux niveaux structurel et individuel. Cette approche est particulièrement importante pour les partenaires non autochtones qui participent à ce travail et s'harmonise étroitement avec les appels à l'action lancés par les dirigeants autochtones.<sup>28,30</sup>

Comme indiqué dans la section des résultats, la majorité des services inclus étaient ancrés dans les modes de connaissance autochtones et soulignaient souvent le rôle curatif qu'ils peuvent jouer. En pratique, cela signifie qu'il faut centrer les connaissances et les pratiques autochtones, participer aux cérémonies autochtones, développer et renforcer les compétences autour de la culture et tirer parti de l'énergie des espaces physiques autochtones. Compte tenu de l'importance des approches holistiques du bien-être pour les communautés autochtones, la nécessité d'une approche multidimensionnelle en matière de réduction des méfaits et du traitement devient évidente. Les déterminants autochtones de la santé affirment la nécessité d'aller au-delà des conceptualisations « conventionnelles » de la santé et d'inclure le lien avec la culture, l'autodétermination et la décolonisation, qui font partie intégrante de la santé et des expériences de vie des Autochtones.<sup>32,49</sup> Il est donc important de continuer à désapprendre et à réfléchir à notre utilisation des modèles de santé traditionnels (y compris les modèles d'« équité » conventionnels), car ils peuvent exclure les perspectives et les visions du monde autochtones.

La nécessité de s'éloigner de la recherche de modèles pan-autochtones a été soulignée de façon récurrente dans la documentation enregistrée, ainsi que dans les connaissances, les enseignements et la sagesse qui ont été partagés oralement. La documentation a affirmé à maintes reprises que la normalisation des pratiques et la généralisation des modèles reproduisent les pratiques coloniales en effaçant la diversité des communautés autochtones et de leurs expériences vécues. L'avertissement d'éviter le « modèle universel » ou la simple reproduction des services revient souvent dans la littérature et dans nos discussions.<sup>26,40, 41,44,45,47</sup> À cette fin, le résumé du présent examen ne suggère pas un modèle pan-autochtone pour les services liés à la consommation de substances. Il vise à mettre à profit les connaissances et les perspectives des communautés autochtones et à susciter des questions sur *la forme* que pourrait prendre ce travail, ainsi que sur *la façon* d'aborder une collaboration ancrée dans le leadership autochtone.

**[Invitation à réfléchir] La gardienne du savoir Amy Montour** nous rappelle que l'apprentissage va au-delà des examens et doit être enraciné dans des partenariats avec les communautés autochtones :<sup>27</sup>

« N'oubliez pas que ce qui fonctionne pour une communauté n'est pas ce qu'il faut faire dans un autre endroit. L'idée d'« examens systématiques » pour dire « oui, c'est une pratique exemplaire » ne fonctionne pas parce que chaque communauté doit avoir ce dont elle a besoin pour elle. Il s'agit plutôt d'organisations qui apprennent à travailler avec les communautés autochtones connaître leurs ressources, plutôt que d'avoir une approche pan-autochtone de la santé mentale et de la consommation de substances.

## Lacunes dans les connaissances

Le petit nombre de documents dans la liste finale permet de réfléchir à ce travail et aux efforts de décolonisation des services d'aide aux toxicomanes dans une optique étroite, tout en reconnaissant que les efforts des communautés sont souvent confrontés à un manque de ressources et à la discrimination en matière d'accès à la documentation.<sup>50</sup> Bien que ces ressources comprennent des connaissances, des enseignements et de la sagesse qui ont été partagés oralement par les gardiens du savoir et les partenaires, nous reconnaissons qu'elles demeurent incomplètes compte tenu de la richesse des connaissances autochtones qui ont été accumulées et partagées par le biais de traditions orales depuis des temps immémoriaux.<sup>5,27</sup>

De nombreuses discussions en cours sur la consommation de substances et les communautés autochtones n'ont pas été retenues dans la liste finale de neuf documents et n'ont donc pas été prises en compte dans cet examen. Il s'agit notamment des approches à double vue visant à équilibrer les connaissances autochtones et occidentales,<sup>49</sup> du confort et de la formation du personnel,<sup>51</sup> et des concepts relatifs au continuum des soins culturels; c.-à-d. la sensibilisation culturelle, la sensibilité culturelle, la compétence culturelle, la sécurité culturelle et l'humilité.<sup>52</sup> Leur exclusion n'est pas le reflet de leur (manque d') importance ou de leur prééminence dans les discussions.

L'intersectionnalité et la prise en compte du chevauchement des identités et des positions de pouvoir sont essentielles pour faire progresser la santé. Cependant, la recherche n'a pas permis de recenser les programmes mis en œuvre qui appliquaient cette optique, qu'il s'agisse des femmes, des personnes bispirituelles, des personnes souffrant d'un handicap et d'autres communautés aux prises avec des degrés de marginalisation.

- Par exemple, les documents inclus montrent que les services et les programmes s'adressent de façon disproportionnée aux hommes (voir l'annexe A), ce qui reflète les préjugés coloniaux et l'exclusion subis de manière disproportionnée par les femmes.<sup>53</sup> Il s'agit d'une grave lacune compte tenu de ce que nous savons des défis et des expériences propres aux femmes autochtones, comme l'incidence de la séparation d'avec les enfants sur la probabilité de mener à bien un programme de traitement.<sup>13</sup>
- Un autre facteur essentiel de la santé des communautés autochtones, notamment en ce qui concerne l'accès aux services liés aux substances, est la situation géographique (urbaine, rurale, dans les réserves, dans les régions éloignées, etc.) Ces obstacles géographiques sont également une conséquence de la pratique coloniale et de la Loi sur les Indiens, soulignant les façons dont le colonialisme continue de fonctionner de manière structurelle.<sup>54</sup> Il est essentiel d'inclure cette perspective dans la planification des services et dans les discussions dans ce domaine.<sup>20</sup>

Nous concluons la discussion en soulignant la nécessité de faire preuve d'humilité et de réflexion dans ce travail, en particulier pour ceux qui y participent en tant que colons. Cela signifie qu'il faut mettre en place des pratiques ou des outils qui favorisent l'autoréflexion et la responsabilisation, en commençant par investir dans des relations conscientes du pouvoir. Il est tout aussi important de commencer par investir dans l'instauration d'un climat de confiance avec les patients et de donner la priorité à l'expérience des personnes autochtones qui consomment des drogues.

## Conclusion

Dans l'ensemble, les connaissances accumulées dans ces ressources révèlent toute une série d'efforts pour lutter contre les méfaits de la consommation de substances au sein des communautés autochtones, principalement codirigés par ces communautés. La reconnaissance de la diversité au sein

des communautés et la nécessité d'adopter des pratiques adaptées à la communauté apparaissent également comme un contraste avec le modèle d'une approche pan-autochtone.

Ces discussions ne représentent qu'une petite partie des conversations en cours, documentées et partagées oralement, sur la façon de centrer les visions du monde et les façons de savoir autochtones en matière de santé et de bien-être. Le présent examen ne vise pas à servir d'analyse complète ou définitive des services liés à la consommation de substances avec et pour les communautés autochtones. Il s'agit plutôt d'une contribution aux travaux et aux discussions en cours sur la manière de tracer une voie à suivre fondée sur la collaboration, les points forts et le leadership communautaire.

Pour conclure cet examen, nous invitons le lecteur à profiter de la sagesse et des réflexions d'**Adele Madigan, gardienne du savoir**, qu'elle a partagées avec nous par écrit<sup>48</sup>:

« J'ai été ravie de constater que la recherche a été conçue en collaboration avec les peuples autochtones. L'accent mis sur la réduction des méfaits était également une réalité nécessaire pour certains de nos peuples. Il est dit que les solutions en matière de prévention de la toxicomanie, de réduction des méfaits et de traitement doivent s'inspirer de la culture et des connaissances autochtones conçues par les communautés. Il s'agit là d'une affirmation véridique, car toutes nos nations se ressemblent à certains égards, mais sont différentes et uniques dans certaines de leurs cérémonies et pratiques.

Je crois fermement que ces programmes et services conçus par notre peuple, pour notre peuple, sont nécessaires pour atteindre le bien-être et bien vivre sa vie. Il est également nécessaire que les programmes développent des services de suivi et de prévention des rechutes et mettent en place les systèmes de soutien nécessaires. Nombre de personnes blessées souffrent lorsqu'elles tentent d'apporter des changements positifs à leur vie, car elles n'ont pas de personnes qui les soutiennent et peuvent facilement retomber dans des comportements autodestructeurs lorsque les facteurs de stress de la vie s'abattent sur elles. Il est également important de se rappeler que le traitement de la toxicomanie est un processus qui ne peut être réalisé rapidement. Il faut aux personnes toute une vie de travail acharné pour surmonter et combattre les démons qui veulent contrôler leur vie, c'est pourquoi ces programmes et services doivent être conçus pour durer. Toute personne qui lutte contre la toxicomanie est également confrontée à des problèmes de santé mentale et ces problèmes doivent être traités en même temps que la dépendance. Pendant de nombreuses années, ces deux problèmes de santé ont été séparés et de nombreuses personnes ont connu l'échec parce que leurs besoins en matière de santé mentale n'étaient pas satisfaits alors qu'elles luttaient pour guérir de leur toxicomanie.

# Bibliographie

1. Mashford-Pringle A, Skura C, Stutz S, Yohathan T. Ce que nous avons entendu : Les peuples autochtones et la COVID-19 : rapport supplémentaire pour le rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada [Internet]. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2021 [cité le 23 août 2022]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/indigenous-peoples-covid-19-report/cpho-wwh-report-en.pdf>
3. Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: the role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada [Internet]. Toronto, ON : Wellesley Institute; 2015 [cité le 27 juillet 2023]. Disponible à : <https://deslibris.ca/ID/245514>
4. Nations Unies (ONU), Département des affaires économiques et sociales. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones : A/RES/61/295 [Internet]. New York, NY : ONU; 2007 [cité le 27 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples.html>
5. Nations Unies (ONU), Haut-Commissariat aux droits de l'homme. Les peuples autochtones et le système des droits de l'homme des Nations Unies [Internet]. Genève : ONU; 2013 [cité le 27 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/fs9Rev.2.pdf>
6. Kesler L. Identité et terminologie autochtones [Internet]. Vancouver , C.- B. : Université de la Colombie-Britannique, Programme d'études des Premières Nations; 2009 [cité le 2 août 2022]. Disponible à : [https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/aboriginal\\_identity\\_terminology/](https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/aboriginal_identity_terminology/)
7. Régie de la santé des Premières Nations. Supplément de politique sur la réduction des méfaits : qu'est-ce que la réduction des méfaits? [Internet]. West Vancouver (C.-B.) : Régie de la santé des Premières Nations; [cité le 2 août 2022]. Disponible à : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-harm-reduction-policy-supplement-3-of-3.pdf>
8. Narasimha VL, Butner J, Hanafi E, Farokhnia M, Bhad R, Chalabianloo F, et autres. Modèles fondés sur la réduction des méfaits et l'abstinence pour le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances pendant la pandémie de COVID-19 : une perspective mondiale. *BJPsych Int*. 2022;19(3):66-9. Disponible à : <https://dx.doi.org/10.1192/bji.2022.1>
9. Allen L, Hatala A, Ijaz S, Courchene ED, Bushie EB. Partenariats en soins de santé dirigés par des Autochtones au Canada. *CMAJ*. 2020;192(9):E208-16. Disponible à : <https://doi.org/10.1503/cmaj.190728>
10. Réseau communautaire d'info-traitements sida (CATIE). Approches axées sur les Autochtones en matière de programmes de réduction des méfaits et d'hépatite C [Internet]. Toronto, ON : CATIE; 2020 [cité le 2 août 2022]. Disponible à : <https://www.catie.ca/sites/default/files/catie-indig-rep-2020-enb.pdf>
11. Lavoie JG, Kornelsen D, Wylie L, Mignone J, Dwyer J, Boyer Y, et autres. Réagir aux iniquités en matière de santé : Innovations dans le système de santé autochtone. *Glob Santé Epidemiol Genom*. 2016;1:e14. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/gheg.2016.12>
12. Rowan M, Poole N, Shea B, GONE JP, Mykota D, Farag M, et autres. Interventions culturelles pour traiter les dépendances dans les populations autochtones : résultats d'une étude exploratoire. *Subst Abuse Treat Prev Pol*. 2014;9(1):34. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-34>
13. Wood E, Li K, Palepu A, MARSH DC, Schechter MT, Hogg RS, et autres. Disparités sociodémographiques dans l'accès au traitement de la toxicomanie au sein d'une cohorte d'utilisateurs de drogues injectables à Vancouver. *Utilisation abusive de substances*. 2005;40(8):1153-67. Disponible à : <https://doi.org/10.1081/JA-200042287>

14. Lavalley J, Kastor S, Tourangeau M, Goodman A, Kerr T. Il suffit d'avoir d'autres modèles, notre ADN est différent : les expériences des autochtones qui consomment des drogues illicites et/ou de l'alcool qui ont accès à un traitement de consommation de substances. *Harm Reduct J*. 2020;17(1):19. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00366-3>
15. Croff RL, Rieckmann TR, Spence JD. Points de vue des fournisseurs et des États sur la mise en œuvre de modèles de soins fondés sur la culture pour les patients amérindiens et natifs de l'Alaska atteints de troubles liés à l'utilisation de substances. *J Behav Health Serv Res*. 2013;41(1):64-79. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9322-6>
16. 2- Peuples spirituels des 1<sup>res</sup> Nations. Comcap talking circle report [Internet]. Toronto, ON : 2- Peuples spirituels des 1<sup>er</sup> Nations; 2021 [cité le 27 juil. 2023]. Disponible à : <https://2spirits.org/mdocs-posts/comcap-talking-circle-report/>
17. Statistique Canada. Les peuples autochtones au Canada : principaux résultats du recensement de 2016 [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2017 [cité le 23 août 2022]. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.htm>
18. Marshall SG. La politique canadienne en matière de drogues et la reproduction des iniquités autochtones. *Int Indigenous Pol J*. 2015;6(1):7. Disponible à : <https://doi.org/10.18584/iipj.2015.6.1.7>
19. Rotondi MA, O'Campo P, O'Brien K, Firestone M, Wolfe SH, Bourgeois C, et autres. Notre santé compte à Toronto : Utilisation de l'échantillonnage axé sur les répondants pour démasquer les sous-dénombrements de recensement d'une population autochtone urbaine à Toronto, Au Canada. *BMJ Open*. 2017;7:e018936. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018936>
20. Speed ST. Stratégie de lutte contre les surdoses chez les Autochtones à Toronto : rapport sommaire [Internet]. Toronto, ON : Ville de Toronto; 2019 [cité le 27 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2019/03/8e32-TIOS-Summary-Report-2019.pdf>
21. Canada. Ministre de la Santé. Honorer nos forces : un cadre renouvelé pour s'attaquer aux problèmes de consommation de substances chez les membres des Premières Nations au Canada [Internet]. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011 [cité le 2022 août 02]. Disponible à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/sc-hc/H14-63-2011-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H14-63-2011-eng.pdf)
22. Marsh TN, Coholic D, Cote-Meek S, Najavits LM. Combiner les méthodes de guérison autochtones et occidentales pour traiter les traumatismes intergénérationnels avec les troubles liés à l'utilisation de substances chez les peuples autochtones qui vivent dans le nord-est de l'Ontario, au Canada. *Harm Reduct J*. 2015 Mai 20;12(1):14. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12954-015-0046-1>
23. Urbanoski KA. Besoin d'équité dans le traitement de la consommation de substances chez les Autochtones du Canada. *CMAJ*. 2017;189(44):E1350-1. Disponible à : <https://www.cmaj.ca/content/189/44/E1350>
24. Tennant Z. La sombre histoire du Guide alimentaire canadien : comment les expériences sur les enfants autochtones ont façonné la politique nutritionnelle. *CBC* [Internet], 19 avril 2021 [cité le 2022 août 02]; Sans réserve. Disponible à : <https://www.cbc.ca/radio/unreserved/how-food-in-canada-is-tied-to-land-language-community-and-colonization-1.5989764/the-dark-history-of-canada-s-food-guide-how-experiments-on-indigenous-children-shaped-nutrition-policy-1.5989785>
25. Biais MC. Commentaire sur Venner et autres : La recherche participative communautaire ouvre la porte à une recherche rigoureuse sur le traitement de la toxicomanie auprès des communautés autochtones. *Dépendance*. 2021;116(4):961-2. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/add.15299>
26. Gone JP, Looking PEC. Le camp culturel indien des Pieds-Noirs : auditionner un traitement autochtone alternatif pour les troubles liés à l'utilisation de substances. *Psychol Serv*. 2015;12(2):83-91. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/ser0000013>
27. Dickerson DL, D'Amico EJ, Klein DJ, Johnson CL, Hale B, Ye F, et autres. Drum-Assisted Recovery Therapy for Native Americans (DARTNA) : résultats d'un essai contrôlé randomisé de faisabilité. *J Subst Abus Traiter*. 2021;126:108439. Disponible à : <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108439>

28. Montour A. Six Nations of the Grand River Territory. Gardien du savoir. Gardien du savoir. Discussion sur l'ébauche d'examen rapide. Enseignement oral. Sault Ste Marie (Ontario). 29 août 2022.
29. Assemblée des Premières Nations. Priorités des Premières Nations en matière de santé pour réduire la consommation problématique d'opioïdes : une stratégie sur les opioïdes propre aux Premières Nations [Internet]. Ottawa, ON : Assemblée des Premières Nations; 2016 [cité le 27 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2019/10/AFN-Opioid-Strategy-Full-Report-ENG.pdf>
30. Hughes M, Suhail-Sindhu S, Namirembe S, Jordan A, Medlock M, Tookes HE, et autres. Le rôle crucial du leadership des Noirs, des Latinx et des Autochtones dans la réduction des méfaits et le traitement de la toxicomanie. *Am J Public Health*. 2022;112(S2):S136-9. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306807>
31. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Commission de vérité et réconciliation du Canada : appels à l'action [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015 [cité le 27 juillet 2023]. Disponible à : [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls\\_to\\_action\\_english2.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf)
32. Yu Z, Steenbeek A, Biderman M, Macdonald M, Carrier L, MacDonald C. Caractéristiques des stratégies de guérison autochtones au Canada : un examen de la portée. *JBIS Synth*. 2020;18:2512-55. Disponible à : <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00385>
33. Sullivan L, Fondation NNAP. Synopsis des problèmes de toxicomanie chez les Premières Nations : élaboré à l'intention de l'AllAO [Internet]. Toronto, ON : Registered Nurses Association of Ontario; 2015 [cité 2022 Aug 02]. Disponible à : <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO-Synopsis-of-First-Nations-Substance-Abuse-Issues-2013-26-09.pdf>
34. Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC). Modèle de santé et de bien-être holistique [Internet]. Toronto, ON : IPHCC; [cité le 23 août 2022]. Disponible à : <https://iphcc.ca/about-the-iphcc/>
35. Victor J, De Groot CD, Vonkeman L. l'taamohkanoohsin (tout le monde se réunit) : un programme culturel pour les Pieds-Noirs qui soutient les personnes ayant des problèmes de santé mentale concomitants et d'autres besoins complexes. *Can J Commun Mental Health*. 2018;37(2):61-5. Disponible à : <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2018-011>
36. Smylie J, Olding M, Ziegler C. Partager ce que nous savons vivre une bonne vie: Approches autochtones en matière d'application des connaissances. *J Can Health Libr Assoc*. 2014;35(1):16-23. Disponible à : <https://doi.org/10.5596/c14-009>
37. LaVallie C, Sasakamoose J. Réflexion réflexive co-créée avec kehte-ayak (anciens) en tant qu'outil autochtone de contemplation de données méthodologiques qualitatives. *Int J Indigenous Health*. 2021;16(2):208-24. Disponible à : <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i2.33906>
38. Godin K, Stapleton J, Kirkpatrick SI, Hanning RM, Leatherdale ST. Application de méthodes de recherche par revue systématique de la littérature grise : une étude de cas examinant les lignes directrices pour les programmes de petits déjeuners en milieu scolaire au Canada. *Syst Rev*. 2015;4(1):138. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0125-0>
39. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Résumés des données probantes : l'évolution d'une approche d'examen rapide. *Syst Rev*. 2012;1(1):10. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-10>
40. Smoke A, Soulier-Lamb D; Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Centrer les méthodes indigènes, désapprendre les approches traditionnelles en matière de consommation de substances [enregistrement vidéo]. Toronto, ON : Imprimeur du roi pour l'Ontario; 2022 [cité le 27 juin 2023]. 51 minutes. Disponible à : <https://www.youtube.com/watch?v=Uk-iBCX7Ntc>

41. Argento E, Capler R, Thomas G, Lucas P, Tupper KW. Exploration de la thérapie assistée par l'ayahuasca pour la dépendance : une analyse qualitative des résultats préliminaires au sein d'une communauté autochtone au Canada. 2019;38(7):781-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/dar.12985>
42. Duvivier H, Gustafson S, Greutman M, Jangchup T, Harden AK, Reinhard A, et autres. Les pharmaciens du Indian Health Service ont participé à des initiatives de sécurité des opioïdes et ont élargi l'accès à la naloxone. J Am Pharm Assoc. 2017;57(2):S135-40. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.01.005>
43. Hirchak KA, Hernandez-Vallant A, Herron J, nuage V, Tonigan JS, McCrady B, et autres. Alignement de trois interventions sur les troubles liés à l'utilisation de substances au sein d'une tribu dans le sud-ouest des États-Unis : faisabilité pilote pour le recentrage culturel, la diffusion et la mise en œuvre. J Ethn Subst Abuse. 29 octobre 2020 [Epub avant l'impression]. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1836701>
44. Legha RK, Moore L, Ling R, Novins D, Shore J. Télépsychiatrie dans un programme résidentiel de traitement de l'abus de substances pour les autochtones de l'Alaska. Telemed J E Health. 2020 Jul 1;26(7):905-11. Disponible à : <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0131>
45. Tipps RT, Buzzard GT, McDougall JA. L'épidémie d'opioïdes dans le pays indien. J Law Med Ethics. 2018;46(2):422-36. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/1073110518782950>
46. Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN), Coalition interagence sida et développement (CISD). Réduction des méfaits chez les Autochtones = réduction des méfaits du colonialisme [Internet]. Ottawa, ON : CAAN; 2019 [cité le 20 juillet 2022]. Disponible à : <http://www.icad-cisd.com/pdf/Publications/Indigenous-Harm-Reduction-Policy-Brief.pdf>
47. Maina G, Mclean M, Mcharo S, Kennedy M, Djimetio J, King A. Un examen de la portée de la prévention de la consommation de substances autochtones en milieu scolaire chez les préadolescents (7 à 13 ans). Subst Abuse Treat Prev Pol. 2020;15(1):1-74. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00314-1>
48. Legha RK, Novins D. Le rôle de la culture dans les programmes de traitement de la toxicomanie pour les communautés amérindiennes et autochtones de l'Alaska. Psychiatr Serv. 2012;63(7):686-92. Disponible à : <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100399>
49. Madigan A. Première Nation Ojibwé, réserve de Rankin. Le territoire traditionnel établi par le traité Robinson-Supérieur de 1850 s'étendait à l'origine de l'île Whitefish à Saul Ste Marie jusqu'au parc national de Pukaskwa, en remontant le littoral de l'est du lac Supérieur. Gardien du savoir. Discussion sur l'ébauche d'examen rapide. Enseignement oral. Sault Ste Marie (Ontario). 29 août 2022.
50. Rogers BJ, Swift K, Woerd Kvd, Auger M, Halseth R, Atkinson D, et autres. À l'interface : Praticiens de la santé autochtones et pratique fondée sur des données probantes. Prince George (C.-B.) : National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2019. Disponible à : <https://www.nccih.ca/docs/context/RPT-At-the-Interface-Halseth-EN.pdf>
51. Gewin V. Comment inclure les chercheurs autochtones et leurs connaissances. Nature. 2021;589:315-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00022-1>
52. Zeledon I, West A, Antony V, Telles V, Begay C, Henderson B, et autres. Partenariats de collaboration à l'échelle de l'État entre les communautés amérindiennes et autochtones de l'Alaska (AI / AN) en Californie pour cibler l'épidémie d'opioïdes : Résultats préliminaires de l'évaluation des besoins des informateurs clés en matière de traitement assisté par médicaments tribaux (MAT). J Subst Abuse Treat. 2020;108:9-19. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.04.003>
53. Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC). Anishnaabe mino'ayawiin- personnes en bonne santé [Internet]. Toronto, ON : IPHCC; [cité le 23 août 2022]. Disponible auprès de <https://iphcc.ca/cultural-safety-training/>



54. Parkkila C. Tactiques d'assimilation: Les femmes autochtones, la politique de naissance et la colonisation des corps dans les Prairies canadiennes à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle. *Constellations*. 2021;12(2). Disponible auprès de <https://doi.org/10.29173/cons29460>
55. Premières Nations et études autochtones. *Reserves* [Internet]. Vancouver , C.- B. : Université de Columbia, Programme d'études des Premières Nations; 2009 [cité le 23 août 2022]. Disponible à : <https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/reserves/#:~:text=An%20Indian%20Reserve%20is%20a,s tructures%20are%20frequently%20located%20there>

## Annexe A

Tableau A. Caractéristiques des neuf documents inclus

Auteur	Sujet principal (type de service entre parenthèses)	Lieu	Communauté spécifiée	Conception de l'étude	Modèle
Argento et autres. (2019) <sup>40</sup>	Explorer la thérapie assistée par l'ayahuasca pour la dépendance (Traitement)	Canada – Colombie-Britannique	Bande Salish de la côte des Premières Nations	<u>Aspects qualitatifs</u> : Entrevues exploratoires (ouvertes) avec des membres de la communauté au sujet de leurs expériences	11 membres de la collectivité : 5 femmes, 6 hommes; 19 à 56 ans (âge moyen 38 ans)
Dickerson et autres. (2021) <sup>26</sup>	Thérapie de récupération assistée par le tambour pour les Amérindiens (Traitement)	États-Unis - Californie	Autochtones	<u>Expérimental</u> : Essais contrôlés randomisés. Des membres de la communauté ont été assignés au hasard à l'un des deux groupes de thérapie.	63 membres de la collectivité : 38 assignés à l'intervention (DARTNA); 25 assignés au groupe témoin; 4 femmes, 58 hommes; âge moyen 38 ans
Duvivier et autres. (2017) <sup>40</sup>	Les pharmaciens du Service de santé des Indiens élargissent l'accès à la naloxone (réduction des méfaits)	États-Unis - Sud-Ouest, Midwest, Grands Lacs	Autochtones	<u>Quasi expérimental</u> : Conception pré-test post-test d'un groupe. Changements mesurés dans le nombre de commandes de naloxone.	Pharmaciens du Service de santé des Indiens (aucun numéro disponible)
Gone et Looking (2015) <sup>23</sup>	Camp d'immersion culturelle saisonnier utilisant la pratique traditionnelle (Traitement)	États-Unis - Montana et Wyoming	Pikunis Pieds-Noirs du Montana	<u>Aspects qualitatifs</u> : Entrevues exploratoires (ouvertes) avec des membres de la	4 membres de la communauté; tous des hommes

Auteur	Sujet principal (type de service entre parenthèses)	Lieu	Communauté spécifiée	Conception de l'étude	Modèle
				communauté au sujet de leurs expériences.	
Hirschak et autres. (2020) <sup>41</sup>	Développement de services de thérapie de traitement adaptés à la culture (Traitement)	États-Unis - Nouveau-Mexique	Amérindiens/ Amérindiens (AI/AN)	Étude 1 - <u>Expérimentale</u> : Essais contrôlés randomisés. Des membres de la communauté ont été assignés au hasard à l'un des deux groupes de thérapie. Étude 2 - En cours	Étude 1 - 79 membres de la communauté : 38 affectés à l'intervention (MICRA); 41 affectés au groupe témoin; tous des hommes; âge moyen 33 ans
Legha et autres. (2020) <sup>43</sup>	Programme de télépsychiatrie « Village of Care » (Traitement)	États-Unis - Alaska	Natifs de l'Alaska	<u>Expérimental</u> : Conception de cas de contrôle appariés, où deux programmes ont été comparés en fonction de membres de la communauté appariés ou similaires	206 membres de la communauté : 103 assignés au groupe d'intervention; 103 assignés au groupe témoin Membres de la communauté appariés selon l'âge (la moyenne est de 38,7 ans) et le sexe (120 femmes, 86 hommes)
Tipps et autres. (2018) <sup>44</sup>	Deux programmes gérés par la tribu par traitement par agonistes opioïdes	United States- Oklahoma, Washington	Tribu Quapaw (OK) et Tribu Muckleshoot (WA)	<u>Aspects qualitatifs</u> : Observation, description des programmes dirigés par des Autochtones	S.O.

Auteur	Sujet principal (type de service entre parenthèses)	Lieu	Communauté spécifiée	Conception de l'étude	Modèle
Victor et autres. (2018) <sup>34</sup>	Sensibilisation et soutien communautaires concernant l'itinérance et la consommation de substances (réduction des méfaits)	Canada- Alberta	Membres de la communauté des Pieds-Noirs	<u>Aspects qualitatifs :</u> Entrevues exploratoires (ouvertes) avec des membres de la communauté au sujet de leurs expériences.	S.O.
Canadian Aboriginal AIDS Network (2019) <sup>45</sup>	« 13 Moon Harm Reduction Initiative », un projet de réduction des méfaits dirigé par des pairs et fondé sur la culture, codirigé par des jeunes Autochtones (réduction des méfaits)	Canada - Manitoba	Autochtones	<u>Aspects qualitatifs :</u> Note de politique qui comprend une description des pratiques dans le cadre de trois programmes de réduction des méfaits	S.O.
Canadian Aboriginal AIDS Network (2019) <sup>45</sup>	« Mamisarvik Inuit Healing Centre » (Réduction des méfaits)	Canada- Ontario	Inuits	Voir ci-dessus	S.O.
Canadian Aboriginal AIDS Network (2019) <sup>45</sup>	Atelier de formation des formateurs « Not Just Naloxone » (réduction des méfaits)	Canada - Colombie-Britannique	Premières Nations	Voir ci-dessus	S.O.

## Annexe B

**Tableau B1. Intégration de la culture autochtone par le biais des connaissances et des pratiques autochtones**

[Note : « O » ci-dessous indique que la pratique énumérée a été incluse dans l'article correspondant]

Pratique	Argento et autres. <sup>40</sup>	Dickerson et autres. <sup>26</sup>	Duvivier et autres. <sup>41</sup>	Gone et Looking <sup>25</sup>	Hirschak et autres. <sup>42</sup>	Legha et autres.	Tipps et autres.	Victor et autres.	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : 13 Moons Harm Reduction	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : Centre de guérison inuit	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : FNHA Naloxone
Aînés et gardiens du savoir								O			
Connaissances expérientielles		O	O			O			O		O
Langues autochtones					O					O	
Parenté et relations				O	O	O					O
Roue médicinale		O							O		O
Spiritualité dans les soins					O	O					
Thérapie avec une perspective autochtone	O	O									
Cercles de discussion		O		O							
Contes traditionnels				O	O			O			

**Tableau B2. Intégration de la culture autochtone par la participation à des cérémonies autochtones**

[Note : « O » ci-dessous indique que la pratique énumérée a été incluse dans l'article correspondant]

Pratique	Argento et autres. <sup>40</sup>	Dickerson et autres. <sup>26</sup>	Duvivier et autres. <sup>41</sup>	Gone et Looking <sup>25</sup>	Hirschak et autres. <sup>42</sup>	Legha et autres.	Tipps et autres.	Victor et autres.	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : 13 Moons Harm Reduction	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : Centre de guérison inuit	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : FNHA Naloxone
Danse					O						
Tambours		O						O			
Alimentation et régime alimentaire								O		O	
Musique						O					
Cérémonie de la pipe				O							
Pow-wows							O	O			
Chant								O			
Habits traditionnels					O						
Rite de transfert				O							

**Tableau B3. Intégration de la culture autochtone par les programmes de guérison axés sur la terre**

[Note : « O » ci-dessous indique que la pratique énumérée a été incluse dans l'article correspondant]

Pratique	Argento et autres. <sup>40</sup>	Dickers on et autres. <sup>26</sup>	Duvivier et autres. <sup>41</sup>	Gone et Looking <sup>25</sup>	Hirchak et autres. <sup>42</sup>	Legha et autres.	Tipps et autres.	Victor et autres.	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : 13 Moons Harm Reduction	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : Centre de guérison inuit	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : FNHA Naloxone
Maison longue	O										
Aires sacrées ou culturelles				O		O		O		O	
Bain de vapeur						Y					
Suerie				O				O			

**Tableau B4. Intégration de la culture autochtone par le développement et le renforcement des compétences autochtones**

[Note : « O » ci-dessous indique que la pratique énumérée a été incluse dans l'article correspondant]

Pratique	Argento et autres. <sup>40</sup>	Dickers on et autres. <sup>26</sup>	Duvivier et autres. <sup>41</sup>	Gone et Looking <sup>25</sup>	Hirchak et autres. <sup>42</sup>	Legha et autres.	Tipps et autres.	Victor et autres.	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : 13 Moons Harm Reduction	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : Centre de guérison inuit	CAAN et ICAD <sup>45</sup> : FNHA Naloxone
Construction du tambour				O							
Tannage des peaux				O							
Chasse/pêche				O		O					
Cours de musique							Y				
Monter un tipi				O				O			
Récolte des plantes				O				O			
Art/artisanat traditionnel						O	O	O		O	



## Annexe C

**Tableau C. Résumé des mesures des résultats et des répercussions, lorsqu'ils sont inclus dans les documents**

[Note : « A » désigne l'autodésignation; « PA » désigne les personnes déclarées par l'aidant naturel (c.-à-d. le fournisseur de services)]

Auteur, Année	Principale mesure du résultat ou des répercussions
Argento et autres. (2019) <sup>40</sup>	<p>(A) Suivi de six mois :</p> <p>Les entrevues qualitatives avec les participants au sujet des expériences dans le cadre du programme ont mis en avant six thèmes :</p> <p><b>Diminution de la consommation de substances et des envies</b> : Tous les participants ont signalé un abandon ou une réduction de la consommation de substances</p> <p><b>Comparaison avec d'autres expériences de traitement</b> : Tous les participants ont comparé ce programme à des expériences antérieures, soulignant l'amélioration de la santé, du bien-être et de la transformation.</p> <p><b>Lien renforcé avec l'esprit et la nature</b> : Tous les participants, à l'exception d'un seul, ont exprimé un sentiment accru de connexion avec l'esprit et la nature.</p> <p><b>Mise en évidence du lien avec le sentiment d'identité</b> : Les participants ont signalé un lien avec un « soi supérieur » et des changements dans le bien-être émotionnel et psychologique</p> <p><b>Transformations dans les relations avec les autres</b> : Les participants ont signalé une amélioration des relations sociales, des liens plus profonds et une meilleure communication avec les amis et la famille</p> <p><b>Sentiments généraux à propos de la retraite</b>: La majorité des participants ont recommandé d'accroître la disponibilité de soutiens similaires.</p>
Dickerson et autres. (2021) <sup>26</sup>	<p>(PA) À la fin du traitement, ceux qui ont terminé DARTNA ont été comparés aux patients recevant les soins standard. Des résultats significatifs (<math>p &lt; 0,5</math>) indiquent que les patients DARTNA ont déclaré :</p> <p>Troubles cognitifs inférieurs</p> <p>Baisse du nombre de maladies physiques</p> <p>Meilleure santé déclarée</p> <p>Diminution de la consommation d'alcool et de marijuana</p> <p>(PA/A) Dans le suivi de 3 mois, ceux qui ont terminé DARTNA ont rapporté (<math>p / .05</math>):</p> <p>Moins de troubles cognitifs</p>

Auteur, Année	Principale mesure du résultat ou des répercussions
	<p>Réduction de l'anxiété au sein des relations étroites</p> <p>Plus de boissons et de cigarettes par jour (les auteurs soulignent une valeur aberrante qui peut expliquer l'augmentation)</p>
Duvivier et autres. (2017) <sup>40</sup>	(PA) Les auteurs ont comparé les achats de trousse de naloxone et l'augmentation de l'offre avant et après la mise en œuvre de l'initiative de sécurité des opioïdes. Ils ont constaté que l'IHS avait triplé l'achat et l'utilisation de la naloxone au cours du premier semestre de 2016 pour les services aux patients et les initiatives des premiers intervenants.
Gone et Looking (2015) <sup>23</sup>	(A) Les entrevues ouvertes ont permis d'évaluer les expériences de la vie au camp, y compris l'évaluation du camp en tant que forme de traitement alternatif pour les Autochtones.
Hirchak et autres. (2020) <sup>41</sup>	<p><u>Étude 1 (PA)</u> : Comparaison de la consommation de substances entre l'intervention MICRA et le groupe témoin. Les deux groupes ont obtenu des résultats égaux et ont démontré une diminution de la consommation de substances par rapport au niveau de référence.</p> <p><u>Étude 2</u> : Étude en cours sur CRAFT-AI.</p>
Legha et autres. (2020) <sup>43</sup>	<p>(PA) Comparaison entre les groupes d'intervention (télépsychiatrie) et les groupes témoins. Par rapport au groupe témoin, les clients du groupe de télépsychiatrie :</p> <p>sont restés 43,8 jours de plus en traitement</p> <p>ont déclaré moins de congés contre l'avis médical</p> <p>ont eu des taux similaires d'hospitalisations, de visites à l'urgence et de communication sur les besoins médicaux</p>
Tipps et autres. (2018) <sup>44</sup>	<p>(PA) « Quapaw's Counselling Services » : Sur 105 dans le traitement, 71 % ont assez diminué la consommation de substance pour prendre des doses de méthadone à la maison, semblable aux taux à travers les États-Unis.</p> <p>(PA) « Muckleshoot Behavioral Health Program » : Les taux de conformité à Vivitrol sont de 94 %; Entre février 2016 et juillet 2017, le programme a servi 406 membres de la communauté et a échangé 20 771 aiguilles dans le cadre du programme d'échange de seringues.</p>
Victor et autres. (2018) <sup>34</sup>	<p>(A) L'évaluation du programme a fait un suivi auprès des participants et a tenu des entrevues avec des informateurs clés un an après le début du programme. Voici quelques-unes des constatations :</p> <p><u>Avantages</u> : Les participants déclarent avoir un espace sûr pour socialiser et partager des histoires, avoir un sentiment d'appartenance.</p>

Auteur, Année	Principale mesure du résultat ou des répercussions
	<p><u>Défis</u> : Diminution de la fréquentation au cours de la deuxième année, financement limité, programmation répétitive, crainte que les cérémonies puissent devenir un spectacle public, demande d'expansion au-delà de la culture des Pieds-Noirs compte tenu de la diversité autochtone.</p>

## Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario); Indigenous Primary Health Care Council. Services liés à la consommation de substances avec et pour les communautés autochtones. Toronto, ON : Imprimeur du roi pour l'Ontario; 2023. Publication conjointe avec l'Indigenous Primary Health Care Council.

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent y être apportés

## Community Opioid/Overdose Capacity Building

SPO collabore avec des partenaires externes pour développer des produits pour le COM-CAP.

Le projet Community Opioid/Overdose Capacity Building (COM-CAP), lancé en 2019, est un projet mené sur quatre ans qui est financé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. L'objectif de COM-CAP est de soutenir les interventions communautaires aux effets nocifs des opioïdes et des surdoses dans les communautés de toutes les régions de l'Ontario. Le soutien se concentre sur le renforcement des connaissances, des compétences et des capacités des principaux intervenants :

- Ontario College of Art & Design University - Health Design Studio
- University of Toronto - Strategy Design and Evaluation Initiative
- Black Coalition for AIDS Prevention
- Chatham-Kent Public Health
- Centres de santé communautaire NorWest
- The Municipal Drug Strategy Coordinators Network of Ontario
- The Ontario Network of People Who Use Drugs

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de Santé Canada. Ces documents ou les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

Pour plus d'informations, visitez [www.publichealthontario.ca/en/Health-Topics/Health-Promotion/Substance-Use/COM-CAP](http://www.publichealthontario.ca/en/Health-Topics/Health-Promotion/Substance-Use/COM-CAP) ou contactez [substanceuse@oahpp.ca](mailto:substanceuse@oahpp.ca)