



LA RÉDUCTION DES MÉFAITS POUR CERTAINES POPULATIONS AU CANADA

3

Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes de descendance autochtone

Colleen Anne Dell, Ph.D., et Tara Lyons, M.A., juin 2007

Ce document vise à fournir des renseignements actuels, objectifs et empiriques en vue d'orienter la mise en œuvre de politiques et de programmes qui favorisent la promotion de la réduction des méfaits associés à l'abus de substances au Canada.

Ce rapport fait partie d'une série de quatre documents sur la réduction des méfaits pour certaines populations au Canada. La série comprend les titres suivants :

1. *Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale (mai 2005)*
2. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes (août 2006)*
3. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes de descendance autochtone (juin 2007)*
4. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les personnes atteintes de troubles concomitants (à venir)*

Les auteures remercient les représentants de plusieurs organismes pour leurs commentaires éclairés sur une version antérieure de ce document : Assemblée des Premières nations, Réseau canadien autochtone du sida, Congrès des peuples autochtones, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Inuit Tapiriit Kanatami, Ralliement national des Métis, Organisation nationale de la santé autochtone—Centre Ajunnginiq, Association nationale des centres d'amitié, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, Association des femmes autochtones du Canada, Tungasuvvingat Inuit/Mamisarvik Healing Centre et Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes.

Introduction

La notion de réduction des méfaits est controversée, comme en font foi les diverses réactions sociales et politiques qu'engendrent les politiques et programmes de réduction des méfaits actuellement en vigueur au Canada, ainsi que les réponses intenses et souvent moralistes réservées à cette approche. Il est cependant indéniable que les mesures de réduction des méfaits occupent une place de plus en plus importante en matière d'abus d'alcool et de drogues. Il importe de comprendre cette notion et son lien particulier avec les personnes de descendance autochtone (Premières Nations, Inuits et Métis). Chacun de ces groupes a une histoire individuelle et collective qui vient enrichir sa position dans la société canadienne.

Le présent document vise à mieux définir le concept de réduction des méfaits et à mettre en évidence des exemples de politiques et de programmes canadiens de réduction des méfaits employés par les peuples autochtones. Il ne défend pas une position particulière, mais présente plutôt une introduction complète et à jour de la question¹. Le document débute donc par une définition de la réduction des méfaits, puis continue avec une courte explication sur qui sont les personnes de descendance autochtone, leur état de santé général et la prévalence des problèmes de consommation au sein de cette population, ainsi que sur les facteurs historiques influençant la vie des peuples autochtones.

Par la suite, le document présente 11 exemples de politiques et de programmes de réduction des méfaits utilisés par les Autochtones et décrit sept des principaux obstacles à leur mise en œuvre. Une solution générale ou une orientation est proposée pour chaque obstacle. Ces propositions, tout comme le document lui-même, vise à susciter la discussion et à encourager la réflexion.

La présente publication s'appuie sur de la littérature grise² et de la documentation examinée par des pairs provenant du Canada et sur certains documents d'origine américaine et australienne. En l'absence d'un fonds documentaire important, l'une des auteures, Tara Lyons, a discuté avec environ 25 personnes et organisations canadiennes œuvrant dans le domaine de la consommation de substances et des Autochtones, la majorité des organisations s'adressant directement à ces derniers. Les auteures remercient ceux et celles qui ont partagé leurs connaissances et leur sagesse et celles de leur organisation. Leur voix collective et la littérature constituent les assises de la présente publication.

Réduction des méfaits

Dans le premier d'une série de documents du CCLAT sur la réduction des méfaits pour certaines populations au Canada, *Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale*, on définissait la réduction des méfaits comme « une approche axée sur la santé qui vise à réduire les méfaits sociaux et pour la santé associés à la consommation d'alcool et de drogues, sans nécessairement exiger que les personnes deviennent abstinentes. La réduction des méfaits est une

intervention objective dans le cadre de laquelle on se met « au niveau » des consommateurs en ce qui a trait à leur consommation de substances... » (Thomas, 2005, p. 1). La réduction des méfaits inclut un vaste éventail d'interventions, allant de celles encourageant l'usage sécuritaire de substances à celles propices à l'abstinence. L'un des éléments fondamentaux de cette approche est la liberté du consommateur à choisir de quelle façon il réduira les méfaits qu'il subit.

Les éléments suivants sont des caractéristiques de la réduction des méfaits :

Pragmatisme : La réduction des méfaits accepte qu'une certaine consommation de substances psychoactives est inévitable et que l'on doit s'attendre à un certain niveau de consommation de substances au sein d'une société.

Valeurs humaines : Aucun jugement moraliste n'est porté, que ce soit pour condamner ou pour appuyer la consommation de substances, sans égard au niveau ou au mode de consommation. La dignité et les droits du consommateur d'alcool et d'autres drogues sont respectés.

Accent sur les méfaits : La portée de la consommation de substances d'une personne est d'une importance secondaire par rapport aux méfaits pouvant résulter d'une telle consommation.

Hierarchie des objectifs : La plupart des programmes de réduction des méfaits ont une hiérarchie d'objectifs; les besoins les plus pressants sont comblés d'abord (Groupe de travail national sur les politiques du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996).

Les caractéristiques fondamentales de la réduction des méfaits, en particulier l'accent mis sur les valeurs humaines, rejoignent des valeurs autochtones traditionnelles comme le respect. Les peuples autochtones n'ignorent pas les principes de la réduction des méfaits, et certains observateurs notent des similitudes entre la réduction des méfaits et une démarche autochtone holistique de traitement de la toxicomanie, notamment l'importance accordée aux liens entre la collectivité et la personne (Peele, 2003).

¹ Pour ce faire, le document est bien documenté, facilitant ainsi l'accès aux sources.

² La littérature grise comprend les publications de sources non commerciales, comme les organismes sans but lucratif ou les ministères.

Pour mieux comprendre le concept de réduction des méfaits, on peut prendre un exemple sans lien avec la consommation de substances, comme le port de la ceinture de sécurité. En cas d'accident, la ceinture diminue l'étendue des blessures subies par les occupants, notamment en les empêchant d'être éjectés. Dans le cas de la toxicomanie, la prestation de matériel stérile aux utilisateurs de drogues injectables permet de réduire la propagation des maladies transmissibles par le sang, et la distribution de quantités contrôlées de boissons alcoolisées aux alcooliques dans les refuges pour sans-abri permet de freiner l'ingestion de produits contenant de l'alcool impropre à la consommation.

L'une des meilleures façons de comprendre ce qu'est la réduction des méfaits est de se le faire expliquer par quelqu'un. Voici ce que représente cette approche dans la vie d'une femme de la Colombie-Britannique :

Si je ne peux pas accéder [à votre programme] parce que je consomme, alors vous me dites que je ne mérite pas de guérir. Que tant que tu n'arrêtes pas de consommer, tu n'en vaux pas la peine. Je suis déjà convaincue que je n'en vaux pas la peine, alors ce message ne fait que renforcer ce sentiment (Poole, 2006).

Dans toute discussion sur la réduction des méfaits, il faut tenir compte de l'ampleur des besoins et des points forts des peuples autochtones et de leurs collectivités. Les mesures de réduction des méfaits ne s'appliquent pas à l'ensemble des peuples et des collectivités autochtones, mais elles couvrent un vaste éventail de services, comme le montrera le présent document. Avant de parler des mesures de réduction des méfaits chez les Autochtones, il faut comprendre que l'élaboration de politiques et de programmes efficaces doit être initiée par les collectivités et leurs membres et s'adresser à eux. Les travaux de Gray et Sputore (1998) appuient une « négociation transparente d'objectifs de projets réalistes et atteignables qui répondent aux besoins définis par les collectivités, plutôt que l'adoption forcée de buts de programmes uniformes » (Gray et Sputore, 1998, p. 46). Une étude réalisée en 2004 sur les aides antitabac dans les Premières Nations met en évidence l'importance de ce principe : l'étude a en effet révélé que les Premières Nations n'utilisaient que rarement ces aides conçues par la société occidentale et elle

concluait que « les médicaments [comme les timbres à la nicotine] risquent de ne pas convenir aux fumeurs [autochtones], qui croient principalement au changement de comportement » (Wardman et Khan, 2004, p. 691).

Un autre point important à savoir quand on parle de réduction des méfaits chez les Autochtones est que, pour certains, il y a incompatibilité entre les traditions, les coutumes et les habitudes culturelles autochtones, d'une part, et la consommation de psychotropes, d'autre part. Les utilisateurs de substances comme l'alcool ou la méthadone sont considérés comme « en déséquilibre ». Encore une fois, ce sont les collectivités et leurs membres qui doivent déterminer l'applicabilité des politiques et programmes de réduction des méfaits.

À l'heure actuelle, un grand nombre de collectivités autochtones et de centres de traitement adoptent des modèles prônant l'abstinence et la prohibition (Chalmers, Cayen, Snowshoe et Collin, 2002; Daisy, Thomas et Worley, 1998; Korhonen, 2006; Landau, 1996; Lauzon, Gregoire, Gliksman et Douglas, 1998). Plusieurs raisons expliquent cette situation, notamment l'effet destructeur de l'alcool sur la vie des Autochtones, le désir des peuples autochtones de redéfinir leur identité par rapport aux pratiques d'assimilation de la société et le taux dévastateur d'alcoolisme et de toxicomanie auquel sont maintenant confrontées de nombreuses collectivités (Réseau canadien autochtone du sida, 1998). Ainsi, plusieurs centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) ont comme objectif l'abstinence, ce qui est dû en partie au fait qu'ils ont été créés à un moment où les théories axées sur la maladie et les modèles d'abstinence constituaient la norme³.

Règle générale, les modèles prônant l'abstinence et la prohibition ne sont pas favorables à une consommation modérée ou réduite, alors qu'il s'agit d'une notion inhérente à la plupart des politiques et programmes de réduction des méfaits. C'est pourquoi on considère que l'accent mis sur l'abstinence dans les collectivités autochtones constitue en fait un obstacle à la prestation et au développement des services de réduction des méfaits (Réseau canadien autochtone du sida, 1998; Erickson, 1992; Wardman et Quantz, 2006).

³ Le PNLAADA forme un réseau de 54 centres de traitement situés dans des collectivités inuites et des Premières Nations partout au Canada, soit environ 700 places de traitement en établissement. Le PNLAADA compte également plus de 500 programmes de prévention communautaires. En grande partie dirigé par des collectivités et des organisations autochtones, il est le principal fournisseur de traitements contre toutes formes de toxicomanies destinés aux peuples autochtones canadiens.

Contrairement à la croyance populaire, l'abstinence et la réduction des méfaits ne s'excluent pas mutuellement, l'un de leurs points communs étant qu'elles aident toutes deux les personnes ayant des problèmes de consommation à prendre en charge les méfaits qu'elles subissent. Certains programmes et politiques offrent aux bénéficiaires une panoplie de démarches. Ainsi, le programme All My Relations s'adresse aux utilisateurs autochtones de drogues injectables du Manitoba et propose l'abstinence comme objectif possible, mais non obligatoire (McLeod, 2001). De la même façon, le Mami-sarvik Healing Centre (www.ontarioinuit.ca/html/addictions.htm), l'un des seuls centres de traitement de la toxicomanie à l'interne au Canada visant spécifiquement la clientèle inuite, donne le choix entre un programme axé sur la réduction des méfaits et un autre fondé sur l'abstinence. De plus, Inuit Tapiriit Kanatami, l'organisme national canadien inuit, indique dans sa politique en matière d'alcool qu'il faut élaborer des programmes communautaires efficaces de counseling reposant sur des stratégies d'abstinence et de réduction des méfaits qui respectent la situation, la culture, la langue et les valeurs des Inuits (Inuit Tapiriit Kanatami, 2005a).

Certains programmes autochtones fondés sur l'abstinence s'inscrivent désormais dans des initiatives de réduction des méfaits, comme la prestation de seringues propres aux utilisateurs de drogues injectables. Pour le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)⁴, la « réduction des méfaits ne signifie pas nécessairement que l'on ferme les yeux, sur l'utilisation des drogues, mais plutôt que l'on offre une solution pratique pour arrêter la propagation du VIH » (Réseau canadien autochtone du sida, 1998, p. 38). Les travaux du RCAS visent à élaborer une stratégie canadienne sur le VIH/sida à l'intention des Premières Nations, des Inuits et des Métis et définissent la réduction des méfaits comme l'un des neuf secteurs stratégiques qui permettront de sensibiliser la population et de l'aider à diminuer son risque de contracter le VIH ou l'hépatite C (Réseau canadien autochtone du sida, 2003).

Si le présent document n'a pas pour thème les politiques et programmes axés sur l'abstinence excluant la réduction des méfaits, il reste qu'ils ont des composantes communes avec la réduction des méfaits. Il suffit de prendre comme exemple Alkali Lake, une réserve indienne Shuswap située près

du lac Williams (C.-B.) : cette collectivité a décidé de lutter contre les problèmes d'alcool par le leadership, l'engagement, le soutien et le respect des fondements spirituels et culturels (Four Worlds International Institute, sans date). Alkali Lake est probablement l'exemple le plus connu de prohibition auto-imposée par une collectivité autochtone, mais si, au premier abord, il semble s'agir du parfait exemple d'une approche visant l'abstinence, elle comporte malgré tout des éléments typiques de la réduction des méfaits. La collectivité a modifié elle-même ses conditions sanitaires afin de répondre à ses propres besoins. Diverses mesures ont été instaurées, notamment la remise, aux plus grands buveurs, de bons pouvant être échangés contre de la nourriture et d'autres objets de première nécessité, plutôt que la prestation d'aide sociale. La collectivité a pu ainsi, sur plusieurs années, diminuer le taux global de consommation d'alcool et, dans la foulée de la réduction des méfaits, n'a que rarement expulsé les buveurs.

Définir le contexte

Personnes de descendance autochtone

Le terme « autochtone » est un générique désignant tous les premiers peuples du Canada et leurs descendants (Organisation nationale de la santé autochtone, 2003). La *Loi constitutionnelle* de 1982 reconnaît trois groupes autochtones : les Indiens (Premières Nations), les Inuits et les Métis. Le concept de Premières Nations s'applique habituellement aux Indiens inscrits (considérés comme Indiens aux termes de la *Loi sur les Indiens* par le gouvernement canadien et bénéficiant de certains droits et privilèges en vertu de cette loi) et aux Indiens non inscrits (non reconnus en vertu de la *Loi sur les Indiens*, peu importe la raison, p. ex. l'impossibilité de prouver le statut ou la perte de statut). Les Inuits sont des Autochtones qui vivent dans l'Arctique canadien et ils ne sont pas visés par la *Loi sur les Indiens*. Cependant, en 1939, la Cour suprême du Canada a statué sur les pouvoirs du gouvernement fédéral en décrétant que les lois concernant les Indiens et les terres qui leur sont réservées s'appliquaient aussi aux Inuits. Le terme Métis désigne les gens qui ont à la fois des ancêtres européens et des ancêtres des Premières Nations et qui se considèrent eux-mêmes comme Métis.

⁴ C'est en 2000 que le Canadian Inuit HIV/AIDS Network a été créé sous les auspices de la Pauktuutit Inuit Women's Association.

La documentation de base du présent document concerne surtout les Premières Nations, plus précisément les Indiens inscrits vivant sur des réserves⁵. Dans la mesure du possible, de l'information sur les Inuits et les Métis a également été incluse. On note cependant une absence généralisée d'information sur l'état de santé de tous les peuples autochtones canadiens (Adelson, 2005; Cardinal et Adin, 2005), tout comme on dispose de peu de données spécifiques aux femmes; par contre lorsque de l'information est accessible et applicable, elle est fournie dans le texte. À la lecture du document, il est important, en particulier pour les fournisseurs de services et les responsables des politiques, de ne pas oublier le passé unique des Premières Nations, des Inuits et des Métis, les grandes différences qui les séparent, tout comme les expériences similaires qu'ils ont vécues.

Selon le Recensement du Canada, en 2001, les Indiens, les Inuits et les Métis représentaient 3,3 % de la population totale du pays⁶, soit près d'un million de personnes, dont 62 % ont déclaré être Indiens, 30 % se sont dits Métis⁷ et 5 % ont indiqué une appartenance au groupe des Inuits. Les 3 % restants ont dit soit appartenir à plusieurs groupes autochtones, soit ne pas s'identifier comme Autochtones tout en étant Indiens inscrits ou membres d'une bande. Le Canada compte la deuxième population autochtone en importance dans le monde (Statistique Canada, 2003).

Les Autochtones du Canada constituent un groupe hétérogène ayant des ancêtres, des histoires et des cultures d'une grande diversité. Le Canada compte près de 630 Premières Nations (bandes) formant environ 52 nations ou groupes culturels et parlant plus d'une cinquantaine de langues. Les bandes des réserves comptent en moyenne 500 habitants, pour plus de 2300 réserves⁸ (Fiss, 2003). En 2001, l'âge moyen chez les

Autochtones se chiffrait à 23,5 ans, 35 % de la population étant âgée de 14 ans ou moins, et près de la moitié (47 %) vivait sur une réserve. Chez les Métis, l'âge moyen était de 27 ans, 29 % des enfants Métis étaient âgés de 14 ans ou moins et 68 % vivaient en milieu urbain. De tous les groupes autochtones, ce sont les Inuits qui comptaient la population la plus jeune avec un âge moyen de 20,6 ans. Les enfants de 14 ans et moins composaient 39 % de la population inuite totale, dont près de la moitié vivait au Nunavut (Statistique Canada, 2003).

État de santé

En général, l'état de santé des peuples autochtones se situe bien en-deçà de la moyenne nationale (Conseil canadien de la santé, 2005). Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002–2003⁹, les Premières Nations considèrent que leur état de santé est inférieur à celui de la population canadienne globale (Organisation nationale de la santé autochtone, 2004a). Les Premières Nations et les Inuits présentent un taux élevé de tuberculose (Conseil canadien de la santé, 2005), et les Autochtones ont des taux accrus de diabète, de maladies du système circulatoire et de décès par suicide. De plus, des rapports récents indiquent que la santé mentale¹⁰ constitue aussi un important sujet d'inquiétude chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

La détérioration du mode de vie traditionnel a eu une incidence néfaste sur les collectivités autochtones, leurs membres et leurs familles, comme la perte des terres, des traditions, de la langue et de la culture au fil des générations. Cette situation prend origine dans la législation gouvernementale (y compris la *Loi sur les Indiens*), le racisme et la discrimination systémiques, l'abattage intentionnel d'animaux sauvages et de chiens de traîneaux, le déménagement forcé, le

⁵ On dispose de moins d'information sur les Indiens non inscrits et les Indiens inscrits vivant hors réserve.

⁶ Le Recensement du Canada a établi ce chiffre à l'aide d'une question sur les origines culturelles ou ancestrales. L'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2001 portait sur la descendance et a permis de recenser 626 000 personnes, chiffre qu'Affaires indiennes et du Nord Canada a ajusté en raison de la sous-représentation de l'EAPA; la population s'élèverait donc à 720 000.

⁷ On ne connaît pas le nombre exact, mais on croit que de nombreux Métis au Canada ne s'identifient pas à ce groupe.

⁸ « Une réserve est une terre mise de côté par la Couronne pour l'usage et le bénéfice d'une bande au Canada. Un bon nombre de Premières Nations préfèrent maintenant le terme communauté des Premières Nations, n'utilisant plus le mot réserve. » (Centre d'information sur la santé autochtone)

⁹ Au total, 238 collectivités des Premières Nations situées dans 10 régions ont pris part au sondage.

¹⁰ Les Inuits utilisent couramment le terme « bien-être mental », ce qui inclut la santé mentale, la maladie mentale, la prévention du suicide et de la violence et la consommation de substances/les toxicomanies.

placement dans des réserves et l'incidence historique des pensionnats¹¹. Ces expériences ont influé sur la santé et le bien-être des Autochtones, ce qui a amené diverses conséquences, dont un statut socioéconomique moindre, une mauvaise nutrition, de la violence, des logements surpeuplés et des taux élevés d'abus de substances. Même si l'information disponible concerne généralement les Premières Nations, les données du recensement indiquent que les Métis vivent une situation socioéconomique et sanitaire semblable (Organisation nationale de la santé autochtone, 2004b). De plus, des écarts similaires entre la population inuite et canadienne ont été mis en évidence dans un récent rapport sur les perspectives inuites sur la santé des populations circumpolaires (Conférence circumpolaire inuite et Inuit Tapiriit Kanatami, 2005).

L'état de santé des femmes autochtones du Canada est aussi particulièrement préoccupant. Nombre des problèmes de santé de ces femmes découlent des rôles et statuts sociaux qui leur incombent en tant que femmes; ainsi, elles sont soumises de façon disproportionnée à la violence familiale, au harcèlement sexuel, à l'inégalité, à la discrimination, à la monoparentalité et à la pauvreté. Ces conditions affectent la vie de leurs enfants, de leurs familles et de leurs collectivités (Boyer, 2006; Réseau canadien autochtone du sida, 2002). Par exemple, chez les Autochtones, le diabète est environ deux fois plus fréquent chez les femmes que les hommes. De plus, la mortalité attribuable à la violence est trois fois plus élevée chez les femmes autochtones que chez les autres Canadiennes. Enfin, selon une stratégie de 2006 sur la prévention des mauvais traitements dans les collectivités inuites, la violence constitue une grande source d'inquiétude pour les femmes inuites (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006).

Abus de substances

Les expériences historiques influencent l'état de santé et de bien-être actuel des Premières Nations, des Métis et des Inuits et expliquent les niveaux existants de consommation d'alcool et de drogues. L'alcool a eu des effets dévastateurs sur la vie des peuples autochtones canadiens (Korhonen, 2006). Tel que mentionné précédemment, cette situation explique en partie la grande confiance mise dans les approches fondées sur l'abstinence dans certaines collectivités autochtones et le taux élevé d'abstinence de ces peuples. Chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, un lien a été établi entre la consommation problématique de substances, d'une part, et un taux de pauvreté élevé, l'éclatement de la famille, le chômage et les mauvaises structures socioéconomiques, d'autre part. Il faut donc comprendre que pour de nombreux individus, la consommation d'alcool et d'autres drogues constitue un mécanisme d'adaptation à des événements traumatisants. Il est également important de savoir que des facteurs de protection, comme la culture, peuvent contrer les effets négatifs de la consommation.

Il n'existe que peu d'information sur la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les Autochtones, comme dans le cas des indicateurs généraux de santé (voir ci-dessus). Les données récentes sont cependant présentées ici. Même si les substances sont classées par catégorie, elles sont souvent consommées simultanément.

Alcool : Même si les Autochtones ont un des taux les plus élevés d'abstinence à l'alcool¹² et qu'ils boivent à une fréquence moindre que la population générale (17,8 % par rapport à 44 % qui consomment hebdomadairement), on note des taux élevés de forte consommation, comme le calage d'alcool (Sous-comité du cadre de travail de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Thatcher, 2000). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002–2003 a conclu que la proportion de buveurs excessifs chez les adultes autochtones est supérieure à celle de la population canadienne en général (Centre des Premières Nations, 2005).

¹¹ Les pensionnats constituaient un volet très important des politiques d'assimilation des Autochtones mises en place par le gouvernement canadien. C'est lors des audiences de la Commission royale sur les peuples autochtones que ces derniers ont pu, pour la première fois, raconter en grand nombre leurs passés personnels et douloureux d'agressions physiques et sexuelles survenues dans les pensionnats.

¹² L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002–2003 indique que le taux d'abstinence à l'alcool des Autochtones adultes (65,5 %) est plus élevé que celui de la population canadienne en général. Les taux sont inférieurs chez les femmes (61,7 %) que chez les hommes des Premières Nations (69,3 %) et augmentent avec l'âge (Centre des Premières Nations [2005]. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002–2003. Ottawa : auteur).

Divers facteurs prédisposent à une forte consommation tant chez les Autochtones que les non-Autochtones, dont être jeune, être un homme et avoir un statut socioéconomique faible. Selon le cadre de travail pour le renouvellement de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, « la consommation excessive d'alcool reste un problème de santé majeur sur le plan personnel et social » chez les peuples autochtones du Canada (Sous-comité du cadre de travail de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Thatcher, 2000, p. 6). Même si le lien est complexe, on sait que l'alcool contribue à la violence, aux blessures et au suicide. Le taux de décès attribuable à l'abus d'alcool est près de deux fois plus élevé chez les Autochtones que dans la population canadienne en général, c'est-à-dire 43,7 par rapport à 23,6 par 100 000 habitants. En outre, chez les Premières Nations et les Inuits, le taux d'hospitalisations dues à l'alcool est de beaucoup supérieur aux taux nationaux et régionaux de la population générale (Single, Robson et Scott, 1997).

On a évalué qu'au Canada, entre un à deux enfants par 1000 naissances vivantes souffrent du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), taux qui est encore plus élevé pour l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) (Roberts et Nanson, 2000). On estime également que, dans certaines collectivités autochtones, l'incidence du SAF et de l'ETCAF est encore supérieure. Il importe toutefois de noter que les études sur la consommation d'alcool pendant la grossesse ont porté de façon disproportionnée sur les femmes autochtones et les régions qu'elles habitent, ce qui soulève certaines questions méthodologiques (Tait, 2003).

Drogues illicites : Des études montrent que l'usage abusif de médicaments à des fins non médicales chez les Autochtones canadiens est disproportionnellement élevé (Scott, 1997; Sous-comité du cadre de travail de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Thatcher, 2000). Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002–2003, même si le taux démontré de consommation de drogues illicites au cours de l'année précédente est faible (7,3 %) chez les Premières Nations, il demeure malgré tout deux fois plus élevé que celui de la population canadienne en général (3,0 %) (Centre des Premières Nations, 2005). L'Examen général de 1998 du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones définit comme préoccupante la consommation de drogues illicites dans les collectivités autochtones (Direction générale de la santé des Premières

nations et des Inuits, 2000?). Récemment, l'attention s'est concentrée sur la méthamphétamine en cristaux. Le taux global de morbidité lié à la consommation de drogues illicites chez les Autochtones est trois fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population, soit 7,0 par rapport à 2,6 par 100 000 habitants (Scott, 1997). Des préoccupations sont également soulevées quant au lien grandissant entre consommation de drogues et activités illégales, dont l'appartenance à un gang et le trafic de stupéfiants.

Un autre sujet préoccupant concernant les drogues illicites est l'utilisation de drogues injectables (UDI), principal mode de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les peuples autochtones au Canada (Agence de santé publique du Canada, 2004). Une étude réalisée en 2003 auprès des résidents du quartier Downtown Eastside de Vancouver a permis de constater que le taux d'infection au VIH des Autochtones était deux fois plus élevé que celui des non-Autochtones (Craib et coll., 2003). De plus, une autre étude effectuée en 2006 dans cette même ville a fait ressortir un fait encore plus préoccupant, soit que le taux de mortalité des utilisatrices de drogues injectables, principalement en raison de surdoses, d'homicides et du VIH/sida, était près de 50 fois plus élevé que celui de l'ensemble des femmes de la province (Spittal et coll., 2006).

Médicaments d'ordonnance : Au Canada, on note un manque global de données sur l'abus de médicaments d'ordonnance, en particulier chez les peuples autochtones. Une étude datant de 1995 a démontré que l'abus de médicaments prescrits « est en hausse chez les Premières nations et les Inuits qui sont aigüillés vers les programmes de traitement en établissement du PNLAADA » (Sous-comité du cadre de travail de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Thatcher, 2000, p. 9). Selon une étude plus récente réalisée en 2002 à Calgary, « l'utilisation inadéquate de médicaments d'ordonnance posait de graves problèmes au sein d'une population autochtone à la recherche de traitement, et l'accès à ces médicaments se faisait souvent par l'entremise d'un médecin » (Wardman, Khan et el-Guebaly, 2002, p. 355). Un récent rapport de Santé Canada sur l'amélioration de la sécurité des bénéficiaires du Programme des services de santé non assurés (SSNA) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits souligne que la grande majorité de ces bénéficiaires consomment des médicaments d'ordonnance de façon inadéquate (Programme des services de santé non assurés de Santé Canada, 2007). Il s'agit donc d'une question à mieux comprendre.

Solvants volatils : La recherche et la pratique ont permis de mettre en évidence des taux élevés d'abus de solvants volatils (ASV) chez certains jeunes autochtones et inuits qui habitent divers milieux ruraux et éloignés du pays. Par exemple, un rapport de 2003 sur la Première Nation Pauingassi (Manitoba) conclut que la moitié des membres de la réserve âgés de moins de 18 ans abusaient de solvants (O'Brien, 24 août 2005). On ne connaît pas le taux global actuel d'ASV chez les jeunes autochtones canadiens, mais il est possible que les médias exagèrent la prévalence de ce phénomène. Cette perception pourrait prendre origine, du moins en partie, dans des images de 1993 et 2004 diffusées à de nombreuses reprises et montrant des jeunes Inuits de Davis Inlet (Labrador) s'intoxiquer aux vapeurs d'essence.

Exemples de mesures de réduction des méfaits employées par les peuples autochtones¹³

Cette section du document présente des exemples concrets de programmes et de politiques de réduction des méfaits auxquels ont recours les Autochtones canadiens, notamment la gestion de l'offre, la réglementation, la prise en charge de la consommation d'alcool, les endroits sécuritaires, la prestation de services liés à l'UDI (programmes d'échange de seringues, centres d'injection supervisés, entretien à la méthadone, dépistage anonyme du VIH/sida), les services destinés aux femmes, les programmes de sensibilisation et de prévention et l'altération des produits. Les exemples fournis concernent le Canada et, dans les cas où les données étaient insuffisantes, des expériences australiennes sont mentionnées.

Le présent document n'a pas pour thème l'utilisation non traditionnelle de tabac, mais il est tout de même important de noter que le tabagisme représente un grave problème de santé au sein des peuples autochtones du Canada. Par exemple, le taux de tabagisme des Inuits est quatre fois supérieur à la moyenne canadienne (Inuit Tapiriit Kanatami, 2005b). On note cependant au Canada la présence de stratégies visant la réduction des méfaits du tabagisme spécifiques aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits.

Gestion de l'offre

L'un des moyens employés pour réduire les méfaits attribuables à l'alcool est la gestion des ventes d'alcool, c'est-à-dire un accès élargi ou limité. En ce qui concerne l'accès élargi, la Commission royale sur les peuples autochtones a recommandé de vendre l'alcool plus tôt dans la journée afin de diminuer le recours à des substituts néfastes comme le rince-bouche (Affaires indiennes et du Nord Canada, 1996). Il est possible de limiter l'accès en contrôlant les heures d'ouverture, les produits et le volume (Brady, 2000; Gray et Sputore, 1998). À Fort McPherson (Territoires du Nord-Ouest), on envisage actuellement de mettre en place certaines mesures, dont la prestation hebdomadaire d'une quantité déterminée d'alcool par habitant. En 2000, Gray, Sagers, Sputore et Bourbon ont conclu qu'un accès restreint à l'alcool permettrait de réduire les méfaits liés à l'alcool chez les Autochtones australiens. Par contre, il ne suffit pas d'élargir ou de limiter l'accès à l'alcool si l'on veut véritablement faire face à long terme aux méfaits liés à l'alcool, tout comme la seule prohibition ne constitue pas une stratégie de santé publique qui donne de bons résultats (Elliott, Malkin et Gold, 2002).

Réglementation

Certaines collectivités autochtones¹⁴ ont instauré une réglementation sur l'alcool propice à une consommation modérée et à une diminution des problèmes liés à l'excès (Drake, 2002; Landau, 1996; Lauzon, Gregoire, Gliksman et Douglas, 1998). Par exemple, en 1993, la Première Nation Mattagami (Ontario) a mis en place une politique énonçant que pour servir de l'alcool, il fallait se procurer un permis de circonstance et que pour utiliser un immeuble comme la salle communautaire, il fallait obtenir l'approbation de la bande. On visait ainsi à trouver un équilibre entre une démarche permissive et une démarche prohibitive en exigeant que des boissons non alcoolisées et à faible teneur en alcool soient également offertes. De plus, en vertu de la politique, tous les employés devaient suivre une formation et des écriteaux devaient être affichés pour indiquer qu'aucun alcool ne serait servi aux personnes en état d'ébriété, que l'accès était interdit aux mineurs (ou était permis jusqu'à

¹³ Il est à noter que la plupart des exemples concernent des Indiens inscrits vivant sur des réserves.

¹⁴ Le terme « collectivité » est souvent mentionné dans la littérature, mais rarement défini. Par exemple, il peut faire référence à un emplacement géographique particulier (comme une réserve) ou à un peuple vivant dans des endroits distincts, mais ayant une identité ou une histoire commune. Dans le présent document, « collectivité » renvoie à la définition qu'en ont les auteurs cités.

une heure précise) et qu'il n'y aurait pas de « dernière tournée ». La politique a fait l'objet d'une évaluation qui a montré son efficacité à réduire le service d'alcool aux jeunes et le nombre de bagarres lors des activités communautaires (Lauzon, Gregoire, Glikzman et Douglas, 1998).

Une deuxième évaluation effectuée par Glikzman, Rylett et Douglas (sous presse) de la Première Nation Mattagami et de trois autres collectivités autochtones ayant mis en place des politiques semblables en Ontario (Première nation Moose Cree, Wikwemikong Unceded Indian Reserve, Première Nation Aamjiwnaang) a également mis en évidence une diminution de la consommation d'alcool et des problèmes connexes. En outre, une évaluation de la politique de la Wikwemikong Unceded Indian Reserve vers le milieu des années 90 a permis de constater une réduction de la violence, du vandalisme, de la consommation d'alcool dans les lieux publics et des plaintes. Elle a aussi révélé que l'attitude de la collectivité envers la politique avait changé et était devenue de plus en plus positive au fil du temps (Narbonne-Fortin, Rylett, Manitowabi, Douglas et Glikzman, 2001).

Prise en charge de la consommation d'alcool

Il s'agit ici de fournir de l'alcool à des personnes qui en sont dépendantes dans le but de les empêcher de consommer des substances néfastes quand elles ne peuvent se procurer des boissons alcoolisées. La Western Aboriginal Harm Reduction Society, organisation composée uniquement d'Autochtones associée au Vancouver Area Network of Drug Users dans le quartier Downtown Eastside¹⁵, a entamé un programme d'entretien à l'alcool où les participants ne sont pas obligés d'arrêter de boire sur le champ, mais plutôt où ils reçoivent de la bière en doses contrôlées. L'objectif de cette stratégie de réduction des méfaits est de dissuader les individus de consommer des substances nocives comme de l'alcool à friction (Vancouver Area Network of Drug Users, sans date). Grâce à cette stratégie, les méfaits vécus par les personnes et la collectivité sont réduits, car elle prévient le calage d'alcool et les blessures connexes, en plus de donner accès à des services d'urgence.

Endroits sécuritaires

Il existe des opinions variées sur ce qu'est un endroit sécuritaire pour la consommation d'alcool et de drogues. Pour certains, il s'agit d'un lieu où l'usage se fait dans un environnement

plus sûr, c'est-à-dire un lieu où les individus peuvent consommer des substances tout en étant soumis à un risque moindre de violence physique et d'autres incidents liés aux méfaits (Hunter, 1996). Les individus n'ont notamment pas à craindre une arrestation imminente par la police, ils ont la possibilité d'obtenir de l'aide en cas de surdose et ils peuvent consommer plus lentement, comme dans un centre d'injection supervisé (voir l'argumentaire ci-dessous).

On sait également que les utilisateurs chroniques et expérimentés d'alcool et de drogues réduisent eux-mêmes leurs risques de méfaits en ne consommant pas dans des endroits dangereux (près de l'eau ou du feu ou par temps froid) (Landau, 1996) ou en consommant dans des endroits publics où ils pourront obtenir de l'aide en cas de besoin (Sandover, Houghton et O'Donoghue, 1997). Une étude sur l'usage de solvants volatils chez les Autochtones d'Australie-Occidentale a indiqué que, quand ces derniers en avaient l'option, ils avaient tendance à choisir les substances et les modes de consommation (par exemple inhaler de la colle en groupe) les moins risqués pour eux (Sandover, Houghton et O'Donoghue, 1997).

Un autre type d'endroits sécuritaires est le refuge pour dégriser. En Australie, de tels refuges constituent une alternative à la détention et permettent aux personnes en état d'ébriété de ne pas se faire du mal ou d'en faire aux autres (Loxley et coll., 2004). De plus, les refuges favorisent l'accès ou l'aiguillage à des services de lutte contre l'alcoolisme. Il existe des refuges pour dégriser en Australie tant en milieu rural qu'urbain et ils se sont avérés efficaces pour réduire les blessures et les arrestations chez les Autochtones (Conseil ministériel sur la stratégie de lutte antidrogue, 2003). Les patrouilles de nuit constituent un autre exemple du même ordre : elles transportent les personnes en état d'ébriété vers des endroits sécuritaires, comme les refuges pour dégriser. Certains groupes autochtones y ont également recours en Australie (Saggers et Gray, 1998; Loxley et coll., 2004; Conseil ministériel sur la stratégie de lutte antidrogue, 2003) et, selon un document du gouvernement australien, elles permettent de diminuer la violence et la criminalité (Conseil ministériel sur la stratégie de lutte antidrogue, 2003). Au Canada, de nombreux refuges pour sans-abri offrent aux consommateurs de substances vivant dans la rue des services de proximité, ce qui est particulièrement important en hiver.

¹⁵ Le quartier Downtown Eastside de Vancouver est connu en raison de son taux élevé de pauvreté, de toxicomanie et de VIH/sida. Sa population est formée de façon disproportionnée de personnes de descendance autochtone.

Services liés à l'utilisation de drogues injectables

L'utilisation de drogues injectables (UDI) est un mode de transmission prépondérant du VIH parmi les Autochtones du Canada, particulièrement les femmes. Selon le Réseau canadien autochtone du sida, la réduction des méfaits est une façon « pragmatique et non critique de traiter le problème de la contamination au VIH par la consommation de drogues injectables, et répond au problème de la transmission plutôt que de mettre l'accent sur la consommation de drogues qui, dans certains cas, est inévitable » (Réseau canadien autochtone du sida, 1998, p. 16). Les stratégies de réduction des méfaits liés à l'UDI comprennent les programmes d'échange de seringues, les centres d'injection supervisés, l'entretien à la méthadone et les tests anonymes de dépistage du VIH/sida. À l'échelle provinciale, des organisations comme le All Nations Hope AIDS Network en Saskatchewan (www.allnationshope.ca/News.htm) — une coalition d'individus, d'organisations et d'agences autochtones qui font du VIH/sida et de l'hépatite C chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits leur priorité — soutiennent la prestation de services de réduction des méfaits comme l'échange de seringues et l'entretien à la méthadone.

Programme d'échange de seringues : Le Quesnel Tillicum Society Native Friendship Centre (www.quesnel-friendship.org/html/programs.htm#tillicum) dans le Nord de la Colombie-Britannique offre un programme d'échange de seringues dans le cadre duquel des aiguilles, des préservatifs et des contenants pour jeter les seringues sont distribués sans frais aux membres de la collectivité. Ce centre offre également de la formation pour réduire les méfaits, notamment des programmes de prévention du VIH/sida et de l'hépatite C et de sensibilisation à ces maladies. On trouve également de nombreux programmes d'échange ponctuels offerts par des organisations autochtones de services liés au sida dans tout le Canada.

Centres d'injection supervisés : Le seul centre d'injection supervisé au Canada est situé dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Le gouvernement du Canada a annoncé récemment le prolongement pour une durée déterminée de l'exemption initiale de trois ans accordée en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRC DAS), ce qui permettra au centre de rester ouvert au moins jusqu'à la fin de 2007. Ce centre a été ouvert en septembre 2003, et il s'agit d'« un endroit sécuritaire et axé sur la santé où les personnes peuvent se rendre pour s'injecter de la drogue

et avoir accès à des professionnels de la santé et à des services liés à la dépendance » (Vancouver Coastal Health Authority, sans date, paragraphe 2). Un examen récent des évaluations portant sur ce centre démontre ses nombreuses répercussions positives pour la collectivité et la santé publique (Wood, Tyn-dall, Montaner et Kerr, 2006). Les Autochtones représentent 18 % de la clientèle du centre (Vancouver Coastal Health Authority, sans date). Il est essentiel de se pencher sur l'utilité de cette installation et sur la question de la sensibilité culturelle.

Entretien à la méthadone : La méthadone « est un opioïde oral synthétique à action prolongée, prescrit aux consommateurs de drogues injectables qui ont une dépendance à l'héroïne ou à d'autres opioïdes, afin de bloquer l'effet euphorique de la drogue et de permettre le sevrage graduel » (Réseau canadien autochtone du sida, 1998, p. 42). Le rapport du Réseau canadien autochtone du sida, *Entrer dans le cercle*, fait état de malentendus au sujet de l'entretien à la méthadone dans les centres de traitement autochtones et souligne que certains centres refusent les clients qui prennent cette substance. Il est nécessaire d'évaluer les politiques de traitement qui par leur nature sont en contradiction avec l'entretien à la méthadone (par exemple, les politiques de refus des clients qui consomment des substances psychotropes). Selon le répertoire des centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones 2005 (PNLAADA), neuf centres du PNLAADA au Canada acceptent actuellement les bénéficiaires qui prennent de la méthadone (Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, 2005).

Un exemple d'organisation autochtone qui soutient l'entretien à la méthadone est le Mi'kmaq Native Friendship Centre (Nouvelle-Écosse). Ce centre met en œuvre Direction 180, un programme innovateur et communautaire de méthadone à seuil bas qui repose sur une approche de réduction des méfaits centrée sur le client. Globalement, l'objectif du programme est de réduire les dangers associés à l'UDI en favorisant l'accès à la méthadone (Mi'kmaq Native Friendship Centre, 2005).

Dépistage anonyme du VIH/sida : Certaines collectivités autochtones offrent des tests anonymes de dépistage du VIH à titre de stratégie de réduction des méfaits. Dans deux collectivités des Premières Nations de la Saskatchewan, soit Beady's et Sandy Lake, se déroulent deux fois par mois des séances de sensibilisation et de dépistage anonyme du VIH et des MTS.

Pour régler les problèmes de confidentialité, les cliniques ont été placées dans des endroits où les clients peuvent entrer sans attirer l'attention. Afin de renforcer les mesures en place pour assurer la confidentialité des clients, les cliniques embauchent des employés qui ne font pas partie de la collectivité et rangent les dossiers des clients dans des locaux externes à la clinique (Réseau canadien autochtone du sida, 1998).

La stratégie autochtone de lutte contre le VIH et le sida de la Colombie-Britannique comprend plusieurs autres initiatives de réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables, notamment « fournir aux toxicomanes des aiguilles et des seringues stériles, des trousse de désinfection et des instructions pour désinfecter les aiguilles, de l'information sur le VIH/sida et d'autres maladies transmises par les aiguilles... [et] des soins médicaux non critiques, notamment en matière de pratiques d'injection sécuritaire » (Groupe de travail sur le VIH/sida chez les Autochtones de C.-B., 1999, p. 50).

Services destinés aux femmes

Les femmes autochtones ont besoin de services de réduction des méfaits qui répondent à leurs besoins spécifiques. Au Canada, elles vivent très fréquemment les situations suivantes : violence familiale, harcèlement sexuel, inégalités, monoparentalité et pauvreté. Elles connaissent également le plus haut taux de nouvelles infections au VIH avec comme premier mode de transmission l'UDI (Agence de santé publique du Canada, 2004). La stigmatisation et la discrimination sont deux des principaux facteurs qui empêchent les femmes de se faire traiter pour leurs problèmes de dépendance. Dans le but de résoudre la situation, le projet Sœurs d'esprit (Sisters in Spirit), élaboré par le All Nations Hope AIDS Network, a pour objectif de rédiger et de distribuer un manuel d'accouchement autochtone pour les travailleurs de première ligne et les spécialistes afin de les conseiller sur les mesures de soutien adéquates pour les femmes en âge de procréer qui souffrent de dépendance. Une approche de réduction des méfaits est conseillée.

Sheway est un programme de réduction des méfaits pour les femmes enceintes et les mères qui se déroule actuellement dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Jusqu'à 80 % de la clientèle de Sheway est autochtone (Burglehaus et Stokl, 2005). Ce programme vise à fournir de l'information, des références et du soutien aux femmes afin de réduire les comportements à risques, et en particulier de faire baisser ou de stopper la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse

(Vancouver Native Health Society, sans date). Selon une étude sur les femmes autochtones ayant recours aux services de réduction des méfaits à Vancouver, les femmes n'hésitaient pas à recourir aux services de Sheway et la plupart des services dont elles avaient besoin étaient disponibles; « pour ces femmes, le programme offre un environnement sécuritaire et reconfortant où elles peuvent acquérir des compétences pour régler leurs problèmes et une expérience enrichissante en termes de relations interpersonnelles, en plus de tirer profit du modèle et des connaissances d'autres femmes » (Benoit, Carroll et Chaudhry, 2003, p. 828). « Les femmes affirment également que le modèle Sheway est plus près des services [autochtones] traditionnels par ses méthodes fluides et informelles et par la relation non hiérarchisée qui existe entre l'équipe et les participantes au programme » (Burglehaus et Stokl, 2005, p. 59).

Programmes de sensibilisation et de prévention

Certaines organisations autochtones et non autochtones voient les programmes de sensibilisation et de prévention en matière de drogues et d'alcool comme des initiatives de réduction des méfaits, car elles considèrent qu'ils préviennent les maux futurs des utilisateurs actuels ou potentiels. Certains de ces programmes ont une portée générale et privilégient une philosophie fondée sur l'abstinence, et d'autres sont plus axés sur la réduction des méfaits sur la santé et la société et s'adressent aux personnes qui ont des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme. Par exemple, le PNLAADA offre à la fois des services de sensibilisation et de prévention.

Le projet des modes de vie sains (Healthy Lifestyles Project) mis en œuvre par les Services de santé M'Chigeeng en Ontario offre des programmes communautaires de sensibilisation et de prévention. Ce projet vise à « favoriser l'existence d'une collectivité saine et exempte d'abus de drogues et d'alcool, suivant une culture de la sécurité. Un ensemble proactif de stratégies de prévention holistiques et axées sur la santé, notamment la sensibilisation, l'éducation, le renforcement des capacités et l'élaboration de politiques, s'appuie sur une participation solide de la collectivité et l'établissement de liens forts en son sein » (Services de santé M'Chigeeng, 2005, p. 1). Le projet permet d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de réduction des méfaits et d'offrir des ateliers sur des sujets tels que la sécurité des bars et la formation des serveurs.

Altération des produits

Le secteur privé a également participé à des initiatives de réduction des méfaits liés à l'abus de substances par les Autochtones. On peut citer deux projets innovateurs qui ont lieu en Australie. Les collectivités de Wiluna et Fitzroy Crossing en Australie-Occidentale ont mis en œuvre un plan, en collaboration avec le milieu des affaires, afin de prévenir les blessures causées par les bouteilles d'alcool en verre. Les établissements de vente d'alcool des collectivités ont accepté de vendre cette substance uniquement dans des contenants qui ne sont pas en verre (par exemple des boîtes d'aluminium) (Saggers et Gray, 1998). Un autre exemple est l'utilisation du carburant Opal dans les collectivités australiennes où l'inhalation en groupes constitue un problème. Le carburant Opal est une substance faiblement aromatique et sans plomb élaborée par la British Petroleum pour remplacer le carburant régulier, dans une volonté d'assumer sa responsabilité sociale. Ce carburant contient une quantité moins élevée de solvants nocifs produisant l'intoxication ou l'état d'euphorie recherché par les consommateurs.

Obstacles à l'élaboration et au maintien des politiques et des programmes de réduction des méfaits destinés aux Autochtones

S'il a été démontré qu'un certain nombre de politiques et de programmes de réduction des méfaits répondaient efficacement aux problèmes de santé et de société résultant de l'abus de substances, il existe de nombreux obstacles de taille à la mise en œuvre de telles mesures. Les efforts d'élaboration et de mise en œuvre de politiques et de programmes de réduction des méfaits pour les Autochtones se heurtent à des défis supplémentaires, dont les principaux sont décrits dans cette section : le soutien de la majorité à l'abstinence et à la prohibition, la stigmatisation, l'accès aux soins, la disponibilité des services, les secteurs de compétences et le financement, la garde des enfants et la pertinence culturelle. Chaque obstacle est accompagné d'une proposition de solution.

Même si le présent document fournit des suggestions de solutions pour vaincre les obstacles, il est entendu que la réduction des méfaits est incompatible avec les valeurs culturelles de certaines personnes et collectivités. Il faut également tenir compte du fait que le concept de réduction des méfaits et les pratiques associées tels qu'ils existent dans la société occidentale actuelle ont généralement évolué en dehors de la culture autochtone. C'est pourquoi il est nécessaire de consulter les collectivités dans le cadre de toutes les discussions qui portent sur les politiques et les programmes de réduction des méfaits.

Soutien de la majorité à l'abstinence et à la prohibition

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart des programmes de traitement destinés aux Autochtones et un nombre important de personnes et de collectivités (Première Nations, Inuits et Métis) adhèrent aux modèles d'abstinence et de prohibition. Ces modèles ne laissent généralement pas place à la consommation modérée de substances ou à des objectifs de réduction de la consommation, des éléments compris de façon implicite dans la majorité des politiques et programmes de réduction des méfaits. Par conséquent, l'appui fort envers une philosophie axée sur l'abstinence totale apparaît comme un obstacle à l'exploration d'options visant à offrir des services de réduction des méfaits.

Il est suggéré... d'étudier des approches factuelles qui offrent aux collectivités et aux individus une alternative unique et bien définie, axée sur les soins de santé et exempte de jugements, lorsqu'il est démontré qu'il existe un besoin généralisé et un consensus général sur l'applicabilité des services de réduction des méfaits. L'utilité de cette suggestion est démontrée dans un rapport sur la prestation de services aux toxicomanes dans les Territoires du Nord-Ouest. Ce rapport conclut que « le modèle de réduction des méfaits... sera une force prédominante dans la lutte contre la toxicomanie au 21^e siècle. C'est une solution moderne à des problèmes modernes liés à la consommation de substances, car elle tente de limiter la criminalité et la destruction sociale découlant de cette consommation » (Chalmers, Cayen, Snowshoe et Collin, 2002, p. 51).

Stigmatisation

Il existe différentes façons de considérer les services de réduction des méfaits au sein des collectivités autochtones, notamment parmi les fournisseurs de services (Landau, 1996; Korhonen, 2004). Les programmes de réduction des méfaits sont souvent vus à tort comme des indications d'échec et « comme la dernière étape lorsque les options de traitements ont échoué » (Wardman et Quantz, 2006, p. 9). Par conséquent, on observe que les programmes et les politiques de réduction des méfaits et les personnes qui les utilisent sont stigmatisés (Réseau canadien autochtone du sida, 1998;

Wardman et Quantz, 2006). Selon les travaux de Jackson et de ses collaborateurs (2006) sur les Autochtones atteints du VIH/sida, ces derniers étaient victimes de différents préjugés relatifs à l'utilisation de drogues, à l'incarcération et à leur maladie. De plus, certains chercheurs ont avancé que plusieurs réserves du Canada se sont lancées dans une « guerre contre la drogue » pour stigmatiser et humilier les toxicomanes de la collectivité, particulièrement ceux qui consomment des drogues injectables.

Il est suggéré... de tenir des discussions générales et ouvertes pour définir ce qu'est la réduction des méfaits et pour examiner la nature des tensions et des points communs entre cette approche et celles qui s'appuient strictement sur l'abstinence. Cette démarche est essentielle pour que les individus puissent avoir accès aux soins. Il est également nécessaire de mieux sensibiliser les conseillers en toxicomanie, les travailleurs de la santé et les dirigeants communautaires à la réduction des méfaits. L'organisation Healing Our Spirit de Colombie-Britannique (www.healingourspirit.org/education.htm) est un exemple de groupe qui lutte contre la stigmatisation. Elle organise des ateliers dans l'ensemble de la province pour diffuser de l'information pertinente du point de vue culturel sur le VIH/sida en mettant l'accent sur la philosophie de réduction des méfaits.

Accès aux soins

Les Autochtones du Canada hésitent généralement à recourir aux services de soins de santé pour différentes raisons, notamment la peur du jugement et de la discrimination de la part des fournisseurs de services. Ce comportement est encore plus répandu chez les toxicomanes autochtones. Par exemple, selon une étude du Réseau canadien autochtone du sida, les consommateurs de drogues injectables sous-utilisent les services offerts par les hôpitaux et n'osent pas y recourir (Réseau canadien autochtone du sida, 1998). Wardman, Clement et Quantz (2005) ont démontré dans leur étude les problèmes récurrents des Autochtones des zones rurales en matière d'accès à des services de santé adéquats. De plus, en raison des différences culturelles, il est reconnu que les Métis et les Inuits choisissent de ne pas recourir aux services offerts aux Premières Nations, même s'ils sont parfois plus faciles d'accès.

Il est suggéré... de tirer des leçons de l'expérience d'organisations comme Anishnawbe Health Toronto (www.aht.ca/). Cet organisme offre des services aux gens qui consomment des substances et vivent dans la rue. Il adhère à un modèle de soins selon lequel les individus fixent leurs propres objectifs de guérison et de bien-être en consultation avec le fournisseur de soins de santé. La clé du succès est que les personnes peuvent faire un choix en ce qui a trait à la meilleure façon de réduire les méfaits possibles associés à leur consommation. Il est important que des services soient offerts spécifiquement aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

Disponibilité des services

On observe l'absence de services de réduction des méfaits dans les collectivités autochtones, et particulièrement dans les réserves et dans les zones rurales qui en ont besoin. Cette absence de services locaux signifie que les individus doivent parcourir de longues distances, souvent à un intervalle fréquent. Par exemple, de nombreuses personnes qui ont besoin de méthadone doivent s'en procurer chaque jour. Les complications émanant des déplacements comprennent les coûts de transport, les responsabilités familiales, les obligations professionnelles et la garde des enfants (Currie, 2001; Wardman et Quantz, 2006; Bureau pour la santé des femmes, 2001). Certains s'inquiètent aussi du fait que des médecins pourraient ne pas respecter les lignes directrices applicables à la prescription de méthadone (par exemple, offrir des analyses d'échantillons d'urine et des conseils) et que certains clients revendraient la méthadone. De plus, l'impossibilité d'accéder à des services de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues, peut constituer un danger potentiel pour la santé d'une collectivité dans son ensemble.

Il est suggéré... d'étudier la possibilité d'offrir des services mobiles de réduction des méfaits (par exemple, une roulotte pour l'échange de seringues) dans les collectivités rurales et éloignées qui en ont besoin (Daisy, Thomas et Worley, 1998; Bureau pour la santé des femmes, 2001). Certaines collectivités éloignées (par exemple, celles accessibles par avion) et de petite taille auront parfois besoin de techniques supplémentaires pour assurer l'anonymat et la confidentialité des clients.

Compétences et financement

Les services offerts aux Autochtones relèvent des gouvernements fédéral, provinciaux et locaux. Seuls les Premières Nations et les Inuits peuvent recevoir du financement en vertu du programme de Services de santé non assurés de Santé Canada. Cette situation peut compliquer la planification, la coordination et le financement de divers services de toxicomanie, notamment les programmes et les politiques de réduction des méfaits (Landau, 1996; Poole, 2000). Il est nécessaire de fournir des fonds suffisants pour élaborer et mettre en œuvre des programmes et des politiques de réduction des méfaits, notamment des programmes de formation pour les Autochtones et les collectivités, au besoin.

Il est suggéré... d'établir des partenariats plus ouverts et flexibles dans le domaine de la toxicomanie entre les divers paliers de gouvernement. Un financement adéquat est requis pour permettre aux individus d'accéder aux services dont ils ont besoin. Une solution possible à explorer en matière de leadership est le plan de travail élaboré récemment par Santé Canada et le groupe de travail de l'Inuit Tapiriit Kanatami, qui vise à améliorer la santé des Inuits.

Garde des enfants

L'un des obstacles principaux qui empêchent les femmes autochtones d'accéder à des services de réduction des méfaits est la crainte que les responsables des services sociaux leur enlèvent la garde de leurs enfants¹⁶. La majorité des femmes qui accèdent à des services de toxicomanie au Canada vivent cette situation, et particulièrement les femmes enceintes et les femmes autochtones (Currie, 2001; Tait, 2000; Bureau pour la santé des femmes, 2001). Les travaux de recherche démontrent que la probabilité qu'une femme perde la garde de son enfant est beaucoup plus élevée pour les femmes autochtones que pour les autres femmes du Canada (Kellington, 2001; Commission des droits de la personne de Colombie-Britannique, 2001). Par exemple, selon une étude menée par la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, « dans trois provinces choisies, un enfant ayant le statut d'Indien sur 10 était en institution en date de mai 2005, par rapport à un enfant sur 200 parmi les autres enfants » (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2005, p. 6). La peur des femmes autochtones de se voir enlever la garde de leur enfant est ancrée dans l'histoire

des actions du gouvernement du Canada. Ces actions comprennent l'adoption d'enfants autochtones sans l'autorisation de leur famille et de la bande dans les années 60, les pensionnats et les enfants enlevés à leur famille sans le consentement des parents. Un autre obstacle similaire est l'absence de services de garde offerts aux femmes qui souhaitent accéder à des services de réduction des méfaits.

Il est suggéré... de porter une attention immédiate aux problèmes persistants des femmes qui ne peuvent avoir accès à des services de réduction des méfaits ou de toxicomanie pour des motifs liés à la garde des enfants. Des options de garde doivent être offertes aux femmes afin qu'elles puissent accéder aux services disponibles. Ces options pourraient inclure la possibilité pour les femmes d'être accompagnées de leur enfant lors du traitement.

Pertinence culturelle

Étant donné les méfaits liés à l'abus de substances dans les collectivités autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) du Canada, les services de réduction des méfaits actuels et futurs doivent faire l'objet d'une appropriation culturelle si l'on veut qu'ils soient utilisés (Jackson, 2005). Il faut donc incorporer la culture, l'histoire et la langue autochtones aux services actuels et futurs, élaborer des programmes et des politiques spécifiques à la culture des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et sensibiliser et éduquer les fournisseurs de services à propos de la culture autochtone. On observe une absence généralisée de ressources et de programmes pour les Autochtones dans le domaine de l'abus de substances, et dans certains cas, la situation est encore pire pour les Inuits et les Métis, ainsi que pour les Indiens non inscrits et les Indiens inscrits qui vivent hors des réserves. Selon une étude portant sur des femmes autochtones de Vancouver qui s'injectent de la drogue, il est essentiel d'avoir plus de fournisseurs de services dont « la culture et l'expérience de vie » s'apparentent à celles des clients de ces services (Benoit, Carroll et Chaudhry, 2003, p. 826).

Il est suggéré... d'intégrer aux services actuels et futurs de réduction des méfaits des éléments de la culture, des croyances, des traditions et des pratiques autochtones afin de les rendre aussi applicables et accessibles que possible à toutes les populations autochtones, ce qui doit se faire en collaboration avec des représentants des peuples concernés.

¹⁶ Les femmes autochtones s'occupent principalement des enfants et présentent le taux le plus élevé de monoparentalité au pays (Weber, 1998, p. v).

Conclusion

Il est grandement préoccupant de constater l'absence d'information sur l'état de santé général et le taux de consommation problématique de substances chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, tout comme le peu de documentation sur les services de réduction des méfaits offerts spécifiquement aux Autochtones. Le présent document tente de combler cette lacune, mais ces domaines doivent faire l'objet d'une attention accrue au Canada.

Dans la présente publication, on a mis en évidence que le respect est à la base des politiques et des programmes de réduction des méfaits dans le domaine de la toxicomanie – le respect des personnes, des familles et des collectivités et l'acceptation des consommateurs quels que soient leurs besoins en soins de santé. Les travaux d'Ormond (2002) au Manitoba ont également souligné que « les initiatives de réduction des méfaits mises en place devraient être centrées sur le principe fondamental du respect et la reconnaissance des points forts des individus » (p. 37). Voilà pourquoi il faut instaurer un très vaste éventail d'interventions en réduction des méfaits liés à la toxicomanie, allant de services favorisant la consommation sécuritaire à la promotion de l'abstinence.

Ce principe signifie aussi que l'avis des collectivités et de leurs membres doit orienter l'élaboration de programmes et de politiques efficaces. La réduction des méfaits est une question de choix. Le présent document n'a pas présenté d'approches fondées sur l'abstinence ne répondant pas aux besoins individuels des utilisateurs. En fait, de telles approches pourraient avoir des conséquences négatives sur les personnes à qui l'abstinence ne convient pas. Il est à noter que le respect constitue l'un des neuf principes du Cadre national pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada (gouvernement du Canada, 2005). On procède actuellement à l'élaboration d'un cadre national autochtone complémentaire s'adressant spécifiquement aux Premières Nations, aux Métis et aux Inuits.

Les interventions en réduction des méfaits passées en revue dans la présente publication sont à la fois encourageantes et décourageantes. D'un point de vue optimiste, on note qu'il existe un grand nombre de politiques et de programmes bien établis à l'intention des peuples autochtones au Canada et que de nouveaux services sont mis en place. Par exemple, le

Réseau canadien autochtone du sida a récemment reçu des fonds afin d'élaborer quatre modèles de réduction des méfaits à l'intention de groupes précis : les personnes bispirituelles¹⁷, les femmes, les prisonniers et les jeunes.

Il est cependant moins encourageant de constater le manque de services adaptés à la culture mis à la disposition des peuples autochtones, notamment ceux s'adressant aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Il est important de reconnaître la disponibilité limitée des ressources et des programmes de réduction des méfaits pour les Inuits et les Métis. Il reste de nombreux défis à relever quant à l'élaboration et au maintien de services tant autochtones que non autochtones qui répondent aux besoins des peuples autochtones. Quand des services de réduction des méfaits sont disponibles, il est nécessaire d'évaluer leur efficacité à l'aide d'études adaptées à la culture et valables sur le plan méthodologique.

Le présent document a réitéré que la consommation problématique de substance n'est pas le « problème », mais bien le symptôme de maux sociaux beaucoup plus importants auxquels sont confrontés les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada. Pour être en mesure de s'attaquer à cette consommation dans une perspective globale, il faut régler les inégalités fondamentales vécues par les peuples autochtones. En Australie par exemple, des organismes mettent sur pied des programmes de réduction des méfaits visant à « minimiser la consommation d'alcool grâce à l'amélioration du bien-être social, politique et économique des peuples autochtones », et ce, par la création d'emplois et la restitution des droits fonciers (Gray et Sputore, 1998, p. 43). Il existe également de nombreux exemples canadiens où des conseils tribaux et des bandes ont intégré à leurs stratégies d'amélioration de la santé de la population des volets comme le développement économique, la création d'emplois et l'entrepreneuriat. De tels modèles de réduction des méfaits doivent reposer sur un choix fait par la collectivité et sur une consultation, une compréhension et un leadership communautaires. Des facteurs sociétaux, comme les déterminants sociaux de la santé et leurs liens avec la consommation problématique de substances, jouent aussi un rôle dans l'élaboration d'interventions à long terme et efficaces. Autrement dit, la réduction des méfaits est « importante, mais insuffisante » (Sellman, Huriwai, Fua, Kahn et Roche, 1997, p. 87).

¹⁷ Le terme « bispirituel » fait généralement référence à des Autochtones qui sont gais ou lesbiennes.

Références

- Adelson, N.** The embodiment of inequality. Health disparities in Aboriginal Canada. *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96(2), 2005, p. s45-s61.
- Affaires indiennes et du Nord Canada.** *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*, 1996. Ottawa : auteur. Consulté le 12 septembre 2006 sur le site Web d'Affaires indiennes et du Nord Canada à http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_f.html
- Agence de santé publique du Canada.** *L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada*. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, mai 2004. Ottawa : auteur. Consulté le 5 juillet 2006 sur le site Web de l'Agence de santé publique du Canada à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aeipi/epi_update_may_04/11_f.html
- BC Aboriginal HIV/AIDS Task Force.** *The Red Road: Pathways to Wholeness: An Aboriginal Strategy for HIV and AIDS in BC*, 1999. Colombie-Britannique : auteur.
- Benoit, C., D. Carroll et M. Chaudhry.** In search of a healing place: Aboriginal women in Vancouver's Downtown Eastside. *Social Science & Medicine*, vol. 56(4), 2003, p. 821-833.
- Boyer, Y.** *Discussion Paper Series in Aboriginal Health: Legal Issues. No. 4. First Nations, Métis, and Inuit Women's Health*, 2006. Saskatchewan : Native Law Centre, Université de la Saskatchewan.
- Brady, M.** Alcohol policy issues for indigenous people in the United States, Australia and New Zealand. *Contemporary Drug Problems*, vol. 27, 2000, p. 435-509.
- Burglehaus, M. et M. Stokl.** Sheway: Supporting Choice and Self-Determination. *Journal de la santé autochtone*, vol. 2(1), 2005, p. 54-59.
- Cardinal, N. et E. Adin.** *An Urban Aboriginal Life: The 2005 Indicators Report on the Quality of Life of Aboriginal People Living in the Greater Vancouver Region*, 2005. Colombie-Britannique : Centre for Native Policy and Research. Consulté le 7 janvier 2007 sur le site Web du Centre for Native Policy and Research à www.cnr.ca/assets/pdfs/An%20Urban%20Aboriginal%20Life%20%20CNP%20Indicators%20report.pdf
- Centre des Premières Nations.** *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003*, 2005. Ottawa : auteur.
- Chalmers, J., L. Cayen, S. Snowshoe et E. Collin.** *L'État d'urgence - Rapport sur la prestation des services de toxicomanie dans les T. N.-O.*, 2002. Fort McPherson : gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.
- Commission des droits de la personne de Colombie-Britannique.** *Removal of Aboriginal Children from their Families by the Ministry of Children and Families*, 2001. Vancouver : Commission des droits de la personne de la C.-B.
- Conseil canadien de la santé.** *Le renouvellement des soins de santé au Canada : frayer la voie de la qualité*, 2005. Toronto : auteur.
- Craib, K., P. Spittal, E. Wood, N. Laliberte, R. Hogg, K. Li, K. Heath, M. Tyndall, M. O'Shaughnessy et M. Schechter.** Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 68(1), 2003, p. 19-24.
- Currie, J.** *Meilleures pratiques—Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, 2001. Ottawa : Santé Canada.
- Daisy, F., L. Thomas et C. Worley.** Alcohol use and harm reduction within the native community. Dans G. Marlatt (éd.), *Harm Reduction*, 199, p. 327-50. Londres : Guilford Press.
- Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.** *Répertoire des centres de traitement 2005*, 2005. Ottawa : auteur.
- Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.** *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, examen général 1998, rapport final, 2000?* Ottawa : auteur.
- Drake, J.** First Nations develop alcohol harm reduction policies. *CrossCurrents: The Journal of Addiction and Mental Health*, vol. 6(2), 2002, p. 2.
- Elliott, R., I. Malkin et J. Gold.** *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, 2002. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Erickson, P.** (1992). Implications of harm reduction for substance abuse problems of native people. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (éd.), *Aboriginal Substance Use: Research Issues—Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting*, 1992, p. 53-55. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones.
- Fiss, T.** *Analysis of the First Nations Fiscal and Statistical Management Act*, 2003. Victoria : Centre for Aboriginal Policy Change, Fédération canadienne des contribuables.

Références

- Four Worlds International Institute.** *Social Security Reform. The Alkali Lake Community Story*, sans date. Consulté le 12 septembre 2006 sur le site Web du Four Worlds International Institute à <http://www.4worlds.org/4w/ssr/Partiv.htm>
- Gliksman, L., M. Rylett et R. Douglas** (sous presse). Aboriginal community alcohol harm reduction policy (ACAHRP) project: A vision for the future. *Journal of Substance Use & Misuse*.
- Gouvernement du Canada.** *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*, 2005. Ottawa : gouvernement du Canada. Consulté le 2 février 2007 sur le site Web de Santé Canada à http://www.nationalframework-cadrenational.ca/index_f.php?orderid_top=2
- Gray, D. et B. Sputore.** The effective and culturally appropriate evaluation of Aboriginal community alcohol intervention projects. Dans T. Stockwell (éd.), *Drug Trials and Tribulations: Lessons for Australian Drug Policy: Proceedings of an International Symposium*, 1998, p. 37-51. Australie : Université technologique de Curtin, National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse.
- Gray, D., S. Siggers, B. Sputore et D. Bourbon.** What works? A review of evaluated alcohol misuse interventions among Aboriginal Australians. *Addiction*, vol. 95(1), 2000, p. 11-22.
- Groupe de travail national sur les politiques du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.** *Réduction des méfaits : concepts et pratique. Un document de discussion de politique*, 1996. Ottawa : auteur.
- Hunter, E.** Commentaries on Landau's "The prospects of a harm reduction approach among indigenous people in Canada." *Drug and Alcohol Review*, vol. 15, 1996, p. 403-410.
- Inuit Circumpolar Conference & Inuit Tapiriit Kanatami.** *Inuit Perspectives on Circumpolar Health. A Vision for the Future*, 2005. Ottawa : auteur.
- Inuit Tapiriit Kanatami.** *Proposed Alternatives to Address Alcohol Related Issues Among Canadian Inuit Communities. Inuit Position Statements on Alcohol Issues Developed by ITK*, 2005a. Ottawa : auteur.
- Inuit Tapiriit Kanatami.** *Backgrounder: Health*, 2005a. Ottawa : auteur. Consulté le 12 septembre 2006 sur le site Web de Inuit Tapiriit Kanatami à <http://www.itk.ca/media/backgrounder-health.php>
- Jackson, R.** *Les personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada - Questions liées aux soins, au traitement et au soutien*, 2005. Ottawa : Réseau autochtone canadien du sida.
- Jackson, R., L. MacLean, L. Leonard, J. Mill, F. Reintjes, W. Austin, C. Dumont-Smith et N. Edwards.** *Time to Make Health Services Safe from Stigma: Voices of Canadian Aboriginal People Living with HIV/AIDS and Health Care Providers*, 2006. Toronto : présentation lors de la XVI^e Conférence internationale sur le sida.
- Kellington, S.** "Missing Voices": Mothers at Risk for or Experiencing Apprehension in the Child Welfare System in British Columbia, 2001. Vancouver : Comité canadien d'action sur le statut de la femme, région de la Colombie-Britannique.
- Korhonen, M.** *Alcohol Problems and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice*, 2004. Ottawa : Centre Ajunnginiq, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Korhonen, M.** *Alcohol and Inuit Communities: Current Services and New Directions*, 2006. Toronto : conférence Questions de substance 2005, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Landau, T.** The prospects of a harm reduction approach among indigenous people in Canada. *Drug and Alcohol Review*, vol. 15, 1996, p. 393-401.
- Lauzon, R., T. Gregoire, L. Gliksman et R. Douglas.** Mattagami First Nation's policy to reduce alcohol related harm. *Canadian Journal of Native Studies*, vol. XVIII(1), 1998, p. 37-48.
- Loxley, W., J. Toumbourou, T. Stockwell, B. Haines, K. Scott, C. Godfrey, E. Waters, G. Patton, R. Fordham, D. Gray, J. Marshall, D. Ryder, S. Siggers, L. Sancil et J. Williams.** *The Prevention of Substance Use, Risk and Harm in Australia: A Review of the Evidence*, 2004. Perth (Australie-Occidentale) : National Drug Research Institute et Centre for Adolescent Health.
- M'Chigeeng Health Services.** *The Healthy Lifestyles Project*, 2005. M'Chigeeng (Ontario) : auteur.
- McLeod, A.** *All My Relations: Aboriginal IDU Harm Reduction Training Peer Educators Manual*, 2001. Manitoba : Manitoba Aboriginal AIDS Taskforce.
- Mi'kmaq Native Friendship Centre.** *Programs & Services*, 2005. Nouvelle-Écosse : Directory of Nova Scotia Family Resource Centres. Accessible sur http://www.nscouncilfamily.org/FRC_Directory/Centres/Central/MikmaqNFRC.htm

Références

- Ministerial Council on Drug Strategy.** *National Drug Strategy: Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples Complementary Action Plan 2003–2006, background paper*, 2003. Canberra : Ministerial Council on Drug Strategy.
- Narbonne-Fortin, C., M. Rylett, S. Manitowabi, R. Douglas et L. Gliksman.** Achieving consensus for a policy action to reduce alcohol problems in the Wikwemikong Unceded Indian Reserve: Wikwemikong alcohol policy consensus. *Canadian Journal of Native Studies*, vol. XXI(1), 2001, p. 161-177.
- O'Brien, D.** Manitoba's sniff crisis has given birth to a tragic trend...babies that smell like gas. *Winnipeg Free Press*, 24 août 2005, p. A1-A2. Reportage sur le rapport de 2003 de la Première Nation Pauingassi sur l'abus de solvants (Protecteur des enfants du Manitoba).
- Organisation nationale de la santé autochtone.** *Guide terminologique*, 2003 (adaptation pour le Web). Consulté le 12 septembre 2006 sur <http://www.ica.ca/content/fr/glossary/terms/index.php?>
- Organisation nationale de la santé autochtone.** *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002–2003. The Peoples' Report*, 2004a. Ottawa : auteur. Consulté le 3 janvier 2007 sur http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/NAHOPEoplesReportb_000.pdf
- Organisation nationale de la santé autochtone.** *La santé chez les Métis au Canada*, 2004b. Ottawa : auteur. Consulté le 3 décembre 2006 sur le site Web de l'Organisation nationale de la santé autochtone à http://www.naho.ca/MHC_Site/B/metis_health_f.html
- Ormond, M.** *Harm Reduction: Considered and Applied*, 2002. Ottawa : Division de l'hépatite C, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.
- Pauktuutit Inuit Women of Canada.** *National Strategy to Prevent Abuse in Inuit Communities and Sharing Knowledge, Sharing Wisdom. A Guide to the National Strategy*, 2006. Ottawa : auteur. Consulté sur le site Web de Pauktuutit Inuit Women of Canada à http://www.pauktuutit.ca/pdf/publications/abuse/InuitStrategy_e.pdf
- Peele, S.** What I discovered among the Aboriginals. *SMART Recovery News and Views*, hiver 2003, p. 5–6.
- Poole, N.** *Report on the Action Forum on Aboriginal Women's Health and Addiction Services*, 2000. Vancouver (Colombie-Britannique).
- Poole, N.** *Connections: Working with Women on Substance Use and Violence Issues*, 2006. Colombie-Britannique : Centre d'excellence de la C.-B. pour la santé des femmes. Consulté le 20 octobre 2006 sur le site Web du Centre d'excellence de la C.-B. pour la santé des femmes à <https://bccewh.webex.com/bccewh/onstage/g.php?AT=VR&RecordingID=387720928>
- Programme des services de santé non assurés de Santé Canada.** *Report on Client Safety Improvements*, 2007. Ottawa : auteur.
- Réseau canadien autochtone du sida.** *Joining the Circle: An Aboriginal Harm Reduction Model: A Guide for Developing a Harm Reduction Program in Your Community: Phase I*, 1998. Ottawa : auteur.
- Réseau canadien autochtone du sida.** *Le SIDA et les femmes autochtones*, 2002. Ottawa : auteur. Consulté le 16 septembre 2006 sur le site Web du Réseau canadien autochtone du sida à <http://www.caan.ca/facts/LeSIDAetlesfemmesautochtones.htm>
- Réseau canadien autochtone du sida.** *Strengthening Ties—Strengthening Communities*, 2003. Ottawa : auteur.
- Roberts, G. et J. Nanson.** *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, 2000. Ottawa : gouvernement du Canada.
- Saggers, S. et D. Gray.** *Dealing with Alcohol: Indigenous Usage in Australia, New Zealand and Canada*, 1998. Cambridge University Press.
- Sandover, R., S. Houghton et T. O'Donoghue.** Harm minimization strategies utilized by incarcerated Aboriginal volatile substance users. *Addiction Research*, vol. 5(2), 1997, p. 113–136.
- Scott, K.** Indigenous Canadians. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (éd.), *Canadian Profile 1997: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*, 1997. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Sellman, J., T. Huriwai, C. Fua, M. Kahn et A. Roche.** Harm reduction method and the alcohol treatment for aboriginal people. (Commentaries on Landau). *Drug and Alcohol Review*, vol. 16, 1997, p. 87.
- Single, E., L. Robson et K. Scott.** *Morbidity and Mortality Related to Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use Among Indigenous People in Canada*, 1997. Préparé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies pour le PNLAADA.

Références

- Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada.** *Annual Report 2004-2005*, 2005. Consulté le 15 mars 2007 sur le site Web de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada à <http://www.fncfcs.com/docs/2005AnnualReport.pdf>
- Spittal, P., R. Hogg, K. Li, K. Craib, M. Recsky, C. Johnston, J. Montaner, M. Schechter et E. Wood.** Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care*, vol. 18(2), 2006, p. 101-108.
- Statistique Canada.** *Recensement de 2001 : série « analyses ». Peuples autochtones du Canada : un profil démographique*, 2003. Ottawa : auteur. Consulté le 27 juin 2006 sur le site Web de Statistique Canada à <http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/abor/pdf/96F0030XIF2001007.pdf>
- Sous-comité du cadre de travail de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et R. Thatcher.** *Cadre de travail pour le renouvellement du PNLAADA*, 2000. Saskatchewan : Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.
- Tait, C.** *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba*, 2000. Manitoba : Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies. Consulté le 2 novembre 2006 sur le site Web de Santé Manitoba à http://www.gov.mb.ca/health/documents/PWHCE_June2000.pdf
- Tait, C.** *Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones du Canada : Examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats*, 2003. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- Thomas, G.** *Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale*, 2005. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Vancouver Area Network of Drug Users.** *Western Aboriginal Harm Reduction Society (WAHRS)*, sans date. Consulté le 23 novembre 2006 sur le site <http://www.vandu.org/vwahrsgroup.html>
- Vancouver Coastal Health Authority.** *Insite—Supervised Injection Site. North America's First Legal Supervised Injection Facility*, sans date. Vancouver : auteur. Consulté le 25 septembre 2006 sur le site Web de Vancouver Coastal Health Authority à <http://www.vch.ca/sis/>
- Vancouver Native Health Society.** *Programs—Sheway*, sans date. Consulté le 2 juin 2006 sur <http://www.vnhs.net/programs/sheway.htm>
- Wardman, D., K. Clement et K. Quantz.** Access and utilization of health services by British Columbia's rural Aboriginal population. *Leadership in Health Services*, vol. 18(2), 2005, p. 26-31.
- Wardman, D. et N. Khan.** Tobacco cessation pharmacotherapy use among First Nations persons residing within British Columbia. *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 6(4), 2004, p. 689-692.
- Wardman, D., N. Khan et N. el-Guebaly.** Prescription medication use among an Aboriginal population accessing addiction treatment. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 47(4), 2002, p. 355-60.
- Wardman, D. et D. Quantz.** Harm reduction services for British Columbia's First Nations population: A qualitative inquiry into opportunities and barriers for injecting drug users. *Harm Reduction Journal*, vol. 3(30), 2006.
- Weber, M.** *She Stands Alone: A Review of the Recent Literature on Women and Social Support*, 1998. Winnipeg : Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies.
- Women's Health Bureau.** Aboriginal Women with Substance Use Issues: Improving Access and Quality of Care. *Information Women's Forum*, vol. 4(1), 2001, p. 1-4.
- Wood, E., M. Tyndall, J. Montaner et T. Kerr.** Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 175(11), 2006. Consulté le 15 mars 2007 sur le site Web du Journal de l'Association médicale canadienne à <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/175/11/1399>

Titulaire d'un mandat législatif visant à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies assure un leadership quant aux priorités nationales, favorise l'application des connaissances dans le domaine et crée des partenariats durables qui optimisent les efforts collectifs.

Le CCLAT est subventionné par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Les points de vue exprimés par le CCLAT ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Bureau 300, 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048; téléc. : 613-235-8101.
Visitez notre site Web à www.cclat.ca



ISBN 1-897321-51-1

Droit d'auteur © 2007—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Tous droits réservés.