



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Surdoses au Québec et inégalités sociales de santé

Antoine Bertrand-Deschênes, candidat au doctorat, École de travail social,
Université de Montréal

André-Anne Parent, Ph. D., professeure agrégée, École de travail social,
Université de Montréal, chercheure, Centre de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal et du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Miguel Bergeron-Longpré, candidat au doctorat, École de travail social,
Université de Montréal

Correspondance

École de travail social

Université de Montréal

Pavillon Lionel-Groulx

C.P. 6128, succursale Centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3J7

Téléphone : 514-894-3391

Courriel : antoine.bertrand-deschenes@umontreal.ca

Résumé

À la demande d'un regroupement d'organismes communautaires intervenant auprès d'utilisateurs de drogues, une équipe de recherche de l'École de travail social de l'Université de Montréal a été sollicitée pour procéder à une analyse de contenu des rapports du coroner dans les cas de décès par surdose. Ce travail de recherche s'inscrit dans le contexte de la crise des opioïdes qui touche le Québec et le Canada. Le but de ce projet était de déterminer comment les rapports d'investigation des coroners peuvent améliorer la compréhension de la crise des surdoses et alimenter les actions à prendre face à celle-ci. La recherche propose une analyse de contenu de 340 rapports de personnes décédées en 2017 au Québec et dont la cause probable du décès est liée à la consommation d'au moins une substance. Cet article présente les résultats liés au contexte social et à l'état de santé des personnes décédées de surdose selon les données fournies par les rapports de coroner. Le cadre théorique des déterminants de la santé est utilisé, permettant d'adopter une approche globale peu exploitée en intervention. Démontrant que la crise est bien plus qu'une crise des opioïdes, nos résultats mettent en lumière la surreprésentation des problèmes de santé physique et mentale chez les personnes décédées par surdose en plus des enjeux socioéconomiques sous-jacents. Ultimement, nous espérons que cette lecture plus englobante de la crise des surdoses sévissant au Québec et qui préoccupe intervenants, acteurs de santé publique, décideurs politiques et plusieurs autres contribuera à développer une meilleure réponse face à cet enjeu.

Mots-clés : crise des opioïdes, prévention des surdoses, déterminants de la santé, inégalités sociales, inégalités sociales de santé, Québec

Overdoses in Quebec and social inequalities in health

Abstract

At the request of a group of community organizations working with drug users, a research team from the School of Social Work of the University of Montreal was asked to conduct a content analysis of the coroner's reports in overdose death cases. This research project takes place in the context of the opioid crisis occurring in Quebec and Canada. The aim of this project was to determine through a content analysis of investigative reports how they can improve the understanding and actions to be taken against the overdose crisis. The research offers a content analysis of such reports of 340 people who died in 2017 in Quebec and whose probable cause of death is linked to the use of at least one substance. This paper presents the results related to the health and social context of the overdose decedents based on the data provided in the coroner's investigation reports. The theoretical framework of the determinants of health is used, allowing us to adopt a global approach unfortunately little used in intervention. Showing that the crisis is much more than an opioid crisis, our results highlight the overrepresentation of physical and mental health problems among people who have died from overdoses, in addition to the underlying socioeconomic issues. Ultimately, we hope that this comprehensive reading of the overdose crisis raging in Quebec and which concerns stakeholders, public health actors, policy makers, and many others, will help develop a better response to this issue.

Keywords: opioid crisis, overdose prevention, determinants of health, social inequalities, social inequalities in health, Quebec

Sobredosis en Quebec y desigualdades sociales en materia de salud

Resumen

Una agrupación de organismos comunitarios que intervienen con consumidores de drogas solicitó a un equipo de investigación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Montréal la realización de un análisis de contenido de los informes forenses en los casos de muerte por sobredosis. Este trabajo de investigación se inscribe en el contexto de la crisis de los opioides que afecta Québec y Canadá. El proyecto tenía como objetivo determinar de qué manera los informes forenses pueden mejorar la comprensión de la crisis de las sobredosis y alimentar las acciones que deben llevarse a cabo para enfrentarla. La investigación propone un análisis de contenido de los informes referidos a 340 personas fallecidas en 2017 en Québec y cuya causa probable de muerte está relacionada con el consumo de por lo menos una sustancia. Este artículo presenta los resultados relacionados con el contexto social y el estado de salud de las personas fallecidas de sobredosis según los datos proporcionados por los informes forenses. Se utiliza el marco teórico de los determinantes de la salud, lo que permite adoptar un enfoque global poco explotado la práctica. Nuestros resultados, al demostrar que la crisis es mucho más que una crisis de opioides, destacan la excesiva representación de los problemas de salud física y mental entre los fallecidos por sobredosis, además de las cuestiones socioeconómicas subyacentes. Finalmente, esperamos que esta lectura más global de la crisis de sobredosis que padece Québec, y que preocupa a los intervinientes, a los agentes de salud pública, a las autoridades políticas y muchos otros, contribuirá al desarrollo de una mejor respuesta ante este problema.

Palabras clave: crisis de opioides, prevención de sobredosis, determinantes de la salud, desigualdades sociales, desigualdades sociales de salud, Québec

Contexte

La crise des opioïdes ou des surdoses est désormais reconnue comme un phénomène de santé publique (Tam, 2018). Elle mobilise les décideurs politiques des différents paliers de gouvernance. Le gouvernement québécois a introduit la nouvelle *Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025. Parce que chaque vie compte* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022). Des actions législatives, comme l'adoption de la *Loi des bons samaritains* visant à offrir une certaine protection juridique aux personnes qui font une surdose ou qui en sont témoins lorsqu'ils interpellent le 9-1-1 pour obtenir de l'aide, sont observées (Gouvernement du Canada, 2021). Quant aux organismes sur le terrain, ils collaborent avec les instances publiques et déploient une panoplie d'actions pour prévenir les surdoses et réduire les décès. Pensons notamment aux services d'injection supervisée, aux vigies des surdoses et aux autres indicateurs sanitaires institués dans les différentes régions, à la promotion de la naloxone et à son accessibilité, au développement d'intervention par les pairs aidants, aux services d'analyses des substances, et plus encore (MSSS, 2022 ; Strike et Watson, 2019).

La constante évolution de la crise met au défi la société dans son ensemble dans la recherche de stratégies. Plusieurs auteurs soulignent l'importance et l'impact des déterminants sociaux de la santé. Aux États-Unis, les inégalités économiques seraient un déterminant majeur, le manque de ressources des personnes les plus démunies étant le moteur de la crise (Thombs et al., 2020). Selon Dasgupta et al. (2018), les bouleversements sociaux et économiques des dernières décennies auraient entraîné cet état d'urgence, la consommation d'opioïde étant un « refuge » face aux traumatismes physiques et psychologiques, aux désavantages accrus, à l'isolement et au désespoir. Selon certains chercheurs, le phénomène de la polyintoxication, de plus en plus fréquent (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2022), est également en relation avec des déterminants sociaux de la santé modifiables, comme l'accès aux services en santé mentale ou le fait de vivre de l'itinérance (Barocas et al., 2019).

Au Canada, les interventions en réduction des méfaits se déploient dans les conditions établies par les structures sociales, politiques et légales des différentes provinces (Strike et Watson, 2019). Ces interventions relèvent plus largement d'une question de justice sociale et d'équité et poursuivent l'objectif d'abolir des phénomènes sociaux foncièrement injustes participant aux disparités en santé et alimentant la crise comme l'oppression envers les peuples autochtones ou la pauvreté (Dasgupta et al., 2018 ; Virani et Haines-Saah, 2020). Considérant que les bouleversements économiques, le chômage et les inégalités sociales sont encore insuffisamment considérés dans l'analyse du problème (Dasgupta et al., 2018 ; Thombs et al., 2020), une lecture plus englobante de la crise des surdoses dépassant le spectre de l'individu ou de la substance s'impose. Le manque de connaissances sur les facteurs environnementaux associés aux risques de surdose est d'ailleurs souligné dans la littérature (Martins et al., 2015).

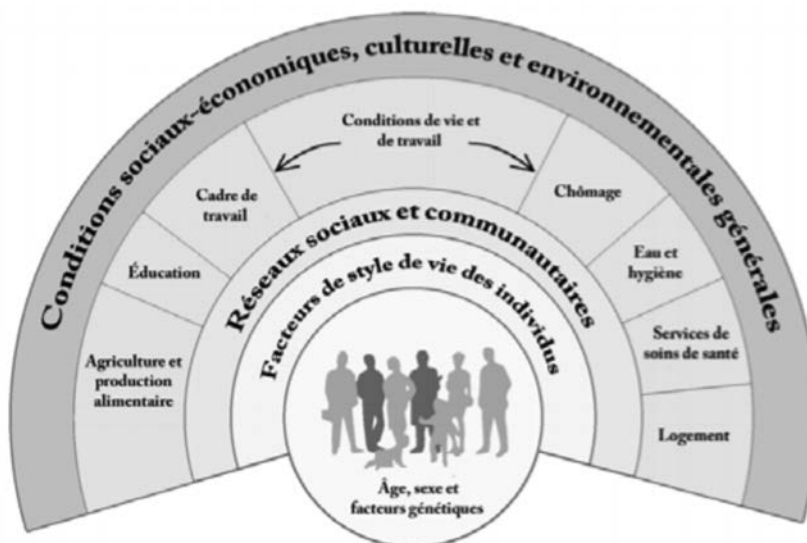
À la demande d'un regroupement d'organismes communautaires intervenant auprès d'utilisateurs de drogues, une équipe de recherche de l'École de travail social de l'Université de Montréal a été sollicitée au printemps 2019 pour procéder à une analyse de contenu des rapports du coroner dans les cas des décès par surdose. La recherche propose une analyse de contenu des rapports d'investigation du coroner de 340 personnes décédées en 2017 au Québec et dont la cause probable du décès est liée à la consommation d'au moins une substance. Le but était de déterminer par une analyse de contenu comment ces rapports peuvent améliorer la compréhension et les actions à prendre face à la crise des surdoses. Les objectifs étaient : 1) identifier les substances mises en cause dans ces décès ; 2) comprendre le contexte d'intervention auprès des personnes décédées par surdose ; 3) illustrer le contexte social et l'état de santé des personnes décédées. Cet article porte sur le troisième objectif pour lequel le cadre théorique des déterminants de la santé (Hyppolite, 2012) s'est rapidement imposé.

Inégalités sociales de santé et surdoses

Les inégalités sociales de santé sont le fruit des conditions dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2009). Si elles touchent la société dans son ensemble, les groupes sociaux au bas de l'échelle sociale sont inégalement touchés (Parent et Bourque, 2016). La santé suit le gradient social où les personnes les plus défavorisées socialement sont les plus exposées au risque de maladie ou de morts prématurées (Gillis et Mertens, 2008, cité dans Hyppolite, 2012). Ces écarts sont socialement construits, injustes et évitables et relèvent de la justice sociale (Raphael et al., 2020).

La figure 1 (Dahlgren et Whitehead, 1991, dans Raphael et al., 2020) illustre la pluralité des facteurs déterminant la santé des individus. En partant du centre, où se situe l'état de santé des personnes, les différentes catégories de déterminants superposés ont une influence les unes sur les autres. Ainsi, les comportements et les habitudes de vie des individus sont influencés par leurs conditions de vie, elles-mêmes influencées par le contexte global (Hyppolite, 2012, p. 27).

FIGURE 1



Les déterminants sociaux de la santé réfèrent à l'ensemble des conditions socialement produites influençant la santé (Raphael et al., 2020). Ce sont les conditions sociales, économiques et politiques influençant la santé des populations (Solar et Irwin, 2010). Ils englobent les autres facteurs déterminant la santé et sont majeurs dans la production des inégalités sociales de santé. On retrouve à la source des inégalités sociales le contexte social, économique, politique et culturel, façonnant le statut social et socioéconomique des individus (Solar et Irwin, 2010; Whitehead et Dahlgren, 2006). Les inégalités sociales présentes dans les sociétés se transposent en inégalités dans les conditions de vie et se transforment en inégalités sociales de santé (Hyppolite, 2012; Parent et Bourque, 2016).

En cohérence avec la littérature sur les déterminants sociaux de la santé, Saloner et al. (2018) ont développé un modèle écologique de santé publique pour aborder la crise des surdoses. Certaines manières de consommer sont plus susceptibles de générer des conséquences négatives lorsqu'elles surviennent dans des environnements non sécuritaires comme en l'absence de services d'injection supervisée. Dans ce modèle, les contextes d'utilisation et les comportements de consommation sont influencés par des éléments du contexte social et économique inéquitables, générant des désavantages sociaux et des manques d'opportunités pour certaines communautés. Le contexte social et économique, tout comme les politiques sociales, légales, économiques et de santé en vigueur, influence les institutions en interaction avec les personnes utilisatrices de drogues (UD). Ces processus s'influencent et une prévalence élevée de surdoses a conséquemment des effets sur l'environnement économique et social (Saloner et al., 2018).

Cet article présente les résultats du troisième objectif de la recherche, soit celui d'illustrer le contexte social et l'état de santé des personnes décédées de surdose au Québec. Alors que la majorité de la littérature à cet effet provient des États-Unis ou du Canada anglais, nous proposons d'interpréter nos résultats à l'aide du cadre des déterminants sociaux de la santé, permettant d'offrir une perspective globale pour aborder le phénomène des surdoses au Québec.

Méthodologie

Cette recherche est le fruit d'un travail de collaboration entre l'équipe de chercheurs et un comité consultatif constitué de groupes communautaires intervenants auprès de personnes UD. À l'initiative de l'organisme communautaire mandataire du projet, l'Association québécoise de promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues, d'autres groupes communautaires ont été consultés pour aider à structurer le projet. Dans un esprit de recherche collaborative (Morrisette, 2013), chacune des étapes de la recherche a fait l'objet d'un travail de concertation, jusqu'à la diffusion publique et médiatique des résultats du projet.

Le rapport d'investigation du coroner

Le travail du coroner consiste à investiguer afin de déterminer l'identité de la personne décédée, le lieu, le moment, les circonstances ainsi que les causes probables du décès. Au Québec, les coroners sont des médecins, avocats ou notaires. Un rapport est divisé en sept sections distinctes, contenant généralement entre 500 et 1 200 mots chacune. La première section, dans laquelle sont inscrites les informations administratives, permet d'identifier la personne, tandis que les sections suivantes abordent l'identification de la personne décédée par un tiers, les circonstances du décès, l'autopsie, l'examen externe et les analyses toxicologiques. L'analyse et la conclusion constituent les deux derniers segments du rapport.

Cueillette et analyse des données

Afin de répondre aux objectifs de recherche déterminés conjointement avec les partenaires, un carnet de codification composé de plus de 80 codes représentant les sections des rapports du coroner et se rapportant aux objectifs a été créé à l'aide du logiciel Nvivo. Le corpus de données, soit 340 rapports d'investigation du coroner de personnes décédées à la suite d'une surdose au Québec en 2017, a été entièrement codé par un premier auxiliaire de recherche et validé par un deuxième. L'année 2017 a été retenue, car il s'agissait de celle où tous les rapports liés aux surdoses étaient disponibles. Les rapports étudiés pour la présente recherche excluent les personnes décédées par suicide ou celles dont la mort est liée à un acte criminel.

L'identification des substances mentionnées dans la section analyse toxicologique permet de brosser un portrait général des substances retrouvées indépendamment de leurs incidences sur le décès de la personne. L'identification des substances mentionnées dans la section conclusion permet de déterminer la ou les substances associées à la cause la plus probable du décès selon le coroner.

Les rapports de coroner incluent des données pouvant être traitées quantitativement, comme la région de résidence ou de décès, l'âge ou encore les substances retrouvées aux analyses toxicologiques. La section analyse des rapports, où l'on retrouve une synthèse des éléments recueillis à l'investigation et des informations sur les différentes sphères de la vie des personnes décédées, inclut également des données qualitatives. De ce fait, les rapports n'incluent pas systématiquement les mêmes informations et ne sont pas uniformes, particulièrement en ce qui a trait au contexte social et à l'état de santé des personnes décédées. Le contenu thématique quant au contexte social et de santé concerne principalement l'état de santé des personnes, leur contexte socioéconomique et leurs relations avec le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et autres services d'aide.

Notre approche en lien avec ces données qualitatives s'est basée sur un processus à la fois déductif et inductif. La structure standardisée des rapports a facilité la production d'un carnet de codification préliminaire composé de thématiques établies par déduction selon les objectifs de recherche. La thématique inductive est survenue en cours de route alors que certains thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche émergeaient. L'analyse des données qualitatives s'est inspirée de l'analyse thématique, où l'on procédait au repérage, au regroupement, à la caractérisation et à l'analyse discursive des thèmes présents dans les rapports selon les objectifs de recherche (Paillé et Mucchielli, 2016).

L'identification des thèmes, leur validation et le travail d'analyse ont fait l'objet de constantes réflexions entre chercheurs. Deux membres de l'équipe ont travaillé conjointement et une consultation continue auprès de la chercheuse principale a permis de valider et de réajuster au besoin le travail de thématique et d'analyse du contenu. Le premier jet du carnet de codification a été validé auprès du comité consultatif. Le contenu thématique et les résultats quant au troisième objectif de la recherche, soit l'illustration du contexte social et de l'état de santé des personnes décédées, sont ici discutés à l'aide du cadre théorique des déterminants sociaux de la santé. Finalement, notons que les rapports du coroner sont des documents publics et que, par conséquent, la démarche de recherche n'exigeait pas de demande de certification éthique.

Résultats

Données sociodémographiques et lieux de résidence

Les 340 rapports étudiés, soit ceux de 242 hommes et de 98 femmes décédées, se répartissent selon les groupes d'âge suivants : 25 ans et moins, 26 à 40 ans, 41 à 64 ans et 65 ans et plus (Tableau 1). Aucun rapport n'inclut de données à propos de l'origine ou de l'identité culturelle, raciale, ethnique, sexuelle ou de genre des personnes décédées. Pour chacune des personnes décédées, l'année de naissance ainsi que la région administrative associée à la municipalité de résidence et de décès ont été déterminées.

TABLEAU 1 – Âge des personnes au moment de leur décès en 2017 selon le sexe

	Hommes (n=242)	Femmes (n=98)
25 ans et moins	21 (8,7%)	3 (3,1%)
26 à 40 ans	79 (32,6%)	18 (18,4%)
41 à 64 ans	128 (52,9%)	67 (68,4%)
65 ans et plus	14 (5,8%)	10 (10,2%)

Les hommes sont plus nombreux à mourir de surdose, mais les femmes de 65 et plus sont surreprésentées par rapport aux hommes du même âge (10,2% versus 5,8%). Cependant, lorsqu'observée ensemble, la catégorie des 41-64 ans est la plus représentée. Plus spécifiquement, 41% des hommes ont moins de 40 ans, contre seulement 21% des femmes. Inversement, 59% des hommes sont âgés de plus de 40 ans, contre 79% des femmes.

Nos résultats démontrent que ce n'est pas seulement les grands centres qui sont touchés par le phénomène des surdoses, mais aussi les régions (Tableau 2).

TABLEAU 2 – Répartition des personnes décédées selon la région administrative de résidence et le sexe

	Hommes (n=242)	Femmes(n=98)	Total (n=340)
1. Bas-Saint-Laurent	1 (0,4 %)	2 (2,0 %)	3 (0,9 %)
2. Saguenay–Lac-Saint-Jean	5 (2,1 %)	3 (3,1 %)	8 (2,4 %)
3. Capitale-Nationale	28 (11,6 %)	8 (8,2 %)	36 (10,6 %)
4. Mauricie	8 (3,3 %)	5 (5,1 %)	13 (3,8 %)
5. Estrie	3 (1,2 %)	4 (4,1 %)	7 (2,1 %)
6. Montréal	73 (30,2 %)	23 (23,5 %)	96 (28,2 %)
7. Outaouais	10 (4,1 %)	5 (5,1 %)	15 (4,4 %)
8. Abitibi-Témiscamingue	5 (2,1 %)	3 (3,1 %)	8 (2,4 %)
9. Côte-Nord	1 (0,4 %)	0 (0,0 %)	1 (0,3 %)
10. Nord du Québec	5 (2,1 %)	1 (1,0 %)	6 (1,8 %)
11. Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	8 (3,3 %)	0 (0,0 %)	8 (2,4 %)
12. Chaudière-Appalaches	8 (3,3 %)	6 (6,1 %)	14 (4,1 %)
13. Laval	7 (2,9 %)	4 (4,1 %)	11 (3,2 %)
14. Lanaudière	11 (4,5 %)	6 (6,1 %)	17 (5,0 %)
15. Laurentides	19 (7,9 %)	12 (12,2 %)	31 (9,1 %)
16. Montérégie	39 (16,1 %)	12 (12,2 %)	51 (15,0 %)
17. Centre-du-Québec	8 (3,3 %)	4 (4,1 %)	12 (3,5 %)
Sans région indiquée	3 (1,21 %)	0 (0,0 %)	3 (0,9 %)
Total	242	98	340

Des conditions de santé préoccupantes

Les données recueillies démontrent que la majorité des personnes décédées par surdose souffraient de maladies chroniques et de troubles de santé mentale, diagnostiqués ou non. De façon plus détaillée, près d'un rapport étudié sur cinq indiquent la présence de douleurs chroniques ou de problématiques chroniques de douleur¹, touchant respectivement 28 % de l'ensemble des femmes et 15,0 % des hommes. En ce qui concerne les troubles de santé mentale pris dans leur ensemble, 42,9 % des rapports portant sur des femmes mentionnent une problématique de santé mentale, par opposition à seulement 27 % de l'ensemble des hommes. Plus précisément, 16 % des hommes décédés présentaient des symptômes

¹ Ceci inclut les personnes qui souffrent de douleurs chroniques (souvent nommé tel quel dans les rapports) ainsi que de problèmes chroniques qui amènent de la douleur considérable au quotidien. Ex. : lombalgies chroniques, fibromyalgie, arthrose, polyarthrite rhumatoïde

d'anxiété ou de dépression alors que ce chiffre s'élevait à 31 % chez les femmes, ce qui représente 20 % de tous les rapports analysés. L'analyse a également fait ressortir que 45,0 % des personnes décédées d'une surdose en 2017 souffraient préalablement de problèmes cardiaques, pulmonaires ou vasculaires, plus précisément 42,0 % de l'ensemble des hommes et 52,0 % des femmes. Les maladies cardiovasculaires, si on les isole des troubles pulmonaires, ont été retrouvées dans 36,0 % de l'ensemble des rapports de coroners analysés.

Le parcours des personnes

En approfondissant les rapports des coroners, la présence d'enjeux financiers, de pauvreté et d'exclusion sociale est constatée. Malgré le manque d'uniformité des rapports et le fait qu'ils ne soient pas nécessairement explicites sur ce sujet, la présence d'une quinzaine de situations où les personnes étaient dans des situations d'isolement social a pu être décelée. Nous avons aussi noté une quinzaine de situations où la personne était en situation d'itinérance, en plus de celles où les personnes étaient prestataires de l'aide sociale ou vivaient d'importantes difficultés financières. Par exemple, dans l'extrait suivant, on perçoit la problématique d'isolement : «M. X vivait seul dans son logement, était sans emploi depuis quelques années, avait peu de contacts sociaux et consommait régulièrement de l'alcool.»

En ce qui concerne l'employabilité, dans au moins 25 rapports, les personnes étaient sans emploi, alors qu'une trentaine d'autres étaient en emploi. Quelques situations d'arrêt de travail ou de perte d'emploi récente ont aussi été répertoriées. L'extrait suivant démontre bien comment les conditions socioéconomiques peuvent rendre plus vulnérables certains individus aux surdoses : «La semaine précédente son décès, M. X s'est administré une dose supplémentaire de fentanyl prescrit pour pouvoir exécuter ses travaux sur sa terre. Il a travaillé de 10 à 12 heures par jour.»

Dans l'extrait suivant, c'est la perte récente d'un emploi qui a été significative pour la personne : «Toutefois, à la suite d'une perte d'emploi, en [...] 2017, il avait recommencé à consommer du crack et de l'héroïne.»

On a également observé une vingtaine de situations impliquant le système de justice ou des règlements organisationnels : arrestations, interdits de contact, ordonnances de traitement ou encore bannissement d'un organisme. Il était aussi question d'accidents graves par le passé marquant significativement le parcours des individus dans au moins une quinzaine de situations, comme en témoigne l'extrait suivant : «Elle se mobilise peu en raison de douleurs permanentes ressenties depuis un accident de la route.»

Il s'agissait parfois d'accidents de la route, d'accidents ayant occasionné des brûlures importantes ou d'accidents de travail. Le deuil a été un enjeu significatif dans au moins cinq rapports et les ruptures amoureuses dans plus d'une dizaine. Les tentatives de suicide passées concernent un peu plus de 15,0 % des femmes contre seulement 4,0 % des hommes. Enfin, des antécédents de surdoses ont été relevés dans 47 situations.

L'utilisation des substances

L'analyse des rapports de personnes décédées de surdoses démontre qu'elles utilisaient une grande variété de substances dépassant le prisme des opioïdes. La polyintoxication est d'ailleurs citée comme cause probable du décès de personnes dans 65,0 % de tous les rapports analysés. Nous avons observé que le processus de catégorisation des décès impliquait souvent une évaluation du comportement d'usage des substances. Celle-ci était souvent implicite dans les expressions inscrites dans la conclusion des rapports. Des expressions comme « drogues d'abus », « drogues de rue » ou « drogues récréatives » ont ainsi été retrouvées dans cette section. Dans la conclusion suivante, le desméthyldiazépam, un médicament psychoactif de la famille des benzodiazépines, est catégorisé de « drogue » : « est décédé consécutivement à l'utilisation de drogue (kétamine et desméthyldiazépam) ».

Parfois les termes « médicaments » et « drogues de rue » faisaient plutôt l'objet d'une présentation distincte, comme l'illustre le passage « est décédé d'une polyintoxication médicaments et drogues de rue »

Il arrivait que ce soit le comportement d'approvisionnement en substances qui faisait l'objet d'une évaluation. Par exemple, la section analyse d'un rapport mentionnait que : « la médication retrouvée lui aurait été prescrite lors d'un séjour en centre de détention et n'est pas inscrite au Dossier Santé Québec (DSQ). Ce qui suggère qu'elle était possiblement obtenue de façon illicite ».

Ici, la médication prescrite lors du séjour avait été retrouvée sur les lieux et non aux analyses toxicologiques (l'état du corps ne permettait pas de procéder à des prélèvements). Il s'agissait de prégabalin (analgésique), de quétiapine (antipsychotique) et de mirtazapine (antidépresseur). Dans la section analyse de ce rapport, on peut aussi lire que la personne « consomme depuis plusieurs années des drogues de rue (amphétamines et héroïne) et des stéroïdes anabolisants de façon régulière ».

Dans cette situation, le coroner conclut à une surdose de « drogues de rue » sans avoir procédé aux analyses toxicologiques et alors que seule la médication mentionnée précédemment fut retrouvée sur les lieux.

Trajectoire des derniers moments

Enfin, dans plus de 35 situations, la personne ayant fait ou faisant une surdose était découverte par quelqu'un interpellant un proche plutôt que les services d'urgences. L'extrait suivant en témoigne : « À 4 h 1, la personne présente avec M. X téléphone à un de ses amis pour lui demander de venir, car il ne va pas bien [...] Il compose le 911 à 4 h 48. »

Relation avec les services

Nous avons recensé plus de 140 situations où la personne était suivie par un médecin ou en avait consulté un dans la dernière année. Parmi les motifs de consultation, nous retrouvons : des consultations pour des problèmes de santé physique ou des maladies (cancer, problèmes respiratoires, etc.), des consultations concernant la santé mentale (ex. : en psychiatrie), la gestion de la douleur, un suivi de la médication, un suivi dans le cadre d'un programme de substitution aux opiacés, etc. Nous avons identifié plus de 30 situations où la personne bénéficiait d'un suivi ou avait consulté un intervenant ou un organisme d'aide autre qu'un médecin (agente de libération conditionnelle, psychologue, intervenant social, etc.). L'aide dans les tâches quotidiennes et le suivi de la santé mentale, la réadaptation et la réinsertion sociale, la gestion de la médication, l'usage de ressources d'hébergement, le traitement de l'anxiété/dépression, les soins à domicile, le suivi en communauté avec le CLSC, les interventions psychosociales, l'équipe multidisciplinaire en psychiatrie et l'indemnisation des victimes d'actes criminels font partie des motifs de consultation évoqués. Plusieurs besoins faisant écho au lien existant entre la santé et le contexte social, politique et économique figurent parmi les motifs d'utilisation des services psychosociaux. Le court extrait suivant démontre l'enchevêtrement des questions de santé avec le contexte socioéconomique de la personne : «La progression du syndrome douloureux limite significativement les activités et l'activation physiques, ce qui augmente l'isolement et la marginalisation de sa vie.»

Dans au moins 126 situations, la problématique de consommation de la personne avait pu être constatée par le biais de dossiers médicaux, rapports d'intervenants, etc. Dans au moins 38 situations, les personnes recevaient ou avaient déjà reçu une aide spécialisée pour la consommation, qu'il s'agisse de traitement en centre de thérapie pour les dépendances, d'hospitalisations pour la désintoxication ou de suivis spécialisés avec des psychologues ou en psychiatrie. Nous avons décelé des indices de tension et de conflit entre les personnes décédées par surdose et les intervenants. On retrouvait des points de divergence et de mécontentement au sujet de la consommation, des objectifs de traitement, de la collaboration et de la présence aux rendez-vous. Ces tensions se sont parfois manifestées en rupture de services, comme démontré dans les extraits suivants :

[...] La préoccupation principale qu'il semble soulever avec le médecin consultant est qu'il estime que certaines des amphétamines qu'il utilise peuvent contenir des contaminants et il veut savoir où il peut obtenir des substances de meilleure qualité. Inutile de dire que le reste de la consultation ne va pas bien, le médecin exprimant l'opinion qu'il ne peut pas aider M. X tant que celui-ci ne voit pas qu'il a un sérieux problème.

Le suivi avait cessé en octobre 2016 faute d'alternative thérapeutique, car M^{me} X faisait toujours à sa tête et il était impossible de savoir exactement ce qu'elle consommait.

La travailleuse sociale affirme qu'il est important que M^{me} X fasse le travail d'obtention de ses objectifs et qu'il ne soit pas constructif pour la travailleuse sociale de simplement rendre des visites "amicales" si la cliente ne travaille pas elle-même ses objectifs.

Discussion

Nos résultats démontrent que la majorité des personnes décédées par surdose souffraient de maladies chroniques et de troubles de santé mentale, diagnostiqués ou non. Nous observons une surreprésentation de différentes conditions de santé comparativement à la population générale. La présence de douleurs chroniques ou de problématiques chroniques de douleur touchait respectivement 28,0 % des femmes et 15,0 % des hommes décédés par surdose dont nous avons analysé le rapport de coroner. Selon l'Enquête canadienne sur l'incapacité de 2017² (Statistique Canada, 2019), c'est plutôt 17,0 % des femmes et 12,0 % des hommes de la population générale qui serait touchée. En ce qui concerne les symptômes d'anxiété ou de dépression, 16,0 % de l'ensemble des hommes décédés par surdose et 31,0 % de l'ensemble des femmes dont nous avons analysé le rapport de coroner étaient concernés. Alors que la prévalence des troubles anxiodépressifs dans la population québécoise est estimée à 7,4 % (Lesage et Émond, 2012), c'est plutôt 20,0 % de l'ensemble des rapports de coroner analysés qui en faisait mention. En ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (s.d.) affirme qu'elles touchent 1,3 million de Canadiens sur une population estimée au 1^{er} juillet 2019 à 37,6 millions d'habitants (Charbonneau et Provencher, 2019). Ce serait donc 3,5 % de la population canadienne qui serait concernée. Or, ce chiffre atteint 36,0 % pour les personnes décédées par surdose dont nous avons analysé le rapport de coroner. La surreprésentation de ces conditions de santé chez les personnes décédées de surdoses relève des écarts socialement construits, injustes et évitables (Cloutier et al., 2008; Lecours et al., 2015; Raphael et al., 2020) et confirme l'hypothèse que les personnes défavorisées socialement sont plus exposées au risque de maladie ou de morts prématurées (Gilles et Mertens, 2008, cité dans Hyppolite, 2012).

Si tout un chacun peut décéder d'une surdose, ce n'est pas tous les individus qui en décèdent. Ceux qui finiront par en décéder sont touchés par diverses formes de vulnérabilités, conditionnées par les inégalités sociales. Nos résultats témoignent notamment du poids du statut social et socioéconomique dans la trajectoire de vie des personnes décédées de surdose. Leurs conditions de vie matérielles et sociales étaient caractérisées par des situations d'isolement social, d'itinérance, d'instabilité en matière d'emploi, de précarité économique, de pauvreté et de démêlés avec la justice. Ces conditions étaient souvent en interaction avec des événements significatifs comme des deuils, des ruptures amoureuses, des accidents

² L'ECI de 2017 se fondait sur un échantillon de personnes qui ont déclaré une difficulté ou condition à long terme à la question sur les activités de la vie quotidienne du questionnaire détaillé du Recensement de 2016, et qui étaient âgées de 15 ans et plus le jour du recensement, soit le 10 mai 2016.

laissant des séquelles, des tentatives de suicide par le passé, des antécédents de surdoses ou encore des périodes de transition critique.

Les conditions sociales et économiques des personnes décédées révélées par notre analyse sont façonnées par le contexte social, économique, politique et culturel d'où les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé tirent leur source (Solar et Irwin, 2010; Whitehead et Dahlgren, 2006). Ces liens sont rarement discutés sur la place publique, les surdoses n'étant généralement pas abordées sous l'angle de leur construction sociale (Cruts, 2000; Dasgupta et al., 2018; Origer, 2016; Virani et Haines-Saah, 2020). Il a pourtant été démontré que la dépression et d'autres conditions associées à la consommation d'opioïdes sont surreprésentées dans les communautés moins fortunées (Dasgupta et al., 2018), que les personnes issues de milieux moins favorisés occupent souvent des emplois difficiles physiquement, n'ont souvent pas d'assurance maladie complémentaire et sont plus à risque de souffrir de douleurs chroniques et de recevoir des soins de moindre qualité (Dasgupta et al., 2018; Thombs et al., 2020). Il est connu aussi que le manque de continuité entre les services risque de vulnérabiliser certains individus. C'est le cas lors de périodes transitoires comme à la sortie de prison, où le risque de surdose est plus élevé (Barocas et al., 2019; Merrall et al., 2010).

La littérature nous apprend aussi que les stratificateurs sociaux que sont le statut socioéconomique, l'identification à un peuple autochtone, le lieu de résidence et l'appartenance à un groupe de la population marqué par l'origine culturelle ou raciale, l'état de santé (fonctionnel ou non), l'orientation sexuelle, l'âge et le statut migratoire risquent de contribuer largement, quoiqu'indirectement, au phénomène des surdoses (Dasgupta et al., 2018; Kolla et Strike, 2019; Saloner et al., 2018; Strike et Watson, 2019; Thombs et al., 2020; Virani et Haines-Saah, 2020). Bien que nos résultats démontrent que le statut social et socioéconomique des personnes décédées a pu être significatif, la constitution des rapports de coroner ne permet toutefois pas de capter l'influence jouée par l'ensemble de ces stratificateurs sociaux.

Processus sociaux, déterminants sociaux de la santé et surdoses

Le contexte social et économique, composé des politiques sociales, légales, économiques et de santé ainsi que des valeurs et normes sociétales en vigueur, influence les relations entre les institutions et les personnes UD (Hyppolite, 2012; Saloner et al., 2018). Dans les systèmes de santé, un langage dégradant et inapproprié, un manque d'empathie et une motivation moindre à répondre aux besoins des personnes sont des signes d'une stigmatisation structurelle perpétuant les inégalités sociales au désavantage des personnes UD (ASPC, 2019, p. 28; Knaak et al., 2020). Les maux de santé vécus en parallèle se voient fréquemment interprétés sous le prisme dominant de la dépendance, influençant inévitablement l'expérience des soins et la qualité des suivis (Knaak et al., 2020; ASPC, 2019). Cela a été démontré chez les personnes considérées dépendantes et souffrant de douleur (Dassieu et al., 2019). Celles-ci peuvent se tourner vers des sources alternatives d'approvisionnement, une situation discutable les mettant à risque de surdose (Dassieu et al., 2019). Sans que la stigmatisation ait été

systématiquement relevée, les extraits cités dans nos résultats reflètent un contrôle social (McNeil, 2021), où l'écart de la norme a pu mener à une rupture dans les services. De telles expériences ont des conséquences sur les engagements futurs auprès de services formels de santé et de soutien (Chan Carusone et al., 2019; Virani et Haines-Saah, 2020) et exposent les individus à de plus grands risques pour leur santé due aux inégalités socialement construites (Solar et Irwin, 2010; Whitehead et Dahlgren, 2006).

Nos résultats démontrent qu'un nombre important d'individus appellent un proche plutôt que les services d'urgences lorsqu'ils trouvent une personne en état de surdose. Malheureusement, les données ne permettent pas d'en comprendre les raisons. Cela peut refléter une méfiance envers les autorités, une crainte d'être judiciairisé ou le fait de se savoir en bris de condition, ce que la protection juridique offerte par la Loi des bons samaritains ne couvre pas (Gouvernement du Canada, 2021). Les limites de la protection juridique offerte par la Loi en lien avec les surdoses sont aussi soulignées dans la littérature. À titre d'exemple, Kolla et Strike (2019) rappellent que les témoins de surdoses contactant les services d'urgences risquent encore l'éviction de leur logement dans certaines juridictions canadiennes, et ce, malgré les changements législatifs. Il y a également un manque de soutien pour les personnes agissant à titre de pairs aidants en ce qui concerne les traumatismes et les deuils associés à leurs interventions en situation de surdose (Kolla et Strike, 2019). Or, si les contextes d'utilisation et la consommation de substances sont influencés par des facteurs structurels (Saloner et al., 2018), nous considérons que les interventions en situation de surdose et les contextes entourant celles-ci le sont tout autant (Kolla et Strike, 2019).

Relation des personnes avec les intervenants

Le nombre élevé de personnes décédées dont le problème de consommation était connu de différents services sociaux et de santé, en raison notamment de tentatives de suicide ou de surdoses antérieures, ainsi que la prévalence des conditions de santé physique et mentale adverses, sont des résultats préoccupants. Cela nous questionne sur la prise en charge par le RSSS des problèmes variés que rencontrent les personnes. L'étude de Huynh et al. (2020) démontre que les rencontres ambulatoires avec un médecin omnipraticien en 2016-2017 pour des raisons de santé mentale étaient plus fréquentes que les hospitalisations, les visites à l'urgence ou les visites en psychiatrie ambulatoire, chez les personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances. Selon les données de l'Institut national de santé publique du Québec (Lesage et Émond, 2012), en ce qui concerne les troubles mentaux, ce sont les médecins omnipraticiens en rencontres ambulatoires qui sont les plus consultés pour tout ce qui relève des troubles anxiodépressifs. La consultation de médecins psychiatres en externe et le recours aux hospitalisations auraient tendance à être plus importants pour les troubles liés à la schizophrénie. En outre, nous avons observé une représentation importante des médecins dans les parcours de soins des personnes décédées par surdose, comparativement à d'autres intervenants dont le mandat est habituellement psychosocial. Sans nier l'importance des médecins dans le continuum des soins, et tout en se rappelant que cette

prépondérance peut en partie s'expliquer par des enjeux méthodologiques de collectes de données par les coroners lors de leur investigation, cela demeure préoccupant.

À la lumière de la diversité des vécus évoqués dans les rapports et de la prévalence élevée de certaines conditions de santé résultant d'écart socialement construits, injustes et évitables, nous émettons l'hypothèse qu'une action de santé publique visant à réduire les surdoses doit miser sur une compréhension globale du phénomène et mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé. Le faible taux d'interventions psychosociales retrouvées dans les rapports est préoccupant sachant qu'une approche biomédicale de la santé intègre peu ou pas les dimensions structurelles sociales et économiques impactant les conditions de vie des personnes (Dasgupta et al., 2018).

Pour une analyse dépassant le spectre de la substance et du comportement individuel

Nous avons constaté qu'une même substance pouvait être qualifiée tantôt de «drogue d'abus», tantôt de médicament, selon l'évaluation de la situation. Cette tentative de différencier un bon usage d'un mauvais est stigmatisante (Désy et Filiatrault, 2018), puisqu'elle renvoie à l'idée de bons et de mauvais utilisateurs. Elle est aussi réductrice, sachant que les gens peuvent consommer des substances pour une diversité de motifs. Comme ces intentions diverses face à la substance peuvent être associées à une difficulté de prise en charge médicale de la douleur ou à d'autres raisons (Dassieu et Roy, 2020), l'accent sur la personne et son comportement fait obstacle à une représentation complète de l'ensemble des facteurs, sociaux, politiques, culturels et économiques en cause (McNeil, 2021). La polyintoxication peut aussi refléter l'état de déterminants sociaux de la santé modifiables, comme l'accès aux services en santé mentale ou le fait de vivre de l'itinérance (Barocas et al., 2019).

De multiples voies restent à explorer

La crise des surdoses pourrait malheureusement être une des formes d'expression de l'accroissement des inégalités sociales et de santé, productrices de souffrance et de vulnérabilité à laquelle carburent les drogues de toutes sortes et leurs fournisseurs (Commission globale de politique en matière de drogues [CGPMD], 2017; Dasgupta et al., 2018; Origer, 2016). La mise en place d'un système de surveillance des surdoses à partir de divers indicateurs serait pertinente. Les rapports de coroner pourraient inclure des données sur les stratificateurs sociaux pour comprendre et clarifier l'impact des déterminants sociaux de la santé. Notre travail appuie l'hypothèse que les surdoses n'affectent pas que des personnes marginalisées, elles touchent aussi des travailleurs, des chômeurs et des retraités, souffrant parfois de maux physiques ou d'enjeux psychologiques. Une étude approfondie à partir de l'approche des parcours de vie et des effets cumulatifs des inégalités sociales en interaction avec l'usage de substances menant à une surdose serait pertinente (Quesnel-Vallée, 2008).

Comme nos résultats démontrent que les surdoses surviennent tant dans les grands centres que dans les régions, il faut défaire le stéréotype voulant qu'elles touchent seulement les personnes «toxicomanes» des centres-villes. Cela permettrait de développer des stratégies d'interventions adaptées à la réalité, dont celle des régions encore méconnue et peu documentée. En s'inspirant du modèle écologique de Saloner et al. (2018), il serait possible de tenir compte du contexte social, économique et politique propre aux régions et de son influence sur les disparités sociales et de santé en présence, du type de services et de ressources disponibles, des contextes d'utilisations (comme la présence ou non de services de réduction des méfaits), des comportements de consommation et de la survenue de surdoses sur leur territoire.

La surreprésentation des femmes dans la quasi-totalité des conditions de santé adverses, physiques et mentales, et leur âge plus avancé au moment du décès sont aussi des données préoccupantes. On peut penser que les femmes, bien qu'elles décèdent moins de surdose, sont inégalement touchées par des conditions de santé physique et mentale adverses, les rendant plus susceptibles de vivre des moments difficiles, les menant à une tentative de suicide ou à une surdose. Une approche axée sur les parcours de vie permettrait de mieux comprendre et d'expliquer ces différences notables. Une analyse différenciée dans une visée d'égalité entre les sexes devrait dépasser l'indicateur quantitatif du nombre de surdoses.

Limites et forces de la recherche

Notre recherche comporte plusieurs limites. Les rapports de coroners ne sont pas uniformes et ne contiennent que la synthèse de l'investigation. Des enjeux liés à la collecte des données des coroners peuvent aussi biaiser nos résultats. Par exemple, lors de leur investigation, les données obtenues auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec peuvent systématiquement leur donner accès à certaines informations et non à d'autres, bien que pertinentes. Les données qu'ils présentent sont donc à interpréter avec prudence et toute tentative de généralisation de nos résultats devrait tenir compte de ces limites. De plus, les rapports analysés datant de 2017, la démarche devrait se poursuivre afin de capter les tendances sur le moyen et le long terme. Enfin, une lacune majeure est l'absence du point de vue des personnes UD elles-mêmes. Nous n'avons donc pas pu offrir une représentation complète, comme le fait qu'elles développent plusieurs stratégies contre la stigmatisation dans les soins de santé (Biancarelli et al., 2019) ou qu'elles participent socialement et influencent positivement leur communauté (Boucher et al., 2017). Les résultats ressortant de notre analyse sont préoccupants et rejoignent la littérature sur le sujet, justifiant d'aborder la crise à partir des déterminants sociaux de la santé. Enfin, une force de la recherche est la collaboration développée entre les chercheurs et le comité consultatif.

Conclusion

Les rapports des coroners sont une source importante d'information encore méconnue. À partir des résultats présentés, plusieurs pistes d'actions ressortent. Quant à la prévention, les acteurs du milieu œuvrant auprès des personnes à risque de surdose et déployant des efforts importants méritent d'être entendus. Ce travail de première ligne permet de sauver des vies au quotidien et doit se poursuivre et se consolider. Sans négliger les enjeux autour des substances, il importe d'analyser les divers facteurs contribuant aux surdoses dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé. Les surdoses ne frappent pas que les personnes « toxicomanes » ou en situation d'itinérance comme le veulent encore certains préjugés. Une construction sociale des morts attribuées à la drogue tend à masquer les enjeux socioéconomiques sous-jacents.

L'implication d'acteurs de la société au sens large dans la lutte aux surdoses n'a jamais semblé aussi nécessaire qu'avec l'augmentation des surdoses durant la COVID-19 (ASPC, 2022). L'accroissement des inégalités dû à la pandémie oblige à une réflexion approfondie sur plusieurs aspects de notre société. Nous devrions saisir cette occasion pour mettre sur pied une stratégie permettant de s'attaquer à cette crise dans une perspective de santé et de mieux-être global.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2022, juin). *Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*.
<https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Agence de la santé publique du Canada. (2019, décembre). *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Lutte contre la stigmatisation vers un système de santé plus inclusif*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- Barocas, J. A., Wang, J., Marshall, B., LaRochelle, M. R., Bettano, A., Bernson, D., Beckwith, C. G., Linas, B. P. et Walley, A. Y. (2019). Sociodemographic factors and social determinants associated with toxicology confirmed polysubstance opioid-related deaths. *Drug and alcohol dependence*, 200, 59-63.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.014>
- Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., Mimiaga, M. J., Saitz, R. et Bazzi, A. R. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and alcohol dependence*, 198, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>
- Boucher, L.M., Marshall, Z., Martin, A., Larose-Hébert, K., Flynn, J.V., Lalonde, C., Pineau, D., Bigelow, J., Rose, T., Chase, R., Tyndall, M. et Kendall, C. (2017). Expanding conceptualizations of harm reduction: results from a qualitative community-based participatory research study with people who inject drugs. *Harm Reduction Journal*, 14(18). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0145-2>
- Chan Carusone, S., Guta, A., Robinson, S., H. Tan, D., Cooper, C., O'Leary, B., de Prinse, K., Cobb, G., Upshur, R. et Strike, C. (2019). « Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care? » – hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 16(16). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Charbonneau, P. et Provencher, C. (2019, 30 septembre). *La population du Canada, 1^{er} juillet 2019 (publication n° 11-627-M)*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2019061-fra.pdf?st=zLCrXo5I>
- Cloutier, R., Nadeau, D., Bordeleau, S. et Verreault, M. (2008). Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse. Dans K. Frolich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10016>
- Commission globale de politique en matière de drogues. (2017). *La crise des opioïdes en Amérique du Nord : prise de position*. http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/10/GCDP-OpioidPaper2017_FR-web.pdf
- Cruts, A. A. N. (2000). The social construction of drug-related death. *International Journal of Drug Policy*, 11(6), 381-385. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(00\)00063-3](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(00)00063-3)
- Dasgupta, N., Beletsky, L. et Ciccarone, D. (2018). Opioid Crisis : No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American Journal of Public Health*, 108(2), 182-186.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304187>

- Dassieu, L., Kaboré, J.-L., Choinière, M., Arruda, N. et Roy, É. (2019). Chronic pain management among people who use drugs: A health policy challenge in the context of the opioid crisis. *International Journal of Drug Policy*, 71, 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.023>
- Dassieu, L. et Roy, É. (2020). La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux socio-anthropologiques. *Drogues, santé et société*, 18 (1), 69-99. <https://doi.org/10.7202/1068818ar>
- Désy, M. et Filiatrault, F. (2018). *Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique OUTIL D'AIDE À LA RÉFLEXION – Mise à jour 2018*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (s.d.). *Problèmes de santé*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/problemes-de-sante>
- Gouvernement du Canada. (2021, 12 juillet). *À propos de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html>
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M.-J., Kisely, S. et Lesage, A. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_pschoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf
- Hyppolite, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Direction régionale de santé publique. https://www.ciussc-capitalexationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/rapportiss_versionintegrale.pdf
- Knaak, S., Livingston, J., Stuart, H. et Ungar, T. (2020). *Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé*. Commission de la santé mentale du Canada. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2020/07/structural_stigma_framework_for_action_fr.pdf
- Kolla, G. et Strike, C. (2019). « It's too much, I'm getting really tired of it » : Overdose response and structural vulnerabilities among harm reduction workers in community settings. *International Journal of Drug Policy*, 74, 127135. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.09.012>
- Lecours, C., Labrie, M.-P. et Ouellet, N. (2015). Inégalités sociales de santé au Québec : prévalence de l'incapacité et des maladies chroniques selon l'âge et le niveau de défavorisation en 2010-2011. *Canadian Public Policy, Analyse de politiques*, 41(2), pp. S34-S43. <http://www.jstor.org/stable/43697465>
- Lesage, A et Émond, V. (2012, décembre). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1578_survtroublesmentauxqc_prevalmortaprofilutiliservices.pdf

- Martins, S. S., Sampson, L., Cerdá, M. et Galea, S. (2015). Worldwide Prevalence and Trends in Unintentional Drug Overdose: A Systematic Review of the Literature. *American journal of public health*, 105(11), e29–e49. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302843>
- McNeil, S.R. (2021). Understanding Substance Use Stigma. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1), 83-96. [doi: 10.1080/1533256x.2021.1890904](https://doi.org/10.1080/1533256x.2021.1890904)
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I.A., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S.J. et Bird, S.M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105, 1545-1554. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives : parce que chaque vie compte*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003429/?&date=DESC>
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49. <https://doi.org/10.7202/1020820ar>
- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
- Origer, A. (2016). *Surdoses et inégalités sociales : Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir*. Academia l'Harmattan.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Parent, A. et Bourque, D. (2016). La contribution des travailleurs sociaux à la réduction des inégalités sociales de santé. *Intervention*, 143, 5-14. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/02/intervention_143_la_contribution_des_ts.pdf
- Quesnel-Vallée, A. (2008). L'approche des parcours de vie. Dans K. Frolich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10010>
- Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. et Raphael, A. (2020). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Tech University Faculty of Health Sciences and Toronto: York University School of Health Policy and Management. https://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts-2nd_ed.pdf
- Saloner, B., McGinty, E. E., Beletsky, L., Bluthenthal, R., Beyrer, C., Botticelli, M. et Sherman, S. G. (2018). A Public Health Strategy for the Opioid Crisis. *Public Health Reports*, 133(1_suppl), 24S-34S. <https://doi.org/10.1177/0033354918793627>
- Solar, O. et Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Statistique Canada. (2019, 3 décembre). *Les Canadiens ayant une incapacité liée à la douleur* (publication no 11-627-M). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2019078-fra.pdf?st=VITN4tUR>

Strike, C. et Watson, T. M. (2019). Losing the uphill battle? Emergent harm reduction interventions and barriers during the opioid overdose crisis in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 71, 178182. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.005>

Tam, T.(2018). Constituer un ensemble de données probantes au service d'une action soutenue en santé publique en réponse à la crise des opioïdes au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 38(6), 251-253. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.01f>

Thombs, R. P, Thombs, D. L., Jorgenson, A. K. et Harris Braswell, T. (2020). What Is Driving the Drug Overdose Epidemic in the United States? *Journal of Health and Social Behavior*, 61(3), 275289. <https://doi.org/10.1177/0022146520939514>

Virani, H. N. et Haines-Saah, R. J. (2020). Drug decriminalization: A matter of justice and equity, not just health. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(1), 161–164. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.08.012>

Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf