



Caractéristiques des victimes de surdose accidentelle et utilisation des services en Montérégie

Marianne Bouvrette, M.D., M. Sc., maîtrise recherche en sciences de la santé, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke et médecin résidente en santé publique et médecine préventive, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Julie Loslier, M.D., M. Sc., FRCPC, professeure titulaire, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke ; conseillère médicale stratégique principale, Ministère de la Santé et des Services sociaux ; médecin-conseil, Direction de santé publique de la Montérégie et chercheuse associée, Centre de recherche Charles-Le Moyne

David-Martin Milot, M.D., C.M., M. Sc., FRCPC, professeur agrégé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke ; directeur de santé publique, CISSS de la Montérégie-Centre ; chercheur, Centre de recherche Charles-Le Moyne et Institut universitaire sur les dépendances

Correspondance

David-Martin Milot
Université de Sherbrooke (Campus de Longueuil)
150 Place Charles-Le Moyne
Longueuil (Québec) J4K 0A8
Téléphone : 450 928-6777, poste 13030
Courriel : David-Martin.Milot@USherbrooke.ca

Remerciements

L'équipe de recherche tient à remercier pour leur soutien dans le développement méthodologique et l'analyse des résultats de cet article : Djamal Berbiche, statisticien senior du département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke ; Marie-Eve Simoneau et Jean Philippe Gilbert, agente et agent de planification, programmation et recherche de l'Équipe Planification, Évaluation et Surveillance à la Direction de santé publique de la Montérégie ; ainsi que Isabelle Tardif, responsable de la coordination professionnelle, et Audrey Morin, agente de planification, programmation et recherche, de l'Équipe Prévention des surdoses et réduction des méfaits et Santé environnementale.

Résumé

La crise des surdoses représente un important enjeu de santé publique. Au Québec, 2375 décès ont été reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou à d'autres drogues entre 2018 et 2022. La Montérégie est la deuxième région la plus touchée en termes de nombre. En connaissant mieux les caractéristiques des victimes et leur utilisation des services, des pistes d'actions peuvent être proposées afin d'améliorer les interventions en prévention des décès par surdose. Un devis descriptif a été utilisé avec une analyse rétrospective des rapports de coroners ayant porté sur les décès par surdose accidentelle, survenus entre 2018 et 2022, chez les adultes ayant une adresse associée à une résidence principale en Montérégie (n=222). Les taux de décès par surdose accidentelle pour cette période sont plus élevés dans certaines municipalités ou communautés. Des témoins de l'intoxication sont souvent présents (n=99; 45 %). Des problèmes de consommation (n=183; 82 %), de santé physique (n=120; 54 %) et de santé mentale (n=103; 46 %) sont souvent rapportés. Les 218 analyses toxicologiques montrent notamment la présence d'opioïdes (n=115; 53 %), de benzodiazépines (n=86; 39 %), d'antidépresseurs (n=85; 39 %), d'antipsychotiques (n=57; 26 %) et d'alcool (n=52; 24 %). La moitié des personnes ont eu un contact avec le réseau de la santé et des services sociaux (n=112; 50 %), dont plusieurs dans l'année (n=93; 42 %), le mois (n=47; 21 %) ou la semaine (n=31; 14 %) précédant le décès. La mortalité par surdose est un phénomène complexe, multifactoriel et évitable. Plusieurs aspects liés au phénomène permettent d'identifier des pistes d'intervention pouvant contribuer à éviter les surdoses mortelles. Par exemple, les témoins devraient reconnaître les signes et symptômes de surdose et intervenir rapidement en suivant les bonnes pratiques. Les interventions devraient cibler non seulement l'usage d'opioïdes, mais aussi celle de médicaments prescrits et d'alcool. L'utilisation importante des services avant les décès suggère des opportunités d'intervention en lien avec les différentes comorbidités présentes.

Mots-clés : décès, surdoses, substances psychoactives, utilisation des services, Montérégie, Québec

Characteristics and use of services from victims of accidental overdose in Montérégie

Abstract

The overdose crisis represents a major public health issue. In Quebec, 2375 deaths were linked to suspected opioid or other drug poisoning between 2018 and 2022, with Montérégie being the second most affected region. By better understanding the characteristics of victims and their use of services, recommendations can be proposed to improve interventions to prevent overdose deaths. A descriptive design was used with a retrospective analysis of coroner's reports on accidental overdose deaths occurring between 2018 and 2022 among adults with an address associated with a primary residence in Montérégie (n=222). Accidental overdose death rates for this period are higher in certain municipalities or communities. Witnesses to the poisoning are often present (n=99; 45%). Problems with substance use (n=183; 82%), physical health (n=120; 54%) and mental health (n=103; 46%) are often reported. The 218 toxicological analyses show the presence of opioids (n=115; 53%), benzodiazepines (n=86; 39%), antidepressants (n=85; 39%), antipsychotics (n=57; 26%) and alcohol (n=52; 24%). Half of the people had contact with the health and social services network (n=112; 50%), including several in the year (n=93; 42%), the month (n=47; 21%) or the week (n=31; 14%) preceding the death. Mortality by overdose is a complex, multifactorial and avoidable phenomenon. Several aspects related to the phenomenon make it possible to identify avenues of intervention that can help prevent fatal overdoses. For example, witnesses should recognize the signs and symptoms of an overdose and intervene quickly following best practices. Interventions should target not only opioid use, but also prescription drugs and alcohol. The significant use of services before death suggests opportunities for intervention related to the different comorbidities present.

Keywords: death, overdoses, psychoactive substances, use of services, Montérégie, Quebec

Características y utilización de los servicios por las víctimas de sobredosis accidental en Montérégie

Resumen

La crisis de las sobredosis representa un importante problema de salud pública. En Quebec, se registraron 2375 muertes relacionadas con presunta intoxicación por opioides u otras drogas entre 2018 y 2022, siendo Montérégie la segunda región más afectada. Al comprender mejor las características de las víctimas y su uso de los servicios de salud, se pueden hacer recomendaciones para mejorar las intervenciones destinadas a prevenir las muertes por sobredosis. Se utilizó un diseño descriptivo con un análisis retrospectivo de los informes forenses relacionados con muertes por sobredosis accidental, ocurridas entre 2018 y 2022, entre adultos con una dirección de residencia principal en Montérégie (n=222). Las tasas de mortalidad por sobredosis accidentales durante este período son más elevadas en ciertos municipios o comunidades. A menudo hay testigos presentes durante la intoxicación (n=99; 45%). También se reportan con frecuencia problemas de consumo (n=183; 82%), de salud física (n=120; 54%) y de salud mental (n=103; 46%). Los 218 análisis toxicológicos revelan la presencia de opioides (n=115; 53%), benzodiazepinas (n=86; 39%), antidepresivos (n=85; 39%), antipsicóticos (n=57; 26%) y alcohol (n=52; 24%). La mitad de las personas tuvo contacto con el sistema de salud y servicios sociales (n=112; 50%), incluyendo varias durante el año (n=93; 42%), el mes (n=47; 21%) o la semana (n=31; 14%) previo a la muerte. La mortalidad por sobredosis es un fenómeno complejo, multifactorial y prevenible. Varios aspectos relacionados con este fenómeno permiten identificar estrategias de intervención para evitar sobredosis mortales. Por ejemplo, los testigos deben reconocer los signos y síntomas de una sobredosis e intervenir rápidamente utilizando buenas prácticas. Las intervenciones deben centrarse no sólo en el consumo de opioides, sino también en el consumo de medicamentos recetados y de alcohol. El uso significativo de servicios antes de los fallecimientos sugiere oportunidades de intervención en relación con las diversas comorbilidades presentes.

Palabras clave: muerte, sobredosis, sustancias psicoactivas, uso de servicios, Montérégie, Quebec

Introduction

Le Canada et le Québec sont aux prises avec un important enjeu de santé publique : la crise des surdoses (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022). Au Canada, plus de 50 000 décès liés aux opioïdes ont eu lieu depuis 2016 (Gouvernement du Canada, 2025). Durant la période de janvier à septembre 2022, près de 20 décès liés aux opioïdes ont été déclarés quotidiennement, dont la quasi-totalité (96 %) était accidentelle (Gouvernement du Canada, 2023c). Selon ces données, les personnes âgées de 20 à 59 ans (88 %) et les hommes (75 %) sont davantage touchés par ce phénomène. Aussi, la polyconsommation de substances, incluant des drogues légales ou illégales, de même que des médicaments de prescription, est fréquemment impliquée, dont des stimulants dans 53 % des cas (Gouvernement du Canada, 2023b). Par ailleurs, une toxicité de plus en plus importante des substances illégales en circulation est observée, dont le fentanyl et ses analogues tels le carfentanil et, plus récemment, les nitazènes (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022 ; Direction de santé publique de la Montérégie, 2021 ; Lamer, 2022 ; Tam et Léger, 2022).

Les personnes souffrant de troubles liés aux substances psychoactives (TLS) présentent des taux de mortalité prématurée plus élevés que le reste de la population, notamment en raison du risque de surdoses (Huỳnh et al., 2022). Au Québec, de 2001 à 2016, la prévalence cumulée de diagnostics de TLS était de 66 pour 1000 personnes, ce qui inclut au moins un diagnostic de trouble d'usage lié à l'alcool, à d'autres drogues ou aux deux (Huỳnh et al., 2019). Le taux de mortalité est encore plus important si des troubles de santé mentale ou physique sont associés ou concomitants au TLS, les décès pouvant se produire rapidement après un épisode de consommation, comme les surdoses ou les blessures accidentelles, ou bien après des années de consommation ayant contribué au développement de maladies chroniques (Huỳnh et al., 2022). Au total, ce sont 2375 décès qui ont été reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou à d'autres drogues entre janvier 2018 et décembre 2022 au Québec. Ceux-ci touchaient davantage les hommes (77 %) (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2025b).

En réponse à cette crise des surdoses, la directrice de santé publique de la Montérégie a activé, en 2018, un statut d'enquête épidémiologique régionale pour les surdoses présumées aux opioïdes, et ce, en vertu des articles 95 et 96 de la *Loi sur la santé publique* (Direction de santé publique de la Montérégie, 2018). Ce statut d'enquête est encore en vigueur à l'heure actuelle en Montérégie et permet de brosser un portrait plus précis de la situation des surdoses en donnant accès à certaines données documentant ces événements. Malgré ces efforts d'enquête, le Bureau du coronar a rapporté 218 décès causés par une intoxication suspectée aux opioïdes ou aux autres drogues pour la période de 2018 à 2021 (Lamer, 2022). La Montérégie est ainsi la deuxième région québécoise comptant annuellement le plus grand nombre de décès par surdose, après Montréal, représentant notamment 51 des 340 (15 %) décès survenus au Québec en 2017 avec 76 % d'hommes en Montérégie comparativement à 71 % d'hommes pour l'ensemble du Québec (Parent et al., 2020). Il s'agit d'une région de 147 municipalités, avec des zones urbaines, semi-urbaines et rurales, réparties en trois centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) pour une population

d'un peu plus de 1,5 million d'habitants. Le revenu disponible par habitant en Montérégie est le plus élevé de toutes les régions administratives du Québec (Institut de la statistique du Québec, s. d.). Les contextes de consommation sont aussi différents de Montréal. Les appartements et les maisons sont des lieux de prédilection pour la consommation de substances psychoactives (SPA) et les usagers consomment davantage seuls, ce qui peut contribuer au délai entre la surdose et l'appel aux services d'urgence (Milot, 2014). Par ailleurs, selon les données disponibles, dont les taux de surdoses mortelles et d'autres méfaits reliés à la consommation de substances, la pandémie de COVID19 a exacerbé la crise des surdoses, et ce, partout au Canada, dont en Montérégie (Gouvernement du Canada, 2023b).

Les soins et les services aux personnes consommatrices de SPA sont souvent sous-optimaux, ce qui offre des opportunités d'amélioration pour prévenir les surdoses (Parent et al., 2020 ; Vallersnes et al., 2016). Une meilleure compréhension (1) des caractéristiques des victimes, des substances associées, des contextes de décès et (2) de l'utilisation du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) par les victimes de surdose accidentelle en Montérégie apparaît alors utile afin d'identifier des pistes d'actions pour améliorer les interventions en prévention des décès, le tout dans une perspective de réduction des méfaits. Pour ce faire, les rapports de coroners représentent un outil privilégié puisqu'ils donnent accès à des informations clés en lien avec les décès par surdose. Or, l'analyse de ceux-ci n'a jamais été réalisée en Montérégie.

À noter que des définitions de concepts clés pouvant aider à la compréhension de l'article se trouvent à l'annexe 1.

Méthodologie

Devis de recherche

Un devis descriptif rétrospectif transversal a été utilisé pour analyser les caractéristiques des décès par surdose accidentelle en Montérégie à partir des résumés des rapports de coroners.

Population à l'étude et échantillon

Les décès par surdose survenus de février 2018 à février 2023 chez des adultes ayant une adresse associée à une résidence principale en Montérégie ont été inclus dans l'étude. La date choisie pour le début de la période d'inclusion correspond à l'initiation de l'enquête épidémiologique en Montérégie. Aussi, la formulation quant au lieu de résidence a été choisie afin d'être la plus inclusive possible des personnes en situation d'itinérance, en incluant les gens qui peuvent résider de manière semi-permanente ou temporaire dans la région en raison d'une itinérance visible ou cachée, plus précisément en résidant dans un lieu public, un lieu d'hébergement désigné ou un domicile d'un proche dont l'adresse est en Montérégie (annexe 1). Les décès par surdose d'intention volontaire ou indéterminée ont finalement été exclus, en raison de la faisabilité ainsi que des différences importantes dans le phénomène et des interventions requises en prévention des décès.

Ainsi, seuls les décès par surdose accidentelle ont été inclus, soit les événements pour lesquels le coroner a déterminé que l'intoxication mortelle n'était pas délibérée (INSPQ, 2025a). Voir l'annexe 1 pour une définition plus détaillée des rapports de coroners et des éléments qui s'y trouvent.

Source de données

Au Québec, le Bureau du coroner est un organisme indépendant relevant du ministre de la Sécurité publique. Il a pour mission d'enquêter sur les décès violents, obscurs ou survenus à la suite de négligence (Bureau du coroner, s. d.-b). Comme il s'agit de documents publics, les rapports produits par les coroners peuvent être rendus disponibles à tous ceux qui en font la demande. Les annexes des rapports de coroners comprennent différents types de document : 1) dossier médical, 2) rapport de toxicologie, 3) rapport d'autopsie et 4) rapports de police. Seuls les résumés de rapports de coroners ont toutefois été consultés dans le cadre de cette étude pour des raisons de faisabilité. Cela semblait adéquat comme ce choix méthodologique a déjà été réalisé par autrui (Agence de la santé publique du Canada, 2022 ; Parent et al., 2020).

Un résumé de rapport de coroner tient généralement sur deux ou trois pages et contient différentes sections : page de présentation ; tableau de données importantes ; identification de la personne décédée ; circonstances du décès ; examen externe, autopsie et analyses toxicologiques ; analyse ; conclusion et signature. Les coroners concluent sur la cause probable et l'intention du décès avec un niveau de précision variable.

Une demande a été faite au Bureau du coroner, le 28 avril 2023, afin de recevoir tous les rapports correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Les codes à inclure en fonction de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ont été validés avec un conseiller-expert du Bureau du coroner (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Ces codes sont présentés à l'annexe 2.

Variables de l'étude

La revue de littérature a permis d'identifier deux cadres conceptuels pertinents pour soutenir l'identification de variables d'intérêt pour le projet. Ces cadres définissent les facteurs de risque de surdoses liées aux opioïdes chez les personnes consommatrices de SPA ayant été incarcérées. Toutefois, plusieurs éléments peuvent s'appliquer à d'autres populations ou substances et permettent d'avoir une meilleure compréhension du phénomène des surdoses. Le cadre de Joudrey et al. (2019) présente un schéma en quatre boîtes consécutives qui permet d'identifier 1) les facteurs sous-jacents, 2) les déterminants intermédiaires, 3) les déterminants proximaux et 4) les effets biologiques liés aux surdoses après la libération d'un établissement de détention. Celui de Grella et al. (2021), quant à lui, explicite une carte conceptuelle des facteurs influençant la prévention des surdoses d'opioïdes chez les populations ayant eu des démêlés avec la justice. Les éléments détaillés dans ces deux schémas sont intéressants et complémentaires afin d'avoir une compréhension globale du phénomène des surdoses. En effet, celui de Joudrey et al. (2019) permet de comprendre des facteurs liés davantage à la trajectoire de l'individu victime de surdose, tandis que celui de Grella et al. (2021) explore principalement les facteurs liés aux services qui

pourraient empêcher ce phénomène de se produire. Ainsi, certains éléments liés à l'utilisation des services de santé se retrouvent dans les deux cadres conceptuels. Afin de rendre ces cadres utiles au présent projet, il est apparu nécessaire d'adapter les éléments qu'ils présentent à un contexte hors carcéral, soit en considérant certains des éléments pour l'intervention tout en n'étant pas en milieu carcéral. À noter que les antécédents carcéraux restent pertinents, même si les victimes n'étaient pas actuellement en milieu de détention. Les éléments des deux cadres ont donc été utilisés, en favorisant la prise en considération de multiples facteurs, pour caractériser les surdoses en Montérégie, et ce, en portant une attention particulière à l'utilisation des services de santé.

D'autres études de la littérature, particulièrement celle de Parent et al. (2020) ayant été réalisée au Québec ainsi que celles de Jones et al. (2002), Olfson et al. (2018), Rose et al. (2019) et Fuller et al. (2022) ayant été réalisées au Royaume-Uni ou aux États-Unis, ont été une source d'inspiration pour compléter le choix des variables à inclure en fonction du devis de l'étude et des sources de données.

Comme présentées à l'annexe 3, les variables de l'étude validées par l'équipe de recherche sont séparées en différentes sections portant sur les caractéristiques, les antécédents médicaux, les circonstances entourant le décès, la prise en charge lors de la surdose et l'utilisation des services précédant le décès.

Instrument de mesure et collecte des données

Pour mesurer les différentes variables d'intérêt, une grille d'extraction des données a été développée à partir de la littérature et des connaissances de l'équipe de recherche sur le sujet, laquelle permettait principalement une collecte quantitative des données en plus de l'insertion de données qualitatives au besoin à des fins de précision. Pour ce faire, quelques variables sous forme de texte et des boîtes de texte « autres infos » ont été ajoutées à la fin de chacune des sections, permettant de collecter des informations supplémentaires provenant des rapports de coroners. La grille a été validée par l'équipe de recherche ainsi que par une experte de contenu de la Direction de santé publique. La grille a ensuite été testée sur quelques rapports de coroners par la chercheuse, puis retestée méthodiquement sur 35 des 346 rapports par l'ensemble de l'équipe de recherche.

Analyse des données

Des analyses descriptives quantitatives ont été réalisées en fonction des catégories établies dans la grille de collecte. Celles-ci permettent de décrire visuellement les caractéristiques des personnes et le contexte dans lequel elles sont décédées par surdose en Montérégie, notamment pour les données sociodémographiques. La chercheuse principale était responsable de la saisie des données ainsi que de la validation de celles-ci. En cas de doute quant à la classification, l'avis des autres membres de l'équipe de recherche a été sollicité afin d'avoir un consensus. Les données ont été saisies dans un tableau Excel développé dans le cadre de l'étude, puis les analyses statistiques ont été réalisées avec Microsoft Word, Microsoft Excel et JMP Pro, SAS et MedCalc.

À noter que plusieurs variables pouvaient être considérées comme qualitatives ou catégorielles. Elles ont toutefois été principalement analysées de manière quantitative, en regardant, par exemple, la proportion de présence « oui ou non » de l'information. Les informations non prévues initialement (ex. : spécification des symptômes d'intoxication ou de surdose observés par les proches) ont pu être collectées afin de faire l'objet d'une analyse selon les thématiques avec codification manuelle par thèmes émergents, en s'inspirant de Braun et Clarke (2006) pour la génération des codes. Certaines données qualitatives ont ainsi pu être recodées afin d'être regroupées et analysées à nouveau de manière quantitative. Le processus a donc été inductif et itératif. La manière dont les variables étaient formulées a aussi été colligée (ex. : nom exact de toutes les comorbidités existantes). Le processus de collecte, les choix méthodologiques, les impressions et les particularités observées ont été décrits, ceux-ci permettant de peaufiner l'analyse des données.

Considérations éthiques

L'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSSMC) a été obtenue en juin 2023.

Résultats

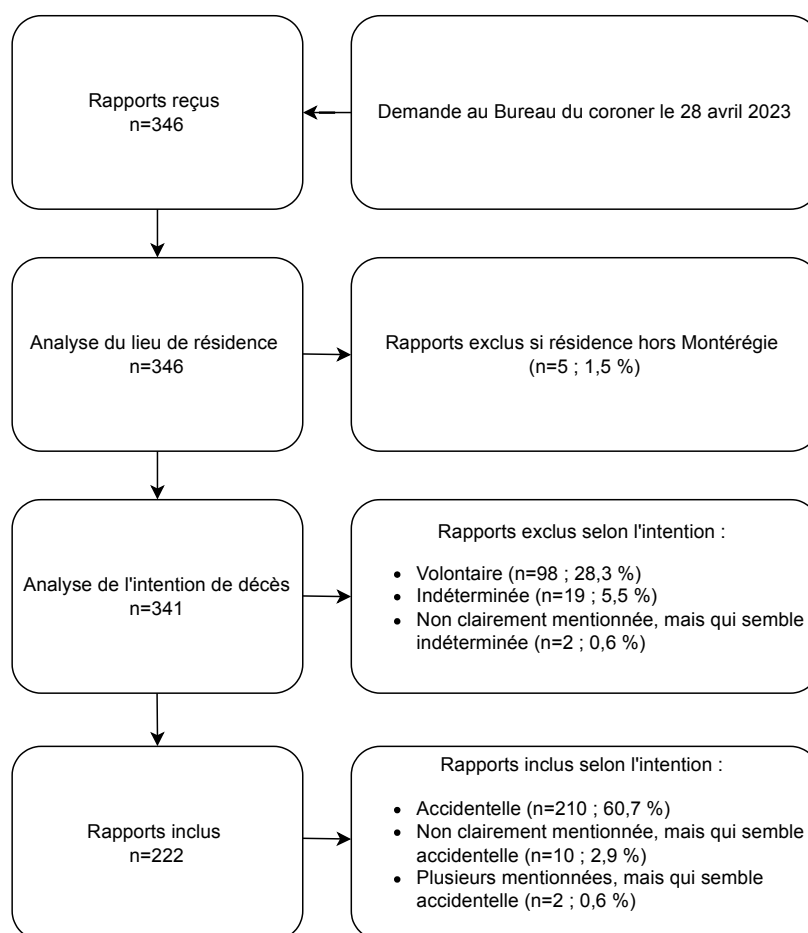
Dans la présentation des constats, il importe de considérer que certaines des données pourraient être sous-estimées si l'information n'était pas incluse dans les rapports de coroners. Aussi, les sous-analyses de variables ou présentations de petits nombres ($n < 10$) pourraient ne pas être accompagnées de pourcentages. Dans les prochaines sections, les résultats sont présentés en fonction des objectifs de l'étude afin de faciliter la compréhension.

Objectif 1 : Caractéristiques, substances et contextes

Nombre de rapports retenus et intentions de décès

Des 346 rapports reçus, 222 (64,2 %) ont été inclus dans l'étude et 124 (35,8 %) ont été exclus (Figure 1). Les décès étaient principalement engendrés par la toxicité même des SPA ou bien par leurs conséquences organiques directes.

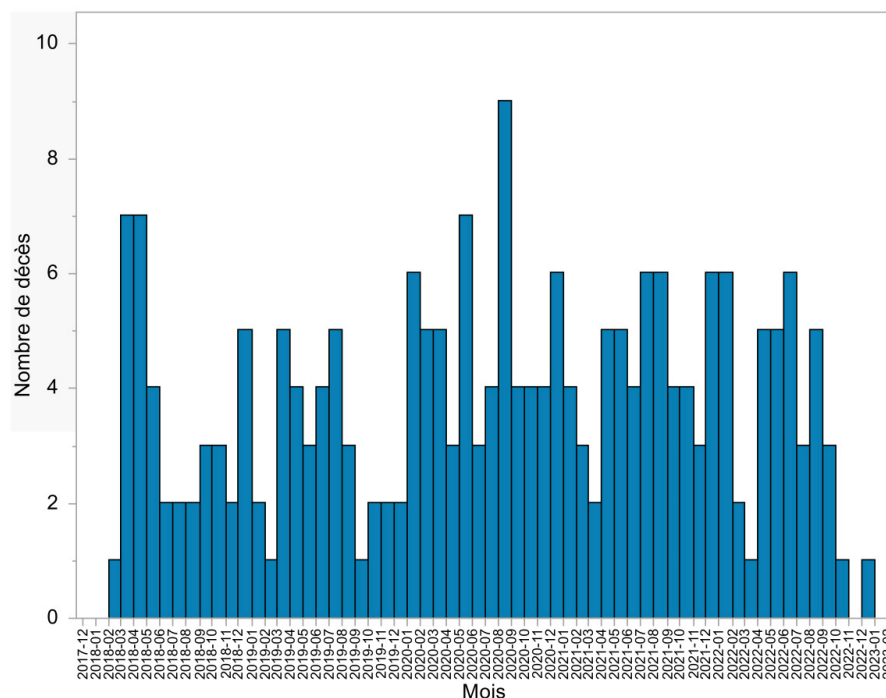
FIGURE 1 – Processus de sélection des rapports de coroners



Moment du décès

Les décès inclus dans l'étude (n=222) se sont produits entre février 2018 et décembre 2022 (Figure 2). Il y a eu entre un et neuf décès par mois, à l'exception de novembre 2022, où il n'y a pas eu de décès rapporté, possiblement en raison d'un manque de données vu les longs délais dans la publication des rapports de coroners. Ainsi, le phénomène est continu et aucune tendance claire, selon les mois ou les saisons, n'apparaît. À noter que plusieurs décès se sont produits durant la pandémie de COVID-19 qui a touché le Québec dès février 2020.

FIGURE 2 – Répartition des décès par surdose accidentelle en Montérégie dans le temps à partir des dates de décès confirmées et estimées (n=222)



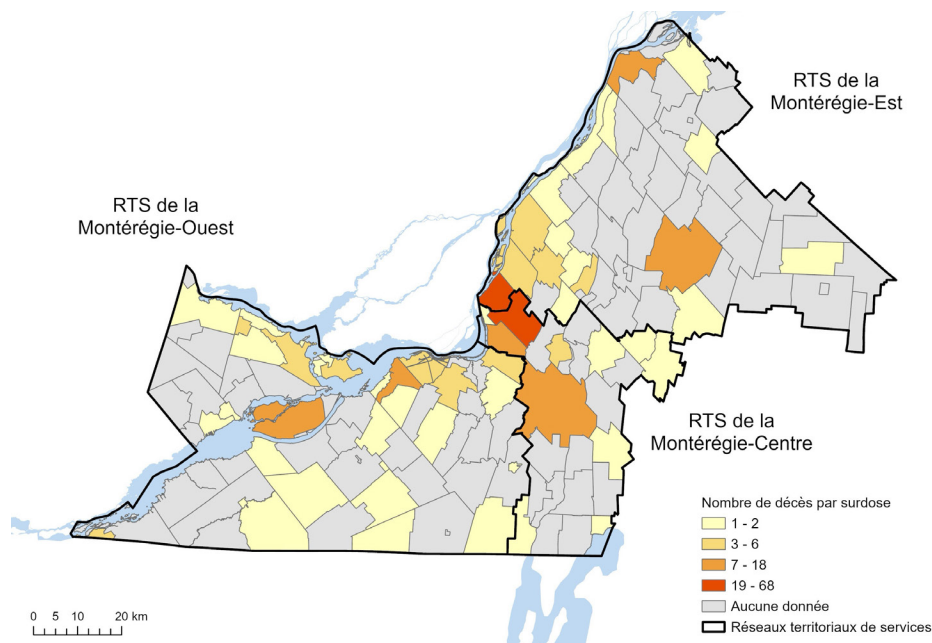
Les décès sont survenus à des dates confirmées pour plus de la moitié des rapports (n=144; 64,9%). Pour le reste de rapports (n=78; 35,1 %), les décès étaient confirmés, mais les dates de décès étaient estimées (ex. : personne vue vivante pour la dernière fois il y a de nombreux jours), et ce, selon indication claire du coroner dans le rapport ou après interprétation des indices mentionnés par le coroner.

Lieu de résidence

Les victimes de surdose avaient une adresse associée à une résidence principale dans 56 municipalités différentes de la Montérégie, dont 68 (30,6 %) à Longueuil, 18 (8,1 %) à Salaberry-de-Valleyfield et 11 (5,0 %) à Sorel-Tracy.

Le nombre de décès, en fonction de la municipalité ou de la communauté de résidence, est représenté par l'intensité de la couleur (classification de Jenks) (Figure 3). Un nombre élevé de décès ne signifie pas nécessairement que le taux de mortalité est élevé, comme il est important de considérer la taille de la population dans le calcul du taux.

FIGURE 3 – Répartition des décès par surdose accidentelle en Montérégie, 2018-2022



Les taux de mortalité par surdose accidentelle, pour la population moyenne sur 5 ans par 1000 habitants, sont significativement plus élevés à Longueuil, Sorel-Tracy, Salaberry-de-Valleyfield et dans deux communautés autochtones, plus précisément Kahnawake et Akwesasne (distribution de Poisson; $p < 0,05$) (Tableau 1).

TABEAU 1 – Taux de mortalité par surdose accidentelle pour la population moyenne (de 20 ans et plus) sur 5 ans par 1 000 habitants

Municipalité (ou communauté) de référence*	Nb décès/ population moyenne sur 5 ans par 1 000 habitants (IC95%)	Différence de taux entre la municipalité et le reste de la Montérégie par 1000 habitants (IC95%)	Valeur p
Montérégie	0,20 (0,17–0,23)	N/A	N/A
Longueuil	0,34 (0,26–0,43)	0,17 (0,11–0,24)	<0,0001
Sorel-Tracy	0,37 (0,19–0,66)	0,18 (0,02–0,34)	0,0315
Salaberry-de-Valleyfield	0,51 (0,30–0,80)	0,32 (0,17–0,47)	<0,0001
Communautés autochtones	0,76 (0,31–1,57)	0,57 (0,28–0,86)	0,0001
Kahnawake	0,54 (0,15–1,38)	0,34 (0,02–0,66)	0,0368
Akwesasne	1,73 (0,36–5,06)	1,54 (0,87–2,20)	<0,0001

* Les taux de mortalité n'étant pas présentés pour les villes de moins de 1 000 habitants et celles avec moins de 3 décès

Lieu du décès

La très grande majorité des personnes (n=201 ; 90,5 %) sont décédées dans un domicile privé, la plupart du temps dans leur propre domicile (n=177 ; 88,1 %). Des décès ont eu lieu au domicile d'autrui (n=24 ; 11,9 %), notamment au domicile d'un ou d'une amie (n=13 ; 6,5 %). Dans neuf cas (4,5 %), le décès s'est produit dans un lieu d'hébergement à mission particulière tel qu'une maison de chambres, un refuge pour personnes en situation d'itinérance, un milieu de réadaptation en santé mentale ou une résidence pour personnes âgées. Un total de 21 personnes (9,5 %) sont décédées à l'extérieur d'un domicile, dont dans un centre hospitalier (n=13 ; 61,9 %), un lieu public (ex. : motel, bar, site d'un festival, extérieur d'un immeuble commercial) (n=6 ; 28,6 %), un lieu de consommation informel (n=1 ; 4,8 %) ou un milieu carcéral (n=1 ; 4,8 %).

Situation d'habitation

Environ 80 % (n=177) des personnes décédées avaient un lieu de résidence stable et étaient propriétaires, locataires ou hébergées de manière permanente chez des proches (ex. : jeune adulte vivant chez ses parents). Il manquait d'information pour juger de la situation de résidence dans 35 cas (15,8 %) (ex. : établissement de détention, motel, roulotte, maison de chambres). Les personnes ont été considérées en situation d'itinérance (n=10 ; 4,5 %) seulement si elles vivaient en refuge pour personnes sans abri (itinérance visible) ou temporairement chez quelqu'un tel un membre de la famille ou un ami en raison de difficultés récentes de tout ordre (itinérance cachée). Les informations permettant de juger de la situation d'itinérance étaient tirées des rapports des coroners. À noter qu'il n'y avait pas de rapport portant sur une personne décédée dans la rue sans lieu de résidence d'attache.

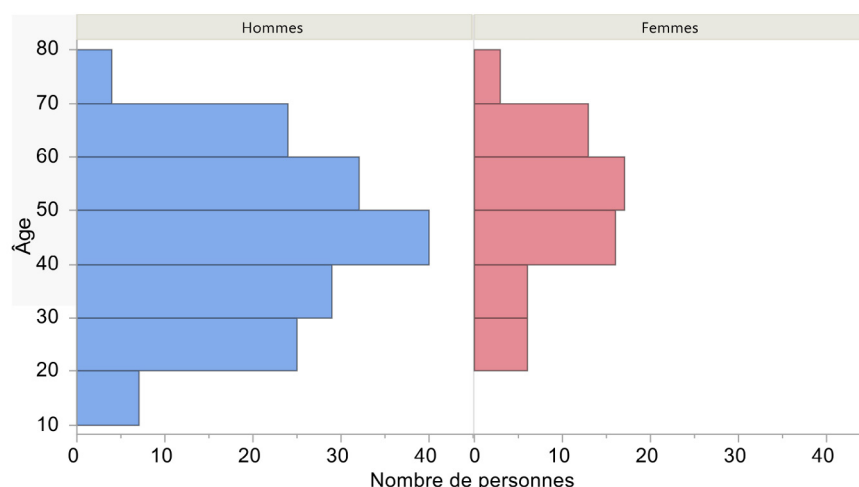
Parmi les rapports consultés, 77 personnes vivaient seules (34,7 %), alors que 109 personnes vivaient en cohabitation (49,1 %). Ces dernières habitaient avec au moins une autre personne telle qu'un proche ou un colocataire, incluant les maisons de chambres.

Sexe et âge

Les hommes représentaient 72,5 % (n=161) des décès, alors que les femmes étaient concernées dans 27,5 % (n=61) des cas. L'âge du plus jeune cas décédé était de 18 ans (critère d'inclusion) et l'âge maximal était de 75 ans (étendue de 57 ans). La moyenne d'âge était de 45,2 ans avec un écart-type de 14,3 ans, les hommes étant, en moyenne, cinq ans plus jeunes que les femmes au moment de leur décès (43,6 +/- 14,3 ans contre 49,4 +/- 13,7 ans).

Davantage d'hommes que de femmes sont décédés par surdose accidentelle pour l'ensemble des catégories d'âge (Figure 4). Parmi les femmes, le nombre de décès est nettement plus élevé après l'âge de 40 ans.

FIGURE 4 – Répartition de l'âge des personnes décédées par surdose accidentelle de 2018 à 2022 en Montérégie en fonction du sexe (n=222)



Conditions de santé

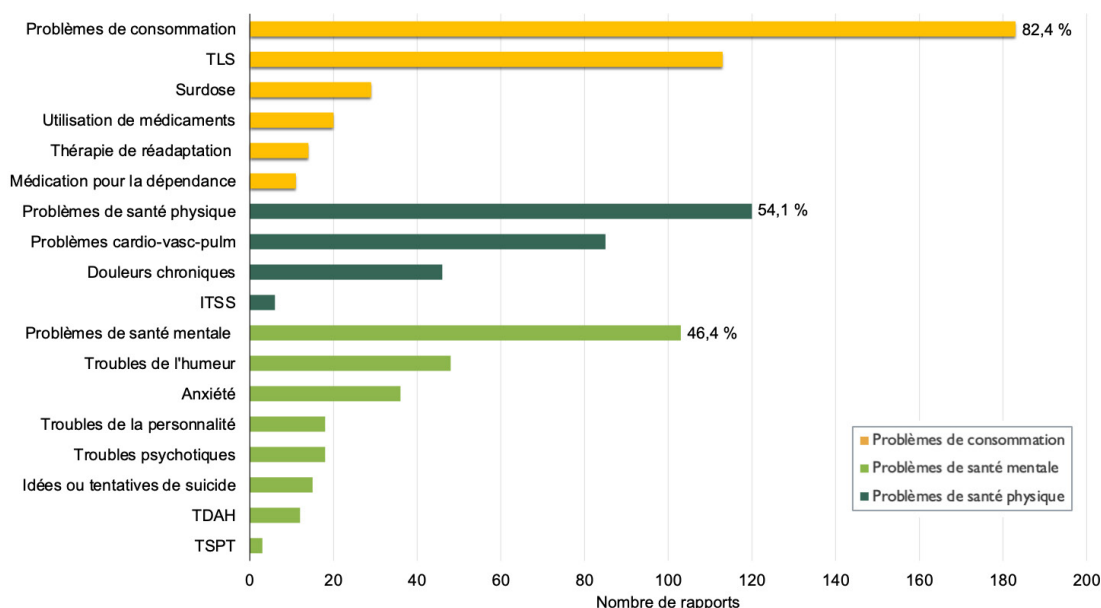
Des problèmes de consommation (n=183; 82,4 %), de santé physique (n=120; 54,1 %) et de santé mentale (n=103; 46,4 %) étaient fréquemment rapportés chez les personnes décédées d'une surdose accidentelle (Figure 5).

Des 183 personnes ayant des problèmes de consommation rapportés, 113 (61,7 %) avaient un TLS, soit un antécédent d'intoxication ou de dépendance, noté dans les dossiers médicaux consultés par les coroners. Les formulations des « problèmes de consommation » pouvaient être variées et plus ou moins spécifiques, concernant une utilisation problématique ou récurrente d'une ou plusieurs substances, telle que rapportée par un professionnel ou par des proches (ex. : consommateur de SPA, narcodépendance). Les TLS notés dans les analyses représentaient, quant à eux, une consommation problématique connue d'un ou plusieurs professionnels, sans correspondre nécessairement aux critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition* (DSM-5) puisque les informations disponibles n'étaient pas assez précises pour en faire la validation. Il était rapporté que 29 personnes (13,1 %) avaient eu un épisode antérieur de surdose et que 20 personnes (9,0 %) avaient fait une utilisation de médicaments d'une manière autre que celle prescrite par un professionnel de la santé. Des traitements en dépendance ont été reçus par 40 personnes (18,0 %) sous forme de *counseling* (n=20), thérapies fermées ou externes (n=14) et médication pour la dépendance aux opioïdes (n=9) ou à l'alcool (n=2).

Les problèmes de santé physique étaient principalement des maladies cardio-vasculaires et respiratoires (n=85; 38,3 %). Des douleurs chroniques étaient aussi rapportées (n=46; 20,7 %), le plus souvent non liées au cancer (n=40; 87,0 %). Il y avait seulement deux mentions de consultations en clinique de la douleur pour ces douleurs chroniques. Peu de rapports (n=6; 2,7 %) faisaient mention d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Les problèmes de santé mentale comprenaient des troubles de l'humeur (n=48; 21,6 %), dont des troubles dépressifs (n=40; 8,0 %) et des maladies bipolaires spécifiquement (n=10; 4,5 %), des troubles anxieux (n=36; 16,2 %), des troubles de la personnalité (n=18; 8,1 %), des troubles psychotiques (n=16; 7,2 %), des idées ou tentatives de suicide (n=15; 6,8 %), des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (n=12; 5,4 %) et des troubles de stress post-traumatique (TSPT ou PTSD) (n=3; 1,4 %). Certaines victimes (n=45; 20,3 %) avaient plus d'un trouble de santé mentale rapporté.

FIGURE 5 – Présence d'antécédents* médicaux et de dépendance (n=222)



*Représentés ainsi les éléments d'une même catégorie n'étant pas mutuellement exclusifs

Près d'un rapport sur deux (n=104; 46,8 %) mentionnait des médicaments prescrits au moment du décès. Les classes de médicaments les plus souvent mentionnées dans l'ensemble des rapports étaient les antidépresseurs (n=39; 17,6 %), les opioïdes (n=35; 15,8 %), les benzodiazépines (n=30; 13,5 %) et les antipsychotiques (n=27; 12,2 %).

Analyse toxicologique

En tout, 213 (95,9 %) des 222 rapports mentionnaient qu'une analyse toxicologique avait été réalisée dans le cadre de l'investigation du coroner. Ces analyses sont réalisées dans les heures ou les jours suivant la mort des victimes afin d'évaluer la contribution des SPA dans les décès. Cinq autres rapports (2,3 %), rapportant des analyses réalisées en centre hospitalier, ont été inclus dans les résultats d'analyse toxicologique.

Les substances étaient considérées comme des médicaments quand elles pouvaient être prescrites ou en vente dans le cadre d'une indication thérapeutique. Les substances étaient considérées comme des substances d'usage potentiellement problématique quand elles étaient généralement d'approvisionnement illégal (exception de l'alcool et du cannabis) et consommées à des fins non médicales. Pour certaines substances (ex. : fentanyl, méthadone, amphétamines) pouvant à la fois être un médicament prescrit ou une substance d'usage potentiellement problématique, la distinction pouvait être impossible à déterminer si peu d'informations étaient disponibles. Ainsi, l'ensemble des substances retrouvées aux analyses toxicologiques étaient des médicaments (n=40 ; 18,3 %), des substances d'usage potentiellement problématique (n=46 ; 21,1 %), un mélange des deux usages (n=199 ; 54,6 %) ou impossible à déterminer (n=13 ; 6 %). Aussi, les substances retrouvées sur un même rapport d'analyse toxicologique étaient prescrites (n=13 ; 6,0 %), non prescrites (n=61 ; 28,0 %), un mélange de prescrites et non prescrites (n=66 ; 30,3 %) ou impossible à déterminer (n=78 ; 35,8 %).

Au total, 93 substances différentes ont été retrouvées dans l'ensemble des analyses toxicologiques (Tableau 2). Ces substances ne sont toutefois pas nécessairement en cause dans le décès, leur quantité et leur toxicité n'étant pas toujours spécifiées. Les analyses toxicologiques montraient la présence de 0 à 13 substances (excluant les métabolites) pour une moyenne de $4,5 \pm 2,8$ substances par analyse toxicologique. Dans 14 analyses, 10 substances et plus étaient retrouvées.

TABLEAU 2 – Liste des substances retrouvées aux analyses toxicologiques

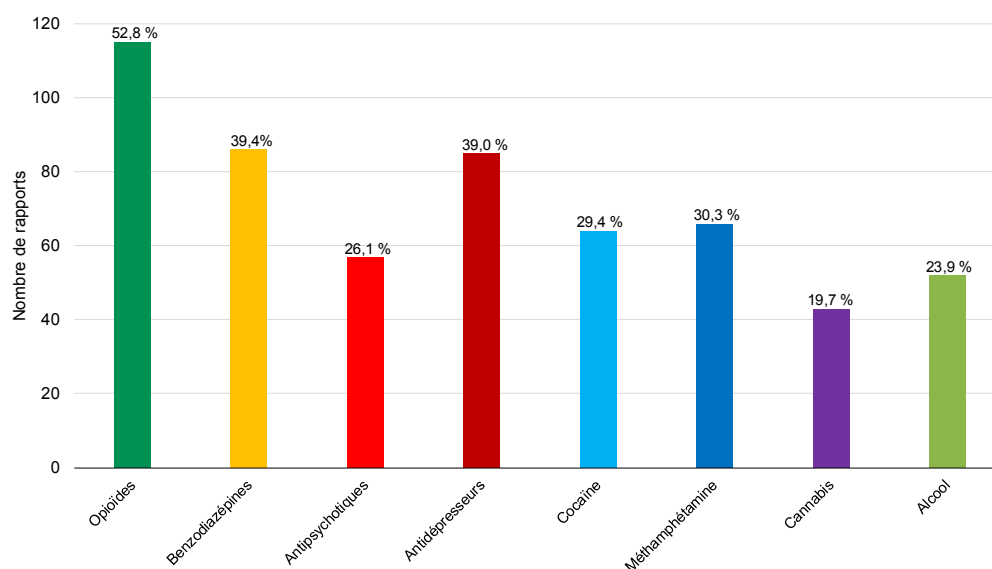
Catégorie de substances	Substances présentes dans les analyses toxicologiques (incluant les métabolites)	
Alcool		
GHB		
Opioïdes	Fentanyl, Acétylfentanyl, Carfentanil, Nitazènes (isotonitazène, protonitazène, pronitazène), TAO (Buprénorphine-Naloxone, Méthadone), Oxycodone, Oxymorphone, Hydromorphone, Morphine, Codéine, Tramadol	
Benzodiazépines	Oxazépam, Alprazolam, Témazépam, Lorazépam, Midazolam, Flurazépam, Diazépam, Clonazépam, Flubromazolam , Nitrazépam, Bromazépam, Étizolam , Flualprazolam , Chlordiazépoxide	
Antipsychotiques	Olanzapine, Quétiapine, Aripiprazole, Palipéridone, Risperidone	
Antidépresseurs / Stabilisateurs de l'humeur	Citalopram, Escitalopram, Amitriptyline, Nortriptyline, Mirtazapine, Fluoxétine, Paroxétine, Sertraline, Desméthylvenlafaxine, Venlafaxine, Bupropion, Trazodone, Duloxétine, Lithium, Carbamazépine	
Cocaïne		
Méthamphétamine		
Cannabis	Tétrahydrocannabinol (THC)	
Autres substances	Analgésiques / Anesthésiques non opioïdes / Relaxants musculaires	Acétaminophène, Prégabaline, Gabapentine, Naproxène, Célécoxib, Ibuprofène, Lidocaïne, Kétamine , 2-fluorodeschlorokétamine , Propofol, Rolicyclidine, Cyclobenzaprine
	Hypnotiques	Zopiclone, Zolpidem
	Antihistaminique	Diphenhydramine, Chlorphéniramine
	Décongestionnants / Antitussifs / Expectorants	Pseudoéphédrine, Éphédrine, Dextrométhorphone, Guaïfénésine
	Anticonvulsivant	Topiramate, Lamotrigine, Acide valproïque, Phénobarbital, Lévitiracétam
	Anthelminthique	Lévamisole
	Rx pour comorbidités physiques (p. ex. diabète, HTA, MCAS, parkinson)	Metformine, Amlodipine, Bisoprolol, Anticoagulant, Acide salicylique, Procyclidine
	Autres stimulants	Amphétamines, MDMA , MDA , Méthylphénidate, Lisdexamfétamine, Dextroamphétamine
	Métabolites particuliers	Benzoylécgonine (Cocaïne) , Cocaéthylène (Cocaïne + Alcool) , Cannabis , 6-acétylmorphine ou Morphine (Héroïne) , Noroxycodone (Oxycodone)
	Antagonistes des opioïdes	Naloxone

* En gras = substances typiquement utilisées comme substances d'usage potentiellement problématique et leurs métabolites

La répartition des différentes grandes catégories de substances identifiées dans les analyses toxicologiques des fluides prélevés chez les victimes était : dépresseurs (n=188; 86,2 %), stimulants (n=116; 53,2 %), perturbateurs/hallucinogènes (n=59; 27,1 %), analgésiques/anesthésiques (n=96; 44,0 %) et métabolites (n=92; 42,2 %).

La figure 6 présente la fréquence de certaines SPA qui sont particulièrement d'intérêt, considérant qu'elles sont souvent consommées par les utilisateurs de SPA ou impliquées dans les surdoses.

FIGURE 6 – Substances et classes de substances* trouvées à l'analyse toxicologique (n=218)



*Catégories mentionnées n'étant pas mutuellement exclusives et n'incluant pas les métabolites

Parmi les 115 cas qui présentaient des opioïdes à l'analyse, du fentanyl était présent chez 36 personnes (16,5 %) et des nitazènes dans 10 cas (4,6 %). De la buprénorphine-naloxone (n=2; 0,9 %) et de la méthadone (n=15; 6,9 %) ont été retrouvées. Toutefois, il y avait mention de traitement par agonistes opioïdes (TAO) prescrit pour seulement six personnes (2,8 %).

Parmi les 52 rapports mentionnant la présence d'alcool, 50 précisaient le niveau d'alcoolémie. Celui-ci variait entre moins de 10 et 555 mg/dL, avec une moyenne de 160 mg/dL. Dans 18 analyses, l'alcoolémie dépassait 200 mg/dL. Pour huit cas de décès (15,4 %), l'alcool était la seule substance à l'analyse toxicologique.

Contexte de la surdose

La majorité des personnes décédées (n=143; 64,4 %) avaient consommé seules. Toutefois, dans 45 % des cas (n=99), une autre personne avait été témoin de l'intoxication avant le décès. Dans 25 cas (11,3 %), les témoins ont pu observer une somnolence ou un ronflement, mais ce symptôme n'a pas mené à une alerte des services d'urgence.

Un état de malaise avait été rapporté par 43 personnes (19,4 %) peu de temps avant le décès, dont plusieurs dans les heures ou jours avant le décès (n=30). Les manifestations du malaise pouvaient être diverses, par exemple : ne pas se sentir bien ou bien aller (n=10), fatigue/faiblesse (n=8), douleurs (n=6), dyspnée (n=5) ou nausées/vomissements (n=6).

Selon les rapports de coroners, les victimes ont été trouvées, entre autres, par les proches (n=148 ; 66,7 %), les colocataires (n=15 ; 6,8 %), les policiers (n=15 ; 6,8 %), les propriétaires ou responsables de l'immeuble (n=13 ; 5,9 %) ou les voisins (n=8 ; 3,6 %).

Contact avec les services d'urgence et prise en charge de la surdose

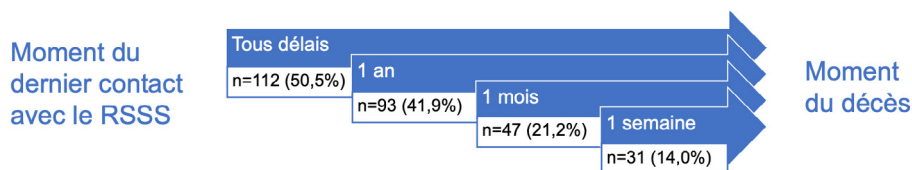
Dans presque l'entièreté des rapports (n=220 ; 99,1 %), il était mentionné d'un appel au 911 lorsque la personne était trouvée en surdose ou lorsque les proches étaient sans nouvelles depuis un certain temps. Les délais rapportés entre le dernier signe de vie et le moment où la personne est trouvée décédée étaient très variables, allant de quelques secondes à plusieurs jours. La nuit était fréquemment associée au délai entre la surdose et l'appel au 911. Les témoins prenaient souvent pour acquis que la personne consommatrice ne faisait que dormir et attendaient au lendemain, parfois tard dans la journée, avant de réaliser que la personne était décédée.

Avec les informations disponibles, il a été possible de calculer une moyenne de délai entre le contact aux services d'urgence et l'arrivée des premiers répondants de 12 min 37 s. Dans huit cas, le délai dépassait 30 minutes. Dans plus de la moitié des cas (n=125 ; 56,3 %), les personnes ont été amenées à l'urgence, mais pour la quasi-totalité de ces cas (90,4 %), c'était pour le constat de décès seulement (aucune reprise des fonctions cardiaques). Des 222 victimes, 94 (42,3 %) ont reçu des manœuvres de réanimation, 8 (3,6 %) une intubation, puis 5 (2,3 %) ont été hospitalisées, dont 2 (0,9 %) à l'unité de soins intensifs. L'administration de naloxone, soit l'antidote (antagoniste) utilisé pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes, n'a été mentionnée que pour 18 (8,1 %) des victimes. Il était impossible de recenser la proportion d'usagers ayant en leur possession une trousse de naloxone n'ayant pas été utilisée, cette information étant trop peu rapportée par les coroners.

Objectif 2 : Utilisation des services

Selon les rapports de coroners, plus de la moitié (n=112 ; 50,5 %) des victimes (n=222) ont eu un contact avec le RSSS au moins une fois au cours des années ayant précédé leur décès par surdose, dont plusieurs dans l'année (n=93 ; 41,9 %), le mois (n=47 ; 21,2 %) ou la semaine (n=31 ; 14,0 %) précédant leur décès, ces délais étant non mutuellement exclusifs (les délais plus courts sont inclus dans les délais plus longs) (Figure 7).

FIGURE 7 – Délais (non mutuellement exclusifs) entre le dernier contact des victimes avec le RSSS et leur décès (n=222)



Par ailleurs, 59 personnes ont reçu des services à une reprise (26,6 %), 35 (15,8 %) à deux reprises et 18 (8,1 %) à trois reprises ou plus. Du nombre total de contacts rapportés entre les victimes et le RSSS (n=183), peu avaient eu lieu à l'extérieur de la Montérégie (n=5). La localisation géographique n'était toutefois pas toujours rapportée (n=68). Le type de milieu était plus souvent mentionné, par exemple : hôpital (n=77), clinique (n=14), centre de réadaptation en dépendance (CRD) ou centre de thérapie (n=8), domicile (n=6) ou pharmacie (n=4).

Les raisons de consultation rapportées, non mutuellement exclusives, étaient en lien avec la consommation ou ses conséquences dans 45,4 % des cas (n=83) et pour d'autres comorbidités dans 41,0 % des cas (n=75), comprenant les consultations pour des troubles de santé mentale. Seulement 30 rapports (13,5 %) mentionnaient un suivi actif, notamment auprès de médecins (sans spécification de la spécialité) (n=3), de médecins de famille (n=8), de psychiatres (n=6) ou un suivi psychosocial (n=6). Par ailleurs, huit personnes étaient en attente de suivi ou de prise en charge, dont deux par le centre de réadaptation en dépendance de la Montérégie (CRDM) et deux en psychiatrie. Les services qu'ils attendaient n'étaient pas nécessairement liés à leur situation de consommation.

Enfin, dix personnes (4,5 %) ont refusé de recevoir de l'aide médicale (ex. : que les services d'urgence soient appelés) dans les heures ou les jours ayant précédé le décès même si elles ressentaient un malaise.

Discussion

Objectif 1 : Caractéristiques des victimes

Pendant la période étudiée, les décès par surdose accidentelle en Montérégie ont concerné des hommes dans 73 % des cas, ce qui est assez concordant avec ce qui est observé ailleurs au Québec (71-77 %) et au Canada (75 %) (Gouvernement du Canada, 2023c; Institut national de santé publique du Québec, 2025b; Parent et al., 2020). La moyenne d'âge, tous genres confondus, est de 45 ans, et est similaire à la moyenne de 46 ans observée pour l'ensemble du Québec en 2017 (Parent et al., 2020). Des problèmes de consommation étaient rapportés par l'entourage ou par des professionnels de la santé dans 82 % des cas, soit légèrement au-dessus de la proportion de 74 % trouvée par Parent et al. (2020). Comme attendu, les mentions de problèmes de santé physique (54 %) et de santé mentale (46 %) étaient fréquentes, mais il est difficile de comparer l'évolution de

ces proportions dans le temps pour la Montérégie ou bien avec d'autres régions ou pays, les outils de collecte utilisés pouvant varier. Il reste que les troubles de santé mentale sont des facteurs de risque considérables, que ce soit par la prise de médicaments prescrits ou des comportements plus imprévisibles, mettant les personnes consommatrices de SPA à risque de surdose (Koyawala et al., 2019). En ce qui concerne le lieu de résidence des victimes, les taux de mortalité par surdose accidentelle plus élevés dans certaines municipalités et communautés autochtones suggèrent un besoin d'investigation quant aux raisons sous-tendant ce constat, et ce, afin que des actions ciblées puissent être déployées auprès des municipalités et des communautés, par exemple en réunissant les organismes communautaires locaux œuvrant dans le domaine de la dépendance. Par ailleurs, les prévalences d'itinérance semblent grandement sous-estimées lorsque comparées à l'étude de Jones et al. (2002) dans laquelle 29 % des personnes avaient été sans-abri à au moins un moment dans l'année avant le décès. Ainsi, il serait pertinent d'explorer davantage la mortalité chez la population en situation d'itinérance cachée ou visible en Montérégie, afin de statuer sur l'exhaustivité de ce portrait. En plus de faire l'objet d'une enquête par les coroners, les décès par surdose devraient permettre de systématiquement clarifier la situation d'itinérance, de mieux l'identifier, et ce, même si un lieu de résidence est inscrit au dossier (ex. : itinérance cachée). L'analyse des coroners pourrait alors être adaptée en fonction de cette réalité pour mieux comprendre les contextes de ces décès et offrir davantage de leviers d'action.

Objectif 1 : Substances associées

Dans le cadre de l'étude, il a été observé que 93 substances différentes étaient présentes dans les analyses toxicologiques, pour une moyenne de 4,5 substances par analyse et un maximum de 13 substances par analyse, ce qui illustre bien le phénomène de polyintoxication vécu à travers le Canada (Gouvernement du Canada, 2023b). Ces substances ne sont toutefois pas nécessairement en cause dans le décès, leur quantité et leur toxicité n'étant pas toujours spécifiées. L'accès à des analyses toxicologiques réalisées en laboratoire est tout de même une grande force et permet de voir que les substances les plus détectées restent les opioïdes (53 %), mais qu'une considération pour les médicaments pouvant être prescrits ou non (ex. : benzodiazépine 40 %, antidépresseur 39 %) et l'alcool lorsque détecté seul (4 %) ou en présence d'au moins une autre SPA (20 %) est nécessaire. Il n'est pas évident de comparer ces résultats à ceux de l'étude de Parent et al. (2020) considérant certaines différences dans la méthodologie telles que l'inclusion ou non des métabolites, la catégorisation des substances ainsi que la présentation des résultats par genre. Il est toutefois possible de constater que la présence notamment d'opioïdes, de benzodiazépines et de stimulants aux analyses toxicologiques est assez similaire entre les deux études selon les moyennes pondérées par genre. L'ensemble des résultats obtenus renforce l'idée qu'il est nécessaire, suivant l'évolution du contexte, de ne plus considérer seulement les surdoses d'opioïdes dans les interventions en prévention des décès, mais bien les surdoses liées à toutes SPA incluant les médicaments prescrits, l'alcool et les substances illégales (ex. : stimulants tels que les amphétamines ou la cocaïne). C'est d'ailleurs dans ce sens que va la Stratégie nationale de prévention des surdoses de SPA 2022-2025 en mentionnant que les mesures qui y sont prévues prennent en compte les

différentes substances pouvant contribuer aux surdoses, telles que les opioïdes, les benzodiazépines et les stimulants (Cloutier et Lacharité, 2022). Il serait donc pertinent de suivre de plus près l'évolution de la consommation de l'ensemble des substances en Montérégie afin d'avoir un meilleur portrait du phénomène de polyconsommation dans la région. Des questions restent aussi à se poser en lien avec la consommation d'alcool, qui est souvent ajoutée à la consommation d'une ou plusieurs autres SPA. Il semble en effet y avoir une sous-estimation de l'effet du mélange de l'alcool avec d'autres SPA, dont des médicaments, dans les surdoses sachant que de nombreuses personnes sont décédées accidentellement en mélangeant ces substances. Cette problématique pourrait même être davantage prévalente quand l'ensemble du Québec est pris en compte puisque l'alcool est davantage retrouvé dans les analyses toxicologiques de l'étude de Parent et al. (2020), portant sur les décès au Québec en 2017, que dans la présente étude. Aussi, la polypharmacie est un enjeu important auquel les médecins et les pharmaciens devraient s'intéresser afin de réévaluer régulièrement les plans de traitements des patients dans le but de limiter autant que possible la prise de nombreux médicaments dépresseurs (ex. : les antidépresseurs et les benzodiazépines) et d'améliorer l'accès à des mesures non pharmacologiques complémentaires.

Objectif 1 : Contextes des surdoses

Certains éléments communs liés au contexte des surdoses peuvent être dégagés afin de mettre en place des mesures préventives. D'abord, la présence de témoins de l'intoxication est un facteur important à considérer, puisqu'ils peuvent intervenir en appelant les services d'urgence, en donnant de la naloxone ou en amorçant des manœuvres de réanimation rapidement lors d'une dégradation de l'état de la victime. Dans cette étude, il y avait eu témoin de l'intoxication avant le décès dans 45 % des cas, soit dans près d'un décès sur deux. Aussi, dans 11 % des cas, les témoins avaient pu observer une somnolence ou un ronflement, bien que cela n'ait pas mené à une alerte des services d'urgence vue la non-reconnaissance de ce symptôme en tant que précurseur de surdose. Cette observation est similaire à ce que rapportaient Parent et al. (2020), selon lesquels des ronflements ou des signes de détresse respiratoire étaient notés dans 10 % des cas. De plus, la nuit était fréquemment associée au délai entre la surdose et l'appel au 911 considérant la fausse perception des proches que la personne victime de surdose est simplement endormie ou bien le besoin des proches de dormir eux aussi. À noter que les rapports mettent en évidence que la plupart des surdoses mortelles en Montérégie se produisent dans des résidences privées, avec de nombreuses victimes retrouvées seules par des proches ou par des colocataires. Par ailleurs, seulement 8 % des rapports faisaient mention d'utilisation de naloxone, ce qui est très faible sachant que des opioïdes ont été trouvés dans 53 % des analyses toxicologiques. Cette proportion est difficile à comparer avec la littérature comme la disponibilité de la naloxone varie grandement d'un endroit à l'autre. Considérant que de nombreux proches sont témoins de l'intoxication qui précède le décès, il est primordial de mettre en place des mesures pour qu'ils puissent être sensibilisés à reconnaître les signes et les symptômes de surdose (ex. : somnolence et ronflement) et intervenir rapidement en suivant les bonnes pratiques (ex. : ne pas laisser seul lorsque possible, appel au 911 sans attendre, avoir de la naloxone à proximité et savoir s'en servir, savoir faire des manœuvres efficaces de réanimation cardiorespiratoire) pour augmenter les chances de survie lors de surdose. Au regard de

la compréhension du contexte des surdoses, des limites restent inhérentes au fait que les analyses se font toujours en situation post-mortem. En effet, la compréhension des événements repose en partie sur les témoins et les proches qui peuvent ne pas connaître les causes et les circonstances ayant précédé le décès, par exemple quelles SPA ont été consommées et quand par la victime. Des biais de mémoire chez les proches sont aussi possibles, bien que le coroner enquête sur les décès dans un délai relativement court. Plusieurs éléments contextuels, dont la pandémie de COVID-19, les températures extrêmes chaudes et froides tout comme les contextes psychosociaux, restent à explorer davantage.

Objectif 2 : Utilisation des services

La présente étude a permis de constater que la moitié (50 %) des patients avaient utilisé les services de santé au moins une fois au cours des trois années ayant précédé leur décès par surdose en Montérégie, ce qui représente un bassin important de personnes auprès desquelles des interventions en prévention auraient pu être réalisées. Cette proportion est probablement sous-estimée sachant que l'utilisation des services n'est pas systématiquement rapportée par les coroners. Tout de même, 41 % des cas étudiés avaient utilisé les services dans l'année précédant le décès. Cette proportion est plus faible que ce qui avait été observé dans une étude canadienne (2016-2017), où au moins 73 % de l'ensemble des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance avaient été en contact à une ou plusieurs reprises avec les services de santé dans l'année précédant leur décès (Agence de la santé publique du Canada, 2022). De même, à Oslo en Norvège, 61 % des personnes décédées par surdose avaient été prises en charge par les services d'urgence durant l'année précédant leur décès (Gjersing et al., 2017). Dans l'étude actuelle, les raisons de consultation rapportées, non mutuellement exclusives, étaient en lien avec la consommation ou ses conséquences dans 45 % des cas et pour d'autres comorbidités dans 41 % des cas, montrant que les personnes consommatrices de SPA ne consultent pas que pour des problèmes de consommation. Elles peuvent avoir des problèmes de santé qui ne sont pas en lien avec les SPA, et ces points de contact offrent des opportunités de détection d'usage problématique de SPA ou de *counseling*. Ainsi, tous les professionnels de santé devraient être sensibilisés quant à leur rôle en prévention des surdoses. Par ailleurs, seulement 3 % des rapports mentionnaient un antécédent de TAO et 14 % des rapports mentionnaient un suivi actif, notamment auprès de médecins, et au moins huit personnes étaient en attente de suivi ou de prise en charge, par exemple par le CRDM ou en psychiatrie, montrant des opportunités d'amélioration dans le suivi et la prise en charge des personnes à risque de surdose. Les raisons de ces faibles taux d'utilisation des services et de ces délais d'attente devraient faire l'objet d'une enquête afin de trouver des solutions permettant d'éviter que des personnes décèdent sans avoir eu accès à des services qui auraient potentiellement pu leur sauver la vie. Cela pouvant refléter des défis plus généraux d'accès aux services de santé au Québec, intensifiés par le manque de moyens dans le système de santé, des réponses politiques pour mieux soutenir les professionnels en santé et services sociaux dans la prévention des surdoses pourraient être requises. Peu d'études permettent toutefois de comparer ces nombres. Somme toute, l'utilisation importante des services de tous types du RSSS avant les

décès suggère des opportunités d'intervention en lien avec les différentes comorbidités présentes, autant psychiatriques que physiques. Il est d'ailleurs primordial de clarifier le rôle de la psychiatrie dans la question de la consommation de SPA et de surdoses. L'établissement d'un partenariat entre le CRDM et la psychiatrie semble nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins multiples et parfois complexes de la clientèle. En effet, de nombreuses personnes présentent à la fois des problèmes de santé mentale et des problèmes de consommation, mais ceux-ci peuvent s'entre-influencer, rendant la prise en charge des problématiques en silos inadéquate pour assurer un bon contrôle des conditions et pour amener la stabilité nécessaire au bien-être de la personne.

Forces

Cette étude présente de nombreuses forces, notamment liées au choix de devis et aux retombées potentielles concrètes. D'abord, l'utilisation des rapports de coroners, dont la pertinence de l'emploi en recherche a déjà été démontrée, notamment au Québec, permet l'accès à des informations souvent détaillées quant aux causes et aux circonstances des décès. Le fait d'avoir inclus l'ensemble des rapports de coroners pour la période à l'étude a permis d'avoir une exhaustivité des observations tout en prévenant un éventuel biais de sélection. Ensuite, une revalidation de la classification des catégories de chacun des décès a été réalisée dans le but de minimiser le risque de biais de classification. De plus, la formation médicale et l'expérience clinique au sein de l'équipe de recherche ont aidé à cibler et à interpréter les informations pertinentes des rapports de coroners. Enfin, l'idée du projet provenait d'un besoin ressenti et exprimé par la santé publique et les acteurs en dépendance en Montérégie. De nombreux facteurs de risque et contextes contribuant aux surdoses ont pu être explorés, le tout étant pertinent pour l'intervention dans différents secteurs. L'implication de personnes ayant des leviers de changement par rapport aux recommandations émanant du projet est également un élément clé renforçant son utilité.

Biais et limites

La présente étude a toutefois pu être soumise à des biais et des limites. D'abord, des limites sont induites par l'analyse en post-mortem, occasionnant des données manquantes. En l'absence d'un nombre important de données pour une même variable, les analyses n'ont pas pu être réalisées ou présentées considérant la non-représentativité. En raison des enjeux de faisabilité, l'étude portait sur les résumés des rapports des coroners seulement, soit sans les annexes qui auraient permis d'avoir une analyse plus fine et complète des dossiers. Aussi, les rapports d'enquête des coroners peuvent prendre jusqu'à 12 mois pour être finalisés, ce qui fait que les données de surdoses les plus récentes n'ont pu être incluses dans l'étude. Considérant l'évolution rapide du phénomène des surdoses, notamment au regard des substances consommées, cette situation représente une limite de l'étude. Ensuite, le risque que les rapports soient mal classés par leurs codes de cause de décès au Bureau du coroner reste possible, bien que probablement mitigé directement par des processus internes de validation. Les données sont également déjà colligées dans un but différent de celui de la recherche, alors elles peuvent être incomplètes et de qualité variable. L'instrument de collecte créé pour ce projet de recherche était très complexe, augmentant le risque d'erreurs

d'interprétation et de saisie malgré les différentes validations réalisées durant la collecte et les analyses. Par ailleurs, il n'a pas été possible de décrire l'utilisation complète des services avant les décès (ex. : autres milieux de soins, soins reçus dans d'autres régions, services reçus d'organismes communautaires) menant à une sous-estimation de l'utilisation du système de santé et des services sociaux. Enfin, les substances et les contextes de consommation ainsi que l'organisation des services de santé ne sont pas les mêmes partout au Québec. Ainsi, le portrait ne sera pas nécessairement représentatif de l'ensemble du Québec, limitant la validité externe.

Conclusion

La crise des surdoses à laquelle est confronté le Québec est multifactorielle et en constante évolution. La présente étude, avec son analyse descriptive des rapports de coroners, a favorisé une meilleure compréhension des décès par surdose en Montérégie, notamment en lien avec les caractéristiques des victimes, les substances associées, les contextes de surdose et l'utilisation des services du RSSS en lien avec les personnes décédées par surdose accidentelle en Montérégie. Ce faisant, l'étude a permis d'alimenter des pistes d'action pour prévenir de futures surdoses en Montérégie et ailleurs. Par exemple, les résultats démontrent qu'il est crucial de déployer des actions ciblées auprès des municipalités et des communautés ayant des taux de décès plus élevés en plus de considérer les interactions entre les phénomènes de l'itinérance et des surdoses. Les interventions développées doivent cibler toutes les substances et non seulement les opioïdes. Il est nécessaire de sensibiliser davantage la population aux symptômes et aux signes de surdose. Par le fait même, il est requis de soutenir les programmes communautaires de réduction des méfaits tels les formations aux pairs ou aux membres de l'entourage et les services à distance ou en personne. L'élargissement de la distribution gratuite des trousse de naloxone doit également se poursuivre. Il est requis de s'attaquer aux barrières systémiques à l'accès aux soins et d'outiller adéquatement les professionnels de la santé dans la prise en charge des personnes consommatrices de SPA ayant besoin de services de santé et sociaux. Enfin, il faut permettre une meilleure intégration des services afin d'éviter que les personnes aux prises avec divers enjeux de santé, tels que ceux liés à une consommation de SPA et à des troubles de santé mentale, ne se heurtent à une offre de services en silos et inefficace.

Ainsi, l'article propose des pistes concrètes d'action en faveur d'une réponse plus holistique, proactive et coordonnée à la crise des surdoses. Il reste cependant beaucoup de travail à faire pour être en mesure de répondre adéquatement aux besoins médicaux et psychosociaux variés et complexes des personnes à risque de surdose et prévenir plus efficacement ces dernières.

Références

- Adley, M., Jones, G., & Measham, F. (2022). Jump-starting the conversation about harm reduction: making sense of drug effects. *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 30(4), 347–360. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.2013774>
- Agence de la santé publique du Canada. (2022, décembre). *Décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2017 : Examen des dossiers des coroners et des médecins légistes* (publication n°220616). <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/opioids/data-surveillance-research/substance-related-acute-toxicity-deaths-canada-2016-2017-review-coroner-medical-examiner-files/deces-attribuables-toxicite-aigue-liee-substance-canada-2016-2017-examen-dossiers-coroners-medecins-legistes.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bureau du coroner. (s. d.). *Qu'est-ce qu'un coroner?* Consulté 25 février 2023, à l'adresse <https://www.coroner.gouv.qc.ca/les-coroners/quest-ce-quun-coroner.html>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2022, mars). *Alerte du RCCET : Nitazènes*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-03/CCSA-CCENDU-Drug-Alert-Nitazenes-2022-fr.pdf>
- Cloutier, R., & Lacharité, C. (2022, juillet). *Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de substances psychoactives* (publication n°22-233-01W). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-233-01W.pdf>
- Direction de santé publique de la Montérégie. (2018, février). *APPEL À LA VIGILANCE : Surdoses aux opioïdes – La Direction de santé publique (DSPu) procède à une enquête épidémiologique régionale*. <https://extranet.santemonteregie.qc.ca/app/uploads/2024/02/debut-enquete-cliniciens.pdf>
- Direction de santé publique de la Montérégie. (2021, mai). *APPEL À LA VIGILANCE : Présence de carfentanil en Montérégie*. <https://extranet.santemonteregie.qc.ca/app/uploads/2024/02/carfentanil-mai2021.pdf>
- Direction de santé publique de Montréal. (2023, mars). *SURDOSES - Prévention des surdoses liées aux drogues*. Consulté 8 mars 2023, à l'adresse <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/surdoses/prevention-des-surdoses-liees-aux-drogues/>
- Direction de santé publique de Montréal. (2024). *Surdose*. Consulté 15 décembre 2024, à l'adresse <https://ccsmtlpro.ca/drsp/drsp-sujets-de-z/drsp-surdose>
- Éducaloi. (2020) *Le contenu du dossier médical*. Consulté 15 mars 2023, à l'adresse <https://educaloi.qc.ca/capsules/le-dossier-medical/>
- Fuller, G. W., Jones, M., Bradshaw, C. A., Jones, J., John, A., Snooks, H., & Watkins, A. (2022). The Socio-Demographics and Health Service Use of Opioid Overdose Decedents in Wales: A Cross-Sectional Data Linkage Study. *European Addiction Research*, 28(3), 226–230. <https://doi.org/10.1159/000521614>

Gjersing, L., Jonassen, K., Skurtveit, S., Bramness, J., & Clausen, T. (2017). Emergency service use is common in the year before death among drug users who die from an overdose. *Journal of Substance Use*, 22(3), 331-336. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1208778>

Gouvernement du Canada. (2022, décembre). *Surdosage d'opioïde*. Consulté 15 mars 2023, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/surdose.html>

Gouvernement du Canada. (2023a, février). *Fentanyl*. Consulté 15 mars 2023, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/fentanyl.html>

Gouvernement du Canada. (2023b, mars). *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. Santé Infobase. Consulté 31 mai 2023, à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/>

Gouvernement du Canada. (2023c, mars). *Mesures fédérales sur les opioïdes à ce jour*. Consulté 31 mai 2023, à l'adresse <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/substance-use/problematic-prescription-drug-use/opioids/responding-canada-opioid-crisis/federal-actions/mesures-federale-aperçu.pdf>

Gouvernement du Canada. (2025, juin). *Mesures fédérales sur la crise des surdoses* (publication n°250098). Consulté 13 juillet 2025 à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federale-aperçu.html>

Gouvernement du Québec. (s. d.-a). *La Montérégie*. Portail Santé Montérégie. Consulté 15 décembre 2024, à l'adresse https://www.santemonteregie.qc.ca/modules/custom/custom_general/images/carte-du-territoire.png

Gouvernement du Québec. (s. d.-b). *Mandats régionaux*. Portail Santé Montérégie. Consulté 9 mars 2023, à l'adresse <https://www.santemonteregie.qc.ca/ouest/organisation/mandats-regionaux>

Gouvernement du Québec. (2017, septembre). *Connaitre les drogues et leurs effets*. Consulté 31 mai 2023, à l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets#c17044>

Gouvernement du Québec. (2022, avril). *Loi de l'effet*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-804-01F.pdf>

Grella, C. E., Ostlie, E., Scott, C. K., Dennis, M. L., Carnevale, J., & Watson, D. P. (2021). A scoping review of factors that influence opioid overdose prevention for justice-involved populations. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00346-1>

Huỳnh, C., L'Espérance, N., Rochette, L., Dialahy, I. Z., Massamba, V., Fleury, M.-J., Jutras-Aswad, D., Kisely, S., & Lesage, A. (2022). *Les troubles liés aux substances psychoactives : Surveillance de la mortalité* (publication n°3240). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3240-troubles-substances-psychoactives-mortalite.pdf>

Huỳnh, C., Rochette, L., Jutras-Aswad, D., Larocque, A., Fleury, M.-J., Kisely, S., & Lesage, A. (2019, février). *Les troubles liés aux substances psychoactives – Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016* (publication n°2512). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2512_troubles_substancesPsychoactivesPrevalenceCasIdentifies.pdf

- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M.-J., Kisely, S., & Lesage, A. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : Troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale* (publication n°2963). 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
- Institut de la statistique du Québec. (s. d.). *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*. Consulté 28 juin 2025, à l'adresse <https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/16>
- Institut de la statistique du Québec. (2025, mars). *Itinérance*. Consulté 28 juin 2025, à l'adresse <https://statistique.quebec.ca/vitrine/vieillesse/themes/conditions-vie-materielles/itinerance>
- Institut national de santé publique du Québec. (2025a, mars). *Décès attribuables à une intoxication aux opioïdes et décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues*. Consulté 13 juillet 2025 à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication>
- Institut national de santé publique du Québec. (2025b, juin). *Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à mars 2025*. Consulté 29 juin 2025 à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee>
- Jones, R., Gruer, L., Gilchrist, G., Seymour, A., Black, M., & Oliver, J. (2002). Recent contact with health and social services by drug misusers in Glasgow who died of a fatal overdose in 1999. *Addiction*, 97(12), 1517-1522. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00244.x>
- Joudrey, P. J., Khan, M. R., Wang, E. A., Scheidell, J. D., Edelman, E. J., McInnes, D. K., & Fox, A. D. (2019). A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(17), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0145-5>
- Koyawala, N., Landis, R., Barry, C. L., Stein, B. D., & Saloner, B. (2019). Changes in Outpatient Services and Medication Use Following a Non-fatal Opioid Overdose in the West Virginia Medicaid Program. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 789-791. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4817-8>
- Lamer, M. (2022, décembre). *Le portrait de VIGIE - Maladies infectieuses, gestion des menaces et santé environnementale : Surdoses aux opioïdes en Montérégie 2018-2021 Bilan des décès et visites à l'urgence*. Direction de santé publique de la Montérégie. <https://extranet.santemonteregie.qc.ca/app/uploads/2024/02/pe-opio-2018-2021.pdf>
- Mathieu, A.-A. (2021). *Demi-journée de formation : Substances psychoactives* [Présentation PowerPoint]. Université de Montréal.
- Milot, D.-M. (2014). *Évaluation du besoin et de la pertinence de l'implantation d'un service d'injection supervisée en Montérégie* [Mémoire présenté à la l'École de santé publique de l'Université de Montréal en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en santé publique]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11821/Milot_David-Martin_2014_memoire.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022, juillet). *Flash Surveillance—La consommation de substances psychoactives en quelques chiffres*. Consulté 31 mai 2023, à l'adresse <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/substances-psychoactives/>

- Olfson, M., Wall, M., Shuai Wang, Crystal, S., Blanco, C., & Wang, S. (2018). Service Use Preceding Opioid-Related Fatality. *American Journal of Psychiatry*, 175(6), 538-544. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17070808>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *ICD-10 Version:2008*. Consulté 18 avril 2023, à l'adresse <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/T36-T50>
- Parent, A.-A., Bergeron-Longpré, M., & Bertrand-Deschênes, A. (2020). *Crise des surdoses : Une analyse de contenu des rapports du coroner* [Rapport]. École de travail social, Université de Montréal. <https://aqpsud.org/wp-content/uploads/2020/12/Rapport-AQPSUD-doc-final.pdf>
- Rose, C., Shahanaghi, A., Romero-Gonzalez, M., Yarzebski, J., Andre, M., DiGirolamo, G. J., Brown, A. P., & Gonzalez, G. (2019). Mortality Associated With Opioid Overdose: A Review of Clinical Characteristics and Health Services Received in the Year Prior to Death. *Psychiatric Services*, 70(2), 90-96. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800122>
- Tam, T., & Léger, Y. (2022, décembre). *Déclaration commune des coprésidents du Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes – Dernières données nationales sur les méfaits liés aux substances*. Agence de la santé publique du Canada. Consulté 9 mars 2023, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2022/12/declaration-commune-des-copresidents-du-comite-consultatif-special-sur-lepidemie-de-surdoses-dopioïdes-dernieres-donnees-nationales-sur-les-mefaits.html>
- Vallersnes, O. M., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Brekke, M. (2016). Follow-up after acute poisoning by substances of abuse: A prospective observational cohort study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(3), 309-316. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1207152>

Annexe 1 : Définition de concepts clés

Benzodiazépines : Substances généralement approuvées à des fins médicales, mais de plus en plus de dérivés de benzodiazépines non approuvés à des fins médicales apparaissent sur le marché d'approvisionnement illégal (ex. : bromazolam, flualprazolam, flubromazolam). Elles se présentent sous forme de comprimés de contrefaçon (ex. : faux comprimés d'alprazolam) et de poudres en mélange avec des opioïdes. (Direction de santé publique de Montréal, 2024)

Carfentanil : Opioïde analogue du fentanyl qui est utilisé en médecine vétérinaire pour les gros animaux. Considéré environ 4000 fois plus puissant que l'héroïne et 100 fois plus puissant que le fentanyl. Une très faible quantité est nécessaire pour provoquer une surdose et même la mort. (Direction de santé publique de Montréal, 2023)

Classification des décès par intoxication : Les décès par intoxication peuvent être classés en décès intentionnel, indéterminé ou non intentionnel dans les rapports de coroners. (Institut national de santé publique du Québec, 2025a)

Classification des SPA : Peuvent être réparties en trois catégories. (Gouvernement du Québec, 2017; Mathieu, 2021)

1. Stimulants : Substances stimulant le fonctionnement du système nerveux central (SNC), augmentant le niveau d'éveil ainsi que l'activité générale du cerveau et accélérant le processus mental (ex. : caféine, nicotine, cocaïne, amphétamines, méthamphétamines).
2. Dépresseurs : Substances ralentissant le fonctionnement du SNC, diminuant le niveau d'éveil ainsi que l'activité générale du cerveau (ex. : alcool, GHB [gamma-hydroxybutyrate], benzodiazépines, barbituriques, opioïdes dont codéine, morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl, héroïne/diacétylmorphine, méthadone).
3. Perturbateurs/hallucinogènes : Substances perturbant le fonctionnement du SNC, causant de la désorientation et déformant la perception de la réalité et des sens (ex. : THC [cannabis], champignons magiques [psilocybine], LSD [acide], kétamine, mescaline, PCP [phencyclidine], solvants, MDMA [ecstasy]).

À noter que certaines substances ont des propriétés communes à plus d'une catégorie (ex. : kétamine avec des propriétés perturbatrices et dépressives, MDMA avec des propriétés perturbatrices et stimulantes). (Adley et al., 2022)

Classification des troubles liés aux SPA : La consommation de SPA n'est pas automatiquement liée à des méfaits importants. Selon le profil et le type de consommation, elle peut toutefois devenir problématique et générer des troubles liés aux substances psychoactives (TLS). Les TLS regroupent trois catégories diagnostiques : 1) les intoxications, correspondant aux états de perturbations physiques et cognitives directement consécutifs à un épisode de consommation de SPA; 2) les troubles de l'utilisation (usage) d'une substance (TUS), définis par la dépendance; 3) les troubles induits par une SPA, soit les troubles mentaux et les maladies physiques découlant directement de la consommation de SPA tels que les troubles psychotiques et la cirrhose du foie. (Huynh et al., 2020)

Décès indéterminé par intoxication : Événement pour lequel le coroner n'a pas pu déterminer si l'intoxication mortelle était délibérée (suicide) ou non (accident). (Institut national de santé publique du Québec, 2025a)

Décès intentionnel (volontaire, suicide) par intoxication : Événement pour lequel le coroner a déterminé que l'intoxication mortelle était délibérée. (Institut national de santé publique du Québec, 2025a)

Décès non intentionnel (involontaire, accident) par intoxication : Événement pour lequel le coroner a déterminé que l'intoxication mortelle n'était pas délibérée. (Institut national de santé publique du Québec, 2025a)

Dossier médical : Outil de communication qui permet au personnel médical de suivre la situation des patients. Un dossier est ouvert pour chaque patient dès la première consultation dans un nouvel établissement de santé. Il contient des renseignements personnels ainsi que des informations concernant les soins et les services qui lui ont été dispensés. Différents professionnels écrivent dans ce dossier, mais il revient au médecin de s'assurer que celui-ci respecte les normes. (Éducaloi, 2020)

Fentanyl : Analgésique opioïde très puissant. Considéré 20 à 40 fois plus puissant que l'héroïne et environ 100 fois plus puissant que la morphine. Une petite quantité peut provoquer un décès, et celui-ci peut être présent à l'insu du consommateur dans une autre substance (ex. : héroïne, cocaïne, comprimés de contrefaçon voulant se faire passer pour des opioïdes vendus sous ordonnance). Peut être prescrit sous différentes formes par un médecin pour soulager les douleurs intenses et parfois se retrouver sur le marché canadien d'approvisionnement illégal. Peut aussi être produit par des laboratoires clandestins, directement aux fins de distribution illégale. (Gouvernement du Canada, 2023a)

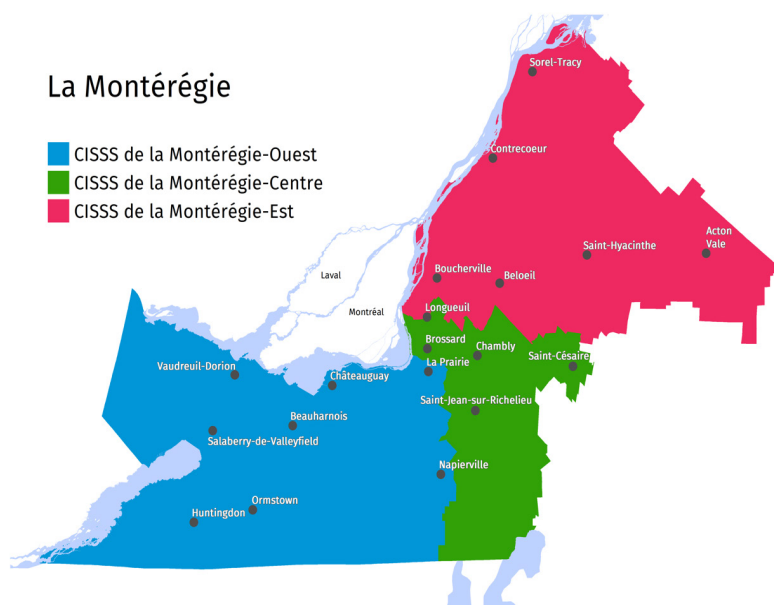
Itinérance cachée : Comprend les personnes qui doivent habiter temporairement chez quelqu'un, dans une chambre d'hôtel ou de motel sans garantie de pouvoir y rester à long terme parce qu'elles n'ont nulle part d'autre où aller. (Institut de la statistique du Québec, 2025)

Itinérance visible : Désigne le fait de ne pas avoir de domicile fixe et de devoir vivre dans un lieu d'hébergement temporaire (refuge, ressource d'hébergement d'urgence) ou dans un endroit non conçu pour l'habitation (une voiture, la rue). (Institut de la statistique du Québec, 2025)

Loi de l'effet : Combinaison de trois facteurs influençant l'effet qu'aura la consommation de SPA sur une personne, soit : la substance, l'individu et le contexte. (Gouvernement du Québec, 2022)

Montérégie : Région administrative et sociosanitaire du Québec composée de trois réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux (RTS) gérés par des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et regroupant 147 municipalités. (Gouvernement du Québec, s. d.-b)

FIGURE 8 – Carte de la Montérégie



Source : Image intégrale provenant du Portail Santé Montérégie (Gouvernement du Québec, s. d.-a)

Naloxone : Antidote (antagoniste) utilisé pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes. Administrée par voie intramusculaire ou intranasale. La naloxone ne permet pas de renverser une surdose de benzodiazépines. (Direction de santé publique de Montréal, 2024)

Nitazènes : Opioïdes de synthèse de puissance égale ou jusqu'à 25 fois supérieure au fentanyl, qui ne sont pas approuvés à des fins médicales et qui se multiplient sur le marché d'approvisionnement illégal (ex. : protonitazène, isotonitazène, métonitazène et protonitazépyne). On les retrouve souvent en comprimés de contrefaçon (ex. : faux comprimés d'oxycodone ou d'hydromorphone) ou bien en mélange dans des poudres (ex. : avec du fentanyl). (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022 ; Direction de santé publique de Montréal, 2023 et 2024)

Opioïdes : Substances ayant la capacité de se lier aux récepteurs opioïdes endogènes afin de générer des effets thérapeutiques, tel le soulagement de la douleur, ou bien une intoxication qui peut provoquer une dépression respiratoire menant au décès en cas de surdose. (Institut national de santé publique du Québec, 2025a)

Rapport de coroner : Rapport produit par un coroner, pouvant être avocat, notaire, médecin, infirmier, pharmacien ou ingénieur, à la suite d'une investigation ou d'une enquête publique qui permet de déterminer qui, où et quand une personne est décédée, ainsi que les causes probables et les circonstances du décès. Ces décès sont catégorisés en accidents de transport, autres accidents, suicides et homicides, causes naturelles ou causes indéterminées. (Bureau du coroner, s. d.)

Substances psychoactives (SPA) : Substances modifiant une ou plusieurs fonctions du corps et du SNC. Peuvent avoir des effets sur les pensées, les émotions, l'humeur, la perception de la réalité et des sensations, les comportements ainsi que plusieurs organes du corps. Peuvent être d'origine naturelle ou de synthèse, c'est-à-dire composées de molécules chimiques produites en laboratoire. Peuvent être considérées légales ou illégales quant à leur approvisionnement à des fins autres que médicales ou de recherches scientifiques. (Gouvernement du Québec, 2017)

Surdose : Dose plus importante d'une substance que ce que l'organisme peut supporter. En cas de surdose par un dépresseur, dont les opioïdes, la respiration peut ralentir jusqu'à entraîner une perte de conscience ou même la mort, alors qu'en cas de surdose par un stimulant, ce sont plus souvent les troubles du rythme cardiaque qui entraînent la mort. (Gouvernement du Canada, 2022)

Annexe 2 : Description des codes CIM-10 inclus dans la demande au Bureau du coroner

Code CIM-10	Nom relié au code
T40	Intoxication par narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes]
T40.0	Opium
T40.1	Héroïne
T40.2	Autres opioïdes (Codéine, Morphine)
T40.3	Méthadone
T40.4	Autres narcotiques synthétiques (Péthidine)
T40.5	Cocaïne
T40.6	Narcotiques, autres et sans précision
T40.7	Cannabis (dérivés)
T40.8	Lysergide [LSD]
T40.9	Psychodysléptiques [hallucinogènes], autres et sans précision (Mescaline, Psilocine, Psilocybine)
T41	Intoxication par anesthésiques et gaz thérapeutiques
T41.2	Anesthésiques intraveineux (Thiobarbituriques)
T42	Intoxication par antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens
T42.0	Dérivés de l'hydantoïne
T42.1	Iminostilbènes (Carbamazépine)
T42.2	Succinimides et oxazolidine-diones
T42.3	Barbituriques
T42.4	Benzodiazépines
T42.6	Autres antiépileptiques, sédatifs et hypnotiques (Acide valproïque, Méthahqualone)
T43	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
T43.0	Antidépresseurs tricycliques et tétracycliques
T43.1	Antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine-oxydase
T43.2	Antidépresseurs, autres et non précisés
T43.3	Psycholéptiques et neuroléptiques dérivés de la phénothiazine
T43.4	Neuroléptiques de type butyrophénone et thioxanthène
T43.5	Psycholéptiques et neuroléptiques, autres et non précisés
T43.6	Psychostimulants présentant un risque d'abus
T43.8	Autres médicaments psychotropes, non classés ailleurs
T43.9	Médicament psychotrope, sans précision
T51	Effet toxique de l'alcool
T52	Effet toxique de solvants organiques
Y11	Intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs, intention non déterminée
Y12	Intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs, intention non déterminée
Y15	Intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool, intention non déterminée

Tableau élaboré à partir des informations fournies par l'Organisation mondiale de la santé (2008)

Annexe 3 : Variables à extraire des rapports des coroners

Types d'informations	Variables	Définition des variables
Informations reliées aux dossiers	ID du défunt	Numéros de rapports en ordre chronologique (# attribués de 1 à 346, soit le nombre de rapports reçus du Bureau du coroner)
	Date de l'avis	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx)
	Titre et nom du coroner	Titre (Me, Dr) Prénom Nom
	Cause du décès	Texte (tel qu'inscrit à la fin des rapports)
	Catégorie de décès	Décès intentionnel (suicide) (1), décès non intentionnel (accidentel) (2), décès indéterminé (3), non mentionnée (4) ou plusieurs catégories mentionnées (5)
	Classement des décès	Si catégorie de décès (4) ou (5), reclasser dans une catégorie précise de décès (1), (2) ou (3) en fonction des indices ou impressions mentionnés par les coroners
	Cause cardiaque*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Hypothermie*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Contexte de soins*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Explications des coroners	Texte (si notions théoriques mentionnées par les coroners) *Souvent en lien avec les substances à l'analyse toxicologique*
	Recommandations des coroners	Texte (si coroners ont fait des recommandations visant un partenaire)
	Impressions	Texte (si impressions particulières après lecture des rapports)
Informations sociodémographiques	Autres informations pertinentes	Texte
	Âge	X ans (parfois à calculer en fonction de la date de naissance)
	Sexe	Masculin (1), féminin (2) ou non mentionné (3)
	Ethnicité*	Texte (si mentionné)
	Municipalité de résidence au moment du décès	Nom de la municipalité
	Municipalité de la Montérégie	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *À exclure si le lieu de résidence n'est pas en Montérégie.*
	CISSS d'appartenance de la municipalité	CISSSMO (1), CISSSMC (2), CISSSME (3) ou Limite entre deux CISSS (Longueuil) (4)
	Cohabitation au moment du décès	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Considérer en cohabitation si partage généralement certains espaces communs avec d'autres personnes (ex. : maison de chambres, résidence), si vit avec au moins une autre personne même si celle-ci est absente au moment du décès.*
	Situation d'itinérance au moment du décès	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Considérer en situation d'itinérance si mention claire que n'a pas de logement, si expulsé de son logement, si vit temporairement chez autrui. Situation incertaine (non mentionnée) si vit en maison de chambre ou en roulotte et qu'il manque d'information pour juger de la situation.*
	Autres informations pertinentes	Texte

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables	Définition des variables
Autres facteurs sociaux	Emploi ou études	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Type d'emploi ou d'études	Texte
	Autres sources de revenus*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Travail du sexe*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Enjeux financiers*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Isolement social*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Antécédents (ATCD) d'itinérance*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Parentalité	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Mettre 3 à parentalité si pas davantage de précision donnée quant à la présence ou non d'enfant(s) au domicile.*
	Enfant(s) à la maison	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Mettre 2 si mention que personne vit seule ou seule avec conjoint(e).*
	Statut marital	Célibataire (1), en couple (2) ou non mentionné (3)
	Rupture amoureuse récente*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Deuil récent*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	ATCD d'accident (ex. : de la route)*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	ATCD judiciaires*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	ATCD d'incarcération*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Date de dernière libération	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx)
	Délai entre libération et décès	X jours, semaines ou mois (estimation si pas de date de libération mentionnée)
	Interdiction de contact*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Contact récent avec la police*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Date du dernier contact	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx)
	Délai entre contact police et décès	X jours, semaines ou mois (estimation si pas de date de contact mentionnée)
	Contexte	Texte
	Autres informations pertinentes	Texte (ex. : en conflit)

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables	Définition des variables
ATCD médicaux	Problèmes de santé physique	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Problèmes cardiaques, vasculaires ou pulmonaires*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Douleurs chroniques*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Non liées au cancer*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Liées au cancer*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Traitement en clinique de la douleur*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Diagnostic(s) de problèmes physiques	Texte
	Problèmes de santé mentale	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Idées suicidaires antérieures*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Tentative(s) de suicide antérieure(s)*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Troubles de l'humeur*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Bipolarité*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Dépression*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Troubles anxieux*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Troubles de la personnalité*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Troubles psychotiques*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Incluant schizophrénie, psychoses et idées paranoïdes.*
	Troubles de stress post-traumatique (TSPT)*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Diagnostic(s) de problèmes de santé mentale	Texte
	Problème de consommation de substance(s)	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Répondre à toutes les sous-variables de cette sous-section. Mettre oui si mention de consommation même si info vient des proches, mais ne pas inscrire de diagnostic officiel. *
	Diagnostic officiel de trouble(s) liés aux SPA (TLS)	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Mettre oui si problème de consommation connu d'un professionnel. Pourrait alors ne pas vraiment répondre à la définition (critères) du TLS.*
	Formulation du diagnostic	Texte (ex. : consommateur de SPA, narcodépendance)
	ATCD d'utilisation de médicaments d'une manière autre que celle prescrite	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Traitements pour les problèmes de dépendance	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Counseling*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Réadaptation fermée*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Réadaptation externe*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Médicament pour la dépendance*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Autre	Texte
	Antécédent(s) de surdose	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables	Définition des variables
ATCD médicaux	Prescriptions antérieures	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Opioides*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Benzodiazépines*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Antidépresseurs*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Antipsychotiques*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Autres	Texte (classes ou noms)
	Prescriptions actuelles	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Opioides*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Benzodiazépines*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Antidépresseurs*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Antipsychotiques*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Autres	Texte (classes ou noms) *Mettre dans autres si substances détectées à l'analyse toxico, mais pas de mention de prescription.*
	Statut tabagique	Fumeur (1), non-fumeur (2) ou non mentionné (3)
	Antécédent de tabagisme*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Diagnostics médicaux	Texte (noms et années si possible)
	Mauvaise compliance aux traitements/suivis	Texte
	Autres informations pertinentes	Texte

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables	Définition des variables					
Circonstances entourant le décès	Analyses et substances impliquées	SARS-CoV-2*	Positif (1), négatif (2) ou non effectué/non mentionné (3) *Ne pas remplir avant mars 2020 puisque nécessairement pas fait (préandémie). Inscrire seulement si 1 ou 2 (test fait).*				
		Autopsie	Examen externe	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)			
			Examen interne approfondi (parfois nommé autopsie)	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)			
			Trouvailles en lien avec la consommation de substance(s)	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Pour lésions en lien avec la consommation, pas nécessairement contributoire au décès.*			
			Autres lésion(s) significative (s) traumatique(s) ou naturelle(s)	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *Pour lésions ayant une autre cause que la consommation, pas nécessairement contributoire au décès.*			
			Description des lésions	Texte			
		Analyse toxicologique	Oui (1), non (2), non mentionné (3) ou réalisée à l'hôpital (4)				
		Substances détectées	Alcool		Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)		
					Alcoolémie (mg/dL)	Nombre *Laisser la case vide si N/A.*	
					Présence d'alcool seulement*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
					Alcool + autre(s) SPA*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
			Opioïdes*		Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)		
					Fentanyl*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
					Nitazènes*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
					TAO*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
					Buprénorphine-Naloxone (Suboxone)*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
					Méthadone*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
					Autres opioïdes*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)	
			Benzodiazépines*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)			
			Antipsychotiques*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)			
			Antidépresseurs*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)			
			Cocaïne*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3) *Ne pas inscrire oui si seulement métabolite détecté, indiquer dans autres substances le cas échéant.*			

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables	Définition des variables		
Circonstances entourant le décès	Analyses et substances impliquées		Méthamphé-tamine*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)
			Cannabis*	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)
			Autres substances	Texte *Inscrire toutes les substances détectées sauf l'alcool.*
			Nombre de substances	Nombre total *Incluant alcool, mais excluant métabolites.*
			Analgésiques	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)
			Dépresseurs	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)
			Stimulants	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)
			Hallucinogènes	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)
			Métabolites	Oui (1), non (2) ou analyse non concluante (3)
			Types de substances psychoactives	Médicaments (1), drogues d'usage potentiellement problématique (2), mixte médicaments et drogues (3), impossible à déterminer (4)
			Types de médicaments	Prescrits (1), non prescrits (2), mixte prescrits et non prescrits (3), impossible à déterminer (4)
		Voie(s) de consommation (mode(s) de conso présumé(s))	Orale*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Injection*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Intranasale*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Fumée/inhalée*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Transdermique*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Contexte entourant la surdose	Mention de chaleur ayant pu contribuer au décès (ex. : vague de chaleur)*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)	
		Signe de lutte, de violence ou traumatisme	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)	
		Suicide	Oui (1), non (2) ou indéterminé/non mentionné (3)	
			Détresse psychologique actuelle*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Épisode dépressif actuel*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Idées/propos suicidaires récents*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Note ou lettre de suicide/d'adieu*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Témoin*	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Autre preuve	Texte
Consommation		Seule (1), accompagnée (2) ou non mentionné (3) *Accompagnée = consommation devant un témoin, ex. : personnel soignant ou proche. Assumer que consommation seule si pas de mention claire de consommation avec qqn ou témoin. Témoin ne consomme pas nécessairement avec la personne.*		
Témoin visuel de l'état d'intoxication		Oui (1), non (2) ou non mentionné/incertain (3) *Témoin visuel = personne qui a vu la personne entre le moment de sa consommation de SPA et le moment de son décès, qui a pu voir un certain état d'intoxication (ex. : ronflement, confusion). N'inclut pas les personnes qui ont seulement entendu la personne (ex. : au téléphone ou l'autre côté d'un mur).*		

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables	Définition des variables	
Circonstances entourant le décès	Contexte entourant la surdose	Personne trouvée par	Proche (1), premiers répondants (2), personnel carcéral (3), personnel médical (4), autre intervenant (5), propriétaire/responsable de l'immeuble (6), collègue/employeur (7), voisin (8), non spécifié (9), autre (10), colocataire (11)
		Autre	Texte
	Lieu du décès	Municipalité du décès	Nom de la municipalité
		Domicile privé	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Autre domicile	Domicile du défunt
			Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Extérieur du domicile	Texte *Préciser si maison de chambres, résidence pour sans-abris, etc.*
			Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Lieu public*
			Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Lieu dédié à la consommation*
			Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Centre hospitalier*
			Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Milieu carcéral*
			Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Autre	Texte
	Moment du décès	Date de décès présumée	année-mois-jour (xxxx-xx-xx) *Quand la date de décès est estimée.*
		Date de décès confirmée	année-mois-jour (xxxx-xx-xx) *Quand il y a certitude que la personne est décédée la journée où elle a été trouvée.*
		Toutes les dates de décès	année-mois-jour (xxxx-xx-xx) *Pour les analyses, inscrire toutes les dates de décès dans une même colonne.*
		Lieu constatation du décès	Texte pour nom du lieu (ex. : domicile, Hôpital Pierre-Boucher)
		Type de lieu de décès	Domicile (1), hôpital (2) et autre (3)
	Autres informations pertinentes		Texte

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables		Définition des variables	
Prise en charge lors de la surdose	Rigidité cadavérique		Oui (1), non (2), non mentionné (3) ou non applicable (4) *Inscrire lorsque clairement mentionné, éviter les déductions. Inscrire N/A lorsque la personne n'est pas encore décédée lorsque trouvée ou si elle vient tout juste de perdre conscience devant un témoin qui débute les manœuvres de réanimation.*	
	Putréfaction		Oui (1), non (2), non mentionné (3) ou non applicable (4)	
	Soins	Contact 911		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) * Inscrire 1 si une personne se présente en personne au poste de police. Inscrire 3 lorsque non mentionné, même si appel très probable (ex. : si premiers répondants sur les lieux).*
			Contact 911 avec délai	Texte * Délai entre le dernier signe de vie et le moment où la personne est trouvée et l'appel au 911 est logé.*
			Heure du contact	xx : xx (sur 24 h)
			Heure d'arrivée des premiers répondants	xx : xx (sur 24 h)
			Différence d'heure	xx : xx (sur 24 h) (en utilisant une formule pour calculer la différence d'heure entre le contact au 911 et l'arrivée des premiers répondants)
			Premiers répondants présents	Policiers
		Ambulanciers		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Autres		Texte (spécifier si pompiers, civils formés, médecin de l'UCCSPU, etc.)
		Urgence		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
			Seulement pour constat de décès	Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Hospitalisation*		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Unité soins intensifs*		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Intubation*		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Manœuvres de réanimation		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Naloxone*		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)	
	Première personne contactée (service d'urgence ou ami/proche/autre) lorsque trouvée		Services d'urgence (1), ami/proche/autre (2), non mentionné (3) ou non applicable (4) *Si la personne qui trouve la victime appelle à l'aide pour que les personnes autour viennent l'aider, elle n'a pas appelé les services d'urgence en premier. Si les policiers trouvent la victime, la variable est non applicable.*	
	Refus d'écouter un proche, d'aller à l'hôpital ou d'être transporté par les ambulanciers		Oui (1), non (2), non mentionné (3) ou non applicable (4) *Inscrire 1 même si la personne a refusé l'aide dans les heures ou jours précédant le décès. Non applicable si personne inconsciente ou déjà décédée.*	
	Autres informations pertinentes		Texte	

Caractéristiques des victimes de surdose en Montérégie

Types d'informations	Variables	Définition des variables	
Trajectoires de soins et de services précédant la surdose mortelle	Consultation (#1)	Date	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx) *Choisir moitié du mois si pas de date précise (ex. : en novembre = 15 novembre). Choisir date du début d'hospitalisation et indiquer durée du séjour.*
		Lieu	Texte
		Raison	Texte
		Durée séjour	<i>Nombre d'heures-jours-semaines</i>
	Consultation (#2)	Date	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx)
		Lieu	Texte
		Raison	Texte
		Durée séjour	<i>Nombre d'heures-jours-semaines</i>
	Consultation (#3)	Date	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx)
		Lieu	Texte
		Raison	Texte
		Durée séjour	<i>Nombre d'heures-jours-semaines</i>
	<i>Nombre de consultations</i>		Nombre total
	Date du dernier contact connu avec le système de santé		Année-mois-jour (xxxx-xx-xx) *Prendre la dernière date mentionnée dans le rapport même si n'est possiblement pas la réelle date de dernier contact avec le système de santé. Date de départ d'une hospitalisation.*
	<i>Délai entre dernier contact et décès en nombre de jours</i>		X jours (en utilisant formule)
	<i>Délai entre dernier contact et décès en nombre de mois</i>		X mois (en utilisant formule)
	<i>Délai entre dernier contact et décès en nombre d'années</i>		X ans (en utilisant formule)
	Rendez-vous récent manqué*		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Date du RV manqué	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx)
		Délai du RV avant décès	Jours, semaines, mois
	Chirurgie récente*		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
		Date de la chirurgie	Année-mois-jour (xxxx-xx-xx)
		Délai de la chirurgie avant décès	Jours, semaines, mois
	Suivi actif		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Type de suivi		Texte
	Suivi prévu*		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3)
	Type de suivi prévu		Texte
	Mauvaises relations avec le système de santé		Texte
	<i>Malaise avant le décès*</i>		Oui (1), non (2) ou non mentionné (3) *ex. : Inscrire 1 si mention que se sentait moins bien depuis quelques jours.*
	Autres informations pertinentes		Texte

Légende pour l'utilisation de la grille :

Texte* = Pour cette variable, inscrire 1 si oui, mais laisser libre si non ou non mentionné

Texte entre astérisques = Précisions quant à la définition de la variable ou explications sur comment procéder à la collecte

Gras = Titres de sections

Italique = Variables ajoutées a posteriori de la collecte pour faciliter les analyses