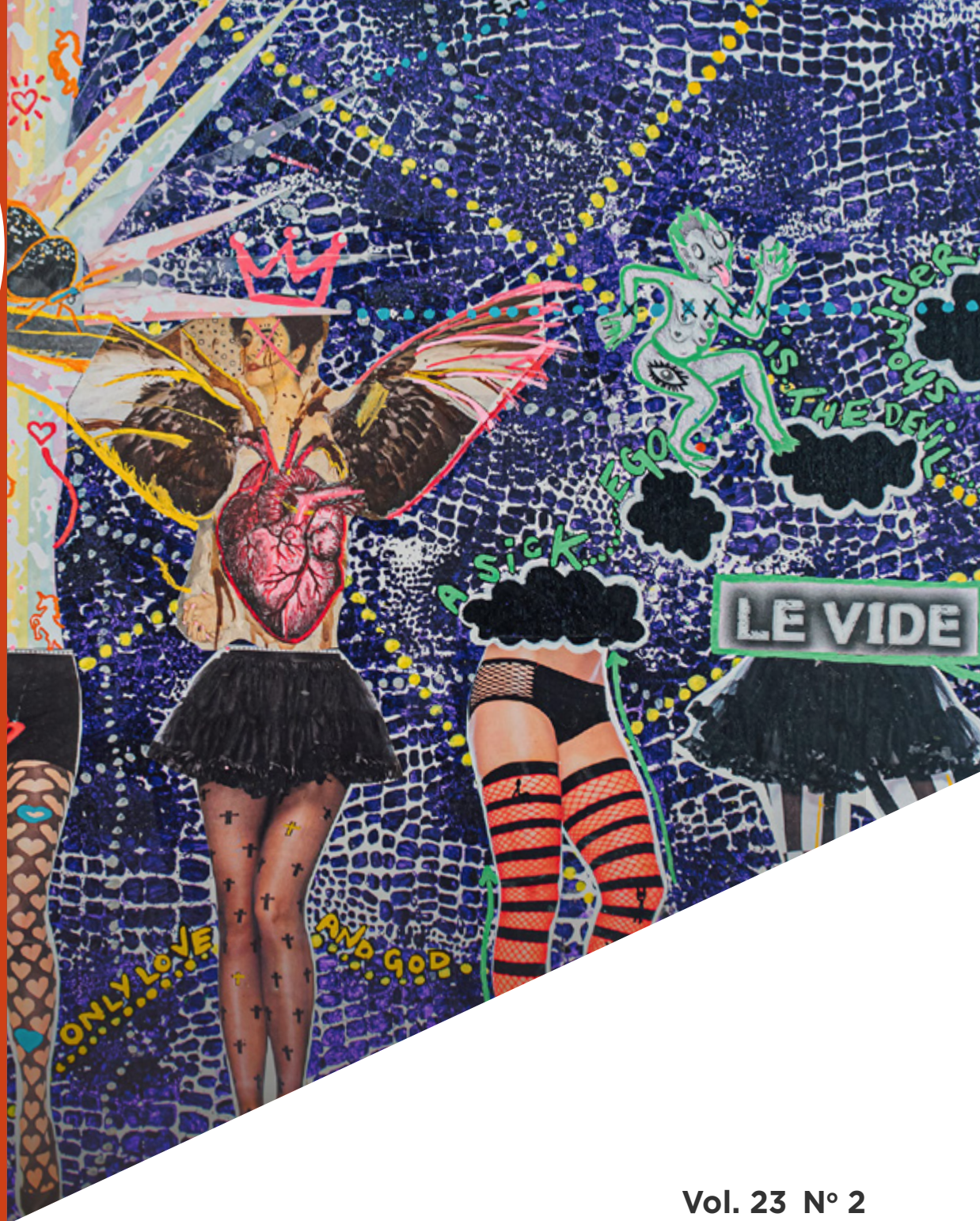


D

DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

drogues-sante-societe.ca



Vol. 23 N° 2
Décembre 2025

HORS THÈME

Sous la direction de
Christophe Huynh



Artiste : Isabelle Boisvert

Pronom : Elle

Titre de l'œuvre : #Sacredfemininity (Féminité sacrée)

Médiums : Acrylique et collage

Contact : isabelle.boisvert.chum@gmail.com



Isabelle Boisvert est une artiste émergente, co-chercheuse en santé publique et experte concernée en mobilisation des connaissances et en engagement communautaire basée à Montréal. Après vingt ans de consommation et quinze ans de lutte contre une dépendance à l'héroïne et au crack, son parcours a été marqué par de nombreuses hospitalisations, surdoses, traitements de substitution, traitements pour l'hépatite C et séjours en désintoxication. Depuis 2020, elle met à profit ses savoirs expérientiels et les conjugue à divers projets de recherche au Centre de recherche du CHUM, au sein de l'Initiative Canadienne de Recherche sur les Impacts des Substances Psychoactives et de Changemark Research + Evaluation.

À titre de co-chercheuse, Isabelle contribue également à deux projets majeurs : **Gender-ARP**, un projet de recherche sur le genre, la diversité et l'intervention en dépendance et la **Cohorte Femmes+** (Femmes Engagées pour une Meilleure Mobilisation contre les Enjeux de Santé).

Comme conférencière et consultante, Isabelle accompagne des organisations dans le développement de stratégies d'engagement communautaire et « par et pour », en lien avec la réduction des méfaits, la lutte à la stigmatisation et l'inclusion des personnes concernées dans la recherche et les politiques publiques.

Depuis l'enfance, Isabelle possède un esprit profondément créatif, et l'art a toujours été pour elle un moyen d'expression et de guérison. Après avoir perdu tout contact avec cette pratique pendant ses années de consommation, elle y est revenue progressivement, y trouvant un espace de liberté, de reconstruction et de sens. Ses œuvres, souvent créées au cœur d'épreuves telles que le décès de proches par surdose ou des ruptures marquantes, témoignent d'une exploration sensible de la vulnérabilité et de la résilience. Son processus artistique, intuitif et autodidacte, est devenu un véritable acte de résistance et de transformation.

Cette renaissance artistique s'est pleinement révélée au sein du projet **Exprimer l'invisible : L'art de prendre la parole**, qu'elle a conçu et coordonné avec un comité de personnes ayant des savoirs expérientiels et leurs allié·e·s. Son œuvre **#Sacredfemininity (Féminité sacrée)**, réalisée en acrylique et collage, incarne cette exploration de la force intérieure et de la féminité comme espace sacré. Sélectionnée pour illustrer ce numéro de **Drogues, santé et société**, elle constitue une retombée directe du mouvement collectif né d'*Exprimer l'invisible*.

Par son travail artistique et professionnel, elle met en dialogue art, vécu, recherche et engagement social afin de rendre visibles les réalités trop souvent marginalisées.

Partenaires alliés qui ont soutenu l'initiative Exprimer l'invisible : ICRIS-CRISM Québec, IUD, La GID, AQPSUD, AIDQ, Méta d'âme, Société Elizabeth Fry Québec, Collectif Art Entr'elles

TABLE DES MATIÈRES

Mot de présentation

i DSS hors thème

Éditorial

1 Revaloriser la place des femmes dans les conférences sur les jeux de hasard et d'argent : le rôle des communautés francophones pour une recherche plus équitable

Hors thème

9 Addiction et accès aux soins : une enquête qualitative auprès de femmes consommatrices de substances

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

80 Le trouble concomitant selon une perspective syndémique : une étude de cas multiples

118 Engagement de personnes utilisatrices de drogues dans une recherche participative



DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Mot de présentation

Les numéros hors thème permettent d'explorer une pluralité de sujets, de même que diverses manières de les aborder. Une trame de fond commune se dégage néanmoins de l'ensemble des textes réunis dans ce numéro : l'urgence et la nécessité de rendre visibles les personnes exclues ou marginalisées en raison d'identités, de caractéristiques, de styles de vie ou de comportements qui ne correspondent pas aux normes dominantes. C'est notamment le cas des femmes dans un monde largement gouverné par les hommes et conçu pour eux, et ce, dans de nombreuses sphères d'activité, y compris le milieu universitaire et de la recherche. C'est également le cas des personnes qui tentent d'accéder à des services en dépendance, mais dont les profils cliniques complexes ou la réalité intersectionnelle constituent des barrières à l'obtention de soins adéquats et véritablement holistiques. De la même manière, ce numéro s'attarde au fait qu'il est devenu essentiel, voire incontournable, d'intégrer les personnes concernées à toutes les étapes de la recherche, de sa conception à sa diffusion ; elles ne doivent plus être envisagées uniquement comme consultantes ou participantes, et encore moins comme de simples faire-valoir. Dans cette logique, il allait de soi que l'illustration de la page couverture de ce numéro soit l'œuvre d'une artiste ayant participé à l'événement *Exprimer l'invisible : l'art de prendre la parole*, tenu le 25 septembre dernier à Montréal. Cette journée de conférences, d'échanges et d'exposition d'œuvres artistiques était organisée par des personnes détenant un savoir expérientiel en matière de dépendance, de santé mentale, d'itinérance, de judiciarisation ou de travail du sexe.

Drogues, santé et société souhaite contribuer à nourrir et à animer les réflexions autour de ces enjeux transversaux, en offrant un espace de mise en dialogue à des voix, des objets et des perspectives qui, bien que divers dans leurs objets et leurs approches, partagent une attention commune aux rapports de pouvoir, aux mécanismes d'exclusion et aux conditions de possibilité d'une recherche et d'interventions plus inclusives. Les articles de ce numéro donnent à voir cette pluralité de regards et de terrains, tout en illustrant la richesse et la pertinence des questionnements soulevés.

Pour amorcer le numéro, un éditorial signé par quatre professeures québécoises, **Adèle Morvannou**, **Eva Monson**, **Annie-Claude Savard** et **Andrée-Année Légaré**, nous sensibilise à l'urgence d'agir afin que les communautés scientifiques puissent collectivement inverser la tendance dominante de la sous-représentation des femmes, en particulier lors des conférences sur les jeux de hasard et d'argent. En plus d'exposer les chiffres qui démontrent ce déséquilibre, elles

Mot de présentation

proposent des recommandations visant à faire évoluer les pratiques. Ces pistes d'action ne corrigent pas uniquement une injustice, mais contribueraient également à améliorer la qualité de la science produite. Bien que cet éditorial porte principalement sur la réalité des recherches dans le domaine des jeux de hasard et d'argent, les propos de ces quatre autrices sauront aussi résonner dans de nombreux autres champs d'études scientifiques.

Toujours sur l'importance de faire entendre la voix des femmes, l'article de **Sarah El Guendi** nous amène ensuite à considérer l'expérience des femmes utilisatrices de substances dans leur recherche d'aide et de services en Belgique. La criminologue souligne comment les différences genrées, tant sur le plan de la consommation que des services associés, sont souvent reléguées en second plan. Or, le genre n'est pas uniquement une donnée statistique, mais représente tout un univers de représentations et d'expériences sociales. À travers l'analyse qualitative d'entrevues réalisées auprès de 15 femmes, El Guendi met en relief les perspectives polyphoniques des femmes et les différents rapports d'inégalités qui traversent l'usage des drogues. Ce faisant, elle démontre entre autres comment la représentation sociale de la femme comme mère devient un enjeu lors d'une demande d'aide. Être mère et consommer constitue alors en effet une source de jugement et de stigmatisation accrue que les femmes vivent de manière disproportionnée par rapport aux hommes.

Dans un autre registre, le texte de **Marianne Bouvrette, Julie Loslier et David-Martin Milot** présente un portrait exhaustif des décès par surdose accidentelle en Montérégie, région située sur la Rive-Sud de Montréal, au Québec, de 2018 à 2022. À partir des rapports du Bureau du coroner, les 222 cas de surdose étudiés mettent en relief des prévalences élevées de problèmes de santé physique et de santé mentale. La moitié des personnes concernées avait d'ailleurs eu au moins un contact avec le réseau de la santé et des services sociaux au cours de l'année précédant l'étude. L'article souligne également la nécessité de documenter plus clairement les situations d'itinérance afin de mieux comprendre comment ces contextes ont pu contribuer aux décès. Dans son ensemble, ce portrait descriptif fait ressortir l'hétérogénéité des caractéristiques des personnes décédées par surdose, de même que la nécessité de poursuivre ce type de travail de surveillance afin que les actions posées par les directions de santé publique soient davantage « holistiques, proactives et coordonnées ».

Pour demeurer dans la sphère des services offerts aux personnes présentant un trouble dit concomitant, soit la présence simultanée d'un trouble de l'usage d'une substance et d'un trouble mental, **Isabelle St-Pierre et Liette St-Pierre** présentent trois études de cas illustrant des trajectoires de soins et de services à l'urgence, ainsi que leur orientation vers les services de première et de deuxième ligne. Les autrices nous rappellent que le trouble mental et le trouble de l'usage d'une substance sont deux problématiques de santé qui interagissent de manière synergique pour produire des effets négatifs amplifiés. Dès lors, il devient nécessaire de considérer le trouble concomitant comme une condition en soi, et de cesser de le concevoir comme la simple addition de deux situations pouvant être traitées séparément. Les trois parcours présentés dans ce texte

Mot de présentation

mettent en évidence la fragmentation des services, qui fonctionnent souvent en silos, laissant des personnes sans services adéquats, faute de correspondre parfaitement aux critères préétablis.

Pour conclure ce numéro, **Lucie Fradet** et **Sophie Dupéré** présentent la manière dont des personnes utilisatrices de drogues se sont engagées dans des processus de recherche, de création artistique et de mobilisation des connaissances. Elles font état des ingrédients ayant contribué au succès de leur implication dans une recherche participative, tout en identifiant les défis rencontrés. Ce texte constitue à la fois une réflexion et un guide pour les chercheurs et les chercheuses œuvrant dans le domaine des substances psychoactives, afin de valoriser l'apport des personnes concernées et de leur donner la place qui leur revient dans la co-construction des savoirs. Les autrices invitent ainsi à dépasser les idées préconçues quant à ce que ces personnes peuvent – ou ne peuvent pas – apporter. Comme elles le soulignent : « [les personnes utilisatrices de drogues] peuvent être fiables, avoir la capacité intellectuelle de faire de la recherche avec rigueur et l'aptitude pour agir en mode collectif. »

Par ce numéro, composé de textes rédigés presque exclusivement par des femmes, le comité de rédaction de Drogues, santé et société souhaite contribuer à faire en sorte que les voix de personnes trop souvent ignorées se fassent entendre et résonnent, tant parce qu'elles sont indispensables à la production des connaissances que parce qu'elles participent à la construction d'un monde plus juste et plus équitable.

Christophe Huynh, éditeur délégué



Revaloriser la place des femmes dans les conférences sur les jeux de hasard et d'argent: le rôle des communautés francophones pour une recherche plus équitable

NOTE DE LA RÉDACTION

Les éditoriaux ne reflètent pas nécessairement l'opinion de toutes les personnes membres du comité de rédaction et n'engagent en rien la responsabilité de celles-ci.

Malgré sa diversité et son caractère fortement interdisciplinaire, le champ des jeux de hasard et d'argent (JHA) demeure marqué par une sous-représentation persistante des femmes dans les rôles les plus prestigieux lors des conférences internationales. Ce déséquilibre, bien documenté, freine la qualité scientifique, l'innovation et l'inclusion.

Nous avons récemment participé à plusieurs conférences sur les dépendances, à différents niveaux: local (Convergence Recherche Intervention [CRI]), national (Association Canadienne-Française pour l'Avancement des Sciences [ACFAS]), et international, notamment au 5^e symposium multidisciplinaire de Montreux (Suisse) et à la 10^e conférence sur les dépendances comportementales à Nantes (France). Ces événements ont été l'occasion d'échanger avec des spécialistes du monde entier, de suivre l'évolution du domaine, d'apprécier la richesse des travaux menés dans ce champ résolument multidisciplinaire, ainsi que la diversité manifeste des personnes qui contribuent à la recherche.

La participation à ces événements a aussi permis de réfléchir à une réalité persistante et préoccupante, corroborée par deux publications récentes: l'enracinement des inégalités de genre dans l'attribution des rôles prestigieux de conférencier-e-s invité-e-s (*keynote*, plénière, discours d'ouverture et de clôture) dans le domaine des JHA (Monson et al., 2023, 2025). Comment un domaine

innovant et riche par la diversité de ses méthodes et de ses chercheur-e-s accorde encore une visibilité disproportionnée aux voix masculines ? Bien que la sous-représentation des femmes dans les conférences scientifiques soit un phénomène reconnu dans plusieurs domaines, les données récentes montrent qu'elle persiste de manière marquée et documentée dans le champ des JHA (Monson et al., 2023, 2025). Si la sous-représentation des femmes constitue en soi un déséquilibre problématique, certains pourraient néanmoins s'interroger sur les implications spécifiques de cette situation pour la francophonie. Cet éditorial propose d'explorer ces questions à la lumière des travaux récents afin d'alimenter une réflexion collective sur l'évolution du champ. Il vise également à envisager des pistes pour inverser cette tendance.

Un problème entier, actuel et persistant

Un premier article, publié en 2023 dans *PLOS One*, a analysé dix années de programmation de conférences internationales dans le domaine des JHA (Monson et al., 2023). Les résultats révèlent une sous-représentation persistante des femmes, qui ne montre aucun signe d'amélioration avec le temps, dans les rôles prestigieux de conférencières invitées : seulement 30,2 % des intervenant-e-s invité-e-s étaient des femmes, avec un ratio hommes-femmes de 9 pour 1 parmi les dix personnes les plus sollicitées. Ce constat alarmant ne varie ni selon le continent, ni selon le type de rôle, ni selon le type de conférence.

La seule exception apparente concerne les chercheur-e-s en début de carrière, où l'on observe une quasi-parité entre étudiant-e-s et jeunes chercheur-e-s. Toutefois, cette proportion s'effondre aux niveaux académiques plus avancés, illustrant le phénomène du *leaky pipeline*, ou « fuite des talents féminins », c'est-à-dire l'attrition progressive et disproportionnée des femmes à mesure qu'elles montent dans la hiérarchie académique (Pell, 1996), largement documentée dans d'autres domaines scientifiques. Ce schéma reflète la profondeur des inégalités de genre enracinées dans la culture universitaire et ses structures (Jones et al., 2014 ; Martinez et al., 2007).

Ces résultats peuvent surprendre. Le domaine des JHA se distingue en effet par son interdisciplinarité, à la croisée des sciences sociales, de la santé, des sciences naturelles, de l'informatique, des technologies, mais aussi des finances et de l'administration. Cette diversité pourrait nourrir l'espoir d'une plus grande ouverture aux voix multiples et à une véritable inclusion. Or, les déséquilibres observés s'avèrent comparables à ceux constatés dans les disciplines dites STEM, soit les sciences, les technologies, l'ingénierie et les mathématiques, historiquement dominées par les hommes (Arora et al., 2020 ; Flaten et al., 2020 ; Fournier et al., 2020).

Des recommandations pour agir

Un deuxième article, publié dans *Critical Gambling Studies* (Monson et al., 2025), propose des recommandations concrètes pour corriger ces déséquilibres. Issu d'un forum international organisé en 2023 par le réseau Research And Networking for Gambling Early-career Scholars (RANGES)

au Québec, cet article s'appuie sur une démarche collaborative réunissant les chercheur·e·s et les personnes concernées afin de co-élaborer des solutions inclusives et équitables. Inspirées de pratiques éprouvées dans d'autres domaines, notamment les disciplines STEM (*Science, Technology, Engineering and Mathematics*) et les sciences sociales (Carnes et al., 2015; Casadevall, 2015; Corona-Sobrino et al., 2020; Pell, 1996; Prime et Moss-Racusin, 2009), ces mesures constituent de véritables leviers d'action :

- **Constituer des comités d'organisation paritaires** et rendre publique la composition des comités, en incluant les données sur le genre (Casadevall, 2015; Débarre et al., 2018).
- **Former les comités organisateurs** aux enjeux d'équité, aux biais inconscients et au respect de codes de conduite (Carnes et al., 2015).
- **Inviter en priorité des femmes**, afin d'anticiper les désistements plus fréquents (souvent liés à des contraintes ou surcharges professionnelles et familiales) (Corona-Sobrino et al., 2020).
- **Éviter les panels exclusivement masculins** (appelés aussi des « manels ») en valorisant la mixité, ce qui contribue à offrir des modèles inspirants pour la relève (Casadevall, 2015).
- **Recueillir et publier chaque année des statistiques détaillées de participation selon le genre** pour mesurer les progrès et inciter les comités organisateurs à maintenir leurs efforts sur la durée (Casadevall, 2015).
- **Soutenir les chercheuses en début de carrière**, moment charnière où beaucoup quittent la carrière universitaire (Pell, 1996).
- **Impliquer activement les hommes alliés**, notamment ceux en position d'autorité, pour soutenir les dynamiques d'équité (Prime et Moss-Racusin, 2009).

Ces recommandations reposent sur une idée simple et fondée empiriquement : accroître la visibilité des femmes déjà actives renforce l'inclusion, enrichit les débats scientifiques, stimule l'innovation et offre des modèles inspirants aux nouvelles générations (Biggs et al., 2018; Nielsen et al., 2017). Certes, leur mise en œuvre exige du temps, de la volonté et des efforts concertés, mais la recherche menée dans d'autres domaines démontre que ces mesures portent leurs fruits, à condition d'être adoptées collectivement et durablement (Dymore-Brown et al., 2024; Frost, 2018).

Pourquoi ces enjeux concernent aussi les communautés francophones ?

La sous-représentation des femmes dans les rôles à forte visibilité touche également les communautés scientifiques francophones. Des travaux menés en France et en Suisse montrent des tendances similaires dans des disciplines comme la psychiatrie ou la médecine du sport (Pierron et al., 2020; Schumacher et Seiler, 2021). Rien n'indique que le domaine des JHA échappe à ce constat.

Dans ce contexte, les conférences bilingues ou à forte représentation francophone, comme celles de Montreux et de Nantes, ont un rôle stratégique à jouer. Elles constituent des occasions privilégiées pour promouvoir une programmation équitable et inclusive, pavant ainsi la voie à l'adoption de meilleures pratiques.

Parallèlement, les événements locaux ou nationaux organisés en français jouent un rôle structurant pour la communauté scientifique francophone. Ils sont souvent le premier espace de prise de parole pour les jeunes chercheur·e·s, notamment les femmes. Ce sont des lieux clés de socialisation scientifique, de mentorat et de professionnalisation (Derasp et Poljak, 2023 ; St-Onge et al., 2021).

Les recommandations formulées ne doivent donc pas se limiter aux grandes conférences internationales, mais aussi à ces espaces de proximité. Les conférences locales sont des lieux décisifs pour faire émerger une relève diversifiée et engagée. Ainsi, à la fois à l'échelle régionale, nationale et internationale, les rendez-vous scientifiques francophones représentent des leviers majeurs pour promouvoir la diversité, renforcer l'équité et assurer un développement plus inclusif des carrières académiques.

Au-delà de l'équité : un enjeu de qualité scientifique

Ce débat sur la représentativité dépasse les seules questions d'équité ou de justice. Les inégalités d'accès à la parole publique ont des conséquences concrètes sur les carrières, la visibilité des travaux et les orientations mêmes de la recherche (Aldrich et al., 2019 ; Sanchez et al., 2019). L'absence de diversité prive les jeunes chercheur·e·s de modèles, limite leurs opportunités de réseautage et réduit l'influence des perspectives minorisées sur les priorités scientifiques. De nombreuses études montrent que les personnes qui font de la recherche ont tendance à s'intéresser à des questions qui résonnent avec leur propre vécu (Beery et Zucker, 2011 ; Nielsen et al., 2017). Ainsi, un espace scientifique dominé par un groupe homogène risque de maintenir dans l'ombre certains angles d'analyse ou des problématiques vécues par d'autres groupes. À l'inverse, la diversité des voix nourrit l'excellence scientifique, accroît la robustesse des résultats et renforce leur impact sociétal (Casadevall, 2015 ; Vallence et al., 2018 ; Yang et al., 2022).

De la prise de conscience à l'action collective

Les causes de ces déséquilibres sont multiples : composition majoritairement masculine des comités organisateurs, plus forte charge familiale assumée par les femmes, ou encore une tendance accrue à refuser les invitations à parler, souvent en raison de contraintes logistiques ou de pressions professionnelles (Fournier et al., 2020 ; Jones et al., 2014 ; Schroeder et al., 2013 ; Tower et Latimer, 2016). Ces mécanismes, parfois invisibles ou intériorisés, participent d'une exclusion systémique bien documentée (Pell, 1996), comme la fuite des talents féminins du monde universitaire.

Pour être efficaces, les solutions doivent s'appuyer sur la compréhension des expériences vécues. Or, peu d'études donnent la parole aux personnes concernées. Documenter leurs trajectoires et identifier les obstacles concrets est indispensable pour dépasser les constats et mettre en œuvre des mesures adaptées et durables.

Les données existent, et des recommandations commencent à voir le jour. Mais beaucoup reste à faire. Le véritable défi réside autant dans la prise de conscience que dans la diffusion des constats, l'appropriation des solutions et surtout dans l'engagement vers une action collective. À ce jour, trop peu d'études ont donné la parole aux femmes directement concernées. Comprendre leurs trajectoires, leurs choix et les obstacles qu'elles rencontrent est une étape essentielle pour mettre en œuvre des mesures adaptées, durables et équitables.

En tant que communauté scientifique francophone, nous avons les moyens et la responsabilité de faire évoluer les pratiques. À tous les niveaux, des conférences locales aux grands congrès internationaux, il est possible de promouvoir une représentation plus juste et plus riche.

Le temps des constats est révolu. Il est temps d'écouter, d'agir et d'oser changer le cours des choses, ensemble.

Adèle Morvannou,

Professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire,
Université de Sherbrooke

Eva Monson,

Professeure agrégée, Département des sciences de la santé communautaire,
Université de Sherbrooke

Annie-Claude Savard,

Professeure agrégée, École de travail social et de criminologie,
Université Laval

Andrée-Anne Légaré,

Professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire,
Université de Sherbrooke

Références

- Aldrich, M. C., Cust, A. E., & Raynes-Greenow, C. (2019). Gender equity in epidemiology: A policy brief. *Annals of Epidemiology*, 35, 1–3. doi: [10.1016/j.annepidem.2019.03.010](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.03.010).
- Arora, A., Kaur, Y., Dossa, F., Nisenbaum, R., Little, D., & Baxter, N. N. (2020). Proportion of female speakers at academic medical conferences across multiple specialties and regions. *JAMA Network Open*, 3(9). doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.18127](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.18127).
- Beery, A. K., & Zucker, I. (2011). Sex bias in neuroscience and biomedical research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 565–572. doi: [10.1016/j.neubiorev.2010.07.002](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.002).
- Biggs, J., Hawley, P. H., & Biernat, M. (2018). The academic conference as a chilly climate for women: Effects of gender representation on experiences of sexism, coping responses, and career intentions. *Sex Roles*, 78(5), 394–408. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0800-9>
- Carnes, M., Devine, P. G., Baier Manwell, L., Byars-Winston, A., Fine, E., Ford, C. E., Forscher, P., Isaac, C., Kaatz, A., Magua, W., Palta, M., & Sheridan, J. (2015). The Effect of an Intervention to Break the Gender Bias Habit for Faculty at One Institution: A Cluster Randomized, Controlled Trial. *Academic Medicine*, 90(2), 221. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000552>
- Casadevall, A. (2015). Achieving speaker gender equity at the American Society for Microbiology General Meeting. *mBio*, 6(4), e01146. <https://doi.org/10.1128/mBio.01146-15>
- Corona-Sobrinho, C., García-Melón, M., Poveda-Bautista, R., & González-Urango, H. (2020). Closing the gender gap at academic conferences: A tool for monitoring and assessing academic events. *PLoS ONE*, 15(12), e0243549. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243549>
- Dymore-Brown, L. A., Ahluwalia, A., Dangoisse, C., Zaman, F., Sereeyotin, J., Mehta, S., & Metaxa, V. (2024). An update on gender disparity in critical care conferences. *Critical Care Explorations*, 6(4), e1075. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001075>
- Débarre, F., Rode, N. O., & Ugelvig, L. V. (2018). Gender equity at scientific events. *Evolution Letters*, 2(3), 148–158. <https://doi.org/10.1002/evl3.49>
- Derasp, S., & Poljak, L. (2023). SFU French graduate students host cross-disciplinary colloquium exploring conflict, identity, and reconciliation. Simon Fraser University. Consulté le 17 juillet 2025, à <https://www.sfu.ca/fass/news/2023/05/CEFCP-2023.html>
- Flaten, H. K., Goodman, L., Wong, E., Hammes, A., & Brown, M. R. (2020). Analysis of speaking opportunities by gender at national dermatologic surgery conferences. *Dermatologic Surgery*, 46(9), 1195–1201. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000002275>
- Fournier, L. E., Hopping, G. C., Zhu, L., Perez-Pinzon, M. A., Ovbiagele, B., McCullough, L. D., & Sharrief, A. Z. (2020). Females are less likely invited speakers to the international stroke conference: Time's up to address sex disparity. *Stroke*, 51(2), 674–678. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.027016>
- Frost, S. (2018). How diversity (that is included) can fuel innovation and engagement – and how sameness can be lethal. *Strategic HR Review*, 17(3), 119–125. <https://doi.org/10.1108/SHR-03-2018-0020>

- Jones, T. M., Fanson, K. V., Lanfear, R., Symonds, M. R., & Higgie, M. (2014). Gender differences in conference presentations: A consequence of self-selection? *PeerJ*, 2, e627. <https://doi.org/10.7717/peerj.627>
- Martinez, E. D., Botos, J., Dohoney, K. M., Geiman, T. M., Kolla, S. S., Olivera, A., Qiu, Y., Rayasam, G. V., Stavreva, D. A., & Cohen-Fix, O. (2007). Falling off the academic bandwagon: Women are more likely to quit at the postdoc to principal investigator transition. *EMBO Reports*, 8(11), 977–981. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7401110>
- Monson, E., Ng, K., Sibbick, H., Berbiche, D., & Morvannou, A. (2023). Gender disparity in prestigious speaking roles: A study of 10 years of international conference programming in the field of gambling studies. *PLoS ONE*, 18(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286803>
- Monson, E., Arsenault, N., Savard, A.-C., Morvannou, A., Baxter, C. M., Hahmann, T., Hitch, C., Kesaite, V., Palmer du Preez, K., & Légaré, A.-A. (2025). Time to shuffle the deck: Recommendations to improve gender representation at gambling studies conferences. *Critical Gambling Studies*, 5(2), 91–103. <https://doi.org/10.29173/cgs222>
- Nielsen, S., Alegria, L., Börjeson, H., Etzkowitz, H. J., Falk-Krzesinski, A., Joshi, E., Leahey, L., Smith-Doerr, A. W., Woolley, A. W., & Schiebinger, L. (2017). Gender diversity leads to better science. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 114(8), 1740–1742. <https://doi.org/10.1073/pnas.1700616114>
- Pell, A. N. (1996). Fixing the leaky pipeline: Women scientists in academia. *Journal of Animal Science*, 74(11), 2843–2848. <https://doi.org/10.2527/1996.74112843x>
- Pierron, J., Dirani, E. E., Sanchez, S., El-Hage, W., & Hingray, C. (2020). Representation of female speakers at French psychiatry conferences. *L'Encéphale*, 46(5), 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.12.001>
- Prime, J., & Moss-Racusin, C. A. (2009). Engaging men in gender initiatives: What change agents need to know. Consulté le 12 aout 2025, à https://www.recherche.uliege.be/upload/docs/application/pdf/2017-12/stt-2016_-_prime_j._moss-racusin_a._engaging_men_in_gender_initiatives.pdf
- Sanchez, M. E., Hypolite, L. I., Newman, C. B., & Cole, D. G. (2019). Black women in STEM: The need for intersectional supports in professional conference spaces. *Journal of Negro Education*, 88(3), 297–310. <https://doi.org/10.7709/jnegroeducation.88.3.0297>
- Schroeder, J., Dugdale, H. L., Radersma, R., Hinsch, M., Buehler, D. M., Saul, J., Porter, L., Liker, A., De Cauwer, I., Johnson, P. J., Santure, A. W., Griffin, A. S., Bolund, E., Ross, L., Webb, T. J., Feulner, P. G. D., Winney, I., Szulkin, M., Komdeur, J., Versteegh, M. A., Hemelrijk, C. K., Svensson, E. I., Edwards, H., Karlsson, M., West, S. A., Barrett, E. L. B., Richardson, D. S., van den Brink, V., Wimpenny, J. H., Ellwood, S. A., Rees, M., Matson, K. D., Charmantier, A., dos Remedios, N., Schneider, N. A., Teplitsky, C., Laurance, W. F., Butlin, R. K., Horrocks, N. P. C. (2013). Fewer invited talks by women in evolutionary biology symposia. *Journal of Evolutionary Biology*, 26(9), 2063–2069. <https://doi.org/10.1111/jeb.12198>
- Schumacher, M., & Seiler, R. (2021). Female representation in sports medicine conferences: A Swiss perspective. Consulté le 12 aout 2025, à https://www.researchgate.net/publication/348650852_OPINION_PIECE_Promoting_gender_equity_in_sport_science

St-Onge, S., Forgues, É., Larivière, V., Riddles, A., & Volkanova, V. (2021). Portrait et défis de la recherche en français en contexte minoritaire au Canada. Montréal : Acfas. Consulté le 17 juillet 2025, à https://www.acfas.ca/sites/default/files/documents_utiles/rapport_francophonie_final_1.pdf

Tower, L. E., & Latimer, M. (2016). Cumulative disadvantage: Effects of early career childcare issues on faculty research travel. *Affilia*, 31(3), 317–330. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1177/0886109915622527>

Vallence, A. M., Hinder, M., & Fujiyama, H. (2018). A data-driven approach to reduce gender disparity in invited speaker programs at scientific meetings. *bioRxiv*, 426320. <https://doi.org/10.1101/426320>

Yang, Y., Tian, T. Y., Woodruff, T. K., Jones, B. F., & Uzzi, B. (2022). Gender-diverse teams produce more novel and higher-impact scientific ideas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(36), e2200841119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2200841119>



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Addiction et accès aux soins : une enquête qualitative auprès de femmes consommatrices de substances

Sarah El Guendi, Ph. D, chercheuse en criminologie et professeure associée, Faculté de Droit,
de Science politique et de Criminologie – Département de criminologie, Université de Liège

Correspondance

Sarah El Guendi
Université de Liège
Faculté de Droit, de Science politique et de Criminologie
Département de criminologie
Quartier Agora, Place des Orateurs 1, Bâtiment B33, Boîte 8
4000 Liège (Sart-Tilman), Belgique
Courriel : Sarah.elguendi@uliege.be
Téléphone : +32 483 50 17 57

Résumé

Cet article tente de comprendre les dynamiques de genre qui influencent l'accès aux soins et aux services de réduction des risques chez les femmes consommatrices de substances en quête de traitement en Belgique. Alors que les recherches antérieures tendent à se centrer sur les expériences masculines ou à adopter des approches standardisées, cette recherche propose une lecture située en mobilisant la théorisation ancrée comme cadre méthodologique. L'objectif est de mettre en lumière les expériences subjectives des femmes, leurs représentations de leur consommation, ainsi que les freins spécifiques auxquels elles sont confrontées dans leur parcours d'accès aux services de santé et de réduction des risques.

L'article repose sur une enquête qualitative menée auprès de quinze femmes, âgées de 19 à 55 ans, recrutées dans trois villes belges (Liège, Charleroi et Bruxelles). Les données ont été recueillies à partir d'entretiens semi-structurés, puis analysées à l'aide de la méthode par théorisation ancrée.

Les résultats révèlent d'une part la diversité des rapports que ces femmes entretiennent à leur consommation, marqués par des enjeux identitaires, et d'autre part les significations qu'elles attribuent aux obstacles rencontrés dans les services: jugements moraux, attentes genrées, expériences de rejet. L'analyse met en évidence la convergence de plusieurs problématiques intersectionnelles qui renforcent la stigmatisation et complexifient l'accès des femmes aux services de réduction des risques.

En conclusion, la présente contribution souligne l'importance de repenser les politiques et les pratiques d'intervention en tenant compte des trajectoires spécifiques des femmes et de l'imbrication de facteurs de vulnérabilité (précarité, troubles psychiques, errance, appartenance minoritaire ou origine ethnique) qui renforce les inégalités d'accès.

Mots-clés : genre, addiction, accès aux soins, stigmatisation, violences

Addiction and Access to Care : A Qualitative Study Among Women Who Use Substances

Abstract

This article looks at how gender affects access to healthcare and harm reduction services for women who use drugs and are seeking treatment in Belgium. Unlike many earlier studies, which tend to focus on men's experiences or rely on standard approaches, this research takes a more grounded and context-based perspective. Using grounded theory, the aim is to better understand how women experience addiction, how they make sense of it, and what specific barriers they face when trying to access appropriate support.

The article is based on qualitative research involving fifteen women aged between 19 and 55, interviewed in three Belgian cities: Liège, Charleroi, and Brussels. Data were collected through semi-structured interviews and analysed using an approach inspired by grounded theory.

The results reveal, on the one hand, the diversity of these women's relationships with their consumption, marked by identity issues, and, on the other hand, the meanings they attribute to the obstacles they encounter in services: moral judgements, gendered expectations, experiences of rejection. The analysis highlights the convergence of several intersectional issues that reinforce stigma and complicate women's access to harm reduction services.

In conclusion, this paper highlights the need to rethink policies and practices by considering women's specific paths and the overlapping vulnerabilities (poverty, mental health problems, homelessness, minority status, or ethnic background) that make access more unequal.

Keywords: gender, addiction, access to care, stigma, violence

Adicción y acceso a la atención sanitaria : una encuesta cualitativa entre mujeres consumidoras de sustancias

Resumen

En este artículo se trata de comprender las dinámicas de género que influyen en el acceso a la atención sanitaria y a los servicios de reducción de riesgos entre las mujeres consumidoras de sustancias que buscan tratamiento en Bélgica. Mientras que las investigaciones anteriores tienden a centrarse en las experiencias masculinas o a adoptar enfoques estandarizados, esta investigación propone una lectura que utiliza la teorización anclada como marco metodológico. El objetivo es poner de relieve las experiencias subjetivas de las mujeres, las representaciones que tienen de su propio consumo, así como los obstáculos específicos que deben enfrentar en su camino hacia el acceso a los servicios de salud y de reducción de riesgos.

El artículo se basa en una encuesta cualitativa realizada con quince mujeres, de entre 19 y 55 años, reclutadas en tres ciudades belgas (Lieja, Charleroi y Bruselas). Los datos se recopilaban a partir de entrevistas semiestructuradas y se analizaron utilizando el método de teorización anclada.

Los resultados revelan, por un lado, la diversidad de las relaciones que estas mujeres mantienen con su consumo, marcadas por cuestiones de identidad, y por el otro los significados que atribuyen a los obstáculos que encuentran en los servicios: juicios morales, expectativas de género, experiencias de rechazo. El análisis pone de relieve la convergencia de varias problemáticas interseccionales que refuerzan la estigmatización y complican el acceso de las mujeres a los servicios de reducción de riesgos.

En conclusión, la presente contribución subraya la importancia de replantearse las políticas y prácticas de intervención teniendo en cuenta las trayectorias específicas de las mujeres y la imbricación de factores de vulnerabilidad (precariedad, trastornos psíquicos, vagabundeo, pertenencia a una minoría u origen étnico) que refuerzan las desigualdades de acceso.

Palabras clave: género, adicción, acceso a la atención sanitaria, estigmatización, violencia

Introduction

L'intégration des rapports de genre dans l'analyse des usages de drogues reste tardive et partielle. Ce n'est qu'à la fin des années 1970, avec l'intervention de femmes ethnographes telles que Patricia Morningstar ou Jennifer James, que le champ académique commence à développer des études sur les femmes consommatrices de substances (Page et Singer, 2010). Longtemps, les effets différenciés du genre sur les pratiques de consommation et sur les réponses sociales qui leur sont associées ont été relégués au second plan. Or, les recherches montrent que les trajectoires de consommation, les contextes d'usage ainsi que les vulnérabilités associées, notamment en matière de besoins, varient sensiblement selon le genre (Bertrand et Nadeau, 2006 ; Neff, 2018).

Malgré cela, les enquêtes empiriques continuent, dans leur grande majorité, à traiter le genre comme une donnée secondaire, voire à l'ignorer, alors que, selon la sociologue française Laure Bereni, le genre est une construction sociale qui hiérarchise les individus selon des représentations liées aux sexes, instaurant à la fois un rapport de pouvoir et une dimension identitaire (Bereni et al., 2020). Le négliger ou le réduire à une simple donnée compromet la compréhension des phénomènes sociaux en neutralisant leur dimension ancrée dans ces rapports de pouvoir et d'identité (Bereni et al., 2020 ; Cardi et Pruvost, 2015).

Représentations sociales et usages de substances psychoactives : une construction genrée de la déviance

Les représentations sociales de l'usage de substances psychoactives ne reflètent pas seulement les pratiques, elles produisent aussi des catégories de perception, de jugement et d'intervention. Construites dans des rapports sociaux marqués par les normes de genre traversant politiques, discours médicaux et savoirs scientifiques (Bergeron, 2010), elles orientent la compréhension des consommations et leurs modalités de prise en charge.

Les données disponibles montrent que les femmes demeurent sous-représentées dans les dispositifs de réduction des risques, où elles ne représentent qu'environ 20 à 30 % des usagers à l'échelle européenne (Greenfield et al., 2010 ; Kalema et al., 2017 ; Perrin, 2023). En Belgique, l'enquête *Gender-Sensitive Treatment and Prevention Services for Alcohol and Drug Users* (GEN-STAR) souligne la faiblesse structurelle de l'offre : seul un service sur dix propose une initiative explicitement sensible au genre (Schamp et al., 2021). Selon Sciensano, l'institut scientifique fédéral de santé publique en Belgique, les femmes représentent 30 % des personnes en traitement, avec des disparités régionales (23 % à Bruxelles et 34 % en Wallonie) (Sciensano, 2023a). Elles sont davantage présentes dans les hôpitaux (35 %) que dans les structures résidentielles hors milieu hospitalier (19 %), ce qui traduit des inégalités d'accès et l'influence des représentations sociales sur les parcours de soin (Sciensano, 2023a).

Les différences apparaissent aussi selon les substances. Au niveau européen, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses dans les traitements liés aux sédatifs et hypnotiques (32 %) que dans ceux liés aux opioïdes (20 %) ou au cannabis (14 %) (Montanari et al., 2011). En Belgique,

les données confirment cette tendance avec 50,4 % de femmes parmi les personnes entrant en traitement dont la substance principale est un hypnotique ou un sédatif, et environ 32 % pour l'alcool, des proportions nettement supérieures à celles observées pour les opioïdes et le cannabis (18 à 20 %) (Schamp et al., 2018).

Les données belges issues de l'Enquête de santé 2023 montrent également des différences selon le sexe et des évolutions temporelles. Les femmes présentent des profils de consommation et de recours aux soins distincts de ceux des hommes; elles sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer consommer des substances psychoactives, mais davantage à signaler des obstacles dans l'accès aux soins (Sciensano, 2024). À l'échelle européenne, la Belgique se situe à un niveau proche de la France et de l'Allemagne, tandis que l'Italie et l'Espagne affichent des proportions plus basses et l'Irlande des taux plus élevés (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

Enfin, les données de consommation nuancent l'idée d'une moindre implication des femmes. Certaines pratiques apparaissent proches de celles des hommes : la cocaïne est consommée à 30 % de façon hebdomadaire et 70 % mensuellement indépendamment du genre, et un usage hebdomadaire de l'ecstasy est rapporté par 8 % des hommes et 7 % des femmes. La kétamine montre même une inversion, avec 30 % des femmes contre 20 % des hommes la consommant chaque semaine (Sciensano, 2023)

Derrière ces chiffres se révèlent des réalités sociales différenciées. Les trajectoires féminines, souvent invisibilisées, concernent surtout des femmes marginalisées, fréquemment en situation d'itinérance, exposées à la violence de rue et consultant pour des problèmes physiques et psychologiques liés à des expériences de victimisation (Coppel et Perrin, 2024; Coscas et al., 2022). Ces constats s'inscrivent dans une histoire marquée par des rapports de pouvoir et des représentations sociales qui influencent la perception des usages et orientent les réponses institutionnelles.

Historiquement, les politiques en matière de drogues ont longtemps appréhendé les consommations féminines principalement sous l'angle de la moralité, de la déviance, ou de la vulnérabilité psychologique (Bertrand et Nadeau, 2006; Jauffret-Roustide et al., 2008; Simmat-Durand, 2007). Cet héritage contribue encore aujourd'hui à reléguer les trajectoires des femmes au second plan, en privilégiant une lecture morale plutôt qu'une compréhension des réalités sociales et sanitaires. Ce traitement genré a façonné la prise en charge en invisibilisant les usages féminins et en maintenant un référentiel centré sur le sujet masculin (Neff, 2018), dont l'hégémonie a marginalisé des trajectoires et a réduit la diversité et la complexité des usages.

En ce sens, l'invisibilisation des expériences féminines et la centralité du sujet masculin nourrissent une représentation globale des drogues et de leurs enjeux, encore largement marquée par une vision androcentrée et cishétéronormée (Germes et al., 2022). Réduites à des figures de vulnérabilité (mères, victimes, travailleuses du sexe), les femmes sont stigmatisées et freinées dans l'accès aux soins, alors même que les recherches montrent qu'elles sont pleinement concernées par les problématiques de dépendance (Bryant et Treloar, 2007; Coppel et Perrin, 2024).

Face à ce constat, plusieurs institutions belges intègrent la dimension de genre dans les politiques de santé et de justice. L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) l'a rappelé dans un rapport produit en 2022 et portant sur les violences sexuelles (L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2022), tandis que l'étude belge GEN-STAR, financée par le Belgian Science Policy Office (BELSPO) et le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, a évalué l'offre de services sensibles au genre dans le champ de la prévention et du traitement de la dépendance et a identifié des obstacles structurels et symboliques à l'accès des femmes (Schamp et al., 2018).

Concrètement, dans certains territoires belges, des services proposent des programmes exclusifs pour femmes (groupes de soutien, accompagnement parental, gestion de la grossesse, soins adaptés), tandis que d'autres initiatives mixtes intègrent une sensibilité au genre dans leurs démarches (Schamp et al., 2018). Toutefois, la mise en œuvre de ces programmes demeure très inégale. Ces initiatives restent marginales, insuffisamment financées, peu diffusées et souvent concentrées dans des zones spécifiques, ce qui souligne l'écart persistant entre discours et pratiques.

Le passage de la reconnaissance à l'opérationnalisation montre à quel point les logiques d'indifférenciation — pourtant présentées comme égalitaires — peuvent se révéler inadaptées, voire excluantes, pour certains publics. En reconduisant des modèles d'intervention conçus sur un référent androcentré, les structures de prise en charge échouent à saisir la singularité des parcours féminins et, ce faisant, contribuent à invisibiliser les inégalités qu'elles prétendent pourtant prévenir (Coppel et Perrin, 2024 ; Schamp et al., 2018).

Aujourd'hui, le paysage institutionnel évolue avec l'émergence d'initiatives locales sensibles au genre. Leur évaluation ne peut toutefois se limiter aux seuls indicateurs quantitatifs, car elle doit également intégrer des changements qualitatifs, tels que le renforcement de l'accompagnement psychosocial, l'amélioration du bien-être et de la santé, ou encore la stabilisation de la situation économique de personnes aux besoins multiples (Mutatayi et al., 2025).

Réduction des risques et inégalités de genre dans l'accès aux soins

La réduction des risques constitue une approche pragmatique et humaniste, inscrite dans la logique du *care* (Bartlett et al., 2013). Elle vise à protéger la santé des consommateurs en leur donnant les moyens de limiter eux-mêmes les pratiques à risque, grâce à des outils concrets tels que l'information, les conseils, le matériel d'injection stérile ou encore les traitements par agonistes opioïdes (Beauchet et Morel, 2015).

Développée dans les années 1980 en réponse à l'épidémie de VIH/sida, elle a marqué un tournant en privilégiant la santé publique et les droits de la personne plutôt que la seule répression de l'usage (Elliot et Devine, 1994). Aujourd'hui, soutenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour le Sida (ONUSIDA), elle s'impose comme une réponse politique dominante face aux usages problématiques, articulant prévention, accompagnement médico-social et inclusion des publics marginalisés (Wodak, 2009).

De fait, l'efficacité de ces dispositifs dépend de leur réelle accessibilité (Iversen et al., 2015). Notons toutefois que d'importantes inégalités persistent. Les rapports sociaux de genre influencent l'accès aux soins et les usages des services, exposant les femmes à des obstacles spécifiques : contraintes sociales et économiques, stigmatisation liée à la criminalisation (Frigon, 2001), aux logiques institutionnelles et médicales (Neff, 2018), ou encore aux jugements sociaux et moraux (Wolfson et al., 2021).

En Belgique, par exemple, seuls 10 % des services de réduction des risques intègrent une approche explicitement sensible au genre (Schamp et al., 2021). Cette rareté structurelle contribue à la sous-représentation des femmes, déjà largement documentée dans les recherches internationales (Greenfield et al., 2010; Kalema et al., 2017; Perrin, 2023). Quelques études nuancent toutefois ce constat en montrant que les femmes sollicitent davantage de suivis pour certaines substances, comme l'alcool ou les stimulants (Bryant et Treloar, 2007; Obradovic, 2010), tandis qu'elles demeurent majoritaires dans d'autres domaines de la santé préventive, notamment parmi les personnes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus (54 % de participation chez les femmes âgées de 25 à 64 ans); du sein (60 %) ou dans le recours à la contraception (84 %) (Healthy Belgium, 2021).

Au-delà des statistiques, ces résultats invitent à interroger les logiques sociales qui façonnent la demande et l'offre de soins. Les modalités de consommation, les risques encourus et les impacts sociaux s'inscrivent dans des configurations inégalitaires où le genre se combine à d'autres dimensions comme l'âge, le statut socio-économique, la condition migratoire ou les trajectoires carcérales. C'est à l'intersection de ces facteurs que se construisent les inégalités d'accès aux services.

Malgré ces limites structurelles, certaines femmes parviennent à recourir aux dispositifs de réduction des risques, mais selon des modalités fortement conditionnées par leurs situations de vie : maternité, engagement dans le travail du sexe, conditions de grande précarité ou autres vulnérabilités sociales (Bertrand et Nadeau, 2006). En Belgique, ces profils sont particulièrement présents dans les centres de jour et les services mobiles (Schamp et al., 2018). En France, plusieurs études montrent que les femmes en situation de précarité ou exerçant un travail du sexe figurent parmi les principales femmes consommatrices de ces services, ce qui accroît leur visibilité dans les données disponibles (Coppel et Perrin, 2024; Obradovic, 2010). Toutefois, ces situations ne reflètent pas l'ensemble des expériences féminines, certaines femmes cumulant plusieurs réalités tandis que d'autres ne s'y reconnaissent pas. Il importe d'éviter de figer ces vécus dans des catégories étroites et de rendre visible l'hétérogénéité des trajectoires.

La littérature sur l'accès des femmes aux dispositifs de réduction des risques demeure limitée et souvent sélective. Lorsqu'elle existe, elle cible prioritairement les mères consommatrices, dont l'usage est perçu comme un facteur de danger pour l'enfant à naître, susceptible d'entraîner négligence ou maltraitance (Armstrong, 2005; Chasnoff, 1986; Lewis, 2001; Rosenblum, 2009; Simmat-Durand, 2007). Certaines recherches montrent pourtant que le renforcement du soutien (accompagnement psychosocial, interventions en parentalité, maintien dans les services) améliore leurs trajectoires de soin et agit aussi comme facteur protecteur pour l'enfant (Barriault et al.,

2025 ; Goldstein et Font, 2025). Si cette focalisation se justifie par la volonté de protéger l'enfant, elle a aussi conduit à privilégier les études sur les effets prénataux de l'exposition aux substances, au détriment d'une compréhension plus globale de l'accompagnement des femmes consommatrices (Bandstra et al., 2010 ; Hans, 2002). Ainsi, en structurant durablement l'intérêt scientifique autour de cette seule figure maternelle, ces travaux tendent, par défaut, à invisibiliser et à disqualifier d'autres trajectoires féminines de consommation et leurs besoins spécifiques.

En définitive, les catégories d'analyse traditionnelles peinent à rendre compte de la pluralité des expériences. De nombreuses recherches soulignent l'importance d'une prise en charge intégrant les dimensions physique, psychique et sociale, afin de mieux s'adapter aux trajectoires individuelles (Coppel et Perrin, 2024 ; Neff, 2018). Parmi les principaux obstacles, la stigmatisation sociale demeure un déterminant majeur. Les approches intersectionnelles rappellent que seule une analyse articulant le genre, la consommation et d'autres dimensions sociales permet de saisir la complexité des vécus et d'éviter de reproduire des inégalités dans l'accès aux soins (Bowleg, 2008).

C'est dans cette perspective que le présent article documente ces inégalités, analyse les expériences et discute les conditions d'une réponse réellement sensible au genre.

Matériel et méthode

La recherche qualitative cherche à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte en privilégiant le registre du vécu, du ressenti et des représentations, ce qui constitue le cœur de notre enquête auprès de femmes consommatrices de substances.

Cadre méthodologique et posture interprétative

Comprendre le vécu de femmes face à la consommation de substances

Sans viser une portée généralisable, notre contribution éclaire la complexité des expériences vécues et montre comment les femmes consommatrices suivies par un dispositif d'accompagnement négocient les contraintes, les normes sociales et les stigmates qui jalonnent leur parcours de vie.

Dans cette perspective, la théorisation ancrée sert à la fois de cadre et de méthode pour saisir, au plus près des récits, des expériences situées (Glaser et Strauss, 1967). Elle permet de mettre en lumière ce que les dispositifs laissent hors champ, notamment la difficulté pour les femmes d'accéder à des espaces conçus pour elles et de formuler une demande dans des lieux pensés pour d'autres. Conçue comme un processus comparatif et continu, elle s'inscrit dans une démarche qualitative où problématisation, immersion empirique, conceptualisation et écriture se répondent ; tandis que les observations, lectures et hypothèses provisoires s'alimentent mutuellement dans un ajustement permanent (Paillé et Mucchielli, 2021).

Du fragment au sens : itinéraire en trois temps

Notre analyse s'est articulée autour de trois phases (Paillé, 1994) complémentaires dans leur finalité et dans leur portée interprétative.

Le codage ouvert a fait émerger des catégories sur les besoins, les rapports aux institutions et les expériences de reconnaissance ou d'effacement. Le codage axial a relié ces catégories et le codage sélectif en a dégagé les lignes de force, aboutissant à une lecture transversale qui articule expérience vécue, trajectoires et logiques institutionnelles, restituant la complexité du réel (Lejeune, 2019 ; Paillé, 1994).

Échantillonnage théorique

L'élaboration de l'échantillon au fil du terrain

La sélection des participantes dans trois villes belges (Liège, Charleroi et Bruxelles) ne visait pas à comparer les contextes locaux, mais à diversifier les points de vue recueillis. Ces villes partagent en effet un certain nombre de caractéristiques communes (forte présence de dispositifs de réduction des risques et concentration de publics en situation de précarité) qui en faisaient des terrains pertinents pour explorer les expériences féminines de consommation. Le choix de ce triple ancrage visait donc moins à établir des distinctions territoriales qu'à renforcer la portée de l'« essai de sens » (Paillé, 2006) élaboré à partir des récits recueillis.

En constituant ce corpus, l'objectif n'était pas de rechercher la représentativité statistique, mais bien de construire un échantillon pertinent au regard de la problématique de recherche. La démarche a ainsi suivi une logique d'échantillonnage théorique : l'ordre et le rythme des entretiens ont été ajustés au fil de l'enquête, chaque rencontre venant nourrir la suivante selon les hypothèses issues de l'analyse en cours (Charmaz et Thornberg, 2021 ; Lejeune, 2019 ; Paillé et Mucchielli, 2021). Ce choix méthodologique visait à explorer les variabilités d'expériences et à les approfondir au fur et à mesure de leur apparition, afin de rendre intelligible un rapport au monde construit depuis des positions sociales souvent disqualifiées (Charmaz, 2006 ; Lejeune, 2019).

Les participantes ont été rencontrées dans divers contextes institutionnels (hébergement d'urgence, centres de santé mentale, services spécialisés en toxicomanie, associations communautaires), grâce à un recrutement assuré par les intervenants qui présentaient la recherche, recueillaient l'accord des femmes et facilitaient la mise en contact. Si cette modalité exclut de fait celles éloignées de tout dispositif, elle souligne néanmoins la multiplicité des lieux de recours structurant leurs trajectoires. Par ailleurs, le fait d'avoir travaillé uniquement avec un échantillon féminin limite les possibilités de comparaison avec les trajectoires masculines et ne permet pas d'analyser les différences ou les similitudes entre les expériences des hommes et celles des femmes.

Enfin, la démarche a respecté un cadre éthique garantissant le consentement éclairé, la confidentialité et l'anonymisation des données, tout en prévoyant, lorsque possible, une restitution aux participantes, offrant ainsi un espace de validation ancré dans leur expérience.

Le portrait des participantes.

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des quinze femmes consommatrices de substances ayant participé à l'étude. Les participantes, âgées de 19 à 55 ans, présentaient des profils divers en termes de statut matrimonial, parentalité et conditions socio-économiques. Une majorité d'entre elles étaient célibataires ou séparées, plusieurs étaient mariées et deux étaient veuves. Plus de la moitié étaient mères, dont certaines en garde partagée. Les types d'accompagnement variaient, allant des maisons d'hébergement aux centres de santé mentale, en passant par des consultations spécialisées en toxicomanie, des centres communautaires, des centres d'intervention psychosociale et des centres de planification familiale.

Sur le plan clinique, les récits recueillis révèlent une pluralité de vulnérabilités rarement dissociables les unes des autres : troubles psychologiques tels que dépression et anxiété, antécédents de violence, pathologies chroniques ou troubles alimentaires.

Les informations recueillies révèlent que l'usage simultané ou combiné de plusieurs substances constitue une réalité fréquente. L'alcool et le cannabis apparaissent comme les substances les plus consommées en comparaison avec la cocaïne, le crack, les amphétamines, la MDMA, la kétamine, l'héroïne ou le LSD. L'usage de médicaments (benzodiazépines, antidépresseurs, anxiolytiques ou antalgiques opioïdes) est également courant, parfois en combinaison avec des drogues illégales.

TABLEAU 1 – Caractéristiques sociodémographiques des répondantes

Participant	Âge	Statut matrimonial et familial	Parentalité	Type d'accompagnement	Antécédents médicaux	Niveau socio-économique	Situation de logement	Substances consommées
1	22 ans	Célibataire	Sans enfant	Maison d'hébergement	Dépression, anxiété	Emploi précaire	Hébergement temporaire	Alcool, cocaïne, médicaments (benzodiazépines)
2	27 ans	Mariée	Avec enfant(s)	Centre d'intervention psychosociale	Maladies chroniques (diabète)	Emploi stable	Logement stable	Alcool, cannabis, amphétamines, médicaments (antidépresseurs)
3	35 ans	Divorcée	Enfants en bas âge (0-7 ans)	Centre de santé mentale	Antécédents de violence physique / psychologique	Sans emploi	En situation d'itinérance	Alcool, médicaments (antipsychotiques)
4	19 ans	Célibataire	Sans enfant	Consultation spécialisée en toxicomanie	Troubles de l'alimentation (anorexie)	Étudiante	Logement stable	Alcool, crack
5	41 ans	Veuve	Avec enfant(s)	Centre de planification familiale ¹	Anxiété	Emploi précaire	Hébergement temporaire	Crack, médicaments (analgésiques opioïdes)
6	33 ans	Mariée	Enfants en garde partagée	Centre communautaire	Antécédents de violence physique / psychologique	Emploi stable	Logement stable	Alcool, cannabis, MDMA, kétamine
7	29 ans	Célibataire	Sans enfant	Maison d'hébergement	Dépression	Emploi précaire	Hébergement temporaire	Alcool, cannabis, ecstasy, speed

Ces caractéristiques reposent exclusivement sur les déclarations des participantes.

¹ Institution reconnue qui centralise l'information, l'accompagnement psychologique et social en matière de sexualité.

Genre et addiction : accès et obstacles aux soins

Participant	Âge	Statut matrimonial et familial	Parentalité	Type d'accompagnement	Antécédents médicaux	Niveau socio-économique	Situation de logement	Substances consommées
8	23 ans	Célibataire	Sans enfant	Centre d'intervention psychosociale	Troubles de l'alimentation (boulimie)	Sans emploi	En situation d'itinérance	Alcool, cocaïne, médicaments (stimulants)
9	38 ans	Divorcée	Avec enfant(s)	Centre de santé mentale	Hypertension	Aide sociale	Logement stable	Alcool, cannabis
10	26 ans	Célibataire	Sans enfant	Consultation spécialisée en toxicomanie	Antécédents de violence physique / psychologique	Emploi précaire	Hébergement temporaire	Alcool, cannabis, MDMA, LSD
11	45 ans	Mariée	Enfants en bas âge (0-7 ans)	Centre communautaire	Dépression, anxiété	Emploi stable	Logement stable	Alcool, cannabis, médicaments (anxiolytiques)
12	31 ans	Célibataire	Sans enfant	Maison d'hébergement	Troubles de l'alimentation (anorexie)	Sans emploi	En situation d'itinérance	Alcool, cannabis, amphétamines
13	28 ans	Mariée	Avec enfant(s)	Centre d'intervention psychosociale	Maladies chroniques (diabète)	Emploi précaire	Hébergement temporaire	Alcool, kétamine, médicaments (antidépresseurs)
14	50 ans	Divorcée	Enfants en garde partagée	Centre de santé mentale	Antécédents de violence physique / psychologique	Aide sociale	Logement stable	Alcool, héroïne
15	55 ans	Veuve	Avec enfant(s)	Centre de planification familiale	Anxiété	Sans emploi	En situation d'itinérance	Alcool, cannabis, cocaïne, crack, médicaments (analgésiques opioïdes)

Ces caractéristiques reposent exclusivement sur les déclarations des participantes.

Résultats et discussion

Notre contribution cherche à éclairer les conditions qui favorisent ou, au contraire, entravent un accès effectif aux dispositifs de soins et de réduction des risques, en s'appuyant sur l'expérience vécue de femmes consommatrices de substances bénéficiant d'un accompagnement spécifique.

Les obstacles à l'accès au traitement

Dans les trajectoires des femmes consommatrices de substances prises en charge, la stigmatisation apparaît comme une structure permanente de disqualification (Grenier et al., 2019; Murphy et Rosenbaum, 1999). Comme l'a montré Erving Goffman (1963), sociologue canadien considéré comme l'un des penseurs majeurs de la sociologie du XX^e siècle, le processus de stigmatisation fonctionne à la fois comme étiquetage social et comme un mécanisme d'intériorisation des hiérarchies morales. Loin de se limiter à un regard extérieur dépréciatif, elle élabore les conditions mêmes dans lesquelles se joue (ou échoue) la rencontre avec les dispositifs de soins. L'identité assignée aux femmes consommatrices de substances induit une forme d'autocontrôle, où la peur d'être perçue comme déviante se traduit par un évitement de la demande.

Ce n'est pas tant la consommation que sa transgression de l'ordre symbolique du genre qui est sanctionnée. Les récits révèlent une violence faite de jugements implicites et d'attitudes condescendantes visant à la fois leur identité de femmes, leur rôle maternel et leur valeur morale. Ces attitudes créent une distance vis-à-vis des institutions et de soi-même, affectant le rapport au soin, au corps et à la légitimité d'exister comme patiente.

La parole recueillie ci-dessous témoigne de la charge silencieuse de devoir se rendre acceptable pour exister comme bénéficiaire légitime.

Une femme qui se drogue, on te le fait sentir. Moi, j'ai perdu mes enfants, et depuis, j'ai l'impression que je suis marquée. Même quand je parle avec des médecins, c'est comme si je devais prouver que je suis encore une mère. Alors je fais attention, je parle bien, je montre que je veux m'en sortir. Mais dedans, j'ai peur qu'ils me referment la porte. (P14, Femme, 50 ans, consommatrice d'alcool et d'héroïne, centre de santé mentale, Bruxelles [en logement stable]).

Il résulte d'une configuration où le soin devient lui-même un espace d'exposition au jugement. Dans ce contexte, les femmes apprennent à se taire, à différer leur demande ou à la formuler avec discrétion. Même lorsque l'accès aux dispositifs s'opère, il reste marqué par des efforts pour correspondre à l'image attendue de la « bonne bénéficiaire ». Comme l'ont montré Edland-Gryt et Skatvedt (2013), les structures dites à « bas seuil » reposent elles aussi sur des seuils implicites

d'enregistrement, de compétence et de confiance qui conditionnent l'accès effectif aux soins (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013).

Ce rapport au soin s'inscrit plus largement dans un processus de disqualification sociale, nourri par la répétition de jugements dépréciatifs et de discours dévalorisants. À force d'exposition, ces représentations négatives s'intègrent peu à peu à l'image que la personne se fait d'elle-même (Goffman, 1963; Lacaze, 2008). Cette intériorisation ne se manifeste pas uniquement par un sentiment de honte ou de rejet, mais participe aussi à une redéfinition identitaire marquée par l'appropriation des stéréotypes associés à la marginalité, en particulier ceux liés à la consommation de substances. Ce constat interroge les logiques de disqualification qui impactent les femmes consommatrices, assimilées à des figures d'irresponsabilité et écartées des rôles socialement valorisés (Meyer et Verlhac, 2004; Meyers et al., 2021).

Lorsque cette stigmatisation se combine avec d'autres facteurs de vulnérabilité comme la précarité, la maladie mentale, l'errance, l'appartenance à une minorité ou l'origine ethnique, elle renforce les inégalités d'accès et nourrit une défiance structurelle envers les institutions, en particulier celles de santé (Carini-Belloni et Vuattoux, 2020). Divers travaux montrent que les usages de substances psychoactives participent à ce processus en renforçant les dynamiques discriminatoires, notamment lorsque genre, origine ethnique et santé mentale se superposent, produisant des obstacles spécifiques au soin selon une logique d'intersectionnalité (Carini-Belloni et Vuattoux, 2020; Crenshaw, 2005; Flynn et al., 2017; Mutatayi et al., 2025). Dans ce contexte, le discours dominant ne se limite pas à constater leur altérité, mais la construit comme une évidence, assignant à ces femmes une place marginale et contribuant à leur exclusion.

Selon les mots d'une participante de 41 ans, consommatrice de crack et de médicaments, qui consulte un centre de planification familiale à Liège :

Même quand, tu sais, parfois, j'essaye de jouer la fille *clean*, mais la toxico, ça va me coller à la peau. À force, tu te dis que t'es peut-être vraiment comme ça. Et puis y'a ce truc... Tu finis par croire que t'es qu'une *junkie*. Même quand tu veux t'en sortir, tu pars avec cette voix dans la tête : tu n'y arriveras pas, que t'as déjà perdu. (P5, Femme, 41 ans, consommatrice de crack et de médicaments [analgésiques opioïdes], centre de planification familiale, Liège [en hébergement temporaire]).

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes consommatrices se croisent fréquemment avec des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression ou les troubles alimentaires (Volkow et Blanco, 2023). L'absence de réponses adaptées dans les systèmes de santé contribue à renforcer ces difficultés et à en aggraver les conséquences. Les préjugés liés à l'usage de drogues, particulièrement lorsqu'il s'agit de femmes, mettent ainsi à l'épreuve les logiques d'intervention en matière de réduction des risques (Austin et al., 2023). Ces femmes ne sont pas simplement confrontées à un regard réprobateur. Elles se savent, d'emblée, disqualifiées, tant en raison de leur consommation que des problèmes de santé mentale qui y sont fréquemment associés (Fernández et al., 2023), comme l'explique cette femme de 45 ans, consommatrice d'alcool,

de cannabis et de médicaments (anxiolytiques), vivant dans un logement, et rencontrée dans un centre communautaire de Liège. « Quand je parle de ma consommation, on me regarde avec mépris. Et si j'ajoute que j'ai des crises d'angoisse et des grosses baisses d'humeur qui me font prendre des antidépresseurs, c'est encore pire » (P11).

Le fait de parler de leur consommation confronte les femmes à un double jugement, à la fois lié à l'image de l'addiction et à une présumée incompétence morale, particulièrement lorsqu'elles sont mères. Ce cumul de stigmates fragilise leur légitimité sociale, limite l'accès au soutien et entraîne des stratégies de retrait, le soin étant retardé ou évité pour se protéger, tandis que la crainte d'être réduite à une figure déviante persiste. Ce qui est en jeu ici, ce n'est pas uniquement une image sociale dégradée, mais un risque réel de retrait de légitimité sociale. On comprend dès lors les stratégies de retrait et de contournement. Les personnes retardent ou évitent parfois le recours aux soins, non par manque de volonté, mais pour se préserver. Même lorsque les conditions de vie sont stabilisées, la crainte d'être réduite à une figure déviante reste présente.

Âgée de 33 ans, l'une des participantes à l'étude, mère d'un jeune enfant et accueillie dans un centre de court séjour pour usagers de drogues, décrit ainsi les effets concrets de cette menace permanente sur sa relation aux institutions et à la prise de parole :

Moi j'ai un appart, un « taf » à mi-temps, j'élève mes deux filles. Mais si je dis que je prends parfois de la MD ou un peu de ké, direct on me juge. On ne va pas chercher si je gère. On va juste retenir : « c'est une tox ». Même chez le médecin, j'hésite. Ce que je dis peut être utilisé contre moi. (P6, Femme, 33 ans, consommatrice d'alcool, cannabis, MDMA, kétamine, Centre communautaire, Charleroi [en logement stable]).

Des demandes rendues inaudibles : quand la protection devient menace

Une réponse aux femmes consommatrices enceintes et mères

Les témoignages révèlent que l'usage de substances par des femmes suscite des réactions sociales et institutionnelles marquées par la stigmatisation, où elles sont davantage perçues à travers le prisme du risque, de la déviance ou de l'incompétence parentale que reconnues et accompagnées dans la complexité de leurs besoins. Lorsqu'une grossesse entre en jeu, ces réactions prennent une autre tournure. L'attention portée à l'enfant à naître passe alors au premier plan, reléguant la femme à un statut secondaire, souvent perçue à travers ce qu'elle pourrait faire courir comme risques à autrui (Cassen, 2024 ; Wright et al., 2012). Dans ce contexte, l'usage de substances ne relève plus uniquement d'un comportement jugé problématique, il entre en contradiction directe avec les attentes attachées à la fonction maternelle (Weber et al., 2021).

Ce n'est plus l'usage qui est en cause, mais la place assignée à la personne dans la société. Cette logique écarte les besoins spécifiques des femmes au profit d'un discours sur leur inaptitude,

alimentant leur retrait (Meyers et al., 2021). Le regard porté, les réactions anticipées, les procédures parfois implicites, tout cela installe un climat d'incertitude, voire de méfiance.

Certains services de maternité tentent aujourd'hui de proposer un accueil plus ajusté, mais les conditions générales de prise en charge restent peu adaptées. Les femmes concernées ne fuient pas les soins en tant que tels, mais bien les effets secondaires que l'accès aux soins peut produire : signalement, contrôle, retrait de légitimité. Demander de l'aide suppose ici un espace où cette demande ne se retourne pas contre celle qui l'exprime. Or, cet espace fait encore largement défaut.

Ce que confirme, à sa manière, cette femme de 22 ans, enceinte de cinq mois, rencontrée dans une maison d'hébergement :

J'ai tourné autour de l'ONE, pendant deux semaines. Je n'y allais pas, j'en passais devant, je regardais les gens qui entraient. J'étais *clean* à ce moment-là, mais j'étais sûre qu'ils verraient que j'étais fragile, je commençais un peu à vriller tu vois. Alors je me suis dit : vaut mieux qu'ils ne me voient pas du tout. (P1, Femme, 22 ans, consommatrice d'alcool, cocaïne, médicaments [benzodiazépines], maison d'hébergement, Bruxelles [en hébergement temporaire])

La défiance exprimée par certaines femmes à l'égard du suivi prénatal ne relève pas d'un comportement marginal ou irrationnel. Dans les services de maternité, ce retrait est fréquemment lié à l'anticipation de jugements moraux et de pratiques de contrôle social, plutôt qu'à un désintérêt pour la santé maternelle ou infantile (Murphy et Rosenbaum, 1999 ; Stone, 2015). Parce que le bien-être de l'enfant à naître est érigé en priorité absolue, toute distance prise avec le cadre médical tend à être lue à charge, au détriment de la complexité des situations.

Or, si les services hospitaliers accueillent des femmes enceintes en situation de dépendance, rares sont ceux qui disposent de dispositifs réellement adaptés. L'accompagnement est souvent partiel, voire inexistant sur le versant de la consommation. Cela s'explique en grande partie par le manque de personnel formé à la gestion conjointe des problématiques de maternité et de dépendance (Radcliffe, 2011). Ce déficit structurel contraint les femmes concernées à gérer seules une situation difficile, marquée par la crainte constante du jugement et par l'éventualité d'une intervention des services sociaux.

Dans ce contexte, s'engager dans un parcours de soins devient un choix risqué, car demander revient à s'exposer et à rendre visible une situation que beaucoup préfèrent taire de peur d'un processus institutionnel irréversible. La disqualification sociale des mères consommatrices dissuade les plus vulnérables, tandis que l'institution, en prétendant protéger, crée les conditions de l'évitement.

Une réponse aux femmes victimes de violences

Les données recueillies soulignent un phénomène récurrent et systémique. Les violences subies par les femmes consommatrices de substances ne sont pas de simples accidents de parcours, mais

des événements qui structurent leurs trajectoires de vie. Qu'il s'agisse d'inceste, de violences au sein du couple ou de violences sexuelles, ces formes de violences s'inscrivent dans un contexte social et institutionnel qui hiérarchise et perpétue les rapports de domination (Bachman, 1994 ; Chermack et al., 2000). Ces femmes, déjà précarisées par des conditions sociales et économiques défavorables, se retrouvent prises dans un double mécanisme de domination. D'une part, l'ordre patriarcal les soumet à des rapports de pouvoir inégaux ; d'autre part, l'invisibilité sociale les relègue à la marge.

Les violences intrafamiliales

Une part importante des participantes évoque un passé d'abus intrafamiliaux. Ces expériences ne sauraient être uniquement rattachées à la condition féminine ni expliquer à elles seules la suite du parcours. Elles compromettent toutefois très tôt la construction d'un sentiment de sécurité et altèrent profondément le rapport au corps et à l'autre (Viaux, 2022 ; Walklate, 2008). Cette violence, généralement enfuie sous le poids de l'*omerta*, se nourrit d'une culture du non-dit, où les institutions familiales et sociales responsables sont protégées (Dussy, 2015). Ce silence s'inscrit dans une dynamique sociale plus large qui prive les victimes, quel que soit leur genre, de toute parole, les condamnant à une souffrance à la fois sociale et intime, mais rarement reconnue comme telle dans la société (Lemitre, 2023 ; Viaux, 2022).

Dans un tel contexte, les conduites addictives ne relèvent ni de l'inconscience ni du choix librement consenti. En réalité, elles s'apparentent à des mécanismes de régulation émotionnelle, mis en place face à une douleur omniprésente et rarement reconnue (Barrault, 2013). Pour les personnes ayant vécu de telles violences, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, la consommation d'alcool (première substance mentionnée dans plusieurs récits de notre échantillon) apparaît souvent comme un moyen de réguler la souffrance et de faire face à une existence marquée par la difficulté à trouver une place dans un monde qui les marginalise (Jallo et al., 2024).

Ce vécu de violences se reflète dans les témoignages des femmes interrogées. L'une d'elles, en situation d'itinérance et consommatrice de substances, raconte ainsi son expérience :

Moi, je n'étais pas vraiment protégée à la maison, il y a eu des trucs... des choses qui m'ont marquée. Je ne sais pas comment on peut se remettre de tout ça. C'est comme si tu te retrouves tout le temps à chercher une sortie, et c'est là que j'ai commencé à boire, puis fumer du cannabis. C'était plus facile de pas penser sinon je me sentais trop mal, trop... perdue. L'alcool, les joints, c'est mon truc pour tenir. C'est juste pour m'oublier un peu, et le lendemain t'as les mêmes problèmes. (P8, Femme, 23 ans, consommatrice d'alcool, de

cannabis et de médicaments [stimulants], centre d'intervention psychosociale, Liège [en situation d'itinérance])

Les violences au sein du couple

De nombreuses femmes consommatrices de substances ont pu vivre des situations de violence, le plus souvent exercée par des partenaires eux-mêmes aux prises avec une dépendance (Chermack et al., 2000 ; Epstein et McCrady, 2002). Dans ce type de dynamique, la violence s'installe, progressivement, au fil du temps, jusqu'à produire un climat d'instabilité et de peur (Dichter et al., 2018 ; Schick et al., 2025). L'usage d'alcool ou de drogues — qu'il relève du manque ou de l'excès — vient altérer le discernement et ouvre la voie à des réactions impulsives, parfois violentes (Dawson et al., 2007 ; Mateo-Fernández et al., 2025 ; Radcliffe et al., 2021). Ces passages à l'acte, loin d'être isolés, sont souvent renforcés par l'état de manque ou par les effets mêmes des substances consommées (Mehr et al., 2023).

La réponse d'une jeune femme résidant à Liège à la question : « Est-ce qu'il vous arrive que votre compagnon (consommateur également) soit violent avec vous ? » permet de saisir concrètement cette dynamique entre usage de substances, emprise conjugale et violences physiques :

Un jour, j'ai trouvé deux inconnus dans mon salon. Deux hommes que je n'avais jamais vus. Mon compagnon m'a regardé, complètement défoncé. J'ai aussi vu qu'il avait bu des bières. Je voulais juste être chez moi, au calme. Ça a dégénéré. Il s'est mis à hurler, à m'insulter. Il disait que j'étais égoïste. Et là, il m'a pris par le poignet qu'il m'a retourné juste parce que j'ai dit que je ne les voulais pas ici. (P2, Femme, 27 ans, consommatrice d'alcool, cannabis, amphétamines, médicaments, centre d'intervention psychosociale, Liège [logement stable]).

Loin d'être des événements isolés, ces violences s'inscrivent dans un véritable continuum reliant les micro-agressions quotidiennes aux formes les plus graves de violences physiques et sexuelles (Gayet-Viaud, 2021 ; Kelly, 2019). Les femmes consommatrices de substances — en particulier celles en situation d'itinérance — apprennent à anticiper ces menaces, à les contourner et parfois même à les intégrer dans leurs stratégies de déplacement et d'occupation de l'espace urbain, devenu pour elles un lieu de vie (Lieber, 2002). Ces stratégies de protection ont toutefois un coût, car elles restreignent leur liberté de mouvement et renforcent le sentiment de vulnérabilité (Hancock, 2018). Plusieurs études montrent que le harcèlement de rue et les intrusions masculines dans l'espace public participent d'un ordre social qui contraint les femmes à une vigilance permanente (Brown et Maillochon, 2002 ; Lieber, 2008), façonnant ainsi une géographie genrée de l'espace urbain (Loukaitou-Sideris et Ceccato, 2020).

Ce rapport au monde produit des formes spécifiques de dispositions pratiques : les femmes apprennent à anticiper le danger, à le contourner, à le neutraliser autant que possible, en l'intégrant dans des stratégies d'évitement, de déplacement ou d'effacement de soi (Muscat, 2023). Ces pratiques sont particulièrement marquées chez les femmes cumulant dépendance et précarité

liée à l'itinérance, pour qui chaque déplacement ou choix de lieu doit être évalué selon la sécurité perçue. L'insécurité ne se contente donc pas de réduire leur présence dans la ville, elle influe sur leur manière d'éprouver les lieux, de s'y déplacer et de se comporter, chaque geste étant orienté par la nécessité de se protéger (Condon et al., 2005).

Une nuit, je dormais derrière une station-service, j'étais cachée. Un homme m'a trouvée, je ne sais pas comment. Il m'a menacée, m'a dit de ne pas crier. Après ça, je n'ai plus dormi seule dehors ou alors jamais plus de vingt minutes d'affilée. (P3, Femme, 35 ans, consommatrice d'alcool et de médicaments, centre de santé mentale, Bruxelles [en situation d'itinérance])

Conclusion

L'apport central de cette recherche réside dans sa capacité à rendre compte, depuis le point de vue des femmes elles-mêmes, de la façon dont elles vivent leur dépendance à l'intersection de multiples rapports d'inégalités. En choisissant de s'ancrer dans le vécu subjectif de ces femmes consommatrices de substances, cet article s'inscrit dans une configuration de rapports sociaux dont l'articulation produit des effets cumulatifs de disqualification et d'exclusion. Ce faisant, elle donne à voir une réalité souvent invisible, celle de femmes rendues illisibles par des systèmes d'intervention qui peinent à intégrer la complexité de leur position.

Cette complexité apparaît particulièrement chez les mères consommatrices, pour qui le soin se heurte à la fois à la conciliation entre rôle parental et accès aux services et au poids d'une stigmatisation fragilisant leur légitimité maternelle. Pourtant, accompagner la mère constitue non seulement un soutien essentiel dans sa trajectoire de soin, mais aussi une voie privilégiée pour garantir la protection de l'enfant. Cette logique d'exclusion ne se limite pas à la parentalité, elle traverse également les dispositifs censés accueillir les victimes de violences. Or, dès lors qu'une problématique de dépendance entre en jeu, la légitimité à être reconnue comme victime s'efface progressivement, au profit d'une lecture disqualifiante de la personne.

Les catégories autour desquelles se structurent alors les dispositifs de réduction des risques ne recouvrent que partiellement la réalité des trajectoires. Elles fragmentent ce qui, dans l'expérience vécue, est profondément imbriqué. D'où l'urgence de redéfinir les cadres d'intervention, à travers la mise en place de formations spécifiques et une coopération renforcée entre champs professionnels encore trop cloisonnés. C'est dans cette perspective que le recours à un traitement par agonistes opioïdes au sein des services de maternité se présente comme une piste prometteuse.

Il constitue un exemple concret de réponse institutionnelle capable de conjuguer suivi médical, sécurité sociale et continuité du lien parent-enfant.

À titre d'exemple, la Belgique, avec des initiatives comme le projet « Kangourou » et le service Parentalité-Addiction d'Interstices ou encore le Canada, à travers des programmes résidentiels tels que le Programme mère-enfant de l'organisme Portage, montrent qu'il est possible d'articuler le traitement des addictions et le maintien du lien familial. Ces expériences soulignent l'intérêt de foyers parent-enfant inspirés de la réduction des méfaits, capables de soutenir les parcours maternels tout en assurant la protection des enfants.

Ces enjeux trouvent un écho en Europe, où l'intégration d'une approche sensible au genre dans les politiques de santé publique est de plus en plus affirmée. La stratégie en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes 2020-2025, portée par l'Union européenne invite les États membres à renforcer les réponses face aux violences de genre et à adapter les dispositifs existants aux réalités spécifiques des femmes en situation de précarité et de dépendance (Commission européenne, 2020). Encore faut-il que ces orientations trouvent une traduction effective dans les pratiques nationales, au-delà des déclarations de principe.

Références

- Armstrong, E. M. (2005). Drug and alcohol use during pregnancy: We need to protect, not punish, women. *Women's Health Issues*, 15(2), 45-47. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2004.12.003>
- Austin, T., Lavalley, J., Parusel, S., Collins, A. B., Olding, M. et Boyd, J. (2023). Women who use drugs: Engagement in practices of harm reduction care. *Harm Reduction Journal*, 20(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00775-0>
- Bachman, R. (1994). *Violence Against Women*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Bandstra, E. S., Morrow, C. E., Mansoor, E. et Accornero, V. H. (2010). Prenatal Drug Exposure: Infant and Toddler Outcomes. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 245-258. <https://doi.org/10.1080/10550881003684871>
- Barrault, M. (2013). Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes. *Psychotropes*, 19(3-4), 9-34. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0009>
- Barriault, S., Motz, M., Firasta, L., McDowell, H., Labelle, P. R., Poole, N. et Racine, N. (2025). Effects of integrated programs for substance-involved mothers on infant and child development outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.70029>
- Bartlett, R., Brown, L., Shattell, M., Wright, T. et Lewallen, L. (2013). Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions. *Medsurg nursing*, 22(6), 349-358.
- Beauchet, A. et Morel, A. (2015). 47. Réduction des risques. Dans *Aide-mémoire - Addictologie*, (2^e éd., p. 532-542). Dunod.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A. et Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre* (3^{re} éd.). De Boeck.
- Bergeron, H. (2010). Les politiques européennes de lutte contre la drogue: Européanisation, convergence et processus socio-politiques. *Sécurité globale*, 13(3), 85-92. <https://doi.org/10.3917/secug.013.0085>
- Bertrand, K. et Nadeau, L. (2006). Trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution: Étude exploratoire. *Drogues, santé et société*, 5(2), 79-109. <https://doi.org/10.7202/015695ar>
- Bowleg, L. (2008). When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman : The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles*, 59(5), 312-325. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9400-z>
- Brown, E. et Maillochon, F. (2002). Espaces de vie et violences envers les femmes. *Espace Populations Sociétés*, 20(3), 309-321. <https://doi.org/10.3406/espos.2002.2042>
- Bryant, J. et Treloar, C. (2007). The gendered context of initiation to injecting drug use: Evidence for women as active initiates. *Drug and Alcohol Review*, 26(3), 287-293. <https://doi.org/10.1080/09595230701247731>
- Cardi, C. et Pruvost, G. (2015). Les mises en récit de la violence des femmes. *Ordre social et ordre du genre. Idées économiques et sociales*, 181(3), 22-31. <https://doi.org/10.3917/idee.181.0022>

- Carini-Belloni, B. et Vuattoux, A. (2020). Conclusion. Déjouer l'invisibilisation des discriminations. *Émulations. Revue de sciences sociales*, 35-36, Article 35-36. <https://doi.org/10.14428/emulations.03536.11>
- Cassen, M. (2024). Maternity and addiction: A literature review. *Devenir*, 36(2), 140-163. <https://doi.org/10.3917/dev.242.0140>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Pine Forge Press.
- Charmaz, K. et Thornberg, R. (2021). The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 305-327. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
- Chasnoff, I. J. (1986). *Drug Use in Pregnancy: Mother and Child: Mother and Child*. Springer Science & Business Media.
- Chermack, S. T., Fuller, B. E. et Blow, F. C. (2000). Predictors of expressed partner and non-partner violence among patients in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1), 43-54. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00067-8](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00067-8)
- Commission européenne. (2020). *Stratégie en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes 2020-2025*. Publications Office of the European Union.
- Condon, S., Lieber, M. et Maillochon, F. (2005). Insécurité dans les espaces publics: Comprendre les peurs féminines. *Revue française de sociologie*, 46(2), 265-294. <https://doi.org/10.3917/rfs.462.0265>
- Coppel, A. et Perrin, S. (2024). Women, gender and drugs: Between research and action. *Harm Reduction Journal*, 21, 200. <https://doi.org/10.1186/s12954-024-01106-7>
- Coscas, S., Karila, L. et Benyamina, A. (2022). Les femmes consommatrices de substances illicites. *S ages-Femmes*, 21(1), 29-32. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.11.008>
- Crenshaw, K. W. (2005). Cartographies des marges: Intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 39(2), 51-82. <https://doi.org/10.3917/cdge.039.0051>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P. et Stinson, F. S. (2007). The Impact of Partner Alcohol Problems on Women's Physical and Mental Health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 66-75. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.66>
- Dichter, M. E., Thomas, K. A., Crits-Christoph, P., Ogden, S. N. et Rhodes, K. V. (2018). Coercive control in intimate partner violence: Relationship with women's experience of violence, use of violence, and danger. *Psychology of Violence*, 8(5), 596-604. <https://doi.org/10.1037/vio0000158>
- Dussy, D. (2015). L'institution familiale et l'inceste: Théorie et pratique. *Mouvements*, 82(2), 76-80. <https://doi.org/10.3917/mouv.082.0076>
- Edland-Gryt, M. et Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>

- Elliot, A. J. et Devine, P. G. (1994). On the motivational nature of cognitive dissonance: Dissonance as psychological discomfort. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 382-394. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.382>
- Epstein, E. E. et McCrady, B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. Dans *Clinical handbook of couple therapy*, 3rd ed (p. 597-628). The Guilford Press.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European Drug Report 2023: Trends and Developments*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Union Drugs Agency. (2023). *Women and drugs: Health and social responses. Health and social responses to drug problems: A European guide*. Publications Office of the European Union.
- Fernández, S. D., Miranda, J. J. F., Pastor, F. P. et Muñoz, F. L. (2023). Gender and addiction and other mental disorders comorbidity: Sociodemographic, clinical, and treatment differences. *Archives of Women's Mental Health*, 26(5), 639-650. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01353-w>
- Flynn, C., Lapierre, S., Couturier, P. et Brousseau, M. (2017). Agir avec les jeunes femmes de la rue pour une praxis de l'intersectionnalité. Réflexion autour du projet PARVIS. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 23(2), 109-140. <https://doi.org/10.7202/1043304ar>
- Frigon, S. (2001). Femmes et emprisonnement le marquage du corps et l'automutilation. *Criminologie*, 34(2), 31-56. <https://doi.org/10.7202/027504ar>
- Gayet-Viaud, C. (2021). Le harcèlement de rue et la thèse du continuum des violences. *Déviance et Société*, 45(1), 59-90. <https://doi.org/10.3917/ds.451.0057>
- Germes, M., Perrin, S., Scavo, R., Langlois, E. et Künkel, J. (2022). *Espaces genrés des drogues: Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*. Éditions Le Bord de l'eau.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Goldstein, E. G. et Font, S. A. (2025). Prevalence and Treatment of Maternal Substance Use Disorder in Child Welfare. *JAMA Health Forum*, 6(3), e250054. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.0054>
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K. et Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339-355. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>
- Grenier, J., Thibault, S., Bourque, M., Blackburn, D. et Grenier, K. (2019). Rencontres à cœur ouvert avec des femmes en situation d'itinérance. Quand la norme stigmatise et conduit à l'invisibilité. *Sciences & Actions Sociales*, 11(1), 101-122. <https://doi.org/10.3917/sas.011.0101>
- Hancock, C. (2018). La ville, les espaces publics... et les femmes. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 67(1), 11-13. <https://doi.org/10.3917/cdsu.067.0011>
- Hans, S. L. (2002). Studies of prenatal exposure to drugs: Focusing on parental care of children. *Neurotoxicology and Teratology*, 24(3), 329-337. [https://doi.org/10.1016/S0892-0362\(02\)00195-2](https://doi.org/10.1016/S0892-0362(02)00195-2)
- Healthy Belgium. (2021). *Health Status Report 2021*. SPF Santé publique.

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2022). Rapport annuel 2022. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Iversen, J., Page, K., Madden, A. et Maher, L. (2015). HIV, HCV, and Health-Related Harms Among Women Who Inject Drugs: Implications for Prevention and Treatment. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 69, S176. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000659>

Jallo, N., Kinser, P. A., Eglovitch, M., Worcman, N., Webster, P., Alvanzo, A., Svikis, D. et Meshberg-Cohen, S. (2024). Giving Voice to Women with Substance Use Disorder: Findings from Expressive Writing About Trauma. *Women's Health Reports*, 5(1), 223-230. <https://doi.org/10.1089/whr.2023.0173>

Jauffret-Roustide, M., Oudaya, L., Rondy, M., Kudawu, Y., Strat, Y. L., Couturier, E., Emmanuelli, J. et Desenclos, J.-C. (2008). Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues. *médecine/sciences*, 24, 111-121. <https://doi.org/10.1051/medsci/2008242s111>

Kalema, D., Vanderplasschen, W., Vindevogel, S., Baguma, P. K. et Derluyn, I. (2017). Treatment challenges for alcohol service users in Kampala, Uganda. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.7895/ijadr.v6i1.240>

Kelly, L. (2019). Le continuum de la violence sexuelle (traduit par M. Tillous). *Cahiers du Genre*, 66(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cdge.066.0017>

Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatisée » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5(1), 183-199. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>

Lejeune, C. (2019). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. De Boeck Supérieur.

Lemitre, S. (2023). Clinique de l'inceste Le silence des mots est un aveu des plus graves. *Enfances & Psy*, 96(2), 99-110. <https://doi.org/10.3917/ep.096.0099>

Lewis, M. J. et Hilary Klee, S. (dir.). (2001). *Drug Misuse and Motherhood*. Routledge.

Lieber, M. (2002). Le sentiment d'insécurité des femmes dans l'espace public: Une entrave à la citoyenneté? *Nouvelles Questions Feministes*, 21(1), 41-56.

Lieber, M. (2008). *Genre, violences et espaces publics. La vulnérabilité des femmes en question*. Presses de Sciences po

Loukaitou-Sideris, A. et Ceccato, V. (2020). Sexual Violence in Transit Environments: Aims, Scope, and Context. In *Transit Crime and Sexual Violence in Cities*. Routledge.

Mateo-Fernández, P. V., Osa-Subtil, I., Ronzón-Tirado, R. et de la Peña Fernández, M. E. (2025). Batterer typologies: Substance use, impulsivity and results of an IPVAV offender treatment program in Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1492218>

Mehr, J. B., Bennett, E. R., Price, J. L., de Souza, N. L., Buckman, J. F., Wilde, E. A., Tate, D. F., Marshall, A. D., Dams-O'Connor, K. et Esopenko, C. (2023). Intimate partner violence, substance use, and health comorbidities among women: A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1028375>

- Meyer, T. et Verhliac, J.-F. (2004). Auto-efficacité: Quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé? *Savoirs, Hors série*(5), 117-134.
- Meyers, S. A., Earnshaw, V. A., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D. et Smith, L. R. (2021). The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 223, 108706. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108706>
- Montanari, L., Serafini, M., Maffli, E., Busch, M., Kontogeorgiou, K., Kuijpers, W., Ouwehand, A., Pouloudi, M., Simon, R., Spyropoulou, M., Studnickova, B. et Gyarmathy, V. A. (2011). Gender and regional differences in client characteristics among substance abuse treatment clients in the Europe. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 18(1), 24-31. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.504199>
- Murphy, S. et Rosenbaum, M. (1999). *Pregnant Women on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma*. Rutgers University Press.
- Muscat, M. (2023). Les itinéraires féminins face aux « dangers de la ville »: Configurations romanesques d'un rapport genré à l'espace public urbain. *Dix-huitième siècle*, 55(1), 33-46. <https://doi.org/10.3917/dhs.055.0033>
- Mutatayi, C., Morton, S. et Mabileau, F. (2025). Mieux intégrer les spécificités de genre en addictologie, une impulsion du Conseil de l'Europe. *Santé Publique*, 37(1), 131-140. <https://doi.org/10.3917/spub.251.0131>
- Neff, M. (2018). Usages de drogues au féminin et production du savoir académique. *Déviance et Société*, 42(3), 569-595. <https://doi.org/10.3917/ds.423.0569>
- Obradovic, I. (2010). L'influence du genre ? Les usages féminins de cannabis au sein du public des « consultations jeunes consommateurs ». *Psychotropes*, 16(2), 85-105. <https://doi.org/10.3917/psyt.162.0085>
- Page, J. B. et Singer, M. (2010). *Comprehending Drug Use: Ethnographic Research at the Social Margins*. Rutgers University Press.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain*. Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd). Armand Colin.
- Perrin, S. (2023). Understanding the non-use of harm reductions services by socially included women who use drugs. *Population Medicine*, 5(Supplement). <https://doi.org/10.18332/popmed/165271>
- Radcliffe, P. (2011). Substance-misusing women: Stigma in the maternity setting. *British Journal of Midwifery*, 19(8), 497-506. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.8.497>
- Radcliffe, P., Gadd, D., Henderson, J., Love, B., Stephens-Lewis, D., Johnson, A., Gilchrist, E. et Gilchrist, G. (2021). What Role Does Substance Use Play in Intimate Partner Violence ? A Narrative Analysis of In-Depth Interviews With Men in Substance Use Treatment and Their Current or Former Female Partner. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(21-22), 10285-10313. <https://doi.org/10.1177/0886260519879259>

- Rosenblum, O. (2009). Le féminin maternel chez les femmes toxicomanes sous substitution : De la passion du corps à la resexualisation de la relation. *Dialogue*, 184(2), 115-129. <https://doi.org/10.3917/dia.184.0115>
- Schamp, J., Simonis, S., Havere, T. V., Gremaux, L., Roets, G., Willems, S. et Vanderplasschen, W. (2018). *Towards gender-sensitive prevention and treatment for female substance users in Belgium. Final report.* Belspo. http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR73rapp2018.pdf
- Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremaux, L. et Vanderplasschen, W. (2021). Women's views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift : NAT*, 38(2), 175-189. <https://doi.org/10.1177/1455072520964612>
- Schick, M. R., Clayton, A., Maxwell, C. D. et Sullivan, T. P. (2025). Patterns of substance-involved intimate partner violence perpetration: Findings from a daily diary study. *Addictive Behaviors*, 166, 108305. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108305>
- Sciensano. (2024). *Enquête de santé 2023 – Rapport principal* (HIS 2023). Sciensano.
- Sciensano. (2023). *The drug situation in Belgium in 2022: Annual report from the Belgian Reitox network.* Sciensano
- Simmat-Durand, L. (2007). La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société*, 31(3), 305-330. <https://doi.org/10.3917/ds.313.0305>
- Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, 3(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>
- Viaux, J.-L. (2022). Traumatisme de l'inceste: La fabrique de l'impensable. *Dans Les incestes* (p. 215-233). Éditions Érès.
- Volkow, N. D. et Blanco, C. (2023). Substance use disorders: A comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*, 22(2), 203-229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
- Walklate, S. (2008). What is to be Done About Violence Against Women? Gender, Violence, Cosmopolitanism and the Law. *The British Journal of Criminology*, 48(1), 39-54. <https://doi.org/10.1093/bjc/azm050>
- Weber, A., Miskle, B., Lynch, A., Arndt, S. et Acion, L. (2021). Substance Use in Pregnancy: Identifying Stigma and Improving Care. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 12, 105-121. <https://doi.org/10.2147/SAR.S319180>
- Wodak, A. (2009). Harm reduction is now the mainstream global drug policy. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(3), 343-345; discussion 345-346. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02440.x>
- Wolfson, L., Schmidt, R. A., Stinson, J. et Poole, N. (2021). Examining barriers to harm reduction and child welfare services for pregnant women and mothers who use substances using a stigma action framework. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 589-601. <https://doi.org/10.1111/hsc.13335>
- Wright, T. E., Schuetter, R., Fombonne, E., Stephenson, J. et Haning, W. F. (2012). Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm Reduction Journal*, 9(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-5>



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

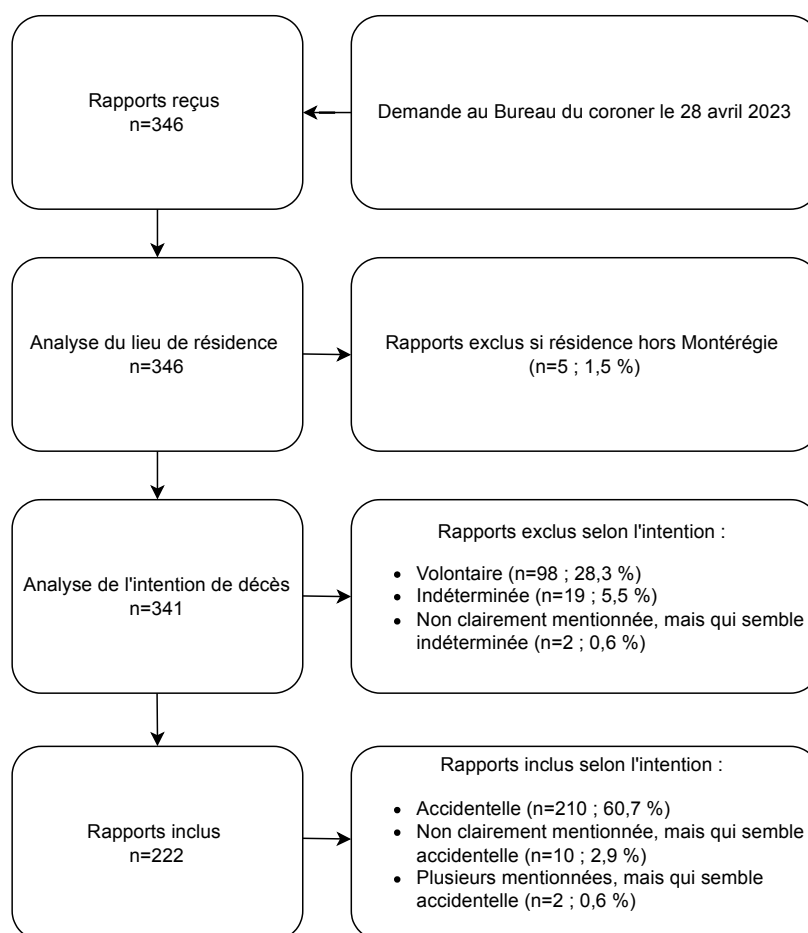
Dans la présentation des constats, il importe de considérer que certaines des données pourraient être sous-estimées si l'information n'était pas incluse dans les rapports de coroners. Aussi, les sous-analyses de variables ou présentations de petits nombres ($n < 10$) pourraient ne pas être accompagnées 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.

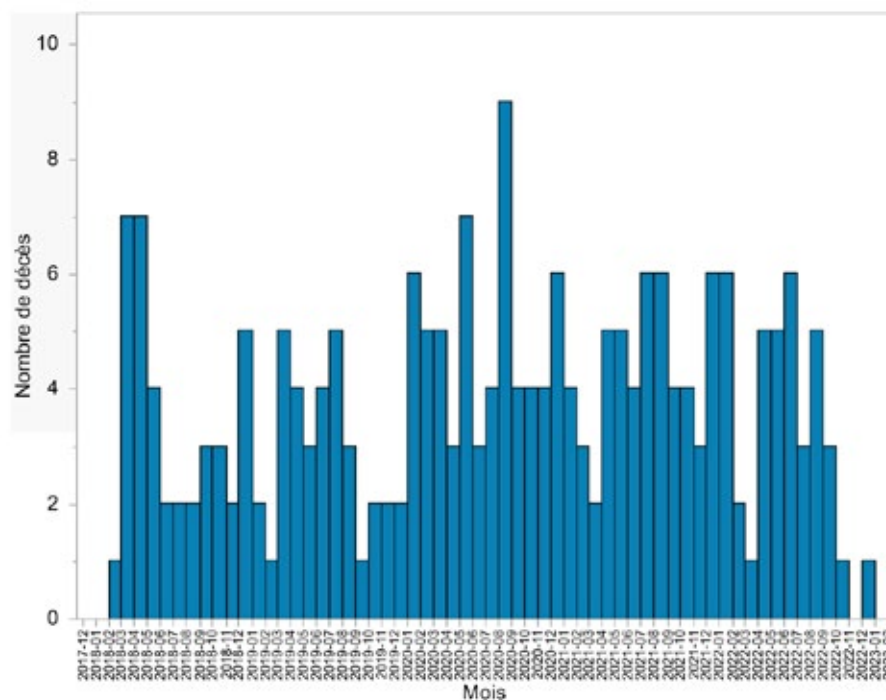
FIGURE 1 – Processus de sélection des rapports de coroners



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)



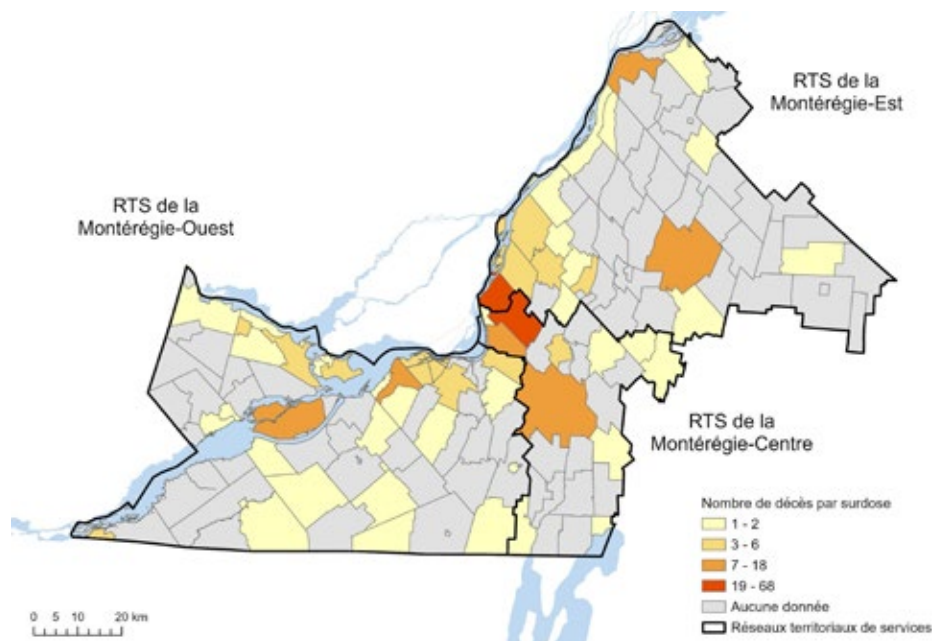
Les décès sont survenus à des dates confirmées pour plus de la moitié des rapports (n=144; 64,9%). Pour le reste de rapports (n=78; 35,1 %), les décès étaient confirmés, mais les dates de décès étaient estimées (ex. : personne vue vivante pour la dernière fois il y a de nombreux jours), et ce, selon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

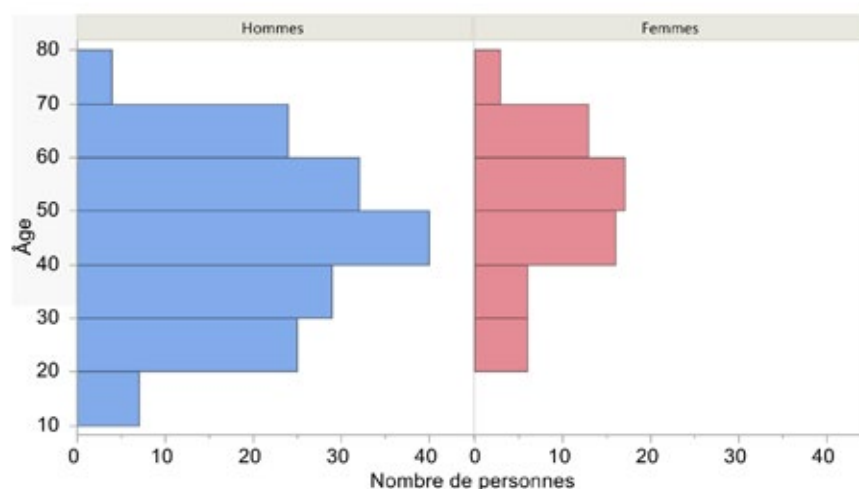
Parmi les rapports consultés, 77 personnes vivaient seules (34,7 %), alors que 109 personnes vivaient en cohabitation (49,1 %). Ces dernières habitaient avec au moins une autre personne telle qu'un proche ou un colocataire, incluant les maisons de chambres.

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

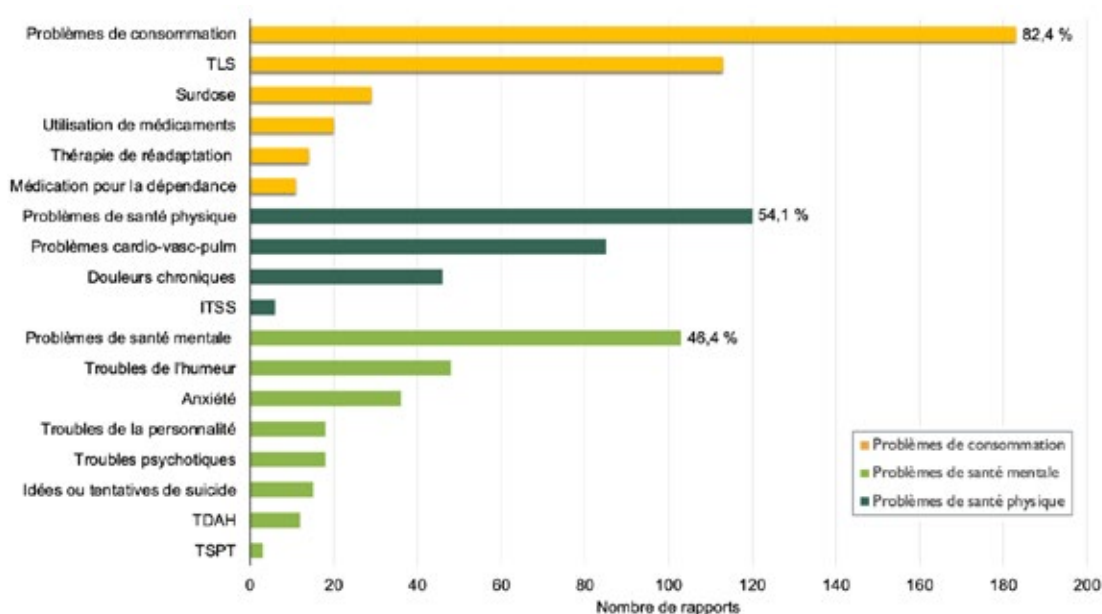
Des problèmes de consommation (n=183; 82,4 %), de santé physique (n=120; 54,1 %) et de santé mentale (n=103; 46,4 %) étaient fréquemment rapportés chez les personnes décédées d'une surdose accidentelle (Figure 5).

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

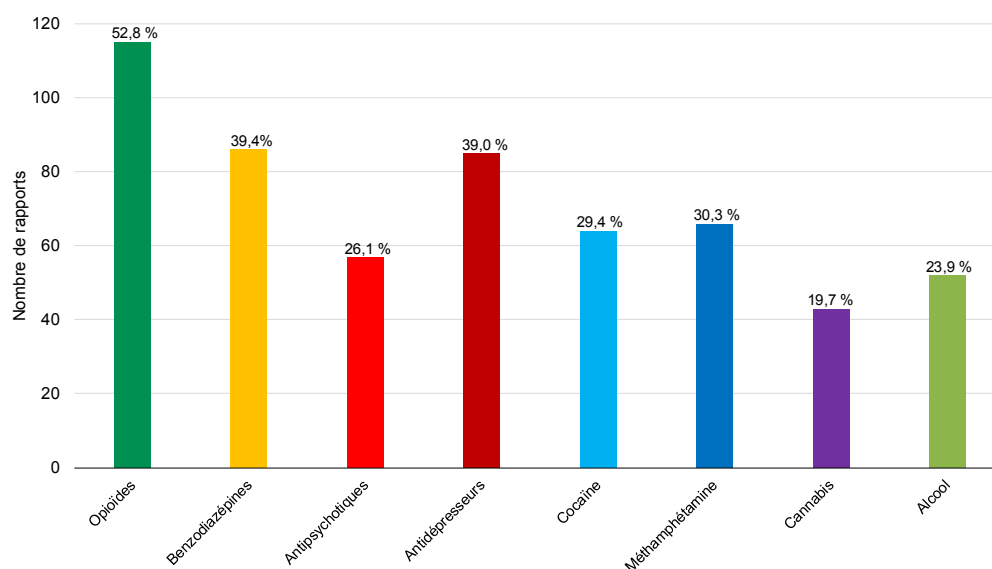
Catégorie de substances	Substances présentes dans les analyses toxicologiques (incluant les métabolites)	
Alcool		
GHB		
Opioïdes	Fentanyl, Acétylfentanyl, Carfentanil, Nitazènes (isotonitazène, protonitazène, pronitazène), TAO (Buprénorphine-Naloxone, Méthadone), Oxycodone, Oxymorphone, Hydromorphone, 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	Benzoylecgonine (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

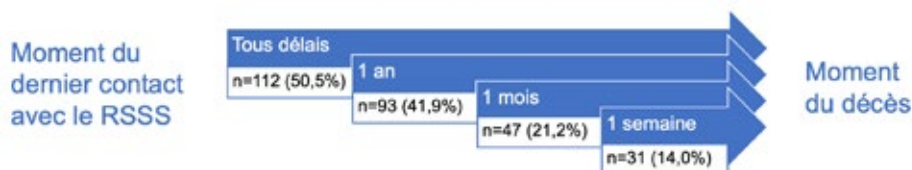
Dans presque l'entièreté des rapports (n=220 ; 99,1 %), il était mention d'un appel au 911 lorsque la personne était trouvée en surdose ou lorsque les proches étaient sans nouvelles depuis un certain temps. Les délais rapportés entre le dernier signe de vie et le moment où la personne est trouvée décédée 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'utilisateurs 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 déprimeurs (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-apercu.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-apercu.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_substances_psychoactives_prevalence_cas_identifies.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)

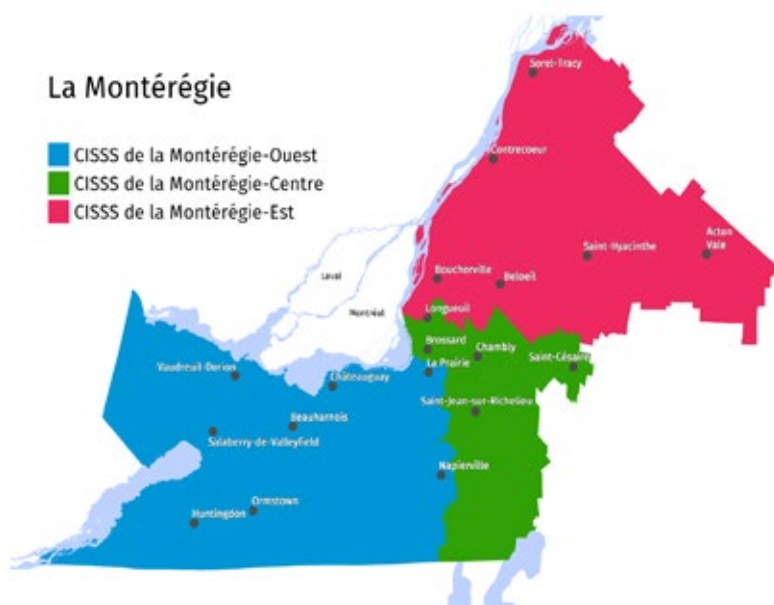
Itinérance cachée : Comprend les personnes qui doivent habiter temporairement chez quelqu’un, dans une chambre d’hôtel ou de motel sans garantie de pouvoir y rester à long terme parce qu’elles n’ont nulle part d’autre où aller. (Institut de la statistique du Québec, 2025)

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)
	Autres informations pertinentes	Texte
Informations sociodémographiques	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



Le trouble concomitant selon une perspective syndémique : une étude de cas multiples

Isabelle St-Pierre, professeure, Inf. Ph. D., Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais ; Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention
dans les services de santé, Université du Québec à Trois-Rivières

Liette St-Pierre, professeure titulaire, Inf. Ph.D., Chaire interdisciplinaire de recherche
et d'intervention dans les services de santé, Université du Québec à Trois-Rivières

Correspondance

Isabelle St-Pierre
Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
Campus de Saint-Jérôme
5, rue St-Joseph
Saint-Jérôme (Québec), J7Z 0B7
Téléphone : 450 530-7616, poste 2305
Courriel : Isabelle.A.St-Pierre@uqo.ca

ORCID ID : <https://orcid.org/0000-0002-9792-3471>

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier la Chaire de recherche interdisciplinaire et d'intervention en services de santé pour son précieux soutien à la recherche. Elles remercient tout particulièrement Lysane Paquette pour sa relecture minutieuse, le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour l'accès aux dossiers médicaux et Marie-Claude Bonneville pour son soutien dans la collecte des données.

Contribution des auteures

Toutes les auteures ont contribué à la conception et au design de l'étude. Les étapes préparatoires à l'étude, la collecte des données et les analyses ont été effectuées par Isabelle St-Pierre et Liette St-Pierre. La première version du manuscrit a été rédigée par Isabelle St-Pierre et toutes les auteures ont lu et approuvé le manuscrit.

Financement

Cette étude a été soutenue financièrement par la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec.

Déclaration éthique

Cette étude a été réalisée conformément à la Déclaration d'Helsinki et a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CÉRC-2016-027). Considérant que les sources de données pour l'étude provenaient des dossiers médicaux, le Comité d'éthique a approuvé la recherche sans exiger le consentement des personnes liées aux dossiers médicaux.

Déclaration des conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Résumé

Introduction : Le trouble concomitant est complexe et nécessite idéalement des services intégrés. Actuellement, sa prise en charge reste fragmentée et l'influence des déterminants sociaux de la santé est peu examinée, rendant l'accès aux services difficile. Une approche syndémique, adoptant une vision holistique, pourrait améliorer la prise en charge et l'accès aux services, mais celle-ci est présentement peu étudiée.

Objectif : Explorer la perspective syndémique du trouble concomitant par une étude de cas multiples, en analysant les trajectoires de soins et de services à l'urgence et les transitions vers les services de 1^{re} et de 2^e ligne.

Méthodes : Cette étude, réalisée au Québec, a analysé les dossiers médicaux de trois personnes utilisant fréquemment les services d'urgence. Les données incluent les visites à l'urgence sur 12 mois, les références vers les soins de 1^{re} et de 2^e ligne en santé mentale et en dépendance, ainsi que les interventions des infirmières de liaison en santé mentale, en dépendance et des travailleuses sociales.

Résultats : Les cas étudiés révèlent des schémas d'utilisation des services reflétant une perspective syndémique. Les besoins variés, souvent liés aux déterminants sociaux de la santé, ont fréquemment nécessité un arrimage avec divers services de 1^{re} et de 2^e ligne. Les interventions des infirmières et des travailleuses sociales variaient en fréquence et en intensité selon les trois cas.

Conclusion : Une approche syndémique pourrait améliorer la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant, considérant l'importance pour elles d'avoir accès à des services distincts et complémentaires. Les infirmières et les travailleuses sociales pourraient jouer un rôle clé dans l'évaluation et l'accompagnement vers des soins adaptés. De nombreuses opportunités sont possibles pour renforcer leur implication.

Mots-clés : trouble concomitant, syndémie, trouble de santé mentale, trouble de l'usage de substance, services intégrés, déterminants sociaux de la santé

Dual disorder from a syndemic perspective: a multiple case study

Abstract

Introduction: Dual disorder is complex and optimally requires integrated services delivery. However, current management strategies remain fragmented, with limited attention given to the role of social determinants of health, making challenging access to appropriate services. A syndemic approach, which adopts a holistic perspective, has the potential to improve care delivery and access, but remains underexplored in the context of dual disorder.

Objective: To explore the syndemic perspective of dual disorder through a multiple-case study, focusing on emergency department care pathways and transitions to outpatient services.

Methods: This study was conducted in Quebec, using medical records from three individuals who were frequent users of emergency services. Data included a 12-month review of emergency department visits, referrals to outpatient mental health and addiction services, and interventions performed by mental health and addiction liaison nurses as well as social workers.

Results: Findings revealed service utilization patterns aligning with a syndemic perspective. The individual's diverse needs, often linked to social determinants of health, frequently required coordination across outpatient services. The involvement of nurses and social workers varied in frequency and intensity across the three cases.

Conclusion: A syndemic approach could enhance the management of individuals with dual disorder by facilitating access to complementary and integrated services. Nurses and social workers are well-positioned to play a pivotal role in assessing needs and guiding individuals toward appropriate care. Strengthening their involvement presents numerous opportunities for optimizing care delivery and addressing the complex interplay of factors affecting this population.

Keywords: dual disorder, syndemic, mental health disorder, substance use disorder, integrated services, social determinants of health

Trastornos concomitantes según una perspectiva sindémica: un estudio de casos múltiples

Resumen

Introducción: El trastorno concomitante es complejo y requiere idealmente servicios integrados. En la actualidad la atención médica es fragmentada y no está suficientemente estudiada la influencia de los determinantes sociales de la salud, lo que dificulta el acceso a los servicios. Un enfoque sindémico y la adopción de una visión holística, podría mejorar los servicios médicos, pero este enfoque está poco estudiado en la actualidad.

Objetivo: Explorar la perspectiva sindémica del trastorno concomitante mediante un estudio de casos múltiples, analizando las trayectorias de la atención y de los servicios en la urgencia y las transiciones hacia los servicios de primera y segunda línea.

Métodos: Este estudio, realizado en Québec, se basa en el análisis de las historias clínicas de tres personas que utilizan frecuentemente los servicios de urgencia. Los datos incluyen las visitas a la urgencia sobre 12 meses, las referencias hacia la atención de primera y segunda línea en salud mental y en dependencia, así como las intervenciones de las enfermeras de enlace en salud mental y en dependencia y de las asistentes sociales.

Resultados: Los casos estudiados revelan esquemas de uso de los servicios que reflejan una perspectiva sindémica. Las diferentes necesidades, a menudo relacionadas con determinantes sociales de la salud, han requerido la colaboración entre diferentes servicios de primera y segunda línea. Las intervenciones de las enfermeras y de las asistentes sociales varían en frecuencia y en intensidad, según los tres casos.

Conclusión: Un enfoque sindémico podría mejorar la atención médica de las personas que presentan un trastorno concomitante, considerando la importancia que tiene para ellas tener acceso a servicios diferentes y complementarios. Las enfermeras y las asistentes sociales podrían cumplir un papel clave en la evaluación y el acompañamiento hacia la atención adecuada. Numerosas oportunidades son posibles para reforzar su implicación.

Palabras clave: trastorno concomitante, sindemia, trastorno de salud mental, trastorno de uso de una sustancia, servicios integrados, determinantes sociales de la salud

Introduction

La complexité du trouble concomitant

Au Canada, le trouble concomitant est défini par la présence simultanée chez une personne d'au moins un trouble de santé mentale (TSM) associé à au moins un trouble de l'usage d'une substance (TUS) (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM], 2002). Cette problématique entraîne une complexité en termes de besoins à combler, de répercussions à long terme et d'optimalité de prise en charge (Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CSMC et CCDUS], 2023 ; Wu et al., 2019). Comparativement aux personnes présentant seulement un TSM ou un TUS, les personnes atteintes d'un trouble concomitant sont confrontées à de nombreux enjeux liés aux déterminants sociaux de la santé, qui influencent leur état de santé, sans nécessairement être une cause directe de la maladie (Institut national de santé publique du Québec, 2024). Elles ont notamment un risque plus élevé de souffrir de problématiques physiques (Gomez et al., 2023), de comportements suicidaires (Carra et al., 2014), d'isolement social (Huynh et al., 2016), d'instabilité financière (Khan, 2017), d'itinérance (Chikwava et al., 2024) et de problèmes judiciaires (Jegade et al., 2022). Ces facteurs se traduisent cliniquement par une détresse psychologique élevée (Khan, 2017), une qualité de vie réduite (Wittenberg et al., 2021), une espérance de vie plus courte (Ayano, 2019) et un taux de mortalité accru (Castelpietra et al., 2022).

Actuellement, le trouble concomitant n'est pas diagnostiqué comme un seul trouble, chaque diagnostic émis chez une même personne étant relié à des interventions distinctes (Judici et al., 2020 ; Kotov et al., 2017). Les approches traditionnelles pour sa prise en charge sont de considérer chaque problématique séparément, soit par une approche séquentielle (un trouble est traité, puis l'autre ensuite) ou parallèle (traitement des deux troubles sans coordination par des équipes différentes et dans des milieux différents) (Hakobyan et al., 2020). Ces approches en silos entravent l'accès aux services, les rendent souvent inefficaces pour répondre aux besoins complexes des personnes (Fantuzzi et Mezzina, 2020 ; Hakobyan et al., 2020 ; Urbanoski et al., 2017) et obligent ces derniers à se tourner fréquemment vers les services d'urgence (Fleury et al., 2019 ; Graham et al., 2017). En ce qui a trait aux services d'urgence, l'évaluation inclut rarement les déterminants sociaux de la santé (Vereecken et al., 2023 ; Willen et al., 2017) et plusieurs obstacles entravent la continuité des soins vers les services de 1^{re} et de 2^e ligne (Lavergne et al. 2022 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2023 ; Sather et al., 2022).

Cette approche biomédicale où la maladie est divisée en plusieurs entités distinctes et isolées, indépendantes des déterminants sociaux de la santé ainsi que du contexte social et environnemental dans lequel elle se manifeste ne correspond pas à l'expérience désirée ou aux besoins mentionnés par les personnes souffrant de troubles concomitants (De Ruyscher et al., 2017 ; Humphreys et al., 2023 ; Jackson et al., 2024). Depuis quelques années, la littérature mentionne

que le trouble concomitant devrait plutôt être étudié et abordé selon une perspective syndémique, laquelle reconnaît une conception biopsychosociale de la maladie, où les différents déterminants sociaux de la santé interagissent avec la problématique de santé présente (Singer, 1996 ; Singer et Clair, 2003 ; Singer et al., 2020).

Le trouble concomitant et la perspective syndémique

Le concept de syndémie, initialement développé pour étudier les comorbidités sur le plan physique et les conditions sociales (ex. : SIDA, violence et consommation de substances) (Singer, 1994), s'applique désormais pour l'étude des comorbidités entre TSM et TUS (Butt et al., 2017 ; Mendenhall et al., 2017). Une syndémie est définie par l'association d'au moins deux problématiques de santé (facteurs biologiques), interagissant de manière synergique et amplifiant leurs effets négatifs (Singer et al., 2017 ; Singer et al., 2020). Ces problèmes de santé se concentrent souvent de manière anormalement élevée dans des populations exposées à des conditions sociales, environnementales et structurelles défavorables (pauvreté, stigmatisation, stress chronique, violence). Ces facteurs sont aussi essentiels à considérer que les problèmes de santé, car ils engendrent un phénomène synergique, lequel dépasse la simple comorbidité additionnée de facteurs aggravants (Singer et al., 2017), et intensifient tant la sévérité que la progression de la situation syndémique (Singer et al., 2017).

À l'instar de la définition de Singer et al. (2020), le trouble concomitant représente un exemple révélateur d'une situation syndémique, impliquant l'entrecroisement de deux problématiques considérées comme des « fardeaux sanitaires » au sein d'une certaine population et dont les interactions résultent en une problématique unique et complexe (Iudici et al., 2020 ; Kessler et al., 2004 ; Mueser et al., 1998). Associé à des facteurs sociaux, structurels et environnementaux, le trouble concomitant est exacerbé par des interactions synergiques. Une enquête nationale américaine a révélé une forte prévalence de « facteurs d'adversité » (violence, itinérance, traumatismes infantiles, judiciarisation, etc.) chez les personnes présentant un trouble concomitant, réduisant leur qualité de vie et l'accès aux soins (Jegede et al., 2022). D'autres facteurs d'adversité (ci-après nommés facteurs syndémiques) ont aussi été étudiés, notamment les problématiques physiques, la stigmatisation, l'isolement social, l'insécurité alimentaire et la difficulté d'accès aux services de santé et aux services sociaux (Gomez et al., 2023 ; Huynh et al., 2016 ; Leddy et al., 2021 ; Livingston, 2020 ; Ross et al., 2015).

Parce qu'il s'agit d'un concept relativement récent, peu d'études ont abordé la perspective syndémique du trouble concomitant (Card et al., 2018 ; Chichetto et al., 2019 ; Chichetto et al., 2023 ; Chichetto et al., 2025 ; Clementi et al., 2020 ; Coid et al., 2021 ; Eshak et al., 2024 ; Fujita et al., 2024 ; Gerke et al., 2022 ; Glynn et al., 2025 ; Gomez et al., 2023 ; Jain et al., 2022 ; Jegede et al., 2022 ; Leddy et al., 2021 ; Lett et al., 2022 ; McDonald et al., 2020 ; Robinson et al., 2016 ; Singer et al., 2020 ; Turpin et al., 2020 ; Tsuyuki et al., 2017 ; Yellin et al., 2018 ; Zhang et Coid, 2024). Les études quantitatives se sont concentrées sur les liens entre le trouble concomitant et certains facteurs sociaux spécifiques, les habitudes de vie (obésité, tabagisme, sédentarité) ou d'autres problématiques

physiques. Certains auteurs ont mentionné la nécessité d'utiliser des données qualitatives ou une triangulation des données (Gulbas et al., 2024), en plus d'inclure des variables dépassant l'individu seul (Mendenhall, 2017; Tsai, 2018; Tsai et al., 2017). Selon la littérature recensée, aucune étude ne semble avoir exploré la perspective syndémique du trouble concomitant en lien avec l'utilisation des services de santé et des services sociaux.

Cette étude vise donc à explorer la perspective syndémique du trouble concomitant d'un point de vue qualitatif, par une étude de cas multiples. Trois questions découlent de cet objectif : 1) la syndémie du trouble concomitant est-elle visible dans les services de santé et de services sociaux ? ; 2) comment est-elle illustrée ? ; 3) comment influence-t-elle l'utilisation des services par la population ciblée ? L'analyse s'est appuyée sur les trajectoires de soins et de services, définies comme la séquence et l'organisation des soins et des services dispensés à une population pendant une période délimitée. Elles sont un outil pertinent pour obtenir une vision globale des soins et des services (Schrijvers et al., 2012; Vanhaecht et al., 2010). Cette étude est pertinente, considérant que les services actuellement offerts présentent des lacunes pour combler adéquatement les besoins de cette population.

Méthodes

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche sous le numéro CÉRC-2016-027 et par la Direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Les données, issues de dossiers médicaux, proviennent d'une plus large étude quantitative sur les trajectoires de soins à l'urgence et dans les services de 1^{re} et de 2^e ligne d'adultes présentant un trouble concomitant. L'échantillon de base pour l'étude quantitative devait présenter les critères suivants : 1) présenter un TSM diagnostiqué selon la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association [APA], 2013) et un TUS inscrit dans le dossier médical ; et 2) avoir visité au moins une fois un service d'urgence sur une période de 12 mois consécutifs. La procédure complète concernant la sélection des dossiers médicaux a été décrite dans St-Pierre et St-Pierre (2024). Les variables ont été sélectionnées afin de recueillir des informations sur toute la trajectoire de soins, couvrant à la fois les services d'urgence et les services de 1^{re} et de 2^e ligne (voir tableau 1). Pour les visites à l'urgence, la collecte a ciblé les visites effectuées entre le 1^{er} mai 2015 et le 30 avril 2016. Pour les services de 1^{re} et de 2^e ligne, la collecte a ciblé les années 2011 à 2018, afin d'avoir un portrait plus large des services reçus avant, pendant et après la période de visites à l'urgence. Le fait que plusieurs données n'étaient pas disponibles avant 2011 limitait la possibilité de collecter des données avant cette date. Le système de santé québécois, financé par les gouvernements fédéraux et provinciaux, garantit un accès universel et gratuit aux services de santé et aux services sociaux. Bien que certains services privés étaient disponibles durant la période couverte, cette étude s'est concentrée sur les services publics de 1^{re} et de 2^e ligne en santé mentale et en dépendance susceptibles d'être utilisés par la population ciblée. Les demandes de services liées à des besoins spécifiques (hébergement, difficultés financières, problèmes judiciaires) ont également été examinées.

TABLEAU 1 – Catégories et variables associées

Catégories	Variables
Sociodémographique	Âge, sexe, occupation, statut civil, scolarité, nombre d'enfants, nationalité, hébergement, antécédents judiciaires, soutien familial, réseau social, besoins financiers
Médical et psychosocial	Troubles de santé mentale (TSM), troubles d'usage de substances (TUS), problématiques de santé physique, médication, antécédents familiaux de TSM et TUS, antécédents personnels de TSM et TUS pendant la jeunesse, antécédents de tentative de suicide
Soins et services	Antécédents de services avec le centre jeunesse, accès à un psychiatre, accès à un médecin de famille, suivi avec intervenants, autorisation judiciaire de soins, programme de substitution
Épisodes de soins dans les services d'urgence	Nombre de visites à l'urgence, raison de consultation, score assigné au triage, endroit assigné après évaluation médicale, départ avant consultation médicale, consultation psychiatrique, diagnostic médical au congé de l'urgence, implication de l'infirmière de liaison en dépendance à l'urgence, implication de l'infirmière de liaison en santé mentale à l'urgence, implication de la travailleuse sociale, implication du psychologue, services offerts au congé de l'urgence, types de services offerts, durée du séjour
Demandes de services	Requérant, service où la demande a été transmise, raison inscrite sur la demande, décision après évaluation de la demande, service assigné à la suite de l'évaluation, référence vers l'infirmière de liaison en santé mentale ou en dépendance, trouble concomitant mentionné dans la demande, raison de fin du suivi

Sources de données et méthodes de collecte

Les numéros de dossier et d'assurance maladie du Québec ont été utilisés pour extraire les données à partir de différents logiciels et un code a ensuite été attribué pour garantir la confidentialité. Pour chaque dossier, toutes les visites aux urgences effectuées sur la période ciblée de 12 mois ont été consignées de même que les services offerts et reçus entre 2011 et 2018. Par exemple, si une personne a effectué 25 visites en 12 mois, toutes les informations de ces visites ont été consignées. Les logiciels utilisés sont :

- SIC+ et SIC-SRD de i-CLSC pour les demandes effectuées dans les services de 1^{re} et de 2^e ligne en santé mentale et en dépendance ;
- Dossier Santé Québec du Gouvernement du Québec pour la médication prescrite ;
- SIURGE de Logibec pour les consultations aux urgences, les consultations en psychiatrie ainsi que les informations liées au triage.

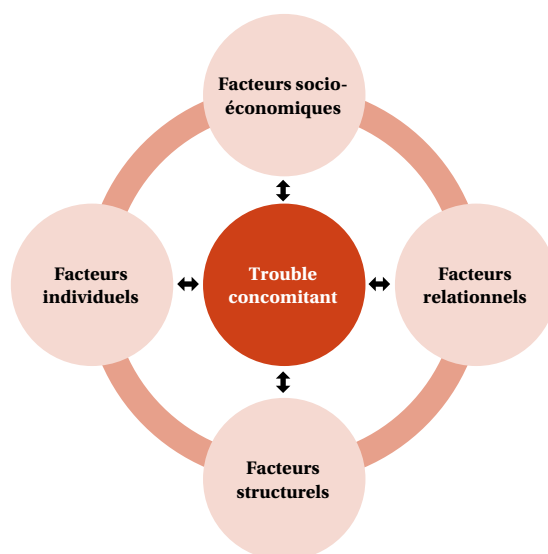
Certaines variables, non disponibles dans les bases de données, ont été récupérées dans les dossiers papier, à l'exception d'un établissement où les dossiers étaient informatisés (logiciel *Purkinje*). Des informations ont également été recueillies à partir des notes évolutives des infirmières, des consultations en psychiatrie et des notes médicales. Des notes de terrain ont aussi été consignées. Une banque de données a été élaborée sous forme de grille d'analyse avec la création de menus déroulants afin de conserver une standardisation des données et éviter les erreurs de saisie. La

banque de données a été créée avec Excel de Microsoft Office 365 ProPlus (v.16.0.6965.2117) et l'analyse des données a été effectuée avec SPSS version 27.

Approche méthodologique et cadre de référence

À la suite de l'analyse des données de l'étude originale, une exploration approfondie de certains aspects des trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant a été jugée nécessaire. Par exemple, plusieurs références vers les services de 1^{re} ligne concernaient des besoins liés à des déterminants sociaux de la santé (hébergement, difficultés financières, transport, aide alimentaire). Certaines visites à l'urgence étaient également motivées par un besoin d'hébergement. Ainsi, une étude de cas multiples exploratoire, réalisée avec la méthode d'analyse de cas multiples de Yin (2018), a été choisie pour examiner ce phénomène dans son contexte réel au sein des services de santé et des services sociaux. Cette méthode a été préférée à l'étude de cas unique, car elle renforce la robustesse et augmente la validité externe de l'analyse. Afin de circonscrire les variables spécifiques à la perspective syndémique, un cadre de référence a été élaboré à partir du modèle Violence, Immigration, Depression, Diabetes and Abuse Syndemic (VIDDA syndemic) de Mendenhall (2016), le cadre de Caron et Adegboye (2021) sur la COVID-19 et les déterminants sociaux, ainsi que les facteurs syndémiques associés au trouble concomitant recensés dans la littérature (voir figure 1). Des exemples pour les quatre catégories du cadre de référence sont présentés dans le tableau 2.

FIGURE 1 – **Cadre de référence des facteurs syndémiques du trouble concomitant**
(Adapté de Caron et Adegboye, 2021 ; Mendenhall, 2016)



TABEAU 2 – Définition et exemples pour les catégories de facteurs syndémiques du trouble concomitant

Facteurs syndémiques	Définition	Exemples
Individuels	Facteurs spécifiques à la personne, modifiables ou non	Problématiques de santé, antécédents médicaux, médication
Socioéconomiques	Conditions sociales dans lesquelles la personne évolue	Besoins financiers, logement, antécédents judiciaires, itinérance
Relationnels	Relations personnelles et familiales et facteurs liés à la famille	Réseau social, soutien familial, antécédents familiaux
Structurels	Facteurs liés aux services utilisés	Accès aux soins, médecin de famille, psychiatre, visites à l'urgence

Une analyse de trois cas a été jugée appropriée pour examiner le phénomène en profondeur, selon la méthode d'analyse de cas multiples de Yin (2018). Les cas ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné afin de représenter les quatre groupes de facteurs du cadre de référence et augmenter la variabilité de certaines caractéristiques (âge, sexe, TSM, TUS) (Merriam et Tisdell, 2016).

Analyses

Une analyse intracas a été réalisée à partir de lignes temporelles, permettant une exploration détaillée et approfondie de chaque cas. Par la suite, une analyse intercas a permis de comparer les trois cas afin d'identifier les convergences et les divergences, de comprendre les éléments distinctifs dans les schémas observés et enfin, d'obtenir une compréhension globale du phénomène étudié (Yin, 2018). La création de lignes temporelles est une méthode permettant d'organiser visuellement des données narratives riches. Ces lignes temporelles sont généralement construites en mettant en évidence les événements de la vie d'une personne dans un ordre chronologique (Patterson et al., 2012), facilitant leur visualisation et leur enchaînement. Elles sont utiles pour la comparaison avec d'autres données ou pour situer un concept de recherche dans le contexte d'autres événements (Gramling et Carr, 2004). Pour chacun des cas, deux lignes temporelles ont été créées. La première illustre les services de 1^{re} et de 2^e ligne collectés alors que la deuxième illustre une portion plus spécifique de la première série temporelle, incluant les visites aux urgences collectées sur une période de 12 mois et les services demandés ou reçus dans cette période. L'analyse s'est concentrée sur la séquence des différents services demandés ou reçus afin d'explorer les perspectives syndémiques possibles, les facteurs impliqués et leurs manifestations. Les critères de rigueur propres à une étude de cas ont été respectés (Yin, 2018) :

- Fiabilité : utilisation d'un protocole d'étude de cas (Yin, 2018), création d'une base de données;
- Validité interne : recours à des sources de données multiples et à la triangulation des données, utilisation de plusieurs méthodes d'analyse (séries temporelles, analyse intercas);

- Validité externe : Utilisation d'une logique de réplication d'analyses pour chaque cas (généralisation analytique), sélection de plusieurs cas, analyse intercas ;
- Validité de construit : recours à des sources de données multiples et à la triangulation des données, utilisation d'un modèle de référence élaboré à partir de théories et modèles validés dans la littérature.

Résultats

Contexte du réseau de la santé et des services sociaux de la région d'étude

Les trois cas sélectionnés, Mathieu, Ariane et Stéphane (noms fictifs), ont utilisé les services d'une région du Québec desservant environ 295 000 habitants. En 2015, cette région comptait plusieurs organismes communautaires œuvrant en dépendance et en santé mentale, quatre organismes communautaires généraux, plusieurs centres de réadaptation en dépendance (avec ou sans hébergement) et des services de 1^{re} ligne tels que : services psychosociaux généraux, intervention de crise 24/7, guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA), suivi intensif dans le milieu (SIM) et soutien d'intensité variable (SIV). Plusieurs services ont été offerts et utilisés dans les trois cas. Dans les services d'urgence, une infirmière¹ de liaison en santé mentale (infTSM) n'était présente que dans l'établissement fréquenté par le cas 3 (Stéphane). Le tableau 3 décrit les services et leurs caractéristiques.

TABLEAU 3 – Services et caractéristiques

Services	Caractéristiques
Services d'accueil et courte durée	
Accueil psychosocial et services psychosociaux généraux	Service téléphonique ou en personne permettant de discuter avec une intervenante psychosociale pour obtenir une évaluation, du soutien, des informations ou une orientation vers le meilleur service approprié. Un suivi de courte durée peut également être effectué.
Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA)	Maintenant nommé Mécanisme d'accès en santé mentale, le GASMA est la porte d'entrée pour avoir accès aux services de 1 ^{re} ligne en santé mentale et dépendance. Le mandat du GASMA consiste à évaluer les besoins de la personne et l'orienter vers les services les plus appropriés.
Info-Social	Service de consultation téléphonique 24/7 gratuit assuré par des personnes intervenantes en travail social qui évaluent les besoins, fournissent des conseils et répondent aux questions d'ordre psychosocial.
Intervention de crise dans le milieu 24/7	Professionnel disponible en tout temps pour intervenir lors de situations psychosociales où une personne est en détresse et nécessite une intervention immédiate (état mental perturbé, idées suicidaires, actes de violence).

¹ Les titres professionnels et noms se rapportant à des personnes intervenantes sont rédigés au féminin dans un objectif de concision.

La perspective syndémique du trouble concomitant

Services	Caractéristiques
Soins et services aux SU	
Infirmières de liaison en santé mentale et en dépendance*	Se déplacent dans les services d'urgence quotidiennement pour soutenir l'équipe des urgences et le psychiatre. Leurs tâches consistent notamment à effectuer le dépistage et l'évaluation de la condition mentale ou de la consommation de la personne. Elles peuvent effectuer des interventions brèves, faciliter l'initiation des traitements en collaboration avec le professionnel prescripteur** et faciliter l'arrimage entre les différentes unités ou avec les services externes.
Psychiatre de garde	Disponible pour effectuer des consultations ponctuelles au service d'urgence, habituellement entre 8 h et 16 h.
Psychologue	Disponible pour effectuer une consultation psychologique et initier une psychothérapie pendant une hospitalisation.
Travailleuse sociale	Présente à l'urgence et sur les unités d'hospitalisation pour évaluer, accompagner et intervenir auprès des personnes présentant une détresse ou des besoins psychosociaux. Elle a aussi pour tâches de faire la liaison avec les services externes afin d'assurer un arrimage adéquat.
Soins et services 1^{re} et 2^e ligne	
Centres de réadaptation en dépendance 2^e ligne (CRD)	Offrent des interventions spécialisées en dépendance telles qu'une évaluation approfondie du TUS et des comportements à risque, la gestion des symptômes de sevrage, le soutien à l'arrêt de la consommation, les traitements de substitution et l'hébergement si nécessaire.
Équipe itinérance	Faisant partie des équipes de proximité et incluant des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des membres du milieu communautaire, cette équipe cherche à rejoindre les personnes en situation d'itinérance, ou à risque de le devenir, dans les endroits qu'elles fréquentent. Propose des services de promotion, de prévention, de suivi et d'accompagnement.
Hôpital de jour (santé mentale 2^e ligne)	Équipe interdisciplinaire qui évalue et traite les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état et le niveau de dysfonctionnement nécessitent un suivi intensif. Aide à prévenir les hospitalisations ou à en réduire la durée. Les services offerts incluent l'évaluation et la précision du diagnostic, le traitement, les activités thérapeutiques individuelles et de groupe, l'enseignement sur la maladie, l'accompagnement et les activités éducatives.
Programme d'accompagnement justice et santé mentale	Programme volontaire offrant un service judiciaire adapté à la réalité des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et qui font face à la justice. Il peut permettre une réduction de peine ou parfois la déjudiciarisation. Critères d'admissibilité : il doit exister un lien entre le TSM et l'infraction commise, cette dernière doit être de nature criminelle et la personne doit être apte à faire face au processus judiciaire.
Services en santé mentale 1^{re} ligne	Programmes de 1 ^{re} ligne permettant une évaluation des besoins de la personne et permettant de l'orienter vers le bon service si nécessaire. Offrent aussi des interventions en lien avec l'évaluation de la condition mentale, la médication et le suivi.
Services en dépendance 1^{re} ligne	Services mettant l'accent sur des mesures préventives telles que la réduction des risques, le counseling et le dépistage

* Le féminin pour les titres professionnels a été utilisé dans un objectif de concision.

** Médecin, infirmière praticienne spécialisée

Services	Caractéristiques
Suivi intensif dans le milieu et soutien d'intensité variable (SIM/SIV)	S'adressent aux adultes aux prises avec un trouble mental grave associé à une condition instable (ex. : itinérance, consommation de substances), à des incapacités au plan des habiletés personnelles, sociales et relationnelles, ainsi qu'à des difficultés d'intégration, d'organisation et d'adaptation dans la communauté. La personne doit présenter une condition clinique et sociale complexe, qui doit nécessiter une certaine intensité d'accompagnement. Formé d'une équipe interdisciplinaire comprenant parfois un psychiatre selon la situation, les SIM/SIV offrent des services d'enseignement, de réadaptation, de coordination des services et de soutien hautement individualisés et dispensés dans la communauté qui maximisent les capacités adaptatives de la personne, en fonction de ses besoins.
Autres ressources ou services	
Programme enfance-famille-jeunesse	Offre des services aux enfants et à leurs parents, que ce soit au niveau développemental, physique, psychosocial ou du rôle parental.
Ressources communautaires	Ne font pas partie à proprement parler de la structure du système de santé et services sociaux du système québécois, mais sont des partenaires indispensables pour le soutien des personnes et pour répondre à leurs besoins. Les services communautaires tels les centres de thérapie pour les dépendances (services externes ou hébergement), les services de gestion de crise et les organismes communautaires en santé mentale sont présents pour accompagner et soutenir la personne, et ce, à proximité de son milieu de vie.

Les facteurs sociodémographiques et les facteurs syndémiques liés au cadre de référence sont présentés dans le tableau 4.

TABEAU 4 – Caractéristiques des trois cas selon le cadre de référence des facteurs syndémiques du trouble concomitant

Facteurs	Cas 1 (Mathieu)	Cas 2 (Ariane)	Cas 3 (Stéphane)
Facteurs sociodémographiques			
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin
Âge	Mi-trentaine	Mi-vingtaine	Mi-quarantaine
Statut civil	Célibataire	Célibataire	Célibataire
Enfants	Aucun	3	3
Scolarité	– ^a	–	Primaire
Occupation	Sans emploi, aide sociale	Sans emploi, aide sociale	Sans emploi, aide sociale
Nationalité	Canadienne	Canadienne	Canadienne
Trouble concomitant			
TSM^b	Trouble anxieux	Trouble psychotique	Trouble bipolaire, TP ^d mixte
TUS^c	Alcool	Amphétamines	Alcool, amphétamines, cannabis

La perspective syndémique du trouble concomitant

Facteurs	Cas 1 (Mathieu)	Cas 2 (Ariane)	Cas 3 (Stéphane)
Médication	Anxiolytiques, antipsychotiques, antidépresseurs, aide sevrage alcool	Antipsychotiques, psychostimulants	Anxiolytiques, antipsychotiques, antidépresseurs
Facteurs individuels			
Problèmes santé physique (type)	Infectiologie, neurologie	Pneumologie	Neurologie, gastrologie
Suivi par un spécialiste	Non	Non	Non
Médication	Aucune	Inhalateurs	Analgésiques, vitamines
Antécédents tentative de suicide	Non	Non	Oui
Antécédents TSM jeunesse	Oui	-	-
Antécédents TUS jeunesse	-	-	-
Antécédents services en CJ^e	Oui	Oui	-
Antécédents de services pendant jeunesse	Oui	-	-
Facteurs socioéconomiques			
Besoins financiers	-	Oui	-
Besoins pour hébergement	Alternance domicile et itinérance	Alternance domicile et itinérance	Alternance ressource privée et domicile
Problèmes judiciaires	Non	Oui	Oui
Facteurs relationnels			
Réseau social	Non	Oui	Non
Soutien familial	Oui	Non	Non
Antécédents familiaux TSM	Oui	-	Non
Antécédents familiaux TUS	-	-	Non
Facteurs structurels (Soins et services)			
Médecin de famille au dossier	Non	Non	Oui
Psychiatre au dossier	Non	Non	Non

Facteurs	Cas 1 (Mathieu)	Cas 2 (Ariane)	Cas 3 (Stéphane)
Autorisation judiciaire de soins	Non	Non	Non
Programme de substitution	Non	Non	Non
Services en 1^{re} ligne	Oui	Oui	Oui
Services en 2^e ligne	Oui	Oui	Oui
Nombre de visites à l'urgence 12 mois	25	25	8
Nombre de demandes de services 1^{re} ligne	6	13	3
Nombre de demandes de services 2^e ligne	19	13	6

^a Donnée inconnue ;

^b TSM = Trouble de santé mentale ;

^c TUS = trouble de l'usage d'une substance ;

^d TP = Trouble de la personnalité ;

^e CJ = Centre jeunesse

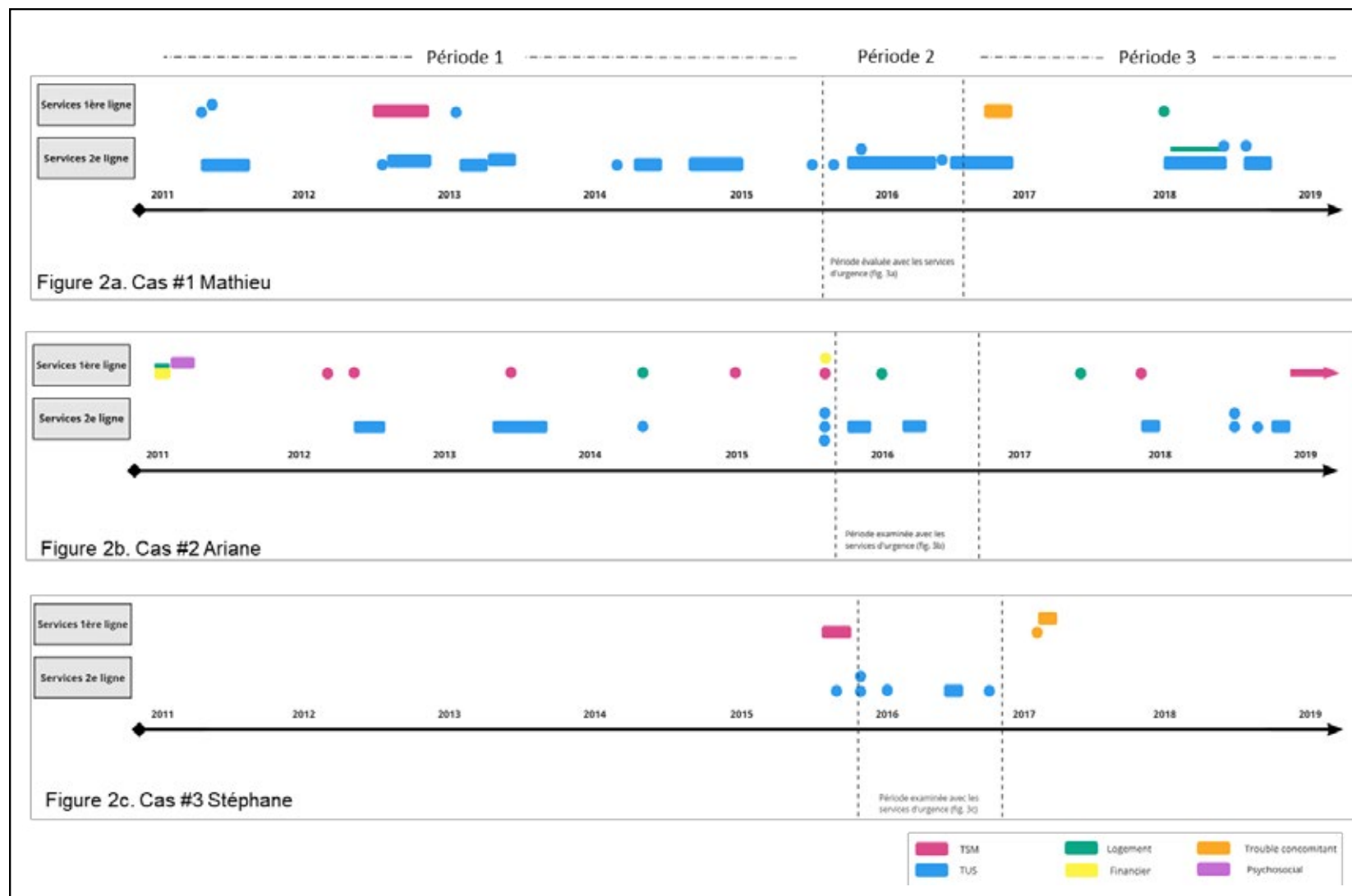
Intracas n° 1 : Mathieu

Mathieu, un homme dans la mi-trentaine, célibataire, sans enfants et sans emploi, a effectué 25 visites à l'urgence pour différentes raisons : intoxication/symptômes de sevrage (16), présence d'hallucinations (3), trouble anxieux/idées suicidaires (2), symptômes reflétant un trouble concomitant (1) et traumatisme physique (3). À cela se sont ajoutées 25 demandes de services en 1^{re} et 2^e ligne : TUS (21), TSM (1), trouble concomitant (1) et hébergement (2).

Entre 2011 et 2015 (période 1, figure 2a), 13 demandes de services ont été enregistrées.

- Deux demandes au service de 1^{re} ligne en dépendance, mais réorientées vers un centre de réadaptation en dépendances (CRD) de 2^e ligne ;
- Une seule demande en lien avec le TSM, avec un suivi de deux mois en santé mentale 1^{re} ligne pour gestion de la médication, terminé par l'atteinte des objectifs, ainsi qu'un suivi parallèle en CRD pendant quelques semaines ;
- Six demandes acceptées avec suivis en CRD (deux à quatre mois chacun), tous cessés par Mathieu ;
- Six autoréférences en CRD, dont deux finalement refusées par Mathieu lors du premier contact téléphonique avec un intervenant ;
- En 2013, trois demandes rapprochées en CRD avec un schéma récurrent : refus de la première demande par Mathieu, mais autoréférence le lendemain, avec suivi de deux mois, puis abandon. Ce schéma d'alternance entre autoréférence et références formelles (par le centre hospitalier), avec suivi de quelques mois puis abandon, s'est poursuivi jusqu'en juillet 2015.

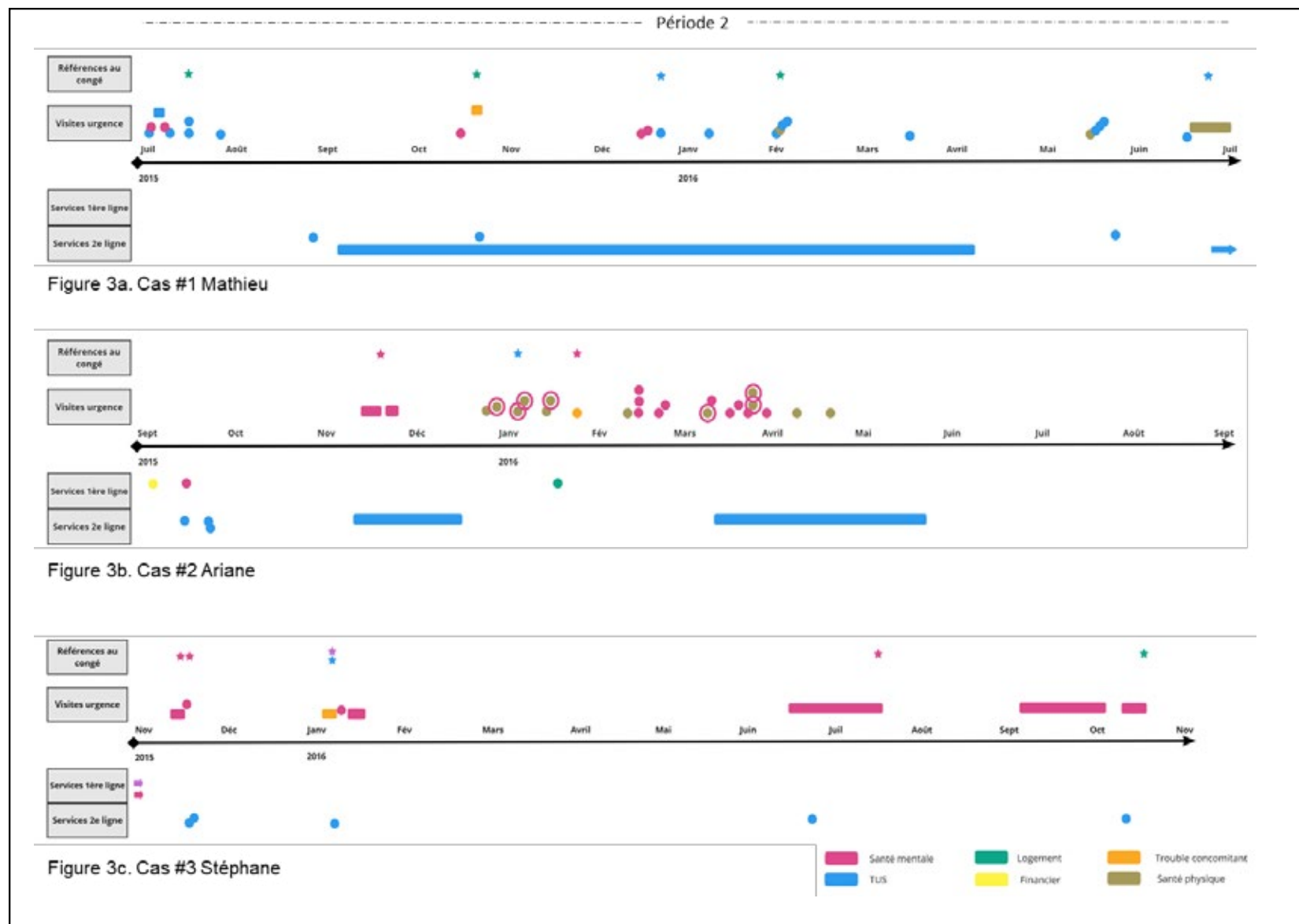
FIGURE 2 – Séries temporelles des services de 1^{ère} et 2^e ligne offerts et reçus



La période où les visites à l'urgence ont été analysées se situe entre juillet 2015 et juin 2016 (période 2, figure 3a).

- Juillet 2015 : huit visites notamment pour trouble anxieux (1), intoxication à l'alcool (5), idées suicidaires (1) et symptômes de sevrage lié à l'alcool (1), dont une hospitalisation de quatre jours (intoxication à l'alcool). Pendant cette période, Mathieu était en situation d'itinérance. Il s'est présenté deux fois à l'urgence la même journée en état d'intoxication en mentionnant cette situation ; référence vers un centre d'hébergement ;
- Octobre 2015-avril 2016 (6 mois) : 11 visites à l'urgence, notamment pour intoxication à l'alcool ou symptômes de sevrage (6), tout en ayant un suivi en CRD ;
- Octobre 2015 : deux visites pour présence d'hallucinations et idées suicidaires/symptômes de sevrage, incluant une hospitalisation et une référence en CRD (même si suivi déjà actif) et à l'équipe itinérance ;
- Février 2016 : quatre visites en quatre jours (intoxication à l'alcool [3], trauma mineur [1]), perte de son logement dans cette période et référence à l'équipe itinérance ;
- Mai-juin 2016 : alternance entre des situations d'itinérance et d'habitation en logement, six visites à l'urgence pour intoxication à l'alcool (4), symptômes physiques non spécifiés (1) et traumatisme neurologique lié à l'alcool ayant nécessité une hospitalisation de huit jours et un suivi en neurochirurgie. Un nouveau suivi en CRD a débuté (fin du précédent il y a deux mois) après son hospitalisation.

FIGURE 3 – **Séries temporelles des visites à l'urgence**



Entre octobre 2016 et fin 2019 (période 3, figure 2a), sept demandes de services ont été notées.

- Un suivi en CRD toujours actif, mais ce dernier a demandé un suivi conjoint avec le programme SIV (trouble concomitant mentionné dans la demande); suivi de deux mois puis cessation à la suite d'un transfert vers un service inconnu;
- Janvier-juillet 2018 (7 mois) : six demandes dont trois autoréférences : la première pour perte de domicile (accueil psychosocial) et cinq effectuées en CRD, dont une pour obtenir un suivi avec hébergement, car toujours sans domicile fixe.

Intracas n° 2 : Ariane

Ariane, une femme dans la mi-vingtaine, célibataire, trois enfants et recevant des prestations d'aide sociale, a effectué 25 visites à l'urgence pour différentes raisons : hallucinations/symptômes psychotiques (10), trouble anxieux/agitation (2), symptômes reflétant un trouble concomitant (1), symptômes physiques (5) et symptômes physiques combinés à des symptômes psychotiques (7). À cela se sont ajoutées 26 demandes de services : TUS (13), TSM (7), psychosocial (1), difficultés financières (2) et hébergement (3).

Entre 2011 et 2015 (période 1, figure 2b), 15 demandes de services ont été enregistrées.

- Janvier 2011 : autoréférence à l'accueil psychosocial pour des difficultés financières et problématique avec son logement. Demande transférée au programme enfance-jeunesse-famille, un suivi actif étant déjà en cours;
- Une demande neuf jours plus tard par une clinique médicale pour difficultés liées au rôle parental, suivi abandonné deux mois plus tard;
- Deux interventions de crise dans le milieu 24/7 pour état mental perturbé;
- Plusieurs périodes de chevauchements entre des demandes en 1^{re} ligne pour TSM ou hébergement (expulsion) avec des demandes en CRD;
- Septembre 2015 : trois autoréférences en CRD, une pour difficultés financières et une intervention de crise 24/7 pour perturbation de l'état mental. Ariane a refusé les services en CRD.

La période où les visites à l'urgence ont été analysées se situe entre novembre 2015 et mai 2016 (période 2, figure 3b).

- 25 visites à l'urgence sur une période de six mois;
- Novembre 2015 : deux visites pour symptômes psychotiques avec hospitalisation. Suivis dans des ressources externes en santé mentale et dépendance jusqu'en février 2016 (données inscrites au dossier médical, mais pas dans les bases de données);
- Décembre 2015-janvier 2016 : six visites liées à des symptômes physiques diagnostiqués finalement comme des symptômes psychotiques; une visite pour des symptômes psychotiques et d'intoxication, référence vers le programme SIM, mais demande refusée par le programme;

- Perte de logement dans la même période, autoréférence en 1^{re} ligne (psychosocial) ainsi qu'en CRD, suivi en CRD avec hébergement ;
- Février 2016 : six visites dont trois dans la même journée pour présence d'hallucinations ;
- Mars 2016 : huit visites notamment pour hallucinations (4), agitation (1) et symptômes physiques (3), avec diagnostics modifiés pour symptômes psychotiques dans les trois derniers cas. Pour six visites, Ariane a quitté avant l'évaluation médicale ou a signé un refus de traitement. Une autoréférence en CRD avec suivi (2 mois).

Entre 2017 et 2019 (période 3, figure 2b), huit demandes de services sont notées.

- Autoréférence à l'accueil psychosocial pour perte de logement ;
- Demande transmise au GASMA par le centre hospitalier pour suivi au programme SIM (soutien et supervision de la médication), mais refusée et réorientée vers un service externe inconnu ;
- Cinq demandes en CRD par les services judiciaires et le centre hospitalier, mais services refusés ou abandonnés par Ariane ;
- À la suite d'une rechute de consommation, demande de service au programme d'accompagnement justice et santé mentale, suivi jusqu'en juin 2020 (atteinte des objectifs).

Intracas n° 3 : Stéphane

Stéphane, un homme dans la mi-quarantaine, célibataire, trois enfants et recevant des prestations d'aide sociale, a effectué huit visites à l'urgence pour présence d'idées suicidaires. À cela ce sont ajoutées neuf demandes de services : TUS (6), TSM (1) et trouble concomitant (2).

En août et septembre 2015 (période 1, figure 2c), deux demandes de services ont été enregistrées.

- Demande vers les services en santé mentale 1^{re} ligne par Info-Social pour présence d'idées suicidaires, suivi pendant deux mois puis abandon par Stéphane ;
- Demande en CRD effectuée simultanément par le centre hospitalier, refusée par Stéphane.

La période où les visites à l'urgence ont été analysées se situe entre novembre 2015 et novembre 2016 (période 2, figure 3c).

- Huit visites à l'urgence pour idées suicidaires avec consultation en psychiatrie pour chacune ;
- Six visites où le diagnostic a été modifié pour trouble dépressif (5) et symptômes de sevrage (1) ;
- Cinq visites ont conduit à une hospitalisation ;

- Novembre 2015 : Stéphane habitait dans une ressource d'hébergement, avait un suivi avec le programme SIV et recevait des services psychosociaux (mentionné dans le dossier médical, mais pas dans les bases de données). Deux hospitalisations de trois jours avec interventions de la travailleuse sociale (TS) et de l'infTSM, suivi en hôpital de jour après le congé. Deux demandes en CRD (centre hospitalier et autoréférence), mais suivi refusé par Stéphane ;
- Janvier 2016 : trois visites à intervalles de trois jours chacune. Première visite avec hospitalisation de trois jours pour idées suicidaires et symptômes de sevrage, interventions des infirmières de liaison en dépendance (infTUS), infTSM et TS puis références vers organisme communautaire et CRD au congé ; services refusés par Stéphane ;
- Deuxième visite sans hospitalisation et troisième visite trois jours plus tard avec hospitalisation de cinq jours, incluant interventions des TS, infTSM et psychologue ;
- Période de cinq mois sans visites ;
- Juin 2016 : hospitalisation de 35 jours avec diagnostic de trouble dépressif, consultation en orthopédie pour raison inconnue, interventions des infTSM, infTUS, TS et psychologue. Demande de services en CRD par les services de santé mentale 1^{re} ligne, mais non acceptée, car hospitalisation toujours en cours. Congé temporaire obtenu après 35 jours, mais Stéphane a quitté l'établissement sans autorisation médicale. Suivis à l'hôpital de jour ;
- Septembre 2016 : hospitalisation de 29 jours pour idées suicidaires et trouble dépressif. Demande de services en CRD par le centre hospitalier, mais non acceptée, car nouvelle hospitalisation quatre jours plus tard pendant sept jours. Au congé, demande de service vers une ressource d'hébergement.

En 2017 (période 3, figure 2c), deux demandes de services ont été notées.

- Deux demandes au GASMA ayant le trouble concomitant comme raison principale. Première demande refusée et orientée vers le CRD, deuxième demande (19 jours plus tard) orientée vers les services en santé mentale 1^{re} ligne.

Analyse intercas

L'analyse intercas montre des similitudes et des divergences entre les trois cas. Les facteurs syndémiques (figure 1) similaires sont : célibataire, sans emploi, problématiques de santé physique, un besoin de médication pour le trouble concomitant, besoins au niveau financier et absence de psychiatre traitant. Les facteurs divergents sont : besoins au niveau du logement, problèmes judiciaires, réseau social, soutien familial et suivi avec un médecin de famille. Bien qu'Ariane et Stéphane avaient des enfants, aucune information sur la présence d'un soutien familial pour eux n'était disponible.

Concernant les séries temporelles des services de 1^{re} et de 2^e ligne (figure 2), chaque cas a bénéficié de services en santé mentale et en dépendance, parfois simultanément.

- Mathieu et Ariane : plusieurs demandes dans différents services ont évolué vers un suivi de quelques semaines à quelques mois ; Mathieu a fait 13/25 autoréférences et Ariane 12/26, principalement en CRD ;
- Stéphane : suivis principalement en santé mentale 2^e ligne avec une seule autoréférence (1/9).
- Mathieu et Stéphane ont reçu peu de services en 1^{re} ligne, contrairement à Ariane dont la moitié des services était en 1^{re} ligne. Pour Mathieu et Stéphane, le trouble concomitant a été spécifiquement mentionné dans certaines demandes et accompagné d'un suivi adapté de quelques mois.

Concernant les séries temporelles des visites à l'urgence et des demandes de services associées (figure 3), les trois cas ont effectué plusieurs visites, certaines étant rapprochées dans le temps et parfois même plusieurs visites la même journée. Les schémas d'utilisation de l'urgence sont variés selon les trois cas :

- Mathieu : principalement pour TUS lié à l'alcool et souvent lié à la perte de logement ; visites ponctuelles (22/25) sans hospitalisation avec références en CRD et hébergement, mais pas en santé mentale 1^{re} ligne. Malgré un suivi en CRD, il a fréquemment visité l'urgence pour symptômes d'intoxication ;
- Ariane : principalement pour symptômes psychotiques ; visites ponctuelles (23/25) sans hospitalisation avec rares références vers les services de 1^{re} et de 2^e ligne ;
- Stéphane : uniquement pour idées suicidaires récurrentes, suivies de consultations en psychiatrie et hospitalisations (6/8), avec références en CRD, santé mentale 2^e ligne et hébergement ;

D'autres différences sont notables entre les trois cas. Stéphane n'a pas quitté l'urgence avant l'évaluation médicale, alors que Mathieu et Ariane ont respectivement quitté cinq et huit fois. L'intervention des infTSM, infTUS et TS est aussi variable :

- InfTSM : présente uniquement pour Stéphane, absente de l'urgence fréquentée par Mathieu et Ariane ;
- InfTUS : peu intervenue auprès d'Ariane (0/25), Mathieu (2/25) et Stéphane (1/8) ;
- TS : impliquée dans 7/25 visites pour Mathieu, 5/25 pour Ariane et 6/8 pour Stéphane.

Discussion

Cette étude visait à explorer la perspective syndémique du trouble concomitant, sa visibilité sur les trajectoires de soins et son influence sur l'utilisation des services par la population ciblée. Cette étude de cas multiples s'ajoute à la littérature soutenant la perspective syndémique du trouble

concomitant. Les résultats ont d'abord permis d'identifier les facteurs syndémiques pouvant être associés au trouble concomitant. Ensuite, l'exploration des trajectoires de soins à l'urgence a mis en lumière des interactions tangibles entre le trouble concomitant et les déterminants sociaux de la santé, ces derniers influençant les visites à l'urgence et les interventions associées et reflétant par le fait même une situation syndémique. Cette situation syndémique semble aussi influencer l'offre et l'utilisation des services de santé et services sociaux. Les perspectives syndémiques et les schémas d'utilisation des services varient selon les cas, une hétérogénéité rapportée dans la littérature (Fleury et al., 2020 ; Jegede et al., 2022). Les trois cas, sélectionnés par échantillonnage raisonné afin de refléter cette diversité, confirment ces variations, tout en révélant plusieurs facteurs syndémiques communs.

Présence de la syndémie du trouble concomitant sur les trajectoires de soins

Les résultats des séries temporelles permettent de visualiser la perspective syndémique du trouble concomitant par la diversité des raisons de consultation à l'urgence ainsi que les chevauchements fréquents entre les références et les suivis pour l'obtention de services variés en santé mentale, en dépendance et pour des besoins liés aux facteurs syndémiques (logement, financier, psychosocial). Malgré l'hétérogénéité des trajectoires de soins, un constat commun semble émerger, soit la complexité et le nombre élevé de besoins des personnes présentant un trouble concomitant ainsi que l'utilisation fréquente de services variés. Pour Stéphane, la perspective syndémique semble moins apparente, ses visites étant uniquement liées à des idées suicidaires. Cependant, leur fréquence et la durée des hospitalisations témoignent de l'intensité de la problématique et de la gravité de sa détresse, une situation similaire ayant déjà été illustrée dans la littérature. En effet, Lett et al. (2022) ont démontré que l'état mental de jeunes personnes s'identifiant à la diversité de genre et de sexe et présentant un trouble concomitant était influencé négativement lors de l'exposition à différents facteurs sociostructurels (harcèlement à l'école, cyberharcèlement, insécurité alimentaire et insécurité du logement) (Lett et al., 2022). Ces facteurs augmentaient significativement le risque d'idées suicidaires, de planification et de tentatives de suicide, renforçant alors le phénomène de syndémie (Lett et al., 2022). La situation de Stéphane, à la lumière des résultats de cette étude, suggère que les facteurs syndémiques aggravent sa détresse et contribue à ses visites fréquentes aux urgences pour des idées suicidaires.

Impact de la syndémie du trouble concomitant sur l'utilisation des services

L'analyse intercas a démontré que, pour les trois cas, un nombre élevé de visites à l'urgence et de demandes de services a été effectué, autant pour des problématiques liées au trouble concomitant que pour d'autres besoins. La présente étude met en lumière l'influence des facteurs syndémiques sur l'utilisation des services d'urgence et les références effectuées. Des études antérieures mentionnent que des besoins de base non comblés (logement, nourriture) augmentent le nombre de visites dans les services de santé, mais aussi le nombre d'absence aux rendez-vous prévus (Berkowitz et al., 2016 ; Dong et al., 2018 ; Leddy et al., 2021). Une évaluation approfondie des déterminants sociaux de la santé et des besoins perçus serait alors une stratégie pertinente (Berkowitz et al., 2016).

Un autre résultat à considérer est le nombre d'autoréférences, particulièrement en CRD, qui reflète un besoin jugé prioritaire par la personne, mais non répondu. Toutefois, malgré une autoréférence, les personnes ont fréquemment abandonné les démarches lors du premier contact avec l'intervenant. Selon l'étude qualitative de Dong et ses collègues (2018), comparativement à d'autres besoins, le rétablissement du TUS était jugé prioritaire pour des personnes présentant des besoins complexes (problématiques physiques, TSM, itinérance). Cependant, trois besoins entraient fréquemment en compétition avec le rétablissement du TUS : un logement sécuritaire, se nourrir quotidiennement et avoir un revenu financier (Dong et al., 2018). Dans notre étude, il est possible que les besoins mentionnés devaient être priorisés à un certain moment, limitant ainsi la possibilité d'accepter des services en dépendance. La motivation face au processus de changement de la consommation peut aussi fluctuer et amener la personne à finalement refuser les services (Düring et al., 2024; Motta-Ochoa et al., 2017). Contrairement aux demandes en CRD, et en excluant les interventions de crise 24/7 (interventions ponctuelles), peu de demandes ont été effectuées dans les services en santé mentale de 1^{re} ligne, ces résultats étant similaires à d'autres études indiquant un faible taux de référencement et de suivi dans les services externes de santé mentale pour un TSM/TUS après une visite à l'urgence (Barker et al., 2020; Gabet et al., 2022; Gaida et al., 2023). Ce faible nombre pourrait s'expliquer par la priorisation d'autres services (ex. : hôpital de jour), l'évaluation du professionnel de la santé jugeant qu'un suivi n'est pas nécessaire, un manque de connaissances des services disponibles ou la difficulté d'effectuer une référence pour les personnes quittant l'urgence avant l'évaluation médicale. Par ailleurs, considérant que la mission principale des services d'urgence consiste à évaluer et à stabiliser les situations aiguës et critiques, il est possible que l'équipe clinique n'envisage pas systématiquement d'orienter les personnes vers les services externes (Chochinov et al., 2023).

Un autre constat concerne l'intervention asymétrique et limitée des infTUS, infTSM et TS. Selon Blanchette-Martin et ses collègues (2016), l'intervention de l'infTUS dans les services d'urgence permet un meilleur dépistage des TUS, ainsi qu'un accès accru aux services spécialisés. Comme dans la présente étude, leurs résultats dévoilent qu'un faible pourcentage de personnes était dirigé par l'équipe de soins de l'urgence vers l'infTUS (Blanchette-Martin et al., 2016). Ces professionnelles, ainsi que les infTSM et TS, peuvent jouer un rôle crucial, de par leur expertise dans le dépistage, les interventions brèves, la liaison avec les services externes et le suivi post-congé, réduisant ainsi la charge des équipes à l'urgence (Hsu et al., 2019; Motta-Ochoa et al., 2017; Samuels Kalow et al., 2021; St-Pierre et Lessard, 2022).

La complexité du trouble concomitant semble reconnue par les professionnels, comme en témoignent sa mention dans les demandes de services, les références simultanées à plusieurs services et vers les programmes SIM/SIV, ainsi que celles liées aux déterminants sociaux de la santé. Cependant, la fragmentation actuelle des services ne permet pas une prise en charge intégrant les services en santé mentale et en dépendance (Hakobyan et al., 2020). Le GASMA assure déjà une porte d'entrée unique pour les demandes de services en santé mentale 1^{re} ligne (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS, 2012]), mais les systèmes informatiques entre services (urgence, CRD, système de justice, GASMA) ne sont pas réseautés (MSSS, 2021), alourdissant la

tâche des professionnels. Des pistes de solution sont envisageables afin de simplifier les démarches et optimiser la prise en charge.

Pistes de solutions / implications cliniques

1. Considérer le trouble concomitant selon une perspective syndémique

Adopter une perspective syndémique du trouble concomitant serait une première étape pertinente, permettant une vision entière et non fragmentée de la personne (Baker et al., 2023 ; CSMC et CCDUS, 2023). Selon Vereeken et ses collègues (2023), la perspective syndémique pourrait améliorer la compréhension des déterminants sociaux de la santé influençant la vulnérabilité sociale et biologique, tout en inspirant des stratégies pour réduire l'impact de ces déterminants à l'échelle sociopolitique et écologique. Diffuser et enseigner l'utilisation des outils de dépistage existants, en plus de procéder à des évaluations élargies tenant compte de ces déterminants, pourrait aussi améliorer le dépistage et aider les intervenants à accompagner les personnes vers un ensemble de services adaptés (Andermann, 2018).

2. Arrimer la situation syndémique avec une approche plus intégrée

Selon la littérature, une prise en charge intégrée est recommandée pour le trouble concomitant (Fantuzzi et Mezzina, 2020 ; Hakobyan et al., 2020), de même que pour une syndémie (Singer et al., 2020). La situation idéale reposerait sur une équipe interdisciplinaire, formée de professionnels œuvrant sous un même toit, et détenant une expertise en trouble concomitant en plus de solides collaborations avec les services en itinérance et judiciaires et les organismes communautaires (Baker et al., 2023 ; Fantuzzi et Mezzina, 2020). Toutefois, ce niveau d'intégration reste difficile à atteindre. Les programmes SIM/SIV, implantés depuis plusieurs années au Québec, offrent une structure interdisciplinaire efficace répondant à une vaste gamme de facteurs (MSSS, 2024 ; Trane et al., 2021). Ajouter une personne gestionnaire de cas à ces programmes pourrait favoriser un partage des rôles et une meilleure efficacité, en améliorant la coordination des interventions et l'accès aux services (Arya, 2020 ; Menear et al., 2017). Cette initiative, ayant déjà démontré son efficacité auprès des personnes ayant un trouble concomitant et étant en situation d'itinérance (Côté et al., 2022 ; Helm et al., 2024), pourrait aussi servir comme point d'entrée unique pour faciliter l'accessibilité aux services (Roy et al., 2019). Une personne gestionnaire de cas pourrait également être en place dans les services d'urgence afin de faciliter le congé à l'urgence et la transition vers les services de 1^{re} et de 2^e ligne et ainsi s'assurer qu'un suivi plus rapide puisse être réalisé (Poremski et al., 2016).

Avec la pénurie de professionnelles en sciences infirmières et en travail social dans les services publics (Plourde, 2024 ; Statistique Canada, 2023a), l'augmentation des effectifs est actuellement improbable. Le rehaussement des rôles des infTSM, infTUS et TS serait alors une stratégie pertinente (CSMC et CCDUS, 2023 ; Richmond et al., 2021). La création d'une équipe de crise intégrée au service d'urgence pour les personnes présentant un TUS a aussi démontré une réduction de la durée de séjour ainsi qu'une meilleure continuité des soins (Schulz et al., 2021). Des modèles collaboratifs tels que l'ajout d'une personne avec expertise en TUS dans les services de santé mentale

et vice-versa faciliteraient l'évaluation du trouble concomitant et le processus de référencement (CSMC et CCDUS, 2023; Glover-Wright et al., 2023; Wakeman et al., 2019). Enfin, des initiatives telles que le Projet CHANGE ou l'équipe de médecine sociale à San Francisco ont démontré l'efficacité d'une approche holistique (Baker et al., 2023; Chase et al., 2020).

En congruence avec les recommandations précédentes, la littérature mentionne l'importance de la formation chez les professionnels de la santé et services sociaux intervenant auprès de la population ciblée afin de favoriser l'amélioration des connaissances sur les troubles concomitants (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023; CSMC et CCDUS, 2023). Dans cette optique, plusieurs initiatives québécoises ont été mises en place dans les dernières années, telles que des formations en ligne, des formations croisées, des rencontres d'échanges et des séances de télémentorat (Association des intervenants en dépendance du Québec, 2025; Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants, 2019; Équipe de recherche Michel Perreault, 2025). Le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants offre également des services de soutien-conseil aux différents établissements québécois afin de les soutenir dans l'implantation d'une offre de soins et de services intégrés, pérenne et adaptée aux besoins spécifiques des personnes présentant un trouble concomitant (MSSS, 2022).

Forces et limites

Cette étude de cas multiples est une des rares études qualitatives explorant le trouble concomitant selon une perspective syndémique. L'analyse des trois cas a permis de dresser un portrait d'utilisation des services de 1^{re} et de 2^e ligne en santé mentale et en dépendance, ainsi que les références vers les services d'aide au logement et financiers. Une force majeure réside dans l'utilisation des séries temporelles pour analyser la situation syndémique et les chevauchements entre les différents besoins. Cette étude présente aussi certaines limites. De fait, parce qu'ils sont circonscrits à une région précise du Québec, les résultats de cette étude pourraient ne pas être généralisables à d'autres régions ou pays en raison des différences dans l'organisation des services. La période de collecte date de quelques années et précède également la pandémie de COVID-19. Considérant l'augmentation marquée des symptômes de santé mentale observée après la pandémie, en particulier en ce qui concerne les troubles anxieux et dépressifs, il est possible que les résultats soient différents si l'étude était réalisée aujourd'hui (Statistique Canada, 2023b). Toutefois, bien qu'il existe des données probantes indiquant une augmentation de la prévalence de symptômes de santé mentale depuis la pandémie, des études récentes suggèrent qu'il n'y a pas eu de hausse du nombre de visites à l'urgence liées à des problèmes de santé mentale ni du nombre de consultations psychiatriques dans les services de santé mentale ambulatoires (Bruckner et al., 2023; Caselli et al., 2023). Les données du système judiciaire n'étant pas accessibles, l'identification des antécédents judiciaires était seulement possible s'ils étaient mentionnés dans le dossier médical ou si une référence avait été effectuée au programme d'accompagnement justice et santé mentale. De plus, en l'absence d'entrevues avec les personnes, il n'était pas possible de déterminer si elles avaient fréquenté des organismes tels que les banques alimentaires, les hébergements d'urgence

ou les centres de thérapie non affiliés aux services de santé et aux services sociaux. Enfin, bien que les références non formelles (effectuées verbalement sans formulaire) consignées dans les notes médicales ou les notes évolutives infirmières aient été considérées, il est possible que certaines d'entre elles n'aient pas été inscrites, limitant l'exhaustivité de cette donnée.

Conclusion

La présente étude renforce la littérature soutenant que le trouble concomitant ne se limite pas à la coexistence de deux problématiques simultanées, mais résulte d'interactions complexes avec de multiples facteurs biopsychosociaux et environnementaux, créant un phénomène syndémique qui aggrave la situation de santé des personnes (Jegede et al., 2022; Singer et al., 2017). Cliniquement, cette situation syndémique est visible et semble influencer de façon non négligeable l'offre et l'utilisation des services. Une évaluation holistique intégrant les facteurs syndémiques est essentielle afin d'offrir une prise en charge à plusieurs niveaux permettant de répondre aux besoins des personnes (Bahji, 2024). Idéalement, cette prise en charge serait assurée par une équipe spécialisée autant en santé mentale qu'en dépendance, ayant une motivation à accompagner et à soutenir la personne dans l'atteinte de ses objectifs en plus de pouvoir compter sur des collaborations étroites avec les organismes communautaires et les services publics de façon à offrir un soutien optimal et personnalisé. La reconnaissance du trouble concomitant comme une syndémie permettrait de considérer la personne dans sa globalité, avec son contexte de vie, mais aussi d'intervenir sur les facteurs de vulnérabilité, optimisant ainsi leur bien-être et leur qualité de vie à plus grande échelle.

Références

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5, 5th Ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Andermann, A. (2018). Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Reviews*, 39, 19. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0094-7>
- Arya, D. K. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 101979.
- Association des intervenants en dépendance du Québec. (2025, 18 juillet). *Troubles concomitants*. https://www.aidq.org/fr/projet-troubles-concomitants?utm_source=yapla_infolettres&utm_medium=email&utm_campaign=infolettre-professionnelle_avril_2024
- Ayano, G. (2019). Co-occurring medical and substance use disorders in patients with schizophrenia: a systematic review. *International Journal of Mental Health*, 48(1), 62-76. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1581047>
- Bahji, A. (2024). Navigating the complex intersection of substance use and psychiatric disorders: a comprehensive review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(4), 999. <https://doi.org/10.3390/jcm13040999>
- Baker, O., Wellington, C., Price, C. R., Tracy, D., Powell, L., Loffredo, S., Moscariello, S. et Meyer, J. P. (2023). Experience delivering an integrated service model to people with criminal justice system involvement and housing insecurity. *BMC Public Health*, 23, 222. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15108-w>
- Barker, L. C., Sunderji, N., Kurdyak, P., Stergiopoulos, V., Gonzalez, A., Kopp, A. et Vigod, S. N. (2020). Urgent outpatient care following mental health ED visits: a population-based study. *Psychiatric Services*, 71(6), 616-619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900466>
- Berkowitz, S. A., Hulberg, A. C., Hong, C., Stowell, B. J., Tirozzi, K. J., Traore, C. Y. et Atlas, S. J. (2016). Addressing basic resource needs to improve primary care quality: a community collaboration programme. *BMJ quality & safety*, 25(3), 164-172. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004521>
- Blanchette-Martin, N., Tremblay, J., Ferland, F., Rush, B., Garceau, P. et Danielson, A.-M. (2016). Co-location of addiction liaison nurses in three Quebec city emergency departments: portrait of services, patients, and treatment trajectories. *Canadian Journal of Addiction*, 7(3), 34-40.
- Bruckner, T. A., Huo, S., Huynh, M., Du, S., Young, A. et Ro, A. (2023). Psychiatric emergencies in Los Angeles county during, and after, initial COVID-19 societal restrictions: an interrupted time-series analysis. *Community Mental Health Journal*, 59(4), 622-630. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01043-4>
- Butt, Z. A., Shrestha, N., Wong, S., Kuo, M., Gesink, D., Gilbert, M., Wong, J., Yu, A., Alvarez, M., Samji, H., Buxton, J. A., Johnston, J. C., Cook, V. J., Roth, D., Consolacion, T., Murti, M., Hottes, T. S., Ogilvie, G., Balshaw, R. et Tyndall, M. W. (2017). A syndemic approach to assess the effect of substance use and social disparities on the evolution of HIV/HCV infections in British Columbia. *PLoS ONE*, 12(8), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183609>

- Card, K. G., Lachowsky, N. J., Armstrong, H. L., Cui, Z., Wang, L., Sereda, P., Jollimore, J., Patterson, T. L., Corneil, T., Hogg, R. S., Roth, E. A. et Moore, D. M. (2018). The additive effects of depressive symptoms and polysubstance use on HIV risk among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, 82, 158-165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.005>
- Caron, R. M. et Adegboye, A. R. A. (2021). COVID-19: a syndemic requiring an integrated approach for marginalized populations. *Frontiers In Public Health*, 9, 675280. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.675280>
- Carra, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T. et Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 167, 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066>
- Caselli, I., Lelmini, M., Bellini, A., Marchetti, S., Lucca, G., Vitiello, E., Carbone, M. G. et Callegari, C. (2023). The impact of Covid-19 pandemic on mental health services: a comparison between first psychiatric consultations before and after the pandemic. *Clinical neuropsychiatry*, 20(4), 233-239. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230402>
- Castelpietra, G., Skrinko Knudsen, A. K., Agardh, E. E., Armocida, B., Beghi, M., Moesgaard Iburg, K., Logroscino, G., Ma, R., Starace, F., Steel, N., Addolorato, G., Andrei, C. L., Andrei, T., Ayuso-Mateos, J. L., Banach, M., Bärnighausen, T. W., Barone-Adesi, F., Bhagavathula, A. S., Carvalho, F., ... Monasta, L. (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health - Europe*, 16, 100341. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100341>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2023). *Operational guidelines for integrated mental health, substance use and concurrent disorder service delivery*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-07/integrated-mental-health-substance-use-and-concurrent-disorder-service-delivery-fr.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2002). *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. (N° de catalogue : H39-599/2001-2F). Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php
- Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC). (2019). *Les troubles concomitants - Synthèse des connaissances*. https://ruisss.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/61/2024/02/CECTC_2019_Texte_synthese_troubles_concomitants.pdf
- Chase, J., Bilinski, J. et Kanzaria, H. K. (2020). Caring for emergency department patients with complex medical, behavioral health, and social needs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 324(24), 2550-2551. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17017>
- Chichetto, N. E., Kundu, S., Freiberg, M. S., Butt, A. A., Crystal, S., So-Armah, K. A., Cook, R. L., Braithwaite, R. S., Fiellin, D. A., Khan, M. R., Bryant, K. J., Gaither, J. R., Barve, S. S., Crothers, K., Bedimo, R. J., Warner, A. L., Tindle, H. A. et Veterans Aging Cohort Study. (2019). Association of syndemic unhealthy alcohol use, cigarette use, and depression with all-cause mortality among adults living with and without HIV infection: veterans aging cohort study. *Open Forum Infectious Diseases*, 6, ofz188. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz188>

- Chichetto, N. E., Gebru, N. M., Plankey, M. W., Tindle, H. A., Koethe, J. R., Hanna, D. B., Shoptaw, S., Jones, D. L., Lazar, J. M., Kizer, J. R., Cohen, M. H., Haberlen, S. A., Adimora, A. A., Lahiri, C. D., Wise, J. M. et Freiberg, M. S. (2023). Syndemic trajectories of heavy drinking, smoking, and depressive symptoms are associated with mortality in women living with HIV in the United States from 1994 to 2017. *Drug & Alcohol Dependence*, 249, 110838. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110838>
- Chichetto, N. E., Canidate, S., Gebru, N. M., McNeely, K. V., Ding, D. D., Hanna, D. B., Parikh, Z., Shoptaw, S. J., Jones, D. L., Lazar, J. M., Kizer, J. R., Cohen, M. H., Haberlen, S. A., Lahiri, C. D., Wise, J. M., Palella, F., Levine, A., Friedman, M. R. et Plankey, M. (2025). Impact of syndemic heavy drinking, smoking, and depression on mortality among MSM with and without HIV: a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 266, 112523. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112523>
- Chikwava, F., Cordier, R., Ferrante, A., O'Donnell, M. et Pakpahan, E. (2024). Trajectories of homelessness and association with mental health and substance use disorders among young people transitioning from out-of-home care in Australia. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106643. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106643>
- Chochinov, A., Innes, G., Kollek, D., Kreindler, S. et Petrie, D. (2023). *A systems approach to the future of emergency care. Chapter 2*. Canadian Association of Emergency Physicians. <https://caep.ca/section-one-a-systems-approach-to-the-future-of-emergency-care/>
- Clementi, E., Bartlett, S., Otterstatter, M., Buxton, J. A., Wong, S., Yu, A., Butt, Z. A., Wilton, J., Pearce, M., Jeong, D., Binka, M., Adu, P., Alvarez, M., Samji, H., Abdia, Y., Wong, J., Krajden, M. et Janjua, N. Z. (2020). Syndemic profiles of people living with hepatitis C virus using population-level latent class analysis to optimize health services. *International Journal of Infectious Diseases*, 100, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.08.035>
- Coid, J., Zhang, Y., Bebbington, P., Ullrich, S., de Stavola, B., Bhui, K. et Tsai, A. C. (2021). A syndemic of psychiatric morbidity, substance misuse, violence, and poor physical health among young Scottish men with reduced life expectancy. *SSM - Population Health*, 15, 100858. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100858>
- Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2023). *Substance use health and mental health service provision: emerging themes from the academic literature - scoping review 2018-2021*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Côté, P.-B., MacDonald, S.-A. et Renard-Robert, G. (2022). Favoriser la continuité : des activités de liaison post-hospitalières auprès des personnes en situation d'itinérance, *Revue du CREMIS*, 13(2), 4-9.
- De Ruysscher, C., Vandavelde, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. et Vanheule, S. (2017). The concept of recovery as experienced by persons with dual diagnosis: a systematic review of qualitative research from a first-person perspective. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 264-279. <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1349977>
- Dong, K. R., Must, A., Tang, A. M., Beckwith, C. G. et Stopka, T. J. (2018). Competing priorities that rival health in adults on probation in Rhode Island: substance use recovery, employment, housing, and food intake. *BMC Public Health*, 18(289), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5201-7>

- Düring, S. W., Austin, S. F., Mårtensson, S. et Johansen, K. S. (2024). Perceived advantages and disadvantages of substance use in a dual diagnosis population with severe mental disorders and severe substance use disorder. Considering the self-medication hypothesis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(4), 281-289. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2318649>
- Équipe de recherche Michel Perreault. (2025, 18 juillet). Formation croisée. <https://formationcroisee.com/>
- Eshak, T. B., Hobkirk, A. L., Whitener, C. J., Conyers, L. M., Hwang, W. et Sznajder, K. K. (2024). Syndemic of substance abuse, depression, and type 2 diabetes and their association with retention in care among people living with HIV. *AIDS and Behavior*, 28(5), 1612-1620. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04275-5>
- Fantuzzi, C. et Mezzina, R. (2020). Dual diagnosis: a systematic review of the organization of community health services. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 300-310. <https://doi.org/10.1177/0020764019899975>
- Fleury, M. J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H. M., Huynh, C., Grenier, G., Pelletier, E. et Lesage, A. (2019). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M. et Ferland, F. (2020). Typology of patients who use emergency departments for mental and substance use disorders. *BJPsych Open*, 6(e59), 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.39>
- Fujita, A. W., Ramakrishnan, A., Mehta, C. C., Yusuf, O. B., Thompson, A. B., Shoptaw, S., Carrico, A. W., Adimora, A. A., Eaton, E., Cohen, M. H., Jain, J. P., Adedimeji, A., Plankey, M., Jones, D. L., Chandran, A., Colasanti, J. A. et Sheth, A. N. (2024). Co-utilization of HIV, substance use, mental health services among women with current substance use: opportunities for integrated care? *Journal of Primary Care & Community Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/21501319241285531>
- Gabet, M., Cao, Z. et Fleury, M. J. (2022). Profiles, correlates and outcomes among patients experiencing an onset of mental disorder based on outpatient care received following index emergency department visits. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 67(10), 787-801. <https://doi.org/10.1177/07067437221087004>
- Gaida, F., Ferland, F., Farand, L. et Fleury, M. J. (2023). Facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des services d'urgence pour des raisons de santé mentale par les patients grands utilisateurs de ces services. *Santé mentale au Québec*, 48, 179-208. <https://doi.org/10.7202/1109838ar>
- Gerke, D. R., Call, J. et Auslander, W. F. (2022). The syndemic factors of violence exposure, substance use, and mental health problems: relationships to sexual risk behaviors in HIV-negative young men who have sex with men. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 13(2), 235-259. <https://doi.org/10.1086/711612>
- Glover-Wright, C., Coupe, K., Campbell, A. C., Keen, C., Lawrence, P., Kinner, S. A. et Young, J. T. (2023). Health outcomes and service use patterns associated with co-located outpatient mental health care and alcohol and other drug specialist treatment: a systematic review. *Drug & Alcohol Review*, 42(5), 1195-1219. <https://doi.org/10.1111/dar.13651>

- Glynn, T. R., Khanna, S. S., Hasdianda, M. A., O’Cleirigh, C. et Chai, P. R. (2025). Characterizing syndemic HIV risk profiles and mHealth intervention acceptability among patients in the emergency department. *Psychology, Health & Medicine*, 30(1), 30-46. <https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2407450>
- Gomez, K.U., McBride, O., Roberts, E., Angus, C., Keyes, K., Drummond, C., Buchan, I., Fleming, K., Gilmore, I., Donoghue, K., Bonnet, L. et Goodwin, L. (2023). The clustering of physical health conditions and associations with co-occurring mental health problems and problematic alcohol use: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23, 89. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04577-3>
- Graham, K., Cheng, J., Bernards, S., Wells, S., Rehm, J. et Kurdyak, P. (2017). How much do mental health and substance use/addiction affect use of general medical services? extent of use, reason for use, and associated costs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(1), 48-56. <https://doi.org/10.1177/0706743716664884>
- Gramling, L.F. et Carr, R. L. (2004). Lifelines: a life history methodology. *Nursing Research*, 53(3), 207-210. <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00008>
- Gulbas, L. E., Pavelka, C., Hausmann-Stabile, C. et Zayas, L. H. (2024). Rethinking comorbidity: a case study of syndemic risk, eating disorders, and suicidal behaviors in adolescent girls of color. *Qualitative Social Work*, 20240108. <https://doi.org/10.1177/14733250231225170>
- Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G. et Schutz, C. G. (2020). Concurrent disorder management guidelines. Systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2406. <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>
- Helm, A. F., Andre, M. A., Shaffer, P. M., Bruzios, K. E., Marcus, S., Harter, J. et Smelson, D. (2024). Multicomponent co-occurring disorders treatment and wraparound services for individuals experiencing chronic homelessness. *Community Mental Health Journal*, 60(6), 1203-1213. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01271-w>
- Hsu, C., Cruz, S., Placzek, H., Chapdelaine, S., Levin, S., Gutierrez, F., Standish, S., Maki, I., Carl, M., Orantes, M. R., Newman, D. et Cheadle, A. (2019). Patient perspectives on addressing social needs in primary care using a screening and resource referral intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 481-489. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05397-6>
- Humphreys, E., Ladner, T. et van Draanen, J. (2023). A qualitative assessment of the treatment needs of women with concurrent eating and substance use disorders in a residential setting. *Journal of Dual Diagnosis*, 19(2-3), 153-165. <https://doi.org/10.1080/15504263.2023.2192175>
- Huynh, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Ménard, J.-M. et Fleury, M.-J. (2016). Factors influencing the frequency of emergency department utilization by individuals with substance use disorders. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 713-728. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9422-6>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024, 20 septembre). *Déterminants de la santé*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
- Iudici, A., Girolimetto, R., Volponi, G. et Eletto, A. (2020). Dual diagnosis and application problems in the use of the construct: a review of literature. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 208(3), 181-189. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001092>

- Jackson, K., Kaner, E., Hanratty, B., Gilvarry, E., Yardley, L. et O'Donnell, A. (2024). Understanding people's experiences of the formal health and social care system for co-occurring heavy alcohol use and depression through the lens of relational autonomy: a qualitative study. *Addiction*, 119(2), 268-280. <https://doi.org/10.1111/add.16350>
- Jain, J. P., Santos, G.-M., Hao, J., Leonard, A., Miller, A. A., Cuca, Y. P. et Dawson-Rose, C. (2022). The syndemic effects of adverse mental health conditions and polysubstance use on being at risk of clinical depression among marginally housed and homeless transitional age youth living in San Francisco, California. *PLoS ONE*, 17(3), e0265397. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265397>
- Jegede, O., Rhee, T. G., Stefanovics, E. A., Zhou, B. et Rosenheck, R. A. (2022). Rates and correlates of dual diagnosis among adults with psychiatric and substance use disorders in a nationally representative U.S. sample. *Psychiatry Research*, 315, 114720. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114720>
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 730-737. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>
- Khan, S. (2017). Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada – Rapport sur la santé. *Statistique Canada*, 28(8), 3-9.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Lavergne, M. R., Shirmaleki, M., Loyal, J. P., Jones, W., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Vaughan, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaoser, R., Kaulius, M. et Small, W. (2022). Emergency department use for mental and substance use disorders: descriptive analysis of population-based, linked administrative data in British Columbia, Canada. *BMJ Open*, 12(1), e057072. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057072>
- Leddy, A. M., Zakaras, J. M., Shieh, J., Conroy, A. A., Ofotokun, I., Tien, P. C. et Weiser, S. D. (2021). Intersections of food insecurity, violence, poor mental health and substance use among US women living with and at risk for HIV: evidence of a syndemic in need of attention. *PLoS ONE*, 16(5), e0252338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252338>
- Lett, E., Abrams, M. P., Moberg, E., Benson, G. P. et Perlson, J. E. (2022). Syndemic relationship of depressive symptoms, substance use, and suicidality in transgender youth: a cross-sectional study using the U.S. youth risk behavior surveillance system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 2293-2304. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02348-1>
- Livingston, J. D. (2020). *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire*. Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-07/structural_stigma_in_healthcare_fr.pdf
- McDonald, L. R., Antoine, D. G., Liao, C., Lee, A., Wahab, M. et Coleman, J. S. (2020). Syndemic of lifetime mental illness, substance use disorders, and trauma and their association with adverse perinatal outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(1/2), 476-495. <https://doi.org/10.1177/0886260516685708>

- Mendenhall, E. (2016). Beyond comorbidity: a critical perspective of syndemic depression and diabetes in cross-cultural contexts. *Medical Anthropology Quarterly*, 30(4), 462-478.
<https://doi.org/10.1111/maq.12215>
- Mendenhall, E. (2017). Syndemics: a new path for global health research. *Lancet*, 389(10072), 889-891.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30602-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30602-5)
- Mendenhall, E., Kohrt, B. A., Norris, S. A., Ndeti, D. et Prabhakaran, D. (2017). Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet*, 389(10072), 951-963. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30402-6)
- Menear, M., Gilbert, M. et Fleury, M.-J. (2017). Améliorer la santé mentale des populations par l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 243-271.
<https://doi.org/10.7202/1040253ar>
- Merriam, S. B. et Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: a guide to design and implementation* (4th éd.). Jossey-Bass.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*. Ministère de la santé et des services sociaux.
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2267632?docref=tBaWI98D96i52r5CJcsj9g>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2021). *Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs - Audit de performance. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021*. Ministère de la santé et des services sociaux.
https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2023). *Santé mentale : efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves - Audit de performance. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2022-2023*. Ministère de la santé et des services sociaux. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04_vgq_ch4_mai2023_web_vf.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2024). *Suivi intensif dans le milieu (SIM) - Cadre de référence*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-914-25W.pdf>
- Motta-Ochoa, R., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., Brunelle, N., Landry, M. et Brochu, S. (2017). A qualitative study of addiction help-seeking in people with different co-occurring mental disorders and substance use problems. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 15(4), 883-899.
<https://doi.org/10.1007/s11469-017-9762-y>
- Mueser, K. T., Drake, R. E. et Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.

- Patterson, M. L., Markey, M. A. et Somers, J. M. (2012). Multiple paths to just ends: using narrative interviews and timelines to explore health equity and homelessness. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2), 132-151. <https://doi.org/10.1177/160940691201100202>
- Plourde, A. (2024, 21 mai). *Mythes et réalités de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec*. Laboratoire de recherche et d'informations en santé et services sociaux. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/main-doeuvre-sante-services-sociaux/>
- Poremski, D., Harris, D. W., Kahan, D., Pauly, D., Leszcz, M., O'Campo, P., Wasylenki, D. et Stergiopoulos, V. (2016). Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *General Hospital Psychiatry*, 40, 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.01.004>
- Richmond, J. S., Dragatsi, D., Stiebel, V., Rozel, J. S. et Rasimas, J. J. (2021). American association for emergency psychiatry recommendations to address psychiatric staff shortages in emergency settings. *Psychiatric Services*, 72(4), 437-443. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900501>
- Robinson, A. C., Knowlton, A. R., Gielen, A. C. et Gallo, J. J. (2016). Substance use, mental illness, and familial conflict non-negotiation among HIV-positive African-Americans: latent class regression and a new syndemic framework. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9670-1>
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S. et Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0353-3>
- Roy, M., Dagenais, P., Pinsonneault, L. et Déry, V. (2019). Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Québec, Canada): a systematic and multisource literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e111-e130. <https://doi.org/10.1002/hpm.2687>
- Samuels-Kalow, M. E., Boggs, K. M., Cash, R. E., Herrington, R., Mick, N. W., Rutman, M. S., Venkatesh, A. K., Zabbo, C. P., Sullivan, A. F., Hasegawa, K., Zachrison, K. S. et Camargo, C. A. Jr. (2021). Screening for health-related social needs of emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 77(1), 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.08.010>
- Sather, E. W., Cabral Iversen, V., Folsvik Svindseth, M., Crawford, P. et Vasset, F. (2022). Exploring sustainable care pathways - a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1595. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08863-w>
- Schrijvers, G., van Hoorn, A. et Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care*, 12, special edition integrated care pathways, 1-7. <https://doi.org/10.5334/ijic.812>
- Schulz, J. A., Ramaswamy, M., Collie-Akers, V., Jordan, S., Koon, L. M. et Tryanski, R. (2021). Understanding the impact of an integrated crisis team: a qualitative study of emergency department staff. *Community Mental Health Journal*, 57(7), 1278-1287. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00771-9>

- Singer, M. (1994). AIDS and the health crisis of the US urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*, 39(7), 931-948. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90205-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90205-4)
- Singer, M. (1996). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 24(2), 99-110.
- Singer, M. et Clair, S. (2003). Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423-441. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B. et Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- Singer, M., Bulled, N. et Ostrach, B. (2020). Whither syndemics? Trends in syndemics research, a review 2015-2019. *Global Public Health*, 15(7), 943-955. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724317>
- Statistique Canada. (2023a, 20 juin). *Enquête sur les postes vacants et les salaires. Tableau 2 - Les six professions affichant les plus fortes hausses annuelles du nombre de postes vacants et leur salaire horaire moyen offert, premier trimestre de 2023*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230620/t002a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2023b). *Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale, février à mai 2023*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/231212/dq231212c-fra.pdf?st=dV2wWsG2>
- St-Pierre, I. et Lessard, S. (2022). La démarche de soins infirmiers en santé mentale. Dans : M. C. Townsend, K. I. Morgan, P. Pariseau-Legault et M.-H. Goulet. *Psychiatrie et santé mentale* (3e éd., p. 123-147). Pearson ERPI.
- St-Pierre, I. et St-Pierre, L. (2024). Ensuring continuity of care for dual disorder: overview of outpatient services after emergency department discharge. *Discover Health Systems*, 3(1), 102. <https://doi.org/10.1007/s44250-024-00167-6>
- Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A. et Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>
- Tsai, A. C. (2018). Syndemics: a theory in search of data or data in search of a theory? *Social Science & Medicine*, 206, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.040>
- Tsai, A. C., Mendenhall, E., Trostle, J. A., Ichiro, K. et Kawachi, I. (2017). Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *Lancet*, 389(10072), 978-982. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8)
- Tsuyuki, K., Pitpitan, E. V., Levi-Minzi, M. A., Urada, L. A., Kurtz, S. P., Stockman, J. K. et Surratt, H. L. (2017). Substance use disorders, violence, mental health, and HIV: differentiating a syndemic factor by gender and sexuality. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2270-2282. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1841-3>
- Turpin, R. E., Dyer, T. V., Dangerfield 2nd, D. T., Liu, H. et Mayer, K. H. (2020). Syndemic latent transition analysis in the HPTN 061 cohort: prospective interactions between trauma, mental health, social support, and substance use. *Drug & Alcohol Dependence*, 214, 108106. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108106>

- Urbanoski, K. A., Inglis, D. et Veldhuizen, S. (2017). Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 62(8), 551-559. <https://doi.org/10.1177/0706743717714467>
- Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R. et Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14, 117-123. <https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019>
- Vereecken, S., Peckham, E. et Gilbody, S. (2023). Can we better understand severe mental illness through the lens of Syndemics? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1092964. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1092964>
- Wakeman, S. E., Rigotti, N. A., Chang, Y., Herman, G. E., Erwin, A., Regan, S. et Metlay, J. P. (2019). Effect of integrating substance use disorder treatment into primary care on inpatient and emergency department utilization. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 871-877. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4807-x>
- Willen, S. S., Knipper, M., Abadía-Barrero, C. E. et Davidovitch, N. (2017). Syndemic vulnerability and the right to health. *Lancet*, 389(10072), 964-977. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30261-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30261-1)
- Wittenberg, E., Barbosa, C., Hein, R., Hudson, E., Thornburg, B. et Bray, J. W. (2021). Health-related quality of life of alcohol use disorder with co-occurring conditions in the US population. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108558. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108558>
- Wu, C. J., Ramis, M. A. et Skerman, H. (2019). Integrated approaches for comorbidity. *Nursing & Health Sciences*, 21(4), 413-415. <https://doi.org/10.1111/nhs.12666>
- Yellin, H., Beckwith, C., Kurth, A., Liu, T., Castonguay, B., Patrick, R., Trezza, C., Bazerman, L. et Kuo, I. (2018). Syndemic effect of mental illness and substance use on viral suppression among recently-incarcerated, HIV-infected individuals in the CARE+ Corrections study. *AIDS Care*, 30(10), 1252-1256. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1455961>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: design and methods* (6^e éd.). SAGE.
- Zhang, Y. et Coid, J. (2024). Childhood adversity determines the syndemic effects of violence, substance misuse, and sexual behavior on psychotic spectrum disorder among men. *Schizophrenia Bulletin*, 50(3), 684-694. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad165>



Engagement de personnes utilisatrices de drogues dans une recherche participative

Lucie Fradet, Ph.D.

Sophie Dupéré, Ph.D., professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Correspondance

Lucie Fradet

Courriel : lucie.fradet.1@gmail.com

Déclaration des sources

L'autrice principale remercie le partenariat de la RP et les membres du comité sans qui cette étude n'aurait pu être conduite. Elle remercie également la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval ainsi que le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS) pour leur apport financier.

Déclaration des conflits d'intérêts

Les autrices déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Déclaration relative à la protection des droits

L'approbation éthique du Comité sectoriel d'éthique de la recherche en santé de l'Université Laval a été obtenue pour la réalisation de la RP (numéro d'approbation : 2010-32 / 08-10-2010). Une demande d'amendement a été faite par la suite pour permettre à l'autrice principale de réaliser son étude sur la RP (numéro d'approbation : 2010-32 A-1 / 11-01-2012). Tous les pairs collaborant à la RP ont signé un formulaire de consentement à la participation à la RP et un formulaire de consentement à l'entretien individuel spécifiant notamment leur droit de retrait en tout temps des deux projets de recherche.

Résumé

Introduction. La stigmatisation des personnes utilisatrices de drogue (UD) est un obstacle majeur à la réduction des méfaits associés à leur consommation. Pour la contrer, une participation significative aux décisions les concernant est préconisée. Particulièrement, ces personnes réclament leur participation à la recherche pour réellement bénéficier des résultats. Or, les quelques études sur leur engagement dans la recherche participative (RP) rapportent qu'elles y jouent souvent des rôles limités. Afin de voir comment un comité formé majoritairement de personnes UD participe à une RP, cet article documente leur contribution et leur expérience lors des processus de recherche, de création artistique et de mobilisation des connaissances.

Méthodologie. L'article repose sur l'étude qualitative longitudinale d'un corpus comprenant des enregistrements de rencontres d'un comité de RP et des entretiens individuels avec ses six membres UD. Une analyse interactionnelle est effectuée sur ce corpus d'après un bricolage conceptuel organisé selon le modèle *The Rubicon Model of Action Phases* et en fonction de critères de scientificité propres à la recherche participative et artistique.

Résultats. Cette étude révèle que les personnes UD participent activement à la réalisation du projet dans les processus étudiés. Elles appliquent plusieurs critères de scientificité participative et artistique. Elles se dotent de visées scientifiques, artistiques et persuasives pour atteindre les objectifs du projet. Elles réfléchissent aux meilleures stratégies pour y arriver, les exécutent avec rigueur et rétroagissent sur leurs réalisations.

Conclusion. L'étude montre que la participation à la réalisation de la RP est substantielle dans les domaines qui leur sont alloués dans ce contexte. Cette étude montre que les personnes UD peuvent être fiables, avoir la capacité intellectuelle de faire de la RP avec rigueur et l'aptitude pour agir en mode collectif malgré les préjugés souvent véhiculés à leur encontre.

Mots-clés : recherche participative, participation à la recherche, personnes utilisatrices de drogue, processus de recherche, processus de création artistique, processus de mobilisation des connaissances

Engagement of People Who Use Drugs in Participatory Research

Abstract

Introduction. The stigmatization of people who use drugs (DU) is a major barrier to reducing the harm associated with drug use. To counter this, meaningful participation in decisions affecting them is recommended. In particular, DU people advocate for their involvement in research to ensure they truly benefit from the findings. Yet the few studies on their involvement in participatory research (PR) report that they often play limited roles. To examine how a committee composed mostly of DU people participates in PR, this article documents their contributions and experiences in research, artistic creation and knowledge mobilization processes.

Methodology. The article is based on a longitudinal qualitative study of a corpus comprising recordings of PR committee meetings and individual interviews with its six DU members. An interactional analysis is conducted using a conceptual bricolage structured according to *The Rubicon Model of Action Phases* and participatory and artistic research-specific scientificity criteria.

Results. This study reveals that DU members are active participants in the project's implementation across the studied processes. They apply several participatory and artistic scientific criteria. They adopt a scientific, artistic and persuasive objectives to achieve the project's goals. They reflect on the best strategies to reach these goals, execute them rigorously, and provide feedback on their achievements.

Conclusion. The study shows that participation in the realization of PR is substantial in the areas allocated to them in this context. This study shows that DU people can be reliable, have the intellectual capacity to carry out PR with rigor and the ability to act in a collective mode despite the prejudices often conveyed against them.

Keywords: participatory research, participation in research, people who use drugs, research process(es), artistic creation process(es), knowledge mobilization process(es)

Compromiso de los usuarios de drogas con una investigación participativa

Resumen

Introducción. La estigmatización de los usuarios de drogas es un obstáculo importante para la reducción de los delitos relacionados con su consumo. Para contrarrestarla, se preconiza una participación significativa de los usuarios en las decisiones que les conciernen. En particular, estas personas reclaman su participación en la investigación para poder beneficiarse realmente de los resultados. Sin embargo, los escasos estudios realizados sobre su compromiso con la investigación participativa indican que a menudo juegan un papel limitado. Con el objetivo de verificar de qué manera un comité integrado principalmente por usuarios de drogas actúa en una investigación participativa, este artículo documenta su contribución y su experiencia durante los procesos de investigación, de creación artística y de movilización de conocimientos.

Metodología. El artículo se basa en el estudio cualitativo longitudinal de un corpus que comprende las grabaciones de encuentros de un comité de investigación participativa y de entrevistas individuales con sus seis miembros que son usuarios de drogas. Se realiza un análisis de interacciones sobre este corpus siguiendo un armado conceptual organizado según el modelo *The Rubicon Model of Action Phases* y en función de criterios de cientificidad propios de la investigación participativa y artística.

Resultados. El estudio revela que los usuarios de drogas participan activamente en la realización del proyecto en los procesos estudiados. Aplican varios criterios de cientificidad participativa y artística. Se dotan de objetivos científicos, artísticos y persuasivos para lograr los objetivos del proyecto. Reflexionan sobre las mejores estrategias para alcanzar dichos objetivos, las ejecutan con rigor y retro actúan sobre sus realizaciones.

Conclusión. El estudio muestra que la participación en la realización de la investigación participativa es sustancial en los campos que se le otorgan en este contexto. Indica asimismo que los usuarios de drogas pueden ser fiables y tienen la capacidad intelectual para llevar a cabo la investigación participativa con rigor y con la aptitud para actuar de manera colectiva, a pesar de los prejuicios que a menudo se transmiten con respecto a ellos.

Palabras clave: investigación participativa, participación en la investigación, usuarios de drogas, procesos de investigación, procesos de creación artística, procesos de movilización de conocimientos

Introduction

Depuis 40 ans, à l'échelle mondiale, les personnes utilisatrices de drogue (UD) sont plus à risque de contracter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en raison de leurs pratiques de consommation (ONUSIDA, 2021). Or, leur stigmatisation et leur discrimination sont des obstacles majeurs à la prévention des infections et à leur traitement (Aggleton et Parker, 2002; Leaune et al., 2003; Noël et al., 2007; ONUSIDA, 2021; Poliquin et al., 2021). Pour répondre éthiquement et efficacement à l'épidémie mondiale du VIH/Sida, l'ONUSIDA pose en 2007 le Principe GIPA (*Greater Involvement of People Living with HIV*) pour favoriser une participation accrue des personnes vivant avec le VIH notamment à la conception, à la réalisation, au suivi et à l'évaluation de projets de recherche (ONUSIDA, 2007). Des regroupements de personnes UD réclament d'ailleurs fortement leur participation aux recherches les concernant pour ne plus être considérées comme des objets au service des institutions scientifiques et pour réellement bénéficier des résultats (Jalloh et al., 2017; Jürgens, 2005a, 2005b; Simon et al., 2021; Souleymanov et al., 2016).

La recherche participative

La recherche participative (RP) s'entend ici comme une approche de recherche collaborative entre des partenaires ayant un savoir expérientiel d'une réalité préoccupante et d'autres travaillant dans les milieux scientifiques, institutionnels ou de l'organisation communautaire. Avec un esprit d'équité et de réciprocité, ils partagent en principe les pouvoirs, les responsabilités, les savoirs, les ressources, les idées, les décisions et les efforts dans tous les aspects du processus, incluant la formulation des questions et objectifs de recherche, l'établissement de la méthodologie, la planification du projet, la collecte et l'analyse des données, l'interprétation des résultats et la mobilisation des connaissances. (Israel et al., 1998; Schulz et al., 2003). Ensemble, ils recherchent une meilleure compréhension d'une problématique mutuellement identifiée en vue de trouver des solutions appropriées et de susciter des transformations personnelles, contextuelles, sociales et sanitaires.

La participation aux projets de RP de personnes marginalisées ou stigmatisées s'est avérée particulièrement pertinente pour cibler les changements à apporter et entreprendre des actions afin d'y arriver (Dutta, 2008).

Études sur la participation à la RP de personnes utilisatrices de drogue

Lorsque des personnes UD collaborent à une RP, peu d'études ont traité de leur participation, de l'ampleur et de la nature de leur engagement, des conditions favorisant ou entravant leur appropriation du processus et des défis rencontrés (Barratt et al., 2007; Bekelynck, 2011; Brown et al., 2019; Coupland et al., 2005; Fry et Dwyer, 2001; Greer et al., 2018; Switzer et al., 2019). Évaluer la participation et la comparer avec d'autres études est d'ailleurs complexe en raison de l'hétérogénéité des paradigmes sur lesquels la RP repose et de la très grande diversité des démarches, des thèmes de recherche et des méthodologies utilisées (Cargo et Mercer, 2008; Catalani et

Minkler, 2009 ; Flicker et Savan, 2006 ; Fradet, 2013 ; Fradet et Dupéré, 2022 ; Jagosh et al., 2012 ; Viswanathan et al., 2004). De cette variabilité découle d'importantes difficultés à déceler qui participe à la RP, de quelle façon la participation s'exerce et à quelles phases de la recherche (Cargo et Mercer, 2008 ; Green, 2012 ; Minkler et Wallerstein, 2008).

Selon les quelques études et commentaires recensés sur la participation à la RP des personnes UD, leur implication varie sur le plan des responsabilités, du pouvoir décisionnel, de la durée ou de la profondeur (Greer et al., 2018). Quoique la direction de recherche peut leur être confiée, leurs rôles se limitent souvent à l'observation, la consultation ou l'assistanat (Brown et al., 2019 ; Damon et al., 2017 ; Greer et al., 2018 ; Roey, 1999 ; Simon et al., 2021 ; Souleymanov et al., 2016).

Cette participation limitée émanerait d'un contrôle sur le processus de la RP exercé la plupart du temps par les partenaires spécialisés en recherche universitaire (Damon et al., 2017 ; Simon et al., 2021). De plus, cette hiérarchie peut demeurer tout au long du processus et même reproduire la stigmatisation (Damon et al., 2017 ; Greer et al., 2018). Les stéréotypes envers les personnes UD peuvent en effet déformer la façon d'interagir avec elles en éclipsant leurs identités multiples, discréditant leurs savoirs diversifiés, accentuant leur soi-disant vulnérabilité, doutant de leur capacité à maintenir la confidentialité ou les codes de conduite convenus et à participer à des projets (Brown et al., 2019 ; Coupland et al., 2005 ; Damon et al., 2017 ; Greer et al., 2018 ; Jalloh et al., 2017 ; Simon et al., 2021 ; Switzer et al., 2019). La documentation des expériences de participation à la RP de personnes UD s'avère donc pertinente pour améliorer les processus en œuvre.

Dans cet esprit, cet article a pour objectif de voir comment des personnes UD ont participé à une RP en documentant leur contribution et leur expérience lors des processus de recherche, de création artistique et de mobilisation des connaissances, en fonction des critères de scientificité propres à cette démarche.

Contexte de l'étude

L'étude présentée s'inscrit dans un projet de recherche plus large portant sur l'appropriation du processus de participation à une RP (Fradet, 2021). Ce projet examinait l'ensemble du déroulement de la RP en considérant : 1. Les rapports de pouvoir partenariaux ; 2. Le cadre relationnel et opérationnel ; 3. Les connaissances construites et mobilisées. Cet article s'attarde sur le troisième élément.

Partenariat de la RP

Dans le cadre d'une démarche évaluative de la mise en œuvre de la Stratégie de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC [virus de l'hépatite C] et les infections transmissibles sexuellement — Orientations 2003-2009 (MSSSQ et al., 2008), une RP est conçue afin de faire reconnaître l'action communautaire des programmes d'échange de seringues et la participation sociale des personnes les fréquentant (Équipe de recherche Vers la reconnaissance

de l'action communautaire des PES, 2012). Le partenariat de recherche comprend des organismes communautaires ainsi que des institutions universitaires et de santé publique dans deux villes québécoises. Pour réaliser cette RP, un comité indépendant est formé dans chaque site de recherche avec des personnes UD, un membre du personnel de l'organisme communautaire et une responsable de la démarche scientifique. Des partenaires locaux encadrent chaque comité. Les résultats de la présente étude ne concernent qu'un seul des deux sites.

Comité étudié

Le comité est l'espace décisionnel désigné pour déterminer la méthodologie de la RP, collecter et analyser les données verbales et visuelles, puis concevoir et réaliser les activités de mobilisation des connaissances. En bref, le partenariat des deux sites de recherche valide les décisions méthodologiques des deux comités et vérifie la faisabilité des activités de mobilisation. Le Tableau 1 détaille le programme de recherche que le comité étudié a déterminé, le deuxième comité ayant adopté un programme différent en adéquation avec sa réalité propre.

TABLEAU 1 – Programme de recherche du comité étudié

Objectifs	Méthodologie
En connaître plus sur l'action de l'organisme communautaire	1. Consulter la documentation de l'organisme et son personnel
Savoir ce qui est connu de l'action de l'organisme communautaire et celle des personnes UD	A. Processus de recherche 2. Élaborer et réaliser trois groupes de discussion auprès : 2.1 De personnes UD fréquentant l'organisme 2.2 De personnes UD ne fréquentant pas l'organisme 2.3 Du personnel d'autres organismes communautaires locaux 3. Observer une audience publique sur un projet d'implantation de services d'injection supervisée
Documenter les actions de l'organisme communautaire et celles des personnes UD	B. Processus de création artistique 4. Utiliser la méthode <i>Photovoice</i>
Rendre les résultats visibles au public	B. Processus de création artistique C. Processus de mobilisation des connaissances 4. Utiliser la méthode <i>Photovoice</i>
Améliorer le processus de recherche	5. Autoévaluer la participation

D'entrée de jeu, le comité intègre le projet après l'identification de la problématique à étudier, la définition des questions et objectifs de recherche, et de ses assises théoriques. Les personnes UD (pairs) œuvrent donc au travers des objectifs, des cadres préétablis ainsi que du pouvoir décisionnel et des rôles qui leur sont accordés. Leur travail se termine après les premières activités de mobilisation des connaissances.

D'office, le partenariat réserve spécifiquement aux pairs l'animation des groupes de discussion, la prise des photos et le choix des activités de mobilisation des connaissances. Le membre du personnel de l'organisme communautaire (accompagnant) joue un rôle de facilitation, de logistique, d'accompagnement à l'extérieur du local et de suivi. La responsable de la démarche scientifique (auxiliaire) contribue au soutien à la participation, à la collecte des données et à la réalisation des activités de mobilisation des connaissances. Elle procède également à l'analyse des données de recherche et à l'organisation de la RP.

Méthodologie

Cet article présente les résultats d'une étude qualitative longitudinale portant sur la contribution et l'expérience d'un comité formé majoritairement de personnes UD lors des processus de recherche, de création artistique et de mobilisation des connaissances. Référant à l'étude des processus, des dynamiques ou des interactions évolutives sur une période prolongée, le caractère longitudinal repose ici sur trois éléments clés : 1. Données qualitatives continues avec le questionnaire d'autoévaluation de la participation observant l'évolution des perceptions ; 2. Structuration des résultats selon le *The Rubicon Model of Action Phases* (Achtziger et Gollwitzer, 2008) offrant une perspective dynamique sur les transformations observées selon les étapes d'un processus évolutif ; 3. Analyse interactionnelle du corpus examinant la progression des dynamiques de collaboration et de participation au fil du temps.

Composition du comité

Afin d'établir des conditions de prise de parole et de décision significatives, le partenariat des deux sites de recherche convient de réunir une majorité de personnes UD sur chaque comité et de minimiser la présence de spécialistes de la recherche durant les rencontres. Pour le comité étudié, le recrutement se fait d'abord auprès des membres d'un autre projet de RP en cours dans l'organisme communautaire. Pour compléter la composition du comité, ces recrues suggèrent d'autres personnes UD à solliciter avec et sans expérience de participation à des RP.

Le comité se compose de huit membres ($n = 8$) comprenant : six pairs, quatre hommes et deux femmes âgés de 34 à 55 ans ; l'accompagnant, la trentaine, désigné par l'organisme ; l'auxiliaire, la cinquantaine, également doctorante et autrice principale de l'article.

Durant la RP, tous les pairs sont en situation de pauvreté, plusieurs ayant vécu l'itinérance ou l'incarcération, d'autres ayant exercé le travail du sexe. Plusieurs sont sans emploi, quelques-uns travaillent occasionnellement. Leur niveau de scolarité varie du primaire au collégial terminé. Quatre d'entre eux consomment des drogues injectables (cocaïne, opioïdes) de manière variable durant le projet, les deux autres s'affirment comme des ex-consommateurs. Certains ont le VIH, d'autres le VHC. Cinq d'entre eux ont déjà participé à une RP avec l'organisme communautaire et sont actifs dans divers projets participatifs se déroulant dans d'autres organisations locales et provinciales.

Collecte des données

La période couverte par l'étude présentée s'étend du 26 janvier 2011 au 28 mars 2012. Durant ces 14 mois, le comité consacre 15 rencontres hebdomadaires en tout ou en partie au processus de recherche; 12 rencontres hebdomadaires au processus de création artistique et 21 rencontres bimensuelles au processus de mobilisation des connaissances. Les périodes de réalisation se déroulant à l'extérieur de ce cadre formel ne sont pas prises en compte. L'auxiliaire est présente à toutes les rencontres de la RP sauf une; elle rédige un journal de terrain avec un même gabarit et un journal réflexif. Les données sont collectées et triangulées avec des instruments décrits au Tableau 2. Les documents organisationnels de la RP (ordre du jour, comptes-rendus) et autres documents produits par le comité servent à dresser la ligne de temps de la recherche et à confirmer les faits énoncés.

TABLEAU 2 – **Corpus principal de l'étude présentée**

Données	N	Description
Enregistrements audio des rencontres du comité	21	Durée moyenne : 1 heure 35 minutes (2 heures moins la pause), pour un total de 30 heures 33 minutes analysées
Questionnaires d'autoévaluation du processus de participation	168	Rempli à la fin de chaque rencontre par les huit membres du comité : 12 questions avec quatre choix de réponses à cocher et une section commentaires; inspirées par l'instrument de Schulz et al. (2003) et validé par les membres du comité
Entretiens individuels	6	Tenus avec les six pairs après la clôture de la RP : 29 questions ouvertes semi-structurées; inspirées par les instruments de Bracht et Tsouros (1990); Brown et Vega (2008); Jürgens (2005a); Mercer et al. (2008); Schulz et al. (2003) et Renaud et Lafontaine (2011)

Le questionnaire d'autoévaluation du processus de participation, développé par l'auxiliaire et validé par le comité, mesure la satisfaction personnelle de ses membres sur le déroulement de la RP. À la rencontre suivante, les résultats sont rapportés à des fins d'amélioration du fonctionnement du groupe. Dans cet article, les grandes tendances des résultats statistiques descriptives réalisées (mode, médiane, moyenne) sont conjuguées de façon qualitative aux autres résultats.

Les entretiens individuels documentent les raisons de participer; la manière de participer (facilitants, obstacles, nature, étendue); les rapports de pouvoir et sa propre place dans le groupe; les retombées individuelles et sociales de la participation ainsi que les recommandations. Ils sont réalisés par une professionnelle de recherche externe afin de laisser aux pairs la plus grande latitude d'expression possible. Les enregistrements des rencontres et des entretiens sont transcrits et codifiés itérativement pour en dégager les thèmes émanant à la fois du corpus (approche inductive) et des catégories provenant des modèles conceptuels (approche déductive).

Analyse interactionnelle des données

Une analyse interactionnelle est appliquée sur le corpus. L'analyse interactionnelle est essentiellement située et centrée sur les actions contribuant à la prise de décision (Traverso, 2013). Elle sert à comprendre de manière approfondie comment la participation se déroule et comment les mécanismes cognitifs et collaboratifs s'établissent lors de réalisations collectives : façon de se structurer et de s'organiser, détermination et planification des opérations, réalisations, etc. Chaque acte verbal est considéré comme un apport à la discussion collective.

Transversalement, l'analyse consiste à décrire les actions : en relevant les procédures et leurs fonctions durant l'échange tout en les situant dans leurs contextes ; en examinant ce que le groupe fait des savoirs, des normes et des demandes extérieures ; en dégagant les pratiques interactionnelles du groupe. Longitudinalement, il s'agit d'examiner la manière d'élaborer les procédures dans le temps (Détienne et Traverso, 2009 ; Traverso, 2013).

Cadre d'analyse

L'analyse interactionnelle s'appuie sur un bricolage conceptuel, selon l'expression de Morin (1986), organisé à partir du modèle *The Rubicon Model of Action Phases* (Achtziger et Gollwitzer, 2008). Le modèle *Rubicon*, fondé sur la prise de décision, permet de structurer l'analyse des données et de présenter les résultats comme un processus longitudinal. Le modèle comprend un cycle de quatre phases d'actions conduisant à l'atteinte d'un objectif : 1. Intention ; 2. Stratégie ; 3. Exécution ; 4. Évaluation (dans la présentation des résultats, les phases du modèle *Rubicon* sont indiquées entre parenthèses).

L'étude repose également sur l'application des critères de scientificité propres à un devis participatif et artistique lors de la réalisation d'une RP.

Modèles conceptuels utilisés dans cet article

Les trois processus présentés dans cet article sont organisés selon les quatre phases du modèle *Rubicon* en combinant les étapes opérationnelles citées dans les modèles conceptuels recensés suivants :

- Processus de recherche : conjugaison des étapes citées dans des revues systématiques sur la RP en santé (Bekelynck, 2011 ; Brizay et al., 2015 ; Ismail, 2009 ; Salimi et al., 2012 ; Viswanathan et al., 2004) ;
- Processus de création artistique : *A Dynamical and Ecological Approach of the Creative Process and the Associated Affects* (Botella et al., 2011 ; 2017 ; 2018 ; Peilloux et Botella, 2016) ;
- Processus de mobilisation des connaissances : *The Integrated Model of Communication for Social Change* (Figueroa et al., 2002).

Critères de scientificité de la RP

Afin d'assurer la qualité, la valeur et la crédibilité d'une recherche, le respect des critères de scientificité sont nécessaires pour appliquer avec rigueur les devis quantitatifs et qualitatifs (Drapeau, 2004; Gohier, 2004). En vue d'améliorer la qualité de la RP, il est tout aussi crucial d'adopter des critères propres au devis participatif (Gohier, 2004; Herr et Anderson, 2005; Morin, 1985). Il en est ainsi pour les critères propres à une RP utilisant une méthodologie artistique (Leavy, 2015).

Pour l'étude présentée, une classification de critères de scientificité participatifs et artistiques recensés (Fradet, 2021; Fradet et Dupéré, 2022) est utilisée selon les dimensions des critères quantitatifs et qualitatifs : 1. Recul, 2. Correspondance, 3. Exactitude et 4. Applicabilité (Bourgeois, 2016; Cook, 2015; Drapeau, 2004; Gelineau, 2001; Gohier, 2004; Herr et Anderson, 2005; Leavy, 2015; Lincoln, 1995; Viswanathan et al., 2004) (voir Tableau 3).

TABLEAU 3 – Critères de scientificité des devis quantitatifs, qualitatifs et participatifs selon quatre dimensions¹

Dimensions/devis	Quantitatif	Qualitatif	Participatif	Artistique
1. Recul Distance du chercheur avec l'objet d'étude (position)	Objectivité	Confirmabilité Fiabilité	Praxis	Esthétisme
2. Correspondance Observations représentatives de la réalité ou crédibles	Validité interne	Crédibilité Acceptation interne	Critère relationnel Justice	Véracité Authenticité
3. Exactitude Persistance des résultats, peu importe le moment et la manière dont ils sont produits	Fidélité	Fiabilité Constance ou cohérence interne	Cohérence systémique	Cohérence interne
4. Applicabilité Transfert des résultats à d'autres objets ou contextes	Validité externe	Transférabilité	Crédibilité transcontextuelle	Résonance

Note. 1. Voir Fradet (2021) et Fradet et Dupéré (2022) pour les définitions et références détaillées

Les critères participatifs et artistiques comprennent les composantes décrites au Tableau 4.

TABLEAU 4 – Critères participatifs et artistiques¹

Dimensions/devis	Participatif	Artistique
1. Recul	Praxis Validité démocratique Validité critique Validité éthique Authenticité tactique Validité réflexive Validité dialogique	Esthétisme Signature personnelle du chercheur-artiste Présence de l'artiste dans le produit final Pouvoir esthétique
2. Correspondance	Critère relationnel et de justice Validité apparente Validité contextuelle et faisabilité Validité intersubjective, équilibre des voix, équité Validité empathique Validité participative Validité du processus	Véracité et authenticité Utilité Contribution importante ou substantielle Compréhension différente d'un objet de recherche
3. Exactitude	Cohérence systémique Cohérence de la démarche de recherche Cohérence entre questions de recherche et résultats Rigueur de la collecte et l'analyse des données Validité dialectique Authenticité ou validité catalytique	Cohérence interne Cohérence entre la question de recherche et la méthode utilisée Transparence du processus de recherche Minutie Congruence entre les composantes et la représentation finale Force de la forme
4. Applicabilité	Crédibilité transcontextuelle Authenticité éducative Authenticité ontologique Validité des résultats	Résonance Accessibilité Évocation et connexion émotionnelle Croissance intellectuelle ou émotive chez le public

Note. 1. Voir (Fradet (2021) et Fradet et Dupéré (2022) pour les définitions et références détaillées

L'observation de ces critères sur les trois processus étudiés permet d'opérationnaliser l'examen de la participation du comité de RP. Dans cet article, ce sont les faits saillants qui sont rapportés.

Résultats

Les résultats de cette étude longitudinale sur la participation à une RP de personnes UD lors de la réalisation des processus de recherche, de création artistique et de mobilisation des connaissances suivent les phases du modèle *Rubicon* : 1. Intention ; 2. Stratégie ; 3. Exécution ; 4. Évaluation.

Processus de recherche

« Quand vous parlez d'analyser, est-ce qu'il va y avoir une compilation des réactions des gens pis de ce qui s'est passé ? »

(Chaque citation provient d'un pair ou d'un autre.)

Pour mieux connaître l'action de l'organisme communautaire et savoir ce qui en est connu, ainsi qu'en apprendre sur ce qui est connu de l'action des personnes UD, le comité réalise les opérations présentées au Tableau 5.

TABLEAU 5 – Réalisation du programme de recherche par le comité

Méthodologie	Opération	P	R	A
Consulter la documentation de l'organisme et de son personnel	Clarifier les volets d'activités de l'organisme	X	X	X
Préparer et réaliser trois groupes de discussion :	Recevoir une formation sur l'animation de groupes de discussion (par la partenaire institutionnelle locale)	X	X	X
1. Personnes UD fréquentant l'organisme	Préparer et effectuer le recrutement	X		X
	Préparer l'animation	X	X	X
2. Personnes UD ne fréquentant pas l'organisme	Répartir l'animation entre les pairs	X		
	Animer et prendre des notes	X	X	X
3. Personnel d'autres organismes communautaires locaux	Donner des informations	X		
	Préanalyser les résultats	X	X	X
	Analyser les résultats		X	
	Valider les analyses de l'auxiliaire	X		X
	Rendre compte des résultats	X	X	
Observer une audience publique sur un projet d'implantation de services d'injection supervisée	Préparer l'observation	X	X	X
	Observer et prendre des notes	X		
	Préanalyser les résultats	X	X	X
	Analyser les résultats		X	
	Valider les analyses de l'auxiliaire	X		X
	Rendre compte des résultats	X	X	

Note. P : pairs; R : auxiliaire de recherche; A : accompagnant

Visées scientifiques (Intention)

« Même les données, leurs données viennent de nous autres, pis nous autres, on dit ben ce qu'on veut dire ! »

Lors de la préparation et de la réalisation du programme de recherche, les pairs se soucient de critères de scientificité de leur propre chef, sans les nommer explicitement : possibles biais de désirabilité sociale lors du recrutement; principe de triangulation des méthodes; multiplicité et transférabilité. De plus, lors de l'élaboration du guide d'entretien des groupes de discussion, il leur importe de poser des questions appelant des réponses authentiques en évitant de les orienter;

de trouver des formulations faciles à comprendre ; d'être précis et circonscrits, justes et efficaces afin de couvrir l'ensemble des thématiques à aborder dans le temps alloué.

Préparation des groupes de discussion (Stratégie)

« On se connaît pas mal tout pareil, de vue ou peu importe. »

Pour le recrutement, les pairs et l'accompagnant dressent d'abord une liste des organismes communautaires locaux œuvrant auprès de personnes UD et choisissent les plus pertinents. Pour des raisons de faisabilité, le comité confie à l'accompagnant le recrutement des organismes communautaires et aux pairs, celui des personnes UD. Les pairs nomment plusieurs obstacles au recrutement : l'appartenance à un même réseau restreignant le bassin de recrues possibles ; ne plus vouloir avoir de contact avec le milieu pour demeurer abstinent ; convaincre les personnes ne fréquentant pas l'organisme de se rendre dans ses locaux ; voir des recrues ne pas se présenter le jour de l'événement ou, au contraire, constater qu'un trop grand nombre a répondu à l'appel. On s'attend à recevoir autour de huit recrues. Finalement, 6 personnes UD fréquentant l'organisme, cinq personnes UD ne fréquentant pas l'organisme et 11 membres du personnel d'organismes locaux se présentent aux groupes de discussion.

Pour rédiger le guide d'entretien du premier groupe de discussion, des idées sont lancées, soupesées et ordonnées, des hypothèses de réponses sont formulées. Puis, l'auxiliaire structure les questions par thèmes et recompose certains passages à l'approbation des autres membres. Enfin, le comité adapte ce premier guide pour la tenue des deux autres groupes.

Après avoir établi l'ordre des entretiens, des pairs se proposent à l'animation et d'autres à la prise de notes. Au besoin, l'accompagnant demeure en appui à l'animation tandis que l'auxiliaire épaula la prise de notes. Pour être au fait du contenu des entretiens, les autres pairs y assistent en demeurant à l'écart.

Préparation de l'observation (Stratégie)

« Là, ça serait bon [...], qu'on sache vraiment qu'est-ce qui faut aller faire là ! »

Pour observer l'audience publique, les pairs forment des duos. Au préalable, ils commentent des articles scientifiques et des textes médiatiques sur l'implantation de services d'injection supervisée recensés par la directrice universitaire locale et l'auxiliaire. Puis, ils formulent des arguments positifs et scientifiques pour riposter aux oppositions et contenir une possible trop grande émotion lors de l'audience.

Analyse des résultats (Exécution)

« Il y a pas grand-chose qui m'a surpris. »

Au retour de la collecte de données, les pairs procèdent à une préanalyse des résultats. Ils remarquent que la connaissance de l'action communautaire de l'organisme est basique et demande plus de visibilité. Pour ce qui est de l'action sociale des personnes UD, ils remarquent que le public semble les soutenir, tout en observant que certains ne les considèrent pas comme de véritables citoyennes.

Rétroaction sur le processus de recherche (Évaluation)

« Je t'ai trouvé excellent, ça super ben été! »

Le comité donne son appréciation des stratégies appliquées pour le recrutement, l'animation, l'observation et la prise de notes. Les pairs sont déçus du nombre de personnes UD recruté malgré les efforts fournis. En revanche, toutes les animations sont estimées excellentes, qu'elles soient tenues par des pairs expérimentés ou non, loquaces ou plutôt discrets. Pour ce qui est des discussions, les pairs constatent qu'elles étaient plus fluides avec le groupe de membres du personnel d'organismes communautaires locaux. Néanmoins, la qualité de la présence des personnes UD, de leurs interventions et du contenu récolté est jugée très satisfaisante. Les pairs concluent qu'ils ont atteint les objectifs de cette portion du projet. Ils considèrent qu'ils connaissent bien l'action de l'organisme communautaire de même que celle des personnes UD.

Processus de création artistique

« Là, notre mission commence là! »

Pour documenter l'action de l'organisme communautaire et celle des personnes UD, le comité utilise la méthode *Photovoice* (Wang et Burris, 1997) en réalisant les opérations présentées au Tableau 6. Avec cette méthode, les personnes vivant la problématique étudiée sont invitées à réfléchir collectivement sur leurs conditions personnelles et communautaires à l'aide de photos. Ce faisant, elles font part de leurs expériences, leurs expertises et leurs connaissances.

TABLEAU 6 – Utilisation de la méthode *Photovoice*

Étape	Opération	P	R	A
1. Ancrage	Faire connaissance	X	X	X
	Échanger sur les objectifs de la RP et les attentes des membres	X	X	X
	Se donner des règles de fonctionnement	X	X	X
2. Formation	À la méthode <i>Photovoice</i> (par l'auxiliaire)	X		X
	À la technique photographique (par un photographe professionnel)	X	X	X
	Aux enjeux éthiques de l'utilisation de l'appareil photo et la diffusion des photos (par l'auxiliaire)	X		X
3. Aiguillage	Faire les premiers essais photographiques	X		
	S'initier à l'analyse de photos en groupe	X	X	X
4. Collecte des données	Se diviser les six volets d'activités de l'organisme à illustrer	X		
	Partager des idées de photo et de moyen de les réaliser	X	X	X
	Préparer la prise de vue	X		
	Prendre des photos de façon individuelle ou collective	X		
5. Analyse des photos : discuter en groupe autour de thèmes et d'enjeux communs	Sélectionner les photos les plus significatives	X		
	Mettre les photos en contexte	X		
	Faire le récit des images	X		
	Codifier les photos	X	X	X
	Relater les différentes significations que peut revêtir une image en la regardant selon de nouvelles perspectives	X	X	X
6. Diffusion	Rendre compte de son travail à la population et aux décideurs politiques lors de divers événements publics	X		
7. Évaluation	Donner son appréciation du processus	X	X	X

Note. P : pairs ; R : auxiliaire de recherche ; A : accompagnant

Visées artistiques et répartition des tâches (Intention)

« Ça vient de nous autres [...], ça va être la richesse de la réalité crue. »

Les pairs choisissent de documenter : 1. L'action communautaire de l'organisme ; 2. Ce que l'organisme est pour soi, à la suggestion de son directeur ; 3. L'action des personnes UD. Non sans avoir de la difficulté à distinguer un volet d'activités de l'autre et une action personnelle d'une action communautaire, les six pairs se partagent les activités de l'organisme à illustrer en six volets (voir le Tableau 7). Leurs choix reposent sur leur intérêt personnel ainsi que sur leur propre connaissance et expérience de participation aux activités de l'organisme. La couverture intégrale des activités du volet choisi est visée.

TABLEAU 7 – Répartition des volets d'activités de l'organisme

1	Local de l'organisme
2	Intervention milieu
3	Augmentation du pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) et implication
4	Activités de sensibilisation Formations, stages et représentations
5	Collaborations directes et Services à bas seuil d'accessibilité (SABSA)
6	Recherches

Tout au long du processus, les pairs définissent leurs visées artistiques. Ils cherchent à atteindre une qualité esthétique en jouant avec la mise au point, l'éclairage, la couleur, les effets visuels, la distance et l'angle de prise de vue. Ils valorisent la créativité et l'originalité tout en voulant montrer la réalité et obtenir une résonance émotionnelle. Ils défendent le respect de la vision propre du pair, de son interprétation, son authenticité et sa liberté conceptuelle. En même temps, ils tiennent à la compréhensibilité des images, leur signifiante et leur représentativité.

Contourner les obstacles à la création artistique (Stratégie)

« Si [...] c'est le visage de quelqu'un qu'on veut montrer, quelqu'un qui consomme, mettons, faut pas le cacher si c'est ça qu'on veut montrer! »

Les pairs rencontrent d'abord des contraintes d'ordre éthique, notamment celles concernant le droit à l'image. Une photo risque en effet de déformer la réalité et de donner une fausse représentation d'un individu en compromettant sa réputation. C'est pourquoi la signature d'un formulaire de consentement à la prise et la diffusion des photos est imposée. Pour les pairs, cette exigence nuit à leur spontanéité et risque de conduire au refus d'être photographié ou de devoir renoncer à une idée. D'autres contraintes d'ordre pratique apparaissent comme le type d'appareil photo jetable et automatique fourni. Cet appareil, sans écran de prévisualisation, rend la mise au point difficile à faire. Le comité aide souvent à contourner ces obstacles en suggérant de rendre un concept autrement ou, si possible, à reprendre la photo avec un appareil numérique.

Le comité fait un suivi régulier de l'avancement du travail tout au long du processus pour pallier le manque d'idées, ce qui est anxiogène pour certains au début de la période de création alors que d'autres bouillonnent d'imagination. Le comité suggère alors des conceptions; trouve des stratégies pour les photographier; aide à la planification et la réalisation; pare aux imprévus. Pour concrétiser leurs idées, les pairs les représentent de plusieurs façons : la documentation réaliste; des images prises sur le vif; la reconstitution d'un événement ou d'une situation; une histoire créée avec une série de photos; la métaphore ou la symbolisation.

Analyse des photos en groupe (Exécution)

« Ils peuvent démontrer deux affaires différentes qui rentrent dans une catégorie. »

Après la prise des photos, le comité se retrouve pour les analyser en groupe. D'abord formulé par l'auxiliaire en s'inspirant de Wang et Burris (1997), un questionnaire évolutif est utilisé pour systématiser l'opération. L'animation assumée par les pairs est au départ boiteuse, mais devient naturelle après quelques séances et ajustements. Le comité pose des choix interprétatifs et explicite le sens à donner à une photo. À l'écoute de l'enregistrement de la rencontre, l'auxiliaire remplit une fiche pour chacune des 32 photos analysées.

Rétroaction sur le processus de création artistique (Évaluation)

« C'est de trouver des sujets qui est dur aussi pareil. »

Concernant les résultats des photos, les pairs se montrent modestes sur leur qualité, certains sont contents d'avoir pu rendre ce qu'ils avaient en tête, d'autres demeurent insatisfaits de leurs réalisations jusqu'à la fin du projet, malgré les compliments et les encouragements. Sur le processus d'analyse, le comité critique sa longueur et la difficulté à intégrer le questionnaire. Finalement, le comité juge avoir suffisamment de matériel pour atteindre l'objectif de rendre visible l'ensemble des actions.

Processus de mobilisation des connaissances

« C'est parce que c'est pas juste une exposition ! »

Pour mobiliser les connaissances coconstruites, les pairs choisissent de monter une exposition. En conjuguant l'image à la parole, le comité effectue les opérations présentées au Tableau 8.

TABLEAU 8 – Mobilisation des connaissances avec la méthode *Photovoice*

Opération	P	R	A	Autres
Se doter de visées persuasives	X			
Choisir la forme de l'exposition	X			
Sélectionner les photos	X			
Rédiger les textes interprétatifs des photos	X	X		
Concevoir et réaliser l'infographie	1	X		
Choisir des objets de référence accompagnant l'exposition	X			Organisme
Désigner des lieux et événements pour exposer	X			Partenariat
Répondre aux demandes du diffuseur principal	X	X		Organisme
Déterminer les moyens de communication publique et promotionnelle	X			Organisme
Préparer la présentation orale de la RP et de l'exposition	X	X		

Note. P : pairs ; R : auxiliaire de recherche ; A : accompagnant

Visées persuasives (Intention)

« Il y a eu tellement d'énergie là-dedans, tellement d'idées, tellement de temps, tellement de douleur, tellement de bonheur, de toute. T'as plein d'affaires là-dedans, il faut pas que ça reste juste là ! »

Le comité traduit les objectifs de la RP ainsi : 1. Rendre public l'ensemble des actions bénéfiques de l'organisme et des personnes UD ; 2. Donner un nouvel éclairage aux acteurs clés de la communauté ; 3. En nous présentant comme nous sommes, nous espérons faire diminuer les préjugés. Pour y répondre, les pairs ciblent la population en général afin de rejoindre le plus grand public possible. Ils veulent que l'exposition soit mobile, durable et accessible. Ils cherchent à produire un effet percutant tout en visant la simplicité, la sobriété et l'unité. Pour les textes, ils accordent une grande importance au respect du sens des paroles, à la vérité des faits décrits et à la fidélité au langage propre de l'auteur, son authenticité. Ils les souhaitent lisibles, clairs et bien écrits.

Préparation de l'exposition et de sa diffusion (Stratégie)

« C'est moi qui a trouvé [le lieu de diffusion], pis j'insistais, chu sûr que ça va marcher ! »

Les pairs réfléchissent à la forme d'exposition en fonction du budget, du temps alloué et de ce que l'édition numérique permet. Ils soupèsent les types de structures possibles, de matériaux, de supports et de systèmes d'accrochage. Le choix s'arrête sur des bannières imprimées autoportantes, rétractables et facilement transportables.

Pour diffuser l'exposition, le comité dresse d'abord une liste des lieux et des événements possibles. Le premier choix des pairs s'arrête sur une bibliothèque municipale centrale fréquentée par un public diversifié comprenant des personnes UD. Le diffuseur accepte d'accueillir la proposition dans une période convenant à l'échéancier de la RP. D'autres lieux et événements s'ajoutent par la suite selon les propositions de divers organismes.

Le comité dresse ensuite une première liste des médias susceptibles d'atteindre un public intéressé et une deuxième composée d'institutions, d'organisations, de commerces et d'individus pertinents. Envoyer un communiqué via le fil de presse de l'organisme et expédier une affiche aux organismes communautaires locaux sont les moyens retenus pour publiciser l'exposition.

Pour l'inauguration de l'exposition, les pairs se répartissent le contenu de la présentation orale. Enfin, ils se partagent leur présence aux diverses présentations de l'exposition.

Réalisation de l'exposition et de sa diffusion (Exécution)

Les pairs déterminent la quantité de bannières à produire en regroupant les photos par thèmes et en réalisant une ébauche de mise en page. Au total, ils sélectionnent 55 photos disposées sur cinq bannières et rédigent 31 textes interprétatifs à partir des fiches d'analyse des photos, des comptes-rendus des rencontres, des résultats des groupes de discussion et de l'observation ainsi que du rapport annuel de l'organisme. Le Tableau 9 présente le contenu des cinq bannières.

TABEAU 9 – Contenu des cinq bannières de l'exposition

I	Local de l'organisme Collaborations directes et Services à bas seuil d'accessibilité (SABSA)
II	Intervention milieu
III	Recherches Augmentation du pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) et implication
IV	Activités de sensibilisation Formations, stages et représentations
V	Action sociale des participants aux activités de l'organisme Ce que l'organisme est pour soi

Ensuite, l'auxiliaire rencontre individuellement le pair responsable d'un volet d'activités pour travailler les textes personnels et ceux en lien avec l'organisme. L'enjeu est de passer de l'oral à l'écrit. De retour en groupe, tous les textes sont lus et corrigés, puis la mise en page est ajustée. Puisque la plupart ne maîtrisent pas les rudiments de l'infographie, le comité confie cette tâche aux deux seuls membres s'y connaissant, un pair et l'auxiliaire.

Enfin, un pair soumet une ébauche de communiqué à l'approbation du comité et accepte de répondre aux éventuelles sollicitations journalistiques. Le comité travaille aussi à la formulation du résumé de l'exposition amorcé par l'auxiliaire.

Rétroaction sur le travail accompli (Évaluation)

« C'est quand même de l'ouvrage, hein ! »

Même si pour certains la mise en page manque de dynamisme et de lisibilité, en général, les pairs sont fiers du travail accompli autant collectivement qu'individuellement. Ils pensent avoir réussi à atteindre les objectifs de la RP en améliorant l'image de l'organisme, en augmentant les connaissances sur les personnes UD et en conscientisant la population.

Appréciation de la participation selon les pairs

« Aie, on fait partie d'un projet, on va faire quelque chose qu'on décide ! »

Au sein du partenariat, dans les domaines qui leur sont alloués, les pairs évaluent leur pouvoir décisionnel comme important, très important, voire complet. Ils ne se formalisent pas de la hiérarchie partenariale et ne la remettent pas en question.

Au sein du comité, les pairs cherchent le consensus sans ménager l'argumentation. Lors des auto-évaluations du processus de participation à la fin des rencontres tout au long du projet, ils déclarent se sentir écoutés et considérés, malgré un certain déséquilibre des voix ; libres de donner leurs opinions ; impliqués dans les décisions. Ils jugent que la combinaison de leurs ressources leur a permis d'accomplir leurs rôles avec enthousiasme et complicité. Enfin, ils sont convaincus d'avoir

participé activement malgré les difficultés jusqu'à la fin du projet. Ils ont su jouer avec les diverses contraintes pour produire une représentation visuelle et textuelle satisfaisante des connaissances coconstruites.

Pour les pairs, ce qui a facilité leur participation est notamment leur sentiment d'avoir été respectés et acceptés; la familiarité avec l'organisme et la majorité des autres membres; avoir déjà participé à des RP; la bonne entente, la convivialité et la gentillesse; la liberté de participer sans avoir à justifier son absence; les compensations financières et le transport payé. Au contraire, ce qui a rendu leur participation plus difficile c'est, entre autres, la température; la maladie; l'incarcération; la longueur du processus; le manque d'inspiration créative; le manque d'écoute lors des rencontres et le vide laissé après la fin du projet.

Pour soutenir leur participation, les pairs recommandent que l'organisation du projet offre plus d'argent; sache détecter et pallier les difficultés individuelles; assure un suivi et une récapitulation du contenu des rencontres lors d'une absence; veille à une bonne compréhension des enjeux et des concepts élaborés lors des phases du projet auxquelles ils ne participent pas; augmente la durée des rencontres et rapproche leur fréquence; augmente la durée du projet.

Analyse et discussion

Les résultats de cette étude longitudinale effectuée sur une RP conduite avec des personnes UD témoignent de leur contribution et de leur expérience lors des processus de recherche, de création artistique et de mobilisation des connaissances. En vue de voir comment les pairs se sont engagés lors de la RP, la discussion suivante porte sur des exemples d'application des critères de scientificité propres à un devis participatif et un devis artistique selon les dimensions : 1. Recul; 2. Correspondance; 3. Exactitude; 4. Applicabilité (voir Tableau 4).

Recul

Implicitement, les membres du comité tâchent d'intégrer des critères de praxis (devis participatif) en exerçant une distance avec l'objet d'étude. Avec l'intention de faire diminuer les préjugés envers les personnes UD (justice sociale) et en reconnaissant l'autodétermination et le libre arbitre des pairs, le comité applique des critères de validité démocratique (Herr et Anderson, 2005). La validité dialogique de la RP est renforcée par l'établissement d'échanges critiques et réflexifs au sein du comité (Herr et Anderson, 2005). De même, en utilisant leurs savoirs et leur esprit critique pour ajuster leurs actions, les pairs contribuent à augmenter la validité réflexive de la RP (Viswanathan et al., 2004).

En ayant des outils pour passer à l'action lors de la mobilisation des connaissances, le comité s'assure d'une certaine authenticité tactique (Bourgeois, 2016; Gohier, 2004; Lincoln, 1995).

Le comité s'efforce d'augmenter le pouvoir esthétique de leur production de mobilisation des connaissances (Leavy, 2015). En général, les pairs expriment un important sentiment de fierté

quant à l'ensemble du travail réalisé, certains affirmant cependant une certaine déception. La notion de succès peut effectivement différer d'une personne à l'autre (Greer et al., 2018). Si l'art en recherche permet une compréhension différente de la problématique étudiée ainsi qu'une connexion et une résonance émotionnelle génératrices d'empathie chez le public (Harvey, 2014), le bombardement médiatique actuel amène souvent une idée préconçue de la valeur esthétique d'une image (Lieutaud et Ouellet, 2013). Occulter la dimension esthétique pour privilégier le sens donné aux images comme les conceptrices de la méthode *Photovoice* le suggèrent (Wang et Burris, 1997) peut exacerber le stress face à son incertitude créative et nuire à son estime personnelle (van der Vaart et al., 2018).

Correspondance

Pour faire preuve d'observations crédibles ou représentatives de la réalité, le comité réussit en partie à satisfaire aux critères relationnels et de justice (devis participatif). En sachant passer du « je » au « nous », en reconnaissant la part de créativité de chacun et son intégrité, le comité augmente la validité intersubjective de la RP, l'équilibre des voix et l'équité (Cook, 2015). En s'appropriant le processus de recherche et en exerçant une participation active, il accroît la validité participative du projet (Bourgeois, 2016; Cook, 2015). La qualité des relations entre les membres, leur réflexion itérative, la triangulation des points de vue et des méthodes utilisées renforcent la validité du processus (Herr et Anderson, 2005). De plus, en s'ajustant aux particularités de chacun, le comité démontre de la validité empathique (Cook, 2015).

Les pairs sentent ainsi qu'ils ont un réel pouvoir à l'intérieur du comité et tiennent les rênes équitablement malgré un certain déséquilibre des voix. Cette hiérarchie horizontale offre un contexte favorable à la créativité d'après Harvey (2014). Dans cet esprit collaboratif, les pairs s'approprient les objectifs et les cadres préétablis selon leur perspective dans un mouvement d'aller-retour entre individualisation et collectivisation faisant en sorte de construire un espace représentationnel commun (Glăveanu, 2011). Les négociations conduites pour intégrer les divergences et construire des similarités reflètent leur capacité à agir en mode collectif. Par le fait même, les critères de véracité et d'authenticité (devis artistique) sont répondus par la présentation d'une nouvelle compréhension d'une problématique (Leavy, 2015).

Exactitude

Pour faire en sorte que les résultats persistent, peu importe le moment et la manière dont ils sont produits, le comité s'efforce d'atteindre des critères de cohérence systémique (devis participatif) et de cohérence interne (devis artistique). Notamment, le comité applique une certaine rigueur méthodologique propre à un devis qualitatif utilisé lors de la RP (Bourgeois, 2016; Drapeau, 2004; Gélinau, 2001). Puisant dans leurs connaissances multiples, les pairs élaborent ainsi des stratégies pour répondre aux objectifs de la RP en prenant en compte les particularités du milieu de la drogue et leurs propres situations de consommation. Dans ce contexte, l'expérience de participation à des RP de la quasi-totalité des membres du comité, ayant développé une certaine habileté méthodologique, a sans doute concouru à la cohérence de la démarche de recherche (Bourgeois, 2016).

Cette proximité sociale fait aussi en sorte d'augmenter leur efficacité créative collective et la confiance aux capacités créatives du groupe (Dampérat et al., 2016). Ce faisant, utiliser leurs divers savoirs donne une compréhension plus significative de la problématique étudiée (Abma et al., 2017). Ne pas reconnaître leurs identités multiples en s'attardant uniquement à leur statut de consommation de drogue est réducteur (Greer et al., 2018; Poliquin, 2017; Simon et al., 2021).

En déployant toutes sortes de stratégies cognitives, les pairs s'assurent de bien comprendre les concepts, les informations et les documents fournis pour mieux accomplir leur travail et élaborent des solutions pour détourner les obstacles à la réalisation. Jouer avec les contraintes est un mécanisme participant à la créativité d'un groupe, qu'elle soit artistique ou scientifique (Harvey, 2014). Effectuer ces opérations cognitives dément le préjugé selon lequel les personnes UD sont intellectuellement incapables de participer à des processus de RP (Bellot, 2015; Bellot et Rivard, 2013).

Applicabilité

Pour satisfaire au critère de transfert des résultats à d'autres objets ou contextes, le comité applique des critères de crédibilité transcontextuelle (devis participatif) et de résonance (devis artistique). Pour y arriver, il pose des actes d'intercompréhension (authenticité éducative [Bourgeois, 2016; Gohier, 2004; Lincoln, 1995]) et propose un produit esthétique accessible visant à susciter une connexion émotionnelle avec le public (Leavy, 2015).

Conclusion

Les résultats de l'étude présentée permettent de constater que la participation à la RP est substantielle dans les domaines qui leur sont alloués dans ce contexte. La participation active des pairs à l'élaboration de la méthodologie et la réalisation du projet dénote un degré et une nature de leur engagement importants lors des processus de recherche, de création artistique et de mobilisation des connaissances. Contrairement aux préjugés véhiculés (Brown et al., 2019; Coupland et al., 2005; Damon et al., 2017; Greer et al., 2018; Jalloh et al., 2017; Simon et al., 2021; Switzer et al., 2019), l'étude présentée montre que les personnes UD sont capables de s'engager activement dans une RP. Elles peuvent être fiables, avoir la capacité intellectuelle de faire de la recherche avec rigueur et l'aptitude pour agir en mode collectif.

Comme toute recherche, cette étude comporte des forces et des limites. Elle rapporte d'abord le point de vue des personnes vivant la problématique étudiée et examine un processus participatif à la RP de façon longitudinale et contextualisée, ce qui en fait une contribution originale. Elle apporte aussi une description fine et détaillée de l'analyse interactionnelle et recourt à la triangulation des méthodes, ce qui renforce sa scientificité. Cependant, même si la démarche réflexive et les échanges avec la seconde autrice, sa directrice de thèse, ont contribué à augmenter la validité de cette étude, le corpus de données est examiné uniquement selon la posture épistémique et l'interprétation de son autrice principale.

Comme toute équipe, le comité formé pour la RP étudiée porte sa couleur unique. Concevoir et lancer une RP demeure une entreprise complexe et sensible à son contexte d'implantation. Néanmoins, pour aider à atteindre une participation optimale à la RP des personnes ayant un savoir expérientiel de la problématique à l'étude à toutes ses étapes, d'autres recherches pourraient être conduites sur ce qui fait obstacle à une pleine participation ; sur des moyens à développer pour les contourner ou les éliminer ; sur les meilleures pratiques de facilitation de la participation, particulièrement avec des personnes UD.

Références

- Abma, T. A., Cook, T., Rämngård, M., Kleba, E., Harris, J. et Wallerstein, N. (2017). Social impact of participatory health research : Collaborative nonlinear processes of knowledge mobilization. *Educational Action Research*, 25(4), 489-505. <https://doi.org/10.1080/09650792.2017.1329092>
- Achtziger, A. et Gollwitzer, P. M. (2008). Chapitre 11. Motivation and volition in the course of action. Dans J. Heckhausen et H. Heckhausen (dir.), *Motivation and Action* (p. 272-295). Cambridge University Press.
- Aggleton, P. et Parker, R. (2002). *Campagne mondiale contre le SIDA 2002-2003. Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA*. ONUSIDA. https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2003/20030106_jc891-wac_framework_en.pdf
- Barratt, M. J., Norman, J. S. et Fry, C. L. (2007). Positive and negative aspects of participation in illicit drug research : Implications for recruitment and ethical conduct. *International Journal of Drug Policy*, 18, 235-238. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.07.001>
- Bekelynck, A. (2011). *Revue de la littérature internationale sur la recherche communautaire. Synthèse* (Vol. 14). Working Paper du CEPED, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD. <https://www.ceped.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-ceped/wp14>
- Bellot, C. (2015). Chapitre 27. La recherche-action participative comme levier de reconnaissance des programmes d'échange de seringues au Québec. Dans Les chercheurs ignorants (dir.), *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance* (p. 235 à 245). Presses de l'École des Hautes études en santé publique. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lesch.2015.01.0235>
- Bellot, C. et Rivard, J. (2013). La reconnaissance : Un enjeu au coeur de la recherche participative. *Nouvelles pratiques sociales*, 25, 105-124. <https://doi.org/10.7202/1020824ar>
- Botella, M., Nelson, J. et Zenasni, F. (2017). It is time to observe the creative process : How to use a creative process report diary (CRD). *The Journal of Creative Behavior*, 53(2), 211-221. <https://doi.org/10.1002/jocb.172>
- Botella, M., Zenasni, F. et Lubart, T. (2011). A dynamic and ecological approach to the artistic creative process of arts students : An empirical contribution. *Empirical Studies of the Arts*, 29(1), 17-38. <https://doi.org/10.2190/EM.29.1.b>
- Botella, M., Zenasni, F. et Lubart, T. (2018). What are the stages of the creative process ? What visual art students are saying. *Frontiers in Psychology*, 9(2266), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02266>
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. Dans I. Carignan, M.-C. Beaudry, et F. Larose (dir.), *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature* (p. 6-20). Les Éditions de l'Université de Sherbrooke. https://gallery.mailchimp.com/3c466b5cac2b292c13b615bbd/files/Carignan_Beaudry_Larose_2016.pdf
- Bracht, N. et Tsouros, A. (1990). Principles and strategies of effective community participation. *Health Promotion International*, 5, 199-208. <https://doi.org/10.1093/heapro/5.3.199>

- Brizay, U., Golob, L., Globerman, J., Gogolishvili, D., Bird, M., Rios-Ellis, B., Rourke, S. B. et Heidari, S. (2015). Community-academic partnerships in HIV-related research : A systematic literature review of theory and practice. *Journal of the International AIDS Society*, 18, 19354. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.1.19354>
- Brown, G., Crawford, S., Perry, G.-E., Byrne, J., Dunne, J., Reeder, D., Corry, A., Dicka, J., Morgan, H. et Jones, S. (2019). Achieving meaningful participation of people who use drugs and their peer organizations in a strategic research partnership. *Harm Reduction Journal*, 16(37). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0306-6>
- Brown, L. et Vega, W. A. (2008). Appendix A. A Protocole for Community-based Research. Dans M. Minkler et N. Wallerstein (dir.), *Community-Based Participatory Research for Health. From Process to Outcomes* (p. 395-397). Jossey-Bass.
- Cargo, M. et Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research : strengthening its practice. *Annual Review of Public Health*, 29, 325-350. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>
- Catalani, C. et Minkler, M. (2009). Photovoice : A review of the literature in health and public health. *Health Education & Behavior*, XX, 1-28. <https://doi.org/10.1177/1090198109342084>
- Cook, T. (2015). *Ensuring quality : Indicative characteristics of participatory (health) research*. International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR). https://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/quality_criteria_for_participatory_health_research_-_cook_-_version_15_08_21_1.pdf
- Coupland, H., Maher, L., Enriquez, J., Le, K., Pacheco, V., Pham, A., Carroll, C., Cheguelman, G., Freeman, D., Robinson, D. et Smith, K. (2005). Clients or colleagues? Reflections on the process of participatory action research with young injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 16, 191-198. <https://doi.org/doi:10.1016/j.drugpo.2004.12.002>
- Damon, W., Callon, C., Wiebe, L., Small, W., Kerr, T. et McNeil, R. (2017). Community-based participatory research in a heavily researched inner city neighbourhood : Perspectives of people who use drugs on their experiences as peer researchers. *Social Science & Medicine*, 176, 85-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.027>
- Dampérat, M., Jeannot, F. et Jongmans, E. (2016). La créativité des équipes : L'efficacité créative personnelle et collective et leurs déterminants. *Recherche et Applications en Marketing*, 31, 7-28. <https://doi.org/DOI:10.1177/0767370116629076>
- Détienne, F. et Traverso, V. (2009). *Méthodologies d'analyse de situations coopératives de conception : Corpus MOSAIC*. Presses Universitaires de Nancy.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86. <https://doi.org/doi:10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dutta, M. J. (2008). *Communicating health : A culture-centered approach*. Polity Press.

- Équipe de recherche Vers la reconnaissance de l'action communautaire des PES. (2012). *Rendre visible, l'invisible*. INSPQ/MSSS. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/rapport-recherche-rendre-visible-l-invisible.pdf>
- Figuerola, M. E., Kincaid, D. L., Rani, M. et Lewis, G. (2002). *Communication for social change : An integrated model for measuring the process and its outcomes*. The Rockefeller Foundation and Johns Hopkins University Center for Communication Programs. <http://archive.cfsc.org/pdf/socialchange.pdf>
- Flicker, S. et Savan, B. (2006). *A Snapshot of CBR in Canada*. Wellesley Institute. <https://ccphealth.org/wp-content/uploads/2023/06/CBR-snapshot-report-final.pdf>
- Fradet, L. (2013). Quelle approche de synthèse des connaissances adopter pour faire un état des lieux de la recherche-action participative en santé et services sociaux au Québec francophone? *Nouvelles pratiques sociales*, 25, 219-230. [https://doi.org/ DOI: 10.7202/1020831ar](https://doi.org/DOI:10.7202/1020831ar)
- Fradet, L. (2021). *L'appropriation du processus de participation d'une recherche-action participative par des personnes utilisatrices de drogues engagées dans une démarche créative* [Ph.D.]. Université Laval. <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/8efb08ac-ba2c-47cc-9848-99c8ba276ab9>
- Fradet, L. et Dupéré, S. (2022). Chapitre 3. Veiller à la qualité et à la scientificité d'une recherche participative. Dans C. Loignon, B. Godrie, S. Dupéré, et L. Gervais (dir.), *Recherches participatives et équité en santé* (p. 51-67). Les Presses de l'Université Laval.
- Fry, C. L. et Dwyer, R. (2001). For love or money? An exploratory study of why injecting drug users participate in research. *Addiction*, 96, 1319-1325. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.969131911.x>
- Gélineau, L. (2001). *Fondements pour une « théorie ancrée » de la conscientisation dans le cadre de la recherche-action participative et de l'éducation dans une perspective mondiale* [Ph.D.]. Université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/6736>
- Gl veanu, V. P. (2011). How are we creative together? : Comparing sociocognitive and sociocultural answers. *Theory & psychology*, 21, 473-492. <https://doi.org/10.1177/0959354310372152>
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en science interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17. <https://doi.org/10.7202/1085561ar>
- Green, L. W. (2012). *A resource for instructors, students, health practitioners, and researchers using : Guidelines and categories for classifying participatory research projects in health*. Institute for Health Promotion Research at the University of British Columbia, with support from the Royal Society of Canada.
- Greer, A. M., Amlani, A., Pauly, B., Burmeister, C. et Buxton, J. A. (2018). Participant, peer and PEEP: considerations and strategies for involving people who have used illicit substances as assistants and advisors in research. *BMC Public Health*, 18(834), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5765-2>
- Harvey, S. (2014). Creative synthesis : Exploring the process of extraordinary group creativity. *Academy of Management Review*, 39(3), 324-343. <https://doi.org/10.5465/amr.2012.0224>
- Herr, K. et Anderson, G. L. (2005). *The action research dissertation. A guide for students and faculty*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452226644>

Ismail, S. (2009). *Participatory health research. International observatory on health research systems*. RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR667.html

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. et Becker, A. B. (1998). Review of community-based research : Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>

Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., Sirett, E., Wong, G., Cargo, M., Herbert, C. P., Seifer, S. D., Green, L. W. et Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the benefits of participatory research : Implications of a realist review for health research and practice. *The Milbank Quarterly*, 90, 311-346. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x>

Jalloh, C., Illsley, S., Wylie, J., Migliardi, P., West, E., Stewart, D. et Mignone, J. (2017). What goes around : The process of building a community-based harm reduction research project. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0199-1>

Jürgens, R. (2005a). « Rien à notre sujet sans nous » : L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : Un impératif sanitaire, éthique et des droits humains. Réseau juridique canadien VIH/sida. <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/nothing-about-us-without-us-greater-meaningful-involvement-of-people-who-use-illegal-drugs-a-public-health-ethical-and-human-rights-imperative/?lang=fr>

Jürgens, R. (2005b). « Rien à notre sujet sans nous » : Un manifeste de personnes qui utilisent des drogues illégales. Réseau juridique canadien VIH/sida. <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/nothing-about-us-without-us-greater-meaningful-involvement-of-people-who-use-illegal-drugs-a-manifesto-by-people-who-use-illegal-drugs/?lang=fr>

Leaune, V., Adrien, A. et Dassa, C. (2003). *Sondage « Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH dans la population générale du Québec »*. Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/248-sondageattitudespersonnesvivantvih.pdf>

Leavy, P. (2015). *Method meets art : Arts-based research practice* (Second Edition). The Guilford Press.

Lieutaud, A. et Ouellet, S. (2013). *Processus créatif et mutation de paradigme chez le chercheur. La logique de la découverte en recherche qualitative*. Archive ouverte HAL. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00914381>

Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 275-289. <https://doi.org/10.1177/107780049500100301>

Mercer, S. L., Green, L. W., Cargo, M., Potter, M. A., Daniel, M., Olds, R. S. et Reed-Gross, E. (2008). Appendix C. Reliability-tested guidelines for assessing participatory research projects. Dans M. Minkler et N. Wallerstein (dir.), *Community-Based Participatory Research for Health. From Process to Outcomes* (p. 407-418). Jossey-Bass.

Minkler, M. et Wallerstein, N. (2008). *Community-based participatory research for health. from process to outcomes*. Jossey-Bass.

Morin, A. (1985). Critères de « scientificité » de la recherche-action. *Revue des sciences de l'éducation*, 11(1), 31-49. <https://doi.org/10.7202/900478ar>

- Morin, E. (1986). *La méthode : 3. La connaissance de la connaissance*. Éditions du Seuil.
- MSSSQ, Gauthier, J. et Langlois, A.-M. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000917>
- Noël, L., Laforest, J. et Allard, P.-R. (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et VHC : Revue systématique de la littérature et validation empirique*. Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. <https://www.inspq.qc.ca/publications/622>
- ONUSIDA. (2007). *ONUSIDA Politique générale : Une participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA)*. ONUSIDA. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1299-policybrief-gipa_fr_0.pdf
- ONUSIDA. (2021). *Faire face aux inégalités. Leçons tirées de 40 ans de lutte contre le sida pour les ripostes à la pandémie. Rapport mondial actualisé sur le sida 2021*. ONUSIDA Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>
- Peilloux, A. et Botella, M. (2016). Ecological and dynamical study of the creative process and affects of scientific students working in groups. *Creativity Research Journal*, 28(2), 165-170. <https://doi.org/10.1080/10400419.2016.1162549>
- Poliquin, H. (2017). Penser et percevoir autrement les personnes qui font usage de drogues par injection. *Drogues, santé et société*, 16(2), 104-124. <https://drogues-sante-societe.ca/penser-et-percevoir-autrement-les-personnes-qui-font-usage-de-drogues-par-injection>
- Poliquin, H., Bertrand, K., et Perreault, M. (2021). Drogues et santé : Perspectives de personnes qui consomment par injection à Montréal. *Drogues, santé et société*, 19(1-2), 38-65. <https://doi.org/10.7202/1085168ar>
- Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Édition Partage, Réseau francophone international pour la promotion de la santé. https://archipel.uqam.ca/7657/1/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf
- Roey, J. V. (1999). *De la théorie à la pratique : Une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA — Le concept « GIPA »*. ONUSIDA. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc252-gipa-i_fr_0.pdf
- Salimi, Y., Shahandeh, K., Malekafzali, H., Loori, N., Kheiltash, A., Jamshidi, E., Frouzan, A. S. et Majdzadeh, R. (2012). Is community-based participatory research (CBPR) useful ? A systematic review on papers in a decade. *International Journal of Preventive Medicine*, 3, 386-393. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22783464>
- Schulz, A. J., Israel, B. A. et Lantz, P. (2003). Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning*, 26, 249-262. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(03\)00029-6](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(03)00029-6)
- Simon, C., Brothers, S., Strichartz, K., Coulter, A., Voyles, N., Herdlein, A. et Vincent, L. (2021). We are the researched, the researchers, and the discounted : The experiences of drug user activists as researchers. *International Journal of Drug Policy*, 98, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103364>

- Souleymanov, R., Kuzmanovi, D., Marshall, Z., Scheim, A. I., Mikiki, M., Worthington, C. et Millson, M. (2016). The ethics of community-based research with people who use drugs : Results of a scoping review. *BMC Medical Ethics*, 17, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0108-2>
- Switzer, S., Carusone, S. C., Guta, A. et Strike, C. (2019). A seat at the table : Designing an activity-based community advisory committee with people living with HIV who use drugs. *Qualitative Health Research*, 29(7), 1029-1042. <https://doi.org/10.1177/1049732318812773>
- Traverso, V. (2013). *L'analyse des conversations*. Armand Colin.
- van der Vaart, G., van Hoven, B. et Huigen, P. (2018). Creative and arts-based research methods in academic research. Lessons from a participatory research project in the Netherlands. *The Netherlands. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum : Qualitative Social Research*, 19(2), 19. <https://doi.org/10.17169/fqs-19.2.2961>
- Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., Gartlehner, G., Lohr, K., Griffith, D., Rhodes, S., Samuel-Hodge, C., Maty, S., Lux, L., Webb, L., Sutton, S. F., Swinson, T., Jackman, A. et Whitener, L. (2004). *Community-based participatory research : Assessing the evidence*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11852>
- Wang, C. C. et Burris, M. A. (1997). Photovoice : Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 24, 369-387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>