

**PLEIN
MILIEU**

RECHERCHE-ACTION

Pour la prévention des surdoses

Date de publication : 3 mai 2021

PAR PLEIN MILIEU

514 524-3661

info@pleinmilieu.qc.ca

www.pleinmilieu.qc.ca

4677 rue saint Denis, Montréal, QC, H2J 2L5

Territoire non-cédé de la nation Kanien'kehá:ka

Chargée de recherche : Kristine Gagnon-Lafond

Coordination : Ann Lalumière

Soutien financier : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) - Québec

ISBN : 978-2-9819624-2-3

À PROPOS DE PLEIN MILIEU

NOTRE VISION

À Plein Milieu, nous croyons que les individus ne devraient jamais être considérés comme des problèmes. Nous croyons que chaque personne devrait pouvoir être elle-même et s'accomplir au sein de la société, qui s'en trouve grandie. L'atteinte de cette visée de justice sociale repose obligatoirement sur la possibilité, pour chaque personne, d'avoir accès aux services et aux soins qui correspondent à ses besoins, dans le respect de sa volonté. Or, pour les personnes qui consomment des drogues ou qui sont en situation d'itinérance, cela demeure difficile.

NOTRE MISSION

Plein Milieu bâtit des relations de confiance avec les personnes utilisant des drogues, en situation d'itinérance ou à risque de l'être ainsi qu'avec les jeunes de 12 ans et plus, dans une perspective de réduction des méfaits, d'information et de prévention. Plein Milieu les accompagne dans leur parcours vers le mieux-être, en facilitant leur accès aux connaissances, aux services et aux soins qui correspondent à leurs besoins. Plein Milieu agit et propose des réponses innovantes aux enjeux d'exclusion auxquels sont confrontées les personnes qu'il accompagne, en concertation avec tous les acteurs de la communauté

NOS COORDONNÉES

514 524-3661
info@pleinmilieu.qc.ca
www.pleinmilieu.qc.ca
4677 rue Saint Denis, Montréal, QC, H2J 2L5

ACTIF DANS LE PLATEAU-MONT-ROYAL DEPUIS 1993!

REMERCIEMENTS

Avant d'étaler la démarche et les résultats de la présente recherche, nous tenons à remercier vivement les 19 participant-es qui ont partagé leurs expériences sur les surdoses. Notre compréhension du phénomène a été largement enrichie par l'abondance de leurs connaissances et par la générosité de leurs témoignages.

Nous remercions aussi la participation proactive de plusieurs organismes partenaires, tels que Méta d'Âme, l'Anonyme et l'AQPSUD qui nous ont permis de valider différentes étapes de notre démarche.

En mon propre nom, je remercie l'équipe de Plein Milieu qui a démontré une grande ouverture à l'égard de ce projet de recherche-action et sans qui celui-ci n'aurait pas été possible. Enfin, je remercie chaleureusement Ann Lalumière, coordonnatrice des services cliniques en itinérance de Plein Milieu. Son soutien constant et son expertise ont été de véritables phares pour mener à terme ce projet.

Kristine Gagnon Lafond

Chargée de projet en prévention des surdoses

TABLE DES MATIÈRES

À PROPOS DE PLEIN MILIEU	2
REMERCIEMENTS	3
LÉGENDE ET ACRONYMES	9
RÉSUMÉ	11
RETOMBÉES ANTICIPÉES	13
CARTES CONCEPTUELLES	15
LES FACTEURS DE RISQUE MENANT AUX SURDOSES (OD)	16
LES FACTEURS DE RISQUE MENANT AUX SURDOSES (OD) (SUITE).....	17
ILLUSTRATION DES FACTEURS PRÉCIPITANTS	18
PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION	19
PROBLÉMATIQUE	21
CADRE THÉORIQUE.....	22
DEUXIÈME PARTIE : REVUE DE LITTÉRATURE	25
MÉTHODOLOGIE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE	27
FACTEURS PRÉCIPITANTS.....	29
1. Consommation	29
1.1 Nature de la substance.....	29
1.2 Adultération.....	33
1.3 Voie d'absorption.....	36
2. Environnement de la surdose	37
2.1 Lieu de la surdose.....	37
2.2 Personnes présentes.....	38
3. Température extérieure	40
4. Tendances temporelles	41
4.1 Moment de l'année.....	41
4.2 Moment du mois	42
4.3 Moment de la semaine	43
4.4 Moment de la journée.....	44
DESCRIPTION DES FACTEURS DE RISQUES	45

5.	Ontosystème	45
5.1	Caractéristiques personnelles	45
6.	Microsystème	64
6.1	Statut socio-économique	64
6.2	Organisation familiale.....	66
6.3	Communauté	68
6.4	Réseau social.....	72
7.	Exosystème	74
7.1	Système de la santé	74
7.2	Marketing pharmaceutique.....	85
7.3	Système légal	86
8.	Macrosystème.....	90
8.1	Développement économique.....	90
8.2	Couverture médiatique	91
8.3	Perception du risque.....	93
8.4	Stigmatisation.....	94
9.	Chronosystème.....	99
9.1	Colonisation	99
9.2	Déclaration de la guerre contre les drogues, dite <i>War on drugs</i>	101
9.3	Changements historiques concernant les opioïdes de prescription	108
9.4	La vague des OD : une crise en 3 engrenages.....	109
	LE CAS PARTICULIER DES SURDOSES NON FATALES	111
	INTENTIONNALITÉ ET SURDOSE	113
10.	Définition	113
11.	Quelques chiffres sur l'intentionnalité	113
11.1	Envie suicidaire et surdoses	113
11.2	Taux de surdoses intentionnelles et accidentelles.....	114
11.3	Substances utilisées.....	114
12.	Mécanismes explicatifs	116
	DISCUSSION SUR LA RECENSION	117
13.	Des rapports de coroners inconstants.....	117
14.	Le fentanyl : une crise à nuancer	117
15.	Les facteurs de risques des OD : une carte des inégalités.....	118
16.	De nombreuses pistes d'interventions... et beaucoup de pièges...	118
17.	Une crise qui touche de nouvelles populations.....	119

TROISIÈME PARTIE : DÉMARCHE CONFIRMATOIRE.....	123
VALIDATION AUPRÈS DES ORGANISMES PARTENAIRES	124
18. Collecte de données.....	124
18.1 Les organismes participants	124
18.2 Information recueillie.....	124
19. Résultats	124
QUATRIÈME PARTIE : COLLECTE DE DONNÉES DE PLEIN MILIEU	127
AMORCE DE LA DÉMARCHE	128
MÉTHODOLOGIE	129
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	131
20. Les participants	131
20.1 Autres caractéristiques générales	131
20.2 Raisons de consommer.....	132
21. Généralités sur les surdoses documentées	133
22. Des symptômes évocateurs.....	134
22.1 Nature des symptômes	134
22.2 Les liens entre les différents symptômes	137
22.3 Facteurs associés aux symptômes	138
22.4 Déclenchement des symptômes	139
22.5 Durée des symptômes	139
23. La nature des substances impliquées	141
23.1 Les substances initiatrices	141
23.2 Les substances contributrices.....	142
23.3 Les voies d'absorption	143
24. Les pistes d'explications.....	145
24.1 Les liens entre les différentes raisons évoquées.....	146
24.2 Les problèmes de dosage	148
24.3 L'accumulation	152
24.4 Polyconsommation.....	155
24.5 Contamination.....	158
24.6 Pureté.....	163
24.7 Faible tolérance	165
25. Les contextes risqués	168
25.1 Ami.es de consommation	168
25.2 Niveau de risque lors du déclenchement des symptômes	169
25.3 Injection par les pairs	172
25.4 Expérience en lien avec la substance	173

25.5 Fournisseur.euse.....	175
26. Les soins reçus.....	177
UTILISATION ET PORT DE NALOXONE.....	178
UTILISATION DES SITES D'INJECTION SUPERVISÉE	181
LIMITES DU PROJET.....	182
CINQUIÈME PARTIE : RECOMMANDATIONS	185
DES RECOMMANDATIONS POUR LES UTILISATEUR.TRICES ET LES ORGANISMES.....	186
1. Recommandations pour les personnes qui consomment	186
2. Pistes pour l'intervention et les organisations	187
BIBLIOGRAPHIE.....	189
ANNEXES	203
ANNEXE 1- GUIDE D'ENTREVUE.....	205
ANNEXE 2-LIVRE DE CODE DES VARIABLES.....	214
ANNEXE 3- TABLEAUX DE DONNÉES	215
.....	240

LÉGENDE ET ACRONYMES

Bad trip : mauvaise expérience reliée à la consommation de drogue, souvent des hallucinogènes

Batch : terme utilisé pour parler d'un lot de substance reçu par le pusher

Binge-drinking : mode de consommation excessif de boissons alcoolisées sur une courte période de temps

Conso : diminutif de consommation

Dope : drogue

DRSP : Direction régionale de la santé publique

FR : Facteurs de risque

FTR : Formules *tamper-resistant*

Hit : injection de substance

Mode d'absorption : moyen choisi pour absorber la substance (sniffé ; injecté ; avalé, etc.)

OD/surdose : l'ensemble de symptômes inhabituels, potentiellement inconfortables et dangereux, ressentis après l'absorption d'une substance psychotrope

OP : Opioides de pharmacie

Personnes UDI : Personnes utilisatrices de drogues injectables

Pusher/Dealer : personne qui vend de la drogue

Rituels de conso : les différentes étapes que l'on intègre plus ou moins consciemment dans ses habitudes avant, pendant et après la consommation. Pour le présent rapport, nous étendons la définition de rituels aux actions posées dès l'achat de la substance.

SCS : Sites de consommation supervisée

Self-care : méthodes pour prendre soin de soi

SIS : Sites d'injection supervisée

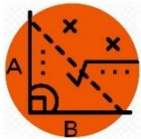
SS : situation de surdose

Testing : méthode d'analyse de substance qui vise à vérifier sa qualité

Wash : extraire d'une ou de plusieurs *cups* (coupelles), les résidus de substances qui n'ont pas été saisis à la première extraction pour ensuite les injecter.



Facteurs de risque



Éléments statistiques



Pistes d'explications sur un lien entre deux variables (mésosystème)



Des variables reliées entre elles sont nommées



Spécifications sur le sens du lien entre deux variables

RÉSUMÉ

Depuis les années 2000, une crise de surdoses pose un important défi de santé publique au sein de plusieurs pays. Dans ce contexte, la Direction régionale de la santé publique de Montréal a donné à plusieurs organismes, dont Plein Milieu, le mandat de mettre en place des interventions ciblées pour prévenir les surdoses.

Plein Milieu a pour mission de bâtir des relations de confiance avec les personnes utilisant des drogues, en situation d'itinérance ou à risque de l'être ainsi qu'avec les jeunes de 12 ans et plus, dans une perspective de réduction des méfaits, d'information et de prévention. Nous avons donc amorcé une démarche de recherche-action dont l'objectif est de mieux outiller les intervenant-es pour prévenir les surdoses.

Dans un premier temps, nous avons effectué une revue de littérature sur les déterminants des surdoses. Tout d'abord, cette recension a permis de relever des facteurs précipitants de la surdose, c'est-à-dire des facteurs qui concernent le contexte immédiat. Ensuite, nous avons extrait et listé les facteurs de risques selon une approche écosystémique, c'est-à-dire que nous avons recensé des facteurs proximaux (âge, sexe, etc.) et plus distaux (contexte social et politique). Cette recension des écrits a mené à la construction d'une carte conceptuelle, offerte en annexe, dans laquelle nous pouvons visualiser les différents facteurs de risques qui agissent les uns sur les autres.

Dans un deuxième temps, nous avons examiné quels effets exerçaient ces facteurs de risque sur les participant-es de Plein Milieu qui fréquentent principalement le Plateau-Mont-Royal. Nous avons donc mené des entrevues qualitatives auprès de 19 participant-es qui ont décrit, dans l'ensemble, 55 situations de surdoses que nous avons soumises à des analyses exploratoires quantitatives et qualitatives.

Les discussions avec les participant-es nous ont donné des informations clés qui sont peu traitées dans les écrits sur les surdoses et qui nous ont aidé à mieux cerner des pistes de prévention. Par exemple, la littérature scientifique évoque peu souvent certains

symptômes, notamment la sensation de « voir venir la surdose ». De plus, il a souvent été rapporté que certaines surdoses surviennent non seulement au moment immédiat de l'absorption, mais plutôt un certain temps après la consommation. Ces deux constats ouvrent la porte à plusieurs pistes d'auto-interventions.

En parallèle des résultats sur les surdoses, nous nous sommes intéressé-es aux mesures sanitaires actuelles qui sont mises en place pour prévenir les surdoses et à l'utilisation qu'en font les participant-es. Iels nous ont parlé d'un usage répandu de la naloxone : la plupart sont très bien formés et la portent sur leur personne. Par contre, comme certain-es n'ont pas intégré cette pratique à leur routine de conso, nous nous sommes penchés sur les raisons évoquées pour ne pas la porter. Les participant-es ont aussi expliqué l'utilisation qu'iels font des sites d'injection supervisée. Les personnes qui ont participé à cette recherche utilisent très peu ces services. Nous avons cherché à comprendre pourquoi.

Enfin, nous terminons notre recherche-action en proposant une série de recommandations issues de notre collecte de données et de la recension des écrits enrichies par les réflexions des participant-es, des intervenant-es et de Plein Milieu. Ce document présente l'ensemble de ces 13 recommandations de manière détaillée.

RETOMBÉES ANTICIPÉES

Première retombée anticipée

Mieux comprendre les surdoses.

Deuxième retombée anticipée

Mieux concentrer les ressources en prévention des surdoses là où sont les besoins réels pour les participant.es de notre organisme.

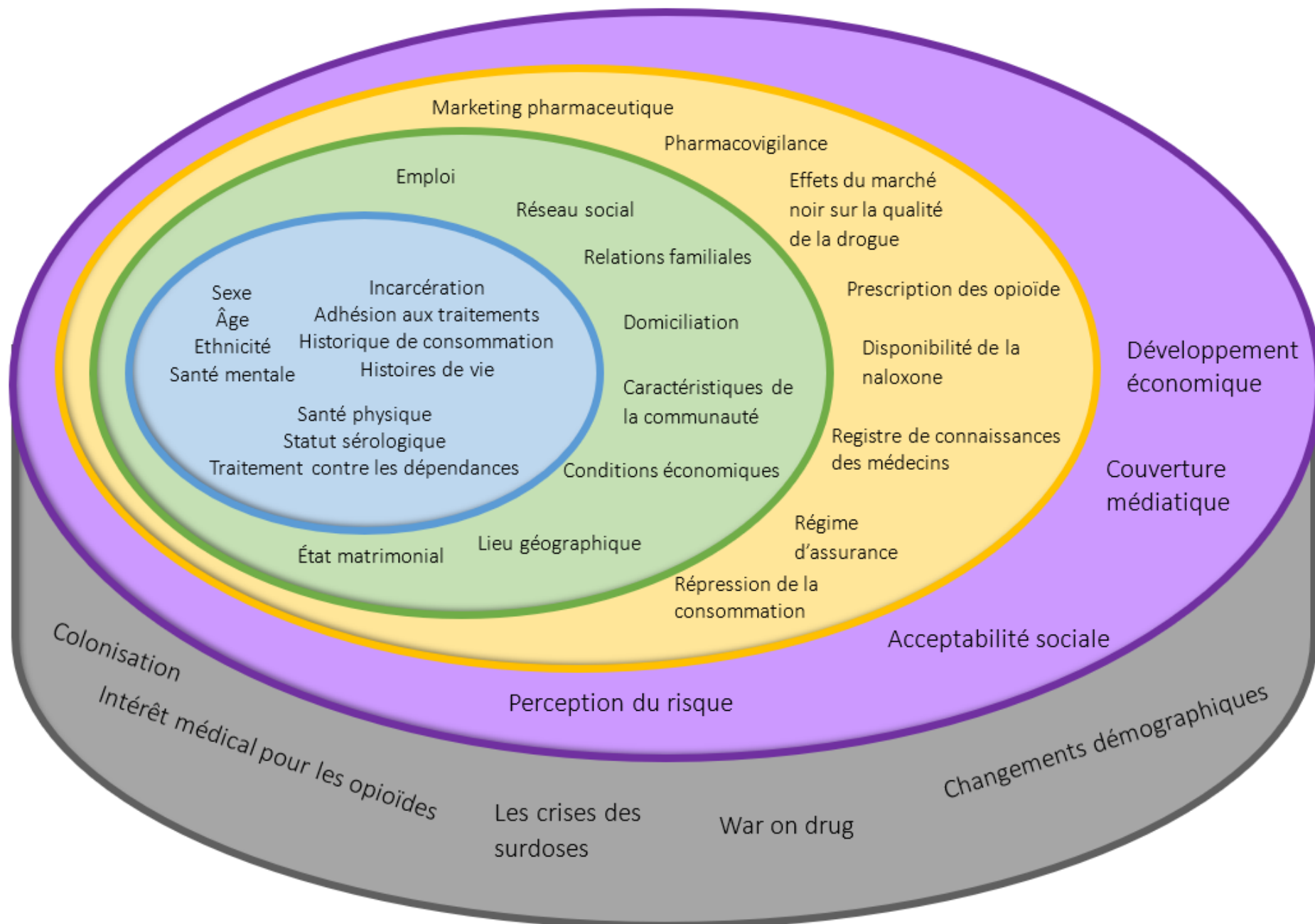
Troisième retombée anticipée

Améliorer nos pratiques en prévention des surdoses.

CARTES CONCEPTUELLES

Cette section illustre l'ensemble des déterminants vers les surdoses (OD) documentés par la littérature scientifique. La première section montre les thèmes explorés organisés selon l'approche théorique écosystémique (voir les explications du cadre théorique à la page 22). La deuxième section précise les facteurs de risque des thèmes que nous avons illustrés. La troisième section illustre les facteurs précipitants vers les surdoses.

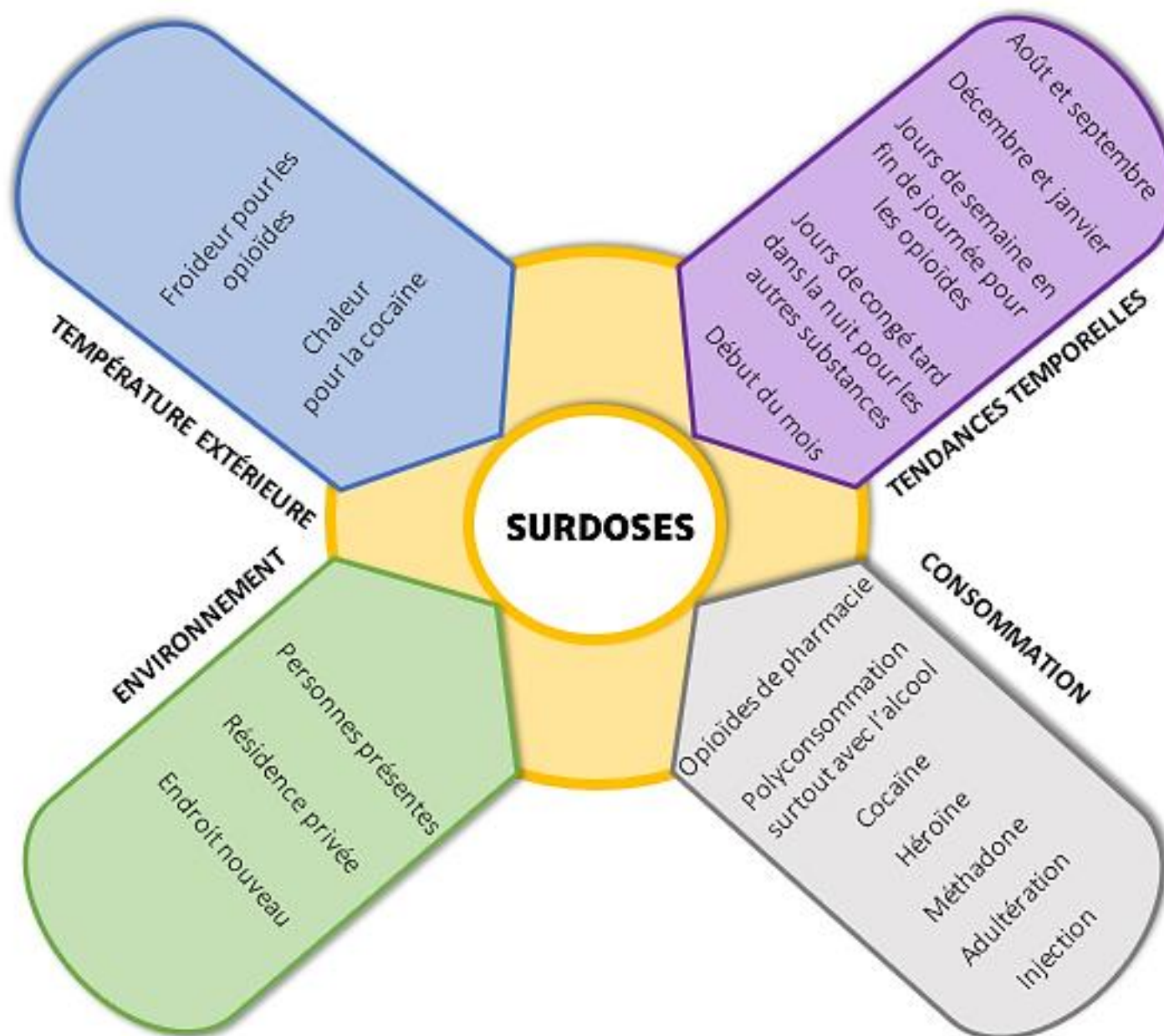
**LES FACTEURS DE
RISQUE MENANT AUX
SURDOSES (OD)**



LES FACTEURS DE RISQUE MENANT AUX SURDOSES (OD) (SUITE)

ONTOSYSTÈME	MICROSYSTÈME	EXOSYSTÈME	MACROSYSTÈME
SEXE	EMPLOI	RÉGIMES D'ASSURANCES	DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE
Être un homme Être une personne trans	Sans emploi Travail dans la construction, la santé ou l'extraction minière	Remboursements facilités d'opioïdes puissants Prescription de méthadone priorisée aux autres traitements de substitution Refus de couvrir certains traitements	Pays avec des salaires bas et moyens Désindustrialisation
ÂGE	CONDITIONS ÉCONOMIQUES	DISPONIBILITÉ DE LA NALOXONE	COUVERTURE MÉDIATIQUE
Entre 45 et 54 ans	Statut socio-économique défavorisé Stress financier	Enjeux d'accessibilité dans la communauté Pas de co-prescription avec les opioïdes	Grand volume des mentions d'OP dans les médias Campagnes de peur liées aux drogues et sensationnalisme
ETHNICITÉ	RELATIONS FAMILIALES	PRESCRIPTION D'OP (opioïdes de prescription)	PERCEPTION DU RISQUE
Être autochtone Appartenance à d'autres ethnicités, selon les contextes et les substances	Relations familiales tendues	Hausse des quantités de prescriptions d'OP Hausse des dosages des prescriptions d'OP Prescription d'opioïdes plus puissants Plafonds de dosages recommandés trop hauts et non respectés par les médecins Commission reçue par les médecins pour prescription d'OP Oligoanalgésie	Perception de non-dangereux des OP
STATUT SÉROLOGIQUE	ÉTAT MATRIMONIAL	REGISTRE DE CONNAISSANCE DES MÉDECINS	STIGMATISATION
Être porteur-euse du VIH/SIDA	Être célibataire ou divorcé-e	Manque de connaissances sur les opioïdes Manque de formation/ressources pour dépister les problèmes de santé mentale et d'abus de substance Erreurs d'utilisation de grilles de conversion	Population générale, Personnel soignant Pharmacies, Médias, Police, Système judiciaire
TRAITEMENT CONTRE LES DÉPENDANCES	DOMICILIATION	PHARMACOVIGILANCE	
Début de traitement à la méthadone Sortie de réhabilitation	Vivre en situation d'itinérance	Programme de monitoring des drogues prescrites Changement de formule de l'oxycodone Politiques inadaptées sur l'acceptabilité de certaines drogues prescrites.	
INCARCÉRATION	CARACTÉRISTIQUES DE LA COMMUNAUTÉ	RÉPRESSION DE LA CONSOMMATION	CHRONOSYSTÈME
Sortie de prison récente	Fragmentation Faible statut socio-économique Faible capital social	Représentation policière Criminalisation des personnes qui consomment	COLONISATION
SANTÉ PHYSIQUE	LIEU GÉOGRAPHIQUE	EFFET DU MARCHÉ NOIR SUR LA QUALITÉ DE LA DROGUE	Loi sur les Indiens Dépossession des enfants de leur communauté
Cancer Conditions cardiovasculaires Maladies cérébrovasculaires Diabète Conditions pulmonaires	Centres métropolitains défavorisés Rural / urbain, selon la substance	<i>Iron Law of prohibition</i> Pas de contrôle qualité	WAR ON DRUGS
SANTÉ MENTALE	RÉSEAU SOCIAL	MARKETING PHARMACEUTIQUE	Hygiénisme urbain Vagues d'immigration Racisme à l'égard de groupes minorisés Volonté de poursuivre la guerre au Vietnam Post-colonialisme
Troubles liés à l'abus de substance Troubles anxieux Troubles dépressifs Troubles psychotiques	Utilisateur-trice de drogues par injection ou inhalation dans le réseau social Relations conflictuelles	Stratégies de marketing non éthiques et non responsables	INTÉRÊT MÉDICAL POUR LES OPIOÏDES
HISTORIQUE DE CONSOMMATION			Plus de survivance du cancer Augmentation de la complexité et de la fréquence de chirurgie Recherches et traitements de la douleur Possible toxicité de l'acétaminophène et d'autres médicaments non opioïdes
Accessibilité récente aux opioïdes Antécédents d'OD Initiation récente à l'injection de drogues			CHANGEMENTS POPULATIONNELS
HISTOIRES DE VIE TRAUMATIQUES			Population vieillissante Épidémie d'obésité
Trauma psychologique Histoire d'abus sexuel Adversité durant l'enfance			LES CRISES DE SURDOSES
ADHÉSION AUX TRAITEMENTS			Évolution : des analgésiques prescrits à l'héroïne, aux opioïdes synthétiques puissants.
Problème d'adhésion aux traitements Magasinage de médecins / pharmacies Obtention de substances par diversion			

ILLUSTRATION DES FACTEURS PRÉCIPITANTS



PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

PROBLÉMATIQUE

Depuis les années 2000, les taux de mortalité liés aux surdoses (OD) ont subi une augmentation partout dans le monde (Martins et al., 2015). Des études récentes montrent que le Canada ne fait pas exception (ASPC, 2018). Le nombre de décès par OD au Canada est tel qu'il a stoppé la croissance de l'espérance de vie des Canadien.nes (Government of Canada, 2019). En Colombie-Britannique, la crise des surdoses l'a carrément diminuée. En fait, le plus haut taux de mortalité standardisé documenté dans une méta-analyse de 12 articles était relevé à Vancouver avant l'ouverture de premier site d'injection supervisé (Martins et al., 2015).

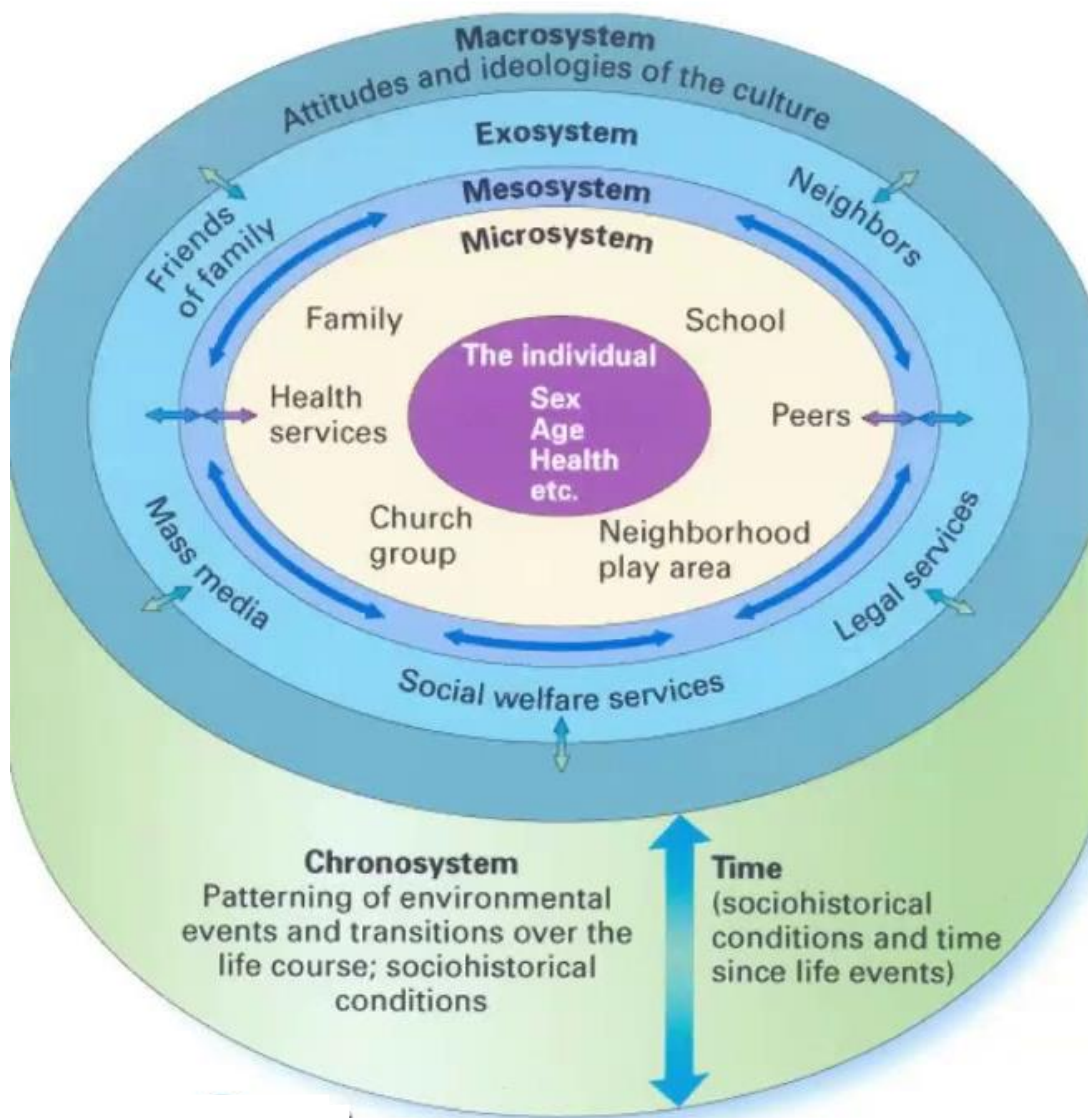
Afin de comprendre pourquoi, nous avons cherché à répondre à la question suivante :

Quels sont les déterminants qui mènent les personnes à faire des surdoses ?

CADRE THÉORIQUE

Afin de répondre à cette question, nous avons structuré la recherche de facteurs de risque (FR) selon le modèle écosystémique (Bronfenbrenner, 1979). Cette approche permet de structurer les déterminants d'une problématique selon plusieurs couches systémiques. De plus, elle répond à un besoin direct des personnes consommatrices. Pour elles, on doit s'éloigner d'une vision stigmatisante des surdoses et de la dépendance dont elles seraient les seules responsables. La Figure 1 illustre les différents systèmes en interaction dans ce modèle théorique.

Figure 1
Illustration du modèle écosystémique de Bronfenbrenner



Voici une définition des différentes couches dans l'approche écosystémique.

L'ontosystème. Ce système comprend l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés, des vulnérabilités ou des déficits innés ou acquis d'un individu.

Le microsystème. Il réfère au milieu immédiat de l'individu (famille, école, groupe de pairs, quartier, etc.) et se définit à travers les rôles occupés, les activités réalisées et les interrelations entre les acteur.rices impliqués.

L'exosystème. Ce système inclut les paramètres de l'environnement externe qui influencent le développement de manière indirecte. Par exemple : le contexte de travail des parents exerce parfois une pression sur la famille, ce qui pourra éventuellement influencer les relations entre celle-ci et l'école.

Le macrosystème. Il représente le contexte culturel plus large qui influence l'ensemble des autres systèmes, notamment à travers les particularités idéologiques propres à la société dans laquelle s'inscrit le phénomène à l'étude.

Le mésosystème. Ce système constitue le réseau de connexions entre les environnements immédiats que représentent ces microsystèmes (par exemple, les relations qui se tissent entre la famille de l'enfant et l'école).

Dans le présent rapport, le mésosystème n'a pas été illustré dans la carte conceptuelle par souci de clarté. Cela dit, il a été introduit lors des pistes d'explications qui relient chaque

facteur aux OD.

Le chronosystème. Réfère aux transitions écologiques qui se vivent tant sur le plan de l'environnement (au sens large) que sur celui des rôles occupés par un individu.

Dans la littérature scientifique sur les déterminants des OD, plusieurs méta-analyses et recensions des écrits ont aussi utilisé un modèle écosystémique (Martins et al., 2015, Park et al., 2016, King, Fraser, Boikos, Richardson, & Harper, 2014).

DEUXIÈME PARTIE : REVUE DE LITTÉRATURE

MÉTHODOLOGIE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Notre revue de littérature vise à recenser les facteurs de risque qui mènent à une OD, et aussi à comprendre de quelle manière ces facteurs impactent le risque de faire une OD. Ainsi, nous avons cherché à documenter un large éventail de potentiels FR. C'est pourquoi nous avons orienté la recension vers une revue de littérature narrative (Bearmen & Smith, 2012). La revue de littérature narrative permet de rendre visibles certains facteurs peu documentés. Cette perspective est nécessaire pour appréhender une problématique vécue par des populations marginalisées, telle que celles qui sont à risque de faire des OD.

En un premier temps, nous avons cherché à acquérir une base de connaissance sur les facteurs ciblés. Pour y arriver, nous avons présélectionné des méta-analyses et revues de littérature via Google Scholar. Nous avons choisi cette base de données, car elle permet une couverture des sujets aussi bonne que d'autres banques données académiques (Halevi et al., 2017 ; Harzing & Alakangas, 2016 ; Martin-Martin et al., 2017). Elle donne en plus un accès sans pare-feu à une bibliographie d'articles.

Nous avons par la suite réalisé des revues spécifiques à chacun des facteurs recensés par la base de connaissance. Les articles consultés étaient principalement issus de revues scientifiques révisées par les pairs. La littérature grise a été consultée lorsque les résultats de la littérature scientifique semblaient parcellaires.

L'ensemble de la documentation recherchée concernait tous les types d'OD, qu'elles soient fatales ou non, déclenchées par des opioïdes de pharmacie (OP) ou par d'autres substances. Nous avons inclus des articles provenant de n'importe quels pays. En fait, il semblerait que les facteurs démographiques et psychiatriques fréquemment associés avec les OD non intentionnelles sont similaires à travers le monde (Martins et al., 2015 ; M. -J. S. Milloy et al., 2008).

Nous avons pu séparer deux types de déterminants : les facteurs précipitants qui concernent le contexte immédiat dans lequel survient la surdose (comme les lieux, et les produits

consommés), ainsi que les facteurs de risques qui sont plus distaux. Il s'agit des déterminants qui sont corrélés à un risque plus élevé : par exemple, le statut social, l'âge, etc.

FACTEURS PRÉCIPITANTS

Les facteurs précipitants de la surdose concernent le contexte immédiat. Les FR immédiats le plus souvent documentés concernent la consommation immédiate, l'environnement de la surdose ainsi que des facteurs situationnels tels que la température extérieure et les tendances temporelles.

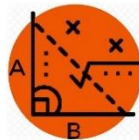
1. CONSOMMATION

La consommation concerne la nature des produits consommés, leur potentielle contamination et les voies d'absorption.

1.1 Nature de la substance



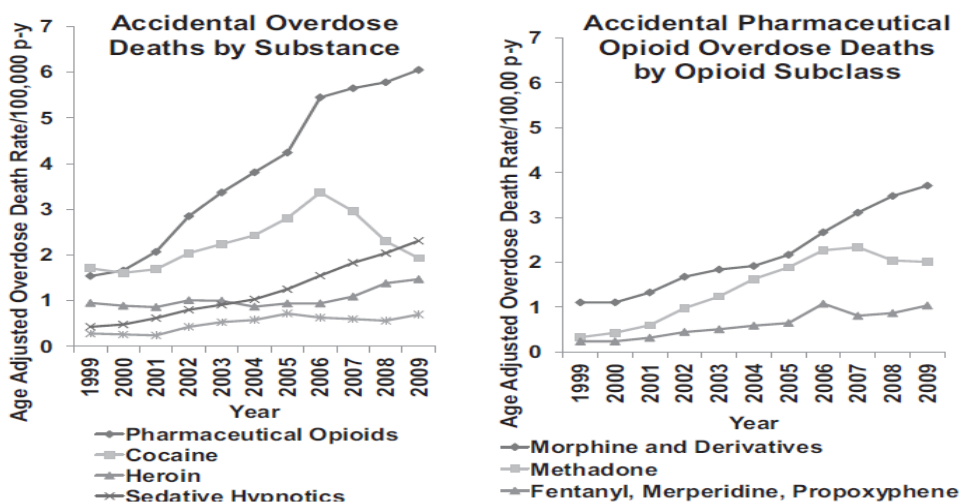
Opiïdes de pharmacie.
Polyconsommation.
Cocaïne.
Héroïne.
Méthadone.



Opiïdes de pharmacie (OP). Jadis, la cocaïne initiait beaucoup de décès par OD. Dans les dernières années, un changement s'est opéré vers les opioïdes. La Figure 2 présente l'incidence des taux de mortalité aux OD impliquant différents types de substances, par 100 000 personnes-années aux États-Unis (Calcaterra et al., 2013). De façon générale, les décès par surdoses de toutes les drogues ont augmenté depuis les années 2000. La plus grande augmentation concerne les OP : le taux de mortalité a presque quadruplé (Calcaterra et al., 2013).

L'augmentation de la mortalité liée aux OP ne semble pas s'arrêter (Scholl et al., 2018 ; Seth et al., 2018). Au Canada, les taux de mortalité liés aux opioïdes ont augmenté jusqu'en 2017, et restent élevés depuis 2018 (Government of Canada, 2019).

Figure 2
Évolution des morts accidentelles par surdoses selon le type de drogue



Sur la Figure 2, on voit que la hausse des décès impliquant les sédatifs hypnotiques, comme les benzodiazépines, est aussi préoccupante (Calcaterra et al., 2013). D'autres études abondent dans le même sens (Jann et al., 2014).

Polyconsommation. Les données de la Figure 2 ne permettent pas de connaître l'ampleur de la polyconsommation. En fait, cette dernière serait mise en cause dans une très grande proportion d'OD partout dans le monde (Martins et al., 2015). Selon plusieurs études, plus de 70 % des décès par OD seraient liés à de la polyconsommation (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2010; Hall et al., 2008; Cook et al., 1998; Andrews & Kinner, 2012). Dans les décès par OD incluant les OP, le mélange le plus populaire serait OP + benzodiazépine, suivi du mélange OP + alcool (Calcaterra et al., 2013 ; Cerdá et al., 2013 ; Green et al., 2011 cités dans Martins et al., 2015). Les données canadiennes vont dans le même sens (Gomes, Mamdani, et al., 2011). En ce qui concerne l'héroïne, une étude démontre que 50 % des personnes décédées auraient aussi consommé de l'alcool (Hickman et al., 2008). Des études

rapportent aussi le risque de faire des OD avec des OP et d'autres substances : les antidépresseurs et les antipsychotiques (Turner & Liang, 2015 ; Zedler et al., 2014).

Cocaïne. Le taux de mortalité impliquant de la cocaïne est en hausse lui aussi. Entre 2000 et 2006, le nombre de morts par OD à la cocaïne a augmenté. Entre 2006 et 2010, il s'est plutôt amoindri. Par contre, après 2010, bien que la consommation de cocaïne ait diminué, le nombre de morts impliquant de la cocaïne aurait augmenté de plus de 60 % (McCall Jones et al., 2017).

Méthadone. Une autre substance qui suscite l'inquiétude est la méthadone fréquemment utilisée comme traitement de substitution. La méthadone représente moins de 5 % du total d'opioïdes dispensés, mais elle est impliquée dans le tiers des décès reliés aux opioïdes aux États-Unis. En fait, les décès par OD impliquant de la méthadone sont de plus en plus nombreux (Webster et al., 2011).

Héroïne. Pour l'héroïne, le taux de mortalité est aussi en hausse depuis deux décennies. Toutefois, cette augmentation n'est pas la plus fulgurante (Calcaterra et al., 2013).



La hausse des morts par OD impliquant les OP s'inscrit dans un contexte historique (voir la section sur le chronosystème à la p. 99). Ensuite, l'effet potentialisant des opioïdes avec d'autres déprimeurs du système nerveux central (tels que l'alcool et les benzodiazépines) explique sans doute que ces substances soient souvent détectées dans les analyses sanguines suivant un décès par OD. En parallèle de cette hausse historique, les médecins prescrivent souvent des benzodiazépines dans les traitements contre la douleur, ce qui pourrait expliquer la hausse des décès impliquant ces deux substances (Jann et al., 2014).

En ce qui concerne le mélange avec l'alcool, son accessibilité et son acceptabilité sociale contribueraient à la banalisation de sa consommation avec d'autres substances (Frank et al., 2015).

Plusieurs pistes expliqueraient la hausse des décès impliquant la méthadone. La première est la façon d'utiliser la méthadone. Selon une étude, plus du trois quarts des personnes faisant une OD impliquant de la méthadone ne sont pas enrôlées dans un programme de traitement à la méthadone. Elles l'utilisent plutôt à l'extérieur des canaux médicaux (Us Department of Health and Human Services, 2011). De plus, la méthadone a un mode d'action particulier. Son temps d'élimination surpasse largement la durée de ses effets analgésiques (8 à 58 heures pour l'élimination contre 4 à 8 heures pour les effets analgésiques). Qu'elle soit prise hors des voies de prescription habituelles ou dans le cadre d'un suivi médical, la consommation de la méthadone demande d'excellentes connaissances du mode d'action du produit pour gérer la douleur. Des connaissances que les personnes qui consomment, ou même certaines personnes du corps médical n'ont pas toujours (Webster et al., 2011).

En ce qui concerne la cocaïne, plusieurs facteurs expliqueraient les changements dans le temps. Selon un rapport d'une compagnie privée commanditée par le bureau exécutif de la Maison-Blanche, la diminution des taux de décès par OD à la cocaïne entre 2006 à 2008 serait expliquée par les efforts de limitation des sources d'approvisionnement. Une augmentation des prix de la cocaïne s'en serait suivie (Kilmer et al., 2014). Après 2009, l'augmentation des taux de décès par OD impliquant de la cocaïne serait explicable par l'augmentation de l'usage d'opioïdes. Certain.es auteur.trices pensent que la polyconsommation impliquant des opioïdes expliquerait la hausse des décès impliquant la cocaïne après 2009 (McCall Jones et al., 2017).

Pour l'héroïne, certain.es chercheur.euses pensent que les OD reliées à cette substance sont directement liées à une tolérance augmentée aux OP. Les personnes cherchent alors à se tourner vers la rue pour répondre à leur besoin et s'initieraient à l'héroïne. Certaines personnes disent même que l'héroïne serait plus accessible que les OP dans la rue (Compton et al., 2016).

. . . I guess like a lot of people, you start on the pills, and then the doctor gives you some and some more [. . .] I took what he gave me, plus whatever – buy[ing more] on the street, and at some point in time, just the pills aren't doin' it, and they're a little harder to find. [. . .] Every morning we would go to the one place and they had both things [heroin and pills] but [. . .] they never were out of

heroin, but once in a while – well, three times a week probably, they didn't have the pills. So I'd have to scramble around, and then I finally had enough and said "Fuck. The hell with this, give me a bag [of heroin]!" and was off to the races.

My buddy [. . .], the one that introduced me to Oxies was actually doing dope [heroin] at the time. And I came over his house and I was sick [in withdrawal] and I asked him if he could get me an Oxy for ten bucks, which I needed an 80 [mg], which they were [\$]20 and I only had [\$]10. So he basically convinced me and started talking about how Oxies and dope there is no difference.
(Mars et al., 2014)

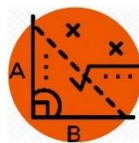
Les données indiquent que l'usage non médical d'OP est un FR pour l'usage d'héroïne. Une étude estime à 80 % le nombre de personnes qui utilisent l'héroïne et qui ont été exposées aux OP par un médecin (Madras, 2017). Toutefois, chez les personnes qui consomment des OP, la transition vers cette substance reste anecdotique (Compton et al., 2016).

1.2 Adultération



Fentanyl. Autres adultérants.

L'adultération est la contamination des substances psychoactives par une autre substance. Les objectifs de l'adultération consistent à gonfler les bénéfices des revendeurs. Il peut arriver qu'il y ait une contamination accidentelle. L'adultération, entre autres, au fentanyl, soulève beaucoup d'inquiétude.



Le fentanyl est un opioïde de pharmacie qui peut être prescrit. Des données

canadiennes recensent une augmentation marquée, allant de 2 à 20 fois plus de décès impliquant le fentanyl dans les quatre plus grandes provinces canadiennes (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015).

En plus des décès causés par les accidents de prescription, le fentanyl a en effet été trouvé dans plusieurs échantillons de drogue illégale testée en Amérique du Nord (Singh et al., 2020; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). Les saisies de fentanyl illégal seraient en hausse (DEA, 2016 ; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015).

Plusieurs études documentent une possible contamination de la substance selon la perception des personnes qui consomment. Plusieurs personnes suspectent que leur substance est très souvent contaminée au fentanyl (Carroll et al., 2017 ; Macmadu et al., 2017 ; Park et al., 2018). En fait les personnes qui consomment ont vu une évolution dans l'apparence de l'héroïne. Elles attribuent ce changement à la présence constante de fentanyl (Ciccarone et al., 2017). Ainsi, plusieurs personnes disent savoir qu'elles s'apprêtent à consommer de l'héroïne contenant du fentanyl dans plus de la moitié de leurs injections. L'adultération au fentanyl semble devenir une nouvelle norme. Ici même à Montréal, environ 20 % de l'héroïne serait potentiellement adultérée au fentanyl. Toutefois, aucune corrélation n'a pu être établie entre cette contamination et des OD rapportées (DRSP, 2017, 2018, 2019). Les études sur la perception des personnes utilisatrices de drogues n'ont pas permis de corréler l'adultération au fentanyl au déclenchement d'une OD.

Dans la littérature scientifique, nous avons trouvé seulement un cas de pic de surdoses reliées directement à une substance contaminée au fentanyl. En 2016, on a observé un pic d'OD en Colombie-Britannique pendant 4 jours à cause de crack ou de cocaïne fumée qui aurait été contaminée par du fentanyl. Le nombre de visites à l'hôpital pour une surdose suspectée aurait augmenté de 170 % durant cette période. La très grande majorité des personnes qui se sont présentées à l'urgence n'en sont pas décédées (Klar et al., 2016).

D'autres adultérants présents dans les substances illégales sont documentés. Pour en nommer quelques-uns : l'acétaminophène, l'amidopyrine, le diltiazem, le diphénhydramine, le dipyrone, le levamisole, la phénacétine, la quétiapine, ainsi que des produits issus de la

manufacture de l'héroïne (l'acétyl codéine, la noscapine, la papavérine, etc.).

La présence de ces produits préoccupe parce qu'elle est reliée à plusieurs problèmes de santé, tels que des problèmes de foie et de reins, des problèmes sanguins, des maladies infectieuses, de la dépression respiratoire ou un arrêt cardiaque (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017).



Dans le contexte d'une crise des OD reliées aux opioïdes de prescription, il y a une réelle augmentation des décès reliés au fentanyl. Ce dernier est plus accessible parce que largement distribué par les canaux médicaux. Les OD peuvent alors survenir en cas d'erreurs de médications, de problème d'adhérence au traitement du patient, ou encore, à cause de la polyconsommation avec de l'alcool ou des benzodiazépines, par exemple. De plus, la diversion (usage d'OP en dehors de prescription directe) est un problème fréquent (voir les explications sur la diversion à la page 62).

Toutefois, pour le fentanyl spécifiquement, lorsqu'il n'y a pas de prescriptions au dossier médical du patient, il demeure difficile de savoir si les décès par OD sont imputables à l'adultération d'une substance au fentanyl. Bien que l'on détecte régulièrement du fentanyl « illégal » (non prescrit) dans les rapports de coroners grâce aux analyses sanguines post-mortem, savoir si ce fentanyl provient de l'adultération d'une substance demande des analyses contextuelles que les coroners font rarement. Ainsi, il est difficile de savoir si le fentanyl a été consommé volontairement dans une substance « renforcée », par le détournement conscient de fentanyl de qualité pharmaceutique, ou par une réelle adultération cachée de la part du revendeur.

L'adultération des substances incluant le fentanyl demeure toutefois inquiétante. Elle est facilitée par un marché non encadré qui vise à maximiser les profits, avec de faibles possibilités de contrôler la qualité.

L'adultération peut aussi se produire de manière à concentrer les effets en contexte de

prohibition des substances. Les vendeur.euses peuvent chercher en entreposer le maximum « d'effet » dans l'espace le plus petit possible. Ce sont les produits plus concentrés qui deviennent alors plus accessibles. On appelle ce phénomène *Iron Law of prohibition* (voir la page 88 pour de plus amples explications).

1.3 Voie d'absorption



Injection.

Le mode d'absorption des drogues a un impact considérable sur le risque d'OD. Lorsque la substance est injectée plutôt que fumée, sniffée ou avalée, elle est reliée à davantage de risques de mourir d'une surdose (Waal & Gossop, 2014). La piste d'explication suggérée par les auteur.trices serait que l'injection fait parvenir la drogue tout d'un coup, alors que fumer nécessite une participation plus active.

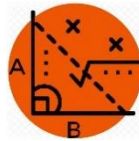
2. ENVIRONNEMENT DE LA SURDOSE

L'environnement de la surdose concerne l'endroit où elle s'est produite et les personnes présentes au moment de la surdose.

2.1 Lieu de la surdose



**Résidence privée.
Endroit nouveau.**



Les résidences privées seraient les lieux d'OD les plus fréquents. Plusieurs études sur les OD fatales ou non documentent que plus de 70 % des OD se produisent en résidence privée (Mcgregor et al., 1998 ; Siegler et al., 2014 ; Visconti et al., 2015 ; Stam et al., 2019).

Un thème de recherche très peu documenté est la consommation dans un lieu nouveau, qui pourrait représenter un FR à la surdose. Une étude auprès de rats aurait observé moins de décès par OD chez ceux à qui l'on administre une dose létale dans un lieu connu par rapport à ceux à qui cette même dose est administrée dans un lieu inconnu (Siegel, 2001). Aucune étude sur la question ne semble avoir été menée chez l'humain. Les données des coroners ne permettent habituellement pas de documenter si le lieu est habituel.

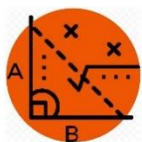


Les personnes consommeraient en résidence privée pour deux principales raisons. La première, proposée par certains auteurs (Bohnert, Nandi, et al., 2011), suggère qu'une

plus grande répression policière contre la consommation mènerait les personnes à consommer dans des endroits reclus. Dès lors, l'isolement peut diminuer les chances de découverte en cas d'OD. De plus, les personnes cherchent à consommer dans un endroit où elles sont confortables, où elles savent qu'elles ne seront pas dérangées.

En ce qui concerne la consommation dans des lieux nouveaux, un auteur propose l'hypothèse d'une tolérance spécifique à l'environnement. C'est-à-dire que la tolérance de certaines personnes, particulièrement les consommateurs expérimentés, serait plus importante dans les endroits où ils sont habitués de consommer. L'auteur l'explique par le réflexe pavlovien. C'est-à-dire que la personne qui consomme toujours dans un même environnement aurait développé des réponses physiologiques propres à cet environnement (Siegel, 2001).

2.2 Personnes présentes



Ne pas consommer seul. e est un message de prévention régulièrement adressé aux personnes qui consomment. En fait, des données semblent plutôt indiquer qu'il y a très souvent des personnes présentes et/ou dans une pièce adjacente (Darke & Hall, 2003 ; McGregor et al., 1998 ; Zador et al., 1996). Dans une étude canadienne récente sur les rapports d'ambulance dans les cas d'OD suspectée, 37 % des participants auraient dit avoir consommé seuls (MacDougall et al., 2019).



L'obtention des données exactes sur la présence des personnes dans le cas d'OD reste difficile. Tout d'abord, dans le cas d'OD non fatales, certains auteurs mentionnent différents biais de désirabilité sociale. Lorsqu'elles rapportent leur OD en contexte médical : soit les personnes craignent de dire qu'elles ont consommé seules ou bien elles craignent de dire qu'une personne était présente au moment de la consommation d'une substance illégale (MacDougall et al., 2019). Dans le cas des OD fatales, les coroners ne sont pas toujours en mesure

de fournir une évaluation rigoureuse des personnes présentes au moment du décès. Notamment, la crainte d'une arrestation pourrait empêcher certaines personnes présentes au moment de l'OD de déclarer la mort. Dans tous les cas, une personne présente physiquement et capable de répondre rapidement à une OD reste un message de prévention nécessaire.

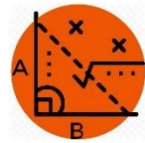
Les OD fatales pourraient se produire en présence d'autres personnes lorsque celles-ci ne savent pas comment intervenir, ou encore, craignent des représailles si elles appellent les secours. Dans certains cas, les personnes présentes pourraient ne pas être en mesure d'intervenir soit parce qu'elles sont elles-mêmes intoxiquées, endormies, ou encore, qu'elles étaient dans une pièce adjacente.

Par ailleurs, une étude ayant interviewé plusieurs personnes qui consomment rapporte que les raisons de consommer seules sont les suivantes : le désir de soulager immédiatement un symptôme de sevrage, le sentiment de honte vis-à-vis de sa consommation, le manque de connaissance sur les lois du bon Samaritain, des circonstances financières qui poussent les consommateurs à ne pas vouloir partager la substance, ou l'absence de personnes de confiance avec qui consommer (Winiker et al., 2020).

3. TEMPÉRATURE EXTÉRIEURE



**Chaleur pour la cocaïne.
Froid pour les OP.**



Un seul article rapporte davantage de chances de faire une OD aux OP dans les périodes plus froides (Goedel, Marshall, et al., 2019). En ce qui concerne la cocaïne, plusieurs sources rapportent que lors des journées de grande chaleur (au-delà de 30 ° Celsius), le risque d'OD serait plus élevé (Marzuk et al., 1998, Bohnert, Prescott, et al., 2010, Auger et al., 2017). À partir de 24 ° Celsius, le risque de faire des OD impliquant de la cocaïne commencerait à augmenter. À partir de 30 ° Celsius, il serait près de deux fois plus élevé qu'à 20 ° Celsius.



Concernant les surdoses aux OP suite aux périodes de froid, les auteur.trices voient une synergie entre le froid et la dépression respiratoire. Une deuxième piste d'explication serait que les opioïdes pourraient nuire à la capacité des consommateur.trices de réguler leur température corporelle. Les auteur.trices proposent aussi que les périodes de froid altèrent les rituels de consommation. Par exemple, peut-être qu'en période de froid, les personnes qui consomment le font plus souvent seules (Goedel, Marshall, et al., 2019).

Concernant les surdoses impliquant la cocaïne, les auteur.trices suggèrent deux pistes d'explication : la cocaïne augmente directement la température corporelle et cocaïne diminuerait la sensibilité de la réponse physiologique à l'hyperthermie (Auger et al., 2017).

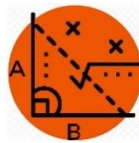
4. TENDANCES TEMPORELLES

Les tendances temporelles concernent le moment dans l'année, dans le mois, dans la semaine et la journée.

4.1 Moment de l'année



Août-septembre
Décembre-Janvier



Deux études reconnaissent un pic de surdoses pendant l'été, au mois d'août à septembre (Madah-Amiri et al., 2019 ; Merchant et al., 2006). Une autre étude rajoute à cette période décembre et janvier (Merchant et al., 2006).

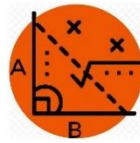


Ces deux moments correspondent à des pics de consommation accrue. Certain.es auteur.trices estiment que des vacances au mois d'août mèneraient les gens à consommer davantage. Pour la période d'hiver, cela pourrait correspondre au temps des fêtes et au stress social que beaucoup peuvent y vivre.

4.2 Moment du mois



Début du mois



Plusieurs études documentent des pics de surdoses au début du mois (Goedel, Green, et al., 2019 ; Merchant et al., 2006 ; Otterstatter et al., 2016 ; Knowlton et al., 2013), surtout pour les substances illégales.

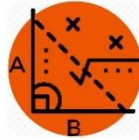


L'hypothèse régulièrement soulevée par les chercheur.euses pour justifier le pic de surdoses en début de mois est la réception du chèque d'aide sociale. Les personnes qui consomment se procureraient leurs substances tout de suite après la réception du chèque. Par contre, selon d'autres auteur.trices, cette hypothèse devrait être nuancée. Tout d'abord, le début du mois est une période stressante où plusieurs paiements pour le logement sont dus, et les menaces d'éviction, plus fréquentes. Le stress psychosocial pourrait mener des personnes à consommer davantage pendant cette période de dates butoires (Goedel, Green, et al., 2019). Enfin, on peut aussi concevoir ce pic d'OD dans un contexte où la tolérance est diminuée après une période d'abstinence (Otterstatter et al., 2016).

4.3 Moment de la semaine



**Pour les drogues récréatives : périodes de congé.
Pour les OP : la semaine.**



Une étude récente rapporte que les personnes feraient plus d'OD aux OP pendant la semaine (Madah-Amiri et al., 2019) que la fin de semaine. Les surdoses déclenchées par des substances plus récréatives surviendraient davantage la fin de semaine (Cvetkovski & Dietze, 2008). L'héroïne semble être un cas particulier : les OD impliquant cette substance surviennent plus souvent la fin de semaine que les OD aux OP (Knowlton et al., 2013 ; Merchant et al., 2006).

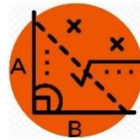


Certaines substances seraient davantage utilisées pour faire la fête et certaines pourraient être utilisées davantage comme automédication. Les raisons de consommer pourraient être un facteur déterminant du moment de la semaine où survient l'OD.

4.4 Moment de la journée



Opiïdes : après-midi et début de soirée
Substances récréatives : tard dans la nuit.



Une étude démontre que les OD aux OP surviennent moins souvent entre 4 h et 9 h le matin. La plupart surviendraient en fin d'après-midi et en soirée (Madah-Amiri et al., 2019). L'héroïne suivrait le même modèle (Merchant et al., 2006). Les pics d'OD avec les substances plus récréatives surviendraient davantage tard dans la nuit ou très tôt le matin (Cvetkovski & Dietze, 2008).



Ici encore, la raison de consommer pourrait être déterminante dans le moment de la journée où les personnes consomment.

DESCRIPTION DES FACTEURS DE RISQUES

Dans cette section, nous rapportons les facteurs de risques (FR) reliés aux différentes couches écosystémiques. On tente de quantifier la présence de ces FR parmi les gens qui font des surdoses. Des mécanismes explicatifs sont proposés.

5. ONTOSYSTÈME

Les FR de l'ontosystème concernent les caractéristiques individuelles et les caractéristiques de la consommation.

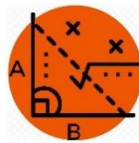
5.1 Caractéristiques personnelles

Les caractéristiques personnelles incluent le sexe, l'ethnicité, l'âge, les conditions de santé physique, les conditions de santé mentale et l'histoire de vie.

5.1.1 Sexe



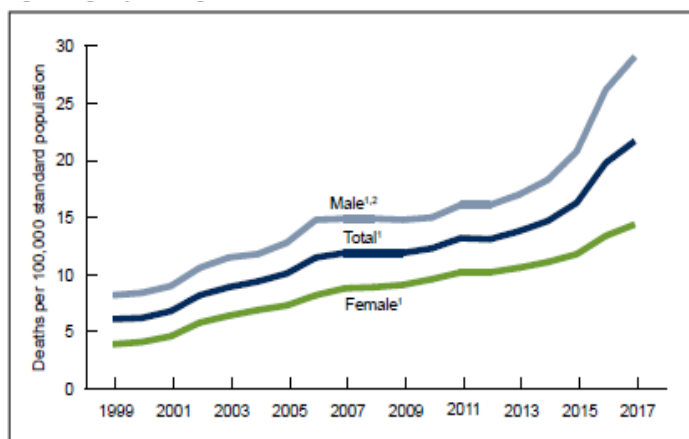
**Être un homme.
Être une personne trans.**



De façon générale, les hommes font plus d'OD mortelles que les femmes. La Figure 3 rapporte que l'incidence de mortalité par OD est constamment plus haute chez les hommes que chez les femmes (Hedegaard, Minino, et al., 2017). Cette statistique est aussi vraie au Canada : en 2017, 76 % des personnes décédées par OD sont des hommes. Cela ne s'explique pas seulement par le fait que les hommes ont davantage de problèmes de consommation que les femmes. Plusieurs études révèlent que les hommes qui s'injectent des drogues auraient un taux de

mortalité par OD 1,38 fois plus élevé que les femmes qui s’injectent des drogues (Antolini et al., 2006 ; Bargagli et al., 2001 ; Brancato et al., 1995 ; Ciccolallo et al., 2000 ; Copeland et al., 2004 ; C. L. Miller et al., 2007). Ainsi, les hommes qui consomment sont plus à risque de mourir de surdose que les femmes qui consomment.

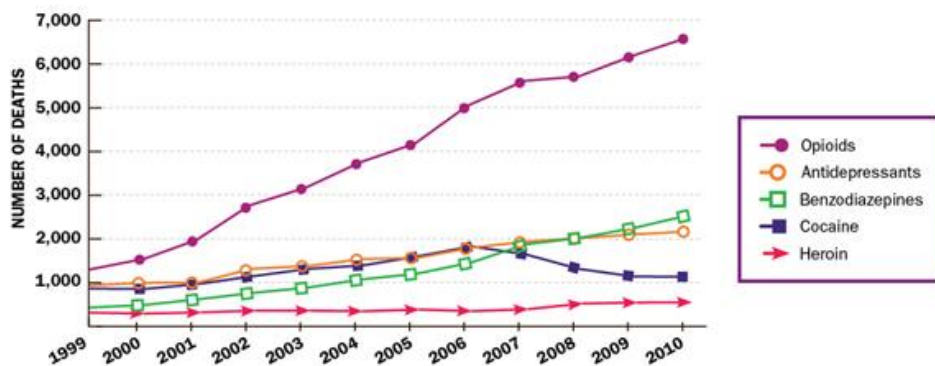
Figure 3
Morts par surdoses chez les hommes et les femmes



¹Significant increasing trend from 1999 through 2017 with different rates of change over time, $p < 0.05$.
²Male rates were significantly higher than female rates for all years, $p < 0.05$.
 NOTES: Deaths are classified using the International Classification of Diseases, 10th Revision. Drug-poisoning (overdose) deaths are identified using underlying cause-of-death codes X40–X44, X60–X64, X85, and Y10–Y14. The number of drug overdose deaths in 2017 was 70,237. Access data table for Figure 1 at: https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db329_tables-508.pdf#1.
 SOURCE: NCHS, National Vital Statistics System, Mortality.

Toutefois, chez les femmes, l’augmentation du taux de mortalité d’OD par OP est plus rapide que pour les hommes aux États-Unis. La Figure 4 (CDC, 2018) montre l’évolution du nombre de femmes qui meurent par surdoses entre les années 1999 à 2010 aux États-Unis.

Figure 4
Évolution du nombre de femmes mortes par surdoses selon la drogue consommée



Très peu d'études ont étudié le risque de surdose chez les personnes trans. Dans le cadre de cette recension, nous avons trouvé une seule étude qui recense un plus grand risque de faire une OD auprès d'une population de jeunes personnes trans de la rue de San Francisco (Seal et al., 2001).



Si les hommes restent plus à risque de mourir d'OD que les femmes, on peut penser que c'est parce qu'ils prennent plus de risque avec leur consommation. Par exemple, on sait que les femmes UDI ont plus souvent de l'aide d'une autre personne pour s'injecter. Dès lors, elles seraient moins souvent seules.

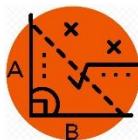
Une revue de littérature explique la hausse fulgurante de décès par OD impliquant des OP chez les femmes parce qu'elles disent ressentir davantage la douleur (Hunter, 2001 ; Rustøen et al., 2004). De plus, certains types de douleurs leur sont spécifiques. Par exemple, les femmes souffrent davantage d'ostéoarthrite, de fibromyalgie, de douleurs dans le bas du dos et les épaules (Martins et al., 2015).

En ce qui concerne le risque d'OD des personnes trans, il serait plutôt relié aux conditions sociales dans lesquelles elles évoluent. La difficulté d'accès aux soins et la transphobie seraient des obstacles au traitement de problèmes de consommation.

5.1.2 Âge

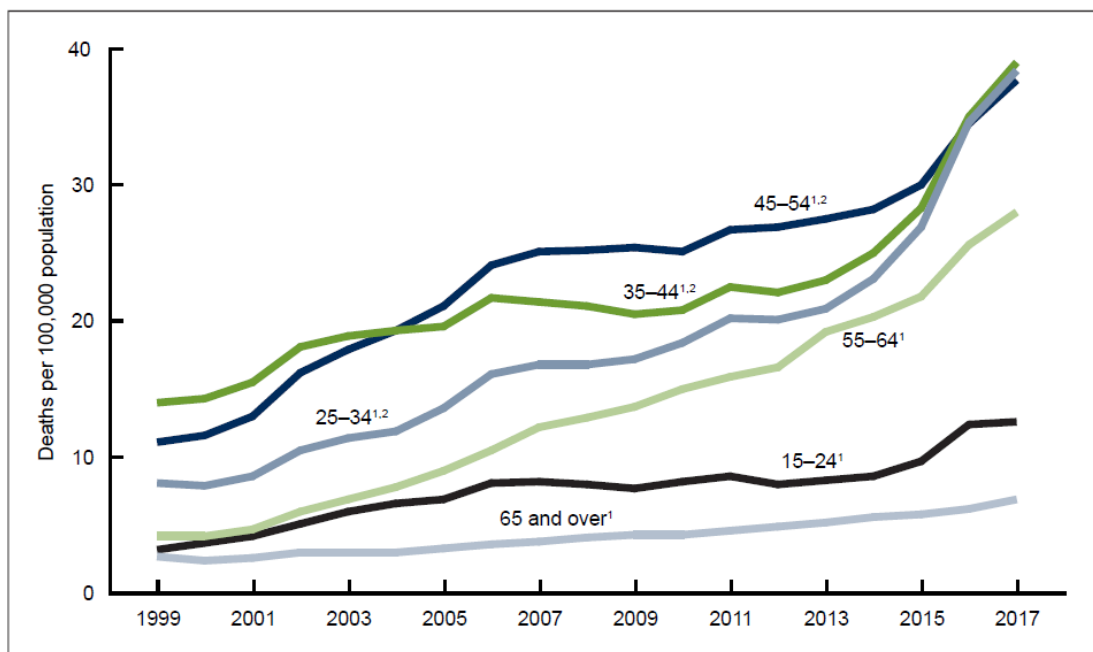


Avoir entre 45-54 ans.



En 2017 aux États-Unis, les taux de mortalité annuels sont similaires pour les 25-34 ans, les 35-44 ans, et les 45-54 ans (près de 38,0 personnes par 100 000). Cependant, en général dans la dernière décennie, on remarque que les 45-54 ont le plus haut taux de mortalité. La plus grande variation s'observe chez les 55-64 ans. Leur taux de mortalité a augmenté de plus de 6 fois. La Figure 5 montre les variations des décès par OD en fonction des différentes tranches d'âge (Hedegaard, Warner, et al., 2017).

Figure 5
Mortalité par surdose dans les différentes tranches d'âge



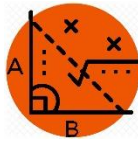
Autour de 45-54 ans, différents problèmes de santé tels que les douleurs chroniques commencent à s'installer. C'est une période où plusieurs personnes s'initient aux OP. D'autre part, les consommateurs plus vieux sont souvent plus expérimentés, et ont une tolérance plus élevée. Cela signifie qu'ils ont besoin de davantage de substance pour atteindre les mêmes sensations. Mais étant donné leur âge, la tolérance respiratoire, elle, ne peut tenir la cadence.

5.1.3 Ethnicité



Être autochtone. D'autres ethnicités, selon le contexte et de la substance.

L'ethnicité est un facteur souvent corrélé aux surdoses dans la littérature scientifique. L'interaction entre l'ethnicité et les décès par OD semble varier selon le contexte (le pays, les substances consommées, les décennies, etc.).



Dans les années 1990 à New York, les personnes noires avaient le taux de mortalité par surdose le plus élevé par rapport aux personnes d'autres ethnicités (Coffin et al., 2007). La Figure 6 montre les variations du taux de mortalité selon l'ethnicité et le sexe à New York entre 1990 et 1998. Par contre, à la fin des années 1990, le nombre de mort par OD chez les personnes blanches non hispaniques est devenu le plus élevé (CDC, 2018). La Figure 7 montre la variation du taux de mortalité par surdoses depuis 1999 aux États-Unis selon trois ethnicités (blanc, noir, latino). En ce qui concerne le Canada, entre 2001 et 2005 en Colombie-Britannique, ce sont les autochtones qui avaient un taux de mortalité par surdose plus élevé par rapport à la population générale (M.-J. Milloy et al., 2010). Une autre étude qui ventile les taux de mortalité américains par davantage d'ethnicités (Asiatiques-Américains/îles du pacifique, blancs non hispaniques ; afro-américains ; autochtones ; hispaniques) révèle que ce sont aussi les autochtones qui ont le plus haut taux de mortalité d'OD impliquant des OP avec une autre substance (alcool, antidépresseurs, benzodiazépines) (Calcaterra et al., 2013).

Figure 6
Taux de mortalité par OD selon le sexe et 3 ethnicités

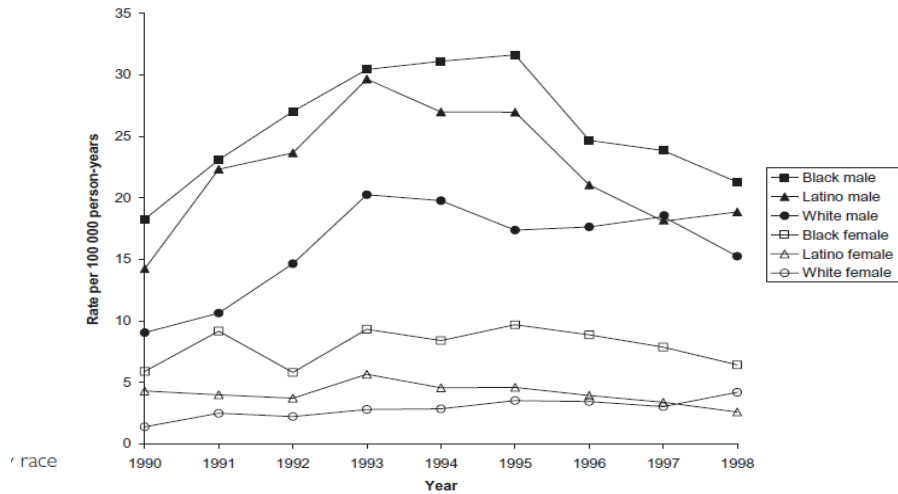
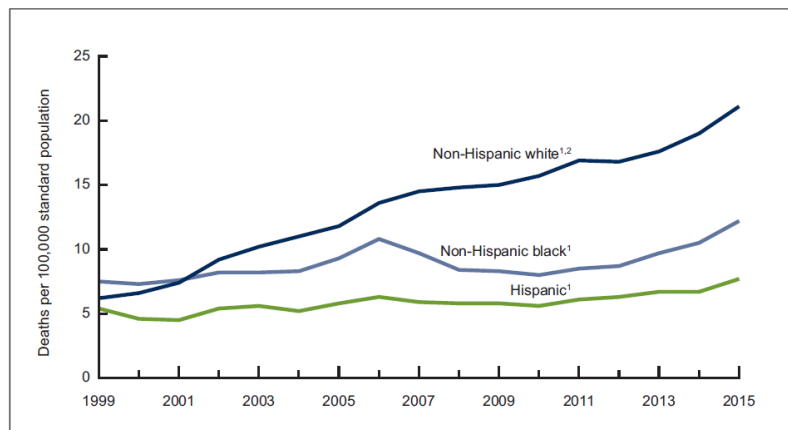


Figure 7
Taux de mortalité par OD selon 3 ethnicités depuis 1999



¹Significant increasing trend, $p < 0.005$.
²Rate for non-Hispanic white persons was significantly higher than for non-Hispanic black and Hispanic persons, $p < 0.001$.
 NOTES: Deaths are classified using the *International Classification of Diseases, Tenth Revision*. Drug overdose deaths are identified using underlying cause-of-death codes X40–X44, X60–X64, X85, and Y10–Y14. Deaths for Hispanic persons may be underreported by about 5%. Access data table for Figure 3 at: https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db273_table.pdf#3.
 SOURCE: NCHS, National Vital Statistics System, Mortality.

Deux autres études ont vérifié les changements entre 2015 à 2017 dans les taux de mortalité pour différentes ethnicités (blancs non hispaniques, noirs non hispaniques, hispaniques, autochtones, asiatiques/îles du pacifique) (Scholl et al., 2018 ; Seth et al., 2018). À partir de ces études, nous avons agrégé les résultats des variations de décès par surdoses pour

différentes substances dans la Figure 8 à la Figure 11. Ces figures indiquent que les autochtones meurent davantage d'OD aux OP et aux psychostimulants. Les personnes blanches meurent davantage d'OD initiées par l'héroïne, et les personnes afro-américaines, d'OD initiées par la cocaïne. Toutefois, les auteur.trices soulignent que ces données devraient être interprétées avec prudence : les erreurs de classifications ethniques sont très probables. Selon elleux, le taux de mortalité par OD est potentiellement sous-estimé pour les personnes autochtones et asiatiques/îles du Pacifique.

Figure 8
Taux de mortalité par surdose aux OP par 100 000 personnes-années, selon l'ethnicité

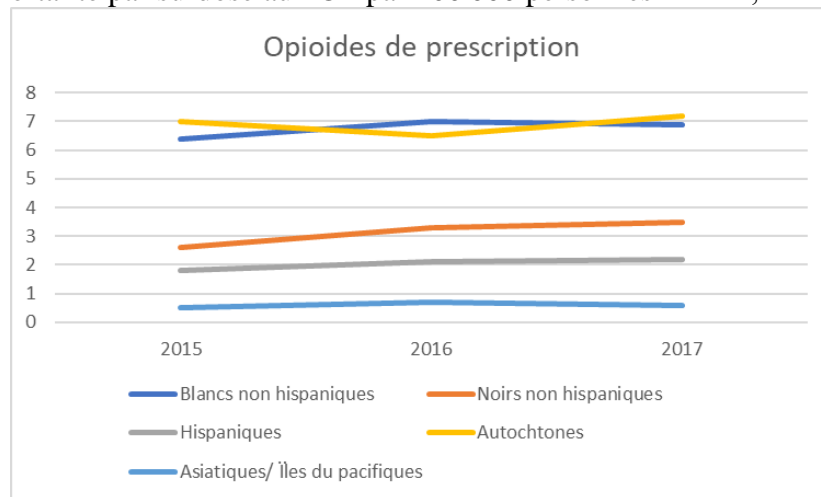


Figure 9
Taux de mortalité par surdose à l'héroïne par 100 000 personnes-années, selon l'ethnicité

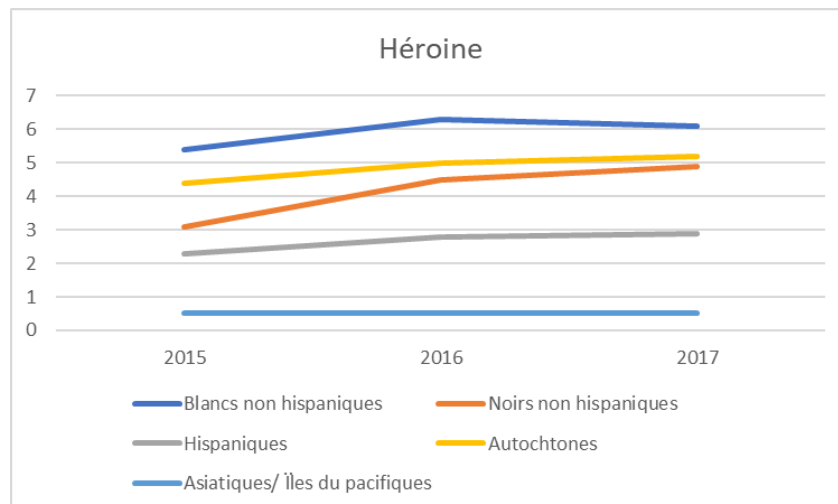


Figure 10
Taux de mortalité par surdose à la cocaïne par 100 000 personnes-années, selon l'ethnicité

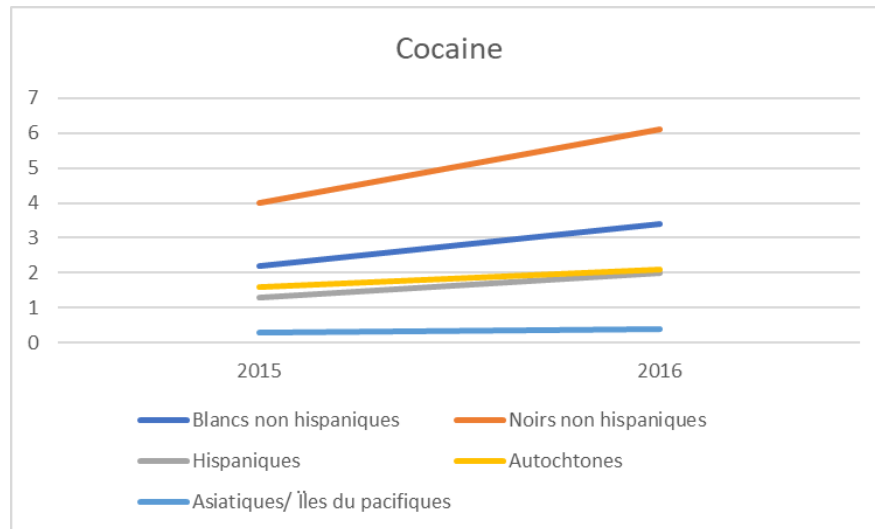
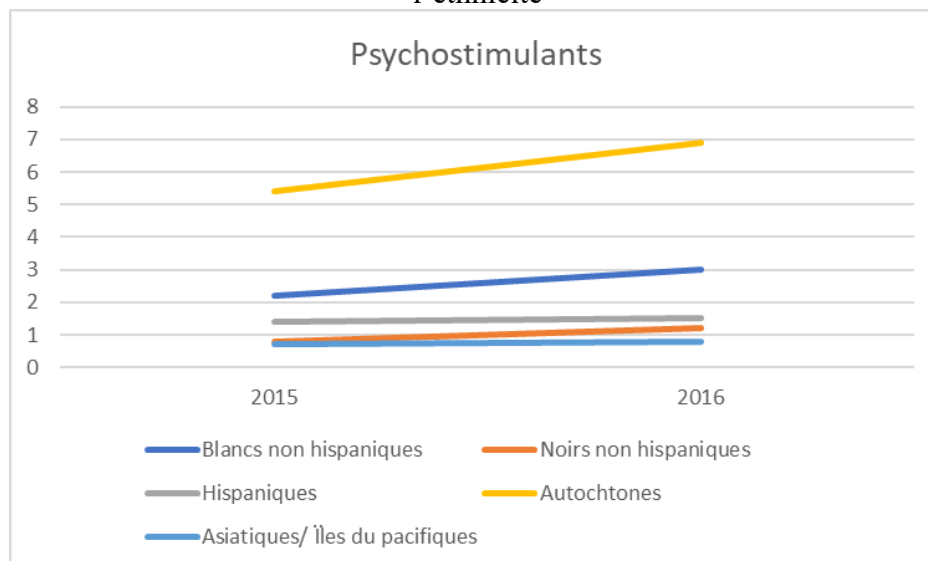


Figure 11
Taux de mortalité par surdose aux psychostimulants par 100 000 personnes-années, selon l'ethnicité



Enfin, des résultats récents de la littérature grise canadienne montrent une tendance très claire. Bien que les autochtones représentent seulement 2,6 % de la population totale en Colombie-Britannique, ils constituent 10 % des décès par OD, ont 5 fois plus de chances que

les allochtones de vivre une surdose et trois fois plus de chances d'en mourir. Les données sont encore plus préoccupantes pour les femmes autochtones. Elles auraient 8 fois plus de chances de vivre une OD que le reste de la population et 5 fois plus de chances d'en mourir (FNHA, 2017 ; Lavalley et al., 2018).

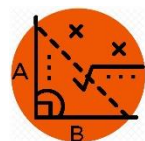


Différentes conditions sociales modulant le statut socio-économique et l'accessibilité aux soins de santé pourraient être les causes des variabilités ethniques. Le racisme mène à plus de risque de consommation de substance et limite l'accès aux soins de santé. Pour les autochtones, plusieurs pistes d'explications peuvent être avancées. Les traumatismes intergénérationnels augmenteraient le risque de consommation de substances et la difficulté d'accès aux soins de santé mentale. Les problèmes d'accessibilité pourraient être reliés à une couverture d'assurance limitée, à l'éloignement géographique de certaines communautés vis-à-vis des services de santé et à un inconfort vécu par les autochtones dans le système de santé occidental.

5.1.4 Statut sérologique



Être porteur.euse du VIH/SIDA.



De nombreuses études révèlent que le risque de surdose est augmenté chez les personnes séropositives (Green et al., 2012, Martins et al., 2015). Chez les personnes UDI spécifiquement, le risque de mourir d'une surdose serait deux fois plus élevé chez les personnes séropositives (Mathers et al., 2013).



Plusieurs mécanismes d’actions sont proposés dans la méta-analyse de Green et al., (2012). Le premier est la vulnérabilité des personnes séropositives aux infections opportunistes affaiblissant potentiellement leurs capacités pulmonaires. Elles seraient donc plus vulnérables à la dépression respiratoire menant à la mort par OD. D’autres auteur.trices mentionnent plutôt l’impact potentiel d’autres conditions de santé. Par exemple, des problèmes de foie rendraient la métabolisation des drogues plus difficile. Ces hypothèses reçoivent toutes un certain soutien empirique (Wang et al., 2005).

Certain.es auteur.trices soulèvent la possibilité que le statut sérologique pourrait augmenter les tendances suicidaires, et donc, les comportements plus à risque. Toutefois, cette hypothèse n’est pas confirmée. En fait, une étude suggère plutôt que les personnes qui apprennent leur statut sérologique auraient plutôt tendance à diminuer certains comportements plus risqués (Neira-León et al., 2011).

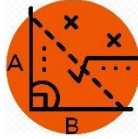
D’autres auteur.trices suggèrent que le chevauchement des comportements à risque des personnes qui font des OD et des personnes séropositives. Enfin, Green et al., (2012) proposent des facteurs structureaux, comme une difficulté d’accès aux soins de santé.

5.1.5 *Incarcération*



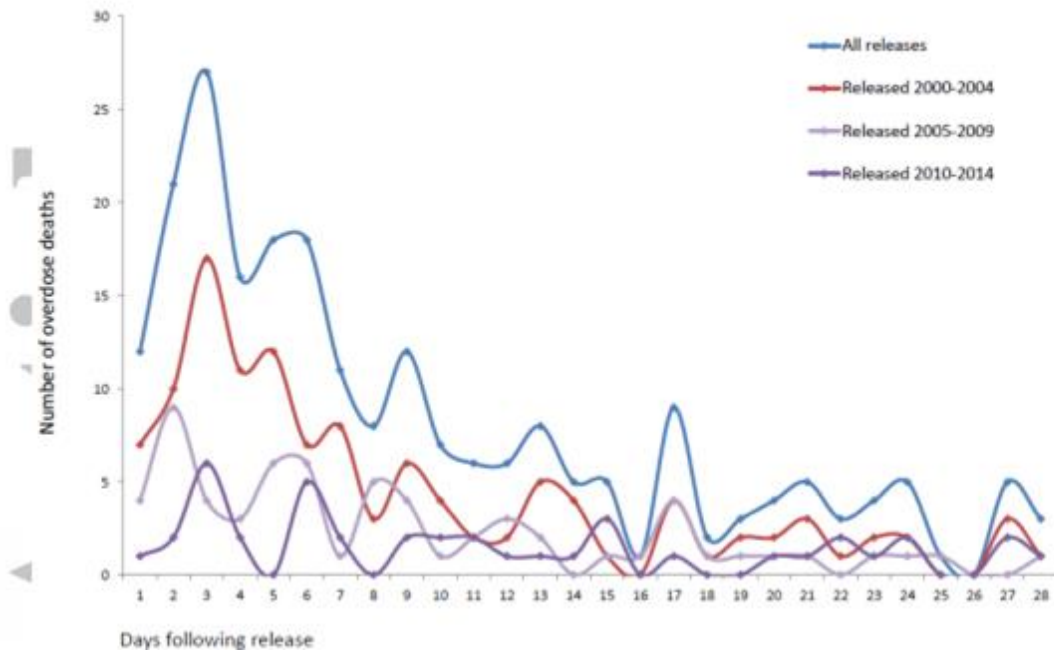
Sortie de prison récente.

De nombreux articles et revues de littératures partout dans le monde montrent que sortir de prison est un facteur de risque important menant vers les surdoses (Martins et al., 2015).



En fait, le décès relié à la consommation de drogue est la cause la plus fréquente de décès à la sortie de prison. Le risque serait 3 fois plus élevé que dans la population générale (Binswanger, Blatchford, Lindsay, & Stern, 2011). Il serait particulièrement élevé dans les deux premières semaines à la sortie de prison (Merrall et al., 2010), avec un pic lors des deux premières journées (Bukten et al., 2017). De plus, le risque d'OD pourrait être dépendant de la durée de l'incarcération : plus la période est longue, plus le risque de mourir d'une OD serait élevé. Chez les femmes, le risque de mort par OD à la sortie serait encore plus grand (Binswanger, Blatchford, Mueller, & Stern, 2013). La Figure 12 montre la variation du nombre de décès par surdose selon les jours écoulés depuis la sortie de prison.

Figure 12
Nombre de morts par surdoses selon le nombre de jours après la sortie de prison



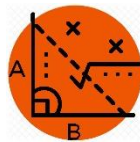
Les auteur.trices suggèrent plusieurs pistes d'explication. Tout d'abord, les personnes

qui sortent pourraient avoir une tolérance diminuée après une période de sevrage forcé. On souligne aussi que les personnes pourraient avoir envie de célébrer à la sortie de la prison. Aussi, l'isolement et le manque de services reçus par les personnes à leur sortie pourraient grandement augmenter le risque de faire une OD. Enfin, à plus long terme, avoir un casier judiciaire limite les opportunités d'emplois et de logement, ce qui pourrait participer au stress psychosocial.

5.1.6 Traitement contre les dépendances



**Début de traitement à la méthadone.
Sortie de réhabilitation.**



Selon plusieurs études, la sortie de réhabilitation et le début de traitement de méthadone est un moment particulièrement à risque d'OD (Strang et al., 2003). En fait, une méta-analyse présentant les résultats de 19 cohortes (Sordo et al., 2017) rapporte que les périodes les plus à risque sont les 4 premières semaines d'induction du traitement à la méthadone.

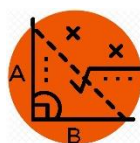


L'hypothèse expliquant ce FR serait que les personnes ayant conclu leurs traitements ont passé une longue période sans consommer. Leur tolérance diminuée, une rechute au même dosage les rendrait particulièrement vulnérables à l'OD. Pour l'initiation à la méthadone, la section 1.1 sur les facteurs précipitants (nature de la substance) donne davantage de pistes d'explication.

5.1.7 Santé physique



Cancer.
Conditions cardio-vasculaires.
Maladies cérébrovasculaires.
Diabète.
Conditions pulmonaires.



Dans plusieurs études sur les comorbidités physiques, on documente les problèmes de santé suivant : du diabète, un cancer, des douleurs chroniques, des maux de tête, des blessures, une maladie du foie, du pancréas ou des reins. On rapporte aussi les problèmes respiratoires suivants : une maladie obstructive chronique, une maladie cardio-vasculaire ou de l'apnée du sommeil (Boscarino et al., 2016 ; Bohnert, Valenstein, et al., 2011 ; Zedler et al., 2014).



Une des pistes d'explications est que certaines de ces conditions de santé, comme une condition cardio-vasculaire et les problèmes de foie et de reins, pourraient rendre plus difficiles la circulation sanguine et l'élimination de la substance. Les différentes conditions respiratoires, quant à elles, rendraient les personnes plus vulnérables à la dépression respiratoire. En ce qui concerne le cancer et les douleurs chroniques, il s'agit de conditions reliées à davantage de prescriptions d'OP.

5.1.8 Santé mentale



Troubles liés à l'abus de substance.

Troubles anxieux.

Troubles dépressifs.

Troubles psychotiques.



Un diagnostic de problème d'abus de substance est relié sans surprise au risque de surdoses. Dans une étude américaine menée auprès de vétérans, 39,5 % des personnes qui décédées de surdoses ont un problème d'abus de substance reconnu. Bien que ce nombre soit élevé, il révèle aussi que toutes les personnes qui meurent d'OD n'ont pas de problème reconnu d'abus de substance.

L'étude de Boscarino et al., (2016) porte sur une cohorte de 2039 patients ayant fait au moins une surdose (fatale ou pas) et suivie pendant 10 ans. Elle révèle que 35 % des personnes ont au moins un problème de santé mentale documenté au moment de leur surdose. Ces problèmes sont l'anxiété, la dépression, les troubles bipolaires, le syndrome du stress post-traumatique ou un trouble psychotique. Toutefois, le problème de santé mentale le plus fréquemment documenté est la dépression (Bartoli et al., 2014).



Les personnes ayant des diagnostics de problèmes de consommation sont plus à risque de faire une OD parce qu'elles prendraient davantage de risque avec leur consommation. Une autre piste d'explication serait que la personne intoxiquée pourrait avoir plus de difficulté à

gérer sa dose.

Plusieurs mécanismes sont proposés dans la littérature scientifique pour expliquer le lien entre les OD et la santé mentale. Tout d'abord, la médication des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale pourrait potentialiser l'effet des OP (Webster et al., 2011). Cela serait particulièrement vrai en début de traitement contre la dépression. Les personnes ayant débuté des antidépresseurs depuis moins de 30 jours seraient plus à risque de mourir d'une surdose d'OP. On propose que le début de la prise d'antidépresseurs puisse être une période charnière pour l'humeur pendant laquelle elle s'aggrave parfois, ou alors une période pendant laquelle les personnes ont davantage de problèmes d'adhérence. Toutefois, le traitement aux antidépresseurs qui dure plus de 30 jours permet de diminuer le risque de mourir de surdose, par rapport aux personnes dépressives non traitées (Turner & Liang, 2015).

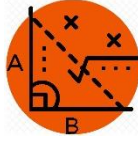
Une autre hypothèse serait qu'un trouble de l'humeur est souvent une condition qui précède et/ou suit le développement de douleurs chroniques, pour lesquelles on prescrit des OP.

Des auteur.trices identifient aussi la résistance des compagnies d'assurance à rembourser des traitements intégratifs pour les douleurs chroniques, la santé mentale et la dépendance (Webster et al., 2011). Ainsi, les personnes qui souffrent de santé mentale auraient plus de difficulté à accéder à des traitements pour d'autres conditions dont elles pourraient souffrir, comme des troubles d'abus de substances.

5.1.9 *Historique de consommation*



**Accessibilité récente aux OP.
Antécédents d'OD.
Initiation récente à l'injection de drogue.**



Une étude révèle que 64 % des patients ont accès à des OP dans les 12 mois précédents leur OD (Boscarino et al., 2016).

Une revue de littérature de plusieurs articles internationaux (Martins et al., 2015) démontre qu'avoir déjà vécu une OD est un important déterminant du risque d'OD.

Une étude menée en Angleterre a suivi 1597 personnes ayant fait au moins une surdose (Boyes, 1994) pendant 5 ans. Elle révèle que 12 % des personnes ayant reçu des services d'urgence pour une surdose en refont plus d'une. Dans les 1958 surdoses documentées par les services hospitaliers, 552 (28 %) sont une récurrence. La deuxième OD dans l'année suivant la première OD pour 70 % des récidivistes. Plus spécifiquement, la récurrence survient dans les trois mois pour 43 % des récidivistes.

De plus, la période d'initiation à l'injection et à la consommation d'héroïne pourrait présenter des risques accrus (Frank et al., 2015). D'autre part, une étude documente que les personnes qui font des OD initiées par l'héroïne sont plus âgées (Dietze et al., 2006) et plus expérimentées (Darke, 2016).



L'accessibilité récente aux OP accentuerait le risque d'OD de plusieurs manières. Tout d'abord, la personne aurait fait un mélange incluant un OP. Bien que peu documenté, il est possible que l'OP ait mené sur une trajectoire de consommation qui s'aggrave (Inciardi et al., 2009) par une augmentation de la tolérance. L'obtention de prescription est aussi une voie utilisée par les personnes qui consomment de façon récréative. La prescription d'OP a pu alors s'inscrire dans une consommation déjà à risque.

En ce qui concerne les histoires d'OD, il est possible que les récidivistes aient

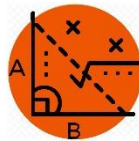
régulièrement de la difficulté à gérer leurs doses. Des habitudes de consommation (par exemple, consommer toujours seul, ou dans l'urgence) ainsi que des facteurs individuels, tels que des problèmes de santé mentale, pourraient augmenter la difficulté de gérer les doses.

Les gens qui s'initient à l'héroïne ou à l'injection seraient plus à risque de faire une surdose par manque d'expérience dans la gestion des doses. À contrario, les personnes qui font l'usage d'héroïne depuis longtemps pourraient prendre davantage de risque lors de leur consommation : elles consommeraient davantage toutes seules ou avec d'autres substances (Mcgregor et al., 1998). D'autre part, les consommateurs plus expérimentés sont souvent plus âgés. Si leur tolérance à l'effet est augmentée, l'âge pourrait diminuer la capacité physique à traiter des dosages élevés. Ainsi, un consommateur expérimenté voudrait faire une plus grosse dose pour s'assurer d'avoir un buzz, mais son corps ne suivrait plus.

5.1.10 *Histoires de vie traumatiques*



**Trauma psychologique.
Histoire d'abus sexuel.
Adversité durant l'enfance.**



Les histoires de vie traumatiques dans l'enfance augmentent le risque d'avoir des problèmes de consommation ultérieurs (Quinn et al., 2016; Dasgupta et al., 2017) et augmentent le risque de mourir d'une OD (Webster, 2017). Pour les femmes spécifiquement, les histoires d'abus sexuel augmenteraient davantage le risque de mourir d'une OD accidentelle (Cutajar et al., 2010).

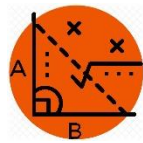


Des auteur.trices proposent que les expériences de vie traumatiques sont plus à risque de se produire dans certains contextes. En fait, certains quartiers exposent leurs résident.es à davantage de drogues, plus de stressseurs et moins de ressources pour y faire face (Quinn et al., 2016 ; Spatz Widom et al., 2006). De plus, puisque plusieurs problèmes de santé mentale découlent d’histoires de vie traumatiques, l’abus de substance pourrait être une manière de s’auto-médicamenter face à un mal-être.

5.1.11 Adhésion aux traitements



**Problème d’adhésion aux traitements.
Magasinage de médecins/pharmacie.
Obtention de substances par diversion.**



Il peut arriver que les personnes à qui les médecins ont prescrit des opioïdes fassent des erreurs dans leur prise de médication. Si elles oublient trop fréquemment leur médication, les médecins pourraient surestimer le niveau de tolérance. Parfois, les personnes choisissent elles-mêmes de modifier leurs doses en prenant davantage que la dose prescrite (Webster et al., 2011).

D’autres études suggèrent que le risque d’OD augmenterait à partir de l’utilisation de 4 pharmacies ou plus à l’intérieur de 90 jours (Baumblatt et al., 2014 ; Turner & Liang, 2015) ; (T. W. Park et al., 2016a). Dans une étude américaine, 21,4 % des analyses de coroners démontrent qu’il y avait eu une forme de magasinage de prescripteurs (Hall et al., 2008). Cela dit, deux études américaines démontrent que la prévalence de l’utilisation de plusieurs prescripteurs est exceptionnelle (<1 %) chez des participant.es à qui l’on prescrit des OP (Katz et al., 2010 ;

Paulozzi et al., 2012).

La diversion est le retrait intentionnel de la médication des canaux de distribution légaux. Voici quelques exemples de diversion : de fausses prescriptions, du vol en pharmacie, la revente de sa propre prescription, le vol de médication à un proche et la prise de médication différente de la prescription (Cicero et al., 2011, cité dans Webster, 2017).

La diversion semble être un facteur important corrélé au risque d'OD. Une étude américaine rapporte que 63 % des personnes qui sont décédées d'une OD auraient utilisé des substances obtenues par diversion.

Chez les personnes qui font un usage des OP non prescrits, il semblerait que la famille et les ami.es soient la source la plus fréquente d'obtention gratuite (pour 55 % de ceux qui font un tel usage). 11,4 % l'achètent de leurs amis ou leur famille, 4,8 % leur volent. 17.3 % disent utiliser les prescriptions de leur médecin pour faire un usage récréatif des OP, 4,4 % disent l'obtenir d'un revendeur de drogue (Us Department of Health and Human Services, 2011).



Certains problèmes d'adhésion au traitement pourraient être explicables par les difficultés des personnes à penser à leur médication (Webster et al., 2011).

D'autres difficultés d'adhésion s'expliqueraient parce que les personnes perçoivent que la médication qui leur est prescrite ne répond pas à leur besoin en terme de gestion de la douleur. Elles cherchent alors des voies alternatives pour répondre à leur besoin (Webster et al., 2011).

D'autres comportements en lien avec l'adhésion s'expliquent parce qu'une dépendance peut s'installer, ou alors parce que les personnes cherchent à arrondir leur fin de mois par la revente.

6. MICROSYSTÈME

Les différents domaines du microsyntème explorés concernent le statut socio-économique, l'organisation familiale, la communauté et le réseau social.

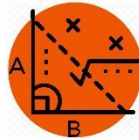
6.1 Statut socio-économique

La littérature scientifique recense principalement deux facteurs reliés au statut socio-économique dans lequel évolue la personne : l'emploi et les conditions économiques.

6.1.1 *Emploi*



Sans emploi.
Travail dans la construction, la santé ou l'extraction minière.



La recension des écrits de Webster (2017) révèle que ne pas avoir d'emploi est un facteur de risque des surdoses mortelles aux opioïdes. Une étude indique que 78 % des personnes ayant vécu au moins une OD sur une période de 10 ans sont chômeur.euses (Boscarino et al., 2016).

Une autre étude, cependant, rapporte que 64,2 % des participant.es qui disent consommer des OP de façon illicite occupent des emplois à temps plein ou temps partiel (Harduar et al., 2018). Les personnes qui œuvrent dans les domaines de la construction, de la santé et de l'extraction minière atteignent le plus haut taux de mortalité par OD.



Les personnes qui ne travaillent pas subissent un stress psychosocial social plus grand, ce qui expliquerait leur plus grand risque de présenter des problèmes de consommation et de vivre une OD. De plus, une histoire de douleurs chroniques médicamenteuses par des OP pourrait expliquer la difficulté de travailler.

Le plus grand risque de mourir d'une OD si on travaille dans certains domaines spécifiques s'expliquerait par certaines maladies et blessures reliées à certaines professions. Par exemple, le risque de subir une blessure sur le lieu de travail augmente chez les personnes qui œuvrent dans le domaine de la construction. Dès lors, elles seraient de plus grandes consommatrices d'OP. Chez les travailleur.euses dans les soins de la santé, on peut s'imaginer que l'accessibilité aux OP est décuplée. Une autre hypothèse est que certaines cultures de travail démontrent plus d'acceptabilité sociale pour l'automédication à l'aide de certaines substances. Enfin, certains contextes d'emploi génèrent plus de stress tels que l'insécurité d'emploi, la délocalisation ou sont associés à un plus faible statut social.

Des chercheur.euses pensent aussi que les conditions d'emplois dans les communautés les plus pauvres mèneraient certaines personnes vers une escalade de la prise d'OP :

Les emplois les plus lucratifs dans les communautés les plus pauvres sont dominés par le domaine de la manufacture et de services avec dangers physiques élevés, y compris le service militaire. Lorsque soutenues sur une longue période, les blessures pendant l'emploi peuvent donner lieu à une aggravation de conditions chroniques douloureuses, menant potentiellement à une spirale descendante vers le handicap et la pauvreté. Les analgésiques opioïdes peuvent permettre à ceux qui souffrent de blessures débilantes de rester à l'emploi, les individus dans les emplois manuels sont alors à plus grand risque d'un usage non médical (traduit de Dasgupta et al., 2017).

6.1.2 Conditions économiques



**Statut socio-économique défavorisé.
Stress financier.**



Appartenir à une classe sociale plus défavorisée et vivre un stress financier sont des FR d'OD (Johnson et al., 2013 ; Silva et al., 2013).



Une piste d'explication : le faible statut socio-économique et le stress financier sont source de stress psychosocial qui aggraverait les problèmes de consommation.

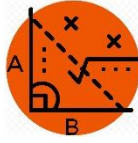
6.2 Organisation familiale

Les facteurs de risques ciblés par la littérature scientifique parlent des relations familiales ainsi que l'état matrimonial.

6.2.1 Relations familiales



Relations familiales tendues.



Peu de données existent sur la qualité des relations familiales des personnes qui meurent de surdoses. Par contre, des témoignages de personnes qui s'injectent des substances indiquent que des relations familiales de faible qualité mèneraient les personnes UDI à s'isoler pour consommer afin de le faire discrètement. Dès lors qu'ils s'isolent, ils seraient plus à risque de ne pas être découvert.es en cas de problèmes.

“Usually I inject at home or when my parents are not at home, but sometimes I have to inject on the street. (male, 32, injecting heroin and other opioids 9 years“ (Green et al., 2009).

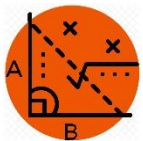


L'injection secrète ou sous la contrainte physique ou de temps peut augmenter le risque de commettre des erreurs dans l'absorption de la substance, augmentant ainsi le risque de vivre une OD.

6.2.2 État matrimonial



Être célibataire ou divorcé.e.



Les personnes célibataires ou divorcées sont plus à risque de mourir d'une OD. L'étude de Boscarino et al. (2016) révèle qu'une grande proportion de personnes qui vivent des OD sont

célibataires.



Cela s'expliquerait parce que les personnes célibataires choisissent plus souvent la consommation solitaire. Une autre piste d'explication : l'isolement social vécu potentiellement par les personnes célibataires ou divorcées aggraverait des problèmes de consommation.

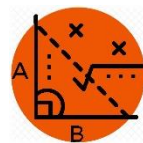
6.3 Communauté

La littérature scientifique sur la communauté documente des facteurs qui concernent la domiciliation, les caractéristiques de la communauté et l'espace géographique.

6.3.1 Domiciliation



Itinérance.



Une méta-analyse indique que vivre dans la rue augmente substantiellement le risque de mourir d'une OD (Martins et al., 2015).

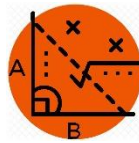


Les personnes qui vivent dans la rue sont désaffiliées de plusieurs services, notamment les soins de santé. Elles rencontrent plusieurs problèmes d'accessibilité.

6.3.2 Caractéristiques de la communauté



Fragmentation.
Faible statut socio-économique.
Faible capital social.



Les études longitudinales sur la relocalisation de personnes suggèrent que la consommation de substances diminue lorsque les personnes déménagent dans les quartiers avec moins de désavantages économiques (Dasgupta et al., 2017).

Dans les quartiers plus riches et moins fragmentés (c'est-à-dire moins constitués de familles divorcées, séparées et de célibataires), le taux de mortalité par OD est moindre. Par contre, comparativement aux OD impliquant l'héroïne, les morts par OD avec des OP ont plus de chances de se produire dans des communautés plus riches, moins fragmentées et avec moins d'inégalités sociales (Cerdá, Ransome, Keyes, Koenen, Tardiff, et al., 2013).

De plus, on observe une corrélation forte et inversée entre le capital social d'une communauté et le risque d'y vivre une OD (Zoorob & Salemi, 2017). Le capital social se définirait comme l'ampleur de la confiance dans le réseau social et ses normes. Dans les communautés au plus faible capital social, les gens font plus d'OD.

Plus concrètement, le capital social consisterait en 5 caractéristiques : (1) la densité de la communauté et des réseaux personnels ; (2) l'engagement civique et la participation ; (3) le sentiment d'appartenance à la communauté ; (4) la réciprocité et la coopération avec les concitoyens ; (5) la confiance dans la communauté (De Silva et al., 2005). Les associations de voisins, les

congrégations religieuses et les organisations citoyennes sont une source de capital social (Zoorob & Salemi, 2017).



Les quartiers constitués dans des communautés pauvres et de familles fragmentées sont aussi les quartiers où les soins sont moins accessibles et la supervision familiale, réduite. Dans ces communautés, on appelle peut-être moins les soins lorsque quelqu'un démontre les symptômes d'une OD.

Les OD avec les analgésiques semblent se produire dans des environnements spatiaux quelque peu différents des OD mortelles à l'héroïne. Plusieurs raisons pourraient expliquer ces différences. Nous savons que les pairs et la famille fournissent le plus souvent des OP. Cela pourrait expliquer que les quartiers où davantage d'OD avec OP se produisent sont constitués de familles moins fragmentées. De plus, on peut s'attendre à ce que les communautés ayant moins d'iniquités et un meilleur accès aux soins de santé constituent un terreau fertile pour les OD avec OP. Plus encore, des études américaines soulignent que dans certains quartiers particulièrement défavorisés, les pharmacies n'ont pas l'inventaire pour répondre à une demande légitime. Les gens se tourneraient alors davantage vers l'héroïne (Cerdá, Ransome, Keyes, Koenen, Tardiff, et al., 2013).

Une personne qui a vécu une surdose exprime comment la pauvreté de son quartier peut conduire des réseaux étendus à consommer :

« Well, I think a lot of it is the, the income rate of people around here. It's so low income. The people don't have, like, stuff, so they turn to drugs easier when you're poor. At least for me it was easier for me to turn to drugs, because I didn't really have anything in my life to lose... And then, I think the problem is with, whenever you have low income like that, people start selling drugs, people's mothers and fathers start selling drugs, so people grow up in that environment, and then they become

drug sellers themselves, and then you have all these drug dealers and eventually they're gonna... people are gonna start spreading out drug use everywhere... » (McLean, 2016)

Ces quartiers pourraient être en soi des stressseurs psychosociaux. Certaines personnes qui font des OD mentionnent que le climat déprimant participe à augmenter le besoin de consommer :

“People are like. . .I don't know, [heroin]'s so readily available, and [the area is] so. . .gloomy? Depressing looking. . .Shit, let's just go and get some bags, and just lay up and get high. So, if you're not doing too much and you pull enough, you go die.“(McLean, 2016)

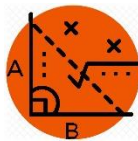
D'autres mentionnent comment la défragmentation sociale peut participer au sentiment de ne pas se soucier de son voisin. La réactivité lors d'OD pourrait être amoindrie.

“There is no sense of community here. Not one, not one iota of community here. Not one. So, left to your own devices, somebody that's drinking and drugging is gonna continue drinking and drugging. Nothing else, cause there ain't shit else to do.“ (McLean, 2016)

6.3.3 Espace géographique



**Centres métropolitains défavorisés.
Rural/urbain varie, selon la substance.**



Auparavant, les morts par OD étaient plutôt connues comme un phénomène urbain. Toutefois, dans les années 2000, les OD impliquant des OP ont montré une plus grande

augmentation dans les espaces non métropolitains (371 %) que dans les milieux plus urbains (52 %) (Paulozzi & Xi, 2008). Néanmoins, le taux de mortalité dans les milieux urbains restent préoccupants.

Lorsqu'on ventile le nombre d'OD des régions selon le type de drogues, on obtient un tableau un peu plus précis. Les taux de décès par OD impliquant des OP préoccupent autant dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains. Pour l'héroïne, les taux de mortalité les plus élevés s'observent dans les banlieues très peuplées. Pour la cocaïne, les taux de mortalité s'élèvent avec le niveau de peuplement. Les taux de mortalité par OD pour les psychostimulants varient peu selon la région. Un portrait similaire se dégage au Québec : les régions de Laval et Montréal présentent une prévalence moindre de nouveaux.elles utilisateur.trices d'OP comparativement au Saguenay Lac-Saint-Jean ou en Abitibi-Témiscamingue (Daigle et al., 2018).



On observe des variations régionales dans les caractéristiques des OD. En milieu rural, les OD sont reliées à davantage de magasinage de médecin, moins de présence de substances illégales, et davantage de polyconsommation (Webster et al., 2011). Ainsi, l'accessibilité aux substances demeure un facteur expliquant les variations régionales.

6.4 Réseau social



**Utilisateur.trice de drogues par injection ou inhalation dans le réseau social.
Relations conflictuelles.**



Une étude américaine sur les surdoses non fatales révèle que les personnes dans un

réseau social constitué d'UDI sont plus à risque d'OD. À contrario, lorsque le réseau social est constitué de personnes qui ont l'habitude de sniffer, le risque d'OD serait moins élevé (Latkin et al., 2001). Une piste d'explication serait que les personnes s'affilient avec d'autres qui consomment de la même façon qu'elles. D'autre part, les réseaux sociaux constitués de personnes UDI pourraient multiplier le nombre d'injections non planifiées (Latkin et al., 2004).

De plus, la qualité des liens dans le réseau social serait importante. Les conflits dans le réseau social augmenteraient la détresse des personnes qui utilisent alors les substances pour s'autoréguler. L'injection avec des personnes de moindre confiance expliquerait que les personnes le feraient plus rapidement, en prenant plus de risques (Latkin et al., 2004). Enfin, des tensions dans le réseau social pourraient expliquer que les personnes choisissent de consommer seules, limitant ainsi les possibilités d'intervention en cas d'OD.

7. EXOSYSTÈME

Pour la présente recension, nous rapportons des FR de l'exosystème dans les domaines suivants : le système de santé, le système légal et les compagnies pharmaceutiques.

7.1 Système de la santé

De nombreux FR relevant du système de la santé sont soulevés par la littérature scientifique. Notamment, certaines politiques des régimes d'assurances (privées ou publiques), l'accessibilité de la naloxone, les pratiques de prescriptions des OP, le manque de connaissance de certains médecins ainsi que les mesures de pharmacovigilance.

7.1.1 Régime d'assurances

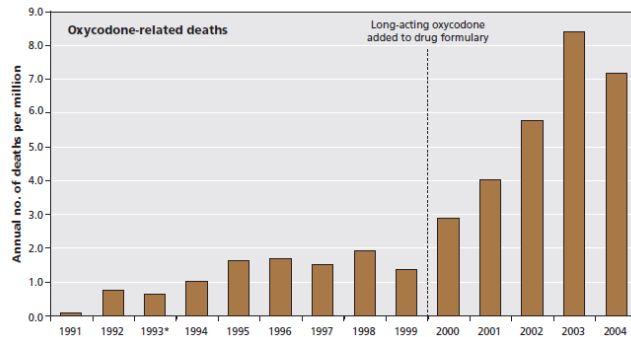


**Remboursements facilités d'opioïdes puissants.
Prescription de méthadone priorisée aux autres traitements de substitution.
Refus de couvrir certains traitements.**



Les régimes d'assurance pourraient avoir un impact important sur les substances prescrites et influencer le risque de surdose. Une étude ontarienne démontre que les décès liés à l'oxycodone ont augmenté de 416 % après que cette substance ait été ajoutée à la liste des médicaments remboursés par la province (Dhalla et al., 2009). À titre comparatif, les décès liés aux autres OP ont augmenté de 41 % sur la même période. La Figure 13 montre la hausse des décès liés à l'oxycodone après son arrivée sur la liste des médicaments remboursés par l'État (Gomes, Juurlink, et al., 2011).

Figure 13
Nombre annuel de morts impliquant l'oxycodone après l'ajout aux remboursements



De plus, les orientations des compagnies d'assurances en matière de traitements à privilégier dans la gestion de la douleur et/ou des dépendances ont un impact sur les substances consommées. Aux États-Unis, la méthadone est moins chère que de nombreux autres opioïdes. Ainsi, certains assureurs encouragent, ou même requièrent que la méthadone soit le premier opioïde tenté. Or, la méthadone a un fonctionnement pharmacocinétique particulier, tel que nous l'expliquions à la page 29 dans la section sur les substances impliquées dans les OD. Certains médecins pourraient être moins familiers avec la prescription de ce médicament et ne pas être en mesure de fournir un soutien adéquat (Webster et al., 2011).

Il existe de la médication pour la gestion de la douleur et/ou de la dépendance qui permet de diminuer les risques de consommation à des fins récréatives : les formules dites *tamper-resistant* (FTR)¹. Pourtant les compagnies d'assurances seraient réticentes à payer pour ce genre de produits.

Les traitements multidisciplinaires visant le traitement des douleurs chroniques ont démontré leur efficacité supérieure à d'autres formes de traitements, en plus de limiter les effets iatrogènes de la seule consommation d'OP (Schatman, 2011). Pourtant les compagnies d'assurances demeurent souvent fermées à payer pour ce genre de traitement, ainsi que pour des soins

¹ Il y a plusieurs approches en matière de médication FTR : la première est l'utilisation d'une antagoniste avec un agoniste (par exemple, la combinaison buprénorphine/naloxone), l'utilisation d'une composante aversive (par exemple : une formule combinant l'hydrocodone et l'acétaminophène) et des formules auxquelles on ajoute une barrière physique (par exemple, une formule gel qui permet une libération lente) (Romach et al., 2013).

de santé mentale ou d'abus de substance de façon intégrée avec des traitements contre la douleur (Webster et al., 2011).



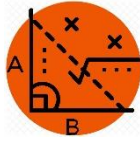
Les compagnies d'assurances constituent des tiers ayant un impact potentiel sur les soins reçus par les personnes. Il est difficile de qualifier les intentions derrière le choix des assureurs de financer ou non certains traitements. Certain.es auteur.trices arguent que les décisions des compagnies d'assurances se basent principalement sur un objectif de rentabilité et de maîtrise des coûts. D'autres nomment plutôt la mauvaise compréhension de certains traitements expliquant, par exemple, qu'elles refusent de rembourser les traitements des équipes multidisciplinaires spécialisées en traitement des douleurs chroniques. Enfin, le recours à des traitements novateurs tels que les opioïdes à FTD nécessite une confirmation d'efficacité et d'acceptabilité sociale. Or, conséquemment à la crise des surdoses, les critères d'acceptabilité et d'efficacité ont été resserrés. Cette confirmation est donc plus difficile à obtenir (Schatman & Webster, 2015).

Toujours est-il que les refus réguliers de payer pour certains soins contribuent à un climat de méfiance entre les compagnies d'assurances et les bénéficiaires. Dès lors, les refus constituent un obstacle à l'accès ultérieur à des soins de qualité dont les personnes pourraient avoir besoin. D'ailleurs, une étude a démontré que plus une compagnie d'assurance refuse de payer pour des traitements, moins elle reçoit de demandes (Schatman, 2011). La difficulté d'obtenir des compensations financières peut donc constituer un obstacle important dans l'obtention des soins de santé qui préviendraient l'aggravation de l'état de personnes à risque de faire une OD.

7.1.2 Disponibilité de la naloxone

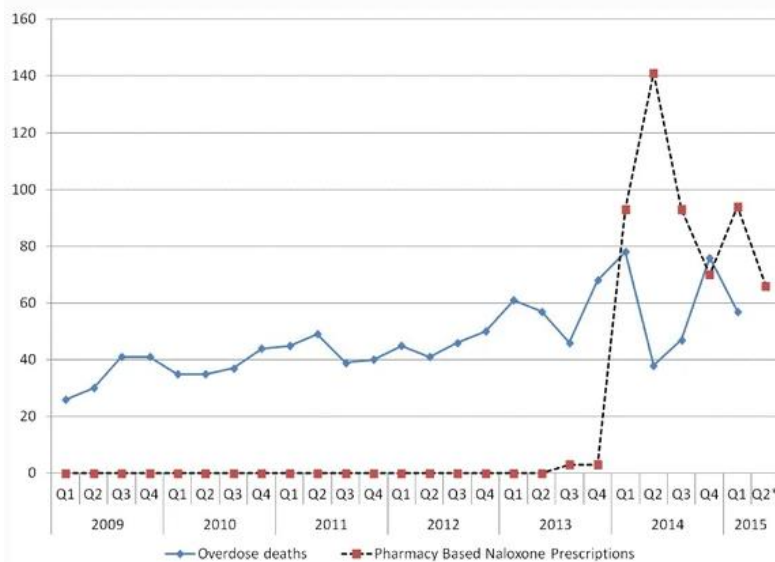


**Enjeux d'accessibilité dans la communauté.
Pas de co-prescription avec les OP.**



Les programmes d'accès à la naloxone sont efficaces pour réduire les OD (Walley et al., 2013). Au début des années 2000, plusieurs résistances du corps médical subsistaient vis-à-vis de ces programmes. Pourtant, la naloxone était déjà distribuée dans le cadre de programmes communautaires dans certaines régions d'Europe dès 1995 et dans le cadre de programmes cachés aux États-Unis depuis 1999 (Doe-Simkins et al., 2009, et Enteen et al., 2010). Toutefois, la crise des surdoses a favorisé une prise de position ouverte sur la naloxone. Les pharmaciens et les médecins sont des agents de choix pour assurer la distribution de la naloxone. La Figure 14 montre la variation du nombre de décès par OD au Rhode Island entre 2009 et 2015 après l'arrivée des programmes de naloxone distribuée par l'intermédiaire de la pharmacie (Green et al., 2015). On y remarque que, lorsqu'il y a un pic de distribution de naloxone en pharmacie, il y a un creux dans le nombre de décès par OD au même moment.

Figure 14
Programmes de distribution de naloxone en pharmacie et décès par OD



Overdose deaths and pharmacy-based naloxone prescriptions dispensed in Rhode Island, 2009 to 2015, by quarter. SOURCE: Rhode Island Department of Health, 2015

Au Québec à partir de 2015, plusieurs démarches ont été entreprises afin de rendre la naloxone accessible, gratuite et distribuée à plus grande échelle. En 2017, une étude canadienne menée auprès de 429 pharmacies communautaires documentait qu'au Québec, seulement 0,9 %

avaient de la naloxone disponible. Parmi celles qui n'en avaient pas, seulement 19,3 % disaient pouvoir en obtenir à l'intérieur d'une semaine (Cressman et al., 2017). Toutefois, on souligne qu'en 2019, la naloxone était désormais disponible dans 900 pharmacies communautaires, ou alors qu'elle y serait accessible à l'intérieur d'un délai de 48 heures (Moustaqim-Barrette et al., 2019). Ainsi, on constate que des changements se sont opérés pour assurer l'accessibilité de la naloxone dans les pharmacies communautaires.

En ce qui concerne les pratiques de co-prescription (OP + naloxone) des médecins, une étude américaine documentait que seulement 9 % des patients recevaient une prescription de naloxone après une OD (Boscarino et al., 2016). Aux États-Unis, en moyenne, le taux de co-prescription moyen d'OP et de naloxone est passé de 1,5 par 1000 patients en 2016 à 4,6 par 1000 patients en 2017 (Jones et al., 2019). Bien que la pratique de co-prescription est en hausse, elle demeure anecdotique. La co-prescription reste démesurément plus basse que le nombre de prescriptions d'OP très puissants. En région, la différence est encore plus notable (Chadi & Hadland, 2019).

Au Québec, l'accessibilité à la naloxone dans les pharmacies et les groupes communautaires a été grandement améliorée ces dernières années. Cependant, les pratiques de co-prescription demeurent une exception.

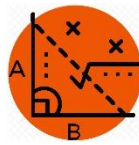


Plusieurs facteurs expliquent les difficultés passées et présentes d'accès à la naloxone via des prescriptions médicales. Le corps médical mentionne ne pas connaître son existence, craindre ses effets secondaires, son inefficacité et sa mauvaise utilisation, s'inquiéter de ses coûts, penser qu'elle ne traite pas la dépendance (Wilson et al., 2018), ne pas savoir que c'est possible de la prescrire, ne pas sentir qu'ils ont les connaissances pour le faire et craindre de cautionner une plus grande prise de risque (Mueller et al., 2015). Une étude québécoise récente menée auprès de plusieurs médecins montre que la plupart (86 %) sont disposés à prescrire de la naloxone dans les services d'urgence. Toutefois, ils nomment un manque de soutien pour l'enseignement aux patients, qu'il est difficile de faire le suivi, que le temps manque et qu'ils ne savent pas comment co-prescrire (Lacroix et al., 2018).

7.1.3 La prescription des OP



**Hausse des quantités de prescriptions d'OP.
Hausse des dosages des prescriptions d'OP
Prescription d'opioïdes plus puissants
Plafonds de dosages recommandés trop hauts, et non respectés par les médecins.
Commissions reçues par les médecins pour prescription d'OP.
Oligoanalgésie**



Depuis 1999, les médecins prescrivent davantage d'OP (Webster et al., 2011). Or, il y a une forte corrélation entre la hausse du nombre de prescriptions (Modarai et al., 2013) et les décès par OD incluant les OP. La Figure 15 (Paulozzi, 2012) montre l'augmentation en parallèle des taux de décès impliquant des OP et de ventes pharmaceutiques. Dans une étude ontarienne, on documente que dans les régions où on prescrit davantage d'OP, il y a plus de décès par OD (Gomes, Juurlink, et al., 2011). Toutefois, au Québec, un rapport souligne plutôt que la prévalence de l'usage d'OP a été constante entre 2006 et 2016. Les changements se situeraient plutôt au niveau de la force des OP prescrits et de leur dosage (Daigle et al., 2018).

Figure 15
Augmentation du taux de mortalité impliquant des OP et des ventes d'OP

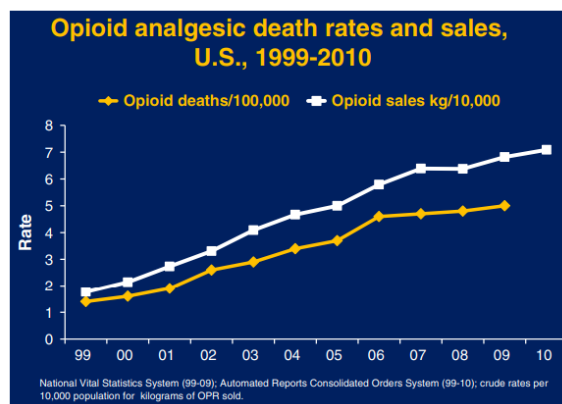


Fig. 3. Opioid analgesic death rates and sales, U.S., 1999-2010. National Vital Statistics System (99-09); Automated Reports Consolidated Orders System (99-10); crude rates per 10,000 population for kilograms of OPR sold.

À Washington, on documente une hausse dans les dosages des prescriptions qui aurait débuté aussi tôt qu'en 1996 (Franklin et al., 2005). Une étude ontarienne démontre que la dose moyenne d'oxycodone a subi une augmentation de 27,4 %, et celle de fentanyl a augmenté de 14,2 % (Gomes, Juurlink, et al., 2011) entre 2003 et 2008. Au Québec spécifiquement, on souligne aussi une augmentation des doses quotidiennes des opioïdes à action prolongée entre 2006 et 2016 (Daigle et al., 2018). Or, une dose plus élevée est reliée à un risque accru de mourir d'une OD. Une étude ontarienne révèle les taux de mortalité reliés à un OP, selon la dose prescrite (Gomes, Juurlink, et al., 2011). Le risque de mourir d'une OD augmente drastiquement lorsque la personne a une prescription d'OP au dosage élevé. On documente que les dosages prescrits peuvent même dépasser les seuils recommandés.

En ce qui concerne la nature des OP, la vente des d'opioïdes à action prolongée (comme l'oxycodone) et plus puissants a augmenté drastiquement depuis les années 90 (Fischer & Argento, 2012). Le nombre de prescriptions d'opioïdes moins puissants à effet plus courts, comme la codéine ou la mépéridine, a, pour sa part, diminué. Or, certaines études ont démontré que le risque d'OD est accru pour ce type de prescription (M. Miller et al., 2015 ; Zedler et al., 2014 Manchikanti & Singh, 2008 ; T. W. Park et al., 2016b). Au Canada, les données sont similaires. Une étude ontarienne démontre que les décès reliés aux OP en général ont augmenté de 41 % entre 1999 et 2004, alors que ceux reliés à l'oxycodone spécifiquement ont augmenté de 416 % (Dhalla et al., 2009).

Des problèmes de seuils seraient aussi susceptibles d'augmenter les risques d'OD aux OP. Par exemple, en 2006, la Food and Drug Administration s'est aperçue que le plafond initial pour la méthadone pouvait être trop élevé pour certaines personnes et l'ont revu à la baisse. (Webster et al., 2011). Toutefois, certains médecins prescrivent au-delà des seuils approuvés (Franklin et al., 2005).

Une étude des paiements reçus par les médecins par les compagnies pharmaceutiques révèle que les médecins reçoivent différentes formes de paiements : des honoraires professionnels, des paiements de repas, des frais de consultation, etc. L'étude révèle que même qu'un petit montant (15 \$) ou un repas est associé à une hausse de la prescription du produit marketé. Les paiements reçus par les médecins 2013 et 2015 ont concerné le plus souvent le fentanyl. Ils

auraient reçu moins souvent des paiements pour les opioïdes à FTR et pour des produits non opioïdes qui visent à traiter la douleur que pour les produits opioïdes. Cette étude suggère que les médecins acceptent plus souvent des paiements de l'industrie en lien avec les opioïdes puissants qu'avec d'autres produits moins addictifs, et que cela a eu un impact sur leurs comportements de prescripteurs (Hadland et al., 2017). Ce genre de pratiques a, dans les cas extrêmes, mené à des arrestations ou les médecins étaient devenus des « moulins à pilules » sans considération pour les besoins réels des personnes (Davis & Carr, 2017).

D'un autre côté, l'oligoanalgésie comporte aussi son lot de risques pour les personnes.

[...] la douleur en situation d'urgence reste encore insuffisamment traitée, aboutissant au concept d'« oligoanalgésie ». Pourtant, les conséquences néfastes de la douleur sur l'organisme ont été largement démontrées, pouvant précipiter un état clinique déjà précaire, justifiant largement l'instauration précoce d'une analgésie. En dehors de la nécessité éthique évidente de soulager toute douleur pour le confort du patient, la mise en œuvre d'une analgésie facilite la prise en charge du patient (Beaune et al., 2007)

L'oligoanalgésie est fréquente dans plusieurs pays. Elle touche aussi une diversité de populations (les jeunes comme les personnes âgées). On l'observe dans plusieurs contextes : dans les urgences, durant les soins préhospitaliers, etc. (Alattas, 2016). L'oligoanalgésie se manifeste par des médecins qui décident de diminuer les doses prescrites. Parfois même, le personnel en soins infirmiers donnerait moins que la dose prescrite.

Les principales raisons derrière l'oligoanalgésie sont les inquiétudes de la dépendance, les inquiétudes de sérieux effets secondaires (comme la dépression respiratoire), les inquiétudes de conséquences légales (comme être poursuivi après une prescription inadéquate), ainsi que le manque de connaissances. Il est aussi possible que le contexte de pharmacovigilance ait amplifié le problème de l'oligoanalgésie.



Les changements en matière de prescription d'OP pourraient s'expliquer par un besoin populationnel réel qui s'inscrit dans un contexte particulier, tel que nous l'explicitons à la section sur les changements historiques (section 9.3). D'autre part, certains médecins pourraient changer leurs pratiques de prescription sous la pression d'un marketing pharmaceutique plus agressif (Hadland et al., 2017). Le fait de prescrire davantage d'OP rend ces substances accessibles, et donc, susceptibles d'être impliquées dans une OD.

Le lien entre l'oligoalgésie et les OD n'a pas fait l'objet d'études. Toutefois, nous pouvons penser que le refus de répondre au besoin de traitement de la douleur d'un médecin peut aggraver certains FR. Par exemple, une personne qui se verrait refuser un traitement adapté à sa condition pourrait commencer à présenter différents problèmes d'adhésion au traitement prescrit en cherchant des moyens alternatifs de répondre à son besoin. Par exemple, les personnes en douleur pourraient se tourner vers des membres de leurs familles, doubler les doses prescrites sans supervision, ou encore, se retourner vers des substances de la rue.

De surcroît, certain.es auteur.trices croient que la douleur non soignée peut causer une blessure psychique sous la forme de stress post-traumatique. Les médecins qui refuseraient les opioïdes aux patient.es qui souffrent sont alors perçu.es comme des personnes qui infligent un trauma (Lembke, 2013). Un.e patient.e a résumé comment est-ce que le refus de prescription pourrait lui faire du mal :

« I know I'm addicted to [opioids], and it's the doctors' fault because they prescribed them. But I'll sue them if they leave me in pain. » (Lembke, 2013)

Le trauma causé par l'absence de prise en charge de la douleur pourrait pousser certaines personnes à consommer encore davantage, les rendant plus à risque de faire une OD.

Dans un contexte de stigmatisation des personnes qui consomment, ou encore de pharmacovigilance suite à la crise des OD, l'oligoalgésie pourrait être plus fréquente.

7.1.4 Pharmacovigilance



La pharmacovigilance est définie comme la science et les activités relatives à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié au médicament. Dans le cadre de la crise des OP et des OD qui en ont découlé, plusieurs mesures ont été mises en place pour diminuer le risque d'OD. Nous retenons trois principales mesures pour expliquer l'impact de la pharmacovigilance.

**Politiques inadaptées sur l'acceptabilité de certains médicaments à l'étude.
Programme de monitoring des drogues prescrites.
Changement de formule de l'oxycodone.**



La première mesure est l'implantation d'une politique implantée par la FDA en 2007 aux États-Unis. Cette politique visait à resserrer ces critères d'acceptabilité de plusieurs médicaments, dont certains opioïdes. On a appelé cette politique *Risk and Evaluation and mitigation strategy* (Brooks, 2014). Ces critères seraient appliqués à la lettre pour chaque nouveau médicament opioïde, principalement dans le cadre de la crise des surdoses.

Une deuxième mesure est l'instauration de programmes de monitoring de drogues de prescription (PMDP). Les PMDP seraient parvenus à réduire le risque d'OD aux OP (Patrick et al., 2016). Toutefois, l'impact des PMDP sur l'ensemble des déterminants de la santé et le nombre d'OD de toutes les substances a peu été étudié (Haegerich et al., 2014).

Une troisième mesure est l'utilisation de médicaments à la formule *tamper-resistant* (FTR). Un tel changement s'est produit en 2012 pour l'oxycodone. On s'est alors mis à le

vendre sous une autre formule qui a rendu son injection et l'inhalation plus difficiles.



L'impact de ces pratiques de pharmacovigilance sur le risque d'OD n'est pas bien documenté. Toutefois, les changements systémiques dans les politiques et l'usage de PMDP, semble-t-il, n'auraient pas diminué le risque d'OD (Haegerich et al., 2014).

D'autre part, certain.es auteur.trices soulignent de potentiels effets pervers de ces interventions systémiques. Si ces mesures visent à offrir davantage de sécurité aux médecins et à leurs patient.es, elles limitent et ralentissent aussi l'accessibilité de traitements novateurs pour gérer la dépendance et la gestion de la douleur. Dans ce contexte, il est plus difficile de faire entrer certains de ces médicaments dans les habitudes médicales et dans les couvertures habituelles des assurances (Schatman & Webster, 2015).

De plus, on a remarqué depuis l'implantation de PMDP une augmentation des crimes liés à l'héroïne (Mallatt, 2018) dans certains états américains. Cette étude suggère que les gens se tourneraient potentiellement vers l'héroïne si un programme de monitoring les empêche de répondre à leurs besoins d'opioïdes.

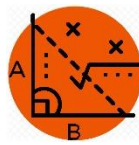
En ce qui concerne le changement de formule pour éviter l'abus, certain.es auteur.trices adressent certains risques. En fait, les personnes qui ne trouvent plus ce qu'elles cherchaient avec l'oxycodone changeraient alors leur consommation. Elles se retourneraient vers des produits de la rue (Evans et al., 2018 ; Mars et al., 2014), obtenus auprès d'autres personnes ou s'initieraient à d'autres substances.

Pour résumer, des mesures de contrôle implantées de façon abrupte forcent potentiellement certaines personnes qui consomment ces substances à faire un changement rapide et drastique dans leur consommation avec les moyens qui leur sont accessibles.

7.1.5 *Registre de connaissances des médecins*



**Manque de connaissance sur les OP.
Manque de formation/ressources pour dépister les problèmes de santé mentale et d'abus
de substance.
Erreurs dans l'utilisation de grilles de conversion.**



Certains médecins disent qu'ils ne sont pas à l'aise de prescrire des opiacés de façon sécuritaire (Keller et al., 2012) et ne pas savoir comment détecter et traiter une dépendance chez leurs patients (Hagemeier et al., 2013). On cite aussi le manque de formation et de ressources pour dépister les patients ayant des troubles de santé mentale concomitants (Webster et al., 2011).

Par ailleurs, il existe des grilles d'équivalence pour les différents OP. Or, ces grilles ne tiennent pas compte du fonctionnement précis de certains produits, comme la demi-vie plus longue de la méthadone comparativement à sa durée d'effet. Ainsi, certaines erreurs de dosage s'expliqueraient parce que les médecins s'appuieraient aveuglément sur ces grilles de conversion (Webster et al., 2011).

7.2 **Marketing pharmaceutique**



Stratégies de marketing non éthiques.



Les compagnies pharmaceutiques innovent régulièrement autant dans les technologies d'administration de gestion de la douleur (médicaments, timbres, vaporisateurs nasaux, etc.), et proposent de nouvelles formules de médication. La recherche active de ces différentes technologies s'inscrit dans un contexte où il y a une forte demande pour le traitement de la douleur chronique. En parallèle de l'avancement de ces recherches, certaines compagnies ont tenté de mettre en marché leurs produits usant de techniques à l'éthique critiquable. Par exemple, certaines ont payé des redevances aux médecins pour prescrire leurs produits, ont utilisé du lobbying et ont minimisé les impacts potentiels de leurs produits. Ces stratégies ont fait l'objet de poursuites au tribunal (Department of Justice, 2009, 2016; Griffin & Miller, 2011; Hadland et al., 2017).

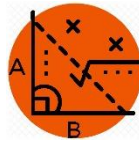
7.3 Système légal

Au Canada, la possession et le trafic d'un grand nombre de substances telles que les opioïdes sont prohibés à l'extérieur des soins de santé prodigués par un médecin. Dans ce contexte, il n'existe pas d'études canadiennes qui documentent l'impact direct de la prohibition sur les déterminants de la santé des personnes qui consomment. Toutefois, on pourrait se référer à des exemples nationaux. Certaines auteures soulignent qu'au Portugal, un pays où la possession a été décriminalisée, le nombre de surdoses aurait chuté dramatiquement (Sonntag, 2018; Cabral, 2017; Whitelaw, 2017). De plus, certains exemples dans l'histoire montrent les effets directs de la prohibition. Considérant certains facteurs précipitants et FR personnels, on peut spéculer sur l'impact de différentes lois sur le risque d'OD. Pour la présente recension, nous avons retenu les déterminants reliés à la prohibition tels que les stratégies de répression de la demande ainsi que ces effets sur la qualité des substances qui circulent sur le marché de la drogue.

7.3.1 Répression de la consommation



Répression policière Criminalisation des personnes qui consomment.



La répression de la consommation passe par des stratégies de répressions policières et d’incarcérations des personnes qui consomment. Une étude révèle que des pratiques policières particulièrement répressives dans un quartier sont reliées à davantage de décès par OD (Bohnert, Nandi, et al., 2011).

Dès le début de la *War On Drugs* déclarée par le président Nixon en 1971, le nombre de personnes incarcérées a dramatiquement explosé. Au Canada, le taux de violation d’une loi sur les drogues par 100 000 habitants du Canada a augmenté de 11,9 % entre 1998 et 2016 (SPC, 2018).



Une première explication concernant l’impact de l’incarcération sur les personnes qui font une OD serait que la sortie de prison augmente directement le risque de faire une OD (voir les explications sur l’impact de la sortie de prison en page 54). Ensuite, des auteurs expliquent comment les pratiques répressives augmentent le risque d’OD (Bohnert, Nandi, et al., 2011). La crainte de l’incarcération peut être un obstacle important à appeler les secours pour les personnes qui sont témoin d’une OD dans les quartiers où la police est plus active. Dans certains pays comme le Canada, il existe une loi du bon samaritain protégeant les personnes qui appellent les secours dans les cas de surdoses, mais certaines personnes mentionnent ne pas connaître l’existence d’une telle loi et qu’elle n’est pas toujours bien appliquée (McLean, 2016).

Troisièmement, la répression policière constitue un stress psychosocial en soi qui pourrait aggraver la consommation des personnes utilisatrices. Enfin, pendant des périodes de répression policière plus agressive, les personnes nomment qu'elles s'engagent moins dans des pratiques sécuritaires et utilisent moins les services d'échanges de seringues. Ceci s'expliquerait parce que les personnes, craignant l'incarcération, ne voudraient pas prendre le risque de traîner des seringues, ou alors s'injecteraient en vitesse dans des endroits cachés.

Enfin, les pratiques prohibitives reliées à des substances addictogènes laissent l'espace à un marché caché de la drogue de se développer.

7.3.2 Effet du marché noir sur la qualité de la drogue



Iron Law of prohibition
Pas de contrôle qualité.



La *Iron Law of prohibition* est le mécanisme par lequel la diminution de l'accessibilité des substances à la demande inélastique — c'est-à-dire que les difficultés d'accès de la substance influent peu sur la demande — conduit le marché de la drogue à vendre des produits plus puissants. Les vendeur.euses veulent maximiser la concentration des produits dans un volume plus restreint (Beletsky & Davis, 2017). Cela facilite grandement le transport de produits illégaux. Les produits qui prennent plus d'espace deviennent alors plus coûteux comparativement à ceux qui prennent moins d'espace. Les effets de la *Iron Law of Prohibition* ont été observés pendant la prohibition de l'alcool. Le coût de toutes les boissons alcoolisées a augmenté pendant la Prohibition, mais celui de la bière a augmenté de 700 %, soit beaucoup plus que les alcools forts. Naturellement, l'alcool de choix s'est transformé. La consommation de spiritueux a pratiquement quintuplé immédiatement après le début de la prohibition (Warburton, 1932).

Certain.es auteur.trices mentionnent que des mécanismes similaires se produisent pour l'héroïne et d'autres composés. Par exemple, il peut devenir *intéressant* d'un point de vue purement mercantile de mélanger du fentanyl à d'autres substances pour en maximiser l'effet tout en facilitant son transport (Beletsky & Davis, 2017).

Un autre impact de la prohibition est l'absence de régulation sur la qualité des substances. Entre les années 1920 et 1933, il y a eu une explosion d'empoisonnements suite à l'ingestion de *bathhtub gin* de faible qualité et de décès après la consommation d'alcool adultéré. Des constats similaires peuvent se faire pour les autres substances. Le manque de transparence propre au marché noir rend plus difficile la prise de décision éclairée sur la substance que l'on s'apprête à absorber (Beletsky & Davis, 2017).

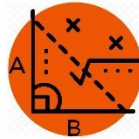
8. MACROSYSTÈME

Les FR du macrosystème documentés par la littérature concernent le développement économique d'un pays, la couverture médiatique des drogues, la perception du risque et la stigmatisation des personnes qui consomment.

8.1 Développement économique



**Pays avec des salaires bas et moyens.
Désindustrialisation.**



Une méta-analyse identifie un taux de mortalité plus élevé dans les pays dont les résidents reçoivent des salaires bas ou moyens, comparativement aux pays aux revenus plus élevés (Mathers et al., 2013). Une étude révèle que le phénomène de désindustrialisation (lorsqu'une industrie ferme ou quitte une région) pourrait aussi être relié aux surdoses (McLean, 2016).

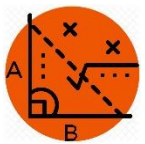


Dans les deux cas, la détresse financière et l'affaiblissement du tissu social contribuent de manière significative à l'augmentation du risque d'OD, tel qu'exprimé à la section sur le statut socio-économique à la page 64.

8.2 Couverture médiatique

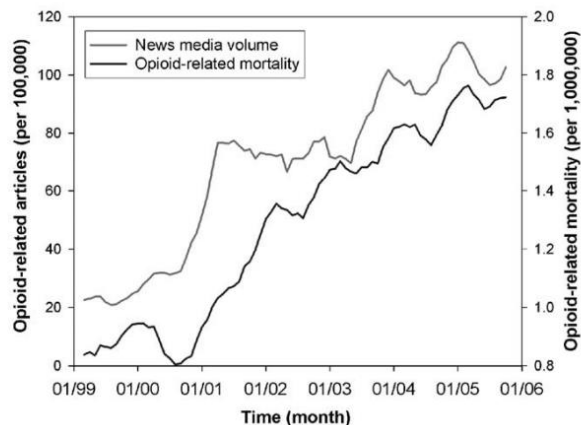


**Grand volume de mention d'OP dans les médias.
Campagnes de peur liées aux drogues et sensationnalisme.**



Une étude documente un lien entre les publications sur les OP et les décès par OD impliquant ces substances (Dasgupta et al., 2009). Cette hypothèse ne reçoit pas beaucoup de soutien empirique. Selon les auteur.trices, on voit une corrélation entre les pics dans le volume d'articles mentionnant le nom d'OP et les pics de décès par surdose 6 mois plus tard. Plus spécifiquement, la corrélation entre les pics semble plus évidente lorsque les articles impliquent des célébrités, des audiences parlementaires fédérales et les actions des compagnies pharmaceutiques. La Figure 16 montre les variations dans le taux de publications sur les OP dans les nouveaux médias, et les variations du taux de mortalité relié aux OP.

Figure 16
Le taux d'articles sur les OP et le taux de décès reliés aux OP



Plusieurs auteur.trices cités dans la revue de littérature soulignent la peur disproportionnée de la drogue véhiculée par les médias. Ces derniers véhiculeraient et amplifieraient une peur déjà présente dans la population envers les substances illicites. Les stratégies médiatiques consistent à normaliser les cas extrêmes et à les nommer souvent (Lloyd, 2013; Caulkins & Menefee, 2009; Coomber, 2016).



Des auteur.trices soulèvent que la peur disproportionnée à l'égard de certaines substances s'expliquerait par l'illégalité de ces substances :

Each year in the United States, approximately 435,000 people die from tobacco use, 85,000 from alcohol, and 17,000 from illicit substances (Mokdad et al., 2004). Even after normalizing for prevalence, illegal drugs collectively are at most 2-3 times more lethal than alcohol, and they are less lethal than tobacco on a per user basis (Caulkins & Menefee, 2007). Nevertheless, opinion polls and other indicators show the public remains disproportionately concerned about illegal drugs, ranking it as among the biggest challenges facing the nation (Pew Research Center, 2001a; Caulkins & Menefee, 2007) [...It] suggests instead that some of the mismatch may stem from the different characteristics of the deaths associated with illegal vs. legal substances. In particular, deaths associated with the illegal drugs may be “scarier” in a particular sense of the term than are the deaths associated with alcohol and tobacco, in a manner reminiscent of the way that some people are more fearful of flying than driving, even though deaths per passenger mile traveled are forty times higher in autos...(Caulkins & Menefee, 2009)

En ce qui concerne l'étude sur le volume de publications sur les OP, bien que les auteur.trices ne confirment aucun lien de causalité, iels suggèrent plusieurs pistes pour expliquer la corrélation. La première serait l'influence potentielle des médias sur les comportements populationnels en lien avec les OP. Une seconde explication serait une possible sensibilité des nouveaux médias à cibler des problématiques en émergence. Une troisième piste d'explication

serait l'induction d'un biais dans les analyses des coroners via les couvertures médiatiques. En effet, les coroners ayant lu dans les médias sur les OP réaliseraient ensuite davantage d'analyses en ce sens.

8.3 Perception du risque



Perception de non-dangerosité des OP.



Une culture différente pour certaines substances semble exister. Le niveau de dangerosité perçue envers les médicaments contre la douleur est moindre parce que les médecins les prescrivent. C'est particulièrement vrai chez les consommateurs moins expérimentés (Daniulaityte et al., 2012).

« As far as needle exchanges go, I don't ever hear any exchanges talk about prescription opioids... It's all about heroin, cocaine, you know, it's all about the harder drugs.... I find a lot of pamphlets on injecting properly but... I've never really seen a pamphlet on injecting a pill- how to break down a pill correctly.... I've never really heard people discuss injecting pills. It's mostly just the process of actually injecting... and using new supplies but not actually how to safely prepare. I think when people think about injecting opiates, they think about heroin. They don't really think about prescription pills as much ».

Une étude résume les différences dans les perceptions de la consommation d'OP. Selon les personnes utilisatrices de drogues, la consommation d'OP est moins stigmatisante, moins dangereuse et moins affectée par des conséquences légales que la consommation de drogues illégales (Cerdá, Ransome, Keyes, Koenen, Tardiff, et al., 2013).

Les consommateur.trices moins expérimenté.es sont susceptibles de maintenir ce genre de perception erronée (Daniulaityte et al., 2012). Cette perception, en plus de leur manque d'expérience avec les substances, les rend plus à risque de vivre une OD (Frank et al., 2015).



En fait, les personnes qui consomment des OP auraient tendance à dresser une différence claire entre leur consommation et celle des *drogues de rue*. Dès lors, elles sont donc aussi moins susceptibles d'aller chercher des services en réduction des méfaits (Frank et al., 2015).

8.4 Stigmatisation

Plusieurs études documentent des manifestations concrètes de la stigmatisation des personnes qui consomment, ainsi que les impacts bien réels sur la vie des personnes UDI. La stigmatisation survient lorsqu'une personne possède une caractéristique qui pousse le monde qui l'entoure à la percevoir comme faible, mauvaise, dangereuse (Goffman, 1963).

Goffman décrit comment le stigma s'élève lorsqu'une personne possède un attribut qui la rend différente des autres et d'un type moins désirable — à l'extrême, une personne serait complètement mauvaise, ou dangereuse, ou faible. Elle est alors réduite dans nos esprits d'une personne entière et normale, à une personne corrompue, de valeur moindre. Dans le cas où le stigma d'une personne serait clair et inévitable, Goffman décrit cette personne comme *discréditée*, et lorsque [son stigma est connu], comme *discréditable*. Les *discréditables* essaient souvent de contrôler l'information les concernant pour éviter de révéler leur statut stigmatisé. Agir de la sorte est décrit par Goffman comme *passing* (Goffman, 1963 cité dans Lloyd, 2013).

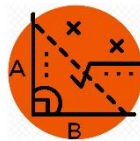
[D'autres auteur.trices] réfèrent au stigma ressenti (internalisé, ou autostigma) comme la honte internalisée et la peur de vivre le stigma. Ils suggèrent que, dans certains cas, ce stigma internalisé et ressenti peut précéder et même excéder le stigma que les autres peuvent faire

vivre (Lloyd, 2013).

La revue de littérature de Lloyd (2013) décrit différents environnements dans lesquels les personnes UDI sont stigmatisées et comment cela se manifeste. Plusieurs sources de stigmatisation sont identifiées :



Population générale.
Personnel soignant.
Pharmacies.
Médias.
Police.



Des études récentes relient la stigmatisation aux OD (Latkin et al., 2019, Couto e Cruz et al., 2018). Ces études indiquent que plus de la moitié des personnes qui consomment des substances illicites vivent de la stigmatisation.

Un grand nombre de sondages populationnels confirment un haut niveau de blâme contre les personnes UDI. On considère qu'elles sont responsables de leur situation. La stigmatisation contre les UDI est aussi plus élevée que chez les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Elle s'étend aux membres de la famille (Lloyd, 2013).

Une étude vérifie le niveau d'activité cérébrale et d'empathie rapportée par des personnes à qui on a montré des clips sur des individus ayant contracté le VIH par deux voies : par transfusion sanguine et par l'utilisation de drogues injectables. Le niveau d'empathie des participant.es est significativement plus élevé lorsqu'une transfusion est responsable de la transmission. Les scans du cerveau démontrent aussi une plus grande activité cérébrale dans les régions associées à la douleur lorsque les participant.es regardent les clips sur les personnes qui ont contracté le VIH par transfusion (Decety et al., 2009).

La revue de littérature de Lloyd souligne un grand nombre d'études sur différents types de stigmatisation de la part du personnel soignant. Par exemple, certains médecins trouvent futile de traiter les personnes UDI infectées par le VIH et préféreraient ne pas les traiter. Certain.es soignant.es, même lorsqu'ils sont conscient.es du stigma à l'égard des personnes UDI, mentionnent quand même les craindre et avoir l'impression qu'on les manipule.

Les UDI remarquent cette stigmatisation de plusieurs manières. Iels se sentent dénigré.es ; se font simplement dire d'arrêter de consommer ; voient leurs symptômes niés alors qu'ils s'avèrent graves ; se font blâmer (tu t'es fait ça à toi-même) et mentionnent souvent ne pas recevoir la médication pour traiter la douleur dont iels auraient besoin (Weiss et al., 2004). Pourtant, les personnes qui consomment des OP peuvent souffrir d'hyperalgésie, donc avoir une sensibilité à la douleur accrue.

Concernant les pharmaciennes, certain.es expriment leur peur que les personnes UDI commettent des vols à l'étalage. Iels s'inquiètent pour les autres client.es. Le contexte de la pharmacie est particulier pour les UDI. En effet, c'est un lieu où iels ne peuvent pas cacher leur consommation lorsqu'ils accèdent à leur méthadone ou participent à un programme d'échange de seringues.

La stigmatisation ressentie par les personnes UDI prend d'autres formes. Par exemple, plusieurs craignent que leurs enfants leur soient enlevés. D'autres mentionnent que le personnel de la santé les fait sentir comme un gaspillage de ressources et ont l'impression qu'on les traite différemment des autres patient.es (Neale et al., 2008).

La stigmatisation par le corps policier est aussi documentée au travers des témoignages (Lister et al., 2008). Les personnes qui consomment décrivent les pratiques de la police comme ciblées et répétées. Les contacts de la police perçus comme discriminatoires prennent la forme d'interactions visuelles, verbales ou physiques, ainsi que de la délocalisation :

Visuelle :

When I was using heavily you'd see them every day
drive past and they'd drive past dead slow, depending on

the traffic. They eyeball you up, do you know what I mean, that might be their way of just saying we're here and we've got our eye on you (Lister et al., 2008).

Verbale et délocalisation :

I were walking around town in the market with me mate and I were looking for this certain shop. And yeah, we'd gone up and police have pulled us and we said 'why?' 'What's your names?' After a PNC check had come through, we're not wanted. 'Right, could you leave the market please?' 'Why?' 'Because we'd like you to leave the market.' 'Yeah, but I'm looking for a shop; I wanna buy summat.' 'No, sorry, not today you can't.' What the fuck have I done wrong to get thrown out of the market? We haven't done nowt. What, because we look – I don't know, because we were looking for a shop, what did they think, we were looking suspicious or summat because we were looking for a shop? I don't know, but we got stopped and got thrown out of the market – happens all the time (Lister et al., 2008).

Physique :

Even if I'd be going for an official appointment somewhere, if I was going to sign on or whatever, and it's [as] soon as they see you, they're collaring you and they PNC'ing you and they're stopping you, and they're embarrassing you in the street by making you spread eagle on the car while they search you, or throwing you in the back of the van and strip searching you, just trying to belittle you in public. Just to embarrass you in public because people walking by are looking at you getting searched and that. Doesn't look nice, doesn't look nice, it's not nice, it really pisses me off, it's like invading me privacy (Lister et al., 2008).

En ce qui concerne certaines pratiques plus physiques, certaines personnes qui consomment ont l'impression qu'elles visent à humilier publiquement ou à passer un message.

And when they do it right out in public and that, I think they're trying to put across the message to everybody else that look we're about. And also, to the general public, look we're doing our job (Lister et al., 2008).

Enfin, la police utilise rarement des actions formelles. On permet aux personnes qui subissent l'attention policière de circuler et de continuer le cours de leur journée après qu'elles aient été appréhendées.



Les personnes UDI peuvent présenter de nombreux problèmes de santé liés à leur consommation et, par conséquent, requièrent des soins réguliers et de qualité. La stigmatisation constitue une véritable barrière au traitement. Plusieurs études mentionnent que les personnes UDI qui se sentent stigmatisées présentent une plus faible adhésion au traitement, tendent à le stopper plus rapidement et à remettre leur rendez-vous. Des soins de moindre qualité pourraient expliquer que les personnes qui se sentent stigmatisées sont plus à risque d'OD.

Des problèmes de santé mentale pourraient moduler le lien entre la stigmatisation et le risque d'OD. En effet, la stigmatisation perçue aggraverait les problèmes d'anxiété, de confiance en soi et de dépression et même, la consommation (Cama et al., 2016 et von Hippel et al., 2018).

Une autre explication de l'impact du stigma sur les OD serait que les expériences stigmatisantes où l'on diminue la personne à sa consommation contribueraient à cristalliser l'identité des personnes consommatrices. Dès lors, cela pourrait interférer avec la réintégration dans la société normalisée (Lister et al., 2008).

9. CHRONOSYSTÈME

Certains événements historiques ont eu des impacts sur des communautés et des personnes utilisatrices de drogues de nombreux pays. Pensons à la colonisation, à la déclaration de la guerre contre les drogues (War on Drugs) et aux changements historiques concernant les OP.

9.1 Colonisation

Si la définition de la colonisation a évolué au travers des époques, on s'entend tout de même sur différentes manifestations de la colonisation :

Elle englobe un éventail de pratiques, essentiellement historiques : guerre, déplacement, travail forcé, enlèvement d'enfants, délocalisation, destruction écologique, massacres, génocide, esclavage, propagation (non) intentionnelle de maladies mortelles, l'interdiction des langues indigènes, la réglementation du mariage, l'assimilation et l'éradication des pratiques sociales, culturelles et spirituelles. [...] le colonialisme est une structure de domination permanente, qui [...] a « souvent oscillé (et oscille encore) entre les pôles de l'élimination et de l'exploitation coercitive » (traduit de Paradies, 2016).

Pour ce projet, nous retenons deux champs de pratiques colonisatrices qui impactent le risque de faire des OD.



Loi sur les Indiens La dépossession d'enfants de leur communauté.

Dès la première loi sur les Indiens écrite en 1876, ce sont des positions assimilationnistes qui étaient ouvertement défendues. John MacDonald, responsable de cette loi dira plus

tard :

Le grand objectif de notre législation a été de supprimer le système tribal et d'assimiler le peuple indien à tous égards aux autres habitants du Dominion aussi rapidement qu'ils sont aptes à changer (John A. MacDonald, 1887).

La loi sur les Indiens donne le droit au gouvernement fédéral de décider qui peut avoir le statut « d'Indien » et délimite différents droits des autochtones sur des territoires précis. La loi sur les Indiens a eu de nombreux impacts tels que la dépossession des autochtones de leur terre natale, leur sédentarisation sur des « réserves » délimitées par le gouvernement fédéral, l'interruption d'économies traditionnelles par la limitation des droits de chasse et de circulations des autochtones, la difficulté de transmission de l'identité traditionnelle et des savoir-faire et l'affaiblissement du rôle des femmes dans les communautés matrilineaires (Allan & Smylie, 2015 ; Blair, 2005 ; Bourassa, 2009 ; Cornet, 2013 ; Smylie & Adomako, 2009).

Pour le gouvernement, cette assimilation est nécessaire pour le bien des autochtones comme l'explique le superintendant adjoint au département des Affaires indiennes Duncan Campbell Scott en 1920 :

Je veux me débarrasser du problème indien. Je ne pense pas, en fait, que ce pays devrait continuellement protéger une classe de personnes qui sont capables de se débrouiller seules. C'est là tout mon propos... Notre objectif est de continuer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus un seul Indien au Canada qui n'ait pas été absorbé dans le corps politique, et qu'il n'y ait pas de question indienne, et pas de ministère des Affaires indiennes, c'est là tout l'objet de ce projet de loi. (The Indian problem, 1920)

Ainsi, plusieurs mesures sont mises en place dont l'objectif visé était la dépossession des enfants de leur culture : les pensionnats autochtones implantés par des missionnaires catholiques dont le dernier a fermé en 1996, les « *sixties scoop* » (une pratique ayant à l'enlèvement d'enfants autochtones pour les faire adopter par des familles blanches entre les années 50 à 80). Encore aujourd'hui, le système de la protection de la jeunesse est largement critiqué pour ne

pas être adapté aux réalités de communautés autochtones (Guay & Ellington, 2019).



Comme nous le documentions plus haut, être autochtone est un facteur de risque important de faire une OD. Or, au Canada, ainsi que pour tous les peuples autochtones ayant vécu une forme de colonisation dans le monde, il y a de grandes disparités entre de leur santé mentale et physique et celle des peuples colonisateurs. Pour plusieurs auteurs, ces disparités seraient explicables par l'impact passé et continu des pratiques colonisatrices (Axelsson et al., 2016 ; Gracey & King, 2009 ; Paradies, 2016 ; Walker et al., 2017).

Plusieurs auteurs proposent d'appliquer les concepts de stress post-traumatiques à une culture pour comprendre les disparités au niveau de la santé des personnes autochtones. Un stress post-traumatique historique qui a eu et continuerait d'avoir des impacts. C'est-à-dire que la perte de la culture et d'identité, les traumatismes historiques et les deuils non résolus vécus collectivement par les peuples autochtones pourraient expliquer que de nombreuses communautés souffrent d'un stress post-traumatique, transmis bien malgré elles de génération en génération. C'est ce qu'on appelle le trauma intergénérationnel (Aguiar & Halseth, 2015 ; Mitchell & Maracle, 2005).

De plus, le fait que la Loi sur les Indiens confine une communauté sur des réserves, souvent très éloignées rend difficile de donner des services en termes de soins de santé et d'éducation des enfants participe aussi à augmenter les inégalités au niveau de la santé.

9.2 Déclaration de la guerre contre les drogues, dite *War on drugs*

En 1971, Richard Nixon déclare que la drogue est l'ennemi public numéro un. Son gouvernement investit massivement dans la répression et la diminution de l'approvisionnement.

America's Public enemy number one, in the United State, is drug abuse. In order to fight and defeat this

enemy, it is necessary to wage a new all out offensive. I've asked the congress to provide the legislative authority and the funds to fuel this kind of an offensive. This will be a worldwide offensive dealing with the problems of sources of supply as well as Americans who may be stationed abroad wherever they are in the world. It will be government-wide, pulling together the nine different fragmented areas within the government in which this problem is now being handled. And it will be nationwide in terms of a new educational program that we trust will result as from the discussions that we have had. With regard to this offensive, it is necessary first to have a new organization and the new organization will be within the White House [...] If we're gonna have a successful offensive we need more money. Consequently, I'm asking the congress for 155 millions dollars in new funds[...] If this is not enough, if more can be used [...], more will be provided. (Nixon, dans une conférence de presse).

La déclaration de la guerre à la drogue a été un élément décisif dans les politiques et le financement d'actions militaires et policières visant la répression. La dépendance et la vente de nombreuses substances sont alors devenues des crimes. La section 7.3 sur la prohibition des substances documente les impacts actuels de cette guerre.

9.2.1 Questions soulevées par la lutte contre les drogues

L'impact sur la santé des Américains était l'un des principaux arguments pour expliquer la prohibition des drogues. Pourtant, toutes les politiques gouvernementales en matière de certaines substances ne sont pas cohérentes avec cet argument.

Concernant le cannabis, en 1972, une commission avait unanimement recommandé de ne pas criminaliser sa possession et sa distribution pour l'usage personnel puisque l'on savait déjà que les dommages pour la santé étaient moindres. Nixon a ignoré le rapport et en a rejeté les recommandations.

Les impacts du tabac sur la santé étaient déjà bien connus en 1971. Un premier procès contre des compagnies de tabac avait déjà eu lieu en 1954. En 1964, un rapport de la direction de la santé publique liait plusieurs formes de cancer au tabagisme. Pourtant, la cigarette ne

restait pas touchée par les politiques.

En ce qui concerne l'alcool, les impacts sur la santé étaient aussi connus. De plus, l'expérience américaine de la prohibition a démontré que ce genre de politique ne permet pas de prévenir ces impacts, bien au contraire (voir la page 87 sur les impacts de la répression de la demande).

Les incohérences dans les politiques soulèvent des questionnements quant aux motifs derrière la déclaration de la guerre contre les drogues. Dans une entrevue donnée en 1994 quelques années avant sa mort, John Ehrlichman — ancien conseiller des affaires intérieures du président Nixon — admit :

« You want to know what this was really all about. The Nixon campaign in 1968, and the Nixon White House after that, had two enemies: the antiwar left and black people. You understand what I'm saying. We knew we couldn't make it illegal to be either against the war or black, but by getting the public to associate the hippies with marijuana and blacks with heroin, and then criminalizing both heavily, we could disrupt those communities. We could arrest their leaders, raid their homes, break up their meetings, and vilify them night after night on the evening news. Did we know we were lying about the drugs? Of course we did. »

En fait, les explications justifiant la prohibition s'inscrivent dans un certain contexte politique et historique. Certain.es auteur.trices allèguent de plusieurs conjonctures économiques dans l'histoire justifiant différents lobbys en faveur ou en défaveur de la prohibition. Pour certain.es auteur.trices, l'histoire contiendrait de nombreux exemples où la prohibition/légalisation a pu servir des fins commerciales ou politiques (Beauchesne, 2001)².

² Par exemple, en Chine, la prohibition de l'opium a pris naissance dans un climat de déséquilibre commercial avec les Royaume-Unis. Jusqu'au début du 18^e siècle, le commerce entre la Chine et le Royaume-Unis était plutôt ouvert. Les Britanniques raffolaient de plusieurs produits d'importation chinoise, tels que la porcelaine, le thé et la soie. Sous le règne de l'empereur Qianlong (1736–1796), l'empire est devenu beaucoup plus protectionniste, et a fermé de nombreux ports aux bateaux étrangers. Les Royaume-Unis, voyant la Chine se fermer à de nombreux produits d'importation britanniques, ont vu leur dette grandir envers les Chinois. Afin de rétablir l'équilibre, le

9.2.2 Conjoncture sociohistorique menant à la War on Drugs



Hygiénisme urbain
Vagues d'immigration
Racisme à l'égard de certains groupes minorisés.
Volonté de poursuivre la guerre au Viet Nam



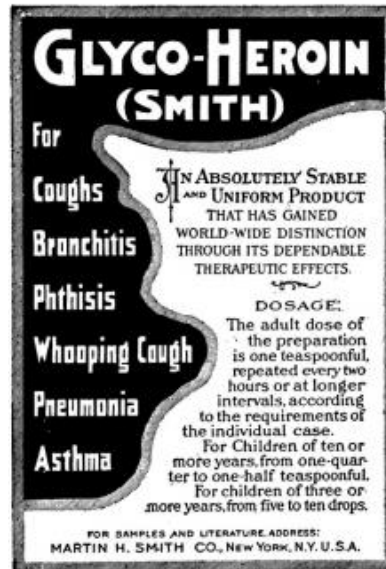
À une période ou une autre, plusieurs drogues ont fait partie de la pharmacopée des médecins. Certaines substances telles que l'héroïne étaient même vendues à l'épicerie.

Royaume-Unis a donc cherché un nouveau produit qui intéresserait les Chinois. L'opium s'est donc avéré être un produit de choix. Provenant du pavot qui était produit en Inde, il ne demandait pas beaucoup de frais de transport aux Britanniques, en plus de créer un haut niveau de dépendance. Dans le but de contrôler davantage l'importation britannique, et de contrôler l'épidémie de dépendance en Chine, les Chinois ont mis en œuvre des mesures prohibitionnistes envers l'opium particulièrement restrictives.

Un autre exemple avec la marijuana : on obligeait les cultivateurs sous peine d'amende à cultiver du chanvre au XVIIIe siècle, utilisé alors pour ses toiles de navires. Mais aux États-Unis, vers la fin du XIXe siècle, la production du cannabis a été remplacée par la production de coton, qui nécessitait moins de main d'œuvre. Même à la suite de l'invention d'une nouvelle machine en 1917, pour faciliter la séparation de la fibre du cannabis du cœur ligneux à l'intérieur, la production de la fibre de cannabis n'a plus pris d'expansion. Les nouvelles compagnies de textile synthétique à base de pétrole et les grands barons du commerce du bois et des journaux voyaient la production de chanvre comme une menace à leur affaire.

À l'inverse, en 1942, à la suite des bombardements de Pearl Harbour, le gouvernement a dû répondre rapidement à la pénurie de cordages en provenance du Japon qui répondaient à des besoins de lanières pour parachutes, de bâches pour les tentes, etc. La marijuana criminalisée [via l'imposition de la Marihuana Tax Act de 1937] était alors devenue inoffensive et faisait l'objet d'une campagne : Hemp for Victory! (Beauchesne, p. 55)

Figure 17
Publicité sur l'héroïne issue du Journal of the National Medical Association 4/10/1914



Ainsi, les premières dépendances aux opioïdes sont apparues chez les médecins, les juges et les femmes de la bourgeoisie. Lorsque la consommation de ces substances atteint les classes ouvrières, ce n'est qu'à ce moment qu'elle est mise sous haute surveillance médicale dans le cadre de politiques d'hygiène publique (Beauchesne, 2001).

Vers la fin du 19^e siècle, l'hygiénisme prend le sens suivant :

L'idéologie s'engage alors vers un hygiénisme social doté de nouvelles ambitions. L'ensemble de la société est alors concerné par une intervention préventive qui s'adresse prioritairement aux foyers de « désordre et de misère ». L'hygiénisme se donne pour tâche de restaurer l'ordre social et moral pour l'avenir de la collectivité. Pour cela, le mouvement hygiéniste revendique sa place aux côtés des sociologues, anthropologues, criminologues et juristes (Simonnot, 1999 cité dans Barbarino, 2005).

Selon certains auteurs, en plus d'un certain type d'hygiénisme urbain, la prohibition se serait appuyée sur un racisme à l'égard de personnes minorisées (Beauchesne, 2001).

Au début des années 1900, les États-Unis accueillirent une vague d'immigration mexicaine qui, semble-t-il, avait pour habitude de fumer du cannabis. Déjà en 1938, le traitement

sensationnaliste de l'abus de cannabis dans les journaux était dénoncé (Sullum, 2014, Pagano, 2018).

Figure 18

Article du Times (1925)

<p>Congress ta in spe a, taking there for</p> <p>RELIEF.</p> <p>Act on iations.</p> <p>his Con- the farm he recent eptable to of Con- Coolidge. outlined plan de-</p> <p>oday the that Con- il it had ided. In- economic nt holds</p>	<p>and she replied that he had only told her to "tell the truth."</p> <p>KILLS SIX IN A HOSPITAL.</p> <p>Mexican, Crazyed by Marihuana, Runs Amuck With Butcher Knife.</p> <p>GUAYMAS, Sonora, Feb. 20.—Crazed from smoking marihuana, Escrado Valle, 27 years old, a former member of the marine corps of the Mexican Army, ran amuck today in a local hospital with a butcher knife and killed six persons be- fore he could be subdued.</p> <p>Valle was employed at the hospital, and, according to stories told to the police, he went to the kitchen, seized the knife, stabbed the cook and another at- tendant and then ran into one of the wards and killed four patients before he was feiled by another employe.</p> <p>Police say that after he was taken to the jail and quieted he denied all knowl- edge of the affray.</p> <p>Urges Marselles Catholics to Unite.</p>	<p>8—Eightee miles.</p> <p>9—Fort H</p> <p>10—Staten</p> <p>11—Bay I miles.</p> <p>12—Fifty- 13—Thirty-</p> <p>14—Winds</p> <p>15—Prospec</p> <p>16—East N nue, 4</p> <p>17—Pitkin</p> <p>18—Crescen</p> <p>19—Lafayet</p> <p>20—Bedford</p> <p>T</p> <p>1—Hillside 4.3 ml</p> <p>2—Hillside</p> <p>3—Jamaica</p> <p>4—Merrick</p> <p>5—Sutphin 4 mile</p>
--	--	--

Des constats similaires surviennent concernant les opiacés. Bien que l'héroïne était d'abord vendue dans les épiceries, un changement s'est opéré avec l'arrivée aux États-Unis d'immigrants chinois à partir de 1850 (Castillo, 2016). Les Chinois — que l'on nommait *The Yellow Peril* — étaient prêts à travailler à moindre coût. Ils étaient accusés de menacer les emplois des Américains spécialement pendant la Grande Dépression de 1873-1896. Cette période a donné naissance à des lois limitant gravement les droits des Chinois comme la Chinese Exclusion Act de 1882 (Staff, 2019). Cette période fut ponctuée d'actes violents à leur égard comme le massacre de Rock Spring de 1885. Les médias ont relayé une image négative des Chinois, associant *The Yellow Peril* avec l'opium. Des rumeurs ont alors circulé selon lesquelles les immigrants chinois attiraient les femmes pour les rendre dépendantes à l'opium. La Figure 19 montre d'ailleurs une affiche de propagande de 1899. Les médias canadiens n'ont pas fait exception : on retrouve dans les archives de journaux québécois plusieurs mentions du *Péril jaune* et de son lien avec l'opium. Le Canada a d'ailleurs eu son lot de manifestations anti-chinoises, comme celles de 1907 à Vancouver. Il avait mis en place plusieurs mesures limitant leurs droits (Canada, 2017).

Figure 19
The Yellow Terror in all his Glop, 1899



Figure 20
L'opium et le péril jaune au Québec (Davroul, 1909)

cet espace qui embrasse une grande partie des 78 provinces. Visitons les lugubres et lamentables huttes qui, avant que n'y vînt l'opium, étaient de charmants intérieurs ; voyez cette multitude des victimes du vice de l'opium émaciées et dépravées ; observez leur abjecte pauvreté ; remarquez la cause de cet état des champs vides de moissons qu'auparavant égayait la dorée et rutilante couleur des grains : aujourd'hui ce ne sont que champs de pavots. Lisez ce qu'écrit le lieutenant-colonel Bruce sur le Kansou : « Un mal et non un des moindres frappe le peuple du Kansou Occidental : les hommes et les femmes sont, pour le plus grand nombre, d'habituels et invétérés fumeurs d'opium ». M^{sr} Otto, évêque catholique romain du Kansou, compte dans la population 6 hommes sur 8 qui sont invétérés dans l'opiomanie.»² La Chine surtout est attaquée par ce fléau, mais les autres pays

ne sont pas indemnes. Tous ceux que leurs colonies ou leur commerce mettent en rapport avec l'Orient sont exposés à la contagion. Les bouges à opium, comme les appelle énergiquement M. Roosevelt, se répandent partout où vont les Chinois—et où ne sont-ils pas aujourd'hui ?—et les blancs se font intoxiquer comme les Asiatiques : c'est une face du péril jaune qui n'est pas chimérique.

9.3 Changements historiques concernant les opioïdes de prescription

Les décès par OD qui impliquent des opioïdes pharmaceutiques ont subi une augmentation historique depuis les années 2000. Durant la même période, la dépendance aux opioïdes (Nuckols et al., 2014) s'est accélérée. L'augmentation du nombre de prescriptions d'OP s'inscrit dans un certain contexte, notamment un changement populationnel. Certaines pratiques médicales (Volkow & McLellan, 2016) justifient une augmentation réelle du besoin de gérer la douleur dans la population.

9.3.1 Changements populationnels



**Population vieillissante.
Épidémie d'obésité.**



La hausse historique de prescription d'OP s'inscrit dans un contexte d'un accroissement de douleurs chroniques (IMUS, 2011). Cette hausse des douleurs chroniques serait explicable par le vieillissement de la population ainsi que par l'épidémie d'obésité. Deux états qui augmentent le risque de souffrir de problèmes musculosquelettiques. La hausse des prescriptions d'OP correspondrait donc à un besoin populationnel réel.

9.3.2 Découvertes médicales



Plus de survivance du cancer
Augmentation de la complexité et de la fréquence de chirurgie.
Recherches et traitement de la douleur
Études sur la toxicité de médicaments non opioïdes pour la gestion de la douleur



Certain.es auteur.trices et panels d'expert.es pensent que la hausse historique de prescription d'OP serait explicable par des progrès dans le domaine de la médecine. Les personnes peuvent maintenant vivre plus longtemps avec des douleurs chroniques importantes, dues au taux de survie suite à un cancer ou une chirurgie complexe. D'autres soulignent que des études soulevant une possible toxicité des acétaminophènes auraient mené le corps médical à considérer d'autres produits pour gérer la douleur (Conaghan, 2012).

9.4 La vague des OD : une crise en 3 engrenages



Engrenage 1 : les analgésiques prescrits.
Engrenage 2 : l'héroïne.
Engrenage 3 : les opioïdes synthétiques puissants.



Certain.es auteur.trices voient dans la crise des OD trois engrenages concurrents qui s'alimentent les uns les autres (Ciccarone, 2017). Un premier engrenage s'ancrerait sur la quantité de prescriptions d'OP des médecins qui aurait pris de l'ampleur dans les années 90. Suite aux surdoses engendrées de cette manière, les mesures de pharmacovigilance auraient poussé certain.es consommateur.trices à se tourner vers d'autres voies pour obtenir leur substance. Le deuxième engrenage consiste donc en l'éloignement des équipes médicales. Comme nous le décrivions à la section sur la pharmacovigilance à la page 83, dès lors que l'accès à la substance par les canaux médicaux n'est plus possible, la transition vers les substances illégales serait la prochaine étape. Pour certain.es auteur.trices, cela expliquerait la hausse des OD initiées par l'héroïne depuis 2010. En parallèle de ces deux engrenages, un troisième est apparu depuis 2014 : soit des OD impliquant, entre autres, des opioïdes de synthèse puissants comme le fentanyl. Une source américaine relate que les opioïdes de synthèses puissants à la qualité imprévisible aux États-Unis proviendraient de laboratoires illégaux (DEA, 2016). Une source australienne soulignerait plutôt que le fentanyl d'Australie consommé de façon illégale proviendrait d'une production légale (Latimer et al., 2016). La section sur l'adultération à la page 33 parle davantage de la hausse des décès par OD qui impliquent le fentanyl.

Ces trois engrenages ont pour effet de renforcer le niveau de tolérance des consommateur.trices. Par le fait même, la demande d'opioïde s'accélère tant dans le système médical que dans le marché de la drogue.

LE CAS PARTICULIER DES SURDOSES NON FATALES

Les surdoses accidentelles non fatales ne sont pas fréquemment étudiées, surtout dans le cadre de la crise mondiale des opioïdes. Pourtant, les OD non fatales constituent un FR bien documenté pouvant mener aux OD fatales. Elles peuvent laisser des séquelles importantes sur les personnes qui consomment. Une étude a documenté que 79 % des personnes qui ont fait des OD non fatales à cause de l'héroïne ont vécu les séquelles suivantes : des blessures physiques suite à une chute, des brûlures, un viol en état d'inconscience, des neuropathies périphériques, des paralysies temporaires des membres, des infections pulmonaires et des convulsions (Warner-Smith et al., 2002).

On estime les chances de faire au moins une OD non fatale chez les personnes qui consomment de l'héroïne ou qui s'injectent entre 40 et 50 % (Colledge et al., 2019 ; Kerr et al., 2007 ; McGregor et al., 1998). L'incidence réelle d'OD non fatales reste difficile à documenter puisque nombre d'entre elles ne sont pas signalées. Certain.es auteur.trices ont construit des estimés puisque les incidences annuelles restent cohérentes dans plusieurs études. Une étude de 2003 estime que 25 % des personnes qui consomment de l'héroïne fait une OD par année (Darke & Hall, 2003). Elle estime aussi que le 3,1 % des OD mènent au décès.

Concernant le contexte de la surdose non fatale impliquant des OP, elles diffèrent peu des surdoses fatales, que ce soit par rapport aux facteurs de risque personnels ou aux contextes dans lesquels elles surviennent (Brady et al., 2017).

Comparativement à ceux qui décèdent d'OD, on note que ceux qui en survivent sont plus souvent des femmes et des personnes plus jeunes (20 à 29 ans). Cela serait vrai, peu importe le type de substances (Kaye & Darke, 2004 ; MacDougall et al., 2019).

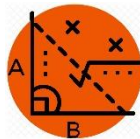
INTENTIONNALITÉ ET SURDOSE

La première section de ce document concernait les OD accidentelles. Or, considérer le niveau d'intentionnalité pour intervenir avec les personnes à risque de faire des surdoses est important pour choisir les interventions adaptées.

10. DÉFINITION

Il y a un problème de définition dans la littérature sur les surdoses intentionnelles. Les chercheur.euses confondent les termes « surdoses intentionnelles » et « surdoses suicidaires ». Certain.es auteur.trices font de claires distinctions entre deux types d'OD intentionnelles. (Darke et al., 2010, Bohnert et al., 2010) : certaines OD intentionnelles seraient suicidaires, alors que d'autres, tout aussi intentionnelles, seraient parasuicide. Une surdose suicidaire survient lorsque la personne veut faire une surdose dans le but de mourir. La surdose parasuicide se définit plutôt par l'intention de faire une dose plus grosse qu'à l'habitude, mais sans l'intention de mourir. L'objectif derrière la surdose parasuicide serait plutôt de trouver une réponse à un mal-être. Bien que le concept de surdoses parasuicides existe, à notre connaissance, il n'existe pas de données qui les documentent spécifiquement.

11. QUELQUES CHIFFRES SUR L'INTENTIONNALITÉ



11.1 Envie suicidaire et surdoses

Les tentatives de suicide sont très fortement associées à l'abus de substances (Bohnert et al., 2010 ; Cavanagh et al., 2003). Les personnes ayant des problèmes de consommation approximativement 5,8 fois plus de chances de tenter de se suicider dans leur vie que celles qui

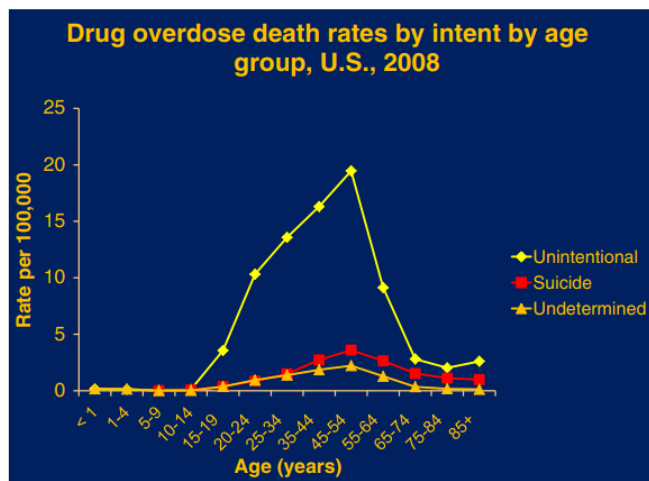
n'ont pas de problèmes de consommation

11.2 Taux de surdoses intentionnelles et accidentelles

Les recherches mentionnent plusieurs obstacles pour qualifier le niveau d'intentionnalité derrière une OD. Par exemple : les coroners n'ont pas tous le même niveau de rigueur pour qualifier une OD de suicidaire. Ainsi, aux États-Unis, le taux de non-détermination de l'intentionnalité lors d'un décès par OD aux OP varie selon l'état (de 1 % à 85 %) (Webster, 2017). Ainsi, les suicides sont probablement sous-documentés dans les rapports d'OD aux OP, car classifiés sous l'intention « indéterminée ».

Malgré la possible sous-estimation du nombre de suicides, on trouve des données similaires pour le Canada et les États-Unis : entre 17 et 20 % des décès par OD seraient suicidaires (Jones et al., 2013 ; Madadi et al., 2013). La Figure 21 illustre les taux de décès par OD dans les différentes tranches d'âge, selon l'intentionnalité (Paulozzi, 2012).

Figure 21
Les décès par OD selon le groupe d'âge et l'intentionnalité aux États-Unis en 2008



11.3 Substances utilisées

Au début des années 1990, les antidépresseurs étaient les substances le plus souvent utilisées lors de tentatives de suicide par OD (Crome, 1993). Les suicides dont le moyen est un

OP sont en hausse. La Figure 22 montre l'évolution dans le temps des suicides par OP, selon les tranches d'âge (Braden et al., 2017). On remarque une augmentation importante auprès de 45-65 ans.

Figure 22
Évolution des taux de mortalité par suicide impliquant les OP, selon les tranches d'âge

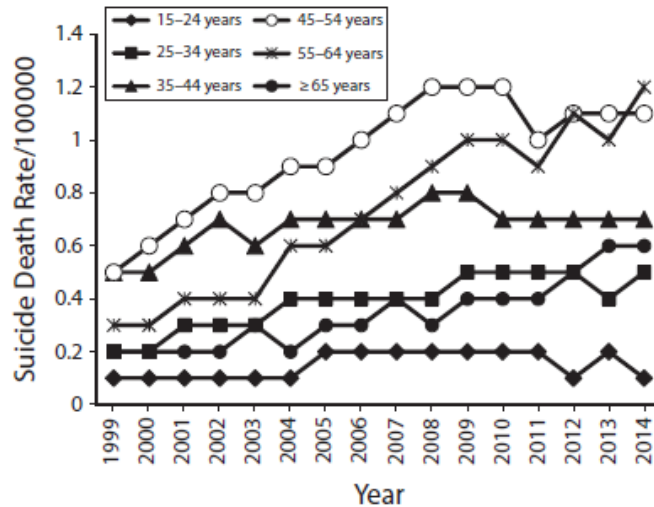


FIGURE 1—Suicides With Opioid Poisoning as a Contributing Cause of Death, by Age Group and Year: United States, 1999–2014

Nous n'avons pas trouvé de rapports de recherche quantitatifs sur les suicides par OD impliquant des substances illégales. Lorsqu'il s'agit d'un suicide, les médecins et coroners réaliseraient moins d'analyse pour connaître la substance ayant causé la mort. Ainsi, une étude qui vérifie les drogues utilisées lorsqu'il y a un suicide rapporte que la cote la plus souvent utilisée par les médecins et coroners pour classifier la substance est (X64 : autre substance non classifiée). En France, au Luxembourg, en Espagne et au Portugal, plus de 70 % des suicides induits par une substance seraient causés par une substance non classifiée (Värnik et al., 2011).

Quelques recherches révèlent que l'utilisation de substances illégales telles que l'héroïne et la cocaïne comme moyen de se suicider est anecdotique. Par exemple, une étude menée à Londres en 1999 résumant le propos de 49 consommateur.trices de drogues injectables révèle que la plupart des OD causées par l'héroïne restent non intentionnelles. Si quelques personnes

ont utilisé cette substance pour tenter de se suicider, l'héroïne n'est habituellement pas le moyen choisi. Cette étude révèle aussi que les individus qui sont le plus à risque de s'automutiler par d'autres moyens sont aussi les plus à risque de faire des OD (Vingoe et al., 1999).

Nous avons trouvé deux articles analysant les décès de quelques personnes ayant choisi de mourir en s'injectant de la cocaïne (Montoya-Ramírez et al., 2019; Sperry & Sweeney, 1989). Les suicides par injection de cocaïne seraient anecdotiques.

12. MÉCANISMES EXPLICATIFS



Le lien entre les pensées suicidaires et l'usage de substances n'est plus à démontrer, notamment par l'intermédiaire de la santé mentale. Il est possible que l'usage de substance aggrave des problèmes de santé mentale sous-jacents, ou encore, soit utilisé comme automédication.

Enfin, une dernière hypothèse derrière la hausse des suicides par les OP pourrait simplement être une question d'accessibilité. La hausse des dosages et des quantités prescrites rendrait ce moyen plus accessible à l'ensemble de la population.

La raison pour laquelle les consommateurs d'héroïne ne la choisissent pas comme moyen de se suicider n'est pas claire. Peut-être que les consommateurs d'héroïne doutent de l'efficacité de l'héroïne comme moyen suicidaire à cause de la perception de leur tolérance élevée à cette substance, ou peut-être qu'ils sont réticents d'utiliser une substance qu'ils valorisent pour ses effets positifs. (Vingoe et al., 1999).

DISCUSSION SUR LA RECENSION

Après une revue de littérature qualitative exhaustive, plusieurs limites et constats des différents articles scientifiques et de la littérature grise consultés.

13. DES RAPPORTS DE CORONERS INCONSTANTS

Tout d'abord, la section sur les facteurs précipitants concerne dans une très large mesure des données sur les OD fatales. Elles ont été recueillies via des rapports de coroners. Toutefois, le contenu des rapports de coroners varie grandement de régions en région et ce, au sein d'un même pays. En fait, les coroners sont issus de plusieurs formations. Iels sont médecins, avocat.es ou notaires. Ces différentes formations conduisent à des rapports différents. Il est rare qu'il existe un barème encadrant les informations à inclure dans ces rapports pour les décès par surdose. Aussi, les contextes immédiats dans lesquels sont survenus les OD ne sont pas les plus documentés. Plutôt, on s'intéresse aux différentes caractéristiques sociodémographiques des personnes qui décèdent d'OD. De nombreuses informations importantes sur les substances impliquées dans le décès sont rarement documentées avec rigueur. Par exemple, lorsqu'il n'y a pas de prescription au dossier médical, les rapports permettent rarement de savoir si la substance a été consommée volontairement en dehors des canaux médicaux ou accidentellement (à cause de l'adultération). D'autres informations contextuelles permettraient de savoir le nombre de personnes présentes lors de l'OD. Or, dans certains cas, il n'y a pas d'enquête exhaustive menée pour connaître cette information.

14. LE FENTANYL : UNE CRISE À NUANCER

Les médias soulignent une grande inquiétude quant à la contamination des substances au fentanyl. En effet, le fentanyl est très souvent trouvé dans les analyses sanguines post-mortem suite à un décès par OD. Si une telle inquiétude reste fondée, il y a très peu de données laissant penser que c'est spécifiquement une crise d'adultération des substances augmenterait de façon importante et continue le risque de faire une OD. Certaines personnes qui utilisent des drogues injectables disent savoir qu'elles s'injectent du fentanyl. Le fentanyl de qualité pharmaceutique serait lui aussi impliqué dans

des OD, soit à cause de problème d'adhésion thérapeutique, ou encore, par détournement des canaux médicaux.

15. LES FACTEURS DE RISQUES DES OD : UNE CARTE DES INÉGALITÉS

Un troisième constat émerge de la grande quantité des facteurs de risque documentés dans cette recension. Ces facteurs concernent toutes les couches écosystémiques. Pourtant, une grande emphase est mise sur les caractéristiques personnelles des personnes qui meurent d'OD et sur les substances impliquées — le plus souvent, les OP — ainsi que la surprescription de ces substances. En fait, selon certaines auteur.trices, documenter l'ensemble des FR de risques menant vers les OD, c'est tracer une carte des inégalités dont les OD ne sont qu'une manifestation.

Les idées reçues sur la crise des opiacés aux États-Unis désignent les OP comme des agents causaux du mal, les médecins comme des intermédiaires involontaires, et les sociétés pharmaceutiques comme des promoteurs égoïstes. Bien que précieux pour la lutte contre les infections, ce modèle des dommages liés aux drogues ignore les causes profondes. L'érosion des opportunités économiques, l'évolution des approches du traitement de la douleur et le traitement limité de la toxicomanie ont alimenté des pics de consommation de substances problématiques, dont les surdoses d'opioïdes est la manifestation la plus visible (traduit de Dasgupta et al., 2017).

16. DE NOMBREUSES PISTES D'INTERVENTIONS... ET BEAUCOUP DE PIÈGES

Un quatrième constat concerne l'éventail d'interventions potentielles à mettre en place. La grande quantité de FR documentés suggère plusieurs pistes d'interventions préventives. Toutefois, la complexité des liens entre les différents déterminants conduit à sous-estimer les effets iatrogènes de certaines interventions. Par exemple, l'instauration de mesures de pharmacovigilance visant à contrôler la surprescription pourrait pousser certaines personnes à se tourner vers des substances à la qualité imprévisible obtenues dans la rue.

En ignorant les facteurs sous-jacents de la consommation de drogue, les interventions actuelles aggravent sa trajectoire. Le

cadre des déterminants structurels et sociaux de la santé est largement reconnu comme étant essentiel pour répondre aux défis de santé publique. Tant que nous n'aurons pas adopté ce cadre, nous continuerons à échouer dans nos efforts pour renverser la tendance de la crise des opiacés (traduit de Dasgupta et al., 2017)

17. UNE CRISE QUI TOUCHE DE NOUVELLES POPULATIONS

Un cinquième constat concerne le type de populations touchées. Cette crise que l'on peut qualifier d'épidémie est d'une telle ampleur qu'elle s'est mise à toucher différentes strates de la population. En fait, on observe quelques différences entre les personnes qui font des OD impliquant des OP et celles impliquant d'autres substances. Par exemple, les OD aux OP touchent davantage les personnes blanches que les noires, en plus des autochtones. De plus, le milieu rural, jusqu'ici moins touché par les OD, n'a pas été épargné par l'épidémie. Malgré quelques différences, on retrouve quand même un grand nombre de FR communs entre les deux populations. En touchant un plus grand nombre de personnes, cette épidémie a rendu visibles des difficultés vécues par des populations marginalisées, incluant celles qui l'étaient avant la crise.

En parallèle de la littérature scientifique sur les OD fatales, il y a celle sur les OD non fatales. Cette dernière est très peu étoffée, surtout depuis la crise des OP. Pourtant, une personne qui a fait une OD non fatale est particulièrement à risque d'une OD fatale. Elle fait donc partie d'une population à cibler pour concentrer les ressources en prévention des OD fatales.

Un sixième constat est la difficulté d'accès à des données montréalaises sur les OD et encore moins sur les participant.es de l'organisme Plein Milieu sur le Plateau Mont-Royal. En fait, un grand nombre d'articles concernent les États-Unis. Bien que certains auteur.trices pensent qu'on peut généraliser certaines connaissances américaines, il demeure que nous ne savons pas si les participant.es de l'organisme sont vraiment similaires à ceux que l'on trouve ailleurs.

Afin de suggérer des pratiques adaptées aux participant.es de Plein Milieu, la suite de notre démarche vise à confirmer plusieurs de ces facteurs de risque auprès d'eux.

TROISIÈME PARTIE : DÉMARCHE CONFIRMATOIRE

VALIDATION AUPRÈS DES ORGANISMES PARTENAIRES

Dans le cadre du projet de prévention des OD à Plein Milieu, nous avons présenté les FR issus de la littérature scientifique aux équipes de travail de 4 organismes différents en 2019. L'objectif était de comprendre les principales préoccupations sur les surdoses des organismes partenaires.

18. COLLECTE DE DONNÉES

18.1 Les organismes participants

Les 4 équipes à qui l'on a présenté les facteurs de risque issus de la littérature scientifique sont les suivantes :

- une équipe de l'organisme en réduction des méfaits Plein Milieu;
- l'AQPSUD, un organisme de défense des droits des personnes qui utilisent des substances;
- l'Anonyme, un organisme qui offre des services mobiles d'injection supervisée
- et enfin, Méta-D'Âme, un organisme d'aide à l'hébergement de personnes qui consomment.

18.2 Information recueillie

Nous avons présenté une version de la carte conceptuelle présentée dans ce document. Nous avons posé aux participant.es la question suivante :

« Quels sont les 3 facteurs de risque des surdoses que vous trouvez les plus préoccupants ? »

19. RÉSULTATS

Dans les facteurs de risque soulignés, la couche systémique qui semble la plus préoccupante pour les participant.es est l'exosystème (38,7 %) suivi du contexte immédiat de la consommation. La

Figure 23 montre la proportion des différents FR préoccupants.

Figure 23
Les couches systémiques qui préoccupent des pairs et des intervenant.es

Systeme	Qt	Proportion [%]
Contexte immédiat	27	24,3
Ontosystème	21	18,9
Microsystème	11	9,9
Exosystème	43	38,7
Macrosystème	9	8,1
TOTAL	111	100,0

Plus spécifiquement dans l'exosystème, le domaine qui préoccupe le plus les participant.es à cet exercice est le contexte légal dans lequel se produisent les OD. C'est-à-dire, la criminalisation des personnes qui consomment des drogues, la répression policière ou le fait que les pairs craignent une arrestation s'ils appellent le 911.

Les inquiétudes quant au système médical concernent le manque de connaissances des médecins, les potentielles difficultés d'accès aux ressources de réduction des méfaits, les politiques sur les prescriptions de médicament et le refus de prescription de la part des médecins. Les inquiétudes concernant le marché de la drogue concernent les variations des coûts qui poussent les personnes à modifier leurs drogues de choix.

Les FR les plus préoccupants concernant le contexte immédiat concernent la nature du produit consommé. Les participant.es se disent préoccupé.es du risque d'OD par les OP, par la cocaïne et par la polyconsommation. Les contextes de consommation concernaient la consommation seule.

Pour l'ontosystème, les FR les plus préoccupants de la santé physique étaient les douleurs chroniques, le VIH/SIDA. Les contextes de diminution de la tolérance spécifiés concernaient la sortie de réhabilitation ou de prison.

Pour le microsysteme, lesFR les plus preoccupants concernaient les conditions de vie, notamment l'isolement social, faible statut socio-economique et etre une personne sans domicile fixe.

Pour le macrosysteme, les facteurs les plus preoccupants pour concernent la stigmatisation.

QUATRIÈME PARTIE : COLLECTE DE DONNÉES DE PLEIN MILIEU

AMORCE DE LA DÉMARCHE

La recension des écrits présentée dans ce document a soulevé de nouvelles interrogations auprès de plusieurs équipes d'intervention. D'abord, nous nous sommes demandés si plusieurs caractéristiques des nouvelles populations touchées par les surdoses mortelles telles que recensées dans la littérature ne correspondaient bien aux participant.es de Plein Milieu. De plus, il semble difficile d'obtenir des données sur les surdoses non mortelles. Les données publiées dans les revues scientifiques sur ce type de surdoses ne sont pas plus accessibles après la crise des surdoses qu'elles ne l'étaient avant.

En effet, un grand nombre de surdoses non fatales ne sont jamais portées à l'attention de services médicaux ou de centres antipoison. Pourtant, les surdoses non mortelles peuvent avoir des conséquences sérieuses sur la santé, telles que des problèmes pulmonaires, cardiaques, musculaires, et neurologiques (Warner-Smith et al., 2001). De plus, s'intéresser aux surdoses non mortelles est crucial : selon la recension des écrits que nous avons réalisée, les personnes qui ont fait une première expérience de surdose sont beaucoup plus à risque d'en faire une autre qui peut être mortelle.

Pour mieux comprendre les surdoses non mortelles, nous avons conduit notre propre démarche exploratoire. Nous avons choisi de parler aux personnes qui fréquentent nos services et qui ont déjà fait l'expérience de ces surdoses.

Dans ce document, nous présenterons :

- la méthodologie utilisée pour le présent projet de recherche;
- la synthèse des résultats visant à créer un portrait général de nos participant.es et des surdoses qu'ils ont vécues;
- un portrait des attitudes vis-à-vis du port de la naloxone;
- un portrait de la fréquentation des SIS des participants de Plein Milieu.

MÉTHODOLOGIE

Les objectifs suivants ont guidé les choix méthodologiques de notre démarche:

Premier objectif

Comparer les facteurs de risque menant vers les surdoses des participant.es de Plein Milieu avec ceux documentés dans la littérature scientifique.

Deuxième objectif

Documenter la vision des participant.es sur les surdoses (leur terminologie, leurs définitions leurs pistes d'explications et les déterminants)

Troisième objectif

Identifier l'usage que font les participant.es des services existants de prévention des surdoses

Le recrutement s'est effectué par le bouche-à-oreille par les intervenant.es et les pair.es impliqué.es à Plein Milieu. Nous avons rencontré 19 personnes ayant vécu au moins une surdose. Un guide d'entrevue semi-structurée construit en collaboration avec l'équipe d'intervention a été utilisé pour soutenir les entrevues d'une durée de 90 minutes (voir annexe 1).

Le contenu des entrevues a été retranscrit, puis nous avons créé des variables pour codifier

les entrevues en utilisant un processus itératif. Le livre de code peut être accessible à la demande.

Des analyses statistiques descriptives qualitatives nous ont ensuite permis de trouver des associations entre certaines variables afin de comparer les situations de surdoses vécues par les participant.es de Plein Milieu à celles qui sont documentées dans la littérature.

EN BREF

19 personnes rencontrées pendant 90 minutes avec un guide d'entrevue construit avec l'équipe d'intervention, transcrites, puis analysées avec des méthodes qualitatives et quantitatives.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans un premier temps, nous présentons quelques résultats généraux sur les participants. Ensuite, nous présenterons les résultats sur les OD.

20. LES PARTICIPANTS

Au total, 19 entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de participant.es. Un témoignage a été écarté puisque nous avons estimé qu'il comprenait des problèmes de validité. Six femmes et 12 hommes ont été rencontré.es. Parmi les 12 hommes, il y avait un homme trans, et un homme qui a été femme trans.

Le Tableau 1 montre la distribution de l'âge des participant.es.

Tableau 1
Âge des participant.es

	Fréquence	Pourcentage
Moins de 30 ans	2	11.1
30 à 39 ans	2	11.1
40 à 49 ans	7	38.9
50 à 59 ans	6	33.3
60 ans et plus	1	5.6
Total	18	100.0

20.1 Autres caractéristiques générales

Nous avons aussi posé des questions générales sur l'état de santé de la personne ainsi que sur l'histoire de consommation. Voici les principales caractéristiques des participant.es :

Douleurs chroniques

55.6 % des participant.es en souffrent.

Drogues de choix

22.2% des participant.es préfèrent les opioïdes; 55.6% préfèrent les stimulants; et

22.3% des participant.es n'en ont pas parlé.

Drogues d'initiation

44.4% des participant.es se sont initiés à la consommation par la marijuana, 11.1 % par les perturbateurs, 11.1 % par les stimulants, 11.1 % par des pilules de prescription, 16.7 % ont polyconsommé immédiatement et une personne (5.6 %) n'a pas répondu.

Âge d'initiation

La moyenne d'âge d'initiation est de 15.8 ans.

Âge d'initiation à l'injection

La moyenne d'âge d'initiation à l'injection est de 25 ans.

Nombre de surdoses

En moyenne, les participant.es nous ont décrit 3 situations de surdoses (SS) distinctes.

En moyenne, les hommes ont fait davantage de surdoses que les femmes. La prise de médication actuelle et la présence de douleur chronique sont les deux seules variables qui sont reliées entre elles dans les données. Il n'y a pas d'autres caractéristiques des participants qui permettent

Certains facteurs documentés dans la littérature scientifique menant vers les surdoses ne semblent pas concerner les personnes ayant participé à l'entrevue, notamment être sans domicile fixe et sortir de prison. La question sur la séropositivité n'a pas été posée directement.

20.2 Raisons de consommer

Ci-bas, les principales raisons mentionnées par les participant.es pour consommer.

- Pour l'automédication de l'anxiété, de la dépression ou de la douleur;
- pour se détendre;
- pour la recherche de l'effet nouveau, du buzz;
- pour faire comme les autres, dans un but de s'identifier;
- pour être fonctionnel;
- pour la stimulation sexuelle.

Le Tableau 2 montre la distribution des différentes raisons mentionnées par les participant.es.

Tableau 2
Distribution des raisons de consommer

	N	Pourcentage
Pour la sensation (le buzz).	6	33.3%
Pour se détendre.	4	22.2%
Pour s'automédicamenter	12	66.7%
Pour la stimulation sexuelle.	3	16.7%
Pour être fonctionnel.le.	3	16.7%
Pour la créativité.	1	5.6%
Par intérêt.	2	11.1%
Pour s'identifier.	4	22.2%

21. GÉNÉRALITÉS SUR LES SURDOSES DOCUMENTÉES

Au total, 55 situations de surdoses nous ont été décrites. Par contre, pour 7 personnes ayant fait un grand nombre de surdoses (plus de 5), les souvenirs conservés de l'OD étaient plus flous. Certain.es ne pouvaient pas faire le décompte du nombre de fois où ce type de surdose était survenu. On a donc demandé à ces 7 personnes de regrouper les OD par contextes et substances consommées selon les points communs qu'eux-mêmes avaient constatés. Pour la suite du document, nous ferons donc référence à différents termes en lien avec les surdoses :

- Séquence de surdoses : une série de surdoses vécues par un.e participant.e dans un même contexte et déclenchées par les mêmes substances (plus de deux, jusqu'à 30 approximativement);
- surdose isolée : une surdose vécue par un.e participant.e dans un contexte précis et unique;
- situation de surdose (SS): peut être une séquence de surdose ou une surdose isolée

Le Tableau 3 montre la fréquence des différents types de SS (isolées ou en séquence). Tous les participant.es ont pu décrire avec précision au moins une surdose isolée. Les séquences de surdoses contiennent minimalement 2 surdoses. Les participant.es arrivaient difficilement à nommer le nombre de surdoses dans une séquence, lorsqu'il y en a plus de 4. Une seule personne a pu nommer un nombre approximatif de surdoses faites dans une séquence et c'était une

vingtaine. Les descriptions des surdoses dans les séquences sont très imprécises et manquent d'informations. D'autres auteur.trices ayant utilisé une méthodologie similaire à la nôtre ont choisi de retirer de leurs analyses les surdoses manquant d'information. Nous avons décidé de les conserver pour procéder à quelques analyses qualitatives de ces séquences.

Tableau 3
Fréquence des différentes SS

	Fréquence	Pourcentage
Surdose isolée	45	81.8
Séquence de surdoses	10	18.2
Total	55	100.0

22. DES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS

Les participant.es ont parlé de leurs surdoses en utilisant plusieurs descripteurs. Iels les décrivaient par la nature des symptômes, par le moment du déclenchement des symptômes et enfin, par la durée des symptômes.

22.1 Nature des symptômes

Les participant.es ont nommé différents symptômes de surdoses. Pour être un symptôme de surdose, l'expérience devait différer de ce qui est vécu habituellement par la personne dans le contexte de sa consommation. Les participant.es ont mentionné les symptômes suivants : la tachycardie (qu'elle soit réelle, ou qu'elle se manifeste par la sensation que le cœur s'emballe, va sortir de la poitrine, etc.), l'inconscience, le sommeil (lorsqu'il est mentionné clairement, car il est parfois difficile à distinguer de l'inconscience), une chute sur le sol (en état de conscience), une perte de l'équilibre, un essoufflement (ou difficulté respiratoire ressentie), des nausées, des vomissements, une sensation de douleur (ou de malaise), un arrêt cardio-respiratoire, un bleuissement des extrémités ou des lèvres, une hypersudation, une amnésie en état de conscience, des convulsions, une vision trouble, une psychose toxique, voir venir la surdose (être conscient.e que les symptômes s'installent) ou une sensation de raideur physique. Les fréquences des symptômes décrits dans les différentes SS sont rapportées dans le Tableau 4. Le symptôme le plus souvent mentionné est

l'inconscience identifiée dans 76.4 % des SS, suivi de l'amnésie alors que les participant.es étaient en état de conscience pour 23.6 % des SS.

Tableau 4
Les symptômes décrits dans les situations de surdoses

	N	Pourcentage
Tachycardie	5	9.1%
Inconscience	42	76.4%
Sommeil	11	20.0%
Chute	7	12.7%
Perte de l'équilibre	3	5.5%
Essoufflement	4	7.3%
Nausée	2	3.6%
Vomissement	6	10.9%
Douleur	7	12.7%
Arrêt respiratoire	8	14.5%
Bleuissement	4	7.3%
Sudation	2	3.6%
Amnésie	13	23.6%
Convulsion	7	12.7%
Vision trouble	3	5.5%
Psychose	9	16.4%
Voit venir la surdose	8	14.5%
Sensation de raideur physique	2	3.6%

Les participant.es identifiaient plusieurs symptômes pour une même surdose. Le Tableau 5 montre l'ensemble des symptômes mentionnés par les participant.es pour les 55 situations de surdoses.

Tableau 5
Tous les symptômes d'une même situation de surdore

	Tachycardie	Inconscience	Sommeil	Chute	Perte de l'équilibre	Essoufflement	Nausée	Vomissement	Douleur	Arrêt respiratoire	Bleuissement	Sudation	Amnésie	Convulsion	Vision trouble	Psychose	Voit venir la surdore	Raideur physique
1	.	X	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
2	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	.	X	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	X	.	.	.	.
4	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.
5	X	.
6	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.
7	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.
8	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	X	.	X	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	.	.	.	X	.	X	.	.	.	.	.	.	X	.	X	X	X	.
11	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12	.	X	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	X	X	.	.
13	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.
14	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.
15	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.
16	.	.	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
17	.	X	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.
18	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.
19	X	.	X	.	.	X	.	X	.	.	.	.
20	X	X	.	X	.	.	.	.	.	.	.	X	.	X	.	.	.	.
21	.	X	.	.	.	.	.	.	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.
22	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
23	X	X	.	.
24	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	X	.	.	X	.
25	X	.	X	.	.	.	.	.
26	X	.	.	X	.	.
27	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.
28	X	.	.
29	.	X	.	.	.	.	.	X	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.
30	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
31	.	X	.	X	X	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
32	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
33	.	X	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.
34	.	X	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
35	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
36	.	X	.	.	.	.	.	X	.	X	.	.	X	.	.	.	.	.
37	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
38	.	X	X	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
39	X	.	.
40	.	X	.	.	.	.	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	X	.
41	X	X	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
42	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
43	.	X	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
44	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
45	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
46	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.
47	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.
48	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.
49	.	X	X	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X
50	.	X	X	.	.	X	X	X	X	.	.	.	X	.	.	.	X	X
51	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
52	.	X	.	.	.	.	.	.	X	X	.	.	X	.	.	.	.	.
53	X	.	.	.	.	.
54	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	.	.	.	.	.
55	.	X	X	.	.	.	.	.	.	.	X	.	X	.	.	.	.	.

22.2 Les liens entre les différents symptômes³

Certains symptômes apparaissent plus fréquemment liés entre eux, tels que :



- La chute et la perte d'équilibre;
- la chute et la vision trouble;
- la psychose et la vision trouble;
- l'inconscience et la psychose (lorsqu'il y a de l'inconscience, il y a moins de psychoses);
- s'endormir et voir venir la surdose;
- s'endormir et avoir des sensations de raideur physique;
- sensation de raideur physique et nausée;
- les nausées et la sensation physique de douleur ou de malaise;
- les vomissements et la sensation physique de douleur ou de malaise;
- la nausée et les sudations (lorsqu'il y a de la nausée, il y a moins de sudation);
- la sudation et la tachycardie ;
- les convulsions et la sudation;
- l'essoufflement et la tachycardie;
- l'essoufflement et voir venir la surdose.

³ Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 63 et 64.

22.3 Facteurs associés aux symptômes⁴

Nous avons cherché à voir si certains symptômes étaient davantage reliés à d'autres éléments contextuels lors des surdoses. Les symptômes et facteurs contextuels suivants sont reliés :



La psychose et la catégorie de substance ayant initié la surdose.

Toutes les surdoses initiées par un perturbateur ont mené à des symptômes psychotiques.

La psychose et la durée des symptômes.

Lorsqu'il y a une psychose, les symptômes durent plus d'une journée.

L'inconscience et le début des symptômes.

Toutes les surdoses qui impliquent des symptômes apparus avec un certain délai ont mené à de l'inconscience.

L'inconscience et la voie d'absorption.

Toutes les surdoses qui impliquent une substance initiatrice sniffée n'ont pas mené vers l'inconscience. 71.4 % des substances absorbées par voie intraveineuse ont mené vers l'inconscience.

La tachycardie et la voie d'absorption de la substance.

Une plus grande proportion des surdoses qui ont mené vers de la tachycardie inclut une substance avalée. Nous présumons que c'est plutôt explicable à la nature des substances avalées (surtout des stimulants)⁵.

Voir venir la surdose et le début des symptômes.

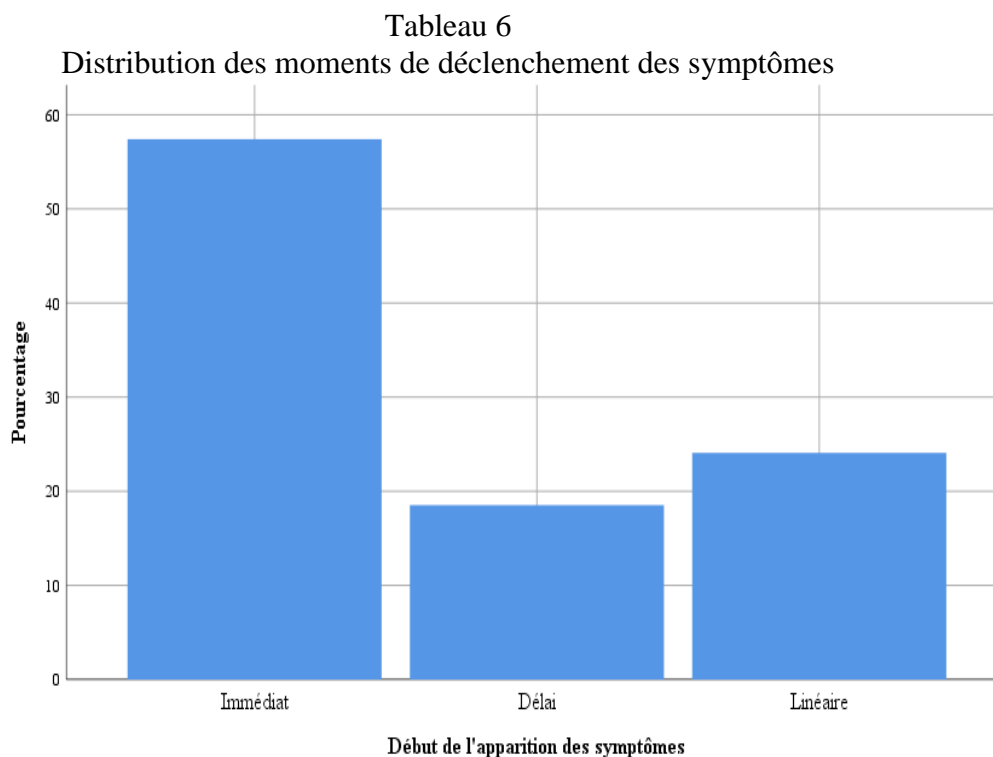
Lorsque les personnes voient venir la surdose, c'est que l'apparition des symptômes arrive après un certain temps de l'absorption de la substance (il y a une période sans symptômes apparents).

⁴ Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 32, 33, 34, 35, 36 et 37.

⁵ La petitesse de l'échantillon n'a pas permis de faire ressortir un lien avec les stimulants et la tachycardie.

22.4 Déclenchement des symptômes

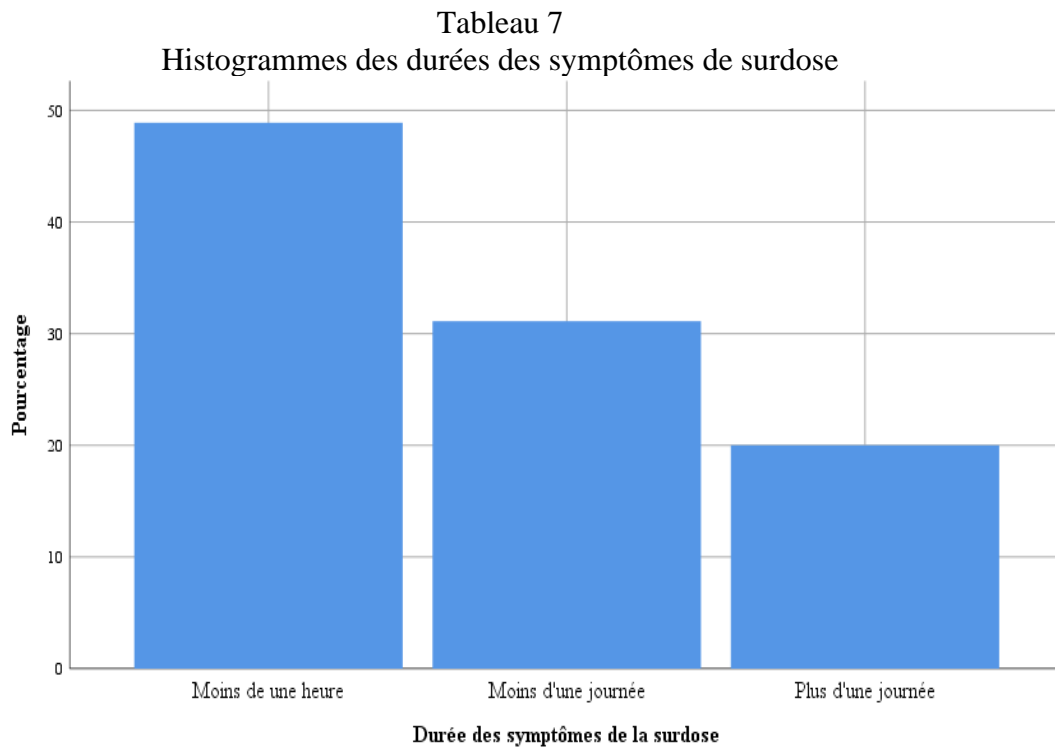
Le déclenchement des symptômes suivant la consommation de la substance n'arrive pas toujours au même moment. Par exemple, pour certaines personnes, les symptômes arrivent immédiatement pendant la consommation, ou alors, moins d'une minute après la consommation. Ce sont des surdoses à déclenchement immédiat. Pour d'autres personnes, les symptômes des surdoses arrivent un certain temps après la consommation de la dernière substance : un temps suffisant qui permet le changement d'environnement. Ce sont des surdoses à déclenchement délayé. Et enfin, les symptômes d'autres surdoses se sont installés graduellement, au fil de la consommation de substances. Ce sont les surdoses à déclenchement linéaire. Le Tableau 6 montre la distribution des différents moments de déclenchement des symptômes pour les 55 situations de surdoses documentées.



22.5 Durée des symptômes

Les personnes ont mentionné que les symptômes inhabituels pouvaient s'étaler de

quelques secondes à plusieurs jours. Puisqu'il était souvent difficile pour les personnes de connaître une durée précise, nous avons regroupé la durée des symptômes en trois catégories : moins d'une heure, moins d'une journée, ou plus d'une journée. La durée des situations de surdoses la plus souvent mentionnée est moins d'une heure pour 40.0 % des SS. La distribution des durées des surdoses est présentée dans le Tableau 7.



DES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS : EN BREF

NOUVEAUTÉS PAR RAPPORT À LA LITTÉRATURE

- Différenciation des symptômes suivants : l'amnésie, le sommeil et l'inconscience;
- Identifications des symptômes conscients (exemple : voir venir la surdose);
- Identification des moments de déclenchement des symptômes;
- Identification des durées des symptômes.

23. LA NATURE DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES

Pour chaque surdose, les participant.es déterminaient généralement une substance principalement responsable de la surdose. C'est ce qu'on a nommé la substance initiatrice. Les participant.es nommaient avoir consommé d'autres substances avec un rôle, selon eux, moins important. Il s'agit des substances contributrices. Dans les cas de polyconsommation, lorsque les participant.es ne proposaient pas une substance initiatrice, nous avons sélectionné la dernière consommée avant le déclenchement des symptômes.

23.1 Les substances initiatrices

Les substances initiatrices mentionnées par les participant.es sont les opioïdes (héroïne, morphine, Dilaudid, hydromorphe), les stimulants (cocaïne, speed ou crack, MDMA), des perturbateurs (PCP, mescaline), d'autres déprimeurs (alcool, GHB). Les speedballs (mélange d'héroïne et de cocaïne) n'ont pas été classés dans l'une de ces catégories. Le Tableau 8 montre le nombre de situations de surdoses décrites par les participant.es selon la substance initiatrice nommée. On remarque que les stimulants ont été le plus souvent nommés comme substance initiatrice de la surdose (46.2 %, suivi par les opioïdes, 40.4 %). La proportion des surdoses initiées par les stimulants est encore plus grande pour les séquences de surdose (60.0 %).

Tableau 8
Substance ayant initié la situation de surdose

			Type de situation de surdose		Total
			Surdose isolée	Séquence de surdoses	
Catégorie de la substance initiatrice	Opioïdes	Effectif	18	3	21
		% dans Type de situation de surdose	42.9%	30.0%	40.4%
	Stimulants	Effectif	18	6	24
		% dans Type de situation de surdose	42.9%	60.0%	46.2%
	Autres déprimeurs	Effectif	1	0	1
		% dans Type de situation de surdose	2.4%	0.0%	1.9%
	Autre médication prescrite	Effectif	2	1	3
		% dans Type de situation de surdose	4.8%	10.0%	5.8%
	Perturbateurs	Effectif	3	0	3
		% dans Type de situation de surdose	7.1%	0.0%	5.8%
Total		Effectif	42	10	52
		% dans Type de situation de surdose	100.0%	100.0%	100.0%

23.2 Les substances contributrices

Parmi les 55 situations de surdoses recensées, les participant.es ont mentionné avoir mélangé plusieurs substances pour 25 d’entre elles (45.5 % des situations de surdoses). En ce qui concerne les substances secondaires qui ne sont pas ciblées comme initiatrices directes de l’OD, les participant.es ont nommé avoir aussi consommé de l’alcool, des médicaments de prescription, de la marijuana, différents stimulants, du GHB, des opiacés de prescription ou de la MDMA.

Tableau 9
Les mélanges ayant mené à des surdoses

Type de situation de surdose			Cocaïne	Benzodiazépine	Alcool	Opioides de prescription	Hallucinogènes	Stimulants	MDMA	Speedball	GHB	Autre médication de prescription		
Surdose isolée	Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	Opioides	1	.	.	X	.	.	.	.	.	.
			2	X	.	.	.	.	.	.	.	X		
			3	.	.	X	.	.	.	.	.	X	.	
			4	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
			5	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
			6	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
			7	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
		Stimulants	1	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
			2	X	.	.	X	.	X	X	.	.	.	.
			3	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	X
			4	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
			5	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
			6	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	X
			7	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	X
			8	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
			9	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
Autre médication prescrite	1	.	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
	2	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
Sé-quence de surdoses	Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	Opioides	1	.	.	X	.	.	.	.	.	.
			2	X	.	.	.	.	.	.	.	.
		Stimulants	3	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
			4	.	.	X	.	.	.	.	.	.	.
			5	X	.	X	.	.	.	.	.	.	.
			1	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.
Autre médication prescrite	1	.	X	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Le Tableau 9 documente les différentes substances que les participant.es nous ont dit avoir mélangées. On remarque que l’alcool est mentionné comme substance contributrice dans 16 situations de surdoses, soit pour 64.0% des cas où les participant.es nous ont dit avoir mélangé des substances. Plus intéressant encore, dans les cas des séquences de surdoses, l’alcool est toujours impliqué.

23.3 Les voies d'absorption

Les substances initiatrices des situations de surdoses ont été absorbées par voie intraveineuse, orale, ou nasale ou par inhalation. Le Tableau 10 montre la répartition des différentes voies d'absorption des substances initiatrices des surdoses. On remarque que dans 65.5 % des cas, la substance initiatrice de la surdose a été consommée par intraveineuse, ce qui en fait un mode de consommation particulièrement risqué.

Tableau 10
Fréquence des voies d'absorption

	Fréquence	Pourcentage
Orale	10	18.2
Nasale	4	7.3
Intraveineuse	36	65.5
Inhalation	4	7.3
Total	54	98.2
Manquant	1	1.8
Total	55	100.0

Le Tableau 11 montre les substances initiatrices selon les voies d'absorption.

Tableau 11
Substances initiatrices et voie d'absorption

			Voie d'absorption de la substance ayant initié la surdose.				Total
			Orale	Nasale	Intraveineuse	Inhalation	
Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	Opioides	Effectif	1	0	20	0	21
		% du total	2.0%	0.0%	39.2%	0.0%	41.2%
	Stimulants	Effectif	3	3	13	4	23
		% du total	5.9%	5.9%	25.5%	7.8%	45.1%
	Autres dépresseurs	Effectif	1	0	0	0	1
		% du total	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%
	Autre médication prescrite	Effectif	3	0	0	0	3
		% du total	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%
	Perturbateurs	Effectif	2	1	0	0	3
		% du total	3.9%	2.0%	0.0%	0.0%	5.9%
Total		Effectif	10	4	33	4	51
		% du total	19.6%	7.8%	64.7%	7.8%	100.0%

LA NATURE DES SUBSTANCES IMPLIQUÉES : EN BREF

NOUVEAUTÉ PAR RAPPORT À LA LITTÉRATURE

- Identification de plusieurs substances initiatrices pour les surdoses non mortelles.

FAITS SAILLANTS

- Bien que la littérature scientifique s'intéresse principalement aux surdoses liées aux opiacés, une grande proportion des participant.es nous ont dit que leurs OD étaient déclenchées par des stimulants.
- Comme le recense la littérature scientifique : l'injection et la polyconsommation sont souvent reliées aux surdoses.

24. LES PISTES D'EXPLICATIONS

Dans cette section, nous parlons des raisons évoquées par les participant.es pour expliquer leur surdose. Pour sûr, il est difficile de connaître avec certitude quelle est la raison précise pour laquelle les participant.es vivent des surdoses. Par contre, iels mentionnent une ou plusieurs raisons spécifiques.

En un premier temps, nous explorons s'il y a des liens entre les raisons évoquées. Ensuite, pour chaque raisons, nous explorons les variables qui sont associées à cette justification, puis nous ajoutons des discours de participant.es qui permettent de mieux comprendre.

Parmi les raisons évoquées : une substance plus pure qu'à l'habitude, un dosage plus fort qu'à l'habitude (administré en une seule fois), une accumulation de la substance dans l'organisme (plusieurs administrations subséquentes), une faible tolérance, une drogue contaminée par autre chose, ainsi que la polyconsommation. Pour ces variables, nous avons seulement considéré la conception des participant.es. Par exemple, certain.es n'ont pas pensé que la polyconsommation avait pu contribuer à précipiter leurs surdoses, pourtant, iels avaient consommé d'autres substances. Le Tableau 12 montre les fréquences de ces différentes explications des données par les participant.es. On remarque que les raisons les plus souvent évoquées sont le trop fort dosage (41.8 % des situations de surdoses) et l'accumulation sur une certaine période (40.0 %).

Tableau 12
Fréquence des raisons évoquées pour la surdose

	N	Pourcentage
Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	8	14.5%
Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	23	41.8%
Substance contaminée comme raison évoquée par la personne.	9	16.4%
Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	22	40.0%
Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	6	10.9%
Polyconsommation comme raison évoquée par la personne.	15	27.3%

24.1 Les liens entre les différentes raisons évoquées

Souvent, les participant.es mentionnaient plus d'une explication pour chaque surdose. Le Tableau 13 montre quelles sont l'ensemble des raisons évoquées par un même participant pour une surdose.

Tableau 13

Les raisons évoquées pour chaque surdose

	Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	Substance contaminée comme raison évoquée par la personne.	Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	Polyconsommation comme raison évoquée par la personne.
1	.	X	.	.	.	.
2	.	X	.	.	.	.
3	.	X	.	.	.	.
4	X	.	.	.	.	.
5	X	X	.	.	.	.
6	X	X	.	.	.	.
7	.	.	.	X	.	.
8	.	.	.	X	.	.
9	.	.	.	X	.	.
10	.	.	.	X	.	X
11	.	X	.	.	.	.
12	.	X	.	.	.	.
13	X	.	.	.	.	.
14	X	.	.	.	.	.
15	X	.	.	.	.	.
16	.	.	X	.	.	.
17	.	.	.	X	.	X
18	.	X	.	.	X	.
19	.	.	.	X	.	.
20	.	.	X	.	X	.
21	.	X	.	.	.	.
22	.	.	.	X	X	.
23	X	.	.	.	.	.
24	.	.	.	X	.	.
25	.	X	X	.	X	X
26	.	.	.	X	.	.
27	.	.	.	X	.	X
28	.	X	.	.	.	.
29	.	X	.	.	.	X
30	.	X	.	.	.	.
31	.	.	X	.	.	.
32	.	X	.	X	.	X
33	.	.	.	X	.	X
34	.	X	.	.	.	.
35	.	.	X	.	.	.
36	.	.	.	X	.	X
37	.	X	.	.	.	X
38	.	.	X	.	.	.
39	.	.	X	.	.	.
40	.	X	.	.	.	.
41	.	X	.	.	.	.
42	.	X	.	.	.	.
43	.	.	.	X	.	X
44	.	.	.	X	.	X
45	.	.	X	.	.	.
46	.	.	.	X	.	.
47	.	X	.	.	.	.
48	.	.	.	X	.	.
49	X	.	.	X	.	.
50	.	X	.	.	.	.
51	.	.	.	X	.	.
52	.	.	.	X	X	X
53	.	X	X	X	X	X
54	.	.	.	X	.	X
55	.	X	.	.	.	X
N	8	23	9	22	6	15

Une analyse plus poussée⁶ révèle les associations suivantes entre les raisons mentionnées par les participants :



Accumulation et dosage.

Lorsque les personnes expliquent leurs surdoses par l'accumulation de substances, elles mentionnent moins de problèmes de dosage.

Accumulation et polyconsommation.

Lorsque les personnes expliquent leurs surdoses par l'accumulation de substances, elles mentionnent plus de polyconsommation.

24.2 Les problèmes de dosage

Nous avons considéré qu'il y avait un problème de dosage lorsque les participant.es ont mentionné l'absorption d'une dose trop grande en une seule fois. Un problème de dosage est mentionné dans 23 situations de surdoses. Il s'agit de l'élément le plus souvent évoqué par les participant.es pour expliquer leurs surdoses.

24.2.1 Les variables associées⁷

Dans le présent projet, les participant.es nous ont mentionné plusieurs facteurs associés au problème de dosage;

⁶ Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 40 et 41.

⁷ Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 42, 43, 44, 45 et 46.



La voie d'absorption.

La nature des symptômes décrits (inconscience, psychose, et vision trouble).

Le début d'apparition des symptômes.

La durée des symptômes.

Le niveau de volonté.



Plus précisément, lorsqu'il y a un problème de dosage, on nous a mentionné que :

- la substance initiatrice a été absorbée par voie intraveineuse dans 87.0 % des surdoses;
- l'inconscience est survenue dans 91.3 % des surdoses alors que la vision trouble et la psychose ne sont jamais survenues;
- les symptômes sont déclenchés immédiatement dans 82,6 % des surdoses;
- les symptômes ont duré moins d'une heure dans 65.0 % des surdoses;
- il y a une plus grande probabilité d'avoir fait une surdose volontaire. En fait, toutes les surdoses volontaires sont associées à un problème de dosage.

24.2.2 Témoignages de participant.es



Les participant.es mentionnent différentes raisons qui expliquent les problèmes de dosage :

Surdoses volontaires

Les personnes qui nous mentionnent faire une surdose volontaire nous disent vouloir trouver leur limite en termes de tolérance à la substance. Certaines cherchent leur limite, car elles sont déprimées et jouent avec le feu. Pour ces personnes, la recherche de la surdose pourrait s'apparenter davantage à un comportement parasuicidaire.

Il y a été un temps, avec la coke... j'ai jamais voulu mourir. J'y ai déjà pensé souvent. Je me suis souvent dit euh... je m'en vais me coucher, là. Pi si je me réveille pas, ce serait un cadeau que quelqu'un vienne me chercher, tsé. Mais euh, j'ai jamais pensé à mourir pour de vrai, là, tsé. Trop lâche ou pas assez lâche, ou je sais pas quoi là. Pi l'héro, euh, tsé, tu t'endors. C'est une belle mort mourir de l'héroïne tsé. Une surdose d'opiacé, c'est une belle mort. Alors que la coke pi tout ça, c'est violent. (...) Les autres fois sur la coke, j'aimais ça perdre conscience. Je savais que si je faisais deux quarts et demi, mettons, ça me ferait pas péter, mais je ferais une overdose tsé. C'était comme un peu volontaire. C'était comme un peu des surdoses contrôlées, si tu veux. J'ai fait ça pendant... un an ou deux, là.

Une autre personne qui a fait une surdose volontaire l'explique par l'accessibilité de la substance.

Je m'étais shooté deux trentes. (...) Parce que j'en avais. C'est ça. J'avais de l'argent. Lui aussi y'en avait. Fait que, j'en ai acheté plus tsé. Pi ça me tentait, je voulais avoir un high, tsé. Voir peut-être tsé... ma limite, tsé. Je l'ai eue (rires).

Habitudes de consommation à risque

Plusieurs personnes nous ont dit qu'elles ont l'habitude de rater leur hit. Leurs difficultés les ont menés à adopter des comportements plus à risque.

Pi je pense que j'avais mis une demie dans ma seringue. C'est beaucoup là. C'est deux quarts là. D'habitude, j'en manquais un petit peu. Fait que tsé, j'en mettais un petit peu

plus pour consommer ce que je manquais. Mais tsé, je ne m'étais pas manquée cette journée-là.

Wash

Ben c'était une prescription que j'avais eue. Pi euh... vu que... la plupart du temps c'était pas les vrais dilaudid. Pi les génériques laissent bien de la bouette dans le fond du cup. Fait que je gardais mes cups, pour faire les wash. Et j'ai mal dosé un wash.(...) Pi d'habitude 3 cups, c'était correct. Sauf que là, il y a peut-être une fois que j'ai peut-être mélangé, il y avait moins d'eau, il en est resté plus, bref.

Hit préparé par quelqu'un d'autre

Fait que Mr X arrive. Habituellement on fumait nous autres tsé. Fait que là, il dit, veux-tu que je t'en fasse un? Fait que je lui dit, ok, fais-moi-le. Fait qu'il dit, je te fais un cadeau, aweille viens-t'en man. Pi c'est ça lui il pensait que je me shootais pareil comme [mon amie].

Méconnaissance de la concentration

Ben une, c'est parce que je savais pas doser au début. (...) Euh, j'ai demandé à un de mes amis en faite. Parce que moi, je savais même pas que la couleur c'était différents milligrammes, là. Fait que je lui ai dit, ceux que tu m'as donné, ils étaient pas mal plus forts que ceux que j'ai d'habitude. Il dit oui oui oui, c'était des 2 tsé. Fait que j'ai dit, OK! Il dit : comment tu te sentais à faire les tiennes. Je lui dis : juste correcte. Il dit : ben, ceux que je te donne, coupe-les en deux. Fait que c'est lui qui m'a dit vraiment comment les faire. Il m'a expliqué aussi comment je devais comment me sentir pour pas que ça soit trop parce que j'avais peur un peu aussi. (...) Fait que quand je me suis réveillé, toute de suite je suis allé cogner à sa porte, parce que... hey, qu'est-ce qui s'est passé. Pi c'est là qu'il m'a expliqué.

Plusieurs doses dans une seringue

Mais moi, je me disais je vais m'en faire la moitié. Mais des fois, quand tu te mets ça dans la veine, tsé. Ça aspire. Ça m'est arrivé des fois. C'est comme par erreur, là tsé. Pi là, oups, tu te l'es toute faite. Pi t'étais supposé te faire la moitié.

24.3 L'accumulation

Nous avons considéré qu'il y avait un problème d'accumulation lorsque les participant.es consomment la substance sur une plus longue durée ou en plusieurs absorptions à la différence d'un problème de dosage qui se produit en une seule absorption. Certaines personnes ont mentionné avoir fait une surdose suite à l'absorption répétée d'une substance sur une période plus ou moins longue. 22 des 55 surdoses présentent cette particularité.

24.3.1 Les facteurs associés⁸

Dans le présent projet, les participant.es nous ont mentionné que les facteurs suivants sont associés à une accumulation de substances :



La voie d'absorption.

Le début d'apparition des symptômes.

La présence d'alcool comme substance contributrice.

La présence de cocaïne comme substance contributrice.

Le type de situations de surdoses.

⁸ Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 48, 49, 50, 51 et 52.



Lorsqu'il y a une accumulation de substances, on nous mentionne que :

- Une proportion significative de SS ont été initiées par une substance avalée ou sniffée;
- les symptômes sont apparus de façon linéaire dans 61.9 % des cas;
- l'alcool a contribué à la SS pour une proportion significative d'OD
- une proportion significative de situations de surdoses initiées par la cocaïne se sont produites en séquences, c'est-à-dire que les participant.es ont fait un grand nombre d'OD dans un contexte similaire en impliquant de la cocaïne.

24.3.2 *Témoignages de participant.es*



Les participant.es proposent différentes raisons pour lesquelles iels ont fait une surdose par accumulation. Les principales raisons qui ressortent sont les suivantes :

Dans un état d'esprit de party

Pi j'ai dépensé toute mon chèque, 1000 piastres en une soirée. J'ai dépensé 400 dans le crack. Au moins deux grosses, si c'est pas quatre grosses bières de même. [... J'étais dans un mood] plutôt party. Je consomme pas pour me downer. Je consomme pour avoir du fun. Pas pour me taper sur la tête.

La recherche du rush

Je me faisais un hit. Pi, euhm, j'avais pas de rush, le rush était pas assez fort, fait que je voulais me faire un autre hit tout de suite après. Pi il fallait que je le fasse assez vite, pour pas... Parce qu'une fois que tu as le feeling pi le buzz de l'héroïne, ça donne rien de t'en faire un autre, parce que tu le sentiras pas le rush. Parce que... tes synapses sont tous

pleins déjà. Fait que ils peuvent pas être plus pleins que ça, sont pleins. Fait que tu l'auras pas ton rush. Fait que, je me dépêchais pour en faire un autre vite. Fait que tsé, justement, mon cerveau était trop floodé. Pi là, c'était trop là.

Dans un environnement festif

C'était un after hour. Pi il y avait des raves à toutes les fins de semaine là. Pi ça faisait plusieurs jours que je consommait. Pi j'avais pas mangé. Pi là bas, ils nous fouillaient avant qu'on rentre. Pour pas qu'on rentre de seringues entre autres justement. Fait que j'ai switché de la coke à l'XTC. Et j'en ai fait toute la nuit. Et un moment donné, je me suis écroulé sur la piste de danse. Pi ils m'ont réanimé.

La substance est bonne

Parce qu'elle était bonne! Elle était bonne, c'est toute. Ça rentrait ben.

Une erreur de posologie d'un pharmacien

Ici, la personne a accumulé une substance parce qu'elle a suivi les recommandations du pharmacien qui n'étaient pas suffisamment précises.

Dernièrement, j'ai eu un lumbago. Pi ils m'ont donné un cocktail de morphine. Sauf que le pharmacien m'a fait faire une OD. Parce que le pharmacien a mal regardé la prescription. Pi au lieu de me dire 1 à 2 comprimés de 10 mg au besoin, il avait marqué deux comprimés toutes les 4 heures. Au lieu de marquer au besoin.

Un mélange de substances

J'ai fait plus de 20 à 25 overdoses reliées au mélange avec l'alcool. C'est-à-dire que les overdoses d'alcool, là, je peux dire que j'en ai fait au moins 25 dans ma vie. Ça, je peux te dire, des overdoses d'alcool, là, je peux dire, des benzos mélangés avec d'alcool. Des mélanges d'alcool, comme tu bois du vin, tu bois du fort, tu bois de la bière. Paf. Tu te souviens plus de rien, tu te réveilles, euh. Je me suis déjà réveillé à Côte-des-Neiges, j'étais en bicyclette à pédales. Je me suis déjà réveillé en arrière d'un garage sur la rue Saint-Denis couché dans la gravelle. Je me suis déjà réveillé couché sur un banc de parc. Sur une terrasse. Même pas me souvenir.

La section suivante permettra de mieux comprendre ce qui mène les personnes à consommer plusieurs substances, et en quoi ce type de comportements est plutôt relié aux substances par accumulation.

24.4 Polyconsommation

Les participant.es ont jugé que la polyconsommation était au moins partiellement responsable de 10 situations de surdoses documentées. Pourtant, iels nous ont mentionné qu’il y avait de la consommation d’autres substances pour 16 SS. Ainsi, il y a un écart entre la polyconsommation expliquant la SS selon les participant.es, et le nombre de situations de surdoses qui incluent plus d’une substance nommée par les participant.es. Le Tableau 74 de l’annexe 3 montre la distribution des OD qui incluent plus d’une substance, selon la polyconsommation comme raison évoquée par les participant.es. On remarque que pour 10 SS (18,2 %), les participant.es nous ont mentionné que la polyconsommation n’expliquait pas l’OD, bien qu’iels aient consommé plus d’une substance. Pour la suite des analyses, les surdoses qui incluent la polyconsommation seront donc celles qui incluent plus d’une substance, et non celles pour lesquelles les participant.es nous ont donné comme explication la polyconsommation.

24.4.1 Facteurs associés⁹

Dans le présent projet, les participant.es nous ont mentionné plusieurs facteurs associés à la polyconsommation :



L’alcool comme substance contributrice;

Le début des symptômes;

La nature de certains symptômes.

⁹ Voir les tableaux suivants dans l’annexe 3 : 53, 54, 55, 56 et 57.



Lorsque les personnes nous mentionnent avoir consommé plusieurs substances :

- une proportion plus grande de surdoses a mené aux symptômes suivants : sensation de douleur ou de malaise physique; l'absence de sommeil, ne pas 'voir venir' la surdose.
- l'alcool est toujours inclus;
- une proportion plus grande des symptômes s'est installée graduellement, au fur et à mesure qu'il y avait une absorption de substances.

24.4.2 *Témoignages de participant.es*



Certain.es participants mélangent des drogues pour plusieurs raisons. Parmi les raisons mentionnées :

La banalisation de la polyconsommation

Ci-bas, une personne qui ne mentionne pas l'effet potentialisant de l'alcool.

Pi là, on s'est mis à jaser. Un s'est pris une petite bière probablement. (...) Oui, tout le temps une petite bière, mais tsé, on était pas, EUHHH. Jamais comme ça. C'est rare qu'on partait comme des fous sur les shooters. Ben c'est arrivé une couple de fois qu'on était tout croche, là. En général, il y avait tout le temps un petit verre par-ci par-là, mais rien de... pas défoncé.

Le goût du risque

Ci-bas, une personne qui dit avoir sciemment joué à la roulette russe cette journée-là alors qu'elle a eu une polyconsommation très importante et inhabituelle.

Pi je suis pas nono. Je jouais peut-être un peu à la roulette russe. Indirectement. Pas parce que je veux mourir. J'aime bien trop la vie pour ça. (...) Ben tu vois, la roulette russe, tu mets une balle dans le baril. Tu fais prrrt. Tu tires. HA-HAHA. Je me suis manqué c'est à ton tour. Fait que dans ce sens-là, j'ai joué à la roulette seringue, tiens. (...) Parce que ça allait pas bien. Et de un. Et je... je... j'essaie moi. Je joue un peu avec moi. Je joue avec euh... Je joue avec mes démons. Mon côté, euh. Comment je pourrais dire ça. Le petit démon en moi se bat avec le bon Jésus en moi. Tsé, le Bon Dieu. Pi cette journée-là, le diable était bon en tabarnak, je te jure. Lucifer était là, pi euh. Je me câlissais... je me respectais pas. Tout simplement, je dirais. Je me respectais pas, pi je m'en câlissais. Advienne que pourra, je me disais... peut-être que. (...) Parce que j'avais eu une mauvaise journée peut-être.

La recherche du changement d'effet

Ici, la personne était sur l'effet du crack puis a avalé des médicaments de prescription.

Ben, j'étais saoul, j'étais gelé, pi j'étais pas capable de m'endormir. Fait qu'un moment donné je me suis dit... ça va peut-être me calmer. Fait que j'en ai pris d'autres shots.

La perte de contrôle liée d'une autre substance

Je sais pas [combien de temps ça a duré]. Peut-être deux jours ou trois. Pi là, je me suis levé. J'ai fait l'autre moitié. Pi pour moi, c'était tout le temps le soir, encore. C'était le soir, mais je pensais que c'était le même soir. Mais c'était pas le même soir, fait que... j'ai fait l'autre dose. Pi là, ça a l'air que j'aurais écrit sur internet. Pi j'aurais toute gobé mes pilules, il m'en restait plus. Fait que j'étais overdose... mes 150... comment... mes... Oh, seigneur. Y'a ben du monde qui prend ça. [...] C'est un genre d'antidouleur pour les os. C'est une capsule blanche 150 mg. Nanex? Le nom me revient pas, il va bien finir par me revenir, là.

La difficulté à dire non

Pi tout le monde qui en fume à tous les jours sont assez fuckés, fait qu'ils n'ont pas d'amis. Il n'ont rien de mieux que de partager, pi d'avoir un ami pour toute la nuit que...

Ben, moi c'est de même que j'ai remarqué ça, tsé. Fait que tu t'en fais souvent offrir. J'ai de la misère à dire non à de la drogue gratuite. Je suis rendue meilleure là-dessus, mais avant j'étais pas capable.

24.5 Contamination

9 surdoses ont été expliquées par les personnes par la contamination de la substance. On entend par contamination de la substance lorsque la personne pensait avoir pris une substance spécifique, mais finalement, l'effet obtenu n'est pas du tout cohérent avec l'effet attendu : les participant.es nommaient alors la drogue qu'ils suspectaient avoir contaminé leur dose.

24.5.1 Facteurs associés¹⁰

Les données révèlent qu'il y a un seul facteur associé à la contamination perçue par les participant.es:



lorsque les personnes ont évoqué la contamination comme cause probable de la surdose, il y a une plus grande proportion de personnes qui fournissent la substance qui indiquent qu'il y a potentiellement un problème avec la substance.

¹⁰ Voir le tableau 58 dans l'annexe 3.

24.5.2 Témoignages des participant.es



Les participant.es maintiennent différents discours sur la contamination des substances. Certain.es avaient conscience que la substance était différente car iels observaient des caractéristiques inhabituelles :

Différence dans l'apparence

(en parlant du crack) Il était un peu brunâtre, là.

(en parlant de la coke) Ben. Quand elle est beige caillou, on sait qu'elle est bonne. En poudre, ben, quand elle est blanche, on voit bien qu'elle est coupée. Quand tu mets l'eau dedans elle vire beige. Un genre de beige quand elle est plus pure que coupée, tsé, veut dire. Tu le vois quand tu mets de l'eau dedans-là.

(en parlant de la cocaïne), Mais la texture quand je l'ai vue, j'ai douté qu'il y avait quelque chose de bizarre. Il y avait quelque chose de louche. [...] Elle était brillante. Comme de la petite vitre dedans. Elle était comme... des petites lamelles, là. Comme si tu prenais de la poudre de néon, c'est brillant un peu. Pi ça ressemblait un peu à ça. Je l'ai trouvée bizarre. Fait que j'ai dit, elle est pas comme d'habitude.

Différence dans l'odeur

Ben une fois, il m'en a passé encore une fois du fentanyl. Pi il m'a dit, oh, c'est pas vraiment bon, mais c'est toute ce que j'ai. Hey sacrament, c'est du fentanyl. J'ai eu des problèmes de cœur pendant 3 jours, man. Ouan. Pi je l'ai vu tu suite. Ça goûtait le parfum. Un petit goût de chimique. Ça sent pas le vinaigre. Mais faut que tu fasses attention avec la senteur de vinaigre, parce que y'a l'acétyle fentanyl qui sent le vinaigre aussi. Mais c'est pas de l'héroïne. Fait que l'odeur de sac de chips sel et vinaigre, c'est pas garant que c'est de la bonne héroïne. Ben, tsé, nous autres, les héroïnomanes, c'est comme ça qu'on reconnaît de l'héro. On dit, oh, ça c'est de l'héro, tsé. Mais ça veut rien dire.

Différence dans le goût

Pi en plus, je pense qu'il y avait du fentanyl dedans. J'y ai goûté. Pi ça goûtait pas pareil. Tsé, l'héroïne presque rien. Le fentanyl, j'ai l'impression que ça goûte un peu le parfum là. J'en ai discuté avec d'autres mondes pi ils m'ont dit la même affaire là. Sauf que tu as pas le temps de réagir, là.

Effets immédiats différents

Le pusher me l'a dit, mais c'était pas le même stock que d'habitude. C'était nouveau. Il m'a dit, tu vas voir, c'est fait. Fais attention, fais-en pas trop. Mais il m'a pas dit que c'était du fentanyl. Moi, je connaissais pas la différence entre le fentanyl pi le smack. Mais... par après. j'ai pu faire la différence que quand j'ai consommé ce soir-là, c'était pas de l'héroïne. C'était du fentanyl. Parce que j'ai pas noddé. Parce que quand tu es sur l'héroïne, là, tu nod, tu cognes des clous. Mais tu tombes dans un état de semi... Tu es toute réveillé en dedans. Tu as les yeux fermés, là, mais t'entends toute. Tu es là, tu es juste noddé. Mais tu es dans un état de semi-éveil. Tandis que le fentanyl, tu as les yeux ouverts. Tu sembles fatigué. Tu fermes les yeux. Paf, tu passes tu suite au semi-coma. Tu passes tu suite... Comme une overdose de benzo.

Relations avec la personne qui vend

Certaines personnes vendeuses avertissent les acheteur.euses lorsqu'il y a quelque chose de différent avec la substance. D'autres nient que leur substance n'est pas bonne après la surdose.

Pi j'ai même jeté son stock pour pas prendre le reste. Pi là, je lui ai dit, regarde, là, ce que tu viens de me donner, c'est pas bon, là. Je lui dit, c'est quoi que tu m'as donné. Ben, elle dit... c'est quelqu'un qui m'a dépanné, parce que j'en avais plus. Tu aurais pas pu me le dire, j'aurais peut-être été moins enclin à t'en demander là. Tsé, c'est comme...

Elle dit je m'excuse, là. Le smack était mal brassé. La moitié du monde était pas gelé. Pi l'autre moitié il faisait des OD, fait que là, genre... [...]elle était habituelle en plus, c'est ça l'affaire. C'est pour ça, man, parce qu'elle, elle était full mal à l'aise, parce que crisse man, tabarnak, man, la

moitié du monde m'appelle pour me dire qu'ils sont pas buzzés, l'autre moitié m'appellent pour me dire qu'ils ont fait des OD. Tabarnak ouin. Elle était vraiment mal brassée son affaire.

[...] c'était du nouveau stock. Le pusher me l'a dit, mais c'était pas le même stock que d'habitude. C'était nouveau. Il m'a dit, tu vas voir, c'est fait. Fais attention, fais-en pas trop. Mais il m'a pas dit que c'était du fentanyl. Moi, je connaissais pas la différence entre le fentanyl pi le smack. Mais... par après... J'ai pu faire la différence que quand j'ai consommé ce soir-là, c'était pas de l'héroïne. C'était du fentanyl.

Raison de consommer malgré tout

Malgré différents indicateurs de problèmes de contamination (substance différente dans le goût, l'apparence, l'odeur, et indications de la personne qui vend), certaines personnes choisissent de consommer la substance malgré tout, la plupart pour l'envie de consommer, et d'autres mentionnent avoir remis leur perception en question.

Quand il m'a dit que c'était pas de la bonne. Oui, je l'ai pris pareil. Pi j'ai été très déçu à la minute que je l'ai faite, j'étais comme, tabarnak. Je le savais que c'était pas de l'héro, que c'était un opioïde de synthèse dégueulasse. C'est ça, j'ai eu des problèmes de cœur pendant 3 jours après. [Je l'ai fait] parce que j'avais une envie irrésistible de faire un opiacé.

Pi je l'ai gardé en dernier, parce que j'en avais acheté 3. Les deux premiers étaient corrects. Mais le troisième par exemple. C'était pas correct. Pi je l'ai gardé à la fin, spécialement pour ça. On dirait que je voulais en profiter avant qu'il arrive quelque chose de grave. C'est fou. Des fois, on le sait, pi on va le faire pareil. C'est con, hein? [Je l'ai pris quand même parce que j'avais] le besoin de continuer ma sensation d'être bien. De me soulager mon mental, pi tout ça. Même en sachant qu'il y a peut-être un risque qu'il y ait de quoi. Dans ta tête... tsé, il arrivera rien, ok. Go.

Ben, c'était peut-être moi. Elle avait peut-être mis quelque chose dedans là. Un moment donné, elle avait essayé de couper ses roches avec un cigarillo au cherry. Pi, ça goûtait

le colisse. Osti que c'était pas bon. Ben c'est ça. Finalement, là, je l'ai fait. Mais, à moindre dose. Mais moindre à moindre dose, moitié de dose, ça a fait comme... Je me suis mal sentie.

Testeur de drogue

Mes dealers, ils voulaient qu'on teste une drogue. La quatrième OD, c'était euh. Ils voulaient... Je pense que c'est même moi qui avais dit, si jamais tu veux que je teste de la drogue. Parce qu'eux autres avant de la vendre, il la font tester pour voir sa force à peu près. Tsé, c'est tu du 7/10, du 9/10. Fait qu'ils le font essayer par plusieurs personnes. Pi si 4 personnes disent c'est un 7, ou un 10, bon ben, ils savent qu'elle est plus forte, tsé. Ils m'ont donné pour essayer. Pi, euh, j'ai mis un point comme je mets d'habitude. Pi oublie ça, en 10 secondes, quand le rush est arrivé, là, c'était pas de l'héroïne. Du tout. Pi je capotais ben raide. J'ai toujours... encore aujourd'hui, je suis pas sûre c'est quoi. Je pense que c'est de la kétamine. J'étais pas sûre.

24.6 Pureté

La substance trop pure a été mise en cause pour 8 surdoses faites par les participant.es.

24.6.1 Les facteurs associés¹¹



Les participant.es nous ont révélé que, lorsqu'ils pensent que leurs OD s'expliquent par un problème de pureté, la surdose est aussi associée à la catégorie de la substance initiatrice. Lorsque les participant.es mentionnent qu'ils ont consommé des stimulants, iels mentionnent plus souvent que la surdose est probablement due à la pureté de la substance.

24.6.2 Témoignages de participant.es



Plusieurs thèmes reviennent à répétition sur la pureté de la substance et les surdoses. Entre autres :

Changement de la pureté dans le temps

Les participant.es mentionnent que le crack et la cocaïne sont de moins en moins purs avec le temps. Parfois. Les participant.es tombent sur une substance plus pure, et font une OD car iels ne sont plus habitués à ce genre de dosage.

C'est juste là-dessus, une fois du crack, j'ai faite, il y a long-temps là. C'était dans les années 80. Je pense que la coke était pure dans ces temps-là. [...]. On faisait de la garnotte. Pi un moment donné j'ai passé out dans les toilettes. Juste

¹¹ Voir le tableau 59 dans l'annexe 3.

Mais tsé, il me l'a dit, mélange-la! Moi je l'ai pas mélangé. J'ai pris une clé, dans ma liqueur. Une autre clé dans la liqueur de ma copine. On a bu notre liqueur, pi on est tombé en pleine face.

Imprévisibilité de la pureté

C'est ça qui arrive. C'est genre des batch qui débarquent, pi là, tu t'attends pas à ça. Pi là, bam.

24.7 Faible tolérance

24.7.1 Les facteurs associés¹²

La faible tolérance serait mise en cause par les participant.es pour 6 SS. Les analyses révèlent que, lorsque les personnes expliquent leur surdose par cette raison, la SS est aussi associée à :



La catégorie de substance;
Le symptôme du bleuissement des extrémités;
Le genre de la personne.

¹² Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 60, 61 et 62.



Plus spécifiquement, lorsque la personne dit avoir fait une surdose à cause de la faible tolérance, on nous mentionne que :

- les opioïdes ont le plus souvent initié la surdose;
- le symptôme du bleuissement des extrémités arrive plus souvent;
- les femmes sont plus susceptibles de mentionner avoir une plus faible tolérance.

LES PISTES D'EXPLICATIONS : EN BREF

Nouveautés par rapport à la littérature existante

Considérer la perspective des participant.es pour identifier les raisons de faire une surdose.

Faits saillants

- Lorsque les personnes expliquent leur surdose par l'accumulation de substances, elles mentionnent souvent avoir consommé de l'alcool et les symptômes se sont installés graduellement. Iels ont souvent fait plusieurs surdoses de la même façon.
- Lorsqu'il y a un problème de dosage, cela survient souvent suite à une injection. L'inconscience est le symptôme qui survient le plus souvent, immédiatement après l'injection et les symptômes durent moins longtemps.
- Lorsque les surdoses sont expliquées par la polyconsommation, l'alcool a toujours été ingéré; et les symptômes se sont installés graduellement.
- Lorsque les surdoses sont expliquées par un problème de pureté, elles sont plus souvent initiées par des stimulants.
- Lorsque les personnes expliquent leur surdose par la contamination, leur vendeur.euse leur a plus souvent mentionné qu'il y avait un problème avec la substance. Souvent, les personnes constatent elles-mêmes ces différences.

25. LES CONTEXTES RISQUÉS

La littérature scientifique identifie plusieurs facteurs de risques contextuels qui augmenteraient le risque de surdose chez les personnes qui consomment des substances, notamment la consommation solo, une diminution de la tolérance parce que la personne a eu un arrêt de consommation prolongé (comme la sortie de prison ou de réhabilitation, par exemple). Les connaissances issues du terrain établissent aussi que l'injection par un pair ou l'état émotionnel lors de la consommation et le niveau d'habitude avec la substance seraient des facteurs importants menant les personnes vers des OD. La présente section décrit les différents contextes de consommation pour les participant.es.

25.1 Ami.es de consommation

Nous avons identifié le nombre de personnes présentes à deux moments précis dans la surdose : lors de l'absorption de la substance et lors du déclenchement des symptômes.

Le Tableau 14 identifie le nombre de situations de surdoses où 0, 1, 2, ou 3 personnes étaient présentes. Pour certaines surdoses, nous n'avons pas pu identifier le nombre de personnes présentes. On remarque que la majorité des surdoses ont été vécues alors que les personnes ont consommé seules (40,0 %).

Tableau 14
Nombre de personnes présentes lors de l'absorption

	Fréquence	Pourcentage
0	22	40.0
1	13	23.6
2	3	5.5
3	2	3.6
Ne sait pas/ ne s'applique pas	15	27.3
Total	55	100.0

25.2 Niveau de risque lors du déclenchement des symptômes

Connaître le nombre de personnes présentes lors de la consommation des substances est important parce qu'il permet de connaître le niveau de risque relatif au potentiel de réaction de l'environnement si des symptômes de surdoses se présentaient. Or, les symptômes de surdoses ne se déclenchent pas toujours immédiatement après l'absorption. L'environnement de la personne peut changer; elle peut se déplacer ou changer d'entourage. Ainsi, nous avons créé une autre variable qui vise à identifier le niveau de risque de l'environnement. Nous avons classé la situation de surdose à 'Faible risque' si la personne a fait une OD en compagnie d'une personne précise, dans la même pièce, et apte à répondre en cas de problèmes. Nous avons classé les SS dans la catégorie 'Risque modéré' lorsque les symptômes de la surdose se sont déclenchés dans un lieu où la personne pouvait être trouvée facilement : par exemple, dans la rue, dans une ruelle, dans les toilettes d'un restaurant, dans une maison alors qu'il y a des personnes dans d'autres pièces. Et finalement, nous avons catégorisé les SS à 'Risque élevé' lorsque les personnes se trouvaient seules avec des chances très limitées d'être retrouvées, par exemple, alors qu'elles sont seules chez elles.

Le Tableau 15 montre les fréquences des différents niveaux de risque de l'environnement lors du déclenchement des symptômes. On voit que pour 32.7 % des situations de surdose, il semble y avoir un risque faible puisque la personne était entourée par des personnes aptes à répondre en cas de surdoses. 29.1% des surdoses ont été vécues dans un contexte de grand isolement, sans possibilités de découverte en cas de surdoses.

Tableau 15
Niveau de risque de l'environnement

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Faible risque	18	32.7
	Risque modéré	17	30.9
	Risque élevé	16	29.1
	Total	51	92.7
	Manquant	4	7.3
Total		55	100.0

25.2.1 Facteurs associés¹³

On remarque une association entre le niveau de risque de l'environnement et les variables suivantes :



Les substances initiatrices

Certains symptômes spécifiques (endormissement, arrêt respiratoire)

L'implication des pairs dans l'absorption

Les médicaments de prescription comme substance contributrices



Les symptômes se déclenchent dans un événement à risque plus élevé lorsque :

- les substances initiatrices sont les opioïdes (le risque est moins élevé pour les stimulants);
- iels font moins d'arrêts respiratoires; mais s'endorment plus souvent;
- les pairs sont moins impliqués dans l'absorption de la substance;
- 100 % des surdoses qui impliquent de la médication de prescription comme substance contributrice sont survenues en contexte de risque élevé.

¹³ Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 39, 65, 66 et 67.

25.2.2 *Témoignage de participant.es*



Certain.es participant.es choisissent de consommer seul.es ou dans des milieux plus isolés pour différentes raisons :

Pour vivre son buzz en toute tranquillité

J'ai ma façon de consommer aussi. Tsé, mes petits rituels. Pi, quand je suis en rush j'ai pas envie qu'on me dérange, qu'on me parle, pi qu'on me fasse chier. J'ai envie de profiter du buzz au complet, pi d'arrêter de réfléchir. Fait que quand il y a du monde à côté, ben ça me frustre, pi j'aime pas ça.

Parce qu'ils n'aiment pas partager

J'aime pas ça consommer avec le monde. OK, quand ils me donnent de la dope, je suis contente. Mais moi, je suis très possessive sur la dope, là. Je sais pas pourquoi. Tsé, quand j'ai de l'argent, mais... tsé, j'ai pu tant d'argent que ça ces temps-ci. C'est rare que je partage.

Pour être à l'abri des regards

C'était à la brasserie X. Pi moi, je connais pas le stock... Pi moi, j'ai ma seringue dans les poches. Pi je me souviens, le boutte était vert en plus. Je m'en vais dans les toilettes, je me câlisse ça dans le bras. J'ai même pas le temps de finir, man.

Pour respecter une personne qui a arrêté de consommer

Euh, ben parce que je consommais tout le temps tout seul, ces temps-là. [Mon amie pi moi], on habitait dans un building pi on avait deux logements à ce moment-là. [Elle] a essayé d'arrêter. [On habitait pas ensemble] pour qu'elle puisse essayer d'arrêter.

Fait que je me suis retrouvé tout seul. Mon amie, c'était pas son genre de checker ça pour voir si j'étais correct. Fait que j'étais vraiment tout seul, là. Il aurait fallu que je consomme moins, pi que... C'est plate, mais que j'aïlle dire à mon amie, je m'en vais consommer, si je reviens pas dans 5 minutes, viens me voir. Sauf que, parce qu'elle voulait essayer d'arrêter, je voulais pas l'écœurer avec ça. Tu comprends.

Il aurait fallu que je trouve quelqu'un d'autre tsé.
 Quelqu'un d'autre, dans 10 minutes, vient me voir, tsé.

25.3 Injection par les pairs

Quelques participant.es ont mentionné qu'un pair a été impliqué dans l'absorption de la substance, soit parce que la dose a été préparée ou injectée par un pair. Le tableau 16 qu'un pair a été impliqué dans 16.4 % surdoses (9)¹⁴.

25.3.1 Facteurs associés



Il y a une association significative avec l'implication des pairs et :

Le genre.

Les femmes sont plus susceptibles d'impliquer une personne dans la préparation de la dose ou dans l'injection de la dose.

Tableau 16
 Genre et implication d'un pair

			Indique si un pair est impliqué pour soutenir la consommation de la substance.		Total
			Non	Oui	
Genre de la personne	Autre	Effectif	6	1	7
		Effectif théorique	5.9	1.1	7.0
	Homme	Effectif	28	2	30
		Effectif théorique	25.1	4.9	30.0
	Femme	Effectif	12	6	18
		Effectif théorique	15.1	2.9	18.0
Total		Effectif	46	9	55
		% du total	83.6%	16.4%	100.0%

¹⁴ Pour plus de détails, consultez le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** de l'annexe 3.

25.3.2 *Témoignage de participant.es*



Les participant.es mentionnent s'en remettre à un pair pour les raisons suivantes :

Méconnaissance des dosages

C'est juste que j'ai pas vu combien il a mis. Je sais pas qu'est-ce... tsé. Aujourd'hui, je laisserais jamais... Ben en tout cas. Mon chum d'aujourd'hui oui, parce que je lui fais confiance. Mais je ferais jamais confiance à quelqu'un de préparer ma dose, de savoir ce qu'il met dedans. Pi tsé, ça faisait juste un mois, fait que je me disais que lui connaissait ça plus que moi. Tsé, fait que, je lui faisais confiance.

Difficulté à trouver des veines

Oui. Mais j'étais pas capable de m'injecter moi-même. C'était tout le temps quelqu'un qui m'injectait. [...] Ben, j'ai des veines super difficiles, là. Même les infirmiers quand je vais à l'hôpital là... c'est ça qui disent. Pi en plus, je shake au boutte, fait que. Ça aide pas.

Cadeau

Fait que Mr X arrive. Habituellement on fumait nous autres tsé. Fait que là, il dit, veux-tu que je t'en fasse un? Fait que je lui dit, ok, fais-moi-le. Fait qu'il dit, je te fais un cadeau, aweille viens-t-en man.

25.4 Expérience en lien avec la substance

Plusieurs participant.es nous ont révélé avoir un niveau plus ou moins élevé d'expérience avec la substance initiatrice. Le Tableau 17 révèle que pour 27.3 % des surdoses, les participant.es ont mentionné ne pas avoir beaucoup d'expérience. Le niveau d'expérience est associé à l'implication d'un pair dans l'absorption, au genre de la personne ainsi qu'au moment d'apparition des symptômes.

Tableau 17
Fréquence du niveau d'habitude de la personne avec la substance initiatrice

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Expérimenté.e	28	50.9	65.1	65.1
	Inexpérimenté.e	15	27.3	34.9	100.0
	Total	43	78.2	100.0	
Manquant	Système	12	21.8		
Total		55	100.0		

25.4.1 Facteurs associés¹⁵

L'habitude de la personne qui consomme en lien avec la substance est associée aux variables suivantes :



L'implication d'une personne au support de la consommation

La durée des symptômes

Le genre de la personne



Lorsque la personne est inexpérimentée avec la substance :

- un.e ami.e de consommation sera plus souvent impliqué.e dans le dosage ou l'injection de la substance;
- les symptômes sont de plus courte durée;
- elle est plus susceptible d'être une femme.

¹⁵ Voir les tableaux suivants dans l'annexe 3 : 68, 69 et 70.

25.5 Fournisseur.euse

Les participant.es nous mentionnent parfois que la personne qui leur vend leur substance est connue d’elles. Le Tableau 18 montre que la personne qui fournit la substance est connue dans 32.7 % des surdoses, ne l’est pas dans 18.2 % des surdoses. Pour 49.1 % des surdoses, l’information n’a pas été communiquée par les participant.es.

Tableau 18
La personne qui fournit est connue du ou de la participant.e

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	10	18.2	35.7	35.7
	Oui	18	32.7	64.3	100.0
	Total	28	50.9	100.0	
Manquant	Système	27	49.1		
Total		55	100.0		

25.5.1 Facteurs associés¹⁶

Le fait de connaître la personne qui fournit de la drogue est associé aux variables suivantes :



Le niveau d’isolement lors du déclenchement des symptômes
L’implication d’un pair

¹⁶ Voir les tableaux suivants dans l’annexe 3 : 71 et 72.



Lorsque la personne qui fournit de la drogue est connue, les participant.es ont tendance :

- à être davantage isolé.es lors du déclenchement des symptômes;
- à ne pas avoir de support au dosage ou à l'absorption.

FAITS SAILLANTS

- Lorsque les surdoses surviennent en contexte d'isolement élevé, les personnes ont consommé plus souvent des opioïdes que des stimulants. Toutes les surdoses qui impliquent des médicaments de prescription comme substance contributrice sont survenues en contexte d'isolement élevé.
- Les femmes sont plus susceptibles d'avoir reçu de l'aide à l'injection ou à la préparation de l'injection.
- L'inexpérience des personnes en lien avec les substances est plus souvent reliée avec l'implication d'un pair dans la préparation ou l'injection.

26. LES SOINS REÇUS

Certains.es participant.es ont mentionné avoir reçu des soins durant leur surdose. Le Tableau 19 montre les fréquences des différents soins reçus (naloxone, ambulance, hôpital, RCR ou absence de soins). Cela concerne 43.6 % des surdoses vécues par les participant.es. Dans les 55 SS, les participant.es sont allé.es à l'hôpital pour 38.2 %, soit les soins les plus couramment reçus.

Tableau 19
Fréquence des soins reçus

	Observations					
	Inclus		Exclu		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
A reçu de la naloxone.	12	21.8%	43	78.2%	55	100.0%
A pris l'ambulance.	13	23.6%	42	76.4%	55	100.0%
Est allé.e à l'hôpital.	21	38.2%	34	61.8%	55	100.0%
A reçu le RCR.	3	5.5%	52	94.5%	55	100.0%
N'a reçu aucuns soins.	24	43.6%	31	56.4%	55	100.0%

UTILISATION ET PORT DE NALOXONE

La naloxone est un antidote qui peut inverser temporairement les effets d'une surdose d'opiacés. Les programmes de distribution de naloxone et de formation des pairs à l'administration s'avèrent très efficaces pour réduire la mortalité. À Montréal, le projet PROFAN permet aux pairs d'être formés par des pairs, et d'être payés pour suivre cette formation. Il s'agit d'un projet très accessible, vers lequel de nombreuses personnes qui utilisent les services de Plein Milieu sont orientées par les travailleuses de rue. Pour les personnes qui ne souhaiteraient pas suivre cette formation complète, les travailleur.euses de rue de Plein Milieu peuvent offrir une formation brève.

Dans le projet, nous avons demandé aux participant.es s'ils avaient été formé.es à l'administration de la naloxone, et s'ils en portaient sur eux. Le Tableau 75 de l'annexe 3 la quantité de personnes qui portent la naloxone sur elles selon leur formation. Les 17 personnes à qui nous avons posé la question, 94.1 % avaient reçu la formation PROFAN, et 70.6 % des participant.es portaient leur naloxone sur elleux au moment de l'entrevue.

Nous avons demandé aux participant.es qui ne portaient pas la naloxone sur elleux de nous expliquer pourquoi.

Méconnaissance de la naloxone

- Toi, est-ce que tu es formé pour administrer la naloxone?
- C'est quoi?
- La naloxone c'est pour prévenir les surdoses d'opiacés.
- Non.
- Tu n'as jamais entendu parler de naloxone?
- Ben non, tu me l'apprends.

Pousse à la prise de risque

Je la gardais à côté. Je m'en suis cõlissé un. Ça fait une couple de mois de ça. Je l'ai pognée icitte justement, la naloxone. J'ai dit OK, je l'essaie. L'affaire, c'est que ça, ça fait faire des risques, pareil. Parce que si j'avais pas eu ça, j'aurais pas pris le risque de m'en cõlisser un gros. Là, je m'en suis cõlissé un gros. J'ai eu le temps de toute le cõlissé dedans. Pi là, j'ai senti, j'ai faite, TSSSST. TSSST. Hey, mais ça m'a ramené, cette affaire-là! Ça a dégelé là. Je parlais... pi ça a faite. BVVVV. Pi je suis reparti après, je m'en ai recõlissé un autre. Pi là, c'est revenu. Mais je suis resté gelé pareil (...) Fait que c'est un cercle finalement. Ok, tu as ça sur le bord. Tu te dis, ok, je m'en pète un gros. Tu joues avec le feu. Au pire, j'ai l'extincteur à côté.

Difficulté à la traîner

Pi je veux pas avoir ça sur moi. Ça m'insécurise pas. Mais c'est parce qu'après 6 mois, c'est plus bon. Il faut que tu changes, pi tout ça. Tsé, des fois, je suis dans la rue. Ça fait pas longtemps que j'ai mon logement. Tsé, des fois, moi, j'ai deux packs sacs. Mais pas maintenant, je suis dans mon appartement. Mais deux packs sacs. Mais j'ai pas le temps de... ben, pas j'ai pas le temps, mais j'ai pas de place pour avoir ça. J'ai de la misère à avoir mes bobettes dans mon sac à dos. Tu comprends?

Ne consomme pas d'opiacés

Ben, je consomme pas d'opiacés. Pi je côtoie pas de gens qui en consomment, fait que...

Ne la porte pas en tout temps

-En as-tu toujours sur toi?

-Sur moi? Non. Chez nous. (...)

UTILISATION DES SITES D'INJECTION SUPERVISÉE¹⁷

Des questions ont été posées aux usagers quant à l'utilisation des sites d'injection supervisés. La question a été posée à 17 personnes. Chez les 17 personnes, seulement deux nous ont dit en faire l'usage.

5 personnes n'en faisaient pas l'utilisation parce que l'injection n'était pas un mode de consommation de choix, ou alors ne les connaissaient pas.

Seulement 2 personnes rencontrées nous ont dit utiliser fréquemment les services des sites d'injection supervisée.

Les 10 autres personnes nous ont mentionné qu'elles pourraient être intéressées par les SIS. Mais l'offre de service ne leur convenait pas pour les raisons suivantes : sentiment de surveillance ou de stigmatisation, atmosphère où on ne veut pas vivre le *high*, mélange avec d'autres utilisateurs, impossibilité d'emmener ton chien, problème d'accessibilité du SIS.

Deux personnes ont expliqué qu'elles ne fréquentaient pas les SIS, en plus que l'offre de service ne leur convenait pas, en mentionnant que leurs pratiques étaient suffisamment sécuritaires (dans un lieu fixe ou avec des ami.es de consommation régulière).

¹⁷ Le projet a été réalisé avant que les SIS n'offrent la possibilité de diversifier les modes de consommation sur place.

LIMITES DU PROJET

Tout d'abord, la première limite concerne la méthode de recrutement pour les entrevues, qui est le bouche-à-oreille. Ainsi, la majeure partie des participant.es faisait partie d'un réseau commun de personnes qui utilisent régulièrement les services de Plein Milieu. La possible homogénéité de ce groupe a potentiellement limité les possibilités de généralisations des résultats. Néanmoins, l'objectif de l'étude était de répondre aux besoins des participant.es de Plein Milieu. En ce sens, le choix du recrutement par bouche-à-oreille a eu du sens pour atteindre cet objectif. De plus, le langage dans lequel se déroulait les entrevues, en français, a limité la possibilité d'avoir différents profils de participant.es. Par exemple, aucun des Inuits atteints par les travailleuses de rue habitant sur le Plateau Mont Royal n'ont été rencontrés.

Une deuxième limite est la tentative de faire des tests statistiques pour repérer rapidement des associations dans des variables. En effet, une analyse statistique comme le chi-carré, réalisée avec un échantillon aussi petit que 18 participants. Une analyse statistique comme le chi-carré nécessite généralement des sous-groupes qui contiennent suffisamment de cas et ce n'est pas toujours le cas pour certaines données. Le deuxième problème avec l'utilisation de tests statistiques est l'absence d'indépendance entre les différentes situations de surdoses surdoses. En effet, une personne peut avoir fait l'expérience de plusieurs situations de surdoses qui seront toutes documentées. Ainsi, plus une personne a pu décrire avec précision de nombreuses surdoses, plus sa perception aura de poids statistique dans le présent projet. Toutefois, comme l'objectif du présent projet est de décrire avec précision les différents types de surdoses, procéder à l'analyse de chi-carré permet de faire émerger certaines corrélations afin de les analyser plus en profondeur. Des analyses que la simple observation des données ne nous auraient pas permis de faire.

Une troisième limite avec le présent projet de recherche est l'utilisation d'un guide d'entrevue semi-structurée qui, entre autres, ne contenait pas de définition formelle d'une surdose. Ce dernier point a mené les participant.es à nous parler des différentes surdoses telles qu'ils l'interprètent. L'objectif était de laisser émerger le plus possible les thèmes chez les participant.es. Cet objectif a bien été rempli puisque les participant.es ont permis de concevoir une définition d'une surdose qui comporte plusieurs dimensions. Toutefois, cette flexibilité n'a pas permis l'exploration

de certaines variables de façon systématique. De plus, la conception ad hoc de variables (telles que les 6 raisons pour lesquelles les participant.es nous disent avoir fait des surdoses) a créé de l'incertitude sur le codage de ces variables. Dans un projet ultérieur, il conviendrait de questionner avec plus de précision les participants sur les différentes raisons de faire des surdoses, sur les délais et durée précises, ainsi que de documenter avec précision l'ensemble des symptômes nommés dans notre démarche.

CINQUIÈME PARTIE : RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS POUR LES UTILISATEUR.TRICES ET LES ORGANISMES

Nous avons présenté l'analyse des entrevues à plusieurs employé.es de l'AQPSUD ainsi que toutes les équipes de Plein Milieu. Nous avons ainsi peaufiné plusieurs recommandations basées sur les données collectées et la recension des écrits. 13 recommandations s'adressent à des personnes qui consomment, et 14 aux organismes qui travaillent avec ces personnes. Elles sont disponibles à l'adresse suivante : www.pleinmilieu.qc.ca/actualites/27-recommandations-pour-la-prevention-des-surdoses/

1. RECOMMANDATIONS POUR LES PERSONNES QUI CONSOMMENT

Les 13 recommandations pour la prévention des surdoses

1. Prévoir un filet de sécurité sur une période étendue
2. Être attentif aux signes précurseurs de l'OD
3. Prévenir les OD pour toutes les substances
4. Ne pas minimiser les risques associés aux médicaments de prescription
5. Doser le hit soigneusement
6. Interrompre toute accumulation de substance
7. Adopter des méthodes sécuritaires pour changer les effets du buzz
8. Détecter la contamination
9. Évaluer la pureté
10. Connaître les contextes de tolérance diminuée
11. Porter la naloxone sur soi
12. Assurer sa sécurité avec d'autres personnes
13. Développer des moyens pour prendre soin de soi

2. PISTES POUR L'INTERVENTION ET LES ORGANISATIONS

1. Connaître les facteurs de risque
2. Oser parler de consommation
3. Parler des OD pour toutes les substances
4. Parler de conso sans stigmatiser
5. Parler de consommation et d'OD aux jeunes
6. Soutenir la planification du filet de sécurité
7. Développer des programmes de prévention des surdoses
8. Débanaliser la consommation d'alcool
9. Adapter culturellement le filet de sécurité
10. Apporter des changements dans les SCS
11. Accroître l'accessibilité de méthodes de testing diversifiées
12. Accroître l'accessibilité de la naloxone
13. Assurer une formation continue auprès des intervenant-es
14. Lutter pour des changements systémiques

BIBLIOGRAPHIE

- Aiguiar, W., & Halseth, R. (2015). *Peuples autochtones et traumatisme historique : Les processus de transmission intergénérationnelle*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccsa-ncccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguiar-Halseth-FR.pdf>
- Alattas, I. M. (2016). Opiophobia : A Barrier to Pain Management. *Journal of King Abdulaziz University - Medical Sciences*, 23(3), 1-7. <https://doi.org/10.4197/Med.23-3.1>
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. The Well Living House Action Research Centre for Indigenous Infant, Child, and Family Health and Wellbeing, St. Michael's Hospital. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Andrews, J. Y., & Kinner, S. A. (2012). Understanding drug-related mortality in released prisoners : A review of national coronial records. *BMC Public Health*, 12, 270. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-270>
- Antolini, G., Pirani, M., Morandi, G., & Sorio, C. (2006). [Gender difference and mortality in a cohort of heroin users in the Provinces of Modena and Ferrara, 1975-1999]. *Epidemiologia E Prevenzione*, 30(2), 91-99.
- ASPC, A. de la santé publique du C. (2018, juin 19). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (publié en juin 2018)* [Éducation et sensibilisation]. Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-juin-2018.html>
- Auger, N., Bilodeau-Bertrand, M., Labesse, M. E., & Kosatsky, T. (2017). Association of elevated ambient temperature with death from cocaine overdose. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.04.019>
- Axelsson, P., Kukutai, T., & Kippen, R. (2016). The field of Indigenous health and the role of colonisation and history. *Journal of Population Research*, 33(1), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s12546-016-9163-2>
- Barbarino, N. (2005, juin). *De la qualité de vie au diagnostic urbain, vers une nouvelle méthode d'évaluation—Le cas de la ville de Lyon*. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2005/barbarino_n#p=0&a=top
- Bargagli, A. M., Sperati, A., Davoli, M., Forastiere, F., & Perucci, C. A. (2001). Mortality among problem drug users in Rome : An 18-year follow-up study, 1980-97. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(10), 1455-1463. <https://doi.org/10.1080/09652140120075189>
- Bartoli, F., Carrà, G., Brambilla, G., Carretta, D., Crocarno, C., Neufeind, J., Baldacchino, A., Humphris, G., & Clerici, M. (2014). Association between depression and non-fatal overdoses among drug users : A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.007>
- Baumblatt, J. A., Wiedeman, C., Dunn, J. R., Schaffner, W., Paulozzi, L. J., & Jones, T. F. (2014). High-risk use by patients prescribed opioids for pain and its role in overdose deaths. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 796-801. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12711>
- Bearmen, M., & Smith, C. (2012). *Systematic review methodology in higher education : Higher Education*. 31(5), 625-640.
- Beauchesne, L. (2001). *Drogues : Les coûts cachés de prohibition* (BAYARD). Bayard Canada. https://www.renaud-bray.com/Livre_Numerique_Produit.aspx?id=1414760&def=Drogues%3a+les+co%3%bbts+cach%3%a9s+de+prohibition%2cBEAUCHESNE%2c+LINE%2c9782895798163
- Beaune, S., Ricard-Hibon, A., Belpomme, V., & Marty, J. (2007). Analgésie en urgence chez l'adulte. [https://www.em-consulte.com/en/article/61545](https://www.em-consulte.com/en/article/61545/data/traites/ug0/25-43603/)
- Beletsky, L., & Davis, C. S. (2017). Today's fentanyl crisis : Prohibition's Iron Law, revisited. *International Journal of Drug Policy*, 46, 156-159. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.050>

- Blair, D. P. J. (2005). *Rights Of Aboriginal Women On- And Off-Reserve*. 18.
- Bohnert, A. S. B., Nandi, A., Tracy, M., Cerdá, M., Tardiff, K. J., Vlahov, D., & Galea, S. (2011). Policing and risk of overdose mortality in urban neighborhoods. *Drug and Alcohol Dependence*, *113*(1), 62-68. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.008>
- Bohnert, A. S. B., Prescott, M. R., Vlahov, D., Tardiff, K. J., & Galea, S. (2010). Ambient temperature and risk of death from accidental drug overdose in New York City, 1990–2006. *Addiction*, *105*(6), 1049-1054. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02887.x>
- Bohnert, A. S. B., Roeder, K., & Ilgen, M. A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users : A review of overlap and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, *110*(3), 183-192. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.010>
- Bohnert, A. S. B., Valenstein, M., Bair, M. J., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., Ilgen, M. A., & Blow, F. C. (2011). Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *JAMA*, *305*(13), 1315-1321. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.370>
- Boscarino, J. A., Kirchner, H. L., Pitcavage, J. M., Nadipelli, V. R., Ronquest, N. A., Fitzpatrick, M. H., & Han, J. J. (2016). Factors associated with opioid overdose : A 10-year retrospective study of patients in a large integrated health care system. *Substance Abuse and Rehabilitation*, *7*, 131-141. <https://doi.org/10.2147/SAR.S108302>
- Bourassa, C. (2009). *Reconceiving Notions of Aboriginal Identity*. 33.
- Boyes, A. P. (1994). Repetition of overdose : A retrospective 5-year study*. *Journal of Advanced Nursing*, *20*(3), 462-468. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb02382.x>
- Braden, J. B., Edlund, M. J., & Sullivan, M. D. (2017). Suicide Deaths With Opioid Poisoning in the United States : 1999–2014. *American Journal of Public Health*, *107*(3), 421-426. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303591>
- Brady, J. E., Giglio, R., Keyes, K. M., DiMaggio, C., & Li, G. (2017). Risk markers for fatal and non-fatal prescription drug overdose : A meta-analysis. *Injury Epidemiology*, *4*(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40621-017-0118-7>
- Brancato, V., Delvecchio, G., & Simone, P. (1995). [Survival and mortality in a cohort of heroin addicts in 1985-1994]. *Minerva Medica*, *86*(3), 97-99.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brooks, M. J. (2014). Mitigating the safety risks of drugs with a focus on opioids : Are risk evaluation and mitigation strategies the answer? *Mayo Clinic Proceedings*, *89*(12), 1673-1684. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.003>
- Cabral, T. S. (2017). The 15th anniversary of the Portuguese drug policy : Its history, its success and its future. *Drug Science, Policy and Law*, *3*, 2050324516683640. <https://doi.org/10.1177/2050324516683640>
- Calcaterra, S., Glanz, J., & Binswanger, I. A. (2013). National Trends in Pharmaceutical Opioid Related Overdose Deaths Compared to other Substance Related Overdose Deaths : 1999-2009. *Drug and alcohol dependence*, *131*(3), 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.018>
- Cama, E., Brener, L., Wilson, H., & Hippel, C. von. (2016). Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs. *Substance Use & Misuse*, *51*(12), 1664-1668. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1188951>
- Canada, B. et A. (2017, février 23). *L'histoire des premiers immigrants chinois au Canada*. <http://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/immigration/histoire-ethniques-culturels/premiers-canadiens-chinoise/Pages/histoire.aspx?=&wbdisable=true>
- Carroll, J. J., Marshall, B. D. L., Rich, J. D., & Green, T. C. (2017). Exposure to fentanyl-contaminated heroin and overdose risk among illicit opioid users in Rhode Island : A mixed methods study. *International Journal of Drug Policy*, *46*, 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.023>
- Castillo, T. (2016, avril 15). *The real reason cocaine, heroin and marijuana are illegal has nothing to do with addiction*. Salon. https://www.salon.com/2016/04/15/the_real_reasons_cocaine_heroin_and_other_drugs_partner/
- Caulkins, J. P., & Menefee, R. (2009). Is Objective Risk All That Matters When It Comes to Drugs? *Journal of Drug*

- Policy Analysis*, 2(1). <https://doi.org/10.2202/1941-2851.1005>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- CDC. (2018, septembre 4). *Prescription Painkiller Overdoses*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/prescriptionpainkilleroverdoses/index.html>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2015). *Décès impliquant le fentanyl au Canada, de 2009 à 2014*.
- Cerdá, M., Ransome, Y., Keyes, K. M., Koenen, K. C., Tardiff, K., Vlahov, D., & Galea, S. (2013). Revisiting the role of the urban environment in substance use : The case of analgesic overdose fatalities. *American Journal of Public Health*, 103(12), 2252-2260. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301347>
- Cerdá, M., Ransome, Y., Keyes, K. M., Koenen, K. C., Tracy, M., Tardiff, K. J., Vlahov, D., & Galea, S. (2013). Prescription opioid mortality trends in New York City, 1990–2006 : Examining the emergence of an epidemic. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1), 53-62. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.027>
- Chadi, N., & Hadland, S. E. (2019). Youth Access to Naloxone : The Next Frontier? *Journal of Adolescent Health*, 65(5), 571-572. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.005>
- Ciccarone, D. (2017). Fentanyl in the US heroin supply : A rapidly changing risk environment. *The International Journal on Drug Policy*, 46, 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.06.010>
- Ciccarone, D., Ondocsin, J., & Mars, S. G. (2017). Heroin uncertainties : Exploring users' perceptions of fentanyl-adulterated and -substituted 'heroin'. *International Journal of Drug Policy*, 46, 146-155. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.06.004>
- Ciccolallo, L., Morandi, G., Pavarin, R., Sorio, C., & Buiatti, E. (2000). [Mortality risk in intravenous drug users in Emilia Romagna region and its socio-demographic determinants. Results of a longitudinal study]. *Epidemiologia E Prevenzione*, 24(2), 75-80.
- Cicero, T. J., Kurtz, S. P., Surratt, H. L., Ibanez, G. E., Ellis, M. S., Levi-Minzi, M. A., & Inciardi, J. A. (2011). Multiple Determinants of Specific Modes of Prescription Opioid Diversion. *Journal of Drug Issues*, 41(2), 283-304. <https://doi.org/10.1177/002204261104100207>
- Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A., Ompad, D., Vlahov, D., & Galea, S. (2007). Identifying Injection Drug Users at Risk of Nonfatal Overdose. *Academic Emergency Medicine*, 14(7), 616-623. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2007.tb01846.x>
- Colledge, S., Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Grebely, J., Hickman, M., Cunningham, E., Trickey, A., Stone, J., Vickerman, P., & Degenhardt, L. (2019). The prevalence of non-fatal overdose among people who inject drugs : A multi-stage systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.030>
- Compton, W. M., Jones, C. M., & Baldwin, G. T. (2016). Relationship between Nonmedical Prescription-Opioid Use and Heroin Use. *New England Journal of Medicine*, 374(2), 154-163. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1508490>
- Conaghan, P. G. (2012). A turbulent decade for NSAIDs : Update on current concepts of classification, epidemiology, comparative efficacy, and toxicity. *Rheumatology International*, 32(6), 1491-1502. <https://doi.org/10.1007/s00296-011-2263-6>
- Cook, S., Moeschler, O., Michaud, K., & Yersin, B. (1998). Acute opiate overdose : Characteristics of 190 consecutive cases. *Addiction*, 93(10), 1559-1565. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9310155913.x>
- Coomber, R. (2016, mai 13). *Social Fear, Drug-Related Beliefs, and Drug Policy*. *Drugs and Culture*. <https://doi.org/10.4324/9781315578200-8>
- Copeland, L., Budd, J., Robertson, J. R., & Elton, R. A. (2004). Changing patterns in causes of death in a cohort of injecting drug users, 1980-2001. *Archives of Internal Medicine*, 164(11), 1214-1220. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1214>
- Cornet, W. (2013). *Indian Status, Band Membership, First Nation Citizenship, Kinship, Gender, and Race : Reconsidering the Role of Federal Law*. 5, 21.
- Couto e Cruz, C., Salom, C. L., Dietze, P., Lenton, S., Burns, L., & Alati, R. (2018). Frequent experience of

- discrimination among people who inject drugs : Links with health and wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.009>
- Cressman, A. M., Mazereeuw, G., Guan, Q., Jia, W., Gomes, T., & Juurlink, D. N. (2017). Availability of naloxone in Canadian pharmacies: a population-based survey. *CMAJ Open*, 5(4), E779-E784. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170123>
- Crome, P. (1993). The toxicity of drugs used for suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(S371), 33-37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb05371.x>
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Suicide and fatal drug overdose in child sexual abuse victims : A historical cohort study. *The Medical Journal of Australia*, 192(4), 184-187. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03475.x>
- Cvetkovski, S., & Dietze, P. (2008). The incidence and characteristics of volatile substance use related ambulance attendances in metropolitan Melbourne, Australia. *Social Science & Medicine*, 66(3), 776-783. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.002>
- Daigle, J.-M., Tremblay, É., Beaulieu, C., Breton, M.-C., Bouchard, S., & Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). (2018). *Portrait de l'usage des opioïdes chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Portrait_Opio%C3%AFdes.pdf
- Daniulaityte, R., Falck, R., & Carlson, R. G. (2012). "I'm not afraid of those ones just 'cause they've been prescribed" : Perceptions of risk among illicit users of pharmaceutical opioids. *The International journal on drug policy*, 23(5), 374-384. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.01.012>
- Darke, S. (2016). Heroin overdose. *Addiction*, 111(11), 2060-2063. <https://doi.org/10.1111/add.13516>
- Darke, S., Duflou, J., & Torok, M. (2010). Comparative Toxicology of Intentional and Accidental Heroin Overdose*. *Journal of Forensic Sciences*, 55(4), 1015-1018. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01385.x>
- Darke, S., & Hall, W. (2003). Heroin overdose : Research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(2), 189-200. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg022>
- Dasgupta, N., Beletsky, L., & Ciccarone, D. (2017). Opioid Crisis : No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American Journal of Public Health*, 108(2), 182-186. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304187>
- Dasgupta, N., Mandl, K. D., & Brownstein, J. S. (2009). Breaking the News or Fueling the Epidemic? Temporal Association between News Media Report Volume and Opioid-Related Mortality. *PLoS ONE*, 4(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007758>
- Davis, C. S., & Carr, D. H. (2017). Self-regulating profession? Administrative discipline of « pill mill » physicians in Florida. *Substance Abuse*, 38(3), 265-268. <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1316812>
- Davrout, S. J. (1909, juin). La question de l'opium. *La Nouvelle-France*. <http://numerique.banq.qc.ca/DEA>. (2016). *Counterfeit Prescription Pills Containing Fentanyls : A Global Threat*. Dea.Gov.
- Decety, J., Echols, S., & Correll, J. (2009). The Blame Game : The Effect of Responsibility and Social Stigma on Empathy for Pain. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(5), 985-997. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21266>
- Department of Justice. (2009). *Biopharmaceutical Company, Cephalon, to Pay \$425 Million & Enter Plea to Resolve Allegations of Off-Label Marketing*. <https://www.justice.gov/archive/opa/pr/2008/September/08-civ-860.html>
- Department of Justice. (2016). *Pharmaceutical Executives Charged in Racketeering Scheme*. <https://www.justice.gov/usao-ma/pr/pharmaceutical-executives-charged-racketeering-scheme>
- Dhalla, I. A., Mamdani, M. M., Sivilotti, M. L. A., Kopp, A., Qureshi, O., & Juurlink, D. N. (2009). Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 181(12), 891-896. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090784>
- Dietze, P., Jolley, D., Fry, C. L., Bammer, G., & Moore, D. (2006). When is a little knowledge dangerous? : Circumstances of recent heroin overdose and links to knowledge of overdose risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(3), 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.02.005>

- Doe-Simkins, M., Walley, A. Y., Epstein, A., & Moyer, P. (2009). Saved by the Nose : Bystander-Administered Intranasal Naloxone Hydrochloride for Opioid Overdose. *American Journal of Public Health, 99*(5), 788-791. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.146647>
- DRSP, D. R. de la santé P. (2017). *Projet d'analyse des drogues dans l'urine- Montréal- Août 2017*.
- DRSP, D. R. de la santé P. (2018). *Projet d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui utilisent des drogues- résultats sur la présence de Fentanyl*.
- DRSP, D. R. de la santé P. (2019). *Projet d'analyse de drogues dans l'urine de personnes qui utilisent des drogues- Septembre 2019- Premiers résultats*.
- Enteen, L., Bauer, J., McLean, R., Wheeler, E., Huriaux, E., Kral, A. H., & Bamberger, J. D. (2010). Overdose prevention and naloxone prescription for opioid users in San Francisco. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 87*(6), 931-941. <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9495-8>
- Evans, W. N., Lieber, E. M. J., & Power, P. (2018). How the Reformulation of OxyContin Ignited the Heroin Epidemic. *The Review of Economics and Statistics, 101*(1), 1-15. https://doi.org/10.1162/rest_a_00755
- Fischer, B., & Argento, E. (2012). Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada : A review. *Pain Physician, 15*(3 Suppl), ES191-203.
- FNHA. (2017). *Overdose Data And First Nations In BC: Preliminary Findings*. https://www.fnha.ca/AboutSite/NewsAndEventsSite/NewsSite/Documents/FNHA_OverdoseDataAndFirstNationsInBC_PreliminaryFindings_FinalWeb_July2017.pdf
- Frank, D., Mateu-Gelabert, P., Guarino, H., Bennett, A., Wendel, T., Jessell, L., & Teper, A. (2015). High risk and little knowledge : Overdose experiences and knowledge among young adult nonmedical prescription opioid users. *The International Journal on Drug Policy, 26*(1), 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.013>
- Franklin, G. M., Mai, J., Wickizer, T., Turner, J. A., Fulton-Kehoe, D., & Grant, L. (2005). Opioid dosing trends and mortality in Washington State workers' compensation, 1996-2002. *American Journal of Industrial Medicine, 48*(2), 91-99. <https://doi.org/10.1002/ajim.20191>
- Goedel, W. C., Green, T. C., Viner-Brown, S., Rich, J. D., & Marshall, B. D. L. (2019). Increased overdose mortality during the first week of the month : Revisiting the “check effect” through a spatial lens. *Drug and Alcohol Dependence, 197*, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.024>
- Goedel, W. C., Marshall, B. D. L., Spangler, K. R., Alexander-Scott, N., Green, T. C., Wellenius, G. A., & Weinberger, K. R. (2019). Increased Risk of Opioid Overdose Death Following Cold Weather : A Case-Crossover Study. *Epidemiology (Cambridge, Mass.), 30*(5), 637-641. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000001041>
- Goffman, E. (1963). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps* (Éditions de Minuit). DEMINUIT.
- Gomes, T., Juurlink, D. N., Dhalla, I. A., Mailis-Gagnon, A., Paterson, J. M., & Mamdani, M. M. (2011). Trends in opioid use and dosing among socio-economically disadvantaged patients. *Open Medicine, 5*(1), e13-e22.
- Gomes, T., Mamdani, M. M., Dhalla, I. A., Paterson, J. M., & Juurlink, D. N. (2011). Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain. *Archives of Internal Medicine, 171*(7), 686-691. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.117>
- Government of Canada, S. C. (2019, mai 30). *Le Quotidien—Variation de l'espérance de vie selon certaines causes de décès, 2017*. Canada.ca. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190530/dq190530d-fra.htm>
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1 : Determinants and disease patterns. *The Lancet, 374*(9683), 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
- Green, T. C., Dauria, E. F., Bratberg, J., Davis, C. S., & Walley, A. Y. (2015). Orienting patients to greater opioid safety : Models of community pharmacy-based naloxone. *Harm Reduction Journal, 12*(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12954-015-0058-x>
- Green, T. C., Grau, L. E., Blinnikova, K. N., Torban, M., Krupitsky, E., Ilyuk, R., Kozlov, A., & Heimer, R. (2009). Social and structural aspects of the overdose risk environment in St. Petersburg, Russia. *International Journal of Drug Policy, 20*(3), 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.07.002>
- Green, T. C., Grau, L. E., Carver, H. W., Kinzly, M., & Heimer, R. (2011). Epidemiologic trends and geographic patterns of fatal opioid intoxications in Connecticut, USA : 1997 – 2007. *Drug and alcohol dependence, 119*(1-2), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.002>

- 115(3), 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.007>
- Green, T. C., McGowan, S. K., Yokell, M. A., Pouget, E. R., & Rich, J. D. (2012). HIV infection and risk of overdose : A systematic review and meta-analysis. *AIDS (London, England)*, 26(4), 403-417. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834f19b6>
- Griffin, O. H., & Miller, B. L. (2011). OxyContin and a Regulation Deficiency of the Pharmaceutical Industry : Re-thinking State-Corporate Crime. *Critical Criminology*, 19(3), 213-226. <https://doi.org/10.1007/s10612-010-9113-9>
- Guay, C., & Ellington, L. (2019). *La gouvernance autochtone des services en protection de la jeunesse*. Commissio d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Fiches_synthese/Gouvernance_autochtone_des_services_en_protection_de_la_jeunesse.pdf
- Hadland, S. E., Krieger, M. S., & Marshall, B. D. L. (2017). Industry Payments to Physicians for Opioid Products, 2013-2015. *American Journal of Public Health*, 107(9), 1493-1495. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303982>
- Haegerich, T. M., Paulozzi, L. J., Manns, B. J., & Jones, C. M. (2014). What we know, and don't know, about the impact of state policy and systems-level interventions on prescription drug overdose. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 34-47. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.001>
- Hagemeyer, N. E., Gray, J. A., & Pack, R. P. (2013). Prescription drug abuse : A comparison of prescriber and pharmacist perspectives. *Substance Use & Misuse*, 48(9), 761-768. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787101>
- Halevi, G., Moed, H., & Bar-Ilan, J. (2017). Suitability of Google Scholar as a source of scientific information and as a source of data for scientific evaluation—Review of the Literature. *Journal of Informetrics*, 11(3), 823-834. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2017.06.005>
- Hall, A. J., Logan, J. E., Toblin, R. L., Kaplan, J. A., Kraner, J. C., Bixler, D., Crosby, A. E., & Paulozzi, L. J. (2008). Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities. *JAMA*, 300(22), 2613-2620. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.802>
- Harduar, L. M., Steege, A. L., & Luckhaupt, S. E. (2018). Occupational Patterns in Unintentional and Undetermined Drug-Involved and Opioid-Involved Overdose Deaths—United States, 2007–2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(33), 925-930. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6733a3>
- Harzing, A.-W., & Alakangas, S. (2016). Google Scholar, Scopus and the Web of Science : A longitudinal and cross-disciplinary comparison. *Scientometrics*, 106(2), 787-804. <https://doi.org/10.1007/s11192-015-1798-9>
- Hedegaard, H., Minino, A. M., & Warner, M. (2017). *Drug Overdose Deaths in the United States, 1999-2017* (Data Brief N° 329). National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/products/data-briefs/db294.htm>
- Hedegaard, H., Warner, M., & Minino, A. M. (2017). Drug Overdose Deaths in the United States, 1999-2015. *NCHS Data Brief*, 273, 1-8.
- Hickman, M., Lingford-Hughes, A., Bailey, C., Macleod, J., Nutt, D., & Henderson, G. (2008). Does alcohol increase the risk of overdose death : The need for a translational approach. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(7), 1060-1062. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02134.x>
- Hunter, J. (2001). Demographic variables and chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(4 Suppl), S14-19.
- IMUS, I. of M. (US) C. on A. P. R., Care, and Education. (2011). *Relieving Pain in America : A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK91497/>
- Jann, M., Kennedy, W. K., & Lopez, G. (2014). Benzodiazepines : A Major Component in Unintentional Prescription Drug Overdoses With Opioid Analgesics. *Journal of Pharmacy Practice*, 27(1), 5-16. <https://doi.org/10.1177/0897190013515001>
- Johnson, E. M., Lanier, W. A., Merrill, R. M., Crook, J., Porucznik, C. A., Rolfs, R. T., & Sauer, B. (2013). Unintentional Prescription Opioid-Related Overdose Deaths : Description of Decedents by Next of Kin or Best

- Contact, Utah, 2008–2009. *Journal of General Internal Medicine*, 28(4), 522-529. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2225-z>
- Jones, C. M., Compton, W., Vythilingam, M., & Giroir, B. (2019). Naloxone Co-prescribing to Patients Receiving Prescription Opioids in the Medicare Part D Program, United States, 2016-2017. *JAMA*, 322(5), 462-464. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.7988>
- Jones, C. M., Mack, K. A., & Paulozzi, L. J. (2013). Pharmaceutical Overdose Deaths, United States, 2010. *JAMA*, 309(7), 657-659. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.272>
- Katz, N., Panas, L., Kim, M., Audet, A. D., Bilansky, A., Eadie, J., Kreiner, P., Paillard, F. C., Thomas, C., & Carrow, G. (2010). Usefulness of prescription monitoring programs for surveillance—Analysis of Schedule II opioid prescription data in Massachusetts, 1996–2006. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19(2), 115-123. <https://doi.org/10.1002/pds.1878>
- Kaye, S., & Darke, S. (2004). Non-fatal cocaine overdose among injecting and non-injecting cocaine users in Sydney, Australia. *Addiction*, 99(10), 1315-1322. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00875.x>
- Keller, C. E., Ashrafioun, L., Neumann, A. M., Van Klein, J., Fox, C. H., & Blondell, R. D. (2012). Practices, perceptions, and concerns of primary care physicians about opioid dependence associated with the treatment of chronic pain. *Substance Abuse*, 33(2), 103-113. <https://doi.org/10.1080/08897077.2011.630944>
- Kerr, T., Fairbairn, N., Tyndall, M., Marsh, D., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2007). Predictors of non-fatal overdose among a cohort of polysubstance-using injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.07.009>
- Kilmer, B., Sohler Everingham, S. S., Caulkins, J. P., Midgette, G., Pacula, R. L., Reuter, P., Burns, R. M., Han, B., & Lundberg, R. (2014). *What America's Users Spend on Illegal Drugs: 2000–2010* [Product Page]. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR534.html
- King, N. B., Fraser, V., Boikos, C., Richardson, R., & Harper, S. (2014). Determinants of Increased Opioid-Related Mortality in the United States and Canada, 1990–2013 : A Systematic Review. *American Journal of Public Health*, 104(8), e32-e42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301966>
- Klar, S. A., Brodtkin, E., Gibson, E., Padhi, S., Predy, C., Green, C., & Lee, V. (2016). Furanyl-fentanyl overdose events caused by smoking contaminated crack cocaine—British Columbia, Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada; Research, Policy and Practice*, 36(9), 2.
- Knowlton, A., Weir, B. W., Hazzard, F., Olsen, Y., McWilliams, J., Fields, J., & Gaasch, W. (2013). EMS runs for suspected opioid overdose : Implications for surveillance and prevention. *Prehospital Emergency Care: Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 17(3), 317-329. <https://doi.org/10.3109/10903127.2013.792888>
- Lacroix, L., Thurgur, L., Orkin, A. M., Perry, J. J., & Stiell, I. G. (2018). Emergency physicians' attitudes and perceived barriers to the implementation of take-home naloxone programs in Canadian emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 20(1), 46-52. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.390>
- Latimer, J., Ling, S., Flaherty, I., Jauncey, M., & Salmon, A. M. (2016). Risk of fentanyl overdose among clients of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 37, 111-114. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.08.004>
- Latkin, C. A., Gicquelais, R. E., Clyde, C., Dayton, L., Davey-Rothwell, M., German, D., Falade-Nwulia, S., Saleem, H., Fingerhood, M., & Tobin, K. (2019). Stigma and drug use settings as correlates of self-reported, non-fatal overdose among people who use drugs in Baltimore, Maryland. *International Journal of Drug Policy*, 68, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.012>
- Latkin, C. A., Hua, W., & Tobin, K. (2004). Social network correlates of self-reported non-fatal overdose. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.09.005>
- Latkin, C. A., Knowlton, A. R., & Sherman, S. (2001). Routes of drug administration, differential affiliation, and lifestyle stability among cocaine and opiate users : Implications to HIV prevention. *Journal of Substance Abuse*, 13(1), 89-102. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(01\)00070-0](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(01)00070-0)
- Lavalley, J., Kastor, S., Valleriani, J., & McNeil, R. (2018). Reconciliation and Canada's overdose crisis : Responding

- to the needs of Indigenous Peoples. *CMAJ*, 190(50), E1466-E1467. <https://doi.org/10.1503/cmaj.181093>
- Lembke, A. (2013). Why doctors prescribe opioids to known opioid abusers. How cultural attitudes and financial disincentives affect the prescribing habits of physicians. *Minnesota medicine*, 96(3), 36-37.
- Lister, S., Seddon, T., Wincup, E., Barrett, S., & Traynor, P. (2008). *Street policing of problem drug users*.
- Lloyd, C. (2013). The stigmatization of problem drug users : A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(2), 85-95. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.743506>
- MacDougall, L., Smolina, K., Otterstatter, M., Zhao, B., Chong, M., Godfrey, D., Mussavi-Rizi, A., Sutherland, J., Kuo, M., & Kendall, P. (2019). Development and characteristics of the Provincial Overdose Cohort in British Columbia, Canada. *PLoS ONE*, 14(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210129>
- Macmadu, A., Carroll, J. J., Hadland, S. E., Green, T. C., & Marshall, B. D. L. (2017). Prevalence and correlates of fentanyl-contaminated heroin exposure among young adults who use prescription opioids non-medically. *Addictive Behaviors*, 68, 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.014>
- Madadi, P., Hildebrandt, D., Lauwers, A. E., & Koren, G. (2013). Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity : A population-based study in Ontario, Canada. *PLoS One*, 8(4), e60600. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060600>
- Madah-Amiri, D., Skulberg, A. K., Braarud, A.-C., Dale, O., Heyerdahl, F., Lobmaier, P., & Clausen, T. (2019). Ambulance-attended opioid overdoses : An examination into overdose locations and the role of a safe injection facility. *Substance Abuse*, 40(3), 383-388. <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1485130>
- Madras, B. K. (2017). The Surge of Opioid Use, Addiction, and Overdoses : Responsibility and Response of the US Health Care System. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 441-442. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0163>
- Mallatt, J. (2018). *The Effect of Prescription Drug Monitoring Programs on Opioid Prescriptions and Heroin Crime Rates* (SSRN Scholarly Paper ID 3050692). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3050692>
- Mars, S. G., Bourgois, P., Karandinos, G., Montero, F., & Ciccarone, D. (2014). « Every “never” I ever said came true » : Transitions from opioid pills to heroin injecting. *The International Journal on Drug Policy*, 25(2), 257-266. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.004>
- Martin-Martin, A., Orduna-Malea, E., Harzing, A.-W., & Delgado López-Cózar, E. (2017). Can we use Google Scholar to identify highly-cited documents? *Journal of Informetrics*, 11(1), 152-163. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2016.11.008>
- Martins, S. S., Sampson, L., Cerdá, M., & Galea, S. (2015). Worldwide Prevalence and Trends in Unintentional Drug Overdose : A Systematic Review of the Literature. *American Journal of Public Health*, 105(11), e29-e49. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302843>
- Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C., Hirsch, C. S., Portera, L., Iqbal, M. I., Nock, M. K., & Hartwell, N. (1998). Ambient Temperature and Mortality From Unintentional Cocaine Overdose. *JAMA*, 279(22), 1795-1800. <https://doi.org/10.1001/jama.279.22.1795>
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L., & Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs : A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 102-123. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.108282>
- McCall Jones, C., Baldwin, G. T., & Compton, W. M. (2017). Recent Increases in Cocaine-Related Overdose Deaths and the Role of Opioids. *American Journal of Public Health*, 107(3), 430-432. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303627>
- Mcgregor, C., Darke, S., Ali, R., & Christie, P. (1998). Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia : Circumstances and risk perceptions. *Addiction*, 93(5), 701-711. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9357016.x>
- McLean, K. (2016). « There’s nothing here » : Deindustrialization as risk environment for overdose. *The International Journal on Drug Policy*, 29, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.01.009>
- Merchant, R. C., Schwartzapfel, B. L., Wolf, F. A., Li, W., Carlson, L., & Rich, J. D. (2006). Demographic, Geographic, and Temporal Patterns of Ambulance Runs for Suspected Opiate Overdose in Rhode Island, 1997–

2002. *Substance Use & Misuse*, 41(9), 1209-1226. <https://doi.org/10.1080/10826080600751898>
- Miller, C. L., Kerr, T., Strathdee, S. A., Li, K., & Wood, E. (2007). Factors associated with premature mortality among young injection drug users in Vancouver. *Harm Reduction Journal*, 4, 1. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-4-1>
- Miller, M., Barber, C. W., Leatherman, S., Fonda, J., Hermos, J. A., Cho, K., & Gagnon, D. R. (2015). Prescription opioid duration of action and the risk of unintentional overdose among patients receiving opioid therapy. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 608-615. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8071>
- Milloy, M.-J. S., Kerr, T., Mathias, R., Zhang, R., Montaner, J. S., Tyndall, M., & Wood, E. (2008). Non-Fatal Overdose Among a Cohort of Active Injection Drug Users Recruited from a Supervised Injection Facility. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(4), 499-509. <https://doi.org/10.1080/00952990802122457>
- Milloy, M.-J., Wood, E., Reading, C., Kane, D., Montaner, J., & Kerr, T. (2010). Elevated overdose mortality rates among First Nations individuals in a Canadian setting : A population-based analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(11), 1962-1970. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03077.x>
- Mitchell, T., & Maracle, D. (2005). *Healing the Generations : Post-Traumatic Stress and the Health Status of Aboriginal Populations in Canada | The Homeless Hub*.
- Modarai, F., Mack, K., Hicks, P., Benoit, S., Park, S., Jones, C., Proescholdbell, S., Ising, A., & Paulozzi, L. (2013). Relationship of opioid prescription sales and overdoses, North Carolina. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 81-86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.006>
- Montoya-Ramírez, J. P., Peña-Gutiérrez, A., Sánchez-Barrios, D. N., Méndez-Bonilla, A. F., Escobar-Pérez, J. L., & Rubio, M. A. H.-. (2019). Suicide Pact in a Cocaine Related Death : A Case Report. *Journal of Forensic Science and Toxicology*, 2(1). <http://www.remedypublications.com/journal-of-forensic-science-and-toxicology-abstract.php?aid=5534>
- Moustaqim-Barrette, A., Elton-Marshall, T., Leece, P., Morissette, C., Rittenbach, K., & Buxton, J. (2019). *Environmental Scan Naloxone Access and Distribution in Canada*. <https://doi.org/10.14288/1.0379400>
- Mueller, S. R., Walley, A. Y., Calcaterra, S. L., Glanz, J. M., & Binswanger, I. A. (2015). A Review of Opioid Overdose Prevention and Naloxone Prescribing : Implications for Translating Community Programming Into Clinical Practice. *Substance Abuse*, 36(2), 240-253. <https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1010032>
- The Indian problem, 6810, Record Group 10 (1920).
- Neale, J., Tompkins, C., & Sheard, L. (2008). Barriers to accessing generic health and social care services : A qualitative study of injecting drug users. *Health & Social Care in the Community*, 16(2), 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x>
- Neira-León, M., Barrio, G., Bravo, M. J., Brugal, M. T., de la Fuente, L., Domingo-Salvany, A., Pulido, J., Santos, S., & Project Itinere Group. (2011). Infrequent opioid overdose risk reduction behaviours among young adult heroin users in cities with wide coverage of HIV prevention programmes. *The International Journal on Drug Policy*, 22(1), 16-25. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.06.003>
- New York City Department of Health and Mental Hygiene. (2010). *Illicit Drug Use in New York*. <https://www1.nyc.gov/>. <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf>
- Nuckols, T. K., Anderson, L., Popescu, I., Diamant, A. L., Doyle, B., Di Capua, P., & Chou, R. (2014). Opioid prescribing : A systematic review and critical appraisal of guidelines for chronic pain. *Annals of Internal Medicine*, 160(1), 38-47. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-160-1-201401070-00732>
- Otterstatter, M. C., Amlani, A., Guan, T. H., Richardson, L., & Buxton, J. A. (2016). Illicit drug overdose deaths resulting from income assistance payments : Analysis of the 'check effect' using daily mortality data. *International Journal of Drug Policy*, 33, 83-87. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.05.010>
- Pagano, A. (2018, mars). *The racist origins of marijuana prohibition*. Business Insider. <https://www.businessinsider.com/racist-origins-marijuana-prohibition-legalization-2018-2>
- Paradies, Y. (2016). Colonisation, racism and indigenous health. *Journal of Population Research*, 33(1), 83-96. <https://doi.org/10.1007/s12546-016-9159-y>
- Park, J. N., Weir, B. W., Allen, S. T., Chaulk, P., & Sherman, S. G. (2018). Fentanyl-contaminated drugs and non-

- fatal overdose among people who inject drugs in Baltimore, MD. *Harm Reduction Journal*, 15(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0240-z>
- Park, T. W., Lin, L. A., Hosanagar, A., Kogowski, A., Paige, K., & Bohnert, A. S. B. (2016a). Understanding Risk Factors for Opioid Overdose in Clinical Populations to Inform Treatment and Policy. *Journal of Addiction Medicine*, 10(6), 369-381. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000245>
- Park, T. W., Lin, L. A., Hosanagar, A., Kogowski, A., Paige, K., & Bohnert, A. S. B. (2016b). Understanding Risk Factors for Opioid Overdose in Clinical Populations to Inform Treatment and Policy. *Journal of Addiction Medicine*, 10(6), 369. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000245>
- Patrick, S. W., Fry, C. E., Jones, T. F., & Buntin, M. B. (2016). Implementation Of Prescription Drug Monitoring Programs Associated With Reductions In Opioid-Related Death Rates. *Health Affairs*, 35(7), 1324-1332. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1496>
- Paulozzi, L. J. (2012). Prescription drug overdoses: A review. *Journal of Safety Research*, 43(4), 283-289. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.08.009>
- Paulozzi, L. J., Kilbourne, E. M., Shah, N. G., Nolte, K. B., Desai, H. A., Landen, M. G., Harvey, W., & Loring, L. D. (2012). A history of being prescribed controlled substances and risk of drug overdose death. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 13(1), 87-95. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01260.x>
- Paulozzi, L. J., & Xi, Y. (2008). Recent changes in drug poisoning mortality in the United States by urban–rural status and by drug type. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17(10), 997-1005. <https://doi.org/10.1002/pds.1626>
- Quinn, K., Boone, L., Scheidell, J. D., Mateu-Gelabert, P., McGorray, S. P., Beharie, N., Cottler, L. B., & Khan, M. R. (2016). The relationships of childhood trauma and adulthood prescription pain reliever misuse and injection drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.09.021>
- Romach, M. K., Schoedel, K. A., & Sellers, E. M. (2013). Update on tamper-resistant drug formulations. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.028>
- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2004). Gender differences in chronic pain—Findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 5(3), 105-117. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2004.01.004>
- Schatman, M. E. (2011). The Role of the Health Insurance Industry in Perpetuating Suboptimal Pain Management. *Pain Medicine*, 12(3), 415-426. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01061.x>
- Schatman, M. E., & Webster, L. R. (2015). The health insurance industry: Perpetuating the opioid crisis through policies of cost-containment and profitability. *Journal of Pain Research*, 8, 153-158. <https://doi.org/10.2147/JPR.S83368>
- Scholl, L., Seth, P., Kariisa, M., Wilson, N., & Baldwin, G. (2018). Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths—United States, 2013–2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(5152), 1419-1427. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm675152e1>
- Seal, K. H., Kral, A. H., Gee, L., Moore, L. D., Bluthenthal, R. N., Lorvick, J., & Edlin, B. R. (2001). Predictors and Prevention of Nonfatal Overdose Among Street-Recruited Injection Heroin Users in the San Francisco Bay Area, 1998–1999 | *AJPH* | Vol. 91 Issue 11. *American Journal of Public Health*, 91(11). <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.91.11.1842>
- Seth, P., Scholl, L., Rudd, R. A., & Bacon, S. (2018). Overdose Deaths Involving Opioids, Cocaine, and Psychostimulants—United States, 2015–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(12), 349-358. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6712a1>
- Siegel, S. (2001). Pavlovian conditioning and drug overdose: When tolerance fails. *Addiction Research & Theory*, 9(5), 503-513. <https://doi.org/10.3109/16066350109141767>
- Siegler, A., Tuazon, E., Bradley O'Brien, D., & Paone, D. (2014). Unintentional opioid overdose deaths in New York City, 2005–2010: A place-based approach to reduce risk. *International Journal of Drug Policy*, 25(3),

- 569-574. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.015>
- Silva, K., Schragar, S. M., Kecojevic, A., & Lankenau, S. E. (2013). Factors associated with history of non-fatal overdose among young nonmedical users of prescription drugs. *Drug and alcohol dependence, 128*(0), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.08.014>
- Simonnot, A.-L. (1999). *Hygiénisme et eugénisme au XXe siècle à travers la psychiatrie française* (Seli Arslan). https://www.scienceshumaines.com/hygiénisme-et-eugenisme-au-xxe-siecle-a-travers-la-psychiatrie-francaise_fr_816.html
- Singh, V. M., Browne, T., & Montgomery, J. (2020). The Emerging Role of Toxic Adulterants in Street Drugs in the US Illicit Opioid Crisis. *Public Health Reports, 135*(1), 6-10. <https://doi.org/10.1177/0033354919887741>
- Smylie, J., & Adomako, P. (2009). *Indigenous Children's Health Report: Health assessment in action*. http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2014/04/ichr_report-web.pdf
- Sonntag, H. A. (2018). *The opioid crisis, a comparison: The United States, Portugal and Spain* [Master of Public Health]. University of Pittsburgh.
- Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., Ferri, M., & Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ, 357*, j1550. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1550>
- Spatz Widom, C., Marmorstein, N. R., & Raskin White, H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(4), 394-403. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.394>
- SPC, S. P. du C. (2018, décembre 21). *Aperçu statistique de 2017: Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*. Gouvernement du Canada. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/ccrso-2017/index-fr.aspx>
- Sperry, K., & Sweeney, E. S. (1989). Suicide by Intravenous Injection of Cocaine. A Report of Three Cases. *Journal of Forensic Science, 34*(1), 244-248. <https://doi.org/10.1520/JFS12629J>
- Staff, H. com. (2019). *Chinese Exclusion Act*. History. <https://www.history.com/topics/immigration/chinese-exclusion-act-1882>
- Stam, N. C., Gerostamoulos, D., Smith, K., Pilgrim, J. L., & Drummer, O. H. (2019). Challenges with take-home naloxone in reducing heroin mortality: A review of fatal heroin overdose cases in Victoria, Australia. *Clinical Toxicology, 57*(5), 325-330. <https://doi.org/10.1080/15563650.2018.1529319>
- Strang, J., McCambridge, J., Best, D., Beswick, T., Bearn, J., Rees, S., & Gossop, M. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: Follow up study. *BMJ, 326*(7396), 959-960. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7396.959>
- Sullum, J. (2014, août). « "Mexican, Crazyed by Marihuana, Runs Amuck With Butcher Knife" ». Reason.Com. <https://reason.com/2014/08/04/mexican-crazyed-by-marihuana-runs-amuck-w/>
- Turner, B. J., & Liang, Y. (2015). Drug Overdose in a Retrospective Cohort with Non-Cancer Pain Treated with Opioids, Antidepressants, and/or Sedative-Hypnotics: Interactions with Mental Health Disorders. *Journal of General Internal Medicine, 30*(8), 1081-1096. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3199-4>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *Global Synthetic Drugs Assessment*.
- Us Department of Health and Human Services. (2011). *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings | CBHSQ Data*. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. <http://www.samhsa.gov/data/report/results-2010-national-survey-drug-use-and-health-summary-national-findings>
- Värnik, A., Sisask, M., Värnik, P., Wu, J., Kõlves, K., Arensman, E., Maxwell, M., Reisch, T., Gusmão, R., van Audehove, C., Scheerder, G., van der Feltz-Cornelis, C. M., Coffey, C., Kopp, M., Szekely, A., Roskar, S., & Hegerl, U. (2011). Drug suicide: A sex-equal cause of death in 16 European countries. *BMC Public Health, 11*(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-61>
- Vingoe, L., Welch, S., Farrell, M., Strang, J., Vingoe, L., Welch, S., Farrell, M., & Strang, J. (1999). Heroin overdose among a treatment sample of injecting drug misusers: Accident or suicidal behaviour? *Journal of Substance*

- Use, 4(2), 88-91. <https://doi.org/10.3109/14659899909053019>
- Visconti, A. J., Santos, G.-M., Lemos, N. P., Burke, C., & Coffin, P. O. (2015). Opioid Overdose Deaths in the City and County of San Francisco : Prevalence, Distribution, and Disparities. *Journal of Urban Health*, 92(4), 758-772. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9967-y>
- Volkow, N. D., & McLellan, A. T. (2016). Opioid Abuse in Chronic Pain—Misconceptions and Mitigation Strategies. *New England Journal of Medicine*, 374(13), 1253-1263. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1507771>
- von Hippel, C., Brener, L., & Horwitz, R. (2018). Implicit and explicit internalized stigma : Relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 76, 305-311. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.036>
- Waal, H., & Gossop, M. (2014). Making sense of differing overdose mortality : Contributions to improved understanding of European patterns. *European Addiction Research*, 20(1), 8-15. <https://doi.org/10.1159/000346781>
- Walker, J., Lovett, R., Kukutai, T., Jones, C., & Henry, D. (2017). Indigenous health data and the path to healing. *Lancet*, 390(10107), 2022-2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32755-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32755-1)
- Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H. H., Quinn, E., Doe-Simkins, M., Sorensen-Alawad, A., Ruiz, S., & Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts : Interrupted time series analysis. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f174>
- Wang, C., Vlahov, D., Galai, N., Cole, S. R., Bareta, J., Pollini, R., Mehta, S. H., Nelson, K. E., & Galea, S. (2005). The effect of HIV infection on overdose mortality. *AIDS (London, England)*, 19(9), 935-942. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000171407.30866.22>
- Warburton, C. (1932). *The economic results of prohibition* [Thesis, New York : Columbia University Press ; London : P.S. King & Son]. <https://trove.nla.gov.au/work/8716715>
- Warner-Smith, M., Darke, S., & Day, C. (2002). Morbidity associated with non-fatal heroin overdose. *Addiction*, 97(8), 963-967. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00132.x>
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M., & Hall, W. (2001). Heroin overdose : Causes and consequences. *Addiction*, 96(8), 1113-1125. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96811135.x>
- Webster, L. R. (2017). Risk Factors for Opioid-Use Disorder and Overdose. *Anesthesia and Analgesia*, 125(5), 1741-1748. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002496>
- Webster, L. R., Cochella, S., Dasgupta, N., Fakata, K. L., Fine, P. G., Fishman, S. M., Grey, T., Johnson, E. M., Lee, L. K., Passik, S. D., Peppin, J., Porucznik, C. A., Ray, A., Schnoll, S. H., Stieg, R. L., & Wakeland, W. (2011). An analysis of the root causes for opioid-related overdose deaths in the United States. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 12 Suppl 2, S26-35. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01134.x>
- Weiss, L., McCoy, K., Kluger, M., & Finkelstein, R. (2004). Access to and use of health care : Perceptions and experiences among people who use heroin and cocaine. *Addiction Research & Theory*, 12(2), 155-165. <https://doi.org/10.1080/1606635031000155099>
- Whitelaw, M. (2017). A Path to Peace in the U.S. Drug War : Why California Should Implement the Portuguese Model for Drug Decriminalization. *Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Review*, 40, 81.
- Wilson, J. D., Berk, J., Adger, H., & Feldman, L. (2018). Identifying Missed Clinical Opportunities in Delivery of Overdose Prevention and Naloxone Prescription to Adolescents Using Opioids. *Journal of Adolescent Health*, 63(2), 245-248. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.011>
- Winiker, A. K., Tobin, K. E., Gicquelais, R. E., Owczarzak, J., & Latkin, C. (2020). “When You’re Getting High... You Just Don’t Want to Be Around Anybody.” A Qualitative Exploration of Reasons for Injecting Alone : Perspectives from Young People Who Inject Drugs. *Substance Use & Misuse*, 0(0), 1-8. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1790008>
- Zador, D., Sunjic, S., & Darke, S. (1996). Heroin-related deaths in New South Wales, 1992 : Toxicological findings and circumstances. *The Medical Journal of Australia*, 164(4), 204-207.
- Zedler, B., Xie, L., Wang, L., Joyce, A., Vick, C., Kariburyo, F., Rajan, P., Baser, O., & Murrelle, L. (2014). Risk factors for serious prescription opioid-related toxicity or overdose among Veterans Health Administration patients. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 15(11), 1911-1929. <https://doi.org/10.1111/pme.12480>

Zoorob, M. J., & Salemi, J. L. (2017). Bowling alone, dying together : The role of social capital in mitigating the drug overdose epidemic in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, *173*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.12.011>

ANNEXES

ANNEXE 1- GUIDE D'ENTREVUE



**PLEIN
MILIEU**

Entrevue pour projet de prévention des surdoses



PLEIN
MILIEU

DÉROULEMENT DE LA RENCONTRE

Lieu : Dans le local d'intervention de Plein Milieu

Étape 1 : entente de confidentialité (5 minutes)

Durée : 5 minutes

Personnes présentes:

- Kristine (intervieweuse)
- Participant.e au projet
- Travailleur.euse de rue

Lecture de l'entente

Signature de l'entente de confidentialité

Étape 2 : Entrevue

Durée maximale : 1 hr 30

Personnes présentes :

- Kristine (intervieweuse)
- Participant.e au projet

Le ou la travailleur.euse de rue reste à l'extérieur du local

Début de l'enregistrement vocal.

Étape 3 : Compensation financière

Durée: 2 minutes

Personnes présentes :

- Kristine (intervieweuse)
- Participant.e au projet

Signature du reçu



**PLEIN
MILIEU**

ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ

L'entrevue sera d'une durée maximale de 1 heure 30. Tu seras invité.e à parler de différents thèmes entourant ta consommation. Tu recevras une compensation financière de 20 \$ pour ta participation. Il y a un enregistrement vocal pour s'assurer de ne rien perdre des informations que tu me transmettras.

L'enregistrement restera 100 % confidentiel. Personne d'autre que l'intervieweuse (moi) n'aura accès à l'enregistrement vocal, peu importe ce que tu me diras. Dans la semaine qui suivra je transcrirai l'enregistrement vocal, puis le détruirai. Personne ne pourra avoir accès à la transcription écrite de ton entrevue, sauf Ann Lalumière, coordonnatrice de Plein Milieu, et seulement dans le but de m'aider à synthétiser des données. Aucun autre usage ne pourra en être fait, ni par elle, ni par moi. La transcription écrite sera conservée dans un dossier informatique caché et crypté. Il sera détruit dans un délai de 18 mois suivant l'entrevue. Ensuite, la synthèse de l'ensemble des entrevues réalisées pourrait être communiquée avec d'autres organismes et personnes œuvrant auprès de personnes susceptibles de faire des surdoses. À ce moment, tes propos seront entièrement anonymes et non-identifiables.

Un.e travailleur.euse de rue restera ici, à l'extérieur. Si, lors de l'entrevue, tu me dis quelque chose qui nous laisse penser que toi, ou une autre personne, courez un risque IMMÉDIAT à la santé ou la sécurité, je vais t'interrompre et nous allons parler à cette personne. Il en sera de même si tu ne te sens pas bien durant la rencontre.

Exemple de risque IMMÉDIAT :

- Tu as envie de mourir maintenant;
- Quelqu'un que tu connais risque de mourir, maintenant

N'est PAS un exemple de risque IMMÉDIAT:

- Tu avais envie de te suicider dans le passé;
- Une personne témoin d'une surdose n'a pas appelé l'ambulance.

Signé le _____

Participant.e au projet

Témoin (travailleur.euse de rue)

Kristine Gagnon Lafond, intervieweuse



PLEIN
MILIEU

GUIDE D'ENTREVUE

Date : _____

1. Consommation en général

Parle de ton histoire avec la consommation.

2. Surdose

Exemple de questions

À quel âge as-tu consommé la première fois?
Pourquoi as-tu commencé à consommer différentes substances?

Thèmes à aborder

- Polyconsommation
- Douleur chronique
- Santé physique (diabète, asthme)
- Santé mentale
- Statut sérologique
- Sortie de prison
- Raisons
- État émotionnel
- Périodes critiques
- Sortie de réhabilitation
- Histoire de surdoses
- Accessibilité aux soins de santé et autres services reçus
- Méthodes d'obtention des substances
- Répression policière
- Conditions économiques
- Réseau social
- Valeurs quant à la consommation
- Stigmatisation

Quand tu as fait une surdose, qu'est-ce qui s'est passé pour toi?

Exemple de questions

Qu'est-ce que tu as fait cette journée-là?

Thèmes à aborder

- Personnes présentes
- Lieu
- Produits consommés
- Mode de consommation
- Loi du bon samaritain
- Suicidalité
- Ambulance
- Naloxone
- Hôpital

1. Interventions

Qu'est-ce qui, selon toi, aurait pu t'empêcher de faire une surdose ce jour-là?

Exemple de questions

Qu'est-ce qui, selon toi, aurait pu t'empêcher de faire une surdose ce jour-là?
Qui aurait pu te dire quoi, de quelle façon?

Thèmes à aborder

- Personnes présentes (familles, ami.es, dealer, intervenant.es)
- Testing
- SIS
- Rigidité
- Autres drogues
- Nouvelles drogues

2. Questions générales

Selon toi, qu'est-ce qui permettrait de mieux prévenir la plupart des surdoses?



PLEIN
MILIEU

Reçu pour participation

La contribution de 20 \$ m'a bien été remise dans pour ma participation à l'entrevue individuelle sur le projet de prévention des surdoses de Plein Milieu.

Participant.e au projet

Kristine Gagnon Lafond, intervieweuse

ANNEXE 2-LIVRE DE CODE DES VARIABLES

Disponible à la demande seulement.

ANNEXE 3- TABLEAUX DE DONNÉES

Tableau 20
Psychose et vision trouble

			Vision trouble		Total
			Non	Oui	
Psychose	Non	Effectif	46	0	46
		Effectif théorique	43.5	2.5	46.0
	Oui	Effectif	6	3	9
		Effectif théorique	8.5	.5	9.0
Total		Effectif	52	3	55
		% du total	94.5%	5.5%	100.0%

Tableau 21
Psychose et inconscience

			Inconscience		Total
			Non	Oui	
Psychose	Non	Effectif	8	38	46
		Effectif théorique	10.9	35.1	46.0
	Oui	Effectif	5	4	9
		Effectif théorique	2.1	6.9	9.0
Total		Effectif	13	42	55
		% du total	23.6%	76.4%	100.0%

Tableau 22
Nausée et douleur

			Douleur		Total
			Non	Oui	
Nausée	Non	Effectif	48	5	53
		Effectif théorique	46.3	6.7	53.0
	Oui	Effectif	0	2	2
		Effectif théorique	1.7	.3	2.0
Total		Effectif	48	7	55
		% du total	87.3%	12.7%	100.0%

Tableau 23
Vomissement et douleur

			Douleur		Total
			Non	Oui	
Vomissement	Non	Effectif	45	4	49
		Effectif théorique	42.8	6.2	49.0
	Oui	Effectif	3	3	6
		Effectif théorique	5.2	.8	6.0
Total		Effectif	48	7	55
		% du total	87.3%	12.7%	100.0%

Tableau 24
Nausée et sudation

			Sudation		Total
			Non	Oui	
Nausée	Non	Effectif	52	1	53
		Effectif théorique	51.1	1.9	53.0
	Oui	Effectif	1	1	2
		Effectif théorique	1.9	.1	2.0
Total		Effectif	53	2	55
		% du total	96.4%	3.6%	100.0%

Tableau 25
Sudation et tachycardie

			Tachycardie		Total
			Non	Oui	
Sudation	Non	Effectif	49	4	53
		Effectif théorique	48.2	4.8	53.0
	Oui	Effectif	1	1	2
		Effectif théorique	1.8	.2	2.0
Total		Effectif	50	5	55
		% du total	90.9%	9.1%	100.0%

Tableau 26
Sudation et convulsion

			Convulsion		Total
			Non	Oui	
Sudation	Non	Effectif	48	5	53
		Effectif théorique	46.3	6.7	53.0
	Oui	Effectif	0	2	2
		Effectif théorique	1.7	.3	2.0
Total		Effectif	48	7	55
		% du total	87.3%	12.7%	100.0%

Tableau 27
Tachycardie et essoufflement

			Essoufflement		Total
			Non	Oui	
Tachycardie	Non	Effectif	48	2	50
		Effectif théorique	46.4	3.6	50.0
	Oui	Effectif	3	2	5
		Effectif théorique	4.6	.4	5.0
Total		Effectif	51	4	55
		% du total	92.7%	7.3%	100.0%

Tableau 28
Essoufflement et voir venir la surdose

			Voit venir la surdose		Total
			Non	Oui	
Essoufflement	Non	Effectif	45	6	51
		Effectif théorique	43.6	7.4	51.0
	Oui	Effectif	2	2	4
		Effectif théorique	3.4	.6	4.0
Total		Effectif	47	8	55
		% du total	85.5%	14.5%	100.0%

Tableau 29
Voir venir la surdose et sommeil

			Sommeil		Total
			Non	Oui	
Voit venir la surdose	Non	Effectif	40	7	47
		Effectif théorique	37.6	9.4	47.0
	Oui	Effectif	4	4	8
		Effectif théorique	6.4	1.6	8.0
Total		Effectif	44	11	55
		% du total	80.0%	20.0%	100.0%

Tableau 30
Sommeil et sensation de raideur physique

			Sensation de raideur physique		Total
			Non	Oui	
Sommeil	Non	Effectif	44	0	44
		Effectif théorique	42.4	1.6	44.0
	Oui	Effectif	9	2	11
		Effectif théorique	10.6	.4	11.0
Total		Effectif	53	2	55
		% du total	96.4%	3.6%	100.0%

Tableau 31
Sensation de raideur physique et nausée

			Nausée		Total
			Non	Oui	
Sensation de raideur physique	Non	Effectif	52	1	53
		Effectif théorique	51.1	1.9	53.0
	Oui	Effectif	1	1	2
		Effectif théorique	1.9	.1	2.0
Total		Effectif	53	2	55
		% du total	96.4%	3.6%	100.0%

Tableau 32
Substance initiatrice et psychose

			Psychose		Total
			Non	Oui	
Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	Opioïdes	Effectif	20	1	21
		Effectif théorique	17.4	3.6	21.0
	Stimulants	Effectif	19	5	24
		Effectif théorique	19.8	4.2	24.0
	Autres dépres- seurs	Effectif	1	0	1
		Effectif théorique	.8	.2	1.0
	Autre médication prescrite	Effectif	3	0	3
		Effectif théorique	2.5	.5	3.0
	Perturbateurs	Effectif	0	3	3
		Effectif théorique	2.5	.5	3.0
Total		Effectif	43	9	52
		% du total	82.7%	17.3%	100.0%

Tableau 33
Durée des symptômes et psychose

			Psychose		Total
			Non	Oui	
Durée des symp- tômes de la sur- dose	Moins de une heure	Effectif	22	0	22
		Effectif théorique	19.6	2.4	22.0
	Moins d'une journée	Effectif	13	1	14
		Effectif théorique	12.4	1.6	14.0
	Plus d'une journée	Effectif	5	4	9
		Effectif théorique	8.0	1.0	9.0
Total		Effectif	40	5	45
		% du total	88.9%	11.1%	100.0%

Tableau 34
Début des symptômes et inconscience

			Inconscience		Total
			Non	Oui	
Début de l'apparition des symp- tômes en catégorie comme subs- tance contributrice.	Immédiat	Effectif	6	25	31
		Effectif théorique	6.9	24.1	31.0
	Délai	Effectif	0	10	10
		Effectif théorique	2.2	7.8	10.0
	Linéaire	Effectif	6	7	13
		Effectif théorique	2.9	10.1	13.0
Total		Effectif	12	42	54
		% du total	22.2%	77.8%	100.0%

Tableau 35
Voie d'absorption de la substance initiatrice et inconscience

			Inconscience		Total
			Non	Oui	
Voie d'absorption de la substance ayant initié la surdose.	Orale	Effectif	1	9	10
		Effectif théorique	2.2	7.8	10.0
	Nasale	Effectif	4	0	4
		Effectif théorique	.9	3.1	4.0
	Intraveineuse	Effectif	6	30	36
		Effectif théorique	8.0	28.0	36.0
	Respiratoire	Effectif	1	3	4
		Effectif théorique	.9	3.1	4.0
Total		Effectif	12	42	54
		% du total	22.2%	77.8%	100.0%

Tableau 36
Voie d'absorption de la substance initiatrice et tachycardie

			Tachycardie		Total
			Non	Oui	
Voie d'absorption de la substance ayant initié la surdose.	Orale	Effectif	7	3	10
		Effectif théorique	9.1	.9	10.0
	Nasale	Effectif	3	1	4
		Effectif théorique	3.6	.4	4.0
	Intraveineuse	Effectif	35	1	36
		Effectif théorique	32.7	3.3	36.0
	Respiratoire	Effectif	4	0	4
		Effectif théorique	3.6	.4	4.0
Total		Effectif	49	5	54
		% du total	90.7%	9.3%	100.0%

Tableau 37
Début des symptômes et voir venir la surdose

			Voit venir la surdose		Total
			Non	Oui	
Début de l'apparition des symptômes en catégorie comme substance contributrice.	Immédiat	Effectif	27	4	31
		Effectif théorique	26.4	4.6	31.0
	Délai	Effectif	6	4	10
		Effectif théorique	8.5	1.5	10.0
	Linéaire	Effectif	13	0	13
		Effectif théorique	11.1	1.9	13.0
Total		Effectif	46	8	54
		% du total	85.2%	14.8%	100.0%

Tableau 38
Substance initiatrice et niveau de risque

			Niveau de risque quant à l'isolement lors du moment de déclenchement des symptômes			Total
			Aucun risque	Modéré	Risque élevé	
Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	Opioïdes	Effectif	10	2	9	21
		Effectif théorique	7.0	7.0	7.0	21.0
	Stimulants	Effectif	4	11	5	20
		Effectif théorique	6.7	6.7	6.7	20.0
	Autres dépresseurs	Effectif	0	1	0	1
		Effectif théorique	.3	.3	.3	1.0
	Autre médication prescrite	Effectif	0	1	2	3
		Effectif théorique	1.0	1.0	1.0	3.0
	Perturbateurs	Effectif	2	1	0	3
		Effectif théorique	1.0	1.0	1.0	3.0
Total		Effectif	16	16	16	48
		Effectif théorique	16.0	16.0	16.0	48.0
		% du total	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%

Tableau 39
Arrêt respiratoire et niveau de risque

			Niveau de risque quant à l'isolement lors du moment de déclenchement des symptômes			Total
			Aucun risque	Modéré	Risque élevé	
Arrêt respiratoire	Non	Effectif	12	15	16	43
		Effectif théorique	15.2	14.3	13.5	43.0
		% du total	23.5%	29.4%	31.4%	84.3%
	Oui	Effectif	6	2	0	8
		Effectif théorique	2.8	2.7	2.5	8.0
		% du total	11.8%	3.9%	0.0%	15.7%
Total		Effectif	18	17	16	51
		Effectif théorique	18.0	17.0	16.0	51.0
		% du total	35.3%	33.3%	31.4%	100.0%

Tableau 40
Accumulation et dosage

			Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	Non	Effectif	12	20	32
		Effectif théorique	19.2	12.8	32.0
		% du total	21.8%	36.4%	58.2%
	Oui	Effectif	21	2	23
		Effectif théorique	13.8	9.2	23.0
		% du total	38.2%	3.6%	41.8%
Total		Effectif	33	22	55
		Effectif théorique	33.0	22.0	55.0
		% du total	60.0%	40.0%	100.0%

Tableau 41
Accumulation et polyconsommation

			Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Polyconsommation comme raison évoquée par la personne.	Non	Effectif	29	11	40
		Effectif théorique	24.0	16.0	40.0
		% du total	52.7%	20.0%	72.7%
	Oui	Effectif	4	11	15
		Effectif théorique	9.0	6.0	15.0
		% du total	7.3%	20.0%	27.3%
Total	Effectif	33	22	55	
	Effectif théorique	33.0	22.0	55.0	
	% du total	60.0%	40.0%	100.0%	

Tableau 42
Voies d'absorption et problème de dosage

			Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Voie d'absorption de la substance ayant initié la surdose.	Orale	Effectif	8	2	10
		Effectif théorique	5.7	4.3	10.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	25.8%	8.7%	18.5%
	Nasale	Effectif	4	0	4
		Effectif théorique	2.3	1.7	4.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	12.9%	0.0%	7.4%
	Intraveineuse	Effectif	16	20	36
		Effectif théorique	20.7	15.3	36.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	51.6%	87.0%	66.7%
	Inhalation	Effectif	3	1	4
		Effectif théorique	2.3	1.7	4.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	9.7%	4.3%	7.4%
Total	Effectif	31	23	54	
	Effectif théorique	31.0	23.0	54.0	
	% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	100.0%	100.0%	100.0%	

Tableau 43
Symptômes décrits et problèmes de dosage

	Observations			
	Inclus		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage
Amnésie	3	13.0%	23	100.0%
Arrêt respiratoire	3	13.0%	23	100.0%
Bleuissement	1	4.3%	23	100.0%
Chute	1	4.3%	23	100.0%
Convulsion	4	17.4%	23	100.0%
Douleur	3	13.0%	23	100.0%
Essoufflement	3	13.0%	23	100.0%
Inconscience	21	91.3%	23	100.0%
Nausée	1	4.3%	23	100.0%
Perte de l'équilibre	1	4.3%	23	100.0%
Psychose	0	0.0%	23	100.0%
Sensation de raideur physique	2	8.7%	23	100.0%
Sommeil	6	26.1%	23	100.0%
Sudation	0	0.0%	23	100.0%
Tachycardie	2	8.7%	23	100.0%
Vision trouble	0	0.0%	23	100.0%
Voit venir la surdose	3	13.0%	23	100.0%
Vomissement	3	13.0%	23	100.0%

a. Limité aux 100 premières observations.

Tableau 44
Durée des symptômes et problème de dosage

			Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Durée des symptômes de la surdose	Moins de une heure	Effectif	9	13	22
		Effectif théorique	12.2	9.8	22.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	36.0%	65.0%	48.9%
	Moins d'une journée	Effectif	8	6	14
		Effectif théorique	7.8	6.2	14.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	32.0%	30.0%	31.1%
	Plus d'une journée	Effectif	8	1	9
		Effectif théorique	5.0	4.0	9.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	32.0%	5.0%	20.0%
Total		Effectif	25	20	45

Tableau 45
Le début des symptômes et problème de dosage

			Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Début des symptômes en catégorie comme substance contributrice.	Immédiat	Effectif	12	19	31
		Effectif théorique	17.8	13.2	31.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	38.7%	82.6%	57.4%
	Délai	Effectif	7	3	10
		Effectif théorique	5.7	4.3	10.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	22.6%	13.0%	18.5%
	Linéaire	Effectif	12	1	13
		Effectif théorique	7.5	5.5	13.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	38.7%	4.3%	24.1%
Total		Effectif	31	23	54

Tableau 46
Niveau de volonté et problème de dosage

			Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Niveau de volonté.	Non	Effectif	28	17	45
		Effectif théorique	26.2	18.8	45.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	87.5%	73.9%	81.8%
	Peut-être	Effectif	4	2	6
		Effectif théorique	3.5	2.5	6.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	12.5%	8.7%	10.9%
	oui	Effectif	0	4	4
		Effectif théorique	2.3	1.7	4.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	0.0%	17.4%	7.3%
Total		Effectif	32	23	55
		Effectif théorique	32.0	23.0	55.0
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	100.0%	100.0%	100.0%

Tableau 47
Cocaïne comme substance contributrice et problème de dosage

			Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Cocaïne	Non	Effectif	27	23	50
		Effectif théorique	29.1	20.9	50.0
		% dans Cocaïne	54.0%	46.0%	100.0%
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	84.4%	100.0%	90.9%
		% du total	49.1%	41.8%	90.9%
	Oui	Effectif	5	0	5
		Effectif théorique	2.9	2.1	5.0
		% dans Cocaïne	100.0%	0.0%	100.0%
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	15.6%	0.0%	9.1%
		% du total	9.1%	0.0%	9.1%
Total		Effectif	32	23	55
		Effectif théorique	32.0	23.0	55.0
		% dans Cocaïne	58.2%	41.8%	100.0%
		% dans Trop fort dosage comme raison évoquée par la personne.	100.0%	100.0%	100.0%
		% du total	58.2%	41.8%	100.0%

Tableau 48
Début des symptômes et accumulation

			Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Début de l'apparition des symptômes en catégorie comme substance contributrice.	Immédiat	Effectif	26	5	31
		Effectif théorique	18.9	12.1	31.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	78.8%	23.8%	57.4%
	Délai	Effectif	7	3	10
		Effectif théorique	6.1	3.9	10.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	21.2%	14.3%	18.5%
	Linéaire	Effectif	0	13	13
		Effectif théorique	7.9	5.1	13.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	0.0%	61.9%	24.1%
	Total		Effectif	33	21	54
Effectif théorique			33.0	21.0	54.0
% du total			61.1%	38.9%	100.0%

Tableau 49
Les voies d'absorption et accumulation

			Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Voie d'absorption de la substance ayant initié la surdose.	Orale	Effectif	4	6	10
		Effectif théorique	6.1	3.9	10.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	12.1%	28.6%	18.5%
	Nasale	Effectif	0	4	4
		Effectif théorique	2.4	1.6	4.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	0.0%	19.0%	7.4%
	Intraveineuse	Effectif	27	9	36
		Effectif théorique	22.0	14.0	36.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	81.8%	42.9%	66.7%
	Inhalation	Effectif	2	2	4
		Effectif théorique	2.4	1.6	4.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	6.1%	9.5%	7.4%
Total		Effectif	33	21	54
		% du total	61.1%	38.9%	100.0%

Tableau 50
Alcool comme substance contributrice et accumulation

			Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Alcool	Non	Effectif	27	12	39
		Effectif théorique	23.4	15.6	39.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	81.8%	54.5%	70.9%
	Oui	Effectif	6	10	16
		Effectif théorique	9.6	6.4	16.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	18.2%	45.5%	29.1%
Total		Effectif	33	22	55
		Effectif théorique	33.0	22.0	55.0
		% du total	60.0%	40.0%	100.0%

Tableau 51
Type de situation de surdose et accumulation

			Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Type de situation de surdose	Surdose isolée	Effectif	30	15	45
		Effectif théorique	27.0	18.0	45.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	90.9%	68.2%	81.8%
	Séquence de surdoses	Effectif	3	7	10
		Effectif théorique	6.0	4.0	10.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	9.1%	31.8%	18.2%
Total		Effectif	33	22	55
		% du total	60.0%	40.0%	100.0%

Tableau 52
La cocaïne comme substance contributrice et l'accumulation

			Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Cocaïne	Non	Effectif	33	17	50
		Effectif théorique	30.0	20.0	50.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	100.0%	77.3%	90.9%
	Oui	Effectif	0	5	5
		Effectif théorique	3.0	2.0	5.0
		% dans Accumulation sur une certaine période comme raison évoquée par la personne.	0.0%	22.7%	9.1%
Total		Effectif	33	22	55
		% du total	60.0%	40.0%	100.0%

Tableau 53
Douleur et polyconsommation réelle

			Polyconsommation.		Total
			Non	Oui	
Douleur	Non	Effectif	29	19	48
		Effectif théorique	26.2	21.8	48.0
		% dans Polyconsommation.	96.7%	76.0%	87.3%
	Oui	Effectif	1	6	7
		Effectif théorique	3.8	3.2	7.0
		% dans Polyconsommation.	3.3%	24.0%	12.7%
Total		Effectif	30	25	55
		Effectif théorique	30.0	25.0	55.0
		% du total	54.5%	45.5%	100.0%

Tableau 54
Voit venir la surdose et polyconsommation réelle

			Polyconsommation.		Total
			Non	Oui	
Voit venir la surdose	Non	Effectif	23	24	47
		Effectif théorique	25.6	21.4	47.0
		% dans Polyconsommation.	76.7%	96.0%	85.5%
	Oui	Effectif	7	1	8
		Effectif théorique	4.4	3.6	8.0
		% dans Polyconsommation.	23.3%	4.0%	14.5%
Total		Effectif	30	25	55
		% du total	54.5%	45.5%	100.0%

Tableau 55
Sommeil et polyconsommation réelle

			Polyconsommation.		Total
			Non	Oui	
Sommeil	Non	Effectif	21	23	44
		Effectif théorique	24.0	20.0	44.0
		% dans Polyconsommation.	70.0%	92.0%	80.0%
	Oui	Effectif	9	2	11
		Effectif théorique	6.0	5.0	11.0
		% dans Polyconsommation.	30.0%	8.0%	20.0%
Total		Effectif	30	25	55
		% du total	54.5%	45.5%	100.0%

Tableau 56
Substances contributrices lorsqu'il y a polyconsommation

	Observations					
	Inclus		Exclu		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
Alcool	25	100.0%	0	0.0%	25	100.0%
Autre médication de prescription	4	16.0%	21	84.0%	25	100.0%
Benzodiazépine	2	8.0%	23	92.0%	25	100.0%
Cocaïne	5	20.0%	20	80.0%	25	100.0%
Ecstasy	0	0.0%	25	100.0%	25	100.0%
GHB	1	4.0%	24	96.0%	25	100.0%
Hallucinogènes	0	0.0%	25	100.0%	25	100.0%
Heroïne	1	4.0%	24	96.0%	25	100.0%
MDMA	1	4.0%	24	96.0%	25	100.0%
Opioides de prescription	4	16.0%	21	84.0%	25	100.0%
Stimulants	1	4.0%	24	96.0%	25	100.0%
Speedball	0	0.0%	25	100.0%	25	100.0%

Tableau 57
Début des symptômes et polyconsommation réelle

			Polyconsommation.		Total
			Non	Oui	
Début de l'apparition des symptômes en catégorie comme substance contributrice.	Immédiat	Effectif	21	10	31
		Effectif théorique	17.2	13.8	31.0
		% dans Polyconsommation.	70.0%	41.7%	57.4%
	Délai	Effectif	6	4	10
		Effectif théorique	5.6	4.4	10.0
		% dans Polyconsommation.	20.0%	16.7%	18.5%
	Linéaire	Effectif	3	10	13
		Effectif théorique	7.2	5.8	13.0
		% dans Polyconsommation.	10.0%	41.7%	24.1%
Total		Effectif	30	24	54
		% du total	55.6%	44.4%	100.0%

Tableau 58
Le vendeur indique un problème et contamination

			Indique si le vendeur a indiqué un potentiel problème avec la substance.		Total
			Non	oui	
Substance contaminée comme raison évoquée par la personne.	Non	Effectif	45	1	46
		Effectif théorique	42.7	3.3	46.0
		% dans Substance contaminée comme raison évoquée par la personne.	97.8%	2.2%	100.0%
	Oui	Effectif	6	3	9
		Effectif théorique	8.3	.7	9.0
		% dans Substance contaminée comme raison évoquée par la personne.	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Effectif	51	4	55
		% du total	92.7%	7.3%	100.0%

Tableau 59
Substances initiatrices et pureté

			Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	Opioides	Effectif	21	0	21
		Effectif théorique	18.6	2.4	21.0
		% dans Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	100.0%	0.0%	100.0%
		% dans Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	45.7%	0.0%	40.4%
		% du total	40.4%	0.0%	40.4%
	Stimulants	Effectif	20	4	24
		Effectif théorique	21.2	2.8	24.0
		% dans Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	83.3%	16.7%	100.0%
		% dans Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	43.5%	66.7%	46.2%
		% du total	38.5%	7.7%	46.2%
	Autres dé- presseurs	Effectif	1	0	1
		Effectif théorique	.9	.1	1.0
		% dans Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	100.0%	0.0%	100.0%
		% dans Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	2.2%	0.0%	1.9%
		% du total	1.9%	0.0%	1.9%
	Autre médi- cation pres- crite	Effectif	3	0	3
		Effectif théorique	2.7	.3	3.0
		% dans Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	100.0%	0.0%	100.0%
		% dans Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	6.5%	0.0%	5.8%
		% du total	5.8%	0.0%	5.8%
Perturbateurs	Effectif	1	2	3	
	Effectif théorique	2.7	.3	3.0	
	% dans Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	33.3%	66.7%	100.0%	
	% dans Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	2.2%	33.3%	5.8%	
	% du total	1.9%	3.8%	5.8%	
Total	Effectif	46	6	52	
	Effectif théorique	46.0	6.0	52.0	
	% dans Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	88.5%	11.5%	100.0%	
	% dans Pureté de la substance comme raison évoquée par la personne.	100.0%	100.0%	100.0%	
	% du total	88.5%	11.5%	100.0%	

Tableau 60
Catégorie de substance et faible tolérance

			Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Catégorie de la substance ayant initié la surdose.	Opioides	Effectif	17	4	21
		Effectif théorique	18.6	2.4	21.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	37.0%	66.7%	40.4%
	Stimulants	Effectif	23	1	24
		Effectif théorique	21.2	2.8	24.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	50.0%	16.7%	46.2%
	Autres déprimeurs	Effectif	0	1	1
		Effectif théorique	.9	.1	1.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	0.0%	16.7%	1.9%
	Autre médication prescrite	Effectif	3	0	3
		Effectif théorique	2.7	.3	3.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	6.5%	0.0%	5.8%
	Perturbateurs	Effectif	3	0	3
		Effectif théorique	2.7	.3	3.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	6.5%	0.0%	5.8%
Total		Effectif	46	6	52
		% du total	88.5%	11.5%	100.0%

Tableau 61
Bleuissement et faible tolérance

			Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Bleuissement	Non	Effectif	47	4	51
		Effectif théorique	45.4	5.6	51.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	95.9%	66.7%	92.7%
	Oui	Effectif	2	2	4
		Effectif théorique	3.6	4	4.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	4.1%	33.3%	7.3%
Total		Effectif	49	6	55
		% du total	89.1%	10.9%	100.0%

Tableau 62
Genre et faible tolérance

			Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.		Total
			Non	Oui	
Genre de la personne	Autre	Effectif	7	0	7
		Effectif théorique	6.2	.8	7.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	14.3%	0.0%	12.7%
	Homme	Effectif	29	1	30
		Effectif théorique	26.7	3.3	30.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	59.2%	16.7%	54.5%
	Femme	Effectif	13	5	18
		Effectif théorique	16.0	2.0	18.0
		% dans Faible tolérance comme raison évoquée par la personne.	26.5%	83.3%	32.7%
Total		Effectif	49	6	55
		% du total	89.1%	10.9%	100.0%

Tableau 63
Chute et perte d'équilibre

			Chute		Total
			Non	Oui	
Perte de l'équilibre	Non	Effectif	48	4	52
		Effectif théorique	45.4	6.6	52.0
	Oui	Effectif	0	3	3
		Effectif théorique	2.6	.4	3.0
Total		Effectif	48	7	55
		% du total	87.3%	12.7%	100.0%

Tableau 64
Vision trouble et chute

			Chute		Total
			Non	Oui	
Vision trouble	Non	Effectif	47	5	52
		Effectif théorique	45.4	6.6	52.0
	Oui	Effectif	1	2	3
		Effectif théorique	2.6	.4	3.0
Total		Effectif	48	7	55
		% du total	87.3%	12.7%	100.0%

Tableau 65
Sommeil et niveau de risque

			Niveau de risque quant à l'isolement lors du moment de déclenchement des symptômes			Total
			Aucun risque	Modéré	Risque élevé	
Sommeil	Non	Effectif	18	14	8	40
		Effectif théorique	14.1	13.3	12.5	40.0
	Oui	Effectif	0	3	8	11
		Effectif théorique	3.9	3.7	3.5	11.0
Total		Effectif	18	17	16	51
		% du total	35.3%	33.3%	31.4%	100.0%

Tableau 66
Implication d'un pair et niveau de risque

			Isolement			Total
			Aucun risque	Modéré	Risque élevé	
Indique si un pair est impliqué pour soutenir la consommation de la substance.	Non	Effectif	11	16	16	43
		Effectif théorique	15.2	14.3	13.5	43.0
	Oui	Effectif	7	1	0	8
		Effectif théorique	2.8	2.7	2.5	8.0
Total		Effectif	18	17	16	51
		% du total	35.3%	33.3%	31.4%	100.0%

Tableau 67
La médication de prescription comme substance contributrice et le niveau de risque

			Niveau d'isolement lors du moment de décln			Total
			Aucun risque	Modéré	Risque élevé	
Autre médication de prescription	Non	Effectif	18	17	12	47
		Effectif théorique	16.6	15.7	14.7	47.0
		% dans Autre médication de prescription	38.3%	36.2%	25.5%	100.0%
	Oui	Effectif	0	0	4	4
		Effectif théorique	1.4	1.3	1.3	4.0
		% dans Autre médication de prescription	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Effectif	18	17	16	51
		% du total	35.3%	33.3%	31.4%	100.0%

Tableau 68
Habitue avec la substance et implication d'un pair

			Habitue du consommateur avec la substance.		Total
			Expérimenté.e	Inexpérimenté.e	
Indique si un pair est impliqué pour soutenir la consommation de la substance.	Non	Effectif	26	8	34
		Effectif théorique	22.1	11.9	34.0
	Oui	Effectif	2	7	9
		Effectif théorique	5.9	3.1	9.0
Total		Effectif	28	15	43
		% du total	65.1%	34.9%	100.0%

Tableau 69
Durée des symptômes et expérience avec la substance

			Habitue du consommateur avec la substance.		Total
			Expérimenté.e	Inexpérimenté.e	
Durée des symptômes de la surdose	Moins de une heure	Effectif	7	10	17
		Effectif théorique	11.2	5.8	17.0
	Moins d'une journée	Effectif	11	2	13
		Effectif théorique	8.5	4.5	13.0
	Plus d'une journée	Effectif	5	0	5
		Effectif théorique	3.3	1.7	5.0
Total		Effectif	23	12	35
		% du total	65.7%	34.3%	100.0%

Tableau 70
Expérience de la substance et genre

			Habitue du consommateur avec la substance.		Total
			Expérimenté.e	Inexpérimenté.e	
Genre de la personne	Autre	Effectif	3	3	6
		Effectif théorique	3.9	2.1	6.0
	Homme	Effectif	20	1	21
		Effectif théorique	13.7	7.3	21.0
	Femme	Effectif	5	11	16
		Effectif théorique	10.4	5.6	16.0
Total		Effectif	28	15	43
		% du total	65.1%	34.9%	100.0%

Tableau 71
Niveau d'isolement et connaissance de la personne qui fournit

			Indique si le vendeur de la substance est connu par la personne.		Total
			Non	Oui	
Niveau d'isolement lors du moment de déclenchement des symptômes	Aucun risque	Effectif	8	4	12
		Effectif théorique	4.3	7.7	12.0
	Modéré	Effectif	2	5	7
		Effectif théorique	2.5	4.5	7.0
	Risque élevé	Effectif	0	9	9
		Effectif théorique	3.2	5.8	9.0
Total		Effectif	10	18	28
		% du total	35.7%	64.3%	100.0%

Tableau 72
Connaissance de la personne qui fournit et implication d'un pair

			Indique si le vendeur de la substance est connu par la personne.		Total
			Non	Oui	
Indique si un pair est impliqué pour soutenir la consommation de la substance.	Non	Effectif	5	17	22
		Effectif théorique	7.9	14.1	22.0
	Oui	Effectif	5	1	6
		Effectif théorique	2.1	3.9	6.0
		% du total	17.9%	3.6%	21.4%
Total	Effectif	10	18	28	
	% du total	35.7%	64.3%	100.0%	

Tableau 73
Voir venir la surdose et polyconsommation

			Polyconsommation.		Total
			Non	Oui	
Voit venir la surdose	Non	Effectif	23	24	47
		Effectif théorique	25.6	21.4	47.0
		% dans Polyconsommation.	76.7%	96.0%	85.5%
	Oui	Effectif	7	1	8
		Effectif théorique	4.4	3.6	8.0
		% dans Polyconsommation.	23.3%	4.0%	14.5%
Total	Effectif	30	25	55	
	% du total	54.5%	45.5%	100.0%	

Tableau 74
Polyconsommation évoquée et polyconsommation réelle

			Polyconsommation		Total
			Non	Oui	
Polyconsommation comme raison évoquée par la personne.	Non	Effectif	30	10	40
		% du total	54.5%	18.2%	72.7%
	Oui	Effectif	0	15	15
		% du total	0.0%	27.3%	27.3%
Total	Effectif	30	25	55	
	% du total	54.5%	45.5%	100.0%	

Tableau 75
Participation à la formation pour la naloxone et port de naloxone

			Porte la naloxone		Total
			Non	Oui	
Est formé.e pour la naloxone.	Non	Effectif	1	0	1
		Effectif théorique	.3	.7	1.0
		% dans Est formé.e pour la naloxone.	100.0%	0.0%	100.0%
		% dans Porte la naloxone	20.0%	0.0%	5.9%
		% du total	5.9%	0.0%	5.9%
	Oui	Effectif	4	12	16
		Effectif théorique	4.7	11.3	16.0
		% dans Est formé.e pour la naloxone.	25.0%	75.0%	100.0%
		% dans Porte la naloxone	80.0%	100.0%	94.1%
		% du total	23.5%	70.6%	94.1%
Total	Effectif	5	12	17	
	Effectif théorique	5.0	12.0	17.0	
	% dans Est formé.e pour la naloxone.	29.4%	70.6%	100.0%	
	% dans Porte la naloxone	100.0%	100.0%	100.0%	
	% du total	29.4%	70.6%	100.0%	

Tableau 76
Implication d'un pair dans l'absorption

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Non	46	83.6
	Oui	9	16.4
	Total	55	100.0



**PLEIN
MILIEU**

RECHERCHE-ACTION

Pour la prévention des surdoses

2 janvier 2021

PAR PLEIN MILIEU

514 524-3661

info@pleinmilieu.qc.ca

www.pleinmilieu.qc.ca

4677 rue Saint-Denis, Montréal, Qc, H2J 2L5

TERRITOIRE NON-CÉDÉ DE LA NATION KANIEN'KEHÁ:KA

