



CRISE DES SURDOSES

Une analyse de contenu des rapports du coroner

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats d'une analyse de contenu des rapports du coroner dans les cas de décès par surdose afin de mieux comprendre les substances en cause et les contextes associés à ces décès.

André-Anne Parent, Miguel Bergeron-Longpré, Antoine Bertrand-Deschênes
École de travail social, Université de Montréal

AVANT-PROPOS

À la demande de l'Association pour la promotion de la santé des usagers de drogue du Québec (AQPSUD) et de ses organismes partenaires, l'équipe de recherche de la Chaire Jean-Monbourquette sur le soutien social des personnes endeuillées de l'École de travail social de l'Université de Montréal a été sollicitée pour procéder à une analyse de contenu des rapports du coroner dans les cas de décès par surdose. Sous la direction de la Pre André-Anne Parent, l'équipe a débuté son travail en mars 2019. Elle a analysé les 340 rapports des personnes décédées par surdose en 2017, année pour laquelle il était alors possible d'analyser tous les rapports d'une même année. Les principaux constats sont les suivants :

- Si la crise des opioïdes est inquiétante, il est essentiel de se préoccuper de l'ensemble des décès par surdose et ne pas limiter l'analyse à une seule substance ou une seule famille de substances.
- Plus de 50 % des personnes décédées ont été trouvées par un proche, dont une part importante interpelle un ami plutôt que le 911, ce qui augmente le temps de réponse et limite les chances de survie.
- Plusieurs symptômes — physiques et/ou comportementaux, ronflements, détresse respiratoire — ont été constatés dans les jours ou les heures précédant le décès. Ces signes, pouvant indiquer une surdose, sont souvent banalisés et confondus avec un état d'intoxication à l'alcool.
- Les maladies chroniques, les troubles de santé mentale, les tentatives de suicide et la détresse psychologique sont surreprésentés par rapport à la population générale, portant à croire que la prise en charge de ces problèmes n'est pas optimale. Des actions de sensibilisation auprès des praticiens et des professionnels seraient pertinentes.
- Les inégalités sociales de santé se profilent dans plusieurs des causes de décès et contribuent dans une certaine mesure au nombre de décès par surdose.
- L'emploi, la situation financière et les relations avec les réseaux de soutien sont rarement mentionnés, limitant la compréhension de leur influence. En contrepartie, l'utilisation d'expressions stéréotypées contribue à perpétuer une image négative et réductrice des personnes décédées par surdose. Une meilleure compréhension de cette réalité reste à développer.

L'équipe de recherche tient à remercier l'AQPSUD et tous les organismes qui ont participé au comité-conseil de ce projet : Cactus, Dopamine, Plein Milieu, Centre Sida-Amitié Laurentides, le Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais, Point de repères, Arrimage Jeunesse ainsi que tous leurs travailleurs.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Table des matières..... | 2 |
| Contexte de la recherche..... | 4 |
| Objectifs de recherche | 4 |
| Le rapport d’investigation du coroner..... | 4 |
| Méthodologie et analyse des données..... | 5 |
| L’identification des substances mentionnées dans la section « conclusion » permet quant à elle de déterminer la ou les substances associées à la cause la plus probable du décès. | 6 |
| Portrait démographique..... | 7 |
| Résultats..... | 10 |
| 1. Les principales substances mises en cause dans le décès des personnes par surdose | 10 |
| Résultats pour la section « analyse toxicologique » | 10 |
| Tableau 1 : les principales substances mentionnées dans la section « analyse toxicologique » selon la famille de substance et le sexe | 11 |
| Résultats : section « conclusion » | 11 |
| Les principales substances mentionnées dans la section « conclusion » et celles mentionnées dans la section « analyse toxicologique » de ces cas | 12 |
| Lorsqu’une substance ou une famille de substance est mise en cause dans la conclusion | 13 |
| Synthèse des résultats du premier objectif..... | 14 |
| 2. Le contexte d’intervention auprès des personnes décédées par surdose..... | 15 |
| Identification des premiers répondants | 15 |
| Refus d’écouter un proche, d’aller à l’hôpital ou d’être transporté par les ambulanciers | 16 |
| Enjeux concernant les personnes qui n’appellent pas les services d’urgence lorsqu’elles constatent des signes anormaux | 16 |
| Personnes trouvées par les proches..... | 17 |
| Nous remarquons dans les tableaux 2 et 3 présentés plus haut que plus de la majorité des personnes décédées par surdose sont trouvées par un proche, c’est-à-dire un ami, un membre de la famille ou un conjoint, selon notre codification (n=183 personnes sur N=340)..... | 17 |
| Trajectoire des derniers moments..... | 17 |
| Signes anormaux observés | 17 |
| État d’ébriété | 20 |
| 3. État de santé et contexte social des personnes décédées par surdose | 20 |
| Douleurs chroniques et problématiques chroniques de douleur | 20 |

| | |
|---|-----------|
| Douleurs chroniques, problématiques chroniques de douleurs, dépression et anxiété | 21 |
| Troubles neurodéveloppementaux et troubles mentaux | 21 |
| Dépression et anxiété..... | 21 |
| Trouble de la personnalité | 22 |
| Schizophrénie et troubles liés..... | 22 |
| Trouble de l'humeur | 22 |
| Problèmes cardiaques, vasculaires ou pulmonaires..... | 22 |
| Enjeux financiers, pauvreté et exclusion sociale | 22 |
| Problématique de consommation, traitements pour les problèmes de consommation ou la dépendance et antécédents de surdose | 23 |
| Accidents graves..... | 24 |
| Ruptures amoureuses et deuil..... | 24 |
| Tentative de suicide..... | 24 |
| Tentatives de suicide et analyse toxicologique | 25 |
| Relations avec le système de santé..... | 25 |
| Les principales substances mises en cause dans le décès des personnes par surdose..... | 26 |
| La découverte d'un proche, une expérience traumatisante | 28 |
| Échanger avec les utilisateurs sur les circonstances du décès | 29 |
| État de santé et contexte social des personnes décédées par surdose..... | 30 |
| Les données manquantes..... | 31 |

Contexte de la recherche

Ce bilan présente les résultats d'une recherche exploratoire qui s'est déroulée entre mars 2019 et octobre 2019. L'équipe de recherche fut sollicitée par l'Association québécoise de la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (L'AQPSUD) afin d'analyser des rapports d'investigation du coroner. La recherche propose une analyse de contenu des rapports d'investigation du coroner de 340 personnes décédées en 2017 au Québec et dont la cause probable du décès est liée à la consommation d'au moins une substance. Ce travail de recherche s'inscrit dans le contexte de la crise des opioïdes qui touche le Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2018a, 2018b). L'objectif général était de déterminer par une analyse de contenu des rapports d'investigation comment ces derniers peuvent améliorer la compréhension et les actions à prendre face à la crise des surdoses. Dans un second temps, nous cherchions à identifier des éléments absents des rapports d'investigation du coroner qui pourraient apporter à la connaissance ou la compréhension du phénomène des surdoses.

En collaboration avec l'organisme mandataire et le comité de partenaires, les questions de recherche suivantes furent déterminées.

Objectifs de recherche

1. Identifier quelles sont les principales substances mises en cause dans le décès des personnes par surdose selon les données fournies dans les rapports d'investigation du coroner (déterminer pour quels décès le fentanyl est mis en cause)
2. Comprendre le contexte d'intervention auprès des personnes décédées par surdose selon les données fournies dans les rapports d'investigation du coroner
3. Illustrer le contexte social et de santé des personnes décédées par surdose selon les données fournies dans les rapports d'investigation du coroner

Le rapport d'investigation du coroner

Au Québec, les coroners sont des médecins, avocats ou notaires. Le travail du coroner consiste à investiguer afin de déterminer l'identité de la personne décédée, le lieu, le moment et les circonstances du décès ainsi que les causes probables du décès. Un rapport est divisé en 7 sections distinctes et contient généralement entre 500 et 1 200 mots. D'abord, nous retrouvons une première section dans laquelle sont inscrites les informations suivantes : la date de l'avis de décès, le no de dossier, nom et prénom de la personne décédée, la date de naissance, le sexe, la municipalité de résidence, la province, le pays, le nom et prénom de la mère et du père, la date du décès, le lieu du décès (déterminé ou indéterminé), le nom du lieu (ex. : domicile), et la municipalité du décès. Ensuite, les rapports contiennent dans l'ordre les sections suivantes : identification, circonstances du

décès, autopsie, examen interne et externe et analyse toxicologique, analyse et conclusion (Annexe A).

Méthodologie et analyse des données

Un carnet de codification avec le logiciel Nvivo a été créé pour l'analyse du corpus de données composé de 349 rapports d'investigation du coroner, soit l'ensemble des personnes décédées à la suite d'une intoxication à une substance au Québec en 2017 (Annexe B). De ces 349 rapports initiaux, nous en avons exclu 9 pour diverses raisons : accidents de travail, erreur médicale, ainsi que quelques cas complexes pour lesquels la codification ne s'appliquait que partiellement. De plus, les rapports étudiés pour la présente recherche excluent les cas de suicide ou ceux liés à un acte criminel.

Ainsi, nous avons codifié et analysé 340 rapports, soit 242 hommes et 98 femmes. Aucun rapport n'inclut de données à propos de l'origine ou l'identité culturelle, raciale, ethnique, sexuelle ou de genre des personnes décédées. Pour chacun des cas (personne décédée), nous avons déterminé l'année de naissance ainsi que la région administrative associée à la municipalité de résidence et de décès. Notons que pour 19 cas, la région du décès n'est pas celle de résidence. Nous avons ainsi regroupé les personnes décédées selon les catégories suivantes : 25 ans et moins, 26-40 ans, 41-64 ans et 65 ans et plus. Parmi les 41-64 ans, le plus vieux est né en 1952 et le plus jeune en 1976. Chez les 26-40, le plus vieux est né en 1977 et le plus jeune en 1990. De plus, nous avons déterminé l'année de naissance médiane selon le sexe et la région administrée de la municipalité de résidence des personnes décédées pour les régions plus peuplées.

Pour atteindre le premier objectif d'identifier les principales substances en cause, nous avons répertorié à l'aide du logiciel Nvivo les substances mentionnées dans les sections « analyse toxicologique » et « conclusion ». Dans un premier temps, nous avons codifié les substances selon la classification proposée dans l'ouvrage collectif : *Drogues : savoir plus, risquer moins* (2014). Ainsi, nous distinguons entre les familles de substances suivantes : Dépresseurs du système nerveux central (SNC) et médicaments psychoactifs, les perturbateurs du système nerveux central (SNC), les stimulants et les stéroïdes. Nous avons isolé les opioïdes et les benzodiazépines des dépresseurs du SNC selon la volonté du comité de partenaires qui souhaitait obtenir des données spécifiques les concernant. Par ailleurs, nous avons exclu les stéroïdes, car aucune substance de cette famille n'est mentionnée dans la section « analyse toxicologique » ou « conclusion ».

L'identification des substances mentionnées dans la section « analyse toxicologique » permet de brosser un portrait général de l'ensemble des substances retrouvées indépendamment de leurs incidences sur le décès de la personne. Notons que la section « analyse toxicologique » du rapport d'investigation est un résumé de l'analyse produite par l'un des laboratoires responsables. Par conséquent, nous ne pouvons affirmer que nous avons le portrait complet des substances retrouvées lors de l'analyse toxicologique accomplie au laboratoire puisque le coroner peut ignorer celles qu'il ne considère pas utiles pour expliquer les circonstances du décès et la cause de la mort. Par ailleurs, la

classification des substances mentionnées dans chacun des cas de la section « analyse toxicologique » comporte d'autres difficultés et limites.

Dans un premier temps, certaines molécules consommées ou prescrites peuvent être des métabolites issus de la dégradation par l'organisme d'une autre substance. Parmi les substances souvent retrouvées dans la section « analyse toxicologique », c'est le cas pour la méthamphétamine et l'amphétamine. Pour ce cas précis, à partir des éléments dont nous disposons, il est impossible de déterminer quelle substance est métabolite de l'autre et laquelle fut consommée. C'est également le cas pour la nortriptyline et l'amitriptyline, deux molécules prescrites en tant qu'antidépresseurs, mais dont la première est le métabolite primaire de la seconde.

D'autre part, nous retrouvons certains métabolites qui indiquent la consommation d'une substance particulière sans que la substance soit mentionnée dans la section « analyse toxicologique ». Par exemple, c'est le cas pour le benzoylecgonine, une substance métabolite qui indique la consommation de cocaïne. Pour la codification, nous considérons ce métabolite en tant qu'indice de la consommation de cocaïne. Parfois, les coroners les spécifient eux-mêmes, comme c'est le cas dans l'exemple suivant :

« Le rapport du laboratoire révèle une alcoolémie négative. Cependant, la présence de méthamphétamine, **de benzoylecgonine (un métabolite de la cocaïne)**, de levamisole, d'éphédrine/pseudoéphédrine à des taux dépassant le seuil toxique, ainsi que du cannabis et de l'acétaminophène dans l'échantillon sanguin et urinaire est décelée. »

Ajoutons que l'expression « seuil » toxique ou « taux toxicologique » ne se retrouve pas dans tous les rapports, car ce seuil ne serait pas une catégorie objective puisqu'il varie d'une personne à l'autre selon différents facteurs, notamment l'état de santé de la personne décédée. En fait, chez une même personne, la tolérance ne sera pas forcément la même d'une journée à l'autre. Finalement, citons les substances issues de la consommation de produits médicamenteux. Afin de faciliter le classement de ces substances et éviter les ambiguïtés, nous les classons dans la famille des déprimeurs du SNC et médicaments psychoactifs (excluant les benzodiazépines et les opioïdes). Par exemple, c'est le cas pour le dextrométhorphan, une substance qui provient souvent de la consommation de sirop antitussif :

« Ces analyses mettent en évidence la présence dans le sang de **dextrométhorphan (provenant probablement d'un sirop antitussif obtenu en ventre libre)** [...] de mésusage de médicaments (entre autres, **dextrométhorphan** et hydromorphone) » (rapport 0120).

L'identification des substances mentionnées dans la section « conclusion » permet quant à elle de déterminer la ou les substances associées à la cause la plus probable du décès.

Portrait démographique

Nous retrouvons dans les tableaux ci-dessous un portrait démographique des hommes et des femmes décédés par surdose au Québec en 2017. Nous avons indiqué l'âge médian des personnes décédées pour les régions administratives où nous retrouvons 8 décès ou plus. Également, nous avons indiqué le nombre de cas où la personne fut trouvée par un « proche », c'est-à-dire « un ami », « un membre de la famille » ou « un conjoint ». Finalement, les deux dernières colonnes posent la question du décès à la suite d'une consommation de fentanyl et les drogues semblables, ses analogues. Nous distinguons entre les mentions du fentanyl et ses analogues dans la conclusion du rapport et les mentions dans la section « analyse toxicologique ». Nous procédons ainsi puisqu'il y a des cas dans lesquels le fentanyl et ses analogues sont associés à la cause la plus probable du décès dans la section « analyse » alors que la substance n'est pas mentionnée dans la conclusion. À cet effet, rappelons que 120 rapports ne mentionnent aucune substance ou famille de substance associée à la cause la plus probable du décès dans la conclusion. Rappelons que pour ces dernières, nous retrouvons parfois ces formulations : « est décédé d'une polyintoxication médicamenteuse, d'une intoxication aiguë aux drogues de rue (drogues d'abus) », etc. Sous chacune de ces formulations, nous avons trouvé des cas dans lesquels le fentanyl ou ses analogues sont inclus dans le « mélange » de substance lié à la cause la plus probable du décès.

| Région administrative de résidence | Nombre d'hommes décédés par surdose (toutes substances confondues) | Année de naissance médiane | Trouvé par un proche : ami(e)/ membre de la famille/conjoint(e) | Cause probable du décès impliquant du fentanyl tel qu'écrit dans la conclusion | Fentanyl mentionné dans la section « analyse toxicologique », mais pas dans la conclusion |
|------------------------------------|--|----------------------------|---|--|---|
| 1. Bas St-Laurent | 1 | | | 0 | 0 |
| 2. Saguenay–Lac-Saint-Jean | 5 | | 4 | 0 | 0 |
| 3. Capitale-Nationale | 28 | 1979 | 13 | 0 | 3 |
| 4. Mauricie | 8 | 1964 | 5 | 1 | 1 |
| 5. Estrie | 3 | | 1 | 0 | 3 |
| 6. Montréal | 73 | 1973 | 33 | 4 | 8 |
| 7. Outaouais | 10 | | 5 | 3 | 3 |
| 8. Abitibi-Témiscamingue | 5 | | 4 | 0 | 0 |
| 9. Côte-Nord | 1 | | - | 0 | 0 |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----|------|-----|----|----|
| 10. Nord du Québec | 5 | | 3 | 0 | 1 |
| 11. Gaspésie-Iles-de-la-madeleine | 8 | | 6 | 0 | 0 |
| 12. Chaudière-Appalaches | 8 | | 5 | 0 | 1 |
| 13. Laval | 7 | | 3 | 2 | 1 |
| 14. Lanaudière | 11 | | 4 | 0 | 1 |
| 15. Laurentides | 19 | 1974 | 10 | 2 | 2 |
| 16. Montérégie | 39 | 1971 | 25 | 2 | 5 |
| 17. Centre-du-Québec | 8 | | 6 | 1 | 0 |
| Sans région | 3 | | 3 | 1 | 0 |
| TOTAL | 242 | | 130 | 16 | 29 |

Tableau 2 : portrait démographique des hommes décédés par surdose au Québec en 2017

| Région administrative de résidence | Nombre de femmes décédées par surdose | Année de naissance médiane | Trouvé par un proche : ami(e)/ membre de la famille/conjoint(e) | Cause probable du décès impliquent du fentanyl tel qu'écrit dans la conclusion | Fentanyl mentionné dans la section « analyse toxicologique », mais pas dans la conclusion |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|--|---|
| 1. Bas St-Laurent | 2 | | 1 | 0 | 0 |
| 2. Saguenay–Lac-Saint-Jean | 3 | | 3 | 0 | 0 |
| 3. Capitale-Nationale | 8 | 1970 | 3 | 0 | 2 |
| 4. Mauricie | 5 | | 2 | 0 | 0 |
| 5. Estrie | 4 | | 3 | 0 | 0 |
| 6. Montréal | 23 | 1970 | 11 | 1 | 2 |
| 7. Outaouais | 5 | | 2 | 2 | 0 |
| 8. Abitibi-Témiscamingue | 3 | | 2 | 1 | 1 |
| 9. Côte-Nord | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| 10. Nord du Québec | 1 | | 1 | 0 | 0 |
| 11. Gaspésie-Îles-de-la-madeleine | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| 12. Chaudière-Appalaches | 6 | 1971 | 4 | 0 | 1 |
| 13. Laval | 4 | | 2 | 0 | 0 |
| 14. Lanaudière | 6 | | 5 | 0 | 2 |
| 15. Laurentides | 12 | 1966 | 5 | 0 | 3 |
| 16. Montérégie | 12 | 1968 | 7 | 0 | 0 |
| 17. Centre-du-Québec | 4 | | 2 | 0 | 0 |
| Sans région | 0 | | | | |
| TOTAL | 98 | | 53 | 4 | 11 |

Tableau 3 : portrait démographique des femmes décédées par surdose au Québec en 2017

Résultats

1. Les principales substances mises en cause dans le décès des personnes par surdose

Résultats pour la section « analyse toxicologique »

Parmi les 242 rapports pour les hommes décédés en 2017, nous retrouvons dans la section « analyse toxicologique » la mention d'au minimum :

- un dépresseur du système nerveux central ou un médicament psychoactif (excluant les opioïdes et les benzodiazépines) dans 167 cas sur 242 (69 %) ;
- un stimulant dans 159 cas sur 242 (66 %) ;
- un opioïde dans 138 cas sur 242 (57 %) ;
- une benzodiazépine dans 83 cas sur 242 (34 %) ;
- un perturbateur du système nerveux central dans 65 cas (27 %).

Parmi les 98 rapports pour les femmes décédées en 2017, nous retrouvons dans la section « analyse toxicologique » la mention d'au minimum :

- un dépresseur du système nerveux central ou un médicament psychoactif (excluant les opioïdes et les benzodiazépines) dans 78 cas sur 98 (80 %) ;
- une benzodiazépine dans 56 cas sur 98 (57 %) ;
- un opioïde dans 54 cas sur 98 (55 %) ;
- un stimulant dans 40 des cas sur 98 (40 %) ;
- un perturbateur du système nerveux central dans 14 cas sur 98 (14 %).

| | Hommes (n=242) | Femmes (n=98) |
|--|--|--|
| Dépresseurs du SNC et médicaments psychoactifs (excluant les benzodiazépines et les opiacés) | <ul style="list-style-type: none"> - Alcool dans 76 cas (31 %) - Quétiapine dans 38 cas (15 %) - Prégabaline dans 27 cas (11 %) | <ul style="list-style-type: none"> - Alcool dans 30 cas (31 %) - Quétiapine dans 26 cas (27 %) - Trazodone dans 17 cas (17 %) |
| Perturbateurs du système nerveux central | <ul style="list-style-type: none"> - Cannabis dans 60 cas (25 %) | <ul style="list-style-type: none"> - Cannabis dans 9 cas (9 %) |
| Stimulants | <ul style="list-style-type: none"> - Méthamphétamine/amphétamine dans 127 cas. (53 %) (7 cas avec seulement de l'amphétamine et 42 cas où les deux sont retrouvés ensemble) - Cocaïne dans 103 cas (43 %) | <ul style="list-style-type: none"> - Méthamphétamine/amphétamine dans 35 cas. (36 %) (1 cas avec seulement de l'amphétamine et 12 cas où les deux sont retrouvés ensemble) - Cocaïne dans 20 cas (20 %) |
| Benzodiazépines | <ul style="list-style-type: none"> - Clonazépam dans 40 cas (17 %) - Diazépam dans 18 cas (7 %) - Alprazolam dans 16 cas (7 %) | <ul style="list-style-type: none"> - Clonazépam dans 18 cas (18 %) - Lorazepam dans 15 cas (15 %) - Alprazolam dans 9 cas (9 %) |
| Opioïdes | <ul style="list-style-type: none"> - Hydromorphone dans 55 cas (23 %) - Fentanyl et ses analogues dans 45 cas (19 %) - Morphine dans 36 cas (15 %) | <ul style="list-style-type: none"> - Hydromorphone dans 17 cas (17 %) - Fentanyl et ses analogues dans 15 cas (15 %) - Oxycodone dans 15 cas (15 %) |

Tableau 1 : les principales substances mentionnées dans la section « analyse toxicologique » selon la famille de substance et le sexe

Les résultats du tableau indiquent que dans la majorité des cas, au moins une substance dans plus d'une famille fut retrouvée. Nous observons également des différences entre les hommes et les femmes au niveau de toutes les familles de substances.

Résultats : section « conclusion »

Dans la section « conclusion », nous retrouvons une variété de formulations qui illustrent une part de subjectivité des coroners quant à la cause la plus probable du décès. Cette diversité de formule complexifie le travail d'identification des « substances mises en cause » à partir des données de la conclusion des rapports d'investigation. Dans un premier temps, parfois une ou plusieurs substances sont mentionnées, d'autres fois le coroner réfère à la famille de substance, alors qu'ailleurs il est mentionné « drogue(s) de rue » ou « d'intoxication polymédicamenteuse ». Pour illustrer, voici quelques formules utilisées dans la section « conclusion » déterminant la cause la plus probable du décès et illustrant la diversité :

- « est décédée d'une intoxication polymédicamenteuse » ;
- « est probablement décédée d'une intoxication fatale à l'oxycodone » ;
- « est décédé consécutivement à l'utilisation de drogue (kétamine et desméthyl Diazépam) » ;
- « est décédé d'une polyintoxication médicaments et drogues de rue » ;
- « est décédé des suites d'une intoxication à la MDMA » ;
- « est décédé d'un malaise cardiaque en lien avec la prise de cocaïne » ;
- « est décédé d'arythmie maligne consécutivement à une intoxication au séroquel » ;
- « est décède d'une polyintoxication aux médicaments et à la méthadone chez une personne souffrant d'une infection pulmonaire ».

Certains rapports insistent particulièrement sur une ou plusieurs substances « (*kétamine et desméthyl Diazépam*) ». D'autres évoquent plusieurs substances sans insister sur une en particulier : « Est décédée d'une intoxication polymédicamenteuse. » Une minorité de rapport ajoute la défaillance physiologique constatée « est décédé d'un malaise cardiaque [...] Est décédé d'arythmie maligne ». Finalement, des rapports associent, en plus d'une ou plusieurs substances, une condition de santé préalable pour expliquer la cause la plus probable du décès : « personne souffrant d'une infection pulmonaire. » Ajoutons que nous retrouvons les expressions « drogues de rue », « drogue récréative » ou « drogues d'abus » dans la section conclusion de plusieurs rapports. Ces formules génériques nous en apprennent peu sur la nature de ces substances. Enfin, la variété des formulations nous a obligés à faire certains choix afin de tenter de répondre à la question initiale sur les principales substances mises en cause.

Les principales substances mentionnées dans la section « conclusion » et celles mentionnées dans la section « analyse toxicologique » de ces cas

D'abord, la conclusion des rapports affirme que pour 120 cas (78 hommes et 42 femmes), la cause du décès la plus probable est attribuable à une « polyintoxication » sans qu'aucune substance ou famille de substance soit précisée dans la conclusion. Pour ces cas, les substances les plus mentionnées dans la section « analyse toxicologique » sont les suivantes : cocaïne (41 mentions), méthamphétamine (38 mentions), clonazépam (33 mentions), hydromorphe (33 mentions), alcool (29 mentions), fentanyl et ses analogues (29 mentions).

Précisons quant à la méthodologie pour la codification et la classification des « polyintoxication », nous avons classé sous le code « polyintoxication sans mention d'une substance ou d'une famille dans la conclusion », les cas dans lesquels la conclusion ne mentionne aucune substance ou famille de substance en particulier. Pour illustrer, dans les 120 cas classés comme « polyintoxication », nous retrouvons dans les conclusions des mentions comme celles-ci : « est décédé d'une intoxication mixte [...], est décédée d'une intoxication polymédicamenteuse [...], est décédé d'une polyintoxication médicamenteuse [...], est décédé d'une intoxication aux drogues et aux médicaments [...], est décédé d'une intoxication aux drogues de rue. » En somme, la grande majorité de ces 120 cas citent les « médicaments » et les « drogues de rue » ou « d'abus », sans la présence écrite d'une substance ou famille de substance en particulier. Ainsi, lorsque le rapport utilise « médicaments » ou « intoxication médicamenteuse », nous ne pouvons le classer dans l'une ou l'autre des familles de substance privilégiées, car la formulation ne permet pas de déterminer quel type de médicaments est mis en cause dans le décès.

Inversement, tous les cas de polyintoxication pour lesquels une substance ou une famille de substance est évoquée dans la conclusion sont exclus des 120 cas « polyintoxication ». Par exemple, l'extrait de conclusion suivant « est décédé d'une polyintoxication probable à l'alcool et aux drogues d'abus » se retrouve codé dans « conclusion – alcool » de la famille des « dépresseurs du SNC et médicaments psychoactifs ». Dans le cas d'une conclusion comme celle-ci, « est décédé d'une réaction adverse au fentanyl suite à une consommation de cocaïne », le cas se trouve à la fois dans « conclusion stimulant » et dans « conclusion opioïde », isolé des « dépresseurs du SNC et médicaments psychoactifs ». Lorsque nous ajoutons les 120 cas de « polyintoxication sans mention d'une substance ou d'une famille dans la conclusion » à tous les cas de polyintoxication pour lesquels au moins une substance ou famille de substance est spécifiée (n=101), nous atteignons 221 cas de polyintoxication. Ainsi, c'est 101 cas supplémentaires (75 hommes et 26 femmes) que nous pouvons considérer comme des polyintoxications. Dès lors, ce sont au moins 221 cas (153 hommes et 68 femmes) pour lesquels la conclusion affirme que la cause la plus probable du décès est liée à plus d'une substance. Selon les conclusions des rapports d'investigation du coroner analysés, nous avons déterminé que pour 65 % d'entre eux, la conclusion pointe vers une forme ou l'autre de polyintoxication tel que nous l'avons définie.

Lorsqu'une substance ou une famille de substance est mise en cause dans la conclusion

L'analyse des données a permis d'établir qu'un opioïde en particulier (par exemple, fentanyl ou hydromorphone), ou simplement les mentions « opioïdes » ou « opiacés » sont mentionnées dans la conclusion de 75 rapports (56 hommes et 19 femmes). Dans ces cas, les substances les plus mentionnées dans la section « analyse toxicologique » de ces rapports sont le fentanyl et ses analogues (27 mentions), la cocaïne (25 mentions) et l'hydromorphone (24 mentions).

Dans la famille des stimulants, soulignons que la cocaïne est mentionnée dans la conclusion de 59 rapports (50 hommes et 9 femmes). Les substances les plus mentionnées dans la section « analyse toxicologique » des rapports où il y a au moins un stimulant dans la section conclusion sont l'alcool (15 mentions), le cannabis (14 mentions) et l'hydromorphe (13 mentions).

L'alcool, de la famille des dépresseurs du SNC, est mentionné dans la conclusion de 55 rapports (42 hommes 13 femmes). Les substances les plus fréquentes dans la section « analyse toxicologique » de ces rapports sont la cocaïne (13 mentions), la métamphétamine (8 mentions), la quétiapine (8 mentions) et le GHB (7 mentions).

Synthèse des résultats du premier objectif

Du point de vue démographique, notre démarche confirme que les hommes sont davantage représentés que les femmes dans les décès par surdose au Québec en 2017. L'année de naissance moyenne pour les femmes est de 1966 et de 1972 pour les hommes. L'âge moyen est ainsi de 46 ans pour l'ensemble des personnes. Le tableau suivant présente le nombre de décès par surdose par groupe d'âge.

| | Hommes (n=242) | Femmes (n=98) |
|-------------|----------------|---------------|
| 25 et moins | 21 | 3 |
| 26-40 | 79 | 18 |
| 41-64 | 128 | 67 |
| 65 et plus | 14 | 10 |

Nous remarquons dans le tableau que les femmes de 65 ans et plus sont surreprésentées par rapport aux hommes, alors qu'à l'inverse, elles ne sont que 3 de 25 ans et moins. Ailleurs, nous remarquons dans les différents tableaux un profil différent entre les hommes et les femmes, tant pour les substances mentionnées dans la section « analyse toxicologique » que pour celles mentionnées dans la section « conclusion ».

Pour la section « analyse toxicologique », selon les cas, nous recensons entre 2 et 12 mentions de substances différentes. Cela fait en sorte que les mentions de substances différentes dans la section « analyse toxicologique » dépassent largement le nombre de cas de personnes décédées. En somme, pour la grande majorité des personnes décédées, plusieurs substances furent détectées lors de l'analyse toxicologique. En fait, ce sont 82 substances différentes que nous avons identifiées dans la section « analyse toxicologique » de tous les rapports.

Soulignons que 10 rapports sur les 340 évoquent une benzodiazépine comme cause la plus probable du décès dans la conclusion. Cela dit, rappelons qu'au moins une benzodiazépine est mentionnée dans 56 rapports et au moins un opioïde est mentionné dans 54 rapports dans la section « analyse toxicologique », sur un total de 98 femmes. Qui plus est, nous

retrouvons la présence d'au moins un opioïde et au moins une benzodiazépine de façon combinée chez 37 femmes, soit chez plus du tiers d'entre elles. À cet effet, soulignons un rapport dans lequel le coroner mentionne dans son analyse les risques connus d'une mauvaise utilisation ou d'un abus de benzodiazépines combinés avec un opioïde : « Si les benzodiazépines ou les opiacés qui se trouvaient dans son profil pharmacologique n'étaient pas utilisés tel que prescrit et qu'elle en abusait, ils pouvaient certainement occasionner une intoxication et de la confusion ». D'ailleurs, nous recensons dans la section « analyse toxicologique » de ce cas la mention des substances suivantes : sertraline, lorazepam, quiétapine, oxycodone, oxymorphone et hydromorphone. Plus bas, la conclusion stipule que la personne « est décédée fort probablement des suites d'une dépression respiratoire consécutive à une intoxication médicamenteuse à l'oxycodone ». Inversement, dans un rapport similaire, alors que l'analyse toxicologique fait également mention d'une seule benzodiazépine, il est malgré tout affirmé dans la conclusion que la personne : « est décédé d'une intoxication à l'héroïne associée à du Xanax. Il s'agit d'un décès accidentel. » Dans les circonstances, soulevons la possibilité d'une sous-estimation du nombre de décès face à une potentielle interaction entre les substances de cette famille avec d'autres substances, notamment les opioïdes et autres déprimeurs du système nerveux central et médicaments psychoactifs.

2. Le contexte d'intervention auprès des personnes décédées par surdose

Dans cette partie, nous souhaitons mieux comprendre le contexte d'intervention auprès des personnes décédées par surdose, du moment où la personne a consommé jusqu'aux premiers signes de surdose et l'arrivée des premiers répondants. Les résultats s'intéressent au contexte dans lequel la personne est décédée, à l'appel effectué au 911, à l'arrivée des premiers répondants, aux interventions effectuées et les signes potentiels de surdose, observés ou non.

Identification des premiers répondants

Dans un premier temps, nous ne pouvons pas déterminer avec exactitude l'identité des premiers répondants qui interviennent le plus souvent dans le cas des surdoses à partir des rapports, car leur identité n'est pas toujours mentionnée. Par ailleurs, il est généralement spécifié dans le rapport d'investigation lorsque des manœuvres de réanimation sont tentées ou non par les premiers répondants. Lorsqu'aucune manœuvre n'est tentée par les premiers répondants en raison de la mort apparente de la personne, nous savons que ce sont majoritairement les policiers qui interviennent. En revanche, en ce qui a trait aux rapports d'investigation dans lesquels il est mentionné que des manœuvres sont tentées par les premiers répondants, pour environ la moitié de ces mentions, nous ne connaissons pas l'identité des premiers répondants.

Refus d'écouter un proche, d'aller à l'hôpital ou d'être transporté par les ambulanciers

Nous recensons 12 cas pour lesquels les personnes décédées ont refusé d'écouter un proche qui suggère d'appeler les ambulanciers : « Mais elle a refusé qu'il appelle l'ambulance. » Parfois, la personne refuse d'aller à l'hôpital : « À chaque fois, il décline le conseil qui lui est donné de se présenter à l'hôpital. » Toujours parmi ces 12 cas, d'autres refusent le transport par ambulance, et ce, malgré l'inquiétude d'un proche : « Il se sentait mal depuis la veille au point que sa conjointe avait appelé les ambulanciers. M. G. avait toutefois fait un refus de traitement. » Enfin, nous avons recensé 3 cas dans lesquels il est mentionné que la personne quitte l'hôpital contre l'avis du personnel soignant.

Enjeux concernant les personnes qui n'appellent pas les services d'urgence lorsqu'elles constatent des signes anormaux

Un nombre significatif de personnes qui trouvent une autre personne à la suite d'une surdose appelle un proche plutôt que les services d'urgences du 9-1-1. À cet effet, nous retrouvons plus de 35 cas pour lesquels un tel comportement est observé. Voici des extraits des rapports pour illustrer ce phénomène :

« Un ami également présent sur les lieux a alors contacté la mère de Mme X qui habitait le même immeuble. »

« (...) il a constaté que Mme X était étendue sur le ventre et ne respirait plus. Ne sachant comment faire pour effectuer des manœuvres de réanimation, il s'est rendu chez son ami, mais celui-ci ne pouvait rien faire non plus et l'homme est rentré chez lui et a composé le 9-1-1. »

« À 4 h 01, la personne présente avec M. X téléphone à un de ses amis pour lui demander de venir, car il ne va pas bien (...) Il compose le 911 à 4 h 48. »

Soulignons également un cas exceptionnel dans lequel une personne a quitté les lieux prise de panique :

« Les deux personnes ont fumé ce qu'elles pensaient être de l'héroïne, après quoi l'autre personne a perdu connaissance. À son réveil, elle a réalisé que M. X était inanimé ; paniquée, elle a quitté les lieux sans aviser qui que ce soit. »

En somme, nous observons qu'un nombre significatif de personnes n'appellent pas les services d'urgence en premier à la suite de la découverte d'un corps inanimé. Le contenu des rapports d'investigation du coroner ne permet pas d'établir pourquoi les personnes agissent ainsi. Les membres du comité de partenaires émettent l'hypothèse que la crainte des autorités et la méconnaissance des signes indicateurs d'une surdose pourraient expliquer en partie ce phénomène.

Personnes trouvées par les proches

Nous remarquons dans les tableaux 2 et 3 présentés plus haut que plus de la majorité des personnes décédées par surdose sont trouvées par un proche, c'est-à-dire un ami, un membre de la famille ou un conjoint, selon notre codification (n=183 personnes sur N=340).

Trajectoire des derniers moments

Le contenu des rapports ne nous permet pas de déterminer avec exactitude si la personne décédée était seule au moment de consommer ou lors de la manifestation des premiers signes potentiellement anormaux et pouvant indiquer une surdose. Cependant, nous savons qu'au moins 100 personnes ont consommé une substance en présence d'autres personnes ou encore, que des gens savaient ou se doutaient qu'ils avaient consommé avant qu'ils ne décèdent. Dans ce contexte, nous constatons que plusieurs personnes ont observé, mais mal interprété les signes indiquant une surdose.

Signes anormaux observés

L'analyse des rapports a permis de constater que dans quelques cas, des signes potentiellement anormaux sont observés par des passants peu de temps avant le décès de la personne (dans les jours ou les heures qui précèdent). Dans le cas illustré ci-dessous, ce sont des passants qui observent certains signes associés à une surdose, mais les interprètent comme les symptômes d'une personne intoxiquée à l'alcool :

« Un couple marchant sur le trottoir remarque M. X qui tente d'entrer dans son immeuble à logement. Il semble en état d'ébriété avancé, car il titube et tombe à plusieurs reprises. Il affirme habiter au 7^e étage. Les passants l'aident à entrer et contactent le responsable de l'immeuble. »

Dans un même ordre d'idées, citons ces 3 cas où des proches ou voisins observent ce qu'ils associent à une forme de détresse psychologique ou à des problèmes de santé mentale :

« M. X avait des comportements bizarres. Il tenait des propos confus et voyait des personnes sur le toit des domiciles voisins. »

« Elle avait des propos incohérents et difficilement intelligibles. Un autre proche avait constaté que Mme X était désorganisée mentalement ce même jour. »

« Mme X vivait avec un colocataire et sa sœur. Elle avait plusieurs problèmes de santé et n'allait pas bien depuis quelques jours. »

Ajoutons que dans plus de 10 cas, des signes sont observés à la suite d'un appel téléphonique effectué à un proche peu de temps avant le décès :

« En fin de soirée, il téléphone à son ex-conjointe. Il est ivre et semble confus par des propos incohérents. Mme X lui demande de le rappeler le lendemain. »

« Vers 2 h, elle parle à une proche au téléphone. Cette dernière déclare que Mme X semble intoxiquée. »

« Elle lui a parlé vers 5 h le matin du 6 octobre. À cette occasion, il était manifestement sous l'effet de nombreuses substances. »

Dans plusieurs cas, les signes associés à une surdose sont observés par des personnes qui sont en interaction avec la personne décédée (parfois d'autres consommateurs, mais aussi des amis, conjoints, ou membre de la famille avec qui ils habitent et qui n'ont pas consommé) dans une majorité de ces cas, c'est la personne décédée qui se retire par elle-même de la compagnie d'une personne ou du groupe avec lequel elle était, car elle ne se sentait pas bien :

« À un certain moment, M. X s'est senti mal et s'est rendu à la salle de bain. Trente minutes plus tard, comme ce dernier n'était toujours pas sorti de la salle de toilette, les deux amis présents sont allés vérifier si tout allait bien pour lui. »

À l'inverse, dans plusieurs cas, ce sont des proches qui « délaissent » la personne avant qu'elle ne décède :

« Lorsqu'il a été retrouvé au sol de la salle de bain, ses amis le croyaient endormi. Ils ont tenté de le réveiller en blaguant, le tout étant filmé sur cellulaire à 15 h 54. M. X a été laissé dans la salle de bain et ce n'est qu'à 18 h 20 qu'un des amis a compris qu'il était en arrêt cardio-respiratoire. »

« Le co-locataire de M. X entend le bruit d'une chute et se rend dans la salle de bain où il découvre ce dernier, à genoux, tête penchée vers le fond de la baignoire vide. À ce moment, M. X, en état d'intoxication alcoolique, respire et le témoin se retire. Après un délai de 30 à 45 minutes, il retourne auprès de son colocataire et constate qu'il ne présente plus de pouls. »

« Mme X est tombée face contre terre sur le plancher du salon. Celui-ci a tenté de la relever, mais sans succès. Elle restera au sol alors que le chambreur se retire dans une autre pièce pour écouter la télévision. »

Nous regroupons les signes observés en quatre grandes catégories non exclusives : 1) comportement inquiétant ou anormal ; 2) symptômes physiques anormaux ; 3) ronflement et détresse respiratoire ; 4) tentative de réveil abandonnée.

1) Nous recensons au moins une vingtaine de cas où l'on rapporte un comportement inquiétant ou anormal :

« Mme X a eu des comportements qui ont inquiété ses proches. Elle avait des oublis et des distractions, comme mettre le sel au réfrigérateur. »

« Ce dernier était inquiet, car M. X n'était pas sorti de sa chambre depuis plus de 48 heures, ce qui était anormal. »

- 2) Nous recensons plus d'une quarantaine de cas pour lesquels des symptômes physiques anormaux sont observés :

« Vers 5 h, Mme X a été vu par sa sœur dans la cuisine. À ce moment, elle aurait affirmé avoir des maux de tête importants. »

« Selon la déclaration de ce proche, Mme X vomit depuis deux ou trois semaines de trois à dix fois par jour. Elle aurait refusé de se rendre à l'hôpital. »

« Rapidement, les quatre individus manifestent des malaises physiques sérieux. Vu leur état anormal, le conducteur fait demi-tour en direction de Gatineau. [...] De retour à Gatineau, vers midi, la décision est prise de le laisser dégriser (ainsi qu'un autre des passagers) dans le véhicule garé en s'assurant d'aller vérifier de temps en temps leur état. Vers 14 h, constatant que l'état des deux hommes s'est détérioré, un appel au 9-1-1 est logé. »

- 3) Nous recensons plus de 35 cas pour lesquels des ronflements ou des signes de détresse respiratoire sont observés. Nous illustrons ici un plus grand nombre d'extraits, compte tenu de l'importance du phénomène au regard de la prévention :

« Par ailleurs, une voisine déclare l'avoir entendue ronfler dans l'appartement d'à côté, à 8 h 30, le matin du 19 janvier. »

« Selon cet ami, pendant que M. X dormait, il émettait un ronflement étrange et anormal. Cela pourrait être un signe de détresse respiratoire. »

« Le voisin a constaté que M. X semblait dormir profondément, qu'il ronflait et qu'il avait de la salive épaisse autour de la bouche. Ce voisin a pris une débarbouillette pour essuyer la bouche de M. X et ce dernier ne s'est pas réveillé. Ne sachant que faire à ce moment, ce voisin a appelé un autre voisin et ils ont convenu de retourner voir comment M. X se portait quelques heures plus tard. »

« Environ 60 minutes plus tard, la conjointe a constaté qu'il ne respirait plus après l'avoir entendu ronfler bruyamment. C'est d'ailleurs l'arrêt du ronflement qui l'a alertée. »

« Il a précisé aux enquêteurs que M. X avait de la difficulté à respirer et, lorsqu'il l'a quitté, il était en sueur. »

« Il ronflait bruyamment lorsque ceux-ci sont entrés dans la chambre, mais les ronflements ont cessé peu de temps après et ils ont alors constaté que M. X ne respirait plus. »

- 4) Pour compléter le cas des ronflements et de détresse respiratoire, nous recensons au moins 10 cas dans lesquels on a tenté de réveiller la personne sans succès et sans que cela suscite d'inquiétude :

« Il va le voir et essaie de le réveiller sans succès. Comme il constate qu'il respire, il le laisse dormir. »

« Une autre proche est allée dans sa chambre. Il ronflait. Elle a essayé de la réveiller, sans succès. Elle ne s'en était pas inquiétée, pensant simplement qu'il dormait profondément. »

« Son amie et la conjointe de M. X essaient de le réveiller, mais en vain. Il marmonne et reste couché. »

« À 18 h, l'ami essaie de le réveiller, mais sans succès. Des tentatives additionnelles sont faites à quelques reprises. À 1 h, le 9 octobre, M. X respire toujours. »

« M. X est tombé par terre sur le plancher de la cuisine, il s'est endormi et il s'est mis à ronfler fortement. Les efforts pour le réveiller s'étant avérés vains, une amie s'est couchée non loin de lui sur un divan. »

Finalement, nous recensons plusieurs cas où les personnes témoins associent les signes pouvant indiquer une surdose à un état d'intoxication avancé, mais « normal », puisque connu et déjà observé par les proches :

« Le colocataire vérifie son état, mais croit qu'il est sous l'effet du GHB, car il l'a déjà vu perdre connaissance en prenant cette drogue et avoir une réaction similaire. »

« Un voisin voit Mme X dans un état léthargique et semble à ses yeux intoxiqué. Ce qui, selon lui, se reproduit à l'occasion. »

« Le conjoint de Mme X a entendu un bruit sourd provenant de la chambre, mais il a pensé que sa conjointe venait de tomber, comme cela lui arrivait parfois lorsqu'elle était en état d'ébriété et il n'est pas allé voir immédiatement ce qui venait de se passer. »

État d'ébriété

Dans les 340 rapports étudiés, plus de 50 personnes affirment avoir vu la personne avant qu'elle ne décède en train de consommer de l'alcool ou ayant l'air affectée par celle-ci peu avant sa mort.

3. État de santé et contexte social des personnes décédées par surdose

Douleurs chroniques et problématiques chroniques de douleur

Nous retrouvons 64 rapports dans lesquels la douleur chronique est nommée (37 hommes et 27 femmes). Pour ces cas, les femmes sont davantage représentées par rapport à leur nombre total. Nous observons que pour les 98 femmes dont nous avons analysé les rapports d'investigation, 28 % souffraient de douleurs chroniques ou de problématiques chroniques de douleur. Chez les hommes, ce sont 15 % de ceux-ci qui souffraient de ces maux.

La famille de substance la plus représentée dans la section « analyse toxicologique » de ces personnes est celle des dépresseurs et médicaments psychoactifs (excluant les benzodiazépines et les opiacés) avec 153 mentions dans 52 cas. La famille des opioïdes est mentionnée 88 fois dans 53 cas et les benzodiazépines sont mentionnées 44 fois dans 34 cas différents.

Les trois dépresseurs ou médicaments psychoactifs (excluant les benzodiazépines et les opioïdes) les plus mentionnés dans la section « analyse toxicologique » des personnes classées comme ayant des douleurs chroniques sont la quétiapine (18 cas), l'alcool (15 cas), et la prégabaline (15 cas). Pour les opioïdes, nous retrouvons dans l'ordre l'hydromorphone (24 cas), l'oxycodone (18 cas) et le fentanyl (12 cas). Finalement, pour les benzodiazépines, nous retrouvons le clonazépam (19 cas) et l'oxazépam (6 cas).

La famille de substance associée à la cause de la mort la plus probable telle que mentionnée dans la conclusion pour les cas avec douleurs chroniques et problématiques chroniques de douleur est celle des opioïdes avec 22 cas. Par ailleurs, la cause la plus probable de la mort dans 26 conclusions est une polyintoxication, sans mention d'une substance ou d'une famille de substance en particulier.

Douleurs chroniques, problématiques chroniques de douleurs, dépression et anxiété

Pour 64 personnes souffrant de douleur chronique ou de problématique chronique de douleur, comme rapporté dans les rapports d'investigation analysés, nous retrouvons 19 cas où il y a également une problématique de dépression ou d'anxiété (8 hommes et 11 femmes). Nous constatons ici une nette surreprésentation de femmes pour cette catégorie par rapport à leur nombre total. En somme, 11 % des femmes décédées par surdose au Québec en 2017 et dont nous avons analysé les rapports d'investigation souffraient de douleur chronique en plus des problématiques de dépression et d'anxiété.

Troubles neurodéveloppementaux et troubles mentaux

Les troubles les plus mentionnés dans les rapports d'investigation sont les suivants : dépression et anxiété (69 cas), trouble de la personnalité (24 cas), schizophrénie et troubles liés (20 cas), troubles de l'humeur (12 cas) et TDAH (9 cas). Pour ces troubles, 42,9 % des 98 femmes total se retrouvent dans une ou l'autre de ces situations, alors que ce pourcentage diminue à 27 % chez les hommes.

Dépression et anxiété

Pour les 69 personnes identifiées comme vivant avec un problème associé à la dépression ou l'anxiété, nous retrouvons 39 hommes et 30 femmes. Chez les hommes, le groupe d'âge le plus représenté est celui des 41-64 avec 16 cas (41 %). Ensuite, ce sont les hommes âgés de 26 à 40 ans qui représentent 15 cas (39 %). Chez les femmes, 25 d'entre elles sur le total de 30 se classent dans la catégorie des 41-64, c'est-à-dire 83 % de celles-ci. Cela signifie

que 27 % des femmes décédées par surdose en 2017 dont nous avons analysé les rapports souffraient de dépression ou d'anxiété et étaient âgés de plus de quarante ans.

Trouble de la personnalité

Pour les 24 personnes identifiées avec un diagnostic de trouble de la personnalité, nous retrouvons 14 hommes et 10 femmes. Chez les hommes, le groupe d'âge le plus représenté est celui des 26-40 avec sept personnes, suivi du groupe des 41-64 avec 6 personnes. Chez les femmes, 8 se situent dans le groupe des 41-64 et 2 chez les 26-40.

Schizophrénie et troubles liés

Pour les 20 personnes souffrant de schizophrénie, nous retrouvons 12 hommes et 8 femmes. 5 hommes se retrouvent dans la catégorie des 26-40 et 5 dans la catégorie des 41-64 ans. Quant aux femmes, une majorité de 5 se situe dans la tranche d'âge des 41-64.

Trouble de l'humeur

Pour les 12 personnes identifiées avec un trouble de l'humeur, nous retrouvons 5 hommes et 7 femmes. Nous retrouvons 4 hommes chez les 41-64 ans et 1 seul chez les 26-40 alors que chez les femmes, elles se retrouvent les 7 dans la tranche d'âge des 41-64 ans. Encore une fois, nous constatons que les femmes sont surreprésentées par rapport à la population totale étudiée.

Problèmes cardiaques, vasculaires ou pulmonaires

Nous identifions 153 personnes avec des problèmes cardiaques, vasculaires ou pulmonaires tels que mentionnés dans les rapports. Parfois, ces problèmes sont découverts à l'autopsie et d'autres fois, ils sont évoqués au dossier médical de la personne. Nous regroupons ici 102 hommes (42 % de tous les hommes) et 51 femmes (52 % de toutes les femmes). Chez ces 102 hommes, ce sont 65 (64 %) d'entre-deux qui se situent dans la tranche d'âge 41-64, 29 (28 %) chez les 26-40 et 8 (8 %) dans les 65 et plus. Chez les 51 femmes, c'est 40 (78,4 %) d'entre elles qui se situent chez les 41-64, 6 (12 %) chez les 65 et plus, 4 (8 %) chez les 26-40 et 1 (2 %) chez les 25 ans et moins.

En ce qui concerne les substances mentionnées dans la section « analyse toxicologique » des 153 personnes décédées classées comme ayant un problème cardiaque, vasculaire ou pulmonaire, c'est la famille des dépresseurs du SNC et les médicaments psychoactifs (excluant les benzodiazépines et les opioïdes) qui est la plus représentée avec 243 mentions pour 108 cas différents. Ensuite, les stimulants avec 159 mentions pour 95 cas différents. Finalement, nous avons les opioïdes avec 128 mentions pour 78 cas différents.

Enjeux financiers, pauvreté et exclusion sociale

Les rapports d'investigation du coroner varient quant aux informations disponibles sur ces enjeux. Cela dit, les rapports font état d'au moins une quinzaine de personnes socialement isolées :

« M. X vivait seul dans son logement, était sans emploi depuis quelques années, avait peu de contacts sociaux et consommait régulièrement de l'alcool. »

« La progression du syndrome douloureux limite significativement les activités et l'activation physiques, ce qui augmente l'isolement et la marginalisation de sa vie. »

Nous savons également qu'au moins 15 personnes étaient sans domicile fixe et qu'une quinzaine de personnes vivait d'importantes difficultés financières, habitait en maison de chambre où était bénéficiaire de l'aide sociale. Pour au moins 25 cas, il est spécifié que la personne était sans emploi alors que dans plus d'une trentaine, il est spécifié que la personne avait un emploi. En somme, la majorité des rapports n'abordent pas la question de l'emploi, du revenu ou du statut socio-économique. Finalement, les rapports mentionnent une vingtaine de cas en lien avec des problèmes judiciaires, une arrestation, un interdit de contact, le bannissement d'un organisme ou une ordonnance pour traitement psychologique ou pour la dépendance.

Problématique de consommation, traitements pour les problèmes de consommation ou la dépendance et antécédents de surdose

Nous trouvons la mention d'une problématique associée à la consommation de substances dans au moins 250 cas. Chez ceux-ci, nous avons pu identifier que dans au moins 91 cas la problématique de consommation était rapportée par l'entourage et que dans au moins 126 cas elle l'était par le biais des dossiers médicaux, rapports d'intervenants, etc. Nous retrouvons quelques cas où il est mentionné que les médecins ou les pharmaciens ont tenté de gérer la consommation de médicament d'une personne afin de la « protéger » contre elle-même :

« Mme X avait tendance à augmenter par elle-même ses doses de médicaments analgésiques. Le médecin et le pharmacien devaient suivre de près la patiente à cet égard. On préconisait de ne pas lui donner de médicaments à l'avance. »

« À ce moment, la prescription d'hydromorphone de Mme X a été diminuée pour tenter de prévenir un nouvel état d'hypoventilation en lien avec sa consommation. »

Nous pouvons voir au moins 8 cas de personnes dont nous savons qu'elles étaient suivies dans le cadre d'un traitement pour la dépendance aux opiacés (8 avec méthadone et 2 avec suboxone). À cela s'ajoutent 4 cas qui avaient bénéficié de ce genre de traitement par le passé. Également, pour la méthadone, au moins 4 autres personnes la recevaient ou l'avaient reçue dans le contexte d'un traitement contre la douleur. Finalement pour 17 mentions de méthadones, il n'est pas spécifié si la personne recevait un traitement ou non. Cependant, nous avons déterminé 9 cas pour lesquels il est spécifié qu'elle n'était pas prescrite.

Dans un même ordre d'idées, nous retrouvons au moins 38 cas pour lesquels il est mentionné de traitements dans un centre de thérapie pour les dépendances ou des suivis dans des cliniques spécialisées, voire parfois des suivis en psychiatrie, avec un psychologue ou encore des cas d'hospitalisation à des fins de « désintoxication ». Finalement, les rapports font mention d'un antécédent de surdose dans 47 cas. Pour les antécédents de surdose, celles-ci sont mentionnées pour 30 hommes et 17 femmes. Pour les hommes : 1 de 65 ans et plus, 4 de 25 ans et moins, 9 de 26 à 40 ans et 16 de 41 à 64 ans. Pour les femmes : 1 de 65 ans et plus, 0 de 25 et moins, 7 de 26 à 40 et 9 de 41 à 64 ans.

Accidents graves

Nous trouvons au moins 15 cas dans lesquels les personnes ont subi un accident grave (2 accidents ayant occasionné des brûlures importantes, 9 cas d'accidents de conduite incluant automobile et véhicule récréatif, 1 accident de blessure par balles, 3 accidents de travail).

Ruptures amoureuses et deuil

Nous identifions 5 cas pour lesquels le deuil est mentionné comme étant un enjeu non résolu chez la personne décédée. Ajoutons au moins 11 ruptures amoureuses difficiles.

Sur le deuil :

« Suite au décès d'un proche en octobre 2016, il avait démontré une perte d'intérêt envers la recherche d'emploi et ses activités quotidiennes. »

« À la propriétaire de l'immeuble et au concierge, il dit boire rhum et vodka à la mémoire de son père décédé il y a une quinzaine d'années. Il s'est entouré sur la table de la cuisine de photos souvenirs et de deux flacons de médicaments (aspirine et anti-inflammatoire). Selon le concierge, à qui il demande de parler seul à seul, il peine à pouvoir exprimer des propos nostalgiques. »

Sur la rupture amoureuse :

« Le 14 novembre, les policiers retrouvent un brouillon de lettre sans date sur la table de la salle à manger. Les propos sont de nature amoureuse envers une femme qui ne partage pas le même sentiment. Dans ce brouillon de lettre M. X écrit en lettres majuscules "J'EN SUIS DÉVASTÉ". »

« Le 11 décembre 2017, l'amie de M. X a mis fin à sa relation avec lui ; elle a quitté rapidement le logement avec quelques effets personnels seulement. M. X a très mal pris la séparation, selon ses amis. »

Tentative de suicide

Nous trouvons 25 cas pour lesquels il est mentionné d'au moins une tentative de suicide par le passé : 15 femmes et 10 hommes. Pour les femmes, nous en retrouvons la mention chez : 1 de 65 et plus, 1 de 25 et moins, 3 de 26 à 40 et 10 de 41 à 64 ans. Pour les hommes, nous

retrouvons la mention chez : 1 de 65 et plus, 1 de 25 et moins, 4 de 26 à 40 et 4 de 41 à 64. En somme, pour 15 femmes sur 98, il est mention d'une tentative de suicide dans le passé, c'est un peu plus de 15 % de toutes les femmes.

Tentatives de suicide et analyse toxicologique

Pour les 25 cas recensés où il est mention d'au moins une tentative de suicide dans le passé, la section « analyse toxicologique » rapporte l'information suivante :

- Pour 24 cas, la mention d'au moins une substance classée comme dépresseurs du SNC ou médicaments psychoactifs (excluant benzodiazépines et opioïdes), soit 10 hommes et 14 femmes.
- Pour 15 cas, la mention d'au moins un opioïde, soit 9 hommes et 6 femmes.
- Pour 14 cas, la mention d'au moins une benzodiazépine, soit 5 hommes et 9 femmes.
- Pour 10 cas, la présence d'au moins une substance stimulante, soit 4 hommes et 6 femmes.
- Pour 7 cas, la présence d'au moins une substance classée comme perturbateur du SNC, soit 3 hommes et 4 femmes.

Relations avec le système de santé

Nous trouvons au moins 5 cas où il y avait de la divergence et/ou de la mésentente au sujet de la consommation entre la personne décédée et son équipe traitante :

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

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

Nous trouvons quelques cas où il y a une divergence concernant les objectifs de traitement, la collaboration et la présence aux rendez-vous avec les médecins ou les intervenants :

« La travailleuse sociale affirme qu'il est important que Mme X fasse le travail d'obtention de ses objectifs et qu'il ne soit pas constructif pour la travailleuse sociale

de simplement rendre des visites “amicales” si le client ne travaille pas elle-même ses objectifs. »

« M. X était très peu *compliant* au traitement médical et il prétendait que c’était par manque de moyens financiers. »

« Il avait été expulsé de son programme de désintoxication où il travaillait à titre de bénévole parce qu’il s’était bagarré avec un autre bénévole. »

Nous trouvons au moins 5 cas dans lesquels la personne cesse de prendre sa médication ou ne les prend pas de manière régulière (incluant la médication psychiatrique et la médication pour la santé physique). Notons également plus de 140 cas dans lesquels il est mentionné que la personne était suivie par un médecin ou en avait consulté un dans la dernière année. Dans les motifs de consultation, nous retrouvons les raisons suivantes : des consultations pour des problèmes de santé physique et maladies (cancer, problèmes respiratoires, etc.), des consultations concernant la santé mentale (ex. : en psychiatrie), pour la douleur, pour un suivi de la médication, suivi des programmes de substitution aux opiacés, etc.

Ensuite, nous trouvons plus de 50 cas où l’on mentionne que la personne a visité l’hôpital. Dans plus de 25 cas, cette consultation s’est faite dans les 4 semaines précédant la mort. Dans un même ordre d’idées, nous identifions plus de 30 cas dans lesquels il est mentionné que la personne avait un suivi ou avait consulté un intervenant ou un organisme d’aide autre qu’un médecin (agente de libération conditionnelle, psychologue, intervenant social, etc.). Pour les motifs de consultation, nous retrouvons l’aide dans les tâches quotidiennes et le suivi de la santé mentale, la réadaptation et réinsertion sociale, la gestion de la médication, l’usage de ressource d’hébergement, le traitement de l’anxiété/dépression, les intervenants offrant des soins à domicile, le suivi en communauté avec le CLSC, les interventions psychosociales, l’équipe multidisciplinaire en psychiatrie et l’indemnisation des victimes d’actes criminels (IVAC). Finalement, nous trouvons au moins 24 cas dans lesquels on mentionne que la personne ne consultait pas de médecin.

Analyse et discussion des résultats

Les principales substances mises en cause dans le décès des personnes par surdose

Les résultats présentés illustrent la diversité des substances mises en cause dans les rapports étudiés. En ce sens, nous devons considérer que l’enjeu des surdoses n’est pas l’affaire que d’une seule substance ou d’une famille de substance et que la réflexion doit s’étendre par-delà celle de la « Crise des opioïdes ». En effet, l’analyse a permis d’illustrer l’importance des polyintoxications qui représente 65 % des rapports étudiés. Rappelons à cet effet que la section « analyse toxicologique » a permis d’identifier 82 substances différentes dans le total des 340 dossiers. Pour chacun des dossiers, entre 2 et 12 substances ont été identifiées. Néanmoins, les opioïdes ne doivent pas être négligés dans la prévention puisqu’ils sont les plus mentionnés en lien avec la cause probable du décès dans la conclusion des hommes et des femmes. Rappelons qu’au moins un opioïde est mentionné dans la section analyse toxicologique du rapport de 55 % des femmes et de 57 % des hommes. Par ailleurs, nous

avons dénombré une diversité de substances et de familles de substances tant pour la section analyse toxicologique que la conclusion.

Quant à l'importance du phénomène de la polyintoxication, nos résultats correspondent aux premières conclusions d'une recherche menée par l'Agence de santé publique du Canada. Cette recherche qualitative a recueilli les observations de médecins légistes et coroners dans le contexte de la crise des surdoses au Canada. Pour ces derniers, « la polytoxicomanie et l'utilisation de plusieurs substances », volontaire ou non, sont des phénomènes qui doivent être soulignés et mieux compris afin d'intervenir efficacement dans la crise des surdoses liées aux opioïdes et aux autres drogues (Agence de la santé publique du Canada, 2018).

Notons que les données soulèvent des différences pour les hommes et les femmes au niveau des substances mentionnées dans la section « analyse toxicologique » ainsi que celles mentionnées en lien avec la cause probable du décès de la conclusion. Sur ce dernier point, chez les hommes, nous savons que les opioïdes, la cocaïne et l'alcool sont les trois familles ou substances les plus mentionnées dans la conclusion et mise en lien avec la cause la plus probable du décès. Toujours chez les hommes, au niveau de la substance en tant que telle, la cocaïne est mentionnée dans la conclusion pour 50 cas. Chez les femmes, ce sont plutôt les opioïdes, l'alcool et la cocaïne qui sont le plus souvent mentionnés dans la conclusion. Quant à la substance, c'est l'alcool, avec 13 mentions dans la conclusion, qui est la plus fréquente chez les femmes.

Du point de vue démographique, ce sont les hommes et les femmes âgés de 41 à 64 ans qui sont les plus nombreux dans les rapports analysés. Rappelons que 71 % des rapports étudiés étaient ceux d'hommes et 29 % ceux de femmes. Ces données rejoignent celles du gouvernement canadien pour les morts accidentelles par surdose au Canada en 2017 : « Plus d'hommes que de femmes meurent de surdoses de drogues accidentelles. En 2017, les hommes représentaient de 60 % à 80 % des décès par surdose dans pratiquement tous les groupes d'âge » (Gouvernement du Canada, 2019). Cependant, le gouvernement spécifie qu'au Canada :

Par rapport à d'autres groupes d'âge, un plus grand nombre de décès par surdose a été enregistré chez les adultes âgés de 30 à 34 ans (571) et de 35 à 39 ans (525) en 2017. Les adultes de ces deux groupes d'âge étaient également les plus susceptibles de mourir d'une surdose, leurs taux de mortalité par surdose de drogues étant les plus élevés parmi tous les groupes d'âge. (Gouvernement du Canada, 2019)

Ces données permettent de nuancer nos résultats puisqu'ils sont pondérés en fonction du nombre de personnes réelles dans chaque groupe d'âge et sont à l'échelle canadienne. Une comparaison avec les données du reste du pays pourrait permettre de déterminer si ces différences au niveau de l'âge des personnes les plus affectées s'expliquent par l'âge moins élevé des nombreuses victimes de la crise dans l'Ouest canadien relativement au Québec.

Ensuite, rappelons que la formulation des conclusions des rapports complexifie l'identification des principales substances mises en cause. À titre d'exemple, citons l'utilisation d'expressions comme « drogues de rue » ou « drogue d'abus ». Ces expressions

ne nous en apprennent pas davantage sur les substances impliquées dans le décès. Selon les rapports analysés, ces expressions réfèrent dans la plupart des cas à différentes substances médicamenteuses non prescrites qui dans d'autres rapports ne sont pas considérées comme des drogues de « rue » ou « d'abus ». De ce fait, les expressions « de rue » ou « d'abus » nous interrogent, car nous croyons qu'elles peuvent évoquer chez le lecteur le cliché du toxicomane errant dans les rues et consommant avec abus tout ce qu'il trouve sur son passage. En somme, ce sont des expressions subjectives qui peuvent véhiculer inconsciemment des images péjoratives au même titre que les expressions « gang de rue » vs « crime organisé ».

Un dernier point d'analyse pour la section conclusion sera illustré à partir de ces deux formulations tirées de deux conclusions : « est décédé d'un malaise cardiaque en lien avec la prise de cocaïne » ou encore « est décédé d'une probable arythmie cardiaque, laquelle peut avoir été causée par l'interaction des médicaments consommés ». En fait, la question que nous aimerons soulever à ce stade renvoie aux résultats de la question 3, portant sur l'état de santé des personnes, et sur laquelle nous reviendrons. Il est reconnu que plusieurs substances et le cœur ne font pas bon ménage, en particulier lorsqu'une personne souffre d'une problématique cardiaque, cardio-vasculaire ou pulmonaire. À cet effet, rappelons que nous avons trouvé 153 cas de personnes avec une problématique cardiaque, cardio-vasculaire ou pulmonaire. D'un côté, nous devons considérer l'effet mortel de la ou des substances, mais de l'autre, nous devons également nous interroger sur l'importance des enjeux de santé sous-jacents qui peuvent affecter le bon fonctionnement du corps, et en l'occurrence, du cœur, des poumons et du système respiratoire.

La découverte d'un proche, une expérience traumatisante

Nous avons trouvé 184 rapports dans lesquels la personne décédée d'une surdose est retrouvée par un proche (membre de la famille, ami, conjoint). En sus, nous avons recensé un nombre significatif de personnes décédées dans un contexte où elles avaient consommé des substances avec d'autres personnes dans les heures précédant le décès. Or, ces données sont inquiétantes dans la mesure où la découverte d'un proche mort par surdose constitue souvent une expérience traumatisante. La mort d'un proche par surdose et par surcroît la découverte du corps sont à l'origine de deuils « compliqués » qui nécessitent des soins chez plusieurs personnes (Templeton et al., 2017).

Le deuil d'une personne décédée par surdose constitue une forme de deuil « non reconnu » tant pour les autres utilisateurs que les familles et les intervenants sociaux (Templeton et al., 2017 ; Valentine et al., 2016). En effet, la perte d'un proche par surdose est souvent stigmatisante en raison des stéréotypes associés aux « toxicomanes ». Dès lors, la perte d'un proche par surdose peut provoquer un sentiment de culpabilité ou l'impression d'un non-droit au deuil (Templeton et al., 2017 ; Valentine et al., 2016). Ce sentiment est d'autant plus intense pour les personnes utilisatrices de drogues, qui sont elles-mêmes stigmatisées et socialement invisibles. D'ailleurs, quant à la stigmatisation, il est démontré que l'attitude des premiers répondants dans les cas de surdose — policiers, ambulanciers, pompiers, médecins, infirmières, coroners, travailleur social, intervenant de proximité — affecte l'expérience vécue des proches (Templeton et al., 2017). Sur ce point, il est

démontré que l'empathie, la compassion et le non-jugement par ces divers intervenants contribuent significativement à l'expérience et à la « guérison » des proches d'une personne décédée par surdose (Valentine et al., 2018). Inversement, une attitude désobligeante, irrespectueuse et purement « mécanique » ne fait que renforcer le sentiment de stigmatisation et d'exclusion ressenti. Encore une fois, rappelons que les personnes marginalisées sont plus à risque d'expérimenter de tels comportements qui tendent à nier leur individualité. La littérature sur le sujet note un déficit quant à l'intérêt des décideurs et des chercheurs face à ces enjeux et par conséquent, un manque de ressources offertes aux proches d'une personne décédée par surdose (Templeton et al., 2017).

De nombreux sujets de recherche pourraient être explorés au Québec et plus largement au Canada afin de mieux connaître le vécu des personnes endeuillées à la suite d'une surdose, leurs besoins de soutien par les réseaux formels et informels, les risques associés à leur propre état mental, etc.

Échanger avec les utilisateurs sur les circonstances du décès

Templeton et ses collaborateurs (2017) soulignent la nécessité de consulter les personnes utilisatrices de drogues (ou autres) affectées ou témoins d'une surdose, afin d'améliorer notre compréhension de ce qu'elles ont vécu ou vivent, et à terme, améliorer la prévention des surdoses et la vie des personnes affectées ces dernières. Nous croyons que les résultats présentés à la question 2 se prêtent bien à ce principe de consultation et d'échange.

Ces résultats concernent particulièrement les circonstances du décès et les actions prises par les personnes en amont et en aval du décès. Dans les circonstances, les échanges pourraient contribuer à la prévention des surdoses en offrant une meilleure compréhension des données recueillies sur le refus d'aller à l'hôpital, l'appel au proche plutôt qu'au 911 ou sur les facteurs qui font que l'on quitte un groupe ou qu'on laisse une personne seule. Dans un même ordre d'idées, comment interprètent-ils les données sur les signes observés dans les jours ou les heures avant le décès, les ronflements, la détresse respiratoire, les propos confus ou autres symptômes ? Comment est-ce que cela s'est passé pour eux ? Que devons-nous savoir que nous ne savons pas à partir de leur expérience ? Que pouvons-nous faire pour améliorer la prévention ? De surcroît, ces échanges participeraient de la reconnaissance des personnes utilisatrices de drogues et de ce qu'elles vivent. En somme, nous devons reconnaître que ces personnes sont les premières victimes de la crise des surdoses et apprendre de leurs expériences.

Finalement, nous aimerions souligner un dernier point concernant l'alcool. Les résultats laissent croire que les premiers symptômes associés aux surdoses sont souvent négligés en raison de leur similitude avec une intoxication à l'alcool, généralement plus banalisée. Dans une perspective plus large, nous constatons que les personnes utilisatrices de drogues et leurs proches semblent trop souvent ignorer les signes anormaux pouvant indiquer une surdose et les gestes à poser par la suite. Ce constat pointe dans la même direction que les travaux de Templeton et al. (2017), soulignant le besoin de programmes de formation et de sensibilisation supplémentaires pour reconnaître et intervenir lors d'une surdose dans une perspective de prévention globale.

État de santé et contexte social des personnes décédées par surdose

Les résultats de ce projet démontrent que la majorité des personnes décédées par surdose souffraient également de diverses maladies chroniques et de troubles de santé mentale, diagnostiquées ou non. Il est reconnu que ces problèmes de santé sont intimement liés aux inégalités sociales de santé (Cloutier et al., 2008 ; Lecours, Labrie et Ouellette, 2015), et par conséquent, sont le fruit des conditions socioéconomiques dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (OMS, 2009). Or, ces liens sont rarement discutés sur la place publique, les surdoses n'étant généralement pas abordées sous l'angle de sa construction sociale, mais plutôt comme le résultat d'un choix individuel (Origer, 2016).

Nous pouvons aisément affirmer que si tout un chacun peut décéder d'une surdose, ce n'est pas tous les individus qui en décèdent, et que ceux qui finiront par en décéder, sont touchés par diverses formes de vulnérabilités, conditionnés par les inégalités sociales présentes dans la société. Sans que nous ayons eu accès à l'ensemble des données des dossiers constituant les rapports des coroners, nous constatons que les stratificateurs sociaux que sont le statut socioéconomique, l'identification à un peuple autochtone, le lieu de résidence et l'appartenance à un groupe de la population marqué par l'origine culturelle ou raciale, l'état de santé (fonctionnel ou non), l'orientation sexuelle, l'âge et le statut migratoire (ASPC, 2018), contribuent largement, quoiqu'indirectement, au phénomène des surdoses. Une étude plus approfondie de cette question à partir de l'approche des parcours de vie et des effets cumulatifs des inégalités sociales en interaction avec l'usage de substances menant à une surdose serait fort pertinente (Quesnel-Vallée, 2008).

Dans un même ordre d'idées, nous savons que le bien être personnel, la pauvreté et la consommation problématique opèrent en synergie (Dasgupta et al., 2018). Il est donc important de situer la crise des opioïdes dans une perspective plus large, considérant les inégalités sociales qui contribuent à la création de situations de vulnérabilité. Nous savons que les personnes issues de milieux moins favorisés sont plus à risque d'occuper des emplois difficiles physiquement, qu'ils n'ont souvent pas d'assurance maladie complémentaire, et qu'ils sont donc plus propices à souffrir de douleurs chroniques et à des soins de moins bonne qualité. Nous savons également que la sous-éducation, l'obésité, la dépression et de nombreuses autres conditions associées à la consommation d'opioïdes sont surreprésentées dans les communautés moins fortunées (Dasgupta et al., 2018). Dans les circonstances, des auteurs croient que l'augmentation des décès mettant en cause les opioïdes correspond avec la montée des inégalités de richesse aux États-Unis. Suivant cette logique, ces mêmes auteurs s'interrogent à savoir si la crise économique de 2008, la détresse psychologique qu'elle a entraînée, ainsi que les coupures simultanées, au pire moment, dans différents programmes d'assistances sociales, peuvent éclairer la crise actuelle ?

Dans un spectre plus large, considérons que les trente dernières années associées au démantèlement de l'État-providence dans les pays européens et en Amérique du Nord (Chiapello et Boltanski, 1999 ; Rosanvallon, 1999) ont eu pour conséquence de placer plus

de personnes en situation de vulnérabilité, donc, de vulnérabilité face aux opioïdes et autres substances. D'autre part, il a été démontré que l'arrêt brusque des opioïdes a pour conséquence d'isoler encore plus une tranche de la population qui souffre déjà beaucoup, nous pensons notamment aux personnes qui utilisent ces médicaments pour traiter la douleur (Dasgupta et al., 2018). Ces personnes sont celles à qui les restrictions quant à l'accès aux opioïdes ont le plus de conséquences négatives. En effet, souvent isolées, démunies et souffrantes, ces personnes sont désormais considérées comme un enjeu de santé publique. Dans les circonstances, plusieurs se retrouvent d'autant plus isolées, alors qu'elles ressentent que la société et plus spécifiquement, les intervenants sociosanitaires, les considère désormais comme des toxicomanes « à risque ». De plus, il apparaît que ces mêmes personnes se tournent vers des sources d'approvisionnement « alternatives », et qu'elles sont maintenant à risque d'acheter des substances de moins bonne qualité par rapport aux opioïdes sous prescription. Considérant le risque que représente notamment le fentanyl, cette situation est discutable et met des personnes à risque en raison de la stigmatisation dont elles sont victimes.

La question de la crise des opioïdes et des surdoses plus largement pourrait malheureusement être une des formes d'expression de l'accroissement des inégalités sociales et de santé, de plus en plus productrice de souffrance et de vulnérabilité à laquelle carburent les drogues de toutes sortes et leurs fournisseurs. Bien que formulé ici sous la forme d'hypothèse, il ne fait aucun doute que cette lecture de la crise peut se démontrer (Dasgupta et al., 2018). La mise en place d'un système de surveillance des surdoses à partir de divers indicateurs, notamment socio-économiques, serait ainsi pertinente.

Les données manquantes

Cette analyse nous amène à penser que des données normalisées quant au statut d'emploi des personnes décédées par surdose doivent être accessibles afin d'adapter l'intervention au milieu de travail. L'analyse des données nous permet d'appuyer l'hypothèse selon laquelle la crise des surdoses n'affecte pas que des personnes marginalisées, elle touche aussi des travailleurs, chômeurs et retraités, souffrant parfois de maux physiques ou d'enjeux psychologiques. D'ailleurs, une recherche menée auprès des médecins légistes et coroners canadiens mis à jour en octobre 2019 affirme ceci :

Ces dernières années, le profil des personnes qui décèdent dans de telles circonstances [surdose] a changé. En plus des décès chez les personnes avec une consommation chronique, les coroners et les médecins légistes voient maintenant davantage de décès chez des personnes de tous les groupes sociodémographiques et socio-économiques et de tous âges, qui souffrent de douleurs chroniques et qui consomment des drogues occasionnellement ou pour la première fois (ASPC, 2018).

En sus, les rapports d'investigation du coroner ne nous permettent pas d'identifier avec certitude les premiers répondants qui interviennent en cas de surdose, limitant la capacité à les rejoindre pour promouvoir des interventions de type préventives dans un milieu de travail, où la personne est à risque d'épuisement. De plus, ces derniers doivent être

sensibilisés quant à l'impact de leur intervention auprès des proches d'une personne décédée par surdose.

PROPOSITIONS ET PISTES DE RÉFLEXION

L'analyse des résultats permet de formuler quelques propositions : une première concerne les rapports du coroner, une seconde porte sur la prévention des surdoses, une troisième a trait au soutien offert aux intervenants et finalement, une dernière est formulée en matière de recherche.

Concernant les rapports d'investigation, nous croyons que le travail des coroners gagne à être mieux connu, tout comme les recommandations produites. À l'inverse, certaines formulations laissent entrevoir que des rapports peuvent véhiculer des stéréotypes qui teintent l'investigation. Nous faisons ici référence aux expressions « drogue de rue » ou « drogues d'abus », mais également à quelques expressions maladroites : « Il était toxicomane et alcoolique. Il ne se préoccupait pas de son état de santé » ou encore « Il ne dédaignait pas non plus, les opiacés, le cannabis et les benzodiazépines ». Nous croyons que ce genre de formulation n'aide pas à comprendre le phénomène des surdoses.

En ce qui a trait à la prévention des surdoses, les acteurs du milieu œuvrant auprès des personnes à risque de surdose travaillent depuis plusieurs années dans le contexte de la crise des opioïdes. Dans les circonstances, les intervenants et les organismes déploient des efforts importants, notamment pour la distribution de trousse de naloxone et le dépistage des substances pouvant contenir du fentanyl ou ses analogues. Ce travail de première ligne, qui dépasse largement les deux actions citées, a permis de sauver des vies au quotidien et doit se poursuivre, voire se consolider. En parallèle, à partir de nos résultats, nous constatons l'ampleur du phénomène de la polyintoxication ainsi que la variété des substances impliquées dans le décès. De plus, nous observons que plusieurs personnes décédées présentent divers enjeux en lien avec la santé physique et la santé mentale. Dans les circonstances, et en sus des actions axées sur les substances, nous croyons que la prévention des surdoses doit également s'inscrire dans une perspective de santé et de mieux-être globale. C'est-à-dire que sans négliger les enjeux autour des substances, il est important d'analyser d'autres facteurs pouvant contribuer aux surdoses, notamment, les enjeux de santé physique et mentale.

Afin de mieux comprendre et apprendre des expériences vécues par les personnes, et éventuellement intervenir davantage en amont des surdoses, nous croyons qu'il serait pertinent d'entendre les victimes et les témoins de surdose. Ceux-ci pourront ainsi partager leur expérience, souvent traumatisante et stigmatisante, contribuer à une meilleure compréhension du phénomène, favoriser de meilleures interventions, voire s'entraider.

Concernant le soutien des intervenants, il est possible que le contexte de la crise des surdoses, ainsi l'éclosion du coronavirus en mars 2020, risquent d'aggraver la détresse de certains œuvrant auprès des personnes utilisatrices de substances. Côté la mort au quotidien n'est pas une expérience facile, en particulier dans le cas de la mort violente et souvent non reconnue des personnes marginalisées. Ces derniers devraient être mieux outillés quant aux circonstances qui entourent les décès par surdose afin d'intervenir en amont et en aval de la situation. Le développement de programmes de formation qui leur sont spécifiques serait aidant.

Concernant la recherche, plusieurs pistes peuvent être envisagées à partir de chacune des questions de cette recherche exploratoire. Pour notre part, nous souhaitons mettre de l'avant des recherches qui viseraient à entendre davantage les personnes endeuillées par surdose afin de mieux comprendre leurs réalités et leurs besoins ainsi que des recherches auprès d'utilisateurs qui ont expérimenté des surdoses sans en décéder afin de distinguer les divers facteurs de risque.

CONCLUSION

La richesse des documents et les objectifs qui nous ont guidés balisent les résultats obtenus et les analyses possibles à partir de cette recherche exploratoire. Cela dit, nous souhaitons que ce travail inspire des pistes de discussion, que ce soit dans les milieux de travail, avec les usagers ou les décideurs quant aux surdoses, leurs préventions et leurs conséquences. De toute évidence, les surdoses ne frappent pas que les « toxicomanes » et les itinérants comme le veulent encore certains préjugés. Cela dit, nous pouvons affirmer que certains facteurs de vulnérabilité, notamment quant aux enjeux de santé physique et psychologique, indiquent que certaines personnes sont plus vulnérables aux substances que d'autres. En ce sens, le phénomène des surdoses ne doit pas être réduit à un simple problème de « substance » utilisée par des « toxicomanes » puisqu'il s'enracine dans des enjeux socio-économiques en lien avec l'accroissement des inégalités de richesses et de santé. En somme, une construction sociale des morts attribués à la drogue (substance) tend à masquer les enjeux socio-économiques sous-jacents.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada. (2018, décembre). *Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (de janvier 2016 à juin 2018)*.

<https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>

A.N Crauts, A. (2001). La construction sociale des morts attribuées à la drogue. *Frontières*, 14(1), 14-17.

Chiapello, È. et Boltanski, L. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard.

Cloutier, R., Nadeau, D., Bordeleau, S. et Verreault, M. (2008). Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse. Dans Frolich, K., De Koninck, M., Demers, A. et Bernard, P. (dir). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10016>

Dasgupta, N., Beletsky, L. et Ciccarone, D. (2018). Opioid Crisis : No Easy Fix to Its Social and Economic Determinants. *American Journal of Public Health*, 108(2), 182-186. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304187>

Gouvernement du Canada, S. C. (2019, 30 mai). *Le Quotidien—Causes de décès, 2017*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190530/dq190530c-fra.htm>

Lecours, C., Labrie, M.-P. et Ouellet, N. (2015). Inégalités sociales de santé au Québec : prévalence de l'incapacité et des maladies chroniques selon l'âge et le niveau de défavorisation en 2010-2011. *Canadian Public Policy, Analyse de politiques*, 41(2), pp. S34-S43.

Origer, A. (2016). *Surdoses et inégalités sociales : Mieux comprendre les décès liés à l'usage de drogues pour mieux agir*. Louvain-La-Neuve : Academia l'Harmattan.

Quesnel-Vallée, A. L'approche des parcours de vie. Dans Frolich, K., De Koninck, M., Demers, A. et Bernard, P. (dir). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/10010>

Rosanvallon, P. (1999). *Le Capitalisme Utopique : Histoire de l'idée de marché*. Seuil.

Templeton, L., Valentine, C., McKell, J., Ford, A., Velleman, R., Walter, T., Hay, G., Bauld, L. et Hollywood, J. (2017). Bereavement following a fatal overdose : The experiences of adults in England and Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 58-66. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1127328>

Valentine, C., Bauld, L. et Walter, T. (2016). Bereavement Following Substance Misuse : A Disenfranchised Grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72, 283-301. <https://doi.org/10.1177/0030222815625174>

Valentine, C., McKell, J. et Ford, A. (2018). Service failures and challenges in responding to people bereaved through drugs and alcohol : An interprofessional analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 32(3), 295-303.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1415312>



Rapport d'investigation du coroner

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

à l'intention des familles, des
proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE
humaine

concernant le décès de

██████████ ██████████
2017-0 ██████████

Dr ██████████ ██████████

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| BUREAU DU CORONER 2017- ■■■■ Date de l'avis | | 2017-0■■■■ N° de dossier | |
| IDENTITÉ Joann | | | |
| Prénom à la naissance ■■■■-■■■■ Date de naissance | | ■■■■ Nom à la naissance | |
| ■■■■■■■■■■ Municipalité de résidence | | Féminin Sexe | |
| ■■■■ Nom de la mère | | Québec Province | |
| ■■■■ Nom du père | | Canada Pays | |
| ■■■■■■■■■■ Prénom de la mère | | ■■■■ Prénom du père | |
| DÉCÈS | | | |
| 2017-■■■■ Date du décès | | ■■■■■■■■■■ Domicile | |
| Déterminé Lieu du décès | | ■■■■■■■■■■ Municipalité du décès | |

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ■■■■ est identifiée visuellement par un proche sur les lieux mêmes de son décès à ■■■■.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le corps de Mme ■■■■ a été retrouvé par son conjoint dans le lit de cette dernière à son domicile le ■■■■ 2017 vers 12 h. Un ami également présent sur les lieux a alors contacté la mère de Mme ■■■■ qui habitait le même immeuble. Cette dernière s'est rendue à l'appartement et a débuté des manœuvres de réanimation. Les services d'urgence ont été contactés vers 12 h 07. À l'arrivée des ambulanciers sur les lieux vers 12 h 12, Mme ■■■■ ne présentait aucun signe vital et des vomissures à la bouche étaient observées. Les ambulanciers ont alors procédé à son intubation et poursuivi les manœuvres de réanimation. Après quelques minutes, les manœuvres ont été cessées et le corps de Mme ■■■■ a été transporté au Centre hospitalier ■■■■ où le décès a été constaté par le médecin de l'urgence.

AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été pratiquée le 6 février 2017 au ■■■■. Dans son rapport, le pathologiste constate la présence d'une broncho-pneumonie d'aspiration. Il note également un infarctus microscopique aigu et récent du myocarde ventriculaire droit et une athéromatose minime des artères coronaires sans rétrécissement significatif.

Des analyses toxicologiques ont été effectuées au Centre de toxicologie de l'Institut national de santé publique du Québec. L'alcoolémie était négative. La présence de citalopram,

clonazépam, diphenhydramine, nortriptyline, hydromorpnone au niveau sanguin et de méthamphétamine dans l'urine est notée.

Page 2 de 3

ANALYSE

Un rapport d'investigation policière a été produit par le Service de sécurité publique de [REDACTED]. On peut y lire que Mme [REDACTED] ronflait lorsque son conjoint s'est couché vers 2 h le 3 février 2017. À son réveil vers 12 h il a noté des vomissures sur le visage de Mme [REDACTED] et cette dernière ne présentait plus de signe vital. Selon les circonstances et l'état du corps à sa découverte, on peut présumer que le décès est survenu dans la nuit du 3 février après 2 h.

Mme [REDACTED] présentait certains problèmes de santé dont de l'anxiété traitée avec du rivotril. L'examen des contenants de médication de Mme [REDACTED], des registres de la RAMQ et de sa pharmacie a révélé qu'elle semblait consommer plus que la posologie prescrite de rivotril. Les analyses toxicologiques effectuées suite au décès de Mme [REDACTED] ont révélé également la présence d'hydromorpnone sanguine et de méthamphétamine urinaire. Il est probable que la combinaison de médication et de drogue d'abus a altéré l'état de conscience de Mme [REDACTED] ce qu'il l'a prédisposée au développement d'une bronchopneumonie d'aspiration. Par ailleurs, Mme [REDACTED] n'avait pas tenu de propos suicidaires avant son décès et aucune lettre de suicide n'a été retrouvée ce qui ne permet pas de conclure à un suicide.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] est décédée d'une broncho-pneumonie d'aspiration secondaire à une polyintoxication médicamenteuse et de drogue d'abus. Il s'agit d'un décès accidentel.

Je soussigné, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Sherbrooke, ce 11 juin 2018.

Dr [REDACTED], coroner

Page 3 de 3

Carnet de codification

| Nom | Description |
|---|--|
| IDENTITÉ | |
| Année de naissance | L'année de naissance |
| Municipalité de résidence | La municipalité de résidence |
| DÉCÈS | |
| Date du décès | |
| Municipalité du décès | Municipalité dans laquelle la personne est décédée |
| LES SUBSTANCES EN CAUSES | |
| MISES EN CAUSES DANS LA CONCLUSION DES RAPPORTS | Substances/Familles de substances associées à la cause du décès dans la conclusion des rapports |
| Conclusion avec benzodiazépine | |
| Conclusion avec dépresseurs du SNC et/ou médicaments psychoactifs | *Excluant les substances de la famille des opioïdes et des benzodiazépines |
| Conclusion avec stimulants | |
| Conclusion avec polyintoxication et mention d'une substance ou famille de substance | Toutes les conclusions dans lesquelles nous retrouvons une polyintoxication comme étant en cause dans le décès et qu'une substance ou une famille de substance spécifique y est nommée |
| Conclusion autre | Toutes les conclusions qui font exceptions |
| Conclusion avec perturbateur du SNC | |
| Conclusion avec polyintoxication sans mention de substance ou famille de substance | Toutes les conclusions des rapports dont on fait état d'une polyintoxication mais sans nommer de substance ou de famille de substance spécifique |
| Conclusion avec alcool | |
| Conclusion avec cocaïne | |
| Conclusion avec opioïdes | |
| SUBSTANCES RETROUVÉES DANS LES ANALYSES TOXICOLOGIQUES | Substances mentionnées dans la section analyse toxicologique des rapports |
| Benzodiazépine | |
| Dépresseur du SNC et médicaments psychoactifs | *excluant les benzodiazépines et les opioïdes |
| Opioïdes | |
| Perturbateur du SNC | |

| Nom | Description |
|--|--|
| Stimulants | |
| TROUVÉ PAR | Qui a trouvé la personne en surdose |
| Ami-proche | Toutes les personnes considérées comme des amis ou connaissances, ou présentées comme étant des « proches » dans les rapports |
| Colocataire | Lorsque mentionné tel quel dans les rapports |
| Conjoint-conjointe | Lorsque la personne a été trouvée par un conjoint ou une conjointe |
| Inconnu | Lorsque la personne est trouvée par une autre personne qui lui est inconnue |
| Membre de la famille | Parents, frères, soeurs, cousins, cousines, enfants, etc. (excluant les proches que nous classons dans amis et proches) |
| Personnel carcéral | |
| Personnel médical | |
| Premier répondant | Pompier, police |
| Propriétaire | Propriétaire d'immeuble |
| Un intervenant | |
| CIRCONSTANCE DU DÉCÈS | |
| Délai d'appel aux services d'urgence | Lorsque les personnes qui trouvent la personne en surdose n'ont pas tenté de joindre en premier lieu les services d'urgence |
| Interactions autour du décès | Au moment du décès ou précédent celui-ci |
| Consommation connue | Lorsqu'il est mentionné que les personnes qui étaient en interaction directe avec la personne décédée savaient qu'elle avait consommé une ou des substances |
| Consommation inconnue | Lorsqu'il est mentionné que les personnes qui étaient en interaction directe avec la personne décédée ne savaient pas qu'elle avait consommé une ou des substances |
| Signes particuliers ou anormaux observés | Lorsqu'il y a des informations quant à des signes particuliers ou anormaux observés par les personnes qui étaient en interactions avec elle avant son décès |
| Ronflements et détresse respiratoire | |
| Comportement inquiétant ou anormal | |
| Symptômes physiques anormaux | |

| Nom | Description |
|--|--|
| Tentative de réveil | |
| Refus de soins ultimement liés à la surdose | Lorsque la personne refuse de recevoir des soins médicaux essentiels et qui sont directement liés à sa condition de santé du moment et associés à la surdose subséquente |
| ÉTAT DE SANTÉ ET CONTEXTE SOCIAL | |
| PROBLÈMES LIÉS À LA SANTÉ | |
| Douleur chronique et problème chronique de douleur | Les personnes qui souffrent de douleurs chroniques (souvent nommé tel quel dans les rapports) ainsi que de problèmes chroniques qui amènent de la douleur considérable au quotidien. Ex : lombalgies chroniques, fibromyalgie, arthrose, polyarthrite rhumatoïde |
| Problèmes cardiaques, vasculaires ou pulmonaires | Parfois cette condition est découverte lors de l'autopsie et parfois elle était connue et rapportée par le biais du dossier médical |
| Problématique de consommation | Lorsqu'on fait état de manière explicite dans les rapports d'une problématique liée à la consommation de substances |
| Dit par entourage | Lorsque la problématique est mentionnée comme étant rapporté par l'entourage de la personne dans les rapports |
| Par un dossier médicale, etc. | Lorsque la problématique est mentionnée par le biais de la consultation du dossier médical, rapport d'intervenant, etc. |
| Traitement pour la dépendance | |
| Méthadone/Suboxone | Lorsqu'il est mention de traitement de substitution pour une dépendance aux opioïdes (méthadone, suboxone) |
| Autres formes de traitement | Thérapie pour la dépendance en centre, suivi en clinique spécialisée, suivi en psychiatrie pour la consommation, hospitalisation à des fins de « désintoxication » |
| Antécédent de surdose | Lorsqu'il est mention d'antécédents de surdoses |
| Troubles mentaux | Troubles mentaux identifiés et mentionnés dans les rapports |
| Dépression et anxiété | Lorsque nommé et identifié comme tel dans les rapports |
| Skizophrénie et autres troubles liés | |
| Trouble de l'humeur | |

| Nom | Description |
|---|---|
| Trouble de la personnalité | |
| ENJEUX FINANCIERS, PAUVRETÉ ET EXCLUSION SOCIALE | |
| Incarcéré-judiciarisation | Lorsqu'il est mention que la personne est ou fut incarcérée ou qu'elle a des démêlés avec la justice |
| Isolement social | Lorsqu'il est possible de déterminer que la personne était isolée, sans réseau, éloignée des ressources, en situation d'isolement social |
| Sans domicile fixe | Lorsqu'il est mention que la personne est sans domicile fixe |
| Sans emploi | Lorsqu'il est mention que la personne est sans emploi |
| Situation de pauvreté | Lorsqu'il est possible d'identifier des indicateurs de pauvreté |
| Avec emploi | Lorsqu'il est mention que la personne avait un emploi |
| Accidents graves | Brûlure, accident de conduit, blessures par balles, accident de travail, etc. |
| Ruptures amoureuses | |
| Deuil | |
| Tentative de suicide | Lorsqu'il est mention que la personne a déjà tenté de mettre fin à ses jours |
| RELATIONS AVEC LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX | |
| Divergence-mésentente | Lorsqu'il est indiqué qu'il y avait des éléments de tensions au sein de la relation entre la personne et son intervenant, la personne et son médecin ou avec tout autre professionnel/intervenant |
| Hôpital | Lorsque qu'il est mention que la personne a fréquenté un hôpital, a été hospitalisée, etc. |
| Pas de médecins | Lorsqu'il est mention que la personne ne voit aucun médecin |
| Sans intervenants-organismes | Lorsqu'il est mention que la personne était inconnue des organismes ou des intervenants |
| Suivi avec un intervenant ou un organisme | Lorsqu'il est mention que la personne est en relation avec des intervenants ou le milieu communautaire ou tout autre service d'aide |
| Suivi et/ou consultation avec un médecin | Lorsqu'il est mention que la personne est suivie par un médecin ou encore a consulté un médecin dans les semaines précédant sa mort. |