

# Décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2017

Examen des dossiers des coroners et des médecins légistes



# Promouvoir et protéger la santé des canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique

— Agence de la santé publique du Canada

Citation suggérée : Agence de la santé publique du Canada. Décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2017 : Examen des dossiers des coroners et des médecins légistes. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; décembre 2022.

Also available in English under the title: Substance-related acute toxicity deaths in Canada from 2016 to 2017: A review of coroner and medical examiner files

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada  
Indice de l'adresse 0900C2  
Ottawa (Ontario) K1A 0K9  
Tél. : 613-957-2991  
Sans frais : 1-866-225-0709  
Télec. : 613-941-5366  
ATS : 1-800-465-7735  
Courriel : [publications-publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications-publications@hc-sc.gc.ca)

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2022

Date de publication : 14 décembre 2022

La reproduction de la présente publication est autorisée pour usage personnel ou interne seulement, à condition d'en mentionner la source en entier.

Cat. : HP35-175/2022F-PDF  
ISBN : 978-0-660-46433-6  
Pub. : 220616

# Table des matières

<b>Dédicace.....</b>	<b>8</b>	Nombre de personnes décédées par mois et par jour de la semaine	29
<b>Messages des collaborateurs .....</b>	<b>9</b>	Tendances géographiques .....	30
<b>Contributeurs et remerciements.....</b>	<b>13</b>	Provinces et territoires	30
L'équipe de co-investigateurs .....	13	Milieux urbains et ruraux	33
L'équipe d'auteurs.....	14	Municipalités	35
Remerciements .....	14	Facteurs sociodémographiques .....	36
Avertissement .....	15	Sexe et mode du décès	36
<b>Synthèse .....</b>	<b>16</b>	Âge	36
Objet du présent rapport .....	16	Vie privée.....	40
À propos des données .....	16	Lieu de résidence	40
Principales constatations .....	17	Avec qui la personne décédée vivait	42
Aperçu	17	Relations	44
Nombre de décès annuel, mensuel et quotidien de personnes décédées	17	Vie professionnelle .....	48
Tendances géographiques	17	Statut d'emploi ou source de revenus	48
Facteurs sociodémographiques	18	Profession et secteur d'activité	49
Antécédents de consommation de substances et interaction avec les services de santé	18	Antécédents de consommation de substances.....	55
Épisode de toxicité aiguë	19	Interaction avec le système de soins de santé.....	56
Substances impliquées	19	Épisode de toxicité aiguë.....	58
Conclusion .....	19	Moment et lieu	58
<b>Introduction .....</b>	<b>20</b>	Mode de consommation apparent	61
Déclaration relative au langage utilisé.....	21	Présence d'autres personnes	63
<b>À propos des données .....</b>	<b>22</b>	Substances visées .....	65
Définition de cas .....	22	Types de substances	67
Source des données .....	22	Nombre de substances	72
Disponibilité et préparation des données .....	23	Provinces et territoires	75
Analyse des données .....	24	<b>Limites .....</b>	<b>80</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>27</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>81</b>
Aperçu .....	27	<b>Définitions incluses dans ce rapport ..</b>	<b>82</b>
Nombre de décès annuel, mensuel et quotidien de personnes décédées .....	28	Liste des abréviations utilisées dans ce rapport.....	92
Nombre de personnes décédées par jour	28	<b>Références .....</b>	<b>93</b>
		<b>Tableaux de données correspondant aux figures.....</b>	<b>99</b>

# Liste des figures

- Figure 1** | Diagramme de quartiles représentant le nombre quotidien de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....28
- Figure 2** | Nombre de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'année, et le mois du décès, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 à 2017.....29
- Figure 3** | Nombre moyen de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par année et jour de la semaine du décès, Canada, 2016 à 2017.....30
- Figure 4** | Nombre et taux de mortalité bruts (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la province ou le territoire, Canada, 2016 et 2017 ..... 31
- Figure 5** | Nombre d'habitants décédés en raison d'une toxicité aiguë et taux de mortalité bruts associés (décès pour 100 000 habitants) dans les municipalités de 100 000 habitants ou plus, Canada, 2016 et 2017.....35
- Figure 6** | Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance dans chaque groupe d'âge, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 ..... 37
- Figure 7** | Taux de mortalité des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, le mode de décès et le groupe d'âge, Canada, 2016 et 2017.....38
- Figure 8** | Avec qui vivaient les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique et de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017 ..... 43
- Figure 9** | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'état civil et le sexe, Canada, 2016 et 2017..... 45
- Figure 10** | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'état civil et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....46
- Figure 11** | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la profession, Canada, 2016 et 2017..... 51
- Figure 12** | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le secteur d'activité, Canada, 2016 et 2017..... 53
- Figure 13** | Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance qui avaient des antécédents documentés de consommation de substances, Canada, 2016 et 2017 ..... 55

**Figure 14 |** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant un médecin de famille accessible pour leurs soins réguliers, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017.... 57

**Figure 15 |** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès, Canada, 2016 et 2017..... 57

**Figure 16 |** Moment où l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès s'est produit chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017 ..... 59

**Figure 17 |** Mode de consommation apparent de drogues pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017..... 62

**Figure 18 |** Présence de drogues ou d'alcool sur le lieu de l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017 ..... 63

**Figure 19 |** Présence d'un témoin pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en

raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017 .... 64

**Figure 20 |** Répartition en pourcentage du nombre de substances **étant à l'origine des décès** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017..... 73

**Figure 21 |** Répartition en pourcentage du nombre de substances **décelées** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017..... 73

**Figure 22 |** Répartition en pourcentage du nombre de types de substances **étant à l'origine des décès** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 ..... 74

**Figure 23 |** Répartition en pourcentage du nombre de substances **décelées** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017. 74

**Figure 24 |** Les principales substances à **l'origine des décès** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017 ..... 76

**Figure 25 |** Les principales substances **décelées** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017..... 78

# Liste des tableaux

**Tableau 1.** Nombre de personnes décédées attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire et par année de décès, Canada, 2016 et 2017 .....23

**Tableau 2.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité ajusté selon l'âge (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire et par sexe, Canada, 2016 et 2017.....32

**Tableau 3.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité ajusté selon l'âge (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la province ou le territoire et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 .....33

**Tableau 4.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance et taux de mortalité connexes ajustés selon l'âge (pour 100 000 habitants) selon le milieu de résidence, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....34

**Tableau 5.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 .....36

**Tableau 6.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et l'âge, Canada, 2016 et 2017 .....39

**Tableau 7.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'âge et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 .....40

**Tableau 8.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, le mode de décès et le type de résidence, Canada, 2016 et 2017 ..... 41

**Tableau 9.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et les transitions récentes dans le lieu de vie des personnes, Canada, 2016 et 2017.....42

**Tableau 10.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le fait d'avoir ou non des enfants, le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique et de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017 .....47

**Tableau 11.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la situation professionnelle ou la source de revenus, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....49

**Tableau 12.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance selon la profession, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....52

**Tableau 13.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le secteur d'activité, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....54

**Tableau 14.** Antécédents de consommation de substances des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....56

**Tableau 15.** Contact avec les services de santé dans l'année précédant le décès des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....58

**Tableau 16.** Lieu où l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès s'est produit chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 .....60

**Tableau 17.** L'endroit où s'est produit l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 ..... 61

**Tableau 18.** Présence d'autres personnes lors de la prise de drogues ou d'alcool pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....64

**Tableau 19.** Substances incluses dans chaque catégorie de type de substance 65

**Tableau 20.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances considérés comme **à l'origine du décès** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017 .....68

**Tableau 21.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances **décelés** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017.....69

**Tableau 22.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances **à l'origine du décès** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 .....70

**Tableau 23.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances **décelés** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....71

**Tableau 24.** Mesures de localisation et de répartition du nombre quotidien de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....99

**Tableau 25.** Nombre de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'année et le mois du décès, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 à 2017.....100

**Tableau 26.** Nombre moyen de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par année et par jour de la semaine du décès, Canada, 2016 à 2017 101

**Tableau 27.** Nombre et taux de mortalité bruts (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la province ou le territoire, Canada, 2016 et 2017.....102

**Tableau 28.** Nombre et taux de mortalité bruts (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance dans les municipalités de 100 000 habitants ou plus, Canada, 2016 et 2017.....103

**Tableau 29.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance dans chaque groupe d'âge, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017 .....105

**Tableau 30.** Taux brut de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, le mode de décès et le groupe d'âge, Canada, 2016 et 2017.....106

**Tableau 31.** Avec qui vivaient les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique et de 681 cas de l'Ontario), 2016 et 2017.....107

**Tableau 32.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'état civil, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....107

**Tableau 33.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la profession, Canada, 2016 et 2017.....108

**Tableau 34.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le secteur d'activité, Canada, 2016 et 2017.....109

**Tableau 35.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance qui avaient des antécédents de consommation de substances, Canada, 2016 et 2017 ..... 110

**Tableau 36.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant un médecin de famille accessible pour leurs soins réguliers, par sexe, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017.. 110

**Tableau 37.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès, Canada, 2016 et 2017..... 110

**Tableau 38.** Moment où l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès s'est produit chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017 ..... 111

**Tableau 39.** Mode de consommation apparent de drogues pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le



sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017..... 111

**Tableau 40.** Présence de drogues ou d'alcool sur le lieu de l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017 .....112

**Tableau 41.** Présence d'un témoin pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017 ...112

**Tableau 42.** Répartition en pourcentage du nombre de substances étant à l'origine des décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017.....113

**Tableau 43.** Répartition en pourcentage du nombre de substances décelées chez

les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017..... 114

**Tableau 44.** Répartition en pourcentage du nombre de substances à l'origine des décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....115

**Tableau 45.** Répartition en pourcentage du nombre de substances décelées chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017.....116

**Tableau 46.** Les principales substances à l'origine des décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017 .....117

**Tableau 47.** Les principales substances décelées chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017..... 119



# Dédicace

En mémoire de chaque personne représentée dans ce rapport.

À ceux qui sont affectés par les méfaits liés aux substances, et à ceux qui travaillent à réduire leurs impacts sur les individus et collectivités.

Votre force. Votre engagement. Votre compassion.  
Votre détermination.

C'est à vous que nous dédions ce travail.

# Messages des collaborateurs

Les messages ci-dessous expriment les réflexions de plusieurs collaborateurs clés au sujet de l'étude et la manière dont ses résultats peuvent éclairer les efforts déployés en vue de lutter contre la crise des surdoses.

## Message de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada

« Les méfaits liés aux substances psychoactives constituent depuis longtemps un problème de santé publique au Canada, qui s'est particulièrement manifesté depuis 2016. Cette année-là, le nombre de Canadiens décédés à la suite d'une toxicité aiguë liée à une substance a connu une forte augmentation dans des nombreuses juridictions. La même année, le gouvernement du Canada s'est engagé à mettre en place une réponse en matière de santé publique complète et fondée sur des données probantes pour faire face à cette crise. Bien qu'un système de surveillance national ait été mis en place pour recenser les décès attribuables à une intoxication liée aux substances psychoactives et les autres méfaits liés aux substances, des recherches étaient également nécessaires afin de mieux comprendre les facteurs potentiels de la crise. Cette étude menée sur une période limitée a été élaborée pour améliorer notre compréhension des personnes qui ont perdu la vie, y compris les circonstances dans lesquelles elles ont vécu et sont décédées.

Chaque personne décrite dans cette étude est décédée entre 2016 et 2017, à un moment où de nombreux efforts à grande échelle visant à réduire les méfaits liés aux substances commençaient tout juste à être introduits ou à se répandre dans le pays. Tragiquement, les récentes données de surveillance suggèrent que la crise des surdoses au Canada s'est considérablement aggravée depuis 2017, et notamment depuis le début de la pandémie de la COVID-19. Cet examen descriptif des dossiers des coroners et des médecins légistes nous aide à mieux comprendre la nature évolutive de cette crise et à identifier les possibilités d'agir sur les causes fondamentales et les conditions plus générales qui contribuent aux méfaits liés à la consommation de substances. Ces données peuvent également nous aider à cerner les groupes de Canadiens qui risquent davantage de subir des préjudices, à mieux comprendre leur situation et leurs besoins, et à adapter le soutien en conséquence. Il s'agit notamment de s'efforcer de rencontrer les gens "là

où ils en sont” et d’améliorer l’accès aux services et au soutien fondés sur des données probantes et axés sur la réduction des méfaits, ainsi qu’aux traitements des troubles liés à la consommation de substances. Ce rapport fournit une base de référence pour évaluer nos progrès à mesure que les efforts pour prévenir les décès et les autres méfaits liés à la consommation de substances continuent d’évoluer et de s’étendre dans de nombreuses juridictions au Canada.

Cette étude est la première du genre à recueillir des données détaillées sur les enquêtes au sujet des décès dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada afin de brosser un tableau national des décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance. Elle a été

rendue possible grâce à des partenariats solides entre les secteurs de la justice et de la santé. Merci à tous les coroners, les médecins légistes, les experts en santé publique, les chercheurs, les experts en la matière et les partenaires dévoués qui ont rendu ce travail possible. Ces efforts de collaboration sont essentiels afin de prévenir de nouveaux décès et d’autres méfaits liés aux substances au Canada. »

---

**D<sup>re</sup> Theresa Tam**

**Administratrice en chef de la santé publique du Canada**

Coprésidente du gouvernement fédéral du Comité consultatif spécial sur l’épidémie de surdoses d’opioïdes

## **Message du président du Forum national des coroners en chef et des médecins légistes en chef**

« Les coroners et les médecins légistes du Canada sont en première ligne de la crise des surdoses. Pour les personnes qui décèdent, un coroner ou un médecin légiste doit répondre à des questions importantes au sujet de leur décès : qui étaient-elles ? Quand sont-ils morts ? Comment ? En cherchant des réponses, le coroner ou le médecin légiste peut découvrir des renseignements qui pourraient contribuer à sauver des vies à l’avenir.

Les coroners en chef et les médecins légistes en chef du Canada, de concert avec nos partenaires de l’Agence de la santé publique du Canada, continuent de collaborer afin d’explorer comment les enquêtes sur les décès peuvent être utilisées pour éclairer les études

scientifiques sur la mortalité liée aux substances. Nous avons ouvert nos dossiers aux chercheurs, et nous les avons aidés à mieux comprendre nos méthodes d’investigation.

Notre premier espoir pour ce projet est que des vies puissent être sauvées. Mais il devient rapidement évident que les coroners et les médecins légistes bénéficient également de cette ouverture. Pour notre communauté, des projets tels que cette étude et d’autres axés sur la réduction des décès liés aux substances ont donné naissance à une nouvelle ère de mise en commun des idées et des méthodes qui débouchera sur des pratiques plus cohérentes dans tout le pays. Nous avons appris et continuons d’apprendre comment les enquêtes sur les

décès sont menées dans les provinces et les territoires, comment de nouvelles méthodes sont utilisées et comment ces résultats peuvent être interprétés.

En tant que président du Forum national des coroners en chef et des médecins légistes en chef du Canada, c'est un privilège de dédier ce travail à tous ceux que nous servons, et en particulier à

ceux qui ne peuvent pas parler pour eux-mêmes. »

---

**Clive Weighill**

**Coroner en chef de la Saskatchewan**

Président du Forum national des coroners en chef et des médecins légistes en chef

## Message d'un membre du conseil d'administration de l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues (ACPUD)

« Je me sens reconnaissante et privilégiée de participer à la création de ce rapport. Je tiens à remercier l'Agence de la santé publique du Canada d'avoir dirigé ce projet et fait preuve d'innovation en incluant une personne issue de la communauté des personnes qui consomment ou ont consommé des drogues en tant que membre de l'équipe de recherche. J'encourage tous les chercheurs et toutes les institutions à faire de même. Ce projet est une source de fierté, mais aussi une source de profonde tristesse.

Des personnes que j'aime font partie de ces chiffres et de ces graphiques. Chacun de ces milliers de points de données représente une personne qui était aimée et qui était essentielle dans la vie d'autres personnes. De nombreuses personnes nient ou négligent la valeur des personnes qui consomment des substances en tant que membres de la société. Nous vivons dans un pays qui respecte les droits de la personne et défend les valeurs humanistes. Néanmoins, je ne compte plus le nombre de fois où j'ai entendu des gens dire que les personnes décédées à la

suite d'une surdose accidentelle "l'avaient mérité", où j'ai lu dans des commentaires en ligne qu'elles "l'avaient cherché", et j'ai même entendu certains prestataires de soins se demander si cela valait la peine de les traiter pour des surdoses. Je ne citerai personne ici, car il ne s'agit pas d'une personne en particulier, mais d'une convention sociale qui fait abstraction de toutes les personnes dont le décès est causé par une toxicité aiguë.

J'ai récemment partagé une photo de mon cousin, tout souriant avec sa moto. La photo suivante le montre aux côtés d'un homme au visage affaissé dans un établissement de soins de longue durée. Il s'agit de son ami qui, à la suite d'un accident, s'est retrouvé avec une déficience cognitive et physique permanente grave. Lorsqu'une telle tragédie survient, la plupart des gens offrent leur aide, promettent de rester en contact, disent que les choses ne changeront pas, puis finissent petit à petit par s'éloigner. Mon cousin faisait huit heures de route aller-retour, chaque mois, pour sortir son ami ou pour

l'emmener chez le barbier, comme il l'aurait fait quand son ami était en bonne santé. Il a continué de le faire pendant de nombreuses années, jusqu'à sa mort. À leur anniversaire et aux fêtes, il se faisait un devoir d'offrir à ses proches des cadeaux savamment emballés, attirant les regards. Lorsque nous organisions une réunion de famille, il achetait des billets d'avion pour les membres de la famille qui n'avaient pas les moyens de venir. Il m'a offert de m'aider à acheter une maison. Il était toujours là pour moi, que ce soit pour bavarder au beau milieu de la nuit, me raconter une blague ou une histoire pour m'aider à oublier mes problèmes, m'écouter ou me protéger. Pour certains membres de sa communauté, il n'était qu'une source de problèmes, qu'un revendeur de drogue, qu'un criminel. Mais il était la personne la plus gentille, la plus courageuse, la plus généreuse et la plus loyale que j'aie jamais connue. Quelle que soit votre opinion sur les zones grises morales dans lesquelles se trouvent certaines personnes qui consomment des substances, nous sommes tous des personnes avant tout. Imperfectes comme tout le monde et aimées comme tout le monde.

La mère de mon cousin pleure encore, tous les jours. Il y a maintenant trois ans qu'il est mort. Elle vit dans l'agonie, comme celle de milliers de mères. Non seulement se réveillent-elles chaque matin dans un monde injuste et tordu, transformé en un véritable cauchemar depuis la mort de leurs enfants, mais elles doivent composer avec un monde qui les tient responsables, elles et leurs enfants, de leur mort. On ne compatit pas avec elles, on les stigmatise ; on ne les aide pas, on les hait.

On dit souvent que l'on perçoit les valeurs d'une société dans la façon dont elle traite les plus démunis d'entre nous. Que dit de nous le fait que c'est la réalité que vivent des centaines de milliers de veufs, d'orphelins, de parents et de proches endeuillés ? Je rêve d'un monde meilleur. Je m'imagine, dans l'avenir, en train de parler aux jeunes de la peur, de la honte, de la dissimulation, de la criminalisation et de la stigmatisation qui sont si courantes aujourd'hui et qui, selon moi, contribuent à ces décès. Je les imagine exprimant leur horreur quand ils entendront parler des milliers de décès, souvent de jeunes gens dans la première moitié de leur vie. J'imagine leur gratitude et leur joie quand ils apprendront comment des personnes dévouées ont mis fin à cette horreur, en travaillant pour mettre fin à ces décès.

Je vous demande d'utiliser ces données avec tout le respect qu'elles méritent. Je vous demande de suivre l'exemple de ce projet en incluant et en collaborant avec des personnes ayant une expérience vécue dans vos propres projets. Et surtout, je vous demande d'utiliser ces données afin de faire partie des personnes que je remercierai, dans quelques dizaines d'années, d'avoir contribué à mettre fin à cette épidémie de décès. Je vous remercie, chers lecteurs, chères lectrices, de l'attention que vous porterez à ce rapport.

Prenez soin de vous. »

---

**Brandi Abele**

**Membre du conseil d'administration de l'Association canadienne des consommateurs de drogues (ACPUD) et personne ayant une expérience vécue.**

# Contributeurs et remerciements

Ce rapport a été préparé par l'équipe de co-investigateurs de l'étude produite par l'Agence de la santé publique du Canada et du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes.

## L'équipe de co-investigateurs

Par ordre alphabétique :

- Brandi Abele, Conseil d'administration de l'Association canadienne des personnes qui utilisent des drogues, Saskatchewan, Canada
- Matthew Bowes, Service de médecin légiste de la Nouvelle-Écosse, Nouvelle-Écosse, Canada
- Songul Bozat-Emre, Gestion et analyse de l'information provinciale, Santé Manitoba, Manitoba, Canada
- Jessica Halverson, Direction générale de la migration et de la santé, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, Ontario, Canada
- Dirk Huyer, Bureau du coroner en chef de l'Ontario / Service de pathologie judiciaires de l'Ontario, Ontario, Canada
- Beth Jackson, Division de politique de santé équitable, Direction générale de politique stratégiques, Agence de la santé publique du Canada, Ontario, Canada
- Graham Jones, Département de médecine biologique et de pathologie, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta, Alberta, Canada
- Fiona Kouyoumdjian, Ministère de la santé, Ontario, Canada
- Jennifer Leason, Département d'anthropologie et d'archéologie, Université de Calgary, Alberta, Canada
- Regan Murray, Collaboration sur les données d'enquête sur les décès, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ontario, Canada
- Erin Rees, Division de sciences de risque de santé publique, Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, Québec, Canada
- Jenny Rotondo (chercheuse principale), Division des méfaits liés aux substances, Direction générale de la promotion de

la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ontario, Canada

- Emily Schleihauf, Collaboration sur les données d'enquête sur les décès, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ontario, Canada
- Amanda VanSteelandt (chercheuse principale), Division des méfaits liés aux substances, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ontario, Canada

## L'équipe d'auteurs

- Jenny Rotondo, Tanya Kakkar, Devanshi Shah et Richelle Baddeliyanage de la Division des méfaits liés aux substances, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ontario, Canada.
- Jacqueline Burt du Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues, Direction des substances contrôlées, Santé Canada, Ontario, Canada.

## Remerciements

Nous tenons à reconnaître que chaque cas dans cette étude a été avant tout une personne. Les chiffres rapportés représentent des personnes de tous les milieux qui sont endeuillées par leur famille et leurs amis. Comme le démontre le présent rapport, les décès liés à la consommation de substances ont fait de

nombreuses victimes parmi les Canadiens. Nous tenons à remercier tous ceux qui contribuent aux efforts de prévention des méfaits liés aux substances au Canada.

Ce rapport ne serait pas possible sans la collaboration des coroners en chefs et médecins légistes en chef du Canada ainsi que les partenaires de la santé publique incluant (par ordre alphabétique) : Simon Avis, Shamara Baidoobonso, Thambirajah Balachandra, Matthew Bowes, Kathryn Braun, Marguerite Cameron, Elaine Chan, Craig Chatterton, Akmal Coetzee-Khan, Elisapi Suluk Copland, Nash Denic, Justin Dyck, Garth Eggenberger, Greg Forestell, Heather Hannah, Dana Johnson, Heather Jones, Cathy Menard, Janice Nieswandt, Miles Partington, Paul-André Perron, Khen Sagadraca, Aarthi Velusamy, Clive Weighill, John Younes et de nombreux autres partenaires.

Nous remercions également à nos dévoués responsables de l'extraction des données, incluant (par ordre alphabétique) : Raahyma Ahmad, Michele Boileau-Falardeau, Kelsey Boldt, Jacqueline Burt, Bhumika Deb, Maria Hartley, Claire Healey, Nousin Hussain, Khadija Ibrahim, Tanya Kakkar, Alice Karavetian, Asvini Keethakumar, Hannah Mercader, Alexandra Nunn, Julia Sohn, Amanda VanSteelandt, Rochelle White et de nombreux autres partenaires.

Finalement, nous tenons aussi à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude. Nous tenons tout particulièrement à remercier les membres actuels de l'équipe de l'étude qui ont aidé à préparer les données et à réviser ce rapport incluant (par ordre alphabétique) : Shanti Aguilar-Cardenas, Raahyma Ahmad, Richelle



Baddeliyanage, Jacqueline Burt, Yi-Shin Chang, Aganeta Enns, Mallory Flynn, Geneviève Gariépy, Diana George, Jingru Ha, Keltie Hamilton, Mohammad Howard-Azzeh, Tanya Kakkar, Heather Orpana, Jennifer Pennock, Jenny Rotondo, Devanshi Shah, Amanda VanSteelandt, Jeyasakthi Venugopal, et Rania Wasfi. Les anciens membres de l'équipe comprennent (par ordre alphabétique) : Ruh Afza, Jean-Francois Asselin, Laurence Caron-Poulin, Jenne Cunliffe, Noushon Farmanara, Mihaela Gheorghe, Ahash Jeevakanthan, Laura MacDougall, Sarah McDermott, Arhum Waheed, Abdelhamid Zaghlool et de nombreux autres membres au fil des années.

## Avertissement

Ce rapport est basé sur des données et des renseignements compilés et fournis par les bureaux provinciaux et territoriaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef de tout le Canada. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations présentés qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne correspondent pas nécessairement celles des fournisseurs de données ou du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes.



# Synthèse

## Objet du présent rapport

Ce rapport offre un aperçu des résultats d'un examen de dossiers pour les enquêtes des coroners et médecins légistes des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée aux substances au Canada entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2017. C'est la première fois qu'une telle étude a été menée au niveau national au Canada. Les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des personnes décédées, les substances concernées et les circonstances entourant chaque cas de toxicité aiguë et chaque décès ont été examinées par sexe et par mode de décès. Les résultats entre ce rapport et d'autres rapports, comme ceux des provinces et des territoires, peuvent varier à cause de différences dans la définition des cas, la méthodologie, les sources de données disponibles et/ou l'analyse.

## À propos des données

Les données provenant des enquêtes sur les personnes décédées d'une toxicité aiguë (excluant les homicides) ont été extraites des dossiers des coroners et des médecins légistes. Toutes les provinces et tous les territoires canadiens ont participé à l'étude. En raison des variations dans la disponibilité des données dans les dossiers des coroners et médecins légistes, ces résultats offrent une estimation

minimale du nombre de personnes décédées présentant une caractéristique particulière (c'est-à-dire qu'il y a eu *au moins ce nombre de personnes décédées*). Les estimations de population du recensement de 2016 ont été utilisées pour calculer les taux de mortalité [1]. Pour protéger la vie privée des personnes, toutes les valeurs inférieures à 10 ont été masquées et tous les chiffres ont été arrondis de manière aléatoire à un multiple de 3 avant que soient calculés les pourcentages et les taux de mortalité bruts, ce qui veut dire que la somme des pourcentages peut ne pas toujours être égale à 100 %.

## Principales constatations

### Aperçu

- 9 414 personnes sont décédées à la suite d'une toxicité aiguë relative à une substance, soit 4 164 personnes en 2016 et 5 247 personnes en 2017.
- 70 % des personnes décédées étaient des hommes et 30 % des femmes.
- 84 % des personnes sont décédées accidentellement, 13 % sont décédées à la suite d'un suicide et le mode de décès est demeuré indéterminé pour 4 % des personnes.
- L'âge moyen des personnes décédées était de 43,0 ans. L'âge moyen des femmes décédées était de 45,3 ans et celui des hommes décédés de 42,1 ans.

### Nombre de décès annuel, mensuel et quotidien de personnes décédées

- D'après les données de cette étude, au moins 12 personnes sont décédées

chaque jour en moyenne en raison d'une toxicité aiguë en 2016 et en 2017. Le nombre de décès par jour a varié entre 2 et 30.

- À la fois en 2016 et en 2017, de légères diminutions du nombre de personnes décédées ont été observées en février, en mai et en octobre. Le nombre moyen de personnes décédées (ou trouvées décédées) a augmenté au fil de la semaine, les effectifs les plus bas ayant été recensés le lundi et un pic ayant été observé le dimanche.

### Tendances géographiques

- En 2016 et 2017, la plus grande proportion de personnes décédées vivait en Ontario (32 %), mais la Colombie-Britannique était la province avec le taux de mortalité ajusté selon l'âge le plus élevé (au moins 25,2 décès pour 100 000 habitants).
- D'après les informations disponibles sur la résidence, une plus grande proportion de décès est survenue chez les personnes vivant dans des municipalités urbaines (83 %) par rapport aux municipalités rurales (12 %). Les municipalités urbaines ont présenté des taux de mortalité ajustés selon l'âge plus élevés (13,3 contre 10,3 décès pour 100 000 habitants) que les municipalités rurales. Cette tendance a été observée pour les deux sexes et pour tous les modes de décès.
- Les 30 municipalités ayant enregistré le plus grand nombre de personnes décédées rassemblaient 51 % de l'ensemble des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance.

## Facteurs sociodémographiques

- Les femmes ont compté pour 30 % des personnes décédées en général et pour 53 % des personnes décédées d'un suicide.
- Dans tous les groupes d'âge de moins de 70 ans, les hommes et les personnes décédées accidentellement formaient la plus grande proportion des personnes décédées d'une toxicité aiguë et ils avaient les taux de mortalité associés les plus élevés. La proportion de femmes et de personnes décédées d'un suicide a augmenté avec l'âge.
- La majorité des personnes décédées résidaient dans un logement privé au moment de leur décès (au moins 73 %). Un pourcentage plus faible de personnes était sans domicile fixe (au moins 8 %) ou vivait dans un logement avec services de soutien ou transitionnel (au moins 5 %). Au moins 10 % des personnes décédées étaient sorties d'une institution au cours des 12 derniers mois.
- Les informations sur la personne avec laquelle la personne décédée vivait étaient inconnues ou indisponibles pour 25 % des personnes décédées. D'après les informations disponibles, les personnes décédées vivaient généralement seules (au moins 24 %) ou en famille (au moins 18 %). Des différences ont toutefois été observées selon le sexe et le mode de décès.
- Si le plus grand pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui sont décédées étaient célibataires (au moins 31 %), les taux de mortalité étaient les plus élevés chez les personnes divorcées ou séparées (24,3 décès pour 100 000 habitants). Au moins 34 % des

personnes décédées avaient au moins un enfant de tout âge.

- Les renseignements sur l'emploi ou la source de revenus étaient manquants pour 49 % des personnes décédées. Au moins 20 % des personnes avaient un emploi et au moins 18 % étaient sans emploi.
- Les renseignements sur la profession et le secteur d'activité n'étaient pas disponibles dans les dossiers des coroners et des médecins légistes pour respectivement 75 % et 79 % des personnes décédées. D'après les données disponibles, les taux de mortalité étaient les plus élevés chez les personnes de 15 ans et plus exerçant une profession relevant des métiers, des transports et de la machinerie ou une profession connexe (au moins 21,4 décès pour 100 000 habitants) et du secteur du bâtiment (au moins 19,6 décès pour 100 000 habitants), même si des différences entre les sexes et les modes de décès ont été relevées.

## Antécédents de consommation de substances et interaction avec les services de santé

- La majorité des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance avaient des antécédents de consommation de drogues ou d'alcool (au moins 81 %) documentés dans le dossier du coroner ou du médecin légiste et au moins 14 % avaient des antécédents d'épisode non mortel de toxicité aiguë.
- Au moins 36 % de l'ensemble des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance avaient accès à un médecin de famille

pour leurs soins réguliers et au moins 73 % avaient été en contact avec des services de santé dans l'année précédant leur décès. Près de la moitié des personnes décédées avaient bénéficié d'un traitement ambulatoire (quelle qu'en soit la raison) au cours de l'année précédant leur décès.

## Épisode de toxicité aiguë

- L'heure de l'épisode de toxicité aiguë n'était pas connu ou n'a pas été observé pour 63 % des personnes décédées, et le lieu a été inconnu pour 7 %. Les épisodes de toxicité aiguë ayant occasionné un décès ont eu lieu le plus souvent le soir de 18h00 à 23h59 (au moins 11 %) et la nuit de minuit à 5h59 (au moins 13 %) et dans une résidence personnelle (au moins 67 %).
- L'information sur le mode de consommation apparent était manquante pour 54 % des personnes décédées. Le mode de consommation apparent rapporté le plus souvent a été la voie orale (au moins 18 %), suivie par l'injection (au moins 14 %), fumer (au moins 10 %) et l'insufflation nasale ou intranasale (également connue sous l'appellation « sniffer » [renifler], au moins 8 %).
- Les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance sont le plus souvent décédées sans qu'il y ait de preuve que l'épisode de toxicité aiguë ait eu un témoin (au moins 46 %). C'est particulièrement le cas chez les personnes décédées d'un suicide (au moins 63 %).

## Substances impliquées

- Les stimulants (44 %), les opioïdes

fentanyl (44 %) et les opioïdes non liés au fentanyl (37 %) ont été les types de substances les plus fréquemment identifiés comme étant à l'origine du décès. L'alcool a été **décelé** chez 34 % des personnes décédées et les benzodiazépines, chez 28 % d'entre elles.

- Alors que la majorité des dossiers des coroners et des médecins légistes ont mentionné une (30 %) ou deux (24 %) substances comme **étant à l'origine des décès**, le plus souvent ce sont trois (18 %) ou quatre (17 %) substances qui ont été le plus souvent **décelées**. On a **décelé** un seul type de substance chez seulement 8 % des personnes décédées.
- Si les substances identifiées comme **étant à l'origine des décès** différaient selon les provinces et les territoires, l'éthanol (l'alcool) et la cocaïne ont généralement figuré parmi les trois premières substances, et le fentanyl parmi les dix premières.

## Conclusion

Les résultats de ce rapport fournissent des données contextuelles additionnelles sur les personnes décédées d'une toxicité aiguë, données qui ne sont pas disponibles actuellement au niveau national et qui peuvent offrir une source d'information pour les politiques et les programmes. En outre, ces résultats peuvent servir de fondement pour évaluer les changements dans la crise des surdoses au fil du temps. Les prochaines publications liées à cette étude fourniront plus de détails sur la méthodologie de l'étude, examineront des populations spécifiques et fourniront des analyses plus approfondies des facteurs additionnels.



# Introduction

Une toxicité aiguë, parfois appelée intoxication ou surdose, est susceptible de se produire lorsque l'utilisation de substances occasionne une détérioration soudaine de la santé, qui peut ou non être réversible [2]. Au Canada, la toxicité aiguë liée aux substances a conduit à une crise majeure de santé publique en raison de l'augmentation du nombre de personnes décédées au fil du temps [3,4]. L'augmentation progressive du nombre de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée aux opioïdes entre 2000 et 2015 a été suivie d'une forte augmentation en 2016 [5], en grande partie liée à la présence croissante de fentanyl dans l'offre de drogues [3].

Alors que de nombreux rapports fournissent des descriptions des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë au niveau provincial ou territorial [6-9], les renseignements consolidés à l'échelle nationale au Canada restent limités [10, 11]. Pour mieux comprendre le profil des personnes décédées, les circonstances de leur décès et les substances en cause, l'Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec les coroners en chef et les médecins légistes en chef des provinces et territoires et le Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique, a mené deux études nationales à partir des renseignements fournis par les coroners et les médecins légistes. Les résultats de la première étude, une analyse qualitative portant sur les impressions des coroners et des médecins légistes à propos des contextes,

des caractéristiques et des tendances en lien avec les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë, ont été [publiés](#) en 2018 [12]. La seconde étude, qui fait l'objet du présent rapport, est une étude nationale portant sur l'examen des dossiers des coroners et des médecins légistes des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance au Canada en 2016 et en 2017. C'est la première fois que ce type d'étude a été mené au Canada.

Ce rapport fournit une vue d'ensemble des résultats relatifs au moment et à la localisation géographique des décès, aux caractéristiques des personnes décédées, aux circonstances des décès et aux substances impliquées dans l'épisode de toxicité aiguë. Les données offrent un aperçu des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë en 2016 et en 2017, soit avant i) la mise en œuvre de nombreux programmes, politiques et interventions visant à réduire les méfaits liés aux substances; ii) des changements dans les substances disponibles et l'offre de drogues et iii) la pandémie de la COVID-19 [13-17]. Comme les données concernent les années 2016 et 2017, certains résultats, tels que les tendances relatives aux substances consommées, peuvent différer de ceux de ces dernières

années, notamment pendant la pandémie de la COVID-19 [15]. Cette étude offre une base de référence unique pour les activités de surveillance, d'évaluation et de recherche, et elle est utilisable pour mesurer les changements survenus au cours de la crise des surdoses.

## Déclaration relative au langage utilisé

La consommation de substances et les troubles liés à la consommation de substances font l'objet d'une stigmatisation considérable, due en partie au langage utilisé pour aborder ces sujets [18]. Pour les personnes ayant vécu ou vivant une expérience de consommation de substances et pour leurs proches, cette stigmatisation risque d'être nuisible et de créer des obstacles à leur santé et à leur bien-être. Ce rapport utilise un langage centré sur la personne (par exemple, « personnes décédées ») plutôt que sur l'identité (par exemple, « défunts ») afin de soutenir les efforts visant à réduire la stigmatisation et de rappeler au lecteur que chaque chiffre proposé représente une vie humaine.



# À propos des données

## Définition de cas

Cette étude nationale portant sur l'examen des dossiers visait à décrire et à comparer les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance à l'échelle du Canada vers le début de la crise des surdoses. L'étude portait sur toutes les personnes décédées au Canada entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017 à la suite d'une toxicité aiguë résultant des effets directs de l'administration de substances exogènes, dont une ou plusieurs étaient des drogues ou de l'alcool. Les personnes dont le décès était attribuable à la consommation chronique d'une substance, à l'aide médicale à mourir, aux soins palliatifs ou de confort, à un homicide, à une exposition professionnelle, à un traumatisme lié à une intoxication (par exemple un accident automobile), aux effets indésirables des drogues (par exemple un choc anaphylactique) ou à une toxicité aiguë liée aux produits de combustion (par exemple le monoxyde de carbone) ont été exclues de l'étude.

## Source des données

Les décès sont soumis à une enquête des coroners et des médecins légistes pour déterminer l'origine, le mode et les circonstances du décès [19]. Les dossiers des coroners et des médecins légistes impliquant les personnes satisfaisant à la définition de cas de toutes les provinces et de tous



les territoires ont fait l'objet d'un examen minutieux visant à recueillir des renseignements sur les facteurs sociodémographiques, les antécédents médicaux et de consommation de drogues, les circonstances immédiates des décès et les résultats toxicologiques, à l'aide d'un outil de collection de données normalisé. Des renseignements supplémentaires sur les documents disponibles dans les dossiers des coroners et des médecins légistes sont fournis dans la section [Définitions](#).

## Disponibilité et préparation des données

Ce rapport offre un aperçu général des données recueillies sur les 9 414 personnes dont le décès a été attribué à une toxicité aiguë au Canada en 2016 ou en 2017. Des efforts considérables ont été déployés pour assurer la cohérence de la collecte de données. Notez que la fermeture des bureaux due à la COVID-19 a entraîné l'utilisation de l'information

disponible par voie électronique pour certains cas du Québec et de l'Ontario (Tableau 1). De plus, certains dossiers de 2017 du Manitoba n'ont été que partiellement résumés et sont susceptibles de contenir moins de renseignements sur les antécédents sociaux ou médicaux que les autres dossiers du Manitoba. Enfin, seules les données au format électronique étaient disponibles pour la Colombie-Britannique et les données de cette province n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Compte tenu de ces limites, les données de ces provinces peuvent être exclues de certaines analyses lorsque les renseignements sur les variables étudiées sont demeurés systématiquement indisponibles.

**Tableau 1.** Nombre de personnes décédées attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire et par année de décès, Canada, 2016 et 2017

Province ou territoire	2016	2017	Total	Remarques sur les données
Colombie-Britannique	993	1 494	2 487	Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Toutes les données pour la Colombie-Britannique ont été obtenues à partir d'un système d'information électronique provincial plutôt que de dossiers complets. Comme certaines variables de l'étude sur l'examen des dossiers n'avaient pas d'équivalents cartographiques, les cas de la Colombie-Britannique présentent une proportion plus élevée de données manquantes que les autres provinces et territoires.
Alberta	807	951	1 758	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.

**Tableau 1.** Nombre de personnes décédées attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire et par année de décès, Canada, 2016 et 2017

Province ou territoire	2016	2017	Total	Remarques sur les données
Saskatchewan	123	123	246	Les données ont été obtenues des dossiers physiques et électroniques.
Manitoba	180	198	378	Certains décès survenus en 2017 n'ont été que partiellement résumés en raison de pressions liées à la COVID-19. Ces dossiers sont susceptibles de contenir un peu moins de renseignements sur les antécédents sociaux ou médicaux de la personne décédée. Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Ontario	1 311	1 710	3 021	En raison des retards dans la collecte de données dus aux fermetures liées à la COVID-19, les données de 682 cas survenus en 2017 (29 % de tous les cas) ont été cartographiées à partir d'un système d'information électronique provincial (Outil d'enquête d'opioïdes) plutôt qu'à partir des dossiers complets. Les cas cartographiés offrent une proportion plus élevée de données manquantes par rapport aux cas entièrement résumés, car certaines variables de l'étude sur l'examen des dossiers n'avaient pas d'équivalents cartographiques dans l'Outil d'enquête d'opioïdes.
Québec	534	537	1 068	En raison des retards dans la collecte de données dus aux fermetures liées à la COVID-19, 426 cas survenus en 2017 (40 % de tous les cas) ont été partiellement résumés à partir des rapports succincts des coroners disponibles au format électronique, plutôt qu'à partir des dossiers complets. Les cas partiellement résumés contiennent beaucoup plus de données manquantes.
Nouveau-Brunswick	66	63	126	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Nouvelle-Écosse	84	99	183	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Île-du-Prince-Édouard	15	15	30	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Terre-Neuve-et-Labrador	30	42	75	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Yukon	mas	mas	21	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Territoires du Nord-Ouest	mas	mas	mas	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Nunavut	mas	mas	mas	Les données ont été obtenues des dossiers physiques.
Total	4 164	5 247	9 414	

Remarque : Les chiffres ont été aléatoirement arrondis à un multiple de 3 et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Analyse des données

Des analyses descriptives, stratifiées selon le sexe et le mode de décès, ont été

menées pour déterminer les différences entre personnes décédées d'une toxicité aiguë en fonction de leurs données démographiques, leurs vies familiales

et professionnelles, leurs circonstances du décès et les substances en cause. La disponibilité des variables d'intérêt différerait selon les cas et les administrations. Par conséquent, ces analyses descriptives fournissent la proportion minimale de personnes décédées d'une toxicité aiguë avec une caractéristique donnée. En outre, les catégories présentées pour la source de revenus, la profession et le secteur d'activité, le type d'interaction avec le système de santé, la présence de drogues ou alcool au lieu, les substances concernées et la mode de consommation ne sont pas mutuellement exclusives. En tant que tel, la somme des pourcentages dans les tableaux correspondants ne sera pas égale à 100 %.

Des preuves que le genre auto-identifié de la personne décédée a peut-être différé de son sexe assigné à la naissance étaient présentes dans seulement 24 dossiers de coroners et de médecins légistes. Du fait que cette information n'a pas été systématiquement recueillie dans les dossiers, les analyses présentées dans ce rapport sont basées sur le sexe biologique à la naissance pour les personnes décédées. De la même manière, dans moins de dix cas, le mode de décès est demeuré inconnu (c'est-à-dire qu'il n'a pas été déterminé au moment de la collecte des données), ce qui fait que ces cas ont été classés dans la catégorie du mode de décès indéterminé afin que les renseignements associés ne soient pas masqués.

Les analyses des différences entre les zones urbaines et rurales ont été effectuées après jumelage de l'ensemble des données de l'étude au Fichier de conversion des codes postaux Plus de Statistique Canada à l'aide du code postal de résidence de la personne décédée.

Des renseignements supplémentaires sur la façon dont les données ont été jumelées et sur la méthodologie associée sont disponibles dans l'analyse sur [Les caractéristiques régionales des décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance](#) [20].

Des analyses portant sur les substances impliquées dans l'épisode de toxicité aiguë ayant entraîné le décès ont été menées au niveau des substances elles-mêmes et du type de substance. Certains métabolites décelés dont on sait qu'ils correspondent exclusivement à une substance mère spécifique ont été utilisés pour indiquer la présence de cette substance mère. Notez que certaines substances (comme l'amphétamine ou la morphine) sont des métabolites actifs et que leur présence peut signifier soit qu'elles ont été consommées en tant que telles soit que leur substance mère (méthamphétamine pour l'amphétamine et héroïne pour la morphine) a été consommée. Les substances peuvent être présentes dans les rapports d'analyses toxicologiques à la suite d'un usage intentionnel, d'un usage non intentionnel (dû, par exemple, à des drogues contaminées, à des erreurs de médicaments ou à une confusion de la substance avec de la nourriture), d'un usage thérapeutique de médicament prescrit ou d'un usage thérapeutique lors de soins de services médicaux d'urgence, dans un service d'urgences ou à l'hôpital. Davantage d'information est fournie dans la section du présent rapport consacrée aux [substances concernées](#).

Les données du recensement de 2016 de Statistique Canada [21] et les estimations annuelles de la population provinciale, territoriale et nationale de 2016 et 2017 [22] ont été utilisées pour calculer les taux de mortalité bruts et ajustés selon

l'âge. Les taux de mortalité ont été ajustés selon l'âge en fonction de la population du recensement canadien de 2016 comme référence afin de tenir compte des différences dans les répartitions selon l'âge lors de la comparaison des taux entre les provinces et les territoires. Les taux ajustés selon l'âge ont été calculés en fonction des groupes d'âge suivants : 19 ans ou moins, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 69 ans et 70 ans ou plus. Sauf indication contraire, ce sont les taux de mortalité bruts qui ont été utilisés. Les tests du chi carré de Pearson et les tests t ont permis de mesurer les différences statistiquement significatives entre les groupes pour respectivement les variables catégorielles et les variables continues. Des rapports de taux avec intervalles de confiance à 95 % ont été utilisés pour comparer les taux de mortalité. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de l'Enterprise Guide de SAS 7.1, R Version 4.1.1 et de RStudio Version 1.3.959 [23-25].

Pour protéger la vie privée des personnes, toutes les valeurs inférieures à 10 ont été masquées et tous les chiffres ont été arrondis de manière aléatoire à un multiple de 3. Avec l'arrondissement à un multiple de 3, les valeurs qui sont des multiples de 3 restent inchangées. Toutefois, les valeurs qui ne sont pas des multiples de 3 ont 2 chances sur 3 d'être arrondies au multiple de 3 le plus proche et 1 chance sur 3 d'être arrondies au deuxième multiple de 3 le plus proche. Par exemple, un 13 sera arrondi soit à 12 (2 chances sur 3) soit à 15 (1 chance sur 3). Les totaux des lignes et des colonnes ont également été arrondis de manière indépendante et aléatoire à un multiple de 3. Ainsi, si les valeurs des colonnes ou des lignes d'un tableau sont additionnées, leur somme n'est pas toujours égale au total. Tous les pourcentages et taux bruts ont été calculés à l'aide de nombres arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3.



# Résultats

Les résultats de cette étude indiquent que si les Canadiens de plusieurs milieux sont touchés par la toxicité aiguë, certains facteurs identitaires et sociodémographiques sont associés plus fréquemment que d'autres avec des décès par une toxicité aiguë. Pour mettre en évidence les groupes touchés de façon disproportionnée, cette section présente un aperçu des résultats de l'étude analysés selon le sexe (hommes et femmes) et selon le mode de décès (accident, suicide et indéterminé). D'autres facteurs peuvent influencer quelles personnes décèdent à la suite d'une toxicité aiguë au Canada, tel que l'âge et les substances en cause. Les analyses à venir porteront sur certains de ces facteurs de manière plus approfondie (par exemple, examiner les décès chez les jeunes) ainsi que d'autres sujets qui ne sont pas abordés dans ce rapport (par exemple, race ou les antécédents médicaux).

## Aperçu

Au total, 9 414 personnes répondaient à la [définition de cas](#) de l'étude, dont 4 164 personnes qui sont décédées en 2016 et 5 247 personnes qui sont décédées en 2017. Les femmes représentaient 30 % de tous les cas et les hommes, 70 % (Figure 6). Parmi les modes de décès, 84 % des personnes sont décédées par accident, 13 % sont décédées à la suite d'un suicide, et 4 % sont décédées par un mode indéterminé de décès. Les données ont été recueillies dans toutes les provinces et dans tous les territoires. L'âge moyen des personnes décédées était de 43,0 ans [écart-type (É.-T.) = 13,9 ans] (Tableau 6). L'âge moyen des femmes décédées était de 45,3 ans (É.-T. = 15,0 ans) et l'âge moyen des hommes décédés était de 42,1 ans (É.-T. = 13,2 ans).

# Nombre de décès annuel, mensuel et quotidien de personnes décédées

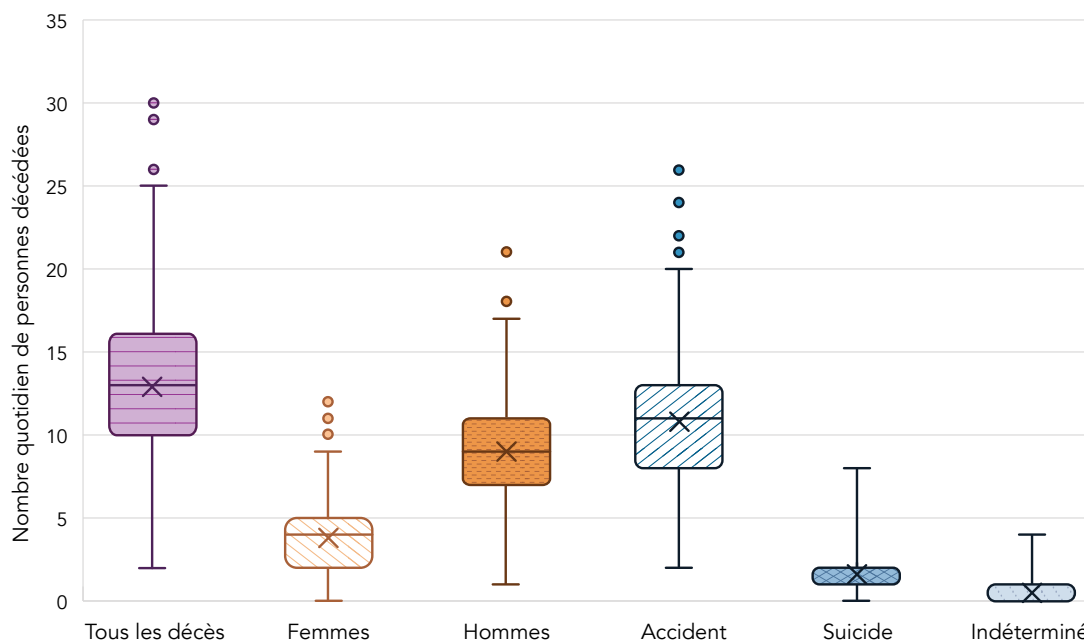
Bien que les effets d'une toxicité aiguë se manifestent immédiatement après la consommation d'une substance, le décès peut ne survenir que plusieurs jours ou semaines plus tard grâce aux interventions médicales. Cette section traite de la date du décès.

## Nombre de personnes décédées par jour

D'après les données dans cette étude, au moins 12 personnes sont décédées en moyenne à chaque jour en 2016 et en 2017 en raison d'une toxicité aiguë. Le nombre quotidien de personnes décédées variait entre 2 et 30.

Comme l'illustre la Figure 1, le nombre quotidien moyen de décès était plus élevé chez les hommes (moyenne : 9,0, étendue : 1 à 21) que chez les femmes (moyenne : 3,8, étendue : 0 à 12). De même, le nombre de personnes décédées accidentellement chaque jour était plus élevé (moyenne : 10,8, étendue : 2 à 26) que le nombre de personnes décédées des suites d'un suicide (moyenne : 1,6, étendue : 0 à 8).

**Figure 1 |** Diagramme de quartiles représentant le nombre quotidien de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Pour obtenir des renseignements sur la lecture d'un diagramme de quartiles, veuillez consulter la section [Définitions](#) de ce rapport. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles.

## Nombre de personnes décédées par mois et par jour de la semaine

En 2016 comme en 2017, de légères diminutions du nombre de personnes décédées ont été observées en février, mai et octobre. Le nombre moyen de personnes décédées (ou trouvés décédées) augmentait au cours de la semaine, le nombre le plus petit étant observé les lundis et le plus grand les dimanches.

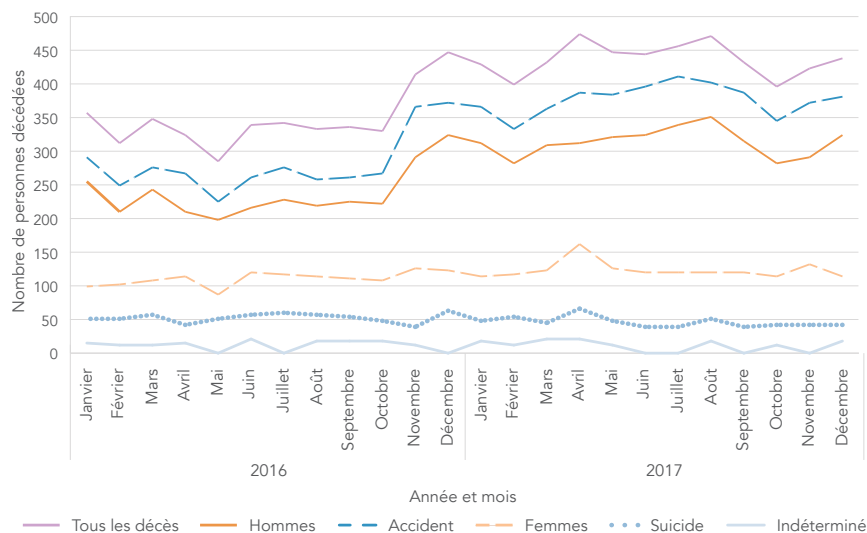
En moyenne, 392 personnes sont décédées chaque mois en raison d'une toxicité aiguë en 2016 et en 2017, bien que des changements aient été observés au fil du temps (Figure 2). Les chiffres mensuels variaient entre 285 et 357 au cours des 10 premiers mois de l'année 2016. En novembre 2016, une augmentation de 25 % a été observée, avec une augmentation atteignant 414 personnes décédées. Le nombre mensuel de personnes décédées est resté élevé de décembre 2016 à décembre 2017 (étendue : 396 à 474).

Bien que cette augmentation a été observée chez les femmes, les hommes,

et les personnes décédées par accident, il n'y a pas eu de changement considérable dans le nombre de personnes décédées suite à un suicide par mois. De 2016 à 2017, une diminution de 12 % du nombre moyen de personnes décédées par suicide a été observée (au moins 53 en 2016 comparativement à 46 en 2017).

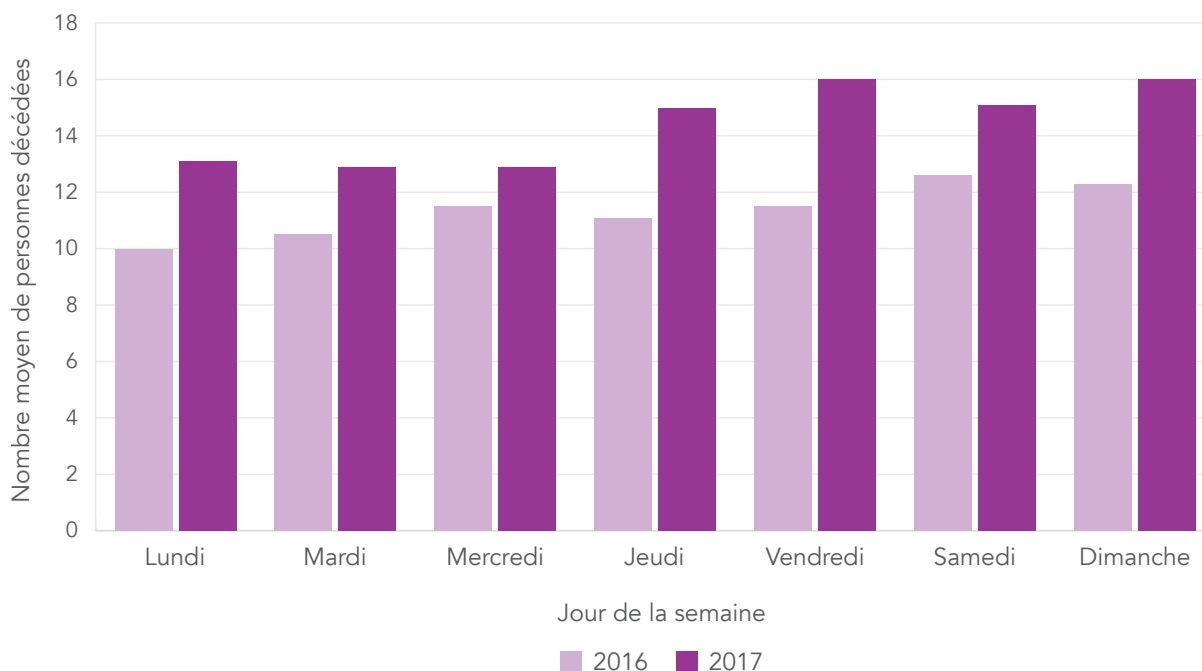
En générale, le nombre moyen de personnes décédées (ou trouvés décédées) augmentait au cours de la semaine, le nombre le plus petit étant observé les lundis (10,0 en 2016 et 13,1 en 2017) et le plus grand les dimanches (12,3 en 2016 et 16,0 en 2017) (Figure 3).

**Figure 2 |** Nombre de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'année, et le mois du décès, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 à 2017



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Le date de décès est quand la personne est décédée, a été déclaré mort, ou a été retrouvé mort. Les chiffres sont arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

**Figure 3 |** Nombre moyen de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par année et jour de la semaine du décès, Canada, 2016 à 2017



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Le date de décès est quand la personne est décédée, a été déclaré mort, ou a été retrouvé mort.

## Tendances géographiques

### Provinces et territoires

Entre 2016 et 2017, la plus grande proportion de personnes décédées vivait en Ontario (32 %), mais la Colombie-Britannique était la province avec le taux de mortalité ajusté selon l'âge le plus élevé (au moins 25,2 décès pour 100 000 habitants).



Les taux de mortalités des provinces et territoires sont représentés dans Figure 4 alors que les taux de mortalité ajustés selon l'âge sont présentés dans Tableau 2 et Tableau 3 pour permettre des comparaisons des provinces et territoires. L'Ontario (32 %), la Colombie-Britannique (29 %) et l'Alberta (19 %) comptaient la plus

grande proportion de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë (Tableau 2). Les taux de mortalité ajustés selon l'âge étaient les plus élevés en Colombie-Britannique (au moins 25,2 pour 100 000 habitants), au Yukon (26,3 pour 100 000 habitants) et en Alberta (20,3 pour 100 000 habitants). Des tendances similaires



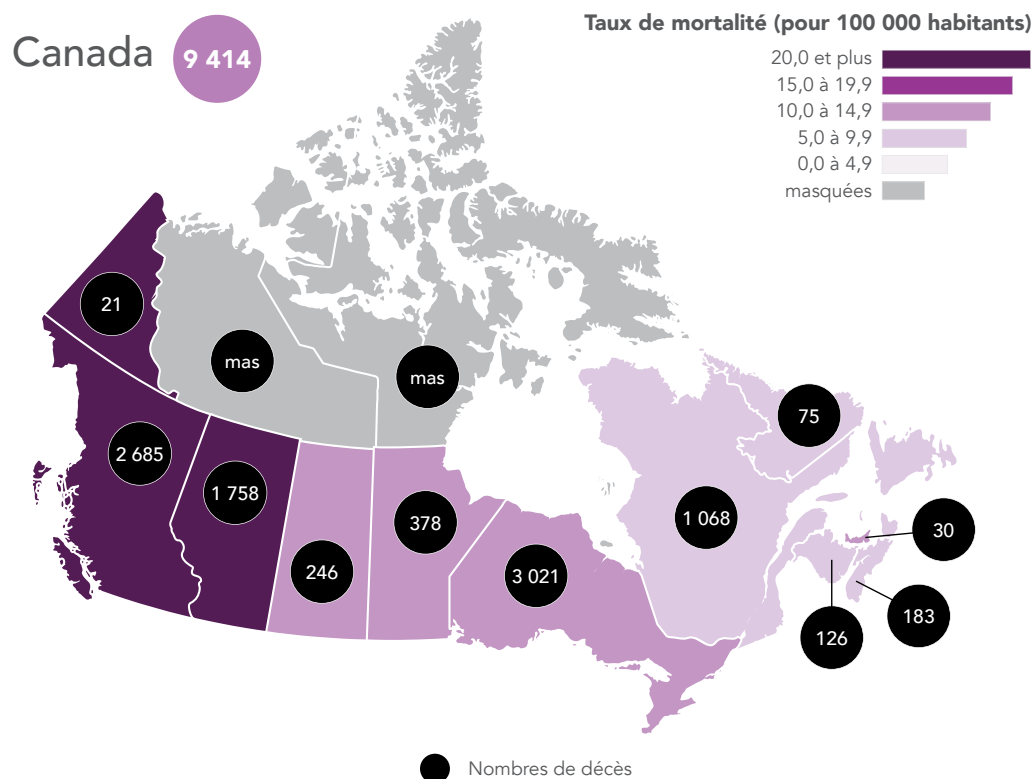
ont été observées chez les hommes et les personnes décédées accidentellement (Tableau 2 et Tableau 3).

Les proportions de personnes décédées suite à un suicide étaient les plus élevées en Ontario (31 %) et au Québec (24 %), tandis que les taux de mortalité ajustés selon l'âge étaient les plus élevés en Alberta (2,7 pour 100 000 habitants) et en Manitoba (2,5 pour 100 000 habitants) (Tableau 3). Même si les données pour les personnes décédées suite à un suicide n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique dans notre étude, nous estimons qu'environ 199 personnes sont décédées

d'une toxicité aiguë suite à un suicide en 2016 et 2017 basé sur les données du [Service de Coroners de la Colombie-Britannique](#) [26], correspondant à un taux de mortalité brut de 2,0 pour 100 000 habitants.

Bien que les taux de mortalité étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans toutes les provinces, cette différence n'était pas statistiquement significative au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-Labrador, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon (Tableau 2).

**Figure 4 |** Nombre et taux de mortalité bruts (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la province ou le territoire, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les chiffres et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

**Tableau 2.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité ajusté selon l'âge (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire et par sexe, Canada, 2016 et 2017

Province ou territoire	Tous les décès		Femmes		Hommes		Rapport du taux hommes-femmes	Intervalle de confiance à 95 %
	%	Taux	%	Taux	%	Taux		
Colombie-Britannique	29 %	25,2	17 %	9,6	31 %	41,1	4,3	3,9 ; 4,8
Alberta	19 %	20,3	18 %	12,1	19 %	28,3	2,3	2,1 ; 2,6
Saskatchewan	3 %	11,2	4 %	9,0	2 %	13,3	1,5	1,1 ; 1,9
Manitoba	4 %	14,8	6 %	12,8	3 %	16,8	1,3	1,1 ; 1,6
Ontario	32 %	10,9	35 %	6,9	31 %	14,9	2,2	2,0 ; 2,3
Québec	11 %	6,4	15 %	5,0	10 %	7,8	1,6	1,4 ; 1,8
Nouveau-Brunswick	≤ 1 %	8,1	2 %	7,9	≤ 1 %	8,2	1,0	0,7 ; 1,5
Nouvelle-Écosse	2 %	9,7	2 %	6,3	2 %	13,2	2,1	1,5 ; 2,8
Île-du-Prince-Édouard	≤ 1 %	10,5	mas	mas	≤ 1 %	13,7	1,9	0,9 ; 3,9
Terre-Neuve-et-Labrador	≤ 1 %	7,1	≤ 1 %	5,5	≤ 1 %	8,8	1,6	1,0 ; 2,6
Yukon	≤ 1 %	26,3	mas	mas	≤ 1 %	38,7	2,7	1,0 ; 7,9
Territoires du Nord-Ouest	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Nunavut	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Canada	100 %	13,0	100 %	7,7	100 %	18,2	2,4	2,3 ; 2,5

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les chiffres et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

**Tableau 3.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité ajusté selon l'âge (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la province ou le territoire et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Province ou territoire	Accident		Suicide		Indéterminé	
	%	Taux	%	Taux	%	Taux
Colombie-Britannique	31 %	25,0	non disponibles	non disponibles	5 %	0,2
Alberta	19 %	17,2	16 %	2,7	12 %	0,4
Saskatchewan	3 %	9,0	3 %	1,6	5 %	0,6
Manitoba	3 %	10,3	5 %	2,5	15 %	2,0
Ontario	31 %	8,9	31 %	1,5	35 %	0,4
Québec	9 %	4,1	24 %	1,9	19 %	0,4
Nouveau-Brunswick	≤ 1 %	5,9	3 %	2,2	mas	mas
Nouvelle-Écosse	2 %	7,4	3 %	2,0	mas	mas
Île-du-Prince-Édouard	≤ 1 %	3,7	mas	mas	5 %	4,2
Terre-Neuve-et-Labrador	≤ 1 %	4,6	2 %	1,8	mas	mas
Yukon	≤ 1 %	18,5	mas	mas	0 %	0,0
Territoires du Nord-Ouest	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Nunavut	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Canada	100 %	10,9	100 %	1,9	100 %	0,5

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme les données sur les personnes décédées des suites d'un suicide n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, cette province a été exclue des calculs des taux de mortalité ajustés selon l'âge pour les décès par suicide. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les pourcentages et les taux de mortalité ajustés selon l'âge calculés à partir de valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

## Milieus urbains et ruraux

Selon les informations disponibles sur le lieu de résidence des personnes décédées, une plus grande proportion de décès est survenue chez les personnes vivant dans des milieux urbains (83 %) par rapport aux milieux ruraux (12 %). Les milieux urbains présentaient des taux de mortalité ajustés selon l'âge plus élevés comparé aux milieux ruraux (13,3 contre 10,3 décès pour 100 000 habitants). Cette tendance a été observée pour les deux sexes et pour tous les modes de décès.



Les taux étaient significativement plus faibles chez les hommes dans les milieux

ruraux (13,2 pour 100 000 habitants) que dans les milieux urbains (19,1 pour 100

000 habitants) [rapport de taux (RR) = 0,7, intervalle de confiance (IC) = 0,6; 0,8] (Tableau 4). De manière similaire, les taux de décès accidentels étaient également significativement plus faibles dans les milieux ruraux (8,1 pour 100 000 habitants) que dans les milieux urbains (11,1 pour 100 000 habitants) [RR = 0,7, IC = 0,7; 0,8]. Bien que les taux soient plus faibles, la différence n'était pas statistiquement significative pour les femmes, les décès par suicide et les décès survenus dans des circonstances indéterminées chez les habitants de milieux ruraux par rapport aux habitants de milieux urbains.

Dans le présent rapport, les milieux urbains comprennent les régions métropolitaines de recensement (RMR) comptant au moins 100 000 habitants et les agglomérations de recensement (AR) comptant au moins 10 000 habitants. Les milieux ruraux sont définis comme toutes les zones situées en dehors des RMR et des AR. Notez que les personnes peuvent être décédées ailleurs que dans leur lieu de résidence. Plus de détails sont disponibles dans [l'analyse sur les caractéristiques régionales des décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance](#) [20].

**Tableau 4.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance et taux de mortalité connexes ajustés selon l'âge (pour 100 000 habitants) selon le milieu de résidence, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Population	Milieu de résidence	Pourcentage de décès	Taux de mortalité ajusté selon l'âge	Rapport taux rural/taux urbain	Intervalle de confiance à 95 %
Total	Urbain	83 %	13,3	référence	référence
	Rural	12 %	10,3	0,8	0,7 ; 0,8
Femmes	Urbain	24 %	7,6	référence	référence
	Rural	4 %	7,3	1,0	0,8 ; 1,1
Hommes	Urbain	59 %	19,1	référence	référence
	Rural	8 %	13,2	0,7	0,6 ; 0,8
Accident	Urbain	70 %	11,1	référence	référence
	Rural	9 %	8,1	0,7	0,7 ; 0,8
Suicide	Urbain	10 %	1,7	référence	référence
	Rural	2 %	1,7	1,0	0,8 ; 1,3
Indéterminé	Urbain	3 %	0,5	référence	référence
	Rural	≤ 1 %	0,5	1,0	0,7 ; 1,5

Remarque : Le milieu de résidence n'était pas disponible dans 5 % des cas. Aux fins du présent rapport, les milieux urbains comprennent les régions métropolitaines de recensement (RMR) comptant au moins 100 000 habitants et les agglomérations de recensement (AR) comptant au moins 10 000 habitants. Les milieux ruraux sont définis ici comme toutes les zones situées en dehors des RMR et des AR. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme les données sur les personnes décédées des suites d'un suicide n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, cette province a été exclue des calculs des taux de mortalité ajustés selon l'âge pour les décès par suicide. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3. Pour de plus amples renseignements sur les statistiques utilisées dans ce tableau, veuillez consulter la section [Définitions](#).

## Municipalités

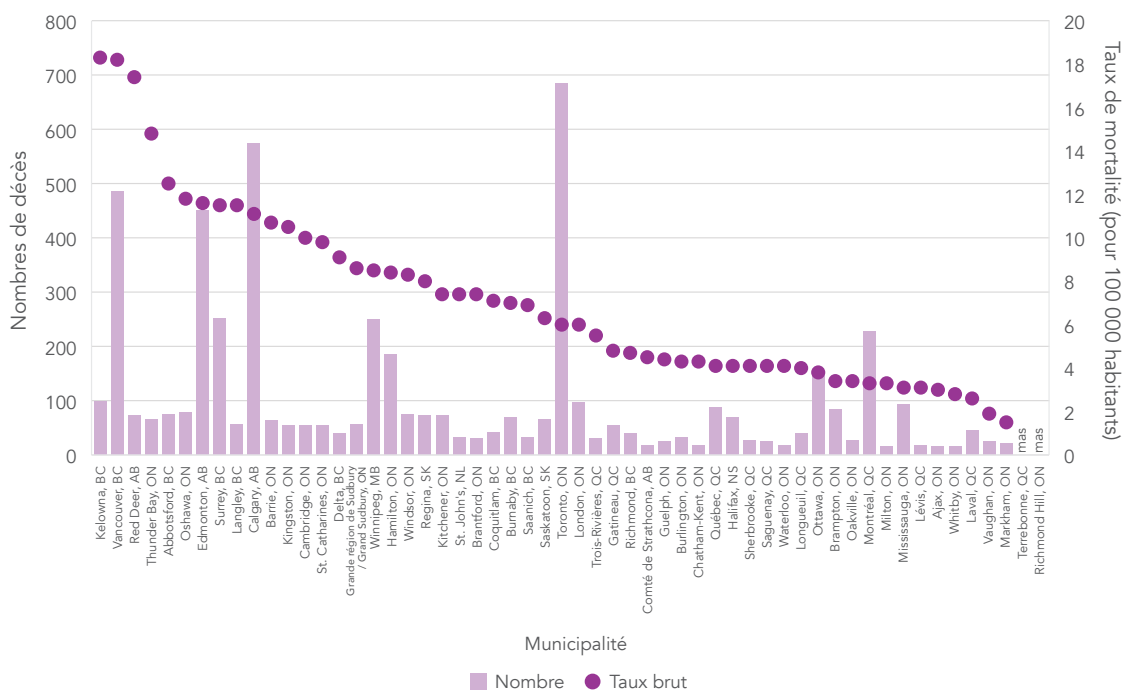
Les 30 municipalités comptant le plus grand nombre de décès représentaient 51 % de toutes les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance.



La toxicité aiguë a touché de nombreuses municipalités du Canada, une ou plusieurs personnes en étant décédées dans au moins 23 % de celles-ci. Les taux de mortalité bruts dans les municipalités avec une population de 100 000 ou plus résidents variaient de 1,5 à 18,3 pour 100 000 habitants (Figure 5). Bien que les municipalités ayant enregistré le plus grand nombre de personnes décédées

diffèrent selon le sexe et le mode du décès, Toronto, Calgary, Vancouver et Edmonton comptaient le plus grand nombre de personnes décédées dans la plupart des catégories. Notez que les taux des municipalités relativement peu peuplées peuvent fluctuer considérablement sous l'effet de variations, même légères, du nombre de personnes décédées.

**Figure 5 |** Nombre d'habitants décédés en raison d'une toxicité aiguë et taux de mortalité bruts associés (décès pour 100 000 habitants) dans les municipalités de 100 000 habitants ou plus, Canada, 2016 et 2017



Remarque : La municipalité de résidence n'était pas disponible dans 5 % des cas. Les taux des municipalités relativement peu peuplées peuvent fluctuer considérablement sous l'effet de variations, même légères, du nombre de personnes décédées. Les municipalités ont été sélectionnées en fonction de la taille de leur population estimée en 2016 et 2017 selon Statistique Canada [1]. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3. Les valeurs inférieures à 10 et les taux de mortalité bruts calculés à partir de ces chiffres ont été masqué (mas).

# Facteurs sociodémographiques

## Sexe et mode du décès

Les femmes représentaient 30 % de l'ensemble des personnes décédées et 53 % des personnes décédées par suicide.



Les taux de mortalité étaient les plus élevés chez les hommes (18,3 pour 100 000 habitants) et les personnes décédées

accidentellement (10,9 pour 100 000 habitants) (Tableau 5).

**Tableau 5.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Sexe	Tous les décès			Accident			Suicide			Indéterminé		
	No.	%	Taux	No.	%	Taux	No.	%	Taux	No.	%	Taux
Femmes	2 805	30 %	7,7	2 016	21 %	5,5	627	7 %	2,0	162	2 %	0,5
Hommes	6 603	70 %	18,3	5 886	63 %	16,3	555	6 %	1,8	165	2 %	0,5
Total	9 414	100 %	13,0	7 902	84 %	10,9	1 182	13 %	1,9	330	4 %	0,5

Remarque : Étant donné que moins de 10 personnes décédées étaient identifiées comme ayant un sexe non binaire dans cette étude, elles ont été assignées au hasard à un sexe masculin ou féminin afin d'éviter que leurs informations soient masquées en raison du petit nombre. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Ainsi, la Colombie-Britannique a été retirée de la population canadienne lors du calcul du taux de mortalité pour les personnes au Canada décédées des suites d'un suicide. Les pourcentages et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

## Âge

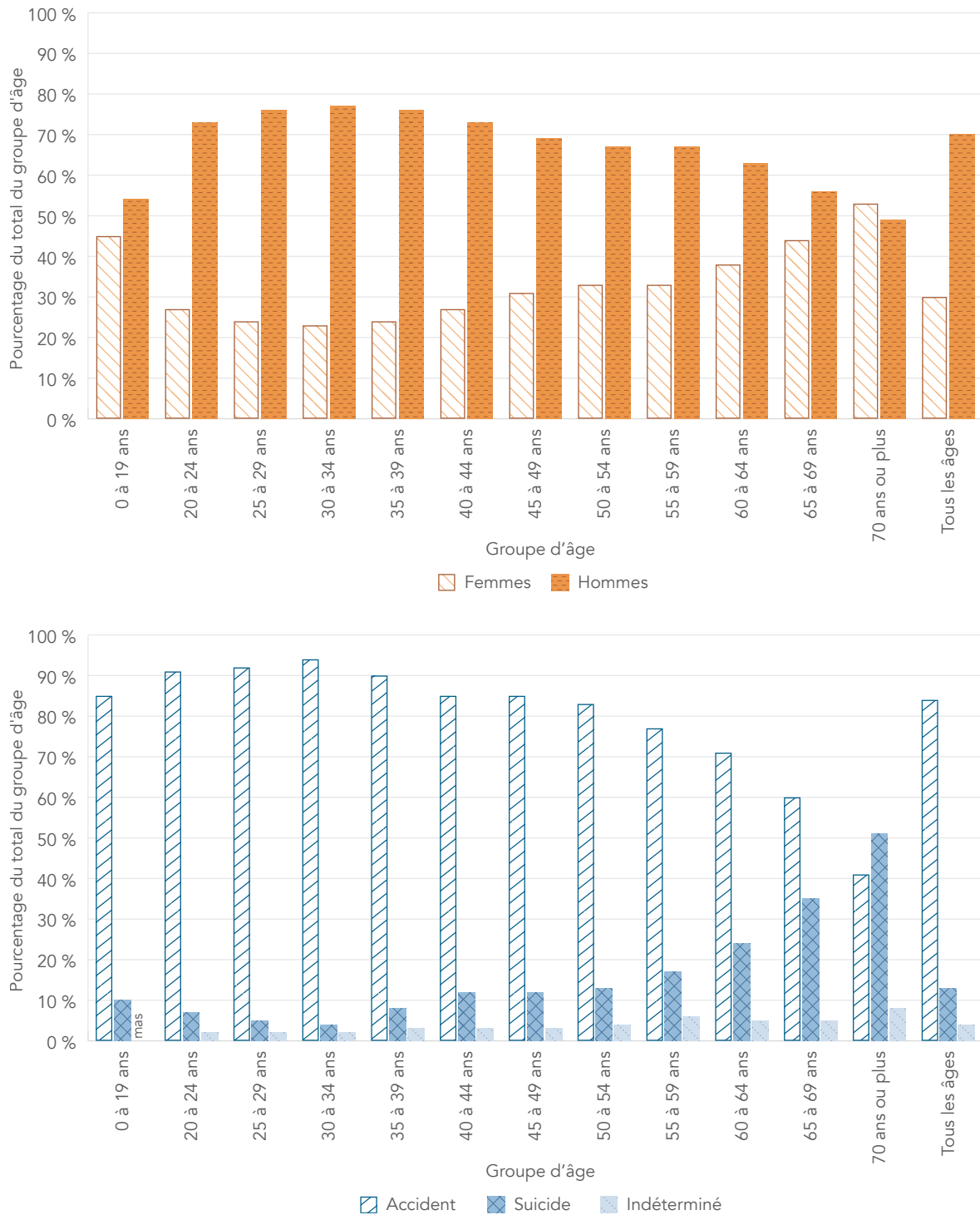
Dans tous les groupes d'âge de moins de 70 ans, les hommes et les personnes décédées accidentellement représentaient la plus grande proportion de personnes décédées à la suite à une toxicité aiguë et présentaient les taux de mortalité associés les plus élevés. La proportion de femmes et de personnes décédées d'un suicide augmentait avec l'âge.



Les hommes représentaient entre 49 % et 77 % des personnes décédées, selon le groupe d'âge (Figure 6). Parmi toutes les personnes décédées, le rapport de taux entre les hommes et les femmes est le plus élevé chez les adultes de 30 à 34 ans, soit à 3,3 (Tableau 6, Figure 7). Les personnes décédées accidentellement suivent une répartition par âge avec des taux de mortalité atteignant leur plus haut

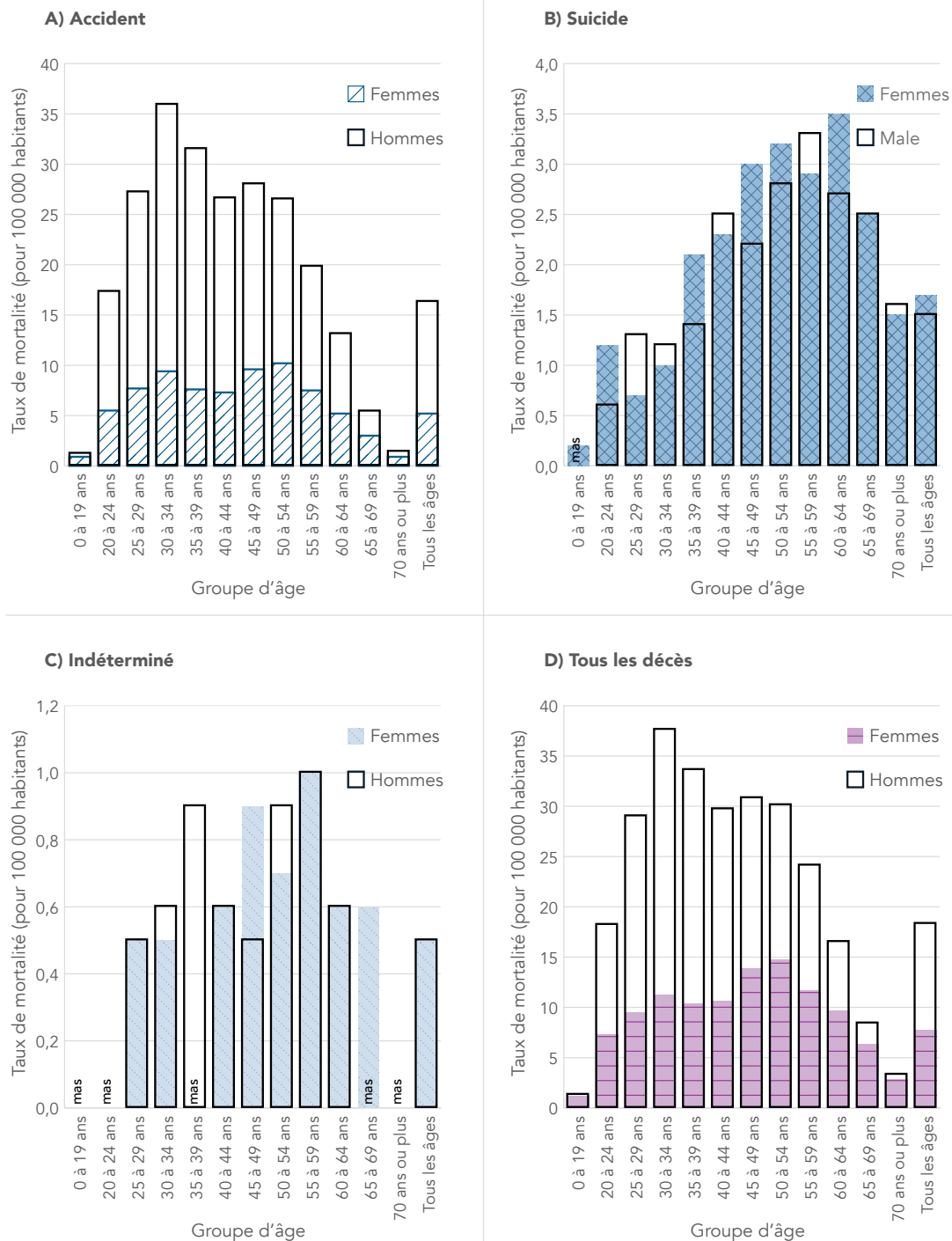
niveau entre 30 et 34 ans (au moins 23,0 décès pour 100 000 habitants), puis entre 45 et 49 ans (au moins 18,9 décès pour 100 000 habitants) (Tableau 7, Figure 7). Le taux de mortalité des personnes décédées des suites d'un suicide augmentait avec l'âge, atteignant son plus haut niveau chez les adultes de 55 à 64 ans (3,1 pour 100 000 habitants).

**Figure 6 |** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance dans chaque groupe d'âge, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

**Figure 7 |** Taux de mortalité des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, le mode de décès et le groupe d'âge, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Ainsi, la Colombie-Britannique a été retirée de la population canadienne lors du calcul du taux de mortalité pour les personnes au Canada décédées des suites d'un suicide (figure B). Les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).



**Tableau 6.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et l'âge, Canada, 2016 et 2017

Âge (ans)	Tous les décès		Femmes		Hommes		Rapport du taux hommes-femmes	Intervalle de confiance à 95 %
	%	Taux	%	Taux	%	Taux		
Âge médian	43		47		41		S.O.	S.O.
Âge moyen (écart-type)	43,0 (13,9)		45,3 (15,0)		42,1 (13,2)		S.O.	S.O.
Groupe d'âge								
0 à 19 ans	2 %	1,3	3 %	1,2	2 %	1,3	1,1	0,9 ; 1,5
20 à 24 ans	7 %	13,0	6 %	7,3	7 %	18,2	2,5	2,1 ; 3,0
25 à 29 ans	10 %	19,5	8 %	9,5	11 %	29,0	3,0	2,6 ; 3,5
30 à 34 ans	13 %	24,5	10 %	11,2	14 %	37,6	3,3	2,9 ; 3,8
35 à 39 ans	11 %	21,9	9 %	10,4	12 %	33,6	3,2	2,8 ; 3,7
40 à 44 ans	10 %	20,1	9 %	10,6	10 %	29,7	2,8	2,4 ; 3,2
45 à 49 ans	11 %	22,3	12 %	13,9	11 %	30,8	2,2	1,9 ; 2,5
50 à 54 ans	13 %	22,4	14 %	14,7	12 %	30,1	2,1	1,8 ; 2,3
55 à 59 ans	10 %	17,8	11 %	11,7	10 %	24,1	2,1	1,8 ; 2,4
60 à 64 ans	6 %	13,0	8 %	9,7	6 %	16,5	1,7	1,5 ; 2,0
65 à 69 ans	3 %	7,3	5 %	6,3	2 %	8,4	1,3	1,1 ; 1,7
70 ans ou plus	3 %	3,0	4 %	2,8	2 %	3,3	1,2	0,9 ; 1,5
Tous les âges	100 %	13,0	100 %	7,7	100 %	18,3	2,4	2,3 ; 2,5

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. « S.O. » indique sans objet. Les pourcentages et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les nombres à partir de chiffres inférieurs à 10 ont été masqués (mas).

**Tableau 7.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'âge et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Âge (ans)	Accident		Suicide		Indéterminé	
	%	Taux	%	Taux	%	Taux
Âge médian	41		53		49	
Âge moyen (écart-type)	41,5 (13,0)		51,7 (15,2)		47,5 (15,4)	
Groupe d'âge						
0 à 19 ans	2 %	1,1	2 %	0,1	mas	mas
20 à 24 ans	7 %	11,8	4 %	0,9	4 %	0,3
25 à 29 ans	11 %	18,0	4 %	1,0	6 %	0,4
30 à 34 ans	15 %	23,0	4 %	1,0	7 %	0,5
35 à 39 ans	12 %	19,6	7 %	1,7	9 %	0,6
40 à 44 ans	10 %	17,1	9 %	2,4	9 %	0,6
45 à 49 ans	12 %	18,9	11 %	2,6	11 %	0,7
50 à 54 ans	13 %	18,6	14 %	3,0	14 %	0,8
55 à 59 ans	9 %	13,7	14 %	3,1	16 %	1,0
60 à 64 ans	5 %	9,2	12 %	3,1	10 %	0,7
65 à 69 ans	2 %	4,4	9 %	2,6	5 %	0,4
70 ans ou plus	≤ 1 %	1,2	10 %	1,5	5 %	0,2
Tous les âges	100 %	10,9	100 %	1,6	100 %	0,5

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Ainsi, la Colombie-Britannique a été retirée de la population canadienne lors du calcul du taux de mortalité pour les personnes au Canada décédées des suites d'un suicide. Les pourcentages et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

## Vie privée

### Lieu de résidence

La majorité des personnes décédées habitaient dans un logement privé au moment de leur décès (au moins 73 %). Un pourcentage plus petit était sans domicile fixe (au moins 8 %) ou vivait dans un logement avec services de soutien ou de transition (au moins 5 %). Au moins 10 % des personnes décédées étaient sorties d'une institution au cours des 12 mois précédents.



Le type de résidence était inconnu ou non disponible pour 11 % des personnes décédées (Tableau 8). Le pourcentage de personnes vivant dans un logement privé était plus élevé chez les femmes (au moins 77 %) que chez les hommes (au moins 71 %;  $p < 0,05$ ), et parmi les personnes décédées par suicide (au moins 85 %) que par accident (au moins 71 %;  $p < 0,05$ ). Inversement, le pourcentage de personnes identifiées comme étant n'ayant pas de domicile fixe était plus élevé chez les hommes (au moins 8 %) que chez les femmes (au moins 6 %;  $p < 0,05$ ), et parmi les personnes décédées

de façon accidentelle (au moins 9 %) et par rapport aux personnes décédées par suicide (au moins  $\leq 1$  %;  $p < 0,05$ ). Plus amples renseignements sont disponibles dans l'analyse sur [la situation des sans domicile fixe et les décès dus à une toxicité aiguë liée à une substance](#) [27]. (Notez que les valeurs peuvent différer puisque des données préliminaires ont été utilisées pour le bref rapport). De même, le pourcentage de personnes vivant dans un logement avec services de soutien ou de transition était plus élevé chez les hommes (au moins 6 %) que chez les femmes (au moins 4 %;  $p < 0,05$ ).

**Tableau 8.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, le mode de décès et le type de résidence, Canada, 2016 et 2017

Type de résidence	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Logement privé	73 %	77 %	71 %	71 %	85 %	78 %
Sans domicile fixe	8 %	6 %	8 %	9 %	$\leq 1$ %	mas
Logement avec services de soutien ou de transition	5 %	4 %	6 %	6 %	mas	mas
Autres	4 %	3 %	4 %	3 %	4 %	5 %
Inconnu ou non disponible	11 %	11 %	11 %	11 %	9 %	11 %

Remarque : Le « logement privé » est défini comme un ensemble de pièces d'habitation conçues ou transformées pour habitation humaine qui comprend une source de chaleur ou d'électricité et un espace clos qui fournit un abri ou une protection contre les éléments. La catégorie « sans domicile fixe » désigne les personnes sans abri, les personnes vivant dans un refuge d'urgence, les personnes logées provisoirement ou les personnes exposées à un risque immédiat de se retrouver sans domicile fixe. La catégorie « autres » comprend les hôtels ou les motels, les maisons de retraite ou les résidences pour personnes âgées, les établissements pénitentiaires ou les postes de police, les établissements de traitement des toxicomanies ou des dépendances, ou les résidences de réduction des risques, les établissements de soins de longue durée ou les maisons de repos, les hôpitaux et les établissements psychiatriques. Le « logement avec services de soutien » est généralement un logement à long terme qui offre une gamme de services de soutien en fonction des besoins des résidents. Il comprend l'hébergement des personnes confrontées à des obstacles au logement ou à la vie autonome (par exemple, des personnes ayant un problème de santé mentale, qui utilisent des substances psychoactives, ou des personnes âgées vivant une perte d'autonomie). Le « logement de transition » vise à optimiser l'autonomie des personnes et à soutenir le développement de compétences sociales, professionnelles et récréatives, et de savoir-faire pratiques. Ce type de logement peut aussi héberger des enfants et des jeunes, des adultes ou des personnes âgées avec un handicap chronique, des personnes souhaitant se rétablir de la consommation de substances ou des personnes se réinsérant dans la communauté après une incarcération. Il s'agit d'une étape intermédiaire entre le refuge d'urgence et le logement avec services de soutien et la durée du séjour d'une personne ou d'une famille est limitée. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Ainsi, la Colombie-Britannique a été retirée de la population canadienne lors du calcul du taux de mortalité ajusté selon l'âge pour les personnes au Canada décédées des suites d'un suicide. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

Selon les dossiers des coroners et des médecins légistes, au moins 10 % des personnes décédées avaient récemment été sorties d'une institution dans les 12 mois précédant le décès, dont au moins 10 % des femmes et au moins 9

% des hommes (Tableau 9). Les dossiers des coroners et des médecins légistes indiquent également qu'au moins 7 % des personnes décédées avaient récemment déménagé, dont au moins 6 % des femmes et au moins 7 % des hommes.

**Tableau 9.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et les transitions récentes dans le lieu de vie des personnes, Canada, 2016 et 2017

Transitions récentes dans les lieux de vie	Tous les décès	Femmes	Hommes
Récemment déménagé d'un autre endroit	7 %	6 %	7 %
Sortie récente d'une institution	10 %	10 %	9 %

Remarque : Comme les données sur les déménagements récents n'étaient pas disponibles pour 681 personnes en Ontario, elles ont été exclues de cette analyse. Les exemples d'institutions comprennent les établissements pénitentiaires, les centres de détention provisoire, les centres pour jeunes délinquants, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé résidentiels de longue durée (par exemple, les maisons de soins infirmiers), les autres établissements de santé ou les établissements résidentiels avec surveillance qui peuvent ou non être liés au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

## Avec qui la personne décédée vivait

Selon les informations disponibles, les personnes décédées vivaient généralement seules (au moins 24 %) ou en famille (au moins 18 %). Des différences ont toutefois été observées selon le sexe et le mode de décès.

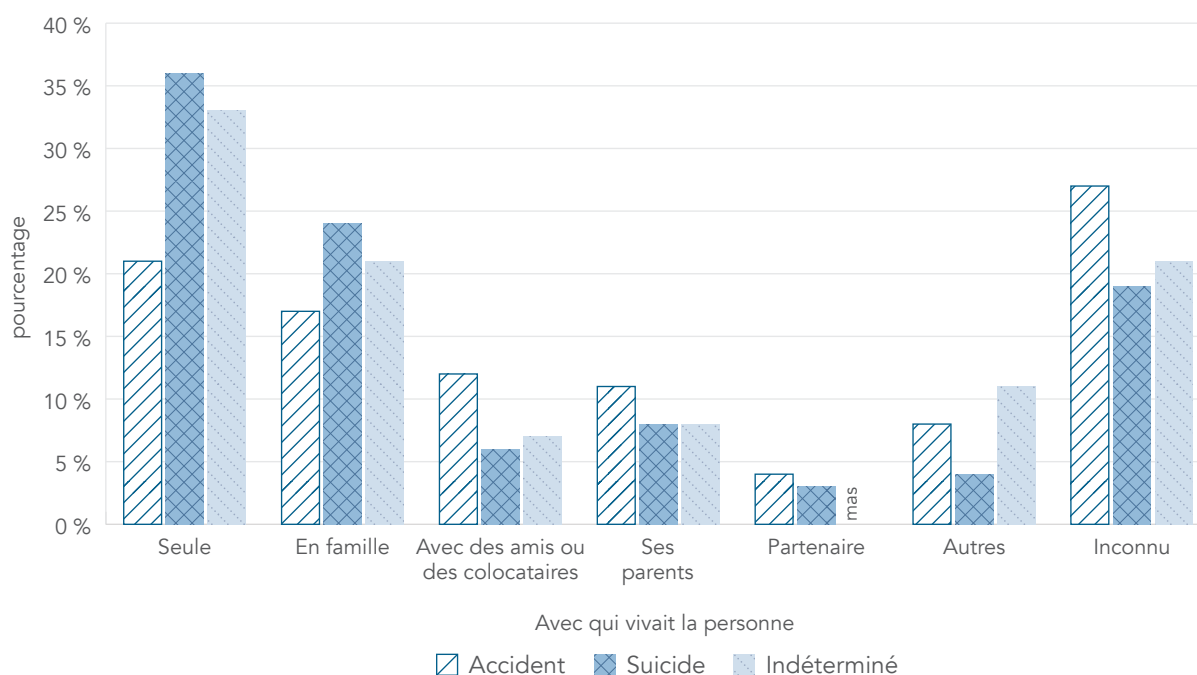
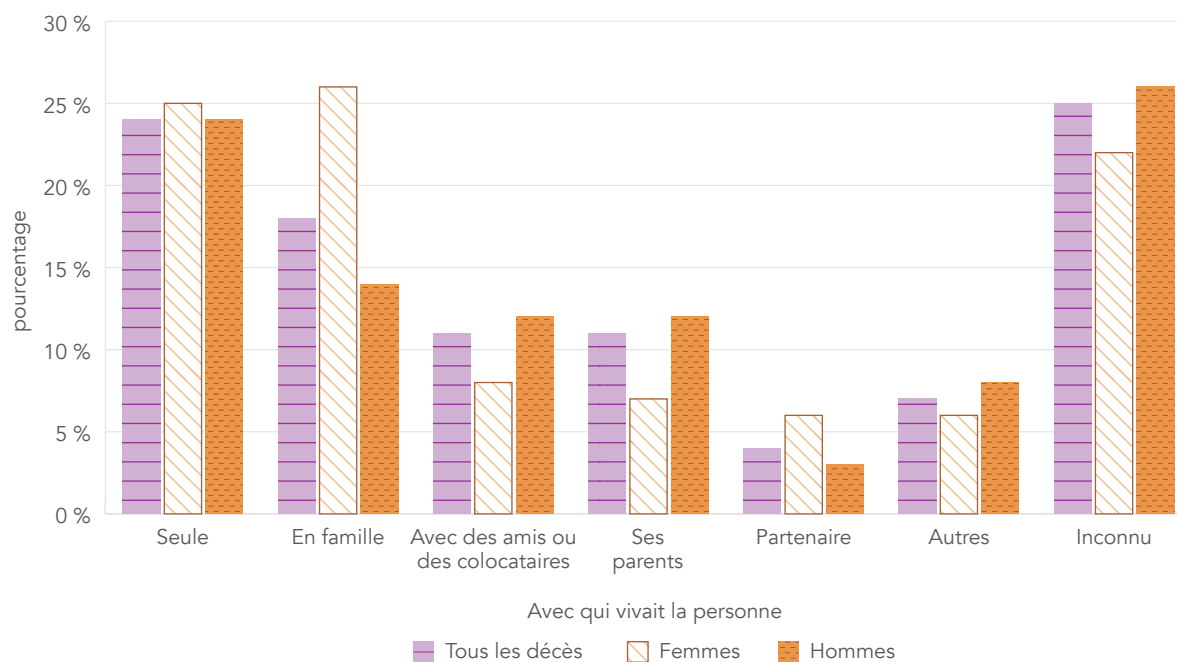


Alors qu'au moins 24 % de toutes les personnes décédées vivaient seules, ce pourcentage était plus élevé parmi les décès dus à un suicide (au moins 36 %) et les décès survenus dans des circonstances indéterminées (au moins 33 %) que les décès accidentels (au moins 21 %) (Figure 8). Le pourcentage de personnes vivant seules était similaire pour les femmes (au moins 25 %) comparé aux hommes (au moins 24 %). Tandis que 18 % de toutes les personnes décédées vivaient avec des membres de leur famille, le pourcentage était plus élevé chez les femmes (au moins 26 %) que chez les hommes (au moins 14 %), et parmi les décès dus à un suicide

(au moins 24 %) et les décès survenus dans des circonstances indéterminées (au moins 21 %) que les décès accidentels (au moins 17 %).

L'information sur la personne avec laquelle la personne décédée vivait était inconnue ou non disponibles pour 25 % des personnes décédées, avec une plus grande proportion de données manquantes parmi les personnes décédées de façon accidentelle (27 %) par rapport aux personnes décédées par suicide (19 %) et aux personnes décédées par un mode indéterminés (21 %).

**Figure 8 | Avec qui vivaient les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique et de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017**



Remarque : Comme les données sur la personne avec qui la personne vivait n'étaient pas systématiquement disponibles pour la Colombie-Britannique et pour 681 personnes de l'Ontario, ces deux groupes ont été exclus de cette analyse. La catégorie « famille » comprend un(e) conjoint(e) ou un(e) conjoint(e) de fait(e) et des enfants. La catégorie « partenaire » comprend tous les partenaires pour lesquels il n'y avait pas de preuve qu'ils étaient conjoints de fait. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Relations

Bien que le plus grand pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui sont décédées étaient célibataires (au moins 31 %); les taux de mortalité étaient les plus élevés chez les personnes divorcées ou séparées (au moins 24,3 décès pour 100 000 habitants). Au moins 34 % des personnes décédées avaient au moins un enfant de tout âge.

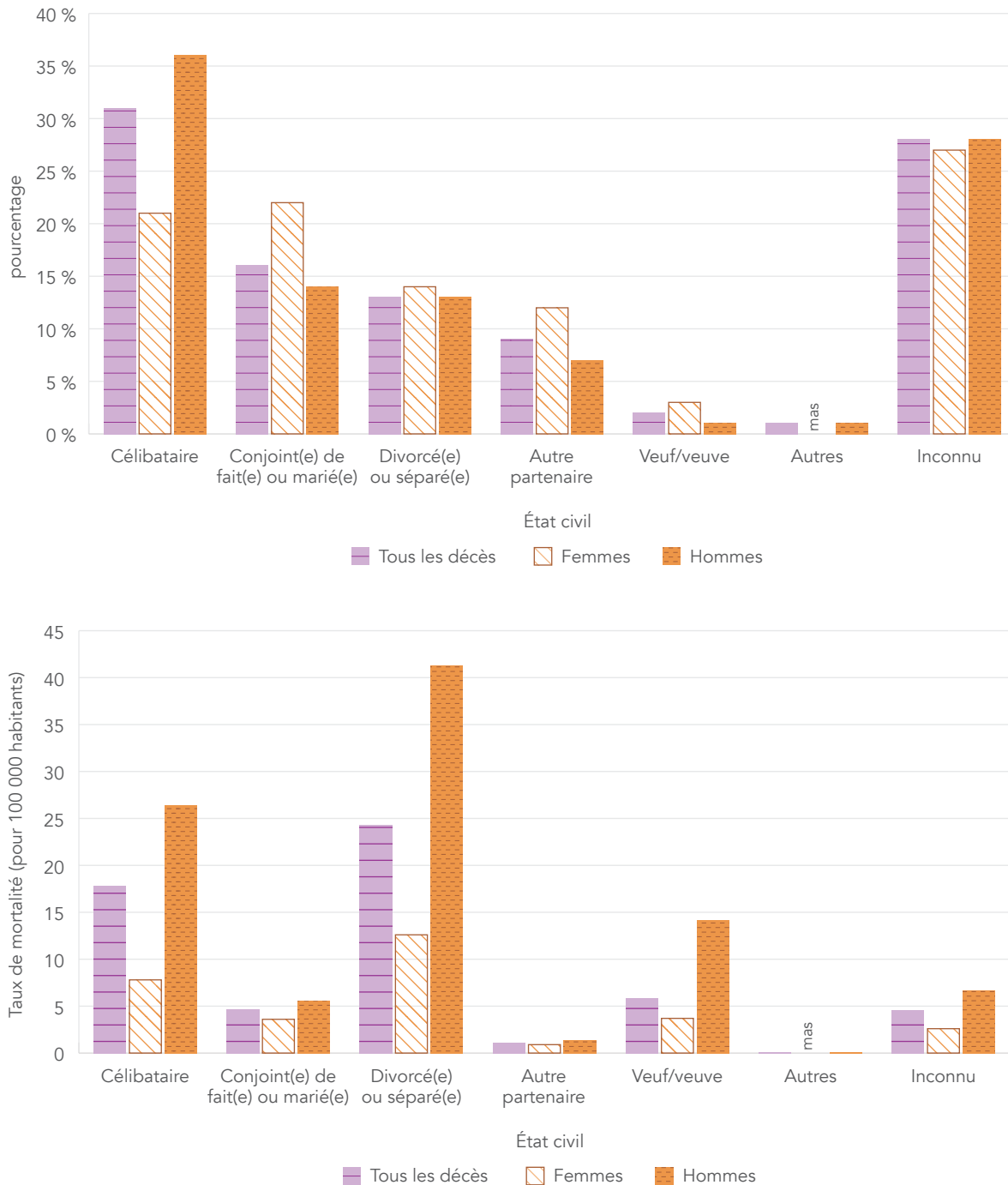


L'état civil était inconnu pour 28 % des personnes décédées âgées de 15 ans et plus. Les taux de mortalité étaient plus grands chez les personnes divorcées ou séparées (au moins 24,3 décès pour 100 000 habitants), suivies des célibataires (au moins 17,8 décès pour 100 000 habitants). Les hommes avaient des taux de mortalité plus élevés que les femmes dans toutes les catégories d'état civil (Figure 9). Il est à noter que même si les hommes divorcés ou séparés ne représentaient que 13 % des hommes décédés, ce groupe présentait le taux de mortalité le plus élevé (au moins 41,3 décès pour 100 000 habitants). Alors que la proportion la plus élevée de personnes décédées de façon accidentelle

est survenue chez les personnes célibataires (au moins 34 %), la proportion la plus élevée de personne décédées par suicide est survenue chez les personnes mariées ou conjointes de fait (au moins 22 %), suivie de près par les personnes divorcées ou séparées (au moins 19 %) (Figure 10).

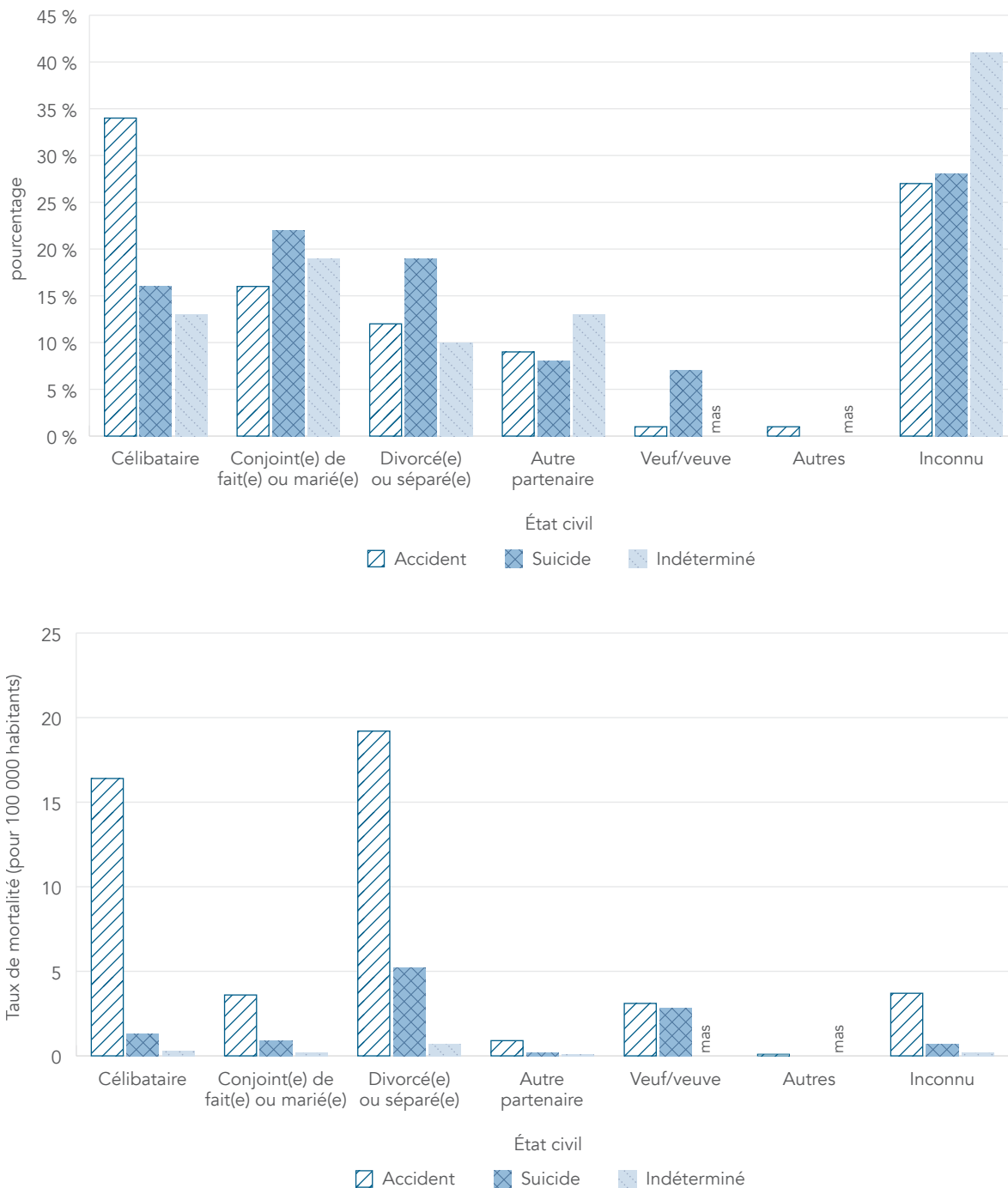
Au moins 34 % des personnes décédées avaient des enfants, ce pourcentage étant plus élevé chez les femmes (au moins 47 %) que chez les hommes (au moins 25 %) (Tableau 10). Au moins 11 % des personnes décédées avaient un ou plusieurs enfants âgés de moins de 18 ans. L'information indiquant si la personne décédée avait des enfants était inconnue pour 60 % des cas.

**Figure 9 | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'état civil et le sexe, Canada, 2016 et 2017**



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

**Figure 10 | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'état civil et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017**



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme les données sur les personnes décédées des suites d'un suicide n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, cette province a été exclue des calculs des taux de mortalité pour les décès par suicide. Les pourcentages et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).



**Tableau 10.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le fait d'avoir ou non des enfants, le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique et de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017

Enfants	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Avait des enfants, y compris des enfants de moins de 18 ans	11 %	13 %	9 %	11 %	9 %	11 %
Avait des enfants âgés de 18 ans ou plus	9 %	15 %	5 %	6 %	17 %	14 %
Avait des enfants dont le nombre d'enfants de moins de 18 ans était inconnu	14 %	19 %	11 %	13 %	19 %	13 %
N'avait pas d'enfant	7 %	7 %	7 %	6 %	9 %	9 %
Inconnu	60 %	45 %	68 %	64 %	46 %	54 %

Remarque : Comme les données sur le fait d'avoir ou non des enfants n'étaient pas systématiquement disponibles pour la Colombie-Britannique et 681 personnes de l'Ontario, ces deux groupes ont été exclus de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

# Vie professionnelle

## Statut d'emploi ou source de revenus

Les informations sur l'emploi ou la source de revenus manquaient pour 49 % des personnes décédées. Au moins 20 % des personnes décédées avaient un emploi et au moins 18 % étaient sans emploi.



Après les catégories de personnes ayant un emploi et celles sans emploi, les catégories d'emploi ou de source de revenus les plus fréquentes étaient celles des personnes participant à un programme d'aide sociale (au moins 7 %) ou d'assurance invalidité (au moins 6 %).

Des différences significatives ont été observées entre les sexes dans le pourcentage de personnes ayant un emploi (au moins 11 % chez les femmes contre au moins 24 % chez les hommes,  $p < 0,05$ ), et retraitées (au moins 3 % chez les femmes contre au moins 2 % chez les hommes,  $p < 0,05$ ) (Tableau 11).

Entre les personnes décédées accidentellement et celles décédées des suites d'un suicide, des différences significatives ont été observées dans le pourcentage de personnes ayant un emploi (21 % contre 15 %,  $p < 0,05$ ), de personnes sans emploi (18 %

contre 14 %,  $p < 0,05$ ), de personnes retraitées ( $\leq 1$  % contre 8 %,  $p < 0,05$ ), et de personnes participant à un programme d'aide sociale (7 % contre 3 %,  $p < 0,05$ ).

**!** *Remarque concernant les données sur le statut d'emploi et la source de revenus* : les données sur le statut d'emploi et la source de revenus ne sont pas systématiquement collectées lors des enquêtes sur les décès et la manière dont elles sont collectées peut varier d'une enquête à l'autre. Ainsi, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Les chiffres publiés ici sont des proportions et des taux minimaux et sont probablement influencés par diverses formes de biais dans la collecte. Sous cette réserve, ce présent rapport fait partie d'un nombre limité de ressources nationales fournissant des informations sur la profession et le secteur d'activité des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë au Canada.

**Tableau 11.** Répartition en pourcentage des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la situation professionnelle ou la source de revenus, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Situation professionnelle ou source de revenus	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Avec emploi	20 %	11 %	24 %	21 %	15 %	11 %
Sans emploi	18 %	16 %	18 %	18 %	14 %	15 %
Retraité(e)	2 %	3 %	2 %	≤ 1 %	8 %	4 %
Étudiant(e)	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	mas
Programme d'aide sociale	7 %	7 %	7 %	7 %	3 %	5 %
Programme d'assurance invalidité	6 %	7 %	6 %	6 %	6 %	5 %
Sources illégales de revenus	2 %	≤ 1 %	2 %	2 %	mas	mas
Incapacité permanente de travailler en raison d'un handicap physique ou mental	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	2 %	mas
Autres	2 %	3 %	2 %	2 %	5 %	4 %
Inconnu	49 %	56 %	46 %	48 %	51 %	58 %

Remarque : Les catégories ne s'excluent pas mutuellement. La catégorie des personnes « avec emploi » comprend les emplois à temps partiel, à temps plein et occasionnels. La catégorie « étudiant(e) » comprend les étudiants à temps plein ou à temps partiel. La catégorie « autre » inclut les responsabilités personnelles ou familiales ainsi que d'autres emplois ou sources de revenus. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

## Profession et secteur d'activité

D'après les données disponibles, les taux de mortalité étaient les plus élevés chez les personnes de 15 ans et plus exerçant une profession dans les métiers, des transports et de la machinerie ou une profession connexe (au moins 21,4 décès pour 100 000 habitants) et dans le secteur du bâtiment (au moins 19,6 décès pour 100 000 habitants), bien que des différences existent entre les sexes et les modes de décès.



Les informations sur la profession et le secteur d'activité n'étaient pas disponibles dans les dossiers des coroners et des médecins légistes pour 75 % et 79 % des personnes décédées, respectivement. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Les taux de mortalité étaient les plus élevés chez les personnes travaillant dans une profession relevant des métiers, des transports et de la machinerie ou une profession connexe (au moins 21,4 pour 100 000 habitants), suivies des personnes travaillant dans les secteurs des ressources naturelles, de l'agriculture et de la

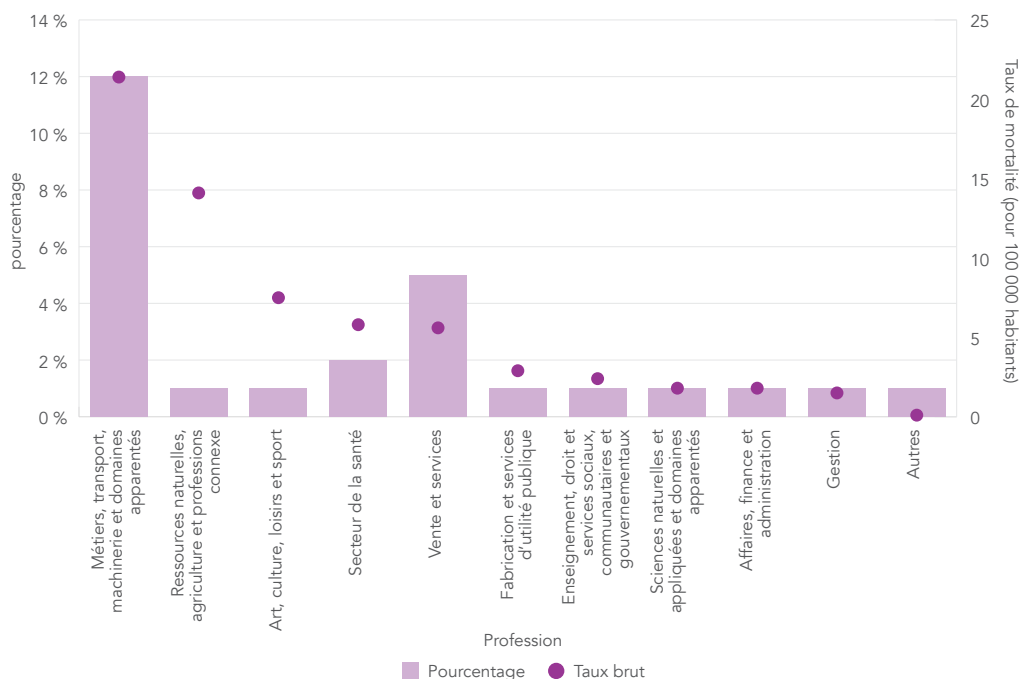
production connexes (au moins 14,1 pour 100 000 habitants), des arts, de la culture, des loisirs et des sports (au moins 7,5 pour 100 000 habitants) et de la santé (au moins 5,8 pour 100 000 habitants) (Figure 11 et Tableau 12). Alors que les taux de mortalité étaient les plus élevés chez les personnes travaillant dans les métiers, le transport, la machinerie ou les professions connexes parmi les femmes (au moins 13,7 pour 100 000 habitants), les hommes (au moins 21,9 pour 100 000 habitants) et les décès accidentels (au moins 20,5 pour 100 000 habitants), les professions de la santé présentaient les taux de mortalité les plus élevés (au moins 2,5 pour 100 000 habitants) chez les personnes décédées des suites d'un suicide.

Les secteurs ayant des taux de mortalité élevés comprennent la construction (au moins 19,6 pour 100 000 habitants); l'exploitation minière, l'exploitation de carrières et l'extraction de pétrole et de gaz (au moins 13,8 pour 100 000 habitants); le transport et l'entreposage (au moins 11,6 pour 100 000 habitants); et les arts, le divertissement et les loisirs (au moins 10,3 pour 100 000 habitants) (Figure 12 et Tableau 13). Il s'agit également des quatre premiers secteurs pour les hommes et les décès accidentels. Chez les femmes,

les principaux secteurs d'activité sont le bâtiment (au moins 5,3 pour 100 000 habitants), les autres services (au moins 4,4 pour 100 000 habitants), et l'hébergement et la restauration (au moins 4,4 pour 100 000 habitants). Parmi les décès dus au suicide, les secteurs d'activité présentant les taux les plus élevés étaient les arts, les divertissements et les loisirs (au moins 1,9 pour 100 000 habitants) et les soins de santé et l'assistance sociale (au moins 1,6 pour 100 000 habitants).

*Remarque concernant les données sur la profession et le secteur d'activité :* les données sur la profession et le secteur d'activité ne sont pas systématiquement collectées lors des enquêtes sur les décès et la manière dont elles sont collectées peut varier d'une enquête à l'autre. Ainsi, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Les chiffres publiés ici sont des proportions et des taux minimaux et sont probablement influencés par diverses formes de biais dans la collecte. Sous cette réserve, ce présent rapport fait partie d'un nombre limité de ressources nationales fournissant des informations sur la profession et le secteur d'activité des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë au Canada.

**Figure 11 | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la profession, Canada, 2016 et 2017**



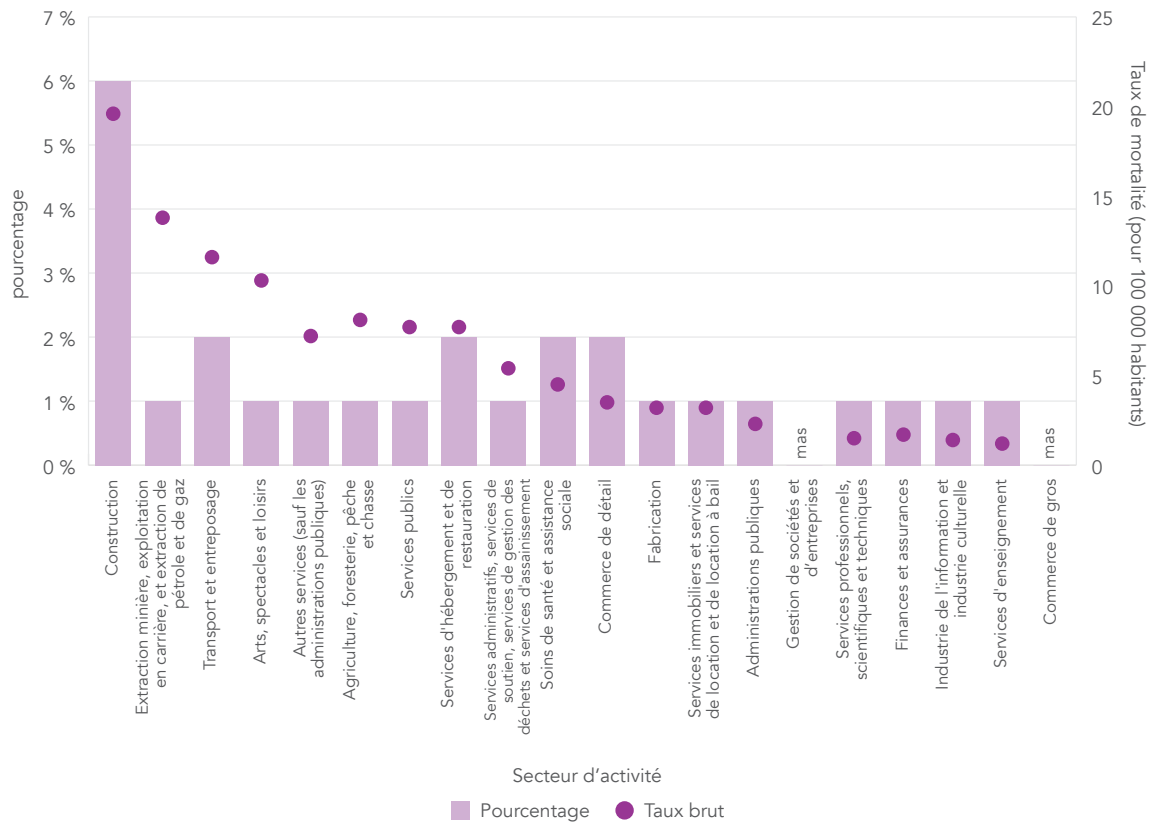
Remarque : La profession était inconnue pour 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages et taux de mortalités bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

**Tableau 12.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance selon la profession, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Profession	Tous les décès		Sexe				Mode de décès			
			Femmes		Hommes		Accident		Suicide	
	%	Taux	%	Taux	%	Taux	%	Taux	%	Taux
Métiers, transport, machinerie et domaines connexes	12 %	21,4	2 %	13,7	17 %	21,9	14 %	20,5	3 %	0,8
Ressources naturelles, agriculture et production connexe	≤ 1 %	14,1	mas	mas	2 %	16,3	≤ 1 %	13,3	mas	mas
Art, culture, loisirs et sport	≤ 1 %	7,5	≤ 1 %	2,0	≤ 1 %	14,1	≤ 1 %	6,2	mas	mas
Secteur de la santé	2 %	5,8	4 %	5,1	≤ 1 %	8,6	≤ 1 %	3,4	5 %	2,5
Vente et services	5 %	5,6	6 %	3,3	5 %	8,5	5 %	4,8	4 %	0,7
Fabrication et services d'utilité publique	≤ 1 %	2,9	mas	mas	≤ 1 %	3,9	≤ 1 %	2,4	mas	mas
Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	≤ 1 %	2,4	≤ 1 %	1,4	≤ 1 %	4,5	≤ 1 %	1,6	2 %	0,7
Sciences naturelles et appliquées et domaines connexes	≤ 1 %	1,8	0 %	0,0	≤ 1 %	2,3	≤ 1 %	1,8	mas	mas
Affaires, finance et administration	≤ 1 %	1,8	2 %	1,1	≤ 1 %	3,5	≤ 1 %	1,5	2 %	0,4
Gestion	≤ 1 %	1,5	≤ 1 %	0,8	≤ 1 %	2,0	≤ 1 %	1,3	mas	mas
Autres	≤ 1 %	0,1	≤ 1 %	0,1	≤ 1 %	0,2	≤ 1 %	0,1	mas	mas
Inconnu	75 %	18,9	84 %	13,2	71 %	24,1	74 %	15,6	81 %	2,9

Remarque : Le secteur d'activité était inconnu pour 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages et taux de mortalités bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas). Toutes les personnes décédées par un mode indéterminé sont masquées (mas). Comme la plupart des données ont été masquées pour ceux avec un mode de décès indéterminé, elles ont été retirées du tableau.

**Figure 12 | Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le secteur d'activité, Canada, 2016 et 2017**



Remarque : Le secteur d'activité était inconnu pour 79 % des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages et taux de mortalités bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas). Toutes les personnes décédées par un mode indéterminé sont masquées (mas). Comme la plupart des données ont été masquées pour ceux avec un mode de décès indéterminé, elles ont été retirées du tableau.

**Tableau 13.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le secteur d'activité, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Secteur d'activité	Tous les décès		Sexe				Mode de décès			
			Femmes		Hommes		Accident		Suicide	
	%	Taux	%	Taux	%	Taux	%	Taux	%	Taux
Construction	6 %	19,6	≤ 1 %	5,3	8 %	21,6	6 %	18,7	2 %	0,9
Extraction minière, exploitation en carrière, et extraction de pétrole et de gaz	≤ 1 %	13,8	mas	mas	≤ 1 %	15,7	≤ 1 %	12,7	mas	mas
Transport et entreposage	2 %	11,6	≤ 1 %	2,7	3 %	14,6	2 %	10,6	≤ 1 %	0,8
Arts, spectacles et loisirs	≤ 1 %	10,3	≤ 1 %	3,2	≤ 1 %	17,1	≤ 1 %	8,3	≤ 1 %	1,9
Autres services (sauf les administrations publiques)	≤ 1 %	7,2	≤ 1 %	4,4	≤ 1 %	10,5	≤ 1 %	6,4	≤ 1 %	0,9
Agriculture, foresterie, pêche et chasse	≤ 1 %	8,1	mas	mas	≤ 1 %	10,6	≤ 1 %	7,4	mas	mas
Services publics	≤ 1 %	7,7	mas	mas	≤ 1 %	9,0	≤ 1 %	7,7	mas	mas
Services d'hébergement et de restauration	2 %	7,7	2 %	4,4	2 %	12,3	2 %	6,9	2 %	0,8
Services administratifs, services de soutien, services de gestion des déchets et services d'assainissement	≤ 1 %	5,4	≤ 1 %	3,5	≤ 1 %	7,1	≤ 1 %	4,9	mas	mas
Soins de santé et assistance sociale	2 %	4,5	4 %	3,5	≤ 1 %	8,6	≤ 1 %	2,7	5 %	1,6
Commerce de détail	2 %	3,5	2 %	2,3	≤ 1 %	3,7	2 %	3,0	2 %	0,5
Fabrication	≤ 1 %	3,2	mas	mas	≤ 1 %	4,3	≤ 1 %	2,7	≤ 1 %	0,5
Services immobiliers et services de location et de location à bail	≤ 1 %	3,2	mas	mas	≤ 1 %	4,9	≤ 1 %	2,7	mas	mas
Administrations publiques	≤ 1 %	2,3	≤ 1 %	1,1	≤ 1 %	3,1	≤ 1 %	1,6	≤ 1 %	0,7
Gestion de sociétés et d'entreprises	mas	mas	0 %	0,0	mas	mas	mas	mas	0 %	0,0
Services professionnels, scientifiques et techniques	≤ 1 %	1,5	mas	mas	≤ 1 %	2,2	≤ 1 %	1,1	mas	mas
Finances et assurances	≤ 1 %	1,7	mas	mas	≤ 1 %	2,7	≤ 1 %	1,1	mas	mas
Industrie de l'information et industrie culturelle	≤ 1 %	1,4	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Services d'enseignement	≤ 1 %	1,2	≤ 1 %	0,8	≤ 1 %	1,8	≤ 1 %	0,7	mas	mas
Commerce de gros	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Inconnue	79 %	19,9	85 %	13,4	76 %	25,8	78 %	16,6	80 %	2,9

Remarque : Le secteur d'activité était inconnu pour 79 % des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme les données sur les personnes décédées des suites d'un suicide n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, cette province a été exclue des calculs du taux de mortalité pour les décès par suicide. Les pourcentages et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas). Comme la plupart des données ont été masquées pour ceux avec un mode de décès indéterminé, elles ont été retirées du tableau.



## Antécédents de consommation de substances

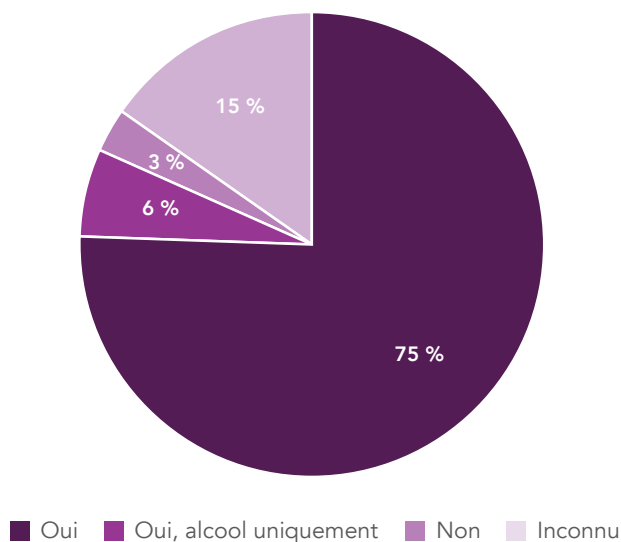
La majorité des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance avaient des antécédents de consommation de drogues ou d'alcool (au moins 81 %) et au moins 14 % avaient des antécédents d'épisode non mortel de toxicité aiguë.



Aucun antécédent de consommation de substances n'a été connu ou documenté chez au moins 3 % des personnes décédées (Figure 13). Les antécédents de consommation de substances étaient plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (78 % contre 67 %,  $p < 0,05$ ) (Tableau 14). On a recensé près de deux fois plus de personnes ayant des antécédents de consommation

de substances parmi les personnes décédées accidentellement que parmi les personnes décédées d'un suicide (80 % contre 42 %,  $p < 0,05$ ). Les antécédents de consommation d'alcool uniquement étaient plus fréquents chez les personnes décédées d'un suicide que chez les personnes décédées accidentellement (13 % contre 5 %,  $p < 0,05$ ).

**Figure 13** | Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance qui avaient des antécédents documentés de consommation de substances, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les antécédents documentés de consommation de substances incluent toute consommation antérieure de substances autre que celle liée à l'épisode de toxicité aiguë ayant entraîné le décès. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

**Tableau 14.** Antécédents de consommation de substances des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Antécédents de consommation de substances	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Oui	75 %	67 %	78 %	80 %	42 %	55 %
Oui, alcool uniquement	6 %	7 %	6 %	5 %	13 %	12 %
Non	3 %	6 %	2 %	2 %	10 %	7 %
Inconnu	15 %	20 %	13 %	12 %	35 %	25 %

Remarque : Les antécédents de consommation de substances incluent toute consommation antérieure de substances autre que celle liée à l'épisode de toxicité aiguë ayant entraîné le décès. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

## Interaction avec le système de soins de santé

Au moins 36 % de toutes les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance avaient accès à un médecin de famille pour leurs soins réguliers et au moins 73 % avaient été en contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès. Près de la moitié des personnes décédées avaient bénéficié d'un traitement ambulatoire (quelle qu'en soit la raison) au cours de l'année précédant leur décès.

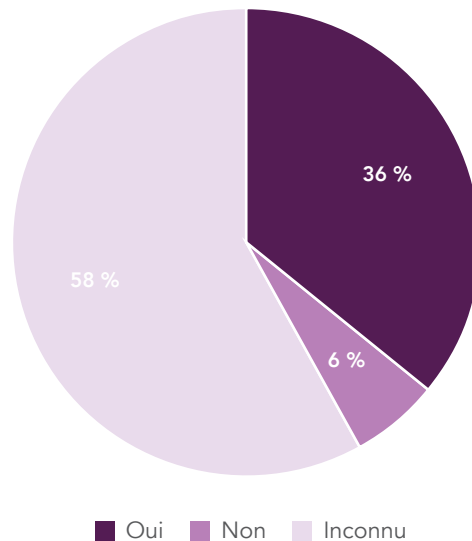


L'information sur si la personne décédée avait accès à un médecin de famille pour les soins réguliers était peu disponible (58 % inconnu), mais au moins 36 % des personnes décédées avaient preuves d'avoir accès dans leur dossier de coroner ou médecin légiste (Figure 14).

Plus d'information était disponible sur contact récent avec les services de santé (23 % inconnu), avec au moins 73 % de personnes décédées ayant eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès (Figure 15 et Tableau 15). Les contacts avec les services de

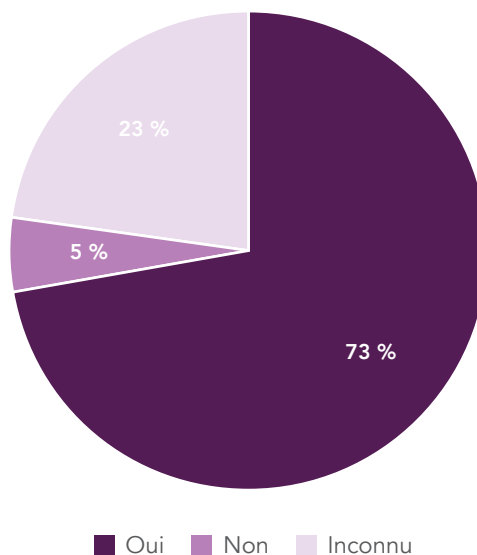
santé dans l'année précédant leur décès étaient plus fréquents chez les personnes décédées d'un suicide que chez les personnes décédées accidentellement (87 % contre 70 %,  $p < 0,05$ ) (Tableau 15). Si les contacts avec les services de santé au cours de l'année précédant leur décès étaient plus fréquents chez les femmes décédées que chez les hommes (82 % contre 69 %,  $p < 0,05$ ). Parmi les personnes ayant eu un contact avec les services de santé, une plus grande proportion d'hommes que de femmes ont bénéficié d'un traitement ambulatoire (66 % contre 59 %,  $p < 0,05$ ).

**Figure 14** | Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant un médecin de famille accessible pour leurs soins réguliers, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017



Remarque : Comme les données sur la disponibilité des médecins de famille n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, elles ont été exclues de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

**Figure 15** | Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

**Tableau 15.** Contact avec les services de santé dans l'année précédant le décès des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Contact avec les services de santé	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Oui	73 %	82 %	69 %	70 %	87 %	80 %
Traitement ambulatoire	64 %	59 %	66 %	67 %	49 %	48 %
Traitement en milieu hospitalier	22 %	23 %	22 %	22 %	21 %	20 %
Type de traitement inconnu	28 %	32 %	26 %	25 %	41 %	41 %
Non	5 %	2 %	6 %	6 %	≤ 1 %	mas
Inconnu	23 %	16 %	25 %	24 %	12 %	18 %

Remarque : Comme les données sur le type de contact avec les services de santé n'étaient pas disponibles pour 681 personnes en Ontario, elles ont été exclues de cette analyse. Les types de contact avec le système de santé ne s'excluent pas mutuellement. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Épisode de toxicité aiguë

### Moment et lieu

Les épisodes de toxicité aiguë ayant occasionné un décès ont eu lieu le plus souvent le soir entre 18h00 et 23h59 (au moins 11 %) et la nuit entre minuit et 5h59 (au moins 13 %) et dans une résidence personnelle (au moins 67 %).



Pour certaines personnes décédées, on a pu établir une distinction claire entre le moment où l'épisode de toxicité aiguë s'est produit (l'épisode de toxicité aiguë) et le moment où la personne est décédée des suites de cet événement (le décès lié à une toxicité aiguë). Le moment de l'épisode de toxicité aiguë est demeuré inconnu ou non observé chez au moins 63 % des personnes décédées, et il était

plus susceptible d'être inconnu ou non consigné dans les cas de décès par suicide (au moins 76 %) que dans les cas de décès accidentels (au moins 61 %,  $p < 0,05$ ). Alors que la proportion d'épisodes de toxicité aiguë a augmenté depuis le matin jusqu'à la nuit chez les personnes décédées accidentellement, les épisodes de toxicité aiguë chez les personnes décédées des suites d'un suicide étaient répartis plus

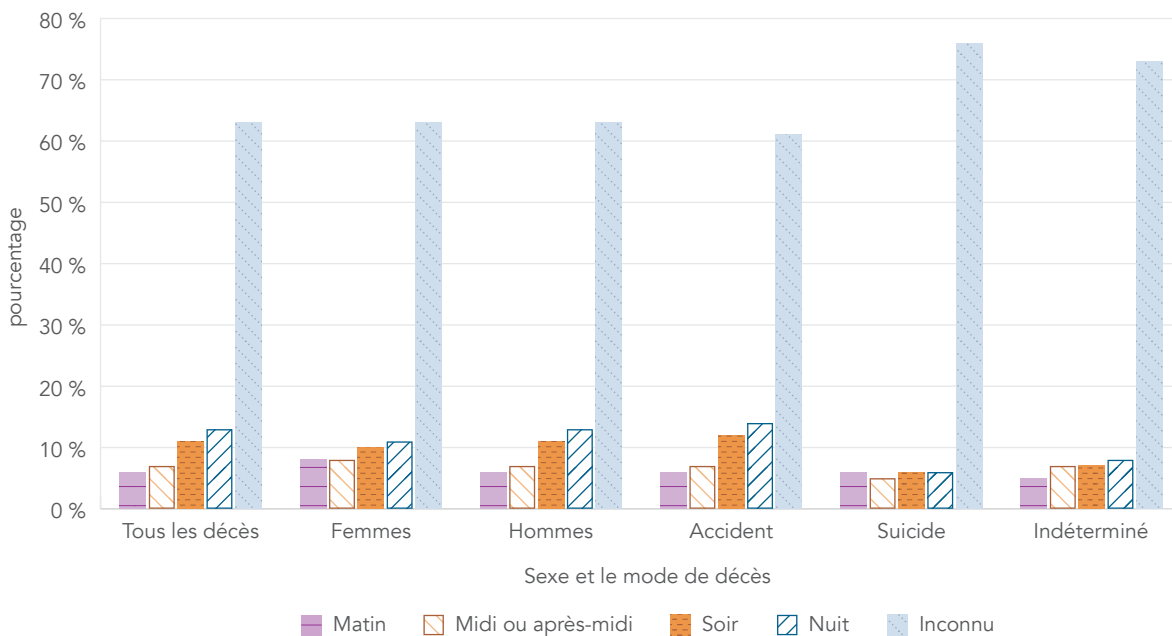
uniformément tout au long de la journée (Figure 16).

Si le lieu de résidence personnel s'est révélé l'endroit le plus fréquent de survenue des épisodes de toxicité aiguë, indépendamment du sexe et du mode de décès, il était plus fréquent chez les femmes (au moins 74 %) que chez les hommes (au moins 64 %),  $p : < 0,05$ ) (Tableau 16). Un lieu de résidence personnel a été aussi plus fréquent chez les personnes décédées d'un suicide (au moins 80 %) que dans le cas des décès

accidentels (au moins 65 %,  $p : < 0,05$ ). Après le domicile personnel, les endroits les plus fréquents pour la survenue des épisodes de toxicité aiguë étaient le domicile d'une autre personne (au moins 9 %), un lieu public extérieur (au moins 5 %) et un hôtel ou un motel (au moins 4 %).

Dans l'ensemble, au moins 6 % des épisodes de toxicité aiguë se sont produits à l'extérieur et au moins 3 % dans un véhicule (Tableau 17). Au moins 42 % des personnes décédées ont été trouvées dans un lit ou à proximité.

**Figure 16 |** Moment où l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès s'est produit chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017



Remarque : Comme les données sur le moment où l'épisode de toxicité aiguë s'est produit n'étaient pas disponibles pour 681 personnes en Ontario, elles ont été exclues de cette analyse. Pour cette analyse, le matin correspond à la plage horaire 06h00 à 11h59, le midi et l'après-midi à la plage 12h00 à 17h59, le soir à la plage 18h00 à 23h59 et la nuit à la plage minuit à 05h59. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

**Tableau 16.** Lieu où l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès s'est produit chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Lieu de l'épisode de toxicité aiguë	Tous les décès		Sexe				Mode de décès					
			Femmes		Hommes		Accident		Suicide		Indéterminé	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lieu de résidence personnel	6 342	67 %	2 088	74 %	4 254	64 %	5 133	65 %	948	80 %	261	79 %
Domicile d'une autre personne	813	9 %	237	8 %	579	9 %	756	10 %	30	3 %	24	7 %
Lieu public extérieur	438	5 %	75	3 %	363	5 %	375	5 %	54	5 %	mas	mas
Hôtel ou motel	396	4 %	78	3 %	318	5 %	348	4 %	42	4 %	mas	mas
Édifice public	150	2 %	27	≤ 1 %	123	2 %	138	2 %	mas	mas	mas	mas
Refuge	75	≤ 1 %	18	≤ 1 %	57	≤ 1 %	72	≤ 1 %	mas	mas	mas	mas
Logement avec services de soutien ou transitionnel	69	≤ 1 %	18	≤ 1 %	48	≤ 1 %	63	≤ 1 %	mas	mas	mas	mas
Hôpital	57	≤ 1 %	12	≤ 1 %	45	≤ 1 %	45	≤ 1 %	mas	mas	mas	mas
Établissement de traitement des toxicomanies ou des dépendances	48	≤ 1 %	mas	mas	39	≤ 1 %	48	≤ 1 %	0	0 %	mas	mas
Établissement pénitentiaire ou poste de police	45	≤ 1 %	mas	mas	42	≤ 1 %	45	≤ 1 %	mas	mas	mas	mas
Lieu de travail de la personne décédée	33	≤ 1 %	mas	mas	30	≤ 1 %	30	≤ 1 %	mas	mas	mas	mas
Autre établissement de santé	27	≤ 1 %	mas	mas	24	≤ 1 %	21	≤ 1 %	mas	mas	mas	mas
Transports publics	12	≤ 1 %	mas	mas	mas	mas	mas	mas	0	0 %	0	0 %
Autres	234	2 %	42	≤ 1 %	189	3 %	225	3 %	mas	mas	0	0 %
Inconnu	678	7 %	189	7 %	486	8 %	597	8 %	66	6 %	15	5 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les chiffres sont arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur les chiffres arrondis. Les valeurs inférieures à 10, et calculs basés sur ces valeurs, ont été masquées (mas).

**Tableau 17.** L'endroit où s'est produit l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

L'endroit où s'est produit l'épisode de toxicité aiguë	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
En plein air	6 %	4 %	7 %	6 %	6 %	mas
Dans un véhicule	3 %	≤ 1 %	3 %	3 %	3 %	mas
Dans un lit ou à proximité	42 %	47 %	39 %	40 %	49 %	43 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme les données indiquant si la personne décédée avait été trouvée près du lit n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, elles ont été exclues de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Mode de consommation apparent

Le mode de consommation apparent rapporté le plus souvent a été la voie orale (au moins 18 %), suivi par l'injection (au moins 14 %), fumer (au moins 10 %) et l'insufflation nasale ou intranasale (au moins 8 %).

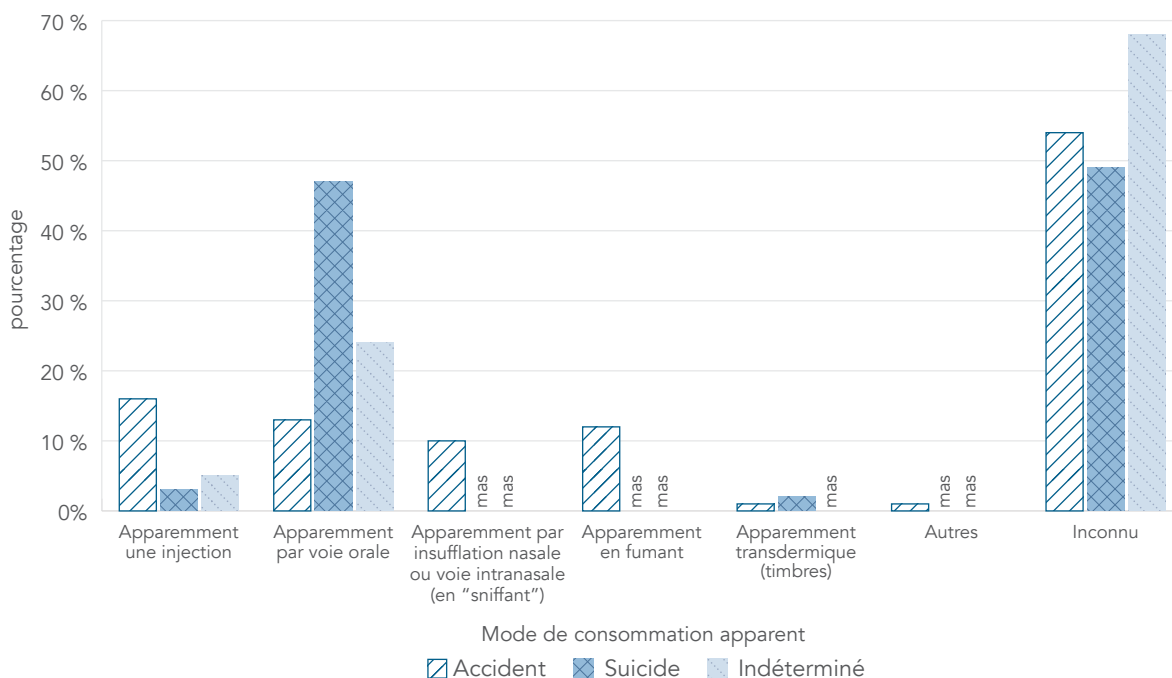
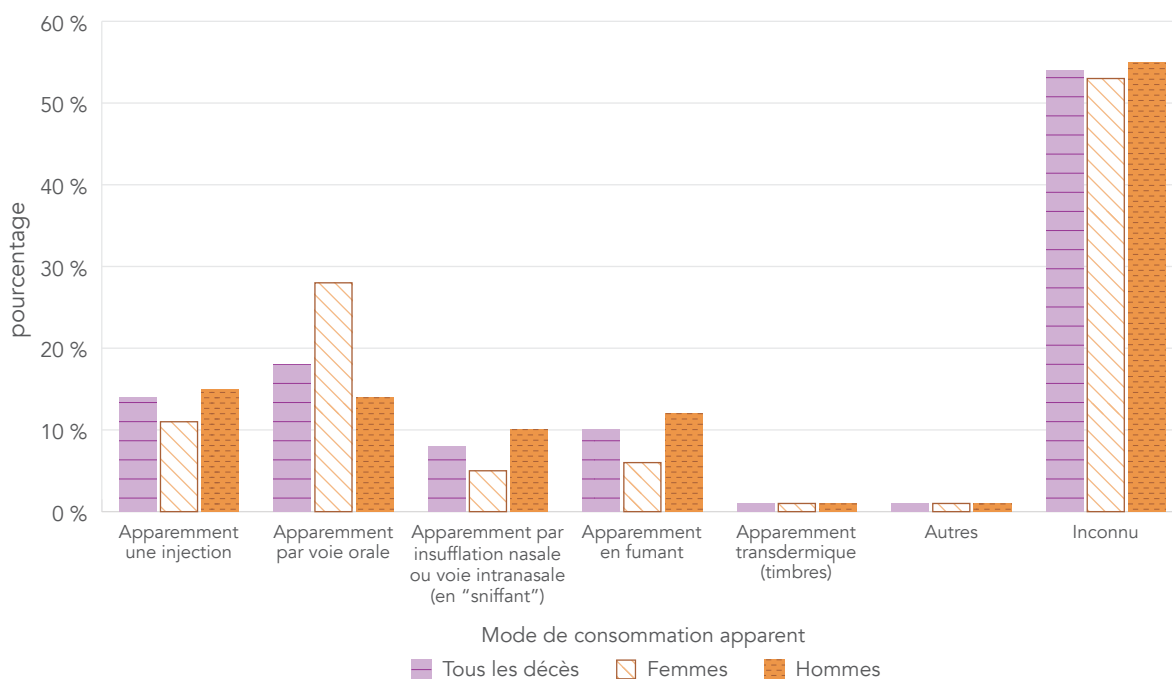


L'information sur le mode de consommation apparent était manquante pour 54 % des personnes décédées. Des différences ont été observées dans le mode de consommation apparent le plus courant selon le sexe et l'origine du décès, la voie orale étant beaucoup plus fréquente que les autres modes chez les femmes (au moins 28 %) et chez les personnes décédées des suites d'un suicide (au moins 47 %) (Figure 17).

Des médicaments sur ordonnance ont été trouvés sur les lieux dans au moins 41 %

des cas; ils étaient présents dans au moins 34 % des cas chez les personnes décédées accidentellement et dans au moins 71 % des cas chez les personnes décédées d'un suicide (Figure 18). Des drogues illégales (au moins 24 %) et de l'alcool (au moins 20 %) ont été également souvent présents. Aux fins du présent rapport, le lieu désigne l'endroit où le corps a été trouvé ou celui où l'épisode de toxicité aiguë s'est produit et inclut tout lieu offrant des données probantes liées à l'épisode de toxicité aiguë lui-même.

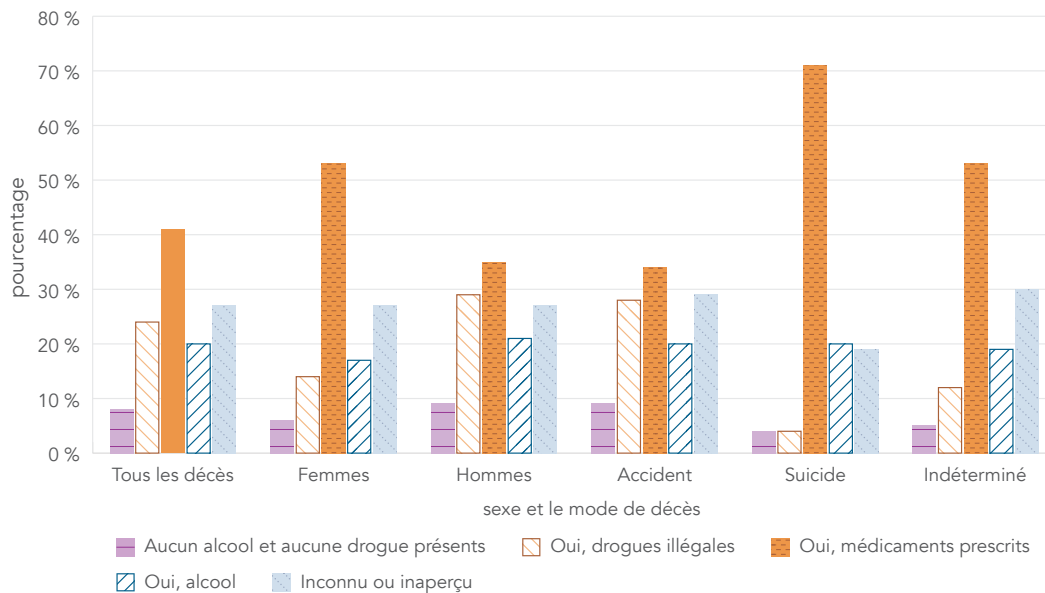
**Figure 17 |** Mode de consommation apparent de drogues pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).



**Figure 18 |** Présence de drogues ou d'alcool sur le lieu de l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017



Remarque : Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Comme les données sur la présence de drogues ou d'alcool sur le lieu de l'épisode de toxicité aiguë n'étaient pas disponibles pour les décès recensés en Colombie-Britannique, cette province a été exclue de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Présence d'autres personnes

Les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance sont le plus souvent décédées sans qu'il y ait de preuve que l'épisode de toxicité aiguë ait eu un témoin (au moins 46 %). Ce fut particulièrement fréquemment le cas chez les personnes décédées d'un suicide (au moins 63 %).

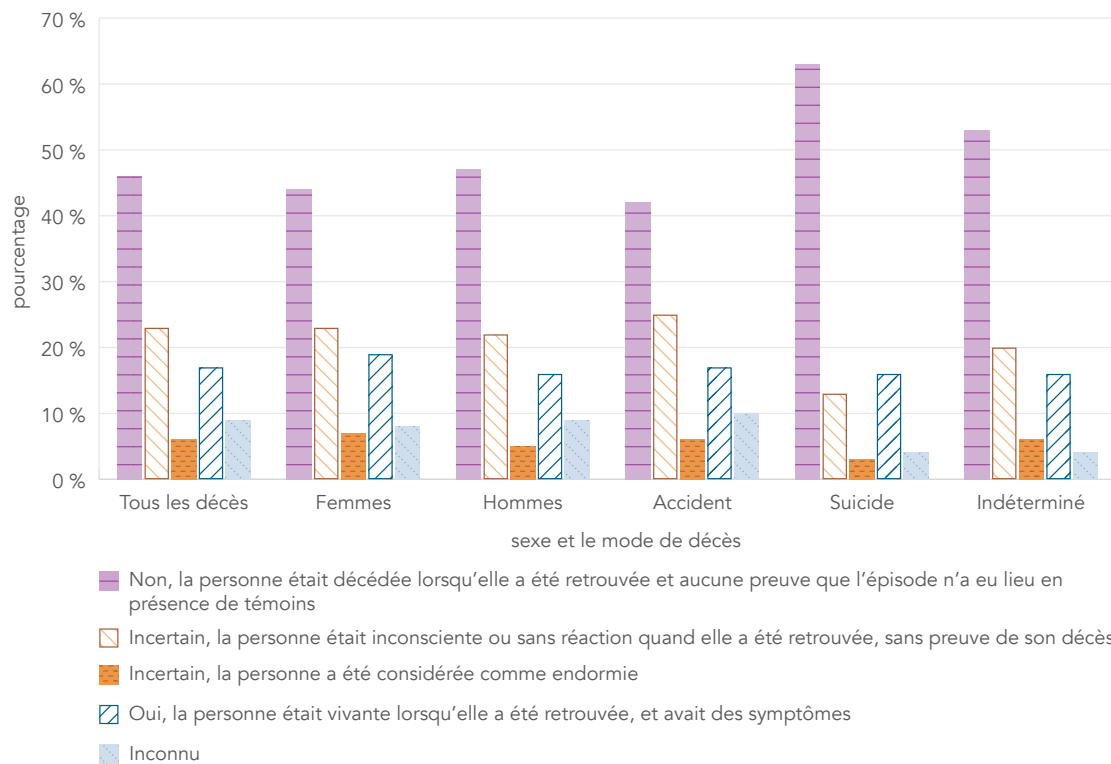


Au moins 17 % des personnes décédées étaient vivantes lorsqu'elles ont été retrouvées et présentaient déjà des symptômes de toxicité aiguë (Figure 19). Pour 29 % des personnes décédées, on ne sait pas si la personne était déjà morte lorsqu'elle a été retrouvée car elle était inconsciente ou ne réagissait pas (dans 23 % des cas) ou bien elle a été considérée comme endormie (dans 6 % des cas).

Aucune donnée probante ne vient à l'appui de l'hypothèse que les substances

ont pu avoir été prises en présence d'autres personnes avant l'épisode de toxicité aiguë dans au moins 38 % des cas (Tableau 18). Ceci est particulièrement le cas chez les personnes décédées des suites d'un suicide (au moins 50 %). Des drogues ont été consommées en présence d'autres personnes dans au moins 15 % des cas et de l'alcool seul a été consommé en présence d'autres personnes dans au moins 4 % des cas.

**Figure 19 |** Présence d'un témoin pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017



Remarque : Comme les données indiquant si l'épisode de toxicité aiguë s'est produit en présence de témoins n'étaient pas disponibles pour les décès survenus en Colombie-Britannique, elles ont été exclues de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

**Tableau 18.** Présence d'autres personnes lors de la prise de drogues ou d'alcool pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Prise de drogues en présence d'autres personnes avant l'épisode de toxicité aiguë	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Non	38 %	35 %	40 %	37 %	50 %	38 %
Oui	15 %	16 %	15 %	17 %	5 %	7 %
Oui, alcool uniquement	4 %	4 %	4 %	4 %	3 %	mas
Inconnu	43 %	45 %	42 %	42 %	42 %	51 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Substances visées

Les rapports toxicologiques étaient disponibles dans la majorité des dossiers des coroners et des médecins légistes (91 %). Lors de la collecte des données toxicologiques, les responsables de l'extraction des données ont indiqué si des substances et des métabolites de substances avaient été décelés dans les rapports toxicologiques et/ou avaient été répertoriés comme étant à l'origine du décès. Les métabolites ont été utilisés comme preuve de la présence de la substance mère lorsque qu'ils ne provenaient pas d'autres substances (par exemple, la présence de norbuprénorphine a été utilisée comme preuve de la présence de buprénorphine). Plusieurs substances et types de substances ont pu de manière concomitante être décelés et être considérés comme étant à l'origine du décès d'une personne.

Des substances peuvent être présentes dans les rapports de toxicologie en conséquence d'utilisation intentionnelle, d'utilisation non intentionnelle (par exemple du fait de drogues contaminées, d'erreurs dans la médication ou de substances confondues avec de la nourriture), d'utilisation thérapeutique d'une médication prescrite ou d'utilisation thérapeutique lors de soins des services médicaux d'urgences, dans un département d'urgence ou dans un hôpital. Le risque de toxicité aiguë dépend non seulement des substances impliquées mais aussi de facteurs individuels, des circonstances et de l'environnement.

Les substances et les métabolites ont été classés dans les 17 types de substances décrits dans le Tableau 19.

**Tableau 19.** Substances incluses dans chaque catégorie de type de substance

Type de substance	Substances
Acétaminophène	Acétaminophène
Alcool	Éthanol, isopropanol, méthanol
Antidépresseurs tricycliques	Amitriptyline, amoxapine, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline, trimipramine, antidépresseurs tricycliques non spécifiés
Autres antidépresseurs	Bupropion, citalopram, desvenlafaxine, duloxétine, fluoxétine, fluvoxamine, mirtazapine, moclobémide, paroxétine, sertraline, trazodone, venlafaxine, vortioxétine
Antihistaminiques dérivés de l'éthanolamine	Diphenhydramine, doxylamine, orphenadrine
Antipsychotiques	Aripiprazole, asénapine, chlorpromazine, clozapine, flupenthixol, fluphénazine, halopéridol, lévomépromazine, loxapine, lurasidone, olanzapine, palipéridone, pimozide, prochlorpérazine, quétiapine, rispéridone, ziprasidone, zuclopenthixol
Benzodiazépines	Alprazolam, bromazépam, chlordiazépoxide, clobazam, clonazépam, diazépam, étizolam, flubromazolam, flurazépam, lorazépam, midazolam, nitrazépam, oxazépam, témazépam, triazolam, benzodiazépines non spécifiées

**Tableau 19.** Substances incluses dans chaque catégorie de type de substance

Type de substance	Substances
Cannabinoïdes	Nabilone, tétrahydrocannabinol (THC)
Gabapentinoïdes	Gabapentine, prégabaline
Hallucinogènes	251-NBOMe, 3-méthoxyphencyclidine (3-Meo-PCP), ibogaïne, acide lysergique diéthylamide (LSD), mescaline, phencyclidine, psilocybine, hallucinogènes non spécifiés
Hypnotiques Z	Zolpidem, zopiclone
Insuline	Insuline
Opiïdes fentanyl	3-méthylfentanyl, 4-fluorobutyrfentanyl, 4-fluoroisobutyryl fentanyl, acétylfentanyl, acrylfentanyl, butyrylfentanyl, carfentanil, cyclopropyl/crotonyl fentanyl, despropionylfentanyl, fentanyl, furanylfentanyl, méthoxyacétylfentanyl, remifentanil, sufentanil
Opiïdes non liés au fentanyl	Buprénorphine, codéine, dextrorphan, diacétylmorphine (héroïne), dihydrocodéine, embutramide, hydrocodone, hydromorphone, mépéridine, méthadone, mitragynine, morphine, oxycodone, oxymorphone, pentazocine, propoxyphène, tapentadol, thébaïne, tramadol, U-47700, U-49900, U-51754
Opiïdes non spécifiés	Les personnes qui sont décédées avec des opiïdes décrits comme détectés ou une cause du décès dans le dossier du coroner ou du médecin légiste mais sans mention de la substance spécifique
Stimulants	1,3-trifluorométhylphénylpipérazine (TFMPP), 2,5-diméthoxy-4-bromo-amphétamine, 3-fluorophénométrazine, 4-fluoroamphétamine, alpha-pyrrolidinovalérophénone, aminorex, amphétamine, bêta-phénéthylamine, butylone, caféine, cocaïne, dextroamphétamine, éthylone, éthylphénidate, lisdexamphétamine, méthamphétamine, méthylènedioxyamphétamine (MDA), méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA), méthylphénidate, N-benzylpipérazine (BZP), nicotine, paraméthoxyamphétamine (PMA), paraméthoxyméthamphétamine (PMMA), phentermine, théobromine, stimulants non spécifiés
Autres types de substances	1,1-difluoroéthane, 2,4-dinitrophénol, abacavir, acébutolol, acétone, acide acétylsalicylique, aconite, amantadine, amiodarone, amlodipine, amobarbital, anastrozole, apixaban, aténolol, atomoxétine, atorvastatine, atropine, baclofène, barbituriques, benzène, benzocaïne, benzotropine, benzydamine, bisoprolol, bromphéniramine, bupivacaïne, buspirone, butalbital, butane, capsaïcine, carbamazépine, monoxyde de carbone, carvedilol, célécoxib, cétirizine, hydrate de chloral, chlorophéniramine, chloroquine, clonidine (p-hydroxyclonidine), colchicine, air comprimé, créatinine, cyanure, cyclobenzaprine (N-desméthylcyclobenzaprine), cyproheptadine, dextrométhorphan, diclofénac, dicyclomine, diéthylène glycol, digoxine, diltiazem, dobutamine, dompéridone, donépézil, éfavirenz, énalapril, éther, éthylbenzène, éthylène glycol, étomidate, fénofibrate, flécaïnide, fluconazole, acide formique, furosémide, gammahydroxybutyrate (GHB), gliclazide, glyburide, dimenhydrinate, guaifénésine, héparine, hydrochlorothiazide, hydroxychloroquine, hydroxyzine, ibuprofène, indométhacine, irbésartan, fer, isobutane, kétamine, kétorolac, labétalol, lacosamide, lamotrigine, lansoprazole, laudanosine, lévamisole, lévétiracétam, lévothyroxine, lidocaïne, lisinopril, lithium, lopéramide, losartan, méloxicam, mémantine, mépivacaïne, metformine, méthocarbamol, méthotrexate, métoclopramide, métoprolol, métronidazole, nadolol, naloxone, naltrexone, naproxène, nifédipine, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), noscapine, oméprazole, ondansétron, oxomémazine, oxybutynine, pantoprazole, pentobarbital, péridopril, phénacétine, phéniramine, phénobarbital, phényléphrine, phénytoïne, pipérazine, primidone, procyclidine, prométhazine, propafénone, propofol, propranolol,

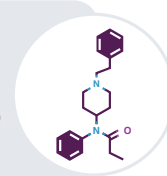
**Tableau 19.** Substances incluses dans chaque catégorie de type de substance

Type de substance	Substances
Autres types de substances	propylèneglycol, pseudoéphédrine/éphédrine, quinapril, quinine, rabéprazole, ramipril, ranitidine, rivaroxaban, rocuronium, ropinirole, rosuvastatine, salbutamol, scopolamine, sécobarbital, sélégiline (desméthylselegiline), sildénafil, sitagliptine, solifénacine, sulfamides, sumatriptan, tadalafil, tamoxifène, telmisartan, térazosine, terbinafine, testostérone, théophylline, timolol, toluène, topiramate, trihexyphénidyle, triméthoprim, triprolidine, acide valproïque, valsartan, varénicline, vérapamil, W-18, warfarine, xylazine, xylène
Type de substance inconnu	Personnes décédées sans qu'aucune substance n'ait été répertoriée comme détectée ou cause du décès dans leur dossier du coroner ou du médecin légiste

Remarque : Comme l'alcool peut être détecté en raison de la consommation ou de la production endogène d'éthanol post-mortem, les résultats doivent être interprétés avec prudence

## Types de substances

Les stimulants (44 %), les opioïdes fentanyl (44 %) et les opioïdes non liés au fentanyl (37 %) ont été les types de substances les plus fréquemment décelés dans les analyses toxicologiques comme **étant à l'origine du décès**. L'alcool a été **décelé** chez 34 % des personnes décédées et les benzodiazépines, chez 28 %.



Chez les hommes, les types de substances les plus souvent identifiés comme étant à l'origine du décès furent les opioïdes fentanyl (51 %) et les stimulants (49 %) (Tableau 20). Chez les femmes, ce sont les opioïdes non liés au fentanyl (39 %) et les stimulants (32 %) qui furent les types de substances le plus souvent identifiés comme étant à l'origine du décès parmi les femmes. Des tendances similaires ont été observées chez les hommes et chez les femmes pour les types de substances les plus souvent décelés (Tableau 21).

Chez les personnes décédées accidentellement, les types de substances les plus souvent identifiés comme étant à l'origine du décès furent les opioïdes fentanyl (51 %) et les stimulants (51 %), suivis des opioïdes non liés au fentanyl (38 %) (Tableau 22). Chez les personnes décédées d'un suicide, ce furent plutôt les opioïdes non liés au fentanyl (31 %) et les

autres antidépresseurs (17 %) qui ont été les types de substances les plus souvent identifiés comme étant à l'origine du décès chez les personnes décédées des suites d'un suicide. Des tendances similaires ont été observées parmi les types de substances les plus fréquemment décelées chez les personnes décédées accidentellement (Tableau 23). Les types de substances les plus fréquemment décelées chez les personnes décédées d'un suicide étaient les opioïdes non liés au fentanyl (46 %) et les benzodiazépines (44 %).

Il convient de noter que l'alcool a été décelé chez 34 % des personnes décédées et a été considéré comme étant à l'origine du décès chez 21 % d'entre elles (Tableau 20 à Tableau 23). De même, des benzodiazépines ont été décelées chez 28 % des personnes décédées et ont été considérées comme étant à l'origine du décès chez 9 % d'entre elles.

**Tableau 20.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances considérés comme à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017

Types de substances	Tous les décès		Femmes		Hommes	
	N	%	N	%	N	%
Acétaminophène	156	2 %	93	3 %	63	≤ 1 %
Alcool	1 950	21 %	492	18 %	1 458	22 %
Antidépresseurs tricycliques	231	2 %	123	4 %	108	2 %
Autres antidépresseurs	573	6 %	321	11 %	252	4 %
Antihistaminiques dérivés de l'éthanolamine	288	3 %	165	6 %	123	2 %
Antipsychotiques	315	3 %	132	5 %	180	3 %
Benzodiazépines	840	9 %	327	12 %	513	8 %
Cannabinoïdes	42	≤ 1 %	12	≤ 1 %	30	≤ 1 %
Gabapentinoïdes	156	2 %	69	2 %	84	≤ 1 %
Hallucinogènes	57	≤ 1 %	21	≤ 1 %	36	≤ 1 %
Hypnotiques Z	279	3 %	135	5 %	144	2 %
Insuline	15	≤ 1 %	mas	mas	12	≤ 1 %
Opioides fentanyl	4 164	44 %	810	29 %	3 354	51 %
Opioides non liés au fentanyl	3 480	37 %	1 098	39 %	2 382	36 %
Opioides non spécifiés	75	≤ 1 %	27	≤ 1 %	48	≤ 1 %
Stimulants	4 125	44 %	903	32 %	3 225	49 %
Autres types de substances	447	5 %	189	7 %	261	4 %
Type de substance inconnu	822	9 %	375	13 %	447	7 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme seuls les renseignements sur l'origine du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances considérées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les chiffres sont arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur les chiffres arrondis. Les valeurs inférieures à 10 et les pourcentages calculés à partir de ces valeurs ont été masqués (mas).

**Tableau 21.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances **décelés** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017

Types de substances	Tous les décès		Femmes		Hommes	
	N	%	N	%	N	%
Acétaminophène	960	10 %	462	16 %	501	8 %
Alcool	3 210	34 %	873	31 %	2 337	35 %
Antidépresseurs tricycliques	576	6 %	309	11 %	270	4 %
Autres antidépresseurs	2 238	24 %	1 074	38 %	1 161	18 %
Antihistaminiques dérivés de l'éthanolamine	867	9 %	483	17 %	384	6 %
Antipsychotiques	1 140	12 %	531	19 %	609	9 %
Benzodiazépines	2 655	28 %	1 119	40 %	1 539	23 %
Cannabinoïdes	543	6 %	141	5 %	402	6 %
Gabapentinoïdes	675	7 %	324	12 %	351	5 %
Hallucinogènes	15	≤ 1 %	mas	mas	12	≤ 1 %
Hypnotiques Z	609	6 %	294	10 %	315	5 %
Insuline	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Opioides fentanyl	4 281	45 %	858	31 %	3 426	52 %
Opioides non liés au fentanyl	4 491	48 %	1 503	54 %	2 988	45 %
Opioids non spécifiés	mas	mas	mas	mas	mas	mas
Stimulants	5 103	54 %	1 182	42 %	3 915	59 %
Autres types de substances	2 496	27 %	921	33 %	1 578	24 %
Type de substance inconnu	282	3 %	96	3 %	189	3 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme seuls les renseignements sur l'origine du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances considérées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les chiffres sont arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur les chiffres arrondis. Les valeurs inférieures à 10 et les pourcentages calculés à partir de ces valeurs ont été masqués (mas). L'alcool ayant pu être décelé soit du fait d'une consommation, soit du fait d'une production endogène d'éthanol post-mortem, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

**Tableau 22.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Types de substances	Tous les décès		Accident		Suicide		Indéterminé	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acétaminophène	156	2 %	84	≤ 1 %	60	5 %	mas	mas
Alcool	1 950	21 %	1 728	22 %	168	14 %	54	16 %
Antidépresseurs tricycliques	231	2 %	120	2 %	87	7 %	24	7 %
Autres antidépresseurs	573	6 %	327	4 %	201	17 %	45	14 %
Antihistaminiques dérivés de l'éthanolamine	288	3 %	195	2 %	75	6 %	15	5 %
Antipsychotiques	315	3 %	171	2 %	123	10 %	18	5 %
Benzodiazépines	840	9 %	666	8 %	144	12 %	30	9 %
Cannabinoïdes	42	≤ 1 %	39	≤ 1 %	0	0 %	0	0 %
Gabapentinoïdes	156	2 %	132	2 %	15	≤ 1 %	mas	mas
Hallucinogènes	57	≤ 1 %	39	≤ 1 %	15	≤ 1 %	mas	mas
Hypnotiques Z	279	3 %	138	2 %	132	11 %	mas	mas
Insuline	15	≤ 1 %	mas	mas	12	≤ 1 %	mas	mas
Opioides fentanyl	4 164	44 %	4 065	51 %	45	4 %	54	16 %
Opioides non liés au fentanyl	3 480	37 %	2 982	38 %	363	31 %	135	41 %
Opioides non spécifiés	75	≤ 1 %	54	≤ 1 %	15	≤ 1 %	mas	mas
Stimulants	4 125	44 %	4 008	51 %	57	5 %	60	18 %
Autres types de substances	447	5 %	279	4 %	144	12 %	24	7 %
Type de substance inconnu	822	9 %	504	6 %	267	23 %	51	15 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme seuls les renseignements sur l'origine du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances considérées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les chiffres sont arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur les chiffres arrondis. Les valeurs inférieures à 10 et les pourcentages calculés à partir de ces valeurs ont été masqués (mas).



**Tableau 23.** Nombre et répartition en pourcentage des types de substances **décelés** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Types de substances	Tous les décès		Accident		Suicide		Indéterminé	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acétaminophène	960	10 %	678	9 %	225	19 %	57	17 %
Alcool	3 210	34 %	2 670	34 %	420	36 %	117	35 %
Antidépresseurs tricycliques	576	6 %	375	5 %	159	13 %	42	13 %
Autres antidépresseurs	2 496	27 %	1 923	24 %	447	38 %	126	38 %
Antihistaminiques dérivés de l'éthanolamine	867	9 %	609	8 %	204	17 %	57	17 %
Antipsychotiques	1 140	12 %	759	10 %	297	25 %	81	25 %
Benzodiazépines	2 658	28 %	1 992	25 %	522	44 %	144	44 %
Cannabinoïdes	543	6 %	465	6 %	54	5 %	21	6 %
Gabapentinoïdes	678	7 %	543	7 %	93	8 %	42	13 %
Hallucinogènes	18	≤ 1 %	18	≤ 1 %	0	0 %	0	0 %
Hypnotiques Z	609	6 %	348	4 %	231	20 %	33	10 %
Insuline	mas	mas	0	0 %	mas	mas	0	0 %
Opioides fentanyl	4 281	45 %	4 155	53 %	69	6 %	60	18 %
Opioides non liés au fentanyl	4 491	48 %	3 765	48 %	549	46 %	177	54 %
Opioides non spécifiés	mas	mas	mas	mas	mas	mas	0	0 %
Stimulants	5 100	54 %	4 794	61 %	198	17 %	114	35 %
Autres types de substances	2 529	27 %	1,944	25 %	459	39 %	129	39 %
Type de substance inconnu	282	3 %	189	2 %	81	7 %	12	4 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme seuls les renseignements sur l'origine du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances considérées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les chiffres sont arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur les chiffres arrondis. Les valeurs inférieures à 10 et les pourcentages calculés à partir de ces valeurs ont été masqués (mas). L'alcool ayant pu être décelé soit du fait d'une consommation, soit du fait d'une production endogène d'éthanol post-mortem, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

## Nombre de substances

Si la majorité des dossiers des coroners et des médecins légistes mentionnaient une (30 %) ou deux (24 %) substances comme **étant à l'origine des décès**, trois (18 %) et quatre (17 %) substances ont été le plus souvent **décelées**. Une seule substance a été **décelée** chez seulement 8 % des personnes décédées.

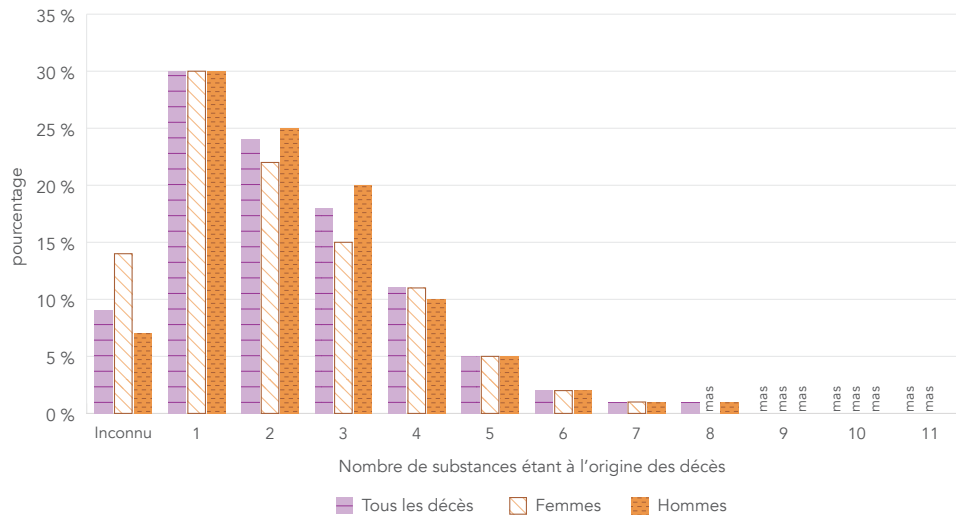
Les décès causés par deux ou trois substances ou dans le cadre desquels deux ou trois substances ont été décelées étaient plus fréquents chez les hommes (à l'origine des décès : 45 %, décelées : 37 %) que chez les femmes (à l'origine des décès : 37 %, décelées : 25 %) (Figure 20 et Figure 21). Cependant, les décès impliquant quatre substances ou plus étaient plus fréquents chez les femmes (à l'origine des décès : 19 %, décelées : 64 %) que chez les hommes (à l'origine des décès : 18 %, décelées : 51 %).

Jusqu'à 11 substances ont été à l'origine des décès chez les personnes décédées accidentellement par rapport aux jusqu'à 7 substances parmi les personnes décédées d'un suicide (Figure 22 et Figure 23). Une seule substance a été le plus souvent mentionnée comme étant à l'origine des décès pour tous les modes de décès, incluant 29 % des personnes décédées accidentellement, 34 % des personnes décédées d'un suicide et 38 % des personnes dont le mode de décès est demeuré indéterminé (Figure 22). À

l'inverse, deux à quatre substances ont été le plus souvent décelées pour des personnes décédées accidentellement (52 %), et trois à cinq substances ont été le plus souvent décelées pour des personnes décédées d'un suicide (44 %) et des personnes dont le mode de décès est demeuré indéterminé (46 %) (Figure 23).

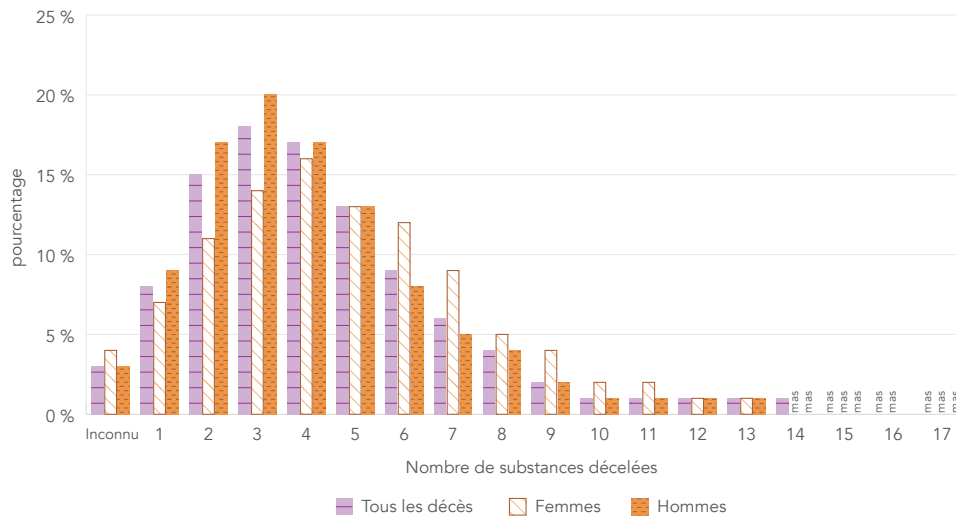
**!** *Remarque sur la catégorie « Inconnu » :* La catégorie « Inconnu » indique que les renseignements sur les substances décelées ou à l'origine des décès étaient manquants. Cela peut être dû au fait que les données toxicologiques n'étaient pas disponibles ou qu'aucune substance spécifique n'a été mentionnée comme étant à l'origine des décès (par exemple, l'origine du décès a été décrite comme une toxicité aiguë due à plusieurs substances). L'information sur la toxicologie peut aussi être indisponible à cause d'autres circonstances telles qu'une admission en hôpital prolongée, où les substances impliquées dans la toxicité aiguë ne peuvent pas être déterminées définitivement.

**Figure 20 | Répartition en pourcentage du nombre de substances étant à l'origine des décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017**



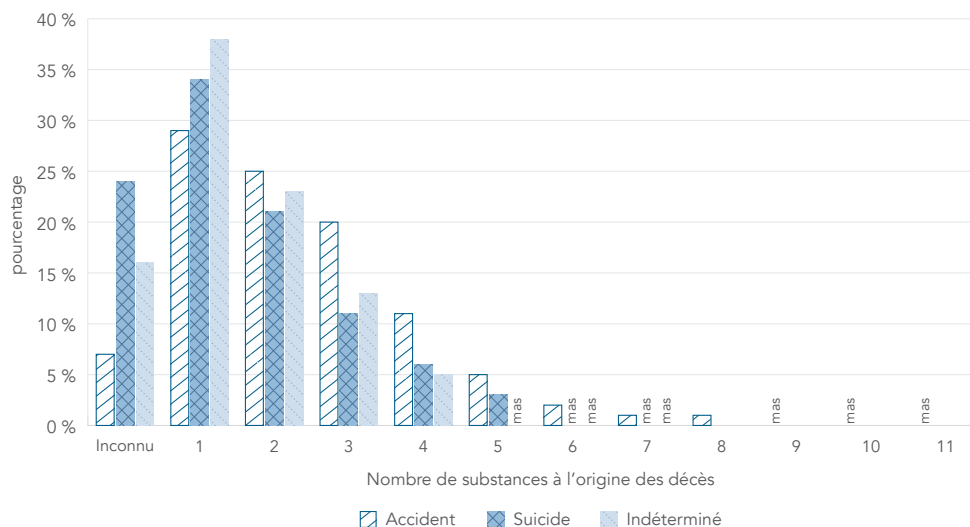
Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur toutes les personnes décédées avec 9 ou plus substances étant à l'origine du décès, les données sur les hommes avec 9 ou plus substances étant à l'origine du décès, et les données sur les femmes avec 8 ou plus substances étant à l'origine du décès.

**Figure 21 | Répartition en pourcentage du nombre de substances décelées chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017**



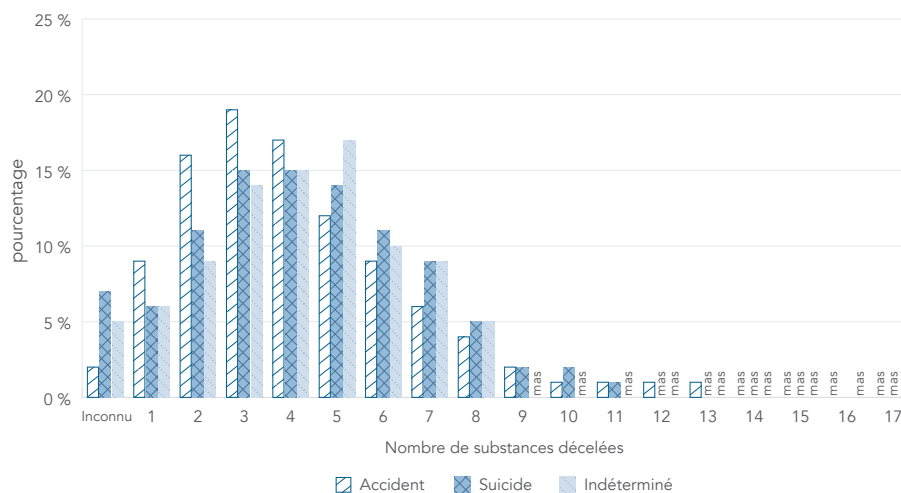
Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Comme seuls les renseignements sur l'origine du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances déterminées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur toutes les personnes décédées avec 15 ou plus substances décelées, les données sur les hommes avec 13, 14, 15 et 17 substances décelées, et les données sur les femmes avec 14 ou plus substances décelées.

**Figure 22 | Répartition en pourcentage du nombre de types de substances étant à l'origine des décès** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë accidentelle avec 9 substances ou plus identifiées étant à l'origine du décès, les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par suicide avec 6 ou 7 substances identifiées étant à l'origine du décès, et les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par mode indéterminé de décès avec 5 à 7 substances identifiées étant à l'origine du décès.

**Figure 23 | Répartition en pourcentage du nombre de substances décelées** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Comme seuls les renseignements sur la cause du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances déterminées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë accidentelle avec 14 substances ou plus décelées, les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par suicide avec 12 à 15 ou 17 substances décelées, et les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par mode indéterminé de décès avec 10 à 16 substances décelées.

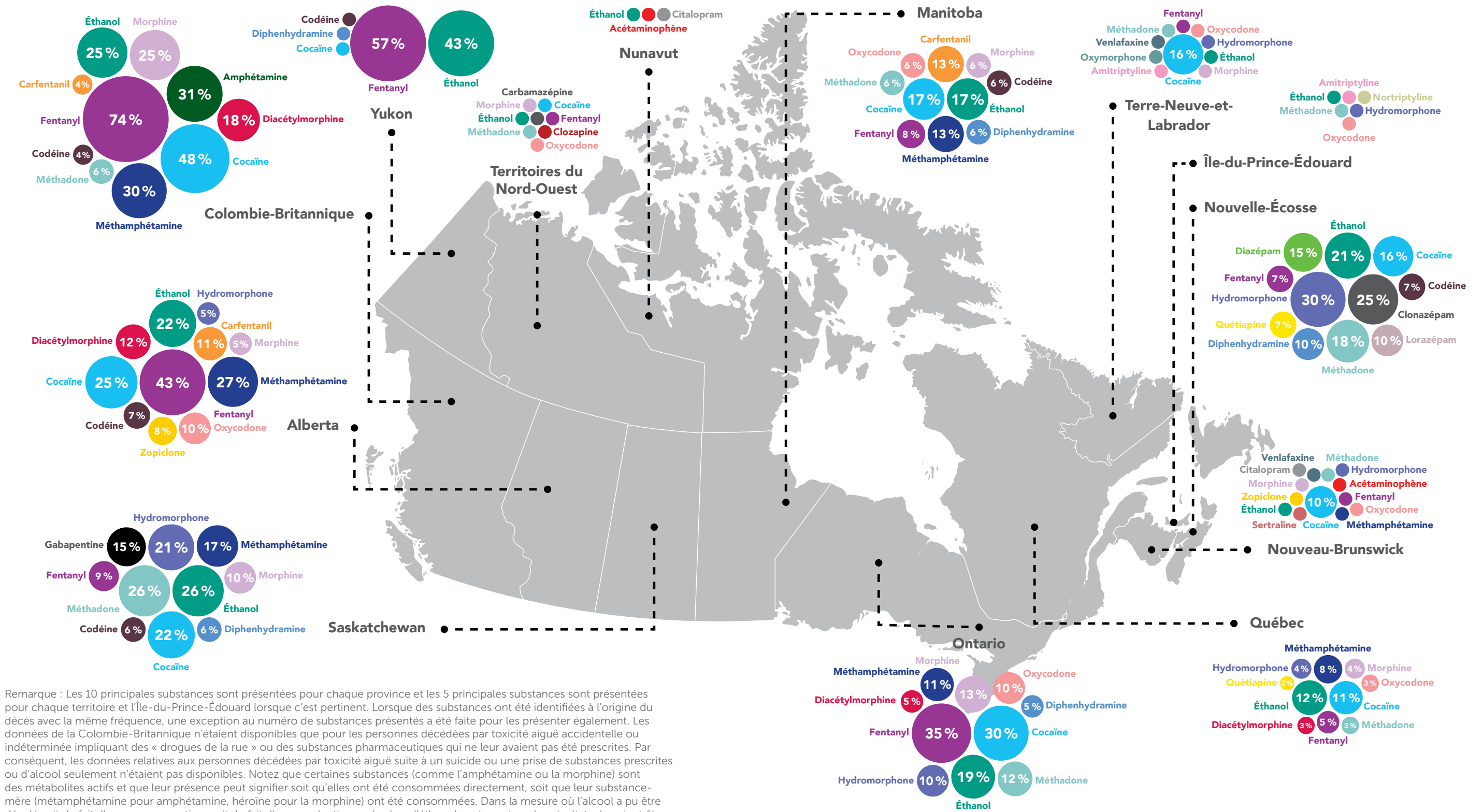
## Provinces et territoires

Même si les substances déterminées comme étant à l'origine des décès différaient selon les provinces et les territoires, l'éthanol et la cocaïne figuraient généralement parmi les trois premières substances, et le fentanyl parmi les dix premières.

L'éthanol (alcool) figurait parmi les trois principales substances déterminées comme étant à l'origine des décès dans l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception de la Colombie-Britannique et de l'Alberta (Figure 24). De même, la cocaïne figurait fréquemment parmi les trois principales substances déterminées comme étant à l'origine des décès dans l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, du Nunavut et de l'Île-du-Prince-Édouard. Le fentanyl ou un opioïde lié au fentanyl figurait parmi les dix principales substances dans toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nunavut.

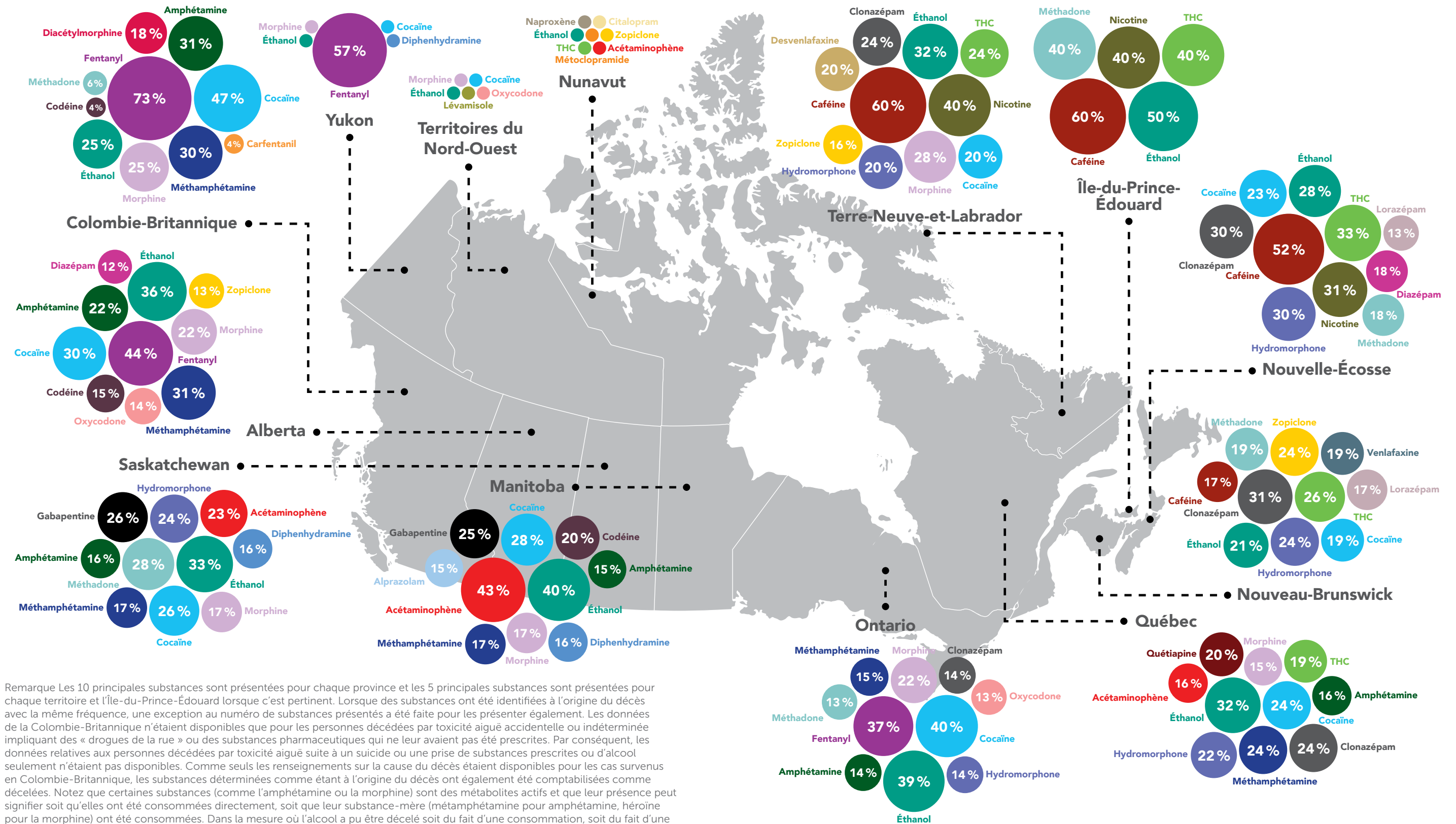
L'éthanol figurait parmi les 10 principales substances décelées dans l'ensemble des provinces et des territoires, et parmi les trois principales pour tous à l'exception de la Colombie-Britannique, du Nouveau-Brunswick, et de la Nouvelle-Écosse (Figure 25). La cocaïne figurait parmi les 10 principales substances décelées dans toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nunavut. Le clonazépam et le THC figuraient systématiquement parmi les 10 principales substances décelées du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve-et-Labrador, et de l'Île-du-Prince-Édouard.

**Figure 24 | Les principales substances à l'origine des décès** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017



Remarque : Les 10 principales substances sont présentées pour chaque province et les 5 principales substances sont présentées pour chaque territoire et l'Île-du-Prince-Édouard lorsque c'est pertinent. Lorsque des substances ont été identifiées à l'origine du décès avec la même fréquence, une exception au numéro de substances présentées a été faite pour les présenter également. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Notez que certaines substances (comme l'amphétamine ou la morphine) sont des métabolites actifs et que leur présence peut signifier soit qu'elles ont été consommées directement, soit que leur substance-mère (méthamphétamine pour amphétamine, héroïne pour la morphine) ont été consommées. Dans la mesure où l'alcool a pu être décelé soit du fait d'une consommation, soit du fait d'une production endogène d'éthanol post-mortem, les résultats devraient être interprétés avec prudence. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3. Les pourcentages basés sur les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

**Figure 25 |** Les principales substances **décelées** chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017



Remarque Les 10 principales substances sont présentées pour chaque province et les 5 principales substances sont présentées pour chaque territoire et l'Île-du-Prince-Édouard lorsque c'est pertinent. Lorsque des substances ont été identifiées à l'origine du décès avec la même fréquence, une exception au numéro de substances présentés a été faite pour les présenter également. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme seuls les renseignements sur la cause du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances déterminées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Notez que certaines substances (comme l'amphétamine ou la morphine) sont des métabolites actifs et que leur présence peut signifier soit qu'elles ont été consommées directement, soit que leur substance-mère (méthamphétamine pour amphétamine, héroïne pour la morphine) ont été consommées. Dans la mesure où l'alcool a pu être décelé soit du fait d'une consommation, soit du fait d'une production endogène d'éthanol post-mortem, les résultats devraient être interprétés avec prudence. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3. Les pourcentages basés sur les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

# Limites

Les données de cette étude ont été extraites de tous les dossiers des coroners et des médecins légistes qui répondaient à la définition de cas de l'étude dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Il est possible que certaines personnes décédées d'une toxicité aiguë n'aient pas été incluses dans cette étude si le décès n'a pas été signalé au bureau du coroner ou du médecin légiste à des fins d'enquête ou si elles n'ont pas été identifiées comme des cas potentiels.

Les dossiers des coroners et des médecins légistes visent à documenter les enquêtes sur la cause, le type et le mode de décès. L'information disponible diffère en fonction des dossiers et des bureaux des coroners et des médecins légistes du fait de différences dans les procédures d'enquête, dans les méthodes de classification des décès, dans les modes d'analyse de la toxicologie et dans les modes de décès rapportés. De plus, les limites de la collecte de données présentées dans le Tableau 1 peuvent avoir donné lieu à une sous-estimation du fardeau et avoir occasionné un biais potentiel dans les conclusions en raison de différences systématiques dans les données disponibles. Il est donc important de rappeler que cette étude ne fait état que d'estimations minimales des décomptes, des proportions et des taux de mortalité, et que celles-ci sous-estiment probablement la véritable fréquence au

sein de la population des caractéristiques présentées. Même si, en raison d'une proportion élevée de valeurs manquantes pour plusieurs variables incluses dans ce rapport, les résultats doivent être interprétés avec prudence, ils fournissent néanmoins une information au niveau national et avec un niveau de détail dont on n'a jamais disposé auparavant.

Bien que toutes les données de toxicologie disponibles dans les dossiers des coroners et des médecins légistes aient été recueillies, les différences dans les substances analysées, les pratiques d'analyse et le matériel de laboratoire entre les provinces et les territoires et au sein de ceux-ci (ainsi que les changements au fil du temps) ont pu donner lieu à des estimations différentes de la fréquence des substances au cours de cette période. Le métabolisme et la décomposition des substances peuvent également avoir une influence sur leur détection. Lorsque, dans l'interprétation des résultats, plusieurs drogues sont présentes, il n'est pas possible de savoir si elles ont été consommées simultanément, ou si leur consommation conjointe était intentionnelle ou non.

En raison du grand nombre de dossiers examinés sur place dans les bureaux des coroners et des médecins légistes, les personnes chargées de la collecte de données à l'échelle du pays ont été



nombreuses, d'où le risque de biais dû aux différences dans la façon dont les données ont été recueillies. Afin de réduire au minimum les erreurs et les biais des responsables de l'extraction des données, une documentation et une formation

approfondies et normalisées ont été proposées, et l'ensemble des responsables ont été soumis à des évaluations de fiabilité inter-évaluateur et intra-évaluateur avant et pendant la collecte des données.



# Conclusions

Ce rapport offre un aperçu des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à la consommation de substances entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2017. Il s'agit de la première étude de ce genre à inclure les données des dossiers des coroners et des médecins légistes de toutes les provinces et de tous les territoires canadiens. D'après les résultats, 9 414 personnes (soit une moyenne de 12 par jour) sont décédées des suites d'une toxicité aiguë au cours de cette période de deux ans. L'analyse de ces décès en fonction d'une multitude de facteurs personnels et contextuels offre une occasion unique d'élargir notre compréhension des personnes décédées des suites d'une toxicité aiguë et de montrer que les circonstances menant au décès sont complexes et comportent de nombreuses facettes.

Les résultats présentés dans ce rapport datent d'une période importante : les années étudiées, 2016 et 2017, sont

antérieures à l'implantation de plusieurs politiques, programmes et interventions destinés à réduire les méfaits liés aux substances [28-31]. De plus, des changements dans la disponibilité des substances et l'offre de drogues ainsi que la pandémie de la COVID-19 ont transformé le paysage de la crise au Canada au fil de temps. En tant que telles, les estimations présentes dans ce rapport fournissent une référence pour mesurer l'incidence de ces événements et des interventions ultérieures. En outre, nos conclusions peuvent contribuer à soutenir et à évaluer les nouvelles politiques, à informer et à établir des priorités dans les programmes de lutte et de prévention contre la consommation de substances et les dépendances et enfin à stimuler la recherche. Les publications à venir associées à cette étude détailleront la méthodologie de l'étude, examineront certains sous-groupes de populations et proposeront une analyse approfondie de facteurs supplémentaires.

# Définitions incluses dans ce rapport

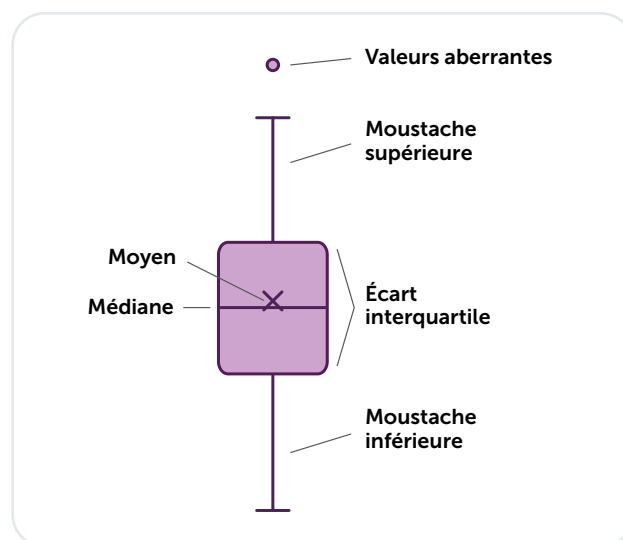
**Accès à un médecin de famille :** indique si la personne décédée avait accès à un médecin de famille ou un médecin de première ligne pour ses soins réguliers, en cas de besoin. On a demandé aux personnes extrayant les données de considérer qu'un médecin était accessible tant qu'il n'y avait pas de preuve que la personne décédée avait des difficultés à le contacter pour obtenir des services de soins de santé.

**Décès attribuable à une toxicité aiguë (parfois décrit comme un décès par « surdose » ou « intoxication ») :** correspond à une personne qui, selon le certificat de décès, le rapport d'autopsie ou le rapport du coroner ou du médecin légiste, est décédée après une intoxication aiguë résultant de la consommation de substances dont une ou plusieurs étaient des drogues ou de l'alcool. Cela inclut les décès dont le mode est accidentel (non intentionnel), le suicide (intentionnel) ou indéterminé.

**Âge :** âge (en années) de la personne décédée au moment du décès.

**Diagramme de quartiles :** un diagramme de quartiles présente un résumé des données minimales et maximales, des premier et troisième quartiles et de la médiane du nombre quotidien de

personnes décédées en fonction du sexe et du mode de décès. Si l'on devait classer le nombre quotidien de personnes décédées par ordre croissant, un quart de toutes les valeurs se situeraient en dessous du **premier quartile**, symbolisé par la ligne marquant le bas de chaque boîte. La moitié de toutes les valeurs ordonnées se situeraient en dessous de la **médiane**, ou deuxième quartile, symbolisée par la ligne au milieu de la boîte. Les trois quarts de toutes les valeurs ordonnées se situeraient en dessous du **troisième quartile**, symbolisé par la ligne marquant le haut de la boîte. L'**écart interquartile** contient les 50 % intermédiaires des valeurs et est égal à la distance entre le haut et le bas de l'écart de la boîte. Les lignes qui sortent des boîtes indiquent l'écart interquartile



multiplié par 1,5. Les cercles représentent les **valeurs aberrantes**, valeurs extrêmes en dehors de l'écart interquartile multiplié par 1,5. Enfin, le nombre quotidien moyen de décès est représenté par une croix (X) sur la boîte.

**Cas :** correspond à une personne décédée au Canada entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017 d'une toxicité aiguë résultant des effets directs de l'administration de substances exogènes, dont une ou plusieurs étaient des drogues ou de l'alcool. Les personnes dont le décès était attribuable à la consommation chronique d'une substance, à l'aide médicale à mourir, aux soins palliatifs ou de confort, à un homicide, à une exposition professionnelle, à un traumatisme lié à une intoxication (par exemple un accident de voiture), aux effets indésirables des drogues (par exemple un choc anaphylactique) ou à une toxicité aiguë liée aux produits de combustion (par exemple le monoxyde de carbone) ont été exclues de l'étude.

**Origine du décès :** problème de santé ou blessure à l'origine de la chaîne d'événements qui s'est terminée par le décès.

**Union de fait [32] :** deux personnes qui ne sont pas légalement mariées mais qui ont i) cohabité pendant au moins un an, ii) cohabité et sont ensemble les parents d'un enfant ou iii) conclu un accord de cohabitation.

**Intervalle de confiance [33] :** mesure statistique de la fiabilité d'une estimation. La taille de l'intervalle de confiance se rapporte à la précision de l'estimation, des intervalles de confiance étroits indiquant une plus grande précision que ceux qui

sont larges. L'intervalle de confiance à 95 % indique une étendue estimative de valeurs susceptible de comprendre la valeur réelle 19 fois sur 20.

### **Dossier du coroner ou du médecin légiste :**

registre de tous les documents relatifs à une enquête sur un décès. Ce dossier peut inclure, sans s'y limiter, un certificat du médecin légiste ou du coroner, un rapport d'examen externe, un rapport d'autopsie sommaire, un rapport d'autopsie scientifique détaillé, un rapport de toxicologie, un certificat de décès, des dossiers médicaux, des communications avec les proches et des rapports de police.

**Date du décès :** la date du décès correspond au moment où la personne est morte, a été déclarée morte ou a été retrouvée morte.

**Décelé(e) :** la substance a fait l'objet d'une analyse et a été détectée dans le sang, l'urine ou tout autre échantillon de la personne. Il peut s'agir d'une valeur quantitative ou qualitative (par exemple : « décelé » ou « traces »).

**Divorcé(e) :** personne ayant obtenu le divorce de façon légale et qui ne s'est pas remariée. Les personnes vivant en union de fait ne sont pas incluses dans cette catégorie.

**Soir :** de 18h00 à 23h59

**Sans domicile fixe :** désigne la situation d'une personne qui n'a pas de logement stable, sûr ou approprié, ou qui n'a pas la capacité ou les moyens immédiats d'en acquérir un. Il s'agit de personnes vivant sans abri dans la rue, s'arrêtant dans des refuges d'urgence, ou hébergées temporairement par différents amis pour

un soir ou chez des amis ou de la famille. Elle comprend également les personnes qui courent un risque immédiat d'exclusion liée au logement en raison d'une perte d'emploi ou d'une expulsion par un propriétaire, par exemple. Reportez-vous à la définition canadienne de l'expression « sans domicile fixe » pour consulter la typologie détaillée [34]

#### **Libération récente d'une institution :**

indique si la personne est sortie récemment (*dans l'année précédant le décès*) du type d'institution suivant :

- Établissement pénitentiaire, centre de détention provisoire ou centre pour jeunes délinquants
- Hôpital
- Établissement psychiatrique
- Maison de santé à long terme (par exemple : une maison de soins infirmiers)
- Autre établissement de santé
- Établissement résidentiel avec surveillance lié au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie
- Établissements résidentiels avec surveillance non liés au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie

**Mode de décès :** Le mode de décès correspond aux circonstances entourant le décès [35]. Dans la plupart des juridictions, il existe seulement cinq catégories de modes de décès : naturel, accidentel, suicide, homicide et indéterminé. Dans cette étude, les modes de décès ont été déterminés par les médecins légistes ou les coroners qui ont collecté et examiné l'information sur la manière et la cause

dont le décès est survenu. Cette étude inclut seulement les cas correspondant aux modes de décès suivants :

- **Accident :** décès causé par une blessure et dans lequel il n'y a pas d'intention nette de causer la mort [36]. Dans cette étude, un mode de décès accidentel correspond à une toxicité aiguë non intentionnelle.
- **Suicide :** quand quelqu'un décède et qu'il existe des preuves que la personne avait l'intention de causer sa propre mort [36]. Dans cette étude, le suicide comme mode de décès correspond à une toxicité aiguë intentionnelle.
- **Indéterminé :** quand une enquête complète sur le décès ne fournit pas assez de preuves pour déterminer le mode de décès [36]. Dans cette étude, un mode de décès indéterminé correspond au fait que le mode de décès n'a pas pu être établi sur la base des preuves disponibles.

**Marié(e) :** personne mariée, qui ne s'est pas séparée ou n'a pas obtenu de divorce, et dont le conjoint/la conjointe est vivant(e).

**Proportion minimale :** nombre minimum de personnes d'un groupe qui entrent dans une catégorie donnée, généralement décrit sous forme de pourcentage (par exemple, le pourcentage minimum de personnes sans domicile fixe parmi toutes les personnes décédées d'une toxicité aiguë). Cela signifie qu'un nombre au moins égal de personnes présentent cette caractéristique, et il se peut qu'il y en ait davantage mais dont nous n'avons pas eu connaissance, étant donné la nature des données d'intérêt et la manière dont elles sont recueillies.

**Matin :** de 6h00 à 11h59

**Taux de mortalité :** nombre de personnes décédées dans une population donnée, pendant une période donnée, exprimé par le nombre de décès survenus par rapport à une taille de population donnée. Le taux est calculé en divisant le nombre de personnes décédées pendant une période donnée par la taille de la population, puis en multipliant par 100 000). Par exemple, le taux brut de mortalité parmi les personnes décédées à la suite d'une intoxication aiguë en 2016 ou en 2017 au Canada était de 13,0 décès pour 100 000 habitants. La comparaison des taux nous permet de déterminer si certaines populations sont plus touchées que d'autres. Les **taux bruts** ne tiennent pas compte d'autres facteurs, comme l'âge, susceptibles d'influer sur le taux de mortalité. Les **taux ajustés selon l'âge** tiennent compte de différences dans les taux de mortalité qui sont dues à des répartitions différentes par âge dans les populations en utilisant la population canadienne de 2016 comme référence pour la comparaison.

**Nuit :** de minuit à 5h59

**Midi ou après-midi :** de 12h00 à 17h59

**Autre partenaire :** décrit un type de relation qui ne correspond pas à la définition de conjoint de fait ou marié.

**Traitement ambulatoire :** contact avec des services de santé qui ne nécessite pas l'admission du patient.

**Pourcentage de décès :** nombre de personnes décédées dans une catégorie donnée divisé par le nombre total de décès dans cette population. Par exemple,

le pourcentage de décès survenus chez hommes parmi toutes les personnes décédées à la suite d'une intoxication aiguë était de 70 %.

**Valeur p :** nombre, produit par des analyses statistiques, qui aide les chercheurs à déterminer si les différences qu'ils observent entre les groupes sont probablement réelles ou dues au hasard. En d'autres termes, les valeurs p mesurent notre confiance vis-à-vis du fait que les résultats des analyses de données offrent une représentation fidèle de la situation examinée. La relation d'une valeur p avec un seuil prédéterminé, généralement  $p < 0,05$ , détermine s'il convient de rejeter ou d'accepter l'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de différence entre les groupes. Ce concept est connu sous le nom de vérification des hypothèses.

**Rapport de taux :** es rapports de taux divisent un taux par un autre pour créer un rapport ou une mesure de la différence relative entre les taux. Par exemple, les taux de mortalité étaient significativement plus faibles chez les hommes dans les collectivités rurales (13,2 décès pour 100 000 habitants) par rapport aux collectivités urbaines (19,1 décès pour 100 000 habitants). Le rapport de taux est de 0,7 (ou « 0,6 à 0,8 »), ce qui s'interprète comme suit : pour chaque 0,7 homme qui décède dans une collectivité rurale, 1 homme décède dans une collectivité communauté urbaine. Ces chiffres peuvent être mis à l'échelle pour être plus concrets et réels (vous ne pouvez pas avoir 0,7 personne!). Par exemple, en multipliant les deux valeurs par 100, on obtient un rapport de 70 hommes qui décèdent dans les collectivités rurales pour 100 hommes qui décèdent dans les collectivités urbaines.

**Municipalités rurales [37]:** toutes les zones situées au Canada à l'extérieur des i) régions métropolitaines de recensement comptant au moins 100 000 résidents et ii) des agglomérations de recensement comptant au moins 10 000 habitants, selon le recensement de 2016.

**Lieu :** endroit où le corps de la personne décédée a été trouvé ou bien où l'épisode de toxicité aiguë a eu lieu. Il peut s'agir de tout lieu ayant fourni des données probantes liées à l'épisode de toxicité aiguë lui-même.

**Séparé(e) :** personne qui est mariée, mais qui ne vit plus avec son conjoint/ sa conjointe (pour toute raison autre que la maladie, le travail ou l'école) et qui n'a pas obtenu le divorce (c'est-à-dire qu'elle est toujours légalement mariée). Les personnes vivant en union de fait ne sont pas incluses dans cette catégorie.

**Sexe :** sexe biologique de la personne décédée selon le dossier du coroner ou du médecin légiste.

**Refuges :** hébergements à court terme (30 jours ou moins) offrant des possibilités de couchage et divers soutiens aux personnes à la recherche d'un hébergement d'urgence.

**Célibataire :** personne qui ne s'est jamais mariée ou dont le mariage a été annulé, et qui ne s'est pas remariée. Les personnes vivant en union de fait ne sont pas incluses dans cette catégorie.

**Écart-type :** mesure de la manière dont les valeurs observées sont dispersées par rapport à la moyenne. En termes statistiques, il s'agit de la racine carrée de la variance. Des écarts-types faibles

correspondent à une dispersion plus étroite des mesures autour de la moyenne, et inversement. L'écart-type est sensible aux valeurs extrêmes [38].

### Types de substances :

- **Acétaminophène :** l'acétaminophène est un ingrédient pharmaceutique qui réduit la fièvre et soulage temporairement la douleur. Plus de 600 médicaments en vente libre et sur ordonnance contiennent de l'acétaminophène. Il est disponible sous forme de produits à un ou plusieurs ingrédients et sous de nombreux noms de marque différents et dans des concentrations et des formes variées. Lorsqu'il est utilisé conformément aux directives, l'acétaminophène est sécuritaire et efficace. Cependant, la prise d'une trop grande quantité d'acétaminophène, par accident ou volontairement, peut entraîner une surdose. La surdose d'acétaminophène est la principale cause d'insuffisance hépatique aiguë au Canada. Pour de plus amples renseignements, veuillez [consulter la page Web du gouvernement du Canada sur l'acétaminophène](#) [39].
- **Alcool :** l'alcool est une substance intoxicante qui diminue l'activité du système nerveux central lorsqu'elle est consommée. Cela signifie que les fonctions corporelles telles que la respiration, le rythme cardiaque, les fonctions cérébrales et les processus de pensée peuvent être altérés. L'alcool peut également provoquer des sentiments intenses et réduire la capacité d'une personne à maîtriser ses actes. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [la page Web du gouvernement du Canada](#)

[sur l'alcool](#) [40]. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent l'éthanol, l'isopropanol et le méthanol. La détection de l'alcool peut être due soit à la consommation, soit à la production endogène d'éthanol post-mortem.

- **Antidépresseurs tricycliques (ATC) :** les antidépresseurs sont des médicaments censés rétablir le fonctionnement normal du cerveau chez les personnes souffrant de troubles mentaux, comme le trouble dépressif majeur et les troubles d'anxiété, en agissant sur les neurotransmetteurs (substances chimiques du cerveau comme la sérotonine, la norépinéphrine et la dopamine) pour les rééquilibrer. Les antidépresseurs tricycliques constituent une classe spécifique d'antidépresseurs. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [la page Web du gouvernement du Canada sur les antidépresseurs](#) [41]. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent l'amitriptyline, l'amoxapine, la clomipramine, la désipramine, la doxépine, l'imipramine, la nortriptyline, la trimipramine et les antidépresseurs tricycliques non spécifiés.
- **Autres antidépresseurs :** les antidépresseurs sont des médicaments censés rétablir le fonctionnement normal du cerveau chez les personnes souffrant de troubles mentaux, comme le trouble dépressif majeur et les troubles d'anxiété, en agissant sur les neurotransmetteurs (substances chimiques du cerveau comme la sérotonine, la norépinéphrine et la dopamine) pour les rééquilibrer. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [la page Web](#)

[du gouvernement du Canada sur les antidépresseurs](#) [41]. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent le bupropion, le citalopram, la desvenlafaxine, la duloxétine, la fluoxétine, la fluvoxamine, la mirtazapine, le moclobémide, la paroxétine, la sertraline, la trazodone, la venlafaxine et la vortioxétine.

- **Antihistaminiques à base d'éthanolamine :** Classe d'antihistaminiques contenant des dérivés de l'éthanolamine et appartenant à la catégorie des antihistaminiques de première génération. Ils sont connus pour être sédatifs et provoquer une somnolence et des troubles de la cognition (raisonnement et jugement). Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent la diphénhydramine, la doxylamine et l'orphénadrine.
- **Antipsychotiques :** les antipsychotiques sont une classe de médicaments délivrés sur ordonnance qui traitent divers troubles psychiatriques tels que la schizophrénie, la dépression grave, certaines formes de troubles bipolaires et d'autres troubles de la santé mentale. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent l'aripiprazole, l'asénapine, la chlorpromazine, la clozapine, le flupenthixol, la fluphénazine, l'halopéridol, la lévomépromazine, la loxapine, la lurasidone, l'olanzapine, la palipéridone, le pimozide, la prochlorpérazine, la quétiapine, la rispéridone, la ziprasidone et le zuclopenthixol.
- **Benzodiazépines :** les benzodiazépines sont des médicaments qui produisent un effet de somnolence ou de calme en ralentissant l'activité cérébrale.

Dans les contextes médicaux, elles peuvent être prescrites pour traiter des affections telles que les troubles du sommeil, les crises d'épilepsie et les troubles d'anxiété. Elles peuvent se présenter sous forme de liquide, de comprimés ou de gélules. Outre l'effet apaisant, les benzodiazépines peuvent procurer un sentiment de bien-être (euphorie ou sensation de « planer »). Cela explique pourquoi les benzodiazépines sont également consommées dans des situations non médicales et vendues sur le marché des drogues illégales. Les benzodiazépines sont contrôlées en vertu de l'Annexe IV de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (42). Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du gouvernement du Canada sur les benzodiazépines](#) [43]. Dans le présent rapport, les substances de ce groupe comprennent l'alprazolam, le bromazépam, le chlordiazépoxyde, le clobazam, le clonazépam, le diazépam, l'étizolam, le flubromazolam, le flurazépam, le lorazépam, le midazolam, le nitrazépam, l'oxazépam, le témazépam, le triazolam et les benzodiazépines non précisées.

- **Cannabinoïdes** : les cannabinoïdes sont des substances chimiques présentes dans le cannabis qui agissent sur les récepteurs cellulaires du cerveau et du corps. Certains cannabinoïdes, comme le THC, provoquent un état d'euphorie ou d'intoxication. D'autres cannabinoïdes, comme le CBD, sont étudiés pour leur utilisation thérapeutique potentielle. Depuis le 17 octobre 2018, le cannabis est légal au Canada. Il ne l'était pas durant les années étudiées dans ce rapport (2016 et 2017) sauf en cas de prescription

médicale, Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [la page Web du gouvernement du Canada sur le cannabis](#) [44]. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent le nabilone et le tétrahydrocannabinol (THC).

- **Gabapentinoïdes** : les gabapentinoïdes sont une classe de médicaments sur ordonnance utilisés pour traiter des troubles médicaux tels que l'épilepsie et les douleurs neuropathiques. Ces médicaments sont parfois pris en quantité supérieure à la prescription ou combinés à l'alcool ou à d'autres dépresseurs du système nerveux central pour créer un effet d'euphorie ou de sentiment de « planer ». Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent la gabapentine et la prégabline.
- **Hallucinogènes** : les hallucinogènes, parfois appelés substances « psychédéliques », englobent une grande variété de substances qui peuvent changer ou altérer les sensations, l'odorat, le goût, la vue et l'audition des personnes, et créer une confusion au niveau de ces sens. Ils sont également connus pour leur tendance à déformer les perceptions et provoquer des hallucinations. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent la 25I-NBOMe, la 3-méthoxyphencyclidine (3-Meo-PCP), l'ibogaïne, le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), la mescaline, la phencyclidine, la psilocybine et les hallucinogènes non spécifiés.
- **Hypnotiques Z** : terme familier désignant une classe de médicaments ayant un effet sédatif et dont le nom commence par la lettre « Z » (zolpidem, zopicone et



zaleplon). Appartenant à la classe des médicaments non-benzodiazépines, ils ont un effet semblable à celui des benzodiazépines et sont souvent utilisés pour traiter l'insomnie. Dans ce rapport, les substances de ce groupe incluent le zolpidem et la zopiclone.

- **Insuline** : les produits à base d'insuline sont utilisés pour gérer le diabète. Ils peuvent être d'origine animale ou biosynthétique (fabriqués par l'homme). Des effets indésirables, tel que l'hypoglycémie (faible taux de glucose dans le sang), peuvent survenir lorsque la quantité d'insuline prise est supérieure à la quantité d'insuline nécessaire à l'organisme. Dans des circonstances extrêmes, l'hypoglycémie peut entraîner une perte de conscience et la mort. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du gouvernement du Canada sur les produits d'insuline](#) [45].
- **Opioides fentanyl** : le fentanyl est un analgésique opioïde très puissant qui peut être mortel à petites doses. Il est prescrit à des fins médicales pour soulager les douleurs sévères. Il se présente sous forme de comprimés, d'injections et de timbres cutanés. Outre le soulagement de la douleur, le fentanyl peut procurer au consommateur un rapide sentiment de bien-être (euphorie, sensation de « planer »). Cela explique pourquoi le fentanyl est également consommé dans des contextes non médicaux et vendu sur le marché des drogues illégales où il est injecté, fumé, reniflé ou ingéré. Le fentanyl et ses analogues (substances ayant une structure chimique similaire) sont contrôlés en vertu de l'Annexe I de la *Loi réglementant*

*certaines drogues et autres substances* [42]. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [la page Web du gouvernement du Canada sur le fentanyl et les analogues du fentanyl](#) [46]. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent le 3-méthylfentanyl, le 4-fluorobutyrylfentanyl, le 4-fluoroisobutyrylfentanyl, l'acétylfentanyl, l'acrylfentanyl, le butyrylfentanyl, carfentanil, cyclopropyl/crotonyl fentanyl, despropionylfentanyl, fentanyl, furanylfentanyl, méthoxyacétylfentanyl, remifentanil et sufentanil.

- **Opioides non liés au fentanyl** : les opioïdes sont des médicaments ayant des propriétés analgésiques. Dans les situations médicales, ils sont principalement prescrits pour traiter la douleur sous forme de sirops, de comprimés, de gélules, de vaporisateurs nasaux, de timbres cutanés, de suppositoires et d'injections. Outre le soulagement de la douleur, les opioïdes peuvent procurer au consommateur un rapide sentiment de bien-être (euphorie, sensation de « planer »). Cela explique pourquoi les opioïdes sont également utilisés dans des situations non médicales et vendus sur le marché des drogues illégales. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [la page Web du gouvernement du Canada sur le Opioides](#) [47]. Dans ce rapport, les opioïdes ont été regroupés en opioïdes fentanyl et non fentanyl. Les opioïdes non fentanyl comprennent la buprénorphine, la codéine, le dextrophan, la diacétylmorphine (héroïne), la dihydrocodéine, l'embutramide, l'hydrocodone,

l'hydromorphone, la mépéridine, la méthadone, la mitragynine, la morphine, l'oxycodone, l'oxymorphone, la pentazocine, le propoxyphène, le tapentadol, la thébaïne, le tramadol, l'U-47700, l'U-49900 et l'U-51754.

- **Opioides non spécifiés** : les opioïdes sont des médicaments ayant de propriétés analgésiques. Dans les situations médicales, ils sont principalement prescrits pour traiter la douleur sous forme de sirops, de comprimés, de gélules, de vaporisateurs nasaux, de timbres cutanés, de suppositoires et d'injections. Outre le soulagement de la douleur, les opioïdes peuvent procurer au consommateur un rapide sentiment de bien-être (euphorie, sensation de « planer »). Cela explique pourquoi les opioïdes sont également utilisés dans des situations non médicales et vendus sur le marché des drogues illégales. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter [la page Web du gouvernement du Canada sur le Opioides](#) [47]. Dans ce rapport, les personnes décédées sont inclus dans cette catégorie si les opioïdes ont été décelés ou décrits étant à l'origine de décès dans le dossier du coroner ou du médecin légiste mais sans mention de la substance spécifique.
- **Stimulants** : les stimulants sont des substances qui peuvent augmenter la vigilance, l'énergie et la concentration en accélérant ou en excitant le cerveau et d'autres parties du corps. Les stimulants prescrits sont utilisés dans des contextes médicaux pour traiter des troubles tels que l'hyperactivité avec déficit de l'attention et des troubles du sommeil comme la narcolepsie

(besoin irréprouvable de dormir). Les stimulants pharmaceutiques sont également utilisés dans des contextes non médicaux et vendus sur le marché des drogues illégales. De plus amples renseignements, veuillez consulter la page Web du gouvernement du Canada sur les stimulants sur ordonnance [48]. Les stimulants non pharmaceutiques sont également vendus sur le marché des drogues illégales et ont des effets mentaux similaires, à savoir une augmentation de l'énergie, de la vigilance et de l'éveil. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent l'amphétamine, la cocaïne, la caféine, la dextroamphétamine, l'éthylphénidate, la méthamphétamine, la méthylènedioxyamphétamine (MDA), le méthylphénidate, la 4-hydroxyméthamphétamine et la 4-hydroxyamphétamine.

- **Autres types de substances** : les substances de ce groupe comprennent toutes les substances décelées non incluses dans les catégories ci-dessus et elles n'ont pas nécessairement de propriétés communes. Dans ce rapport, les substances de ce groupe comprennent le 1,1-difluoroéthane, le 2,4-dinitrophénol, l'abacavir, l'acébutolol, l'acétone, l'acide acétylsalicylique, l'aconit, l'amantadine, l'amiodarone, l'amlodipine, l'amobarbital, l'anastrozole, l'apixaban, l'aténolol, l'atomoxétine, l'atorvastatine, l'atropine, le baclofène, barbituriques, benzène, benzocaïne, benztropine, benzydamine, bisoprolol, bromphéniramine, bupivacaïne, buspirone, butalbital, butane, capsacine, carbamazépine, monoxyde de carbone, carvédilol,

célécoxib, cétirizine, hydrate de chloral, chlorophéniramine, chloroquine, clonidine (p-hydroxyclopidine), colchicine, air comprimé, créatinine, cyanure, cyclobenzaprine (N-desméthylcyclobenzaprine), cyproheptadine, dextrométhorphan, diclofénac, dicyclomine, diéthylène glycol, digoxine, diltiazem, dobutamine, dompéridone, donépézil, éfavirenz, énalapril, éther, éthylbenzène, éthylène glycol, étomidate, fénofibrate, flécaïnide, fluconazole, acide formique, furosémide, gammahydroxybutyrate (GHB), gliclazide, glyburide, gravol, guaifénésine, héparine, hydrochlorothiazide, hydroxychloroquine, hydroxyzine, ibuprofène, indométhacine, irbésartan, fer, isobutane, kétamine, kétorolac, labétalol, lacosamide, lamotrigine, lansoprazole, laudanosine, lévamisole, lévétiracétam, lévothyroxine, lidocaïne, lisinopril, lithium, lopéramide, losartan, méloxicam, mémantine, mépivicaïne, metformine, méthocarbamol, méthotrexate, métopropramide, métoprolol, métronidazole, nadolol, naloxone, naltrexone, naproxène, nifédipine, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), noscapine, oméprazole, ondansétron, oxoméazine, oxybutynine, pantoprazole, pentobarbital, périndopril, phénacétine, phéniramine, phénobarbital, phényléphrine, phénytoïne, pipérazine, primidone, procyclidine, prométhazine, propafénone, propofol, propranolol, propylèneglycol, pseudoéphédrine/éphédrine, quinapril, quinine, rabéprazole, ramipril, ranitidine, rivaroxaban, rocuronium, ropinirole, rosuvastatine, salbutamol, scopolamine, sécobarbital, sélégiline

(desméthylselegiline), sildénafil, sitagliptine, solifénacine, sulfamides, sumatriptan, tadalafil, tamoxifène, telmisartan, térazosine, terbinafine, testostérone, théophylline, timolol, toluène, topiramate, trihexyphénidyle, triméthoprim, triprolidine, acide valproïque, valsartan, varénicline, vérapamil, W-18, warfarine, xylazine et xylène.

- **Type de substance inconnu** : dans ce rapport, les personnes décédées ont été incluses dans cette catégorie si aucune substance n'était répertoriée comme ayant causé le décès ou détectée dans leur dossier de coroner ou de médecin légiste.

**Consommation de substances** : dans ce rapport, la consommation de substances est définie comme une consommation correspondant aux cas suivants :

- substances non pharmaceutiques (incluant celles désignées comme « illégales » ou « illicites » dans les dossiers des médecins légistes et des coroners)
- substances pharmaceutiques (uniquement celles détournées ou utilisées non conformément à une prescription médicale)
- remarque : une utilisation non conforme à une prescription médicale n'inclut pas à la consommation concomitante d'alcool et de benzodiazépines ou d'opioïdes (ou de tout autre médicament avec lequel la consommation d'alcool n'est pas recommandée)
- médicaments en vente libre

- inhalants (incluant les solvants, les aérosols, les gaz et les nitrites)
- alcool

**Logement avec services de soutien :** un logement avec services de soutien est généralement un logement à long terme qui offre une gamme variable de services de soutien en fonction des besoins des résidents. Il comprend l'hébergement des personnes confrontées à des obstacles au logement ou à l'indépendance (par exemple, les personnes vivant avec un problème de santé mentale, qui consomment des substances, ou qui ont perdu leur autonomie à un âge avancé).

**Logement transitionnel :** un logement transitionnel vise à optimiser l'indépendance des personnes et à favoriser le développement de compétences sociales, professionnelles et récréatives ainsi que de savoir-faire

pratiques. Ce type de logement permet d'héberger des enfants et des jeunes, des adultes ou des personnes âgées souffrant d'un handicap chronique, des personnes souhaitant se rétablir de la consommation de substances ou des personnes se réinsérant dans la collectivité après une incarcération. On le considère comme une étape intermédiaire entre le refuge d'urgence et le logement avec services de soutien et la durée du séjour d'une personne ou d'une famille est limitée.

**Municipalités urbaines :** régions métropolitaines de recensement comptant au moins 100 000 habitants et agglomérations de recensement comptant au moins 10 000 habitants selon le recensement de 2016 [37].

**Veuf ou veuve :** personne dont le conjoint ou la conjointe est décédé(e), et qui ne s'est pas remariée. Les personnes vivant en union de fait ne sont pas incluses dans cette catégorie.

## Liste des abréviations utilisées dans ce rapport

- É.-T. : écart-type
- S.O. = sans objet
- mas = masqué

# Références

1. Statistique Canada. Tableau 17-10-0005-01 Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe [Internet]. Disponible sur : [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr)
2. Cornell University. Environment, Health and Safety: 7.7 Toxicity [Internet]. Disponible sur : <https://ehs.cornell.edu/book/export/html/1388#> (en anglais seulement)
3. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* [Internet]. 2018; 38(6): 224-233. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-38-no-6-2018/synthese-donnees-probantes-crise-opioides-canada-perspective-nationale.html>
4. Orpana HM, Lang JJ, Baxi M, Halverson J, Kozloff N, Cahill L, et al. Tendances canadiennes en matière de mortalité liée aux opioïdes et d'invalidité découlant d'un trouble de consommation d'opioïdes, à la lumière de l'Étude sur la charge mondiale de morbidité (1990-2014). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* [Internet]. 2018; 38(6): 234-243. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-38-no-6-2018/recherche-quantitative-originale-tendances-canadiennes-mortalite-liee-opioides-invalidite-1990-2014-a-lumiere-etude-charge-mondiale-morbidite.html>
5. Alsabbagh MW, Chang F, Cooke M, Elliott SJ, Chen M. National trends in population rates of opioid-related mortality, hospitalization and emergency department visits in Canada between 2000 and 2017. A population-based study. *Addiction* [Internet]. 2021; 116(12): 3482-3493. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.15571> (en anglais seulement)
6. Manitoba. Problematic Substance Use and Related Harms in Manitoba: July 1 – September 30, 2019 [Internet]. Disponible sur : <https://www.manitoba.ca/health/publichealth/surveillance/docs/2019q3report.pdf> (en anglais seulement)

7. Agence Ontarienne De Protection Et De Promotion De La Santé (Santé Publique Ontario); Bureau du coroner en chef; Service de médecine légale de l'Ontario; Ontario Drug Policy Research Network. Rapport sur la surveillance de la mortalité liée aux opioïdes : Analyse des décès associés aux opioïdes en Ontario, de juillet 2017 à juin 2018 [Internet]. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2019. Disponible sur : [https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/O/2019/opioid-mortality-surveillance-summary.pdf?rev=4402fd22b37a467a90593b5962ef3dcb&sc\\_lang=fr](https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/O/2019/opioid-mortality-surveillance-summary.pdf?rev=4402fd22b37a467a90593b5962ef3dcb&sc_lang=fr)
8. British Columbia Coroners Service. Illicit Drug Toxicity Deaths in BC January 1, 2012 – October 31, 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug-type.pdf> (en anglais seulement)
9. Gouvernement du Alberta. Alberta COVID-19 Opioid Response Surveillance Report Q2 20 September 2020 [Internet]. Disponible sur : <https://open.alberta.ca/dataset/f4b74c38-88cb-41ed-aa6f-32db93c7c391/resource/e8c44bab-900a-4af4-905a-8b3ef84ebe5f/download/healthalberta-covid-19-opioid-responsesurveillance-report-2020-q2.pdf> (en anglais seulement)
10. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET). Bulletin sur le nombre de décès liés au fentanyl survenus au Canada de 2009 à 2014 [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-CCENDU-Fentanyl-Deaths-Canada-Bulletin-2015-fr.pdf>
11. Fischer B, Goldman B, Rehm J, Popova S. Non-medical use of prescription opioids and public health in Canada. *Can. J. Public Health* [Internet]. 2008; 99(3): 182-184. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6976140/> (en anglais seulement).
12. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Faits saillants de la première phase de l'étude nationale sur les décès par surdose liée aux opioïdes et aux drogues : observations des coroners et des médecins légistes [Internet]. Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, septembre 2018. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/faits-saillants-premiere-phase-etude-nationale-deces-surdose-liee-opioides-substances-illegales.html>
13. Statistique Canada. La COVID-19 au Canada : le point de fin d'année sur les répercussions sociales et économiques [Internet]. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2021003-fra.htm>
14. L'Agence de la santé publique du Canada. Modélisation des décès liés aux opioïdes pendant l'écllosion de COVID-19 [Internet]. 2022. Disponible

sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche/modelisation-deces-surdose-opioides-covid-19.html>

15. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Caractéristiques régionales des décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance : analyse descriptive d'une étude nationale d'examen des dossiers des données de coroners et de médecins légistes. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada septembre 2022 [Internet]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche/caracteristiques-regionales-deces-intoxication-aigue-liee-substance-donnees-analyse-coroners-medecins-legistes.html>
16. Gouvernement du Canada. Stigmatisation de la Santé Canada. Mesures fédérales sur les opioïdes à ce jour septembre 2022 [Internet]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federales/apercu.html>
17. Jones W, Kaoser R, Fischer B. Patterns, trends and determinants of medical opioid utilization in Canada 2005–2020: characterizing an era of intensive rise and fall. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2021; 16(1): 1-11. Disponible sur : <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-021-00396-5> (en anglais seulement)
18. Gouvernement du Canada. Stigmatisation de la consommation de drogues [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html>
19. Statistique Canada. Les systèmes des coroners et des médecins légistes : Rapport annuel 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-214-x/2012001/int-fra.htm>
20. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Caractéristiques régionales des décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance : analyse descriptive d'une étude nationale d'examen des dossiers des données de coroners et de médecins légistes 2022 [Internet]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche/caracteristiques-regionales-deces-intoxication-aigue-liee-substance-donnees-analyse-coroners-medecins-legistes.html>
21. Statistique Canada. Profil du recensement, Recensement de 2016, produit n° 98-316-X2016001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 3 février 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/91-215-X>
22. Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/91-215-X>

23. SAS Institute Inc 2013. SAS/ACCESS® 9.4 Interface to ADABAS: Reference. Cary, NC: SAS Institute Inc. (en anglais seulement).
24. R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible sur : <https://www.R-project.org/> (en anglais seulement)
25. RStudio Team. RStudio: Integrated development environment for R. RStudio, PBC, Boston, MA. 2022. Disponible sur : <http://www.rstudio.com/> (en anglais seulement)
26. Service des coroners de la Colombie-Britannique. Décès par suicide en Colombie-Britannique. Disponible sur : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/suicide.pdf> (en anglais seulement)
27. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. L'itinérance et les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance : une analyse descriptive d'une étude nationale par examen des dossiers des coroners et des médecins légistes [Internet]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada juin 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche/itinérance-decès-attribuables-intoxication-aiguë-liee-substances.html>
28. Gouvernement du Canada. À propos de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html>
29. Gouvernement de l'Ontario. Normes relatives aux données en vue de repérer et de surveiller le racisme systémique [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.ontario.ca/fr/document/normes-relatives-aux-donnees-en-vue-de-reperer-et-de-surveiller-le-racisme-systemique>
30. Gouvernement du Canada. Exemption de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances : possession à des fins personnelles de petites quantités de certaines drogues illégales en Colombie-Britannique (du 31 janvier 2023 au 31 janvier 2026) [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/politique-reglementation/documents-politique/exemption-possession-fins-personnelles-petites-quantites-certaines-drogues-illegales-colombie-britannique.html>
31. Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19.html>
32. Statistique Canada. Situation vis-à-vis l'union libre de la personne [Internet]. 2021. Disponible sur : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var\\_f.pl?Function=DEC&Id=206980](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=206980)



33. Agence de la santé publique du Canada. Trouble du spectre de l'autisme : Faits saillants de l'enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019 [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/trouble-spectre-autisme-enquete-sante-canadienne-enfants-jeunes-2019.html>
34. Gaetz S, Barr C, Friesen A, Harris B, Hill C, Kovacs-Burns K, Pauly B, Pearce B, Turner A, Marsolais A. Définition canadienne de l'itinérance [Internet]. Toronto: Publications de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2017. Disponible sur : <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinition.pdf> (en anglais seulement)
35. Gouvernement du Nouvelle-Écosse. Service de médecin légiste de la Nouvelle-Écosse [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://novascotia.ca/just/cme/Default-fr.asp>
36. Gouvernement du Alberta. Death investigation process [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.alberta.ca/death-investigation-process.aspx> (en anglais seulement).
37. Statistique Canada. Classification des centres de population et des régions rurales 2016 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets/norme/ccpr/2016/introduction>
38. Statistique Canada. 4.5.3 Calculer la variance et l'écart-type [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch12/5214891-fra.htm>
39. Gouvernement du Canada. Acétaminophène [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-et-appareils-medicaux/acetaminophene.html>
40. Gouvernement du Canada. À propos de l'alcool [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/propos.html>
41. Gouvernement du Canada. Médicaments antidépresseurs [Internet]. 2012. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-et-appareils-medicaux/medicaments-antidepresseurs.html>
42. Gouvernement du Canada. Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, ch. 19) [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/page-1.html>
43. Gouvernement du Canada. Benzodiazépines [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/benzodiazepines.html>
44. Gouvernement du Canada. Au sujet du cannabis [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/sujet.html>

45. Gouvernement du Canada. Les produits d'insuline [Internet]. 2010. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/vie-saine/votre-sante-vous/aspect-medical/produits-insuline.html>
46. Gouvernement du Canada. Au sujet du fentanyl [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/fentanyl.html>
47. Gouvernement du Canada. Opioides. 2022 [Internet]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides.html>
48. Gouvernement du Canada. Stimulants sur ordonnance [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/stimulants-ordonnance.html>

# Tableaux de données correspondant aux figures

## Figure 1

**Tableau 24.** Mesures de localisation et de répartition du nombre quotidien de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Mesures	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Minimum	2	0	1	2	0	0
Premier quartile	10	2	7	8	1	0
Médiane	13	4	9	11	1	0
Troisième quartile	16	5	11	13	2	1
Maximum	30	12	21	26	8	4
Écart interquartile	6	3	4	5	1	1
Moyenne	12,9	3,8	9,0	10,8	1,6	0,5
Écart-type	4,1	2,0	3,3	3,9	1,3	0,7

Remarque : Pour obtenir des renseignements sur la lecture d'un diagramme de quartiles, veuillez consulter la section [Définitions](#) de ce rapport. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles.

## Figure 2

**Tableau 25.** Nombre de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'année et le mois du décès, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 à 2017

Année	Mois	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
			Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Année	Janvier	357	99	255	291	51	15
	Février	312	102	210	249	51	12
	Mars	348	108	243	276	57	12
	Avril	324	114	210	267	42	15
	Mai	285	87	198	225	51	mas
	Juin	339	120	216	261	57	21
	Juillet	342	117	228	276	60	mas
	Août	333	114	219	258	57	18
	Septembre	336	111	225	261	54	18
	Octobre	330	108	222	267	48	18
	Novembre	414	126	291	366	39	12
	Décembre	447	123	324	372	63	mas
2017	Janvier	429	114	312	366	48	18
	Février	399	117	282	333	54	12
	Mars	432	123	309	363	45	21
	Avril	474	162	312	387	66	21
	Mai	447	126	321	384	48	12
	Juin	444	120	324	396	39	mas
	Juillet	456	120	339	411	39	mas
	Août	471	120	351	402	51	18
	Septembre	432	120	315	387	39	mas
	Octobre	396	114	282	345	42	12
	Novembre	423	132	291	372	42	mas
	Décembre	438	114	324	381	42	18

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Le date de décès est quand la personne est décédée, a été déclaré mort, ou a été retrouvé mort. Les chiffres sont arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 3

**Tableau 26.** Nombre moyen de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par année et par jour de la semaine du décès, Canada, 2016 à 2017

Jour de la semaine	2016	2017
Lundi	10,0	13,1
Mardi	10,5	12,9
Mercredi	11,5	12,9
Jeudi	11,1	15,0
Vendredi	11,5	16,0
Samedi	12,6	15,1
Dimanche	12,3	16,0

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Le date de décès est quand la personne est décédée, a été déclaré mort, ou a été retrouvé mort.

## Figure 4

**Tableau 27.** Nombre et taux de mortalité bruts (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la province ou le territoire, Canada, 2016 et 2017

Province ou territoire	Nombre	Taux brut
Colombie-Britannique	2 685	27,4
Alberta	1 758	20,8
Saskatchewan	246	10,8
Manitoba	378	14,3
Ontario	3 021	10,8
Québec	1 068	6,5
Nouveau-Brunswick	126	8,2
Nouvelle-Écosse	183	9,7
Île-du-Prince-Édouard	30	10,1
Terre-Neuve-et-Labrador	75	7,1
Yukon	21	26,9
Territoires du Nord-Ouest	mas	mas
Nunavut	mas	mas
Canada	9 414	13,0

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les chiffres et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 5

**Tableau 28.** Nombre et taux de mortalité bruts (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance dans les municipalités de 100 000 habitants ou plus, Canada, 2016 et 2017

Municipalité	Nombre	Taux brut
Kelowna, BC	99	18,3
Vancouver, BC	486	18,2
Red Deer, AB	72	17,4
Thunder Bay, ON	66	14,8
Abbotsford, BC	75	12,5
Oshawa, ON	78	11,8
Edmonton, AB	450	11,6
Surrey, BC	252	11,5
Langley, BC	57	11,5
Calgary, AB	573	11,1
Barrie, ON	63	10,7
Kingston, ON	54	10,5
Cambridge, ON	54	10,0
St. Catharines, ON	54	9,8
Delta, BC	39	9,1
Grande région de Sudbury / Grand Sudbury, ON	57	8,6
Winnipeg, MB	249	8,5
Hamilton, ON	186	8,4
Windsor, ON	75	8,3
Regina, SK	72	8,0
Kitchener, ON	72	7,4
St. John's, NL	33	7,4
Brantford, ON	30	7,4
Coquitlam, BC	42	7,1
Burnaby, BC	69	7,0
Saanich, BC	33	6,9
Saskatoon, SK	66	6,3
Toronto, ON	684	6,0
London, ON	96	6,0
Trois-Rivières, QC	30	5,5
Gatineau, QC	54	4,8
Richmond, BC	39	4,7
Comté de Strathcona, AB	18	4,5

Guelph, ON	24	4,4
Burlington, ON	33	4,3
Chatham-Kent, ON	18	4,3
Québec, QC	87	4,1
Halifax, NS	69	4,1
Sherbrooke, QC	27	4,1
Saguenay, QC	24	4,1
Waterloo, ON	18	4,1
Longueuil, QC	39	4,0
Ottawa, ON	150	3,8
Brampton, ON	84	3,4
Oakville, ON	27	3,4
Montréal, QC	228	3,3
Milton, ON	15	3,3
Mississauga, ON	93	3,1
Lévis, QC	18	3,1
Ajax, ON	15	3,0
Whitby, ON	15	2,8
Laval, QC	45	2,6
Vaughan, ON	24	1,9
Markham, ON	21	1,5
Terrebonne, QC	mas	mas
Richmond Hill, ON	mas	mas

Remarque : La municipalité de résidence n'était pas disponible dans 5 % des cas. Les taux des municipalités relativement peu peuplées peuvent fluctuer considérablement sous l'effet de variations, même légères, du nombre de personnes décédées. Les municipalités ont été sélectionnées en fonction de la taille de leur population estimée en 2016 et 2017 selon Statistique Canada [1]. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3. Les valeurs inférieures à 10 et les taux de mortalité bruts calculés à partir de ces chiffres ont été masqué (mas).



## Figure 6

**Tableau 29.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance dans chaque groupe d'âge, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Groupe d'âge	Sexe		Mode de décès		
	Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
0 à 19 ans	45 %	54 %	85 %	10 %	mas
20 à 24 ans	27 %	73 %	91 %	7 %	2 %
25 à 29 ans	24 %	76 %	92 %	5 %	2 %
30 à 34 ans	23 %	77 %	94 %	4 %	2 %
35 à 39 ans	24 %	76 %	90 %	8 %	3 %
40 à 44 ans	27 %	73 %	85 %	12 %	3 %
45 à 49 ans	31 %	69 %	85 %	12 %	3 %
50 à 54 ans	33 %	67 %	83 %	13 %	4 %
55 à 59 ans	33 %	67 %	77 %	17 %	6 %
60 à 64 ans	38 %	63 %	71 %	24 %	5 %
65 à 69 ans	44 %	56 %	60 %	35 %	5 %
70 ans ou plus	53 %	49 %	41 %	51 %	8 %
Inconnu	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tous les âges	30 %	70 %	84 %	13 %	4 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 7

**Tableau 30.** Taux brut de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, le mode de décès et le groupe d'âge, Canada, 2016 et 2017

Groupe d'âge	Tous les décès			Accident			Suicide			Indéterminé		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
0 à 19 ans	1,2	1,3	1,3	0,9	1,2	1,1	0,2	mas	0,1	mas	mas	mas
20 à 24 ans	7,3	18,2	13,0	5,9	17,3	11,8	1,2	0,6	0,9	mas	mas	0,3
25 à 29 ans	9,5	29,0	19,5	8,3	27,2	18,0	0,7	1,3	1,0	0,5	0,5	0,4
30 à 34 ans	11,2	37,6	24,5	9,9	35,9	23,0	1,0	1,2	1,0	0,5	0,6	0,5
35 à 39 ans	10,4	33,6	21,9	7,9	31,5	19,6	2,1	1,4	1,7	mas	0,9	0,6
40 à 44 ans	10,6	29,7	20,1	7,8	26,6	17,1	2,3	2,5	2,4	0,6	0,6	0,6
45 à 49 ans	13,9	30,8	22,3	10,0	28,0	18,9	3,0	2,2	2,6	0,9	0,5	0,7
50 à 54 ans	14,7	30,1	22,4	10,7	26,5	18,6	3,2	2,8	3,0	0,7	0,9	0,8
55 à 59 ans	11,7	24,1	17,8	7,7	19,8	13,7	2,9	3,3	3,1	1,0	1,0	1,0
60 à 64 ans	9,7	16,5	13,0	5,4	13,1	9,2	3,5	2,7	3,1	0,6	0,6	0,7
65 à 69 ans	6,3	8,4	7,3	3,4	5,4	4,4	2,5	2,5	2,6	0,6	mas	0,4
70 ans ou plus	2,8	3,3	3,0	1,0	1,4	1,2	1,5	1,6	1,5	mas	mas	0,2
Inconnu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tous les âges	7,7	18,3	13,0	5,5	16,3	10,9	1,7	1,5	1,6	0,5	0,5	0,5

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Ainsi, la Colombie-Britannique a été retirée de la population canadienne lors du calcul du taux de mortalité pour les personnes au Canada décédées des suites d'un suicide (figure B). Les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 8

**Tableau 31.** Avec qui vivaient les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique et de 681 cas de l'Ontario), 2016 et 2017

Avec qui vivait la personne vivait?	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Seule	24 %	25 %	24 %	21 %	36 %	33 %
En famille	18 %	26 %	14 %	17 %	24 %	21 %
Avec des amis ou des colocataires	11 %	8 %	12 %	12 %	6 %	7 %
Ses parents	11 %	7 %	12 %	11 %	8 %	8 %
Partenaire	4 %	6 %	3 %	4 %	3 %	mas
Autres	7 %	6 %	8 %	8 %	4 %	11 %
Inconnu	25 %	22 %	26 %	27 %	19 %	21 %

Remarque : Comme les données sur la personne avec qui la personne vivait n'étaient pas systématiquement disponibles pour la Colombie-Britannique et pour 681 personnes de l'Ontario, ces deux groupes ont été exclus de cette analyse. La catégorie « famille » comprend un(e) conjoint(e) ou un(e) conjoint(e) de fait(e) et des enfants. La catégorie « partenaire » comprend tous les partenaires pour lesquels il n'y avait pas de preuve qu'ils étaient conjoints de fait. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figures 9 and 10

**Tableau 32.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon l'état civil, le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

État civil	Tous les décès		Sexe				Mode de décès					
			Femmes		Hommes		Accident		Suicide		Indéterminé	
	%	Rate	%	Rate	%	Rate	%	Rate	%	Rate	%	Rate
Célibataire	31 %	17,8	21 %	7,8	36 %	26,4	34 %	16,4	16 %	1,3	13 %	0,3
Conjoint(e) de fait(e) ou marié(e)	16 %	4,6	22 %	3,6	14 %	5,5	16 %	3,6	22 %	0,9	19 %	0,2
Divorcé(e) ou séparé(e)	13 %	24,3	14 %	12,6	13 %	41,3	12 %	19,2	19 %	5,2	10 %	0,7
Autre partenaire	9 %	1,1	12 %	0,9	7 %	1,3	9 %	0,9	8 %	0,2	13 %	≤ 0,1
Veuf/veuve	2 %	5,8	3 %	3,7	≤ 1 %	14,1	≤ 1 %	3,1	7 %	2,8	mas	mas
Autres	≤ 1 %	≤ 0,1	mas	mas	≤ 1 %	≤ 0,1	≤ 1 %	≤ 0,1	0 %	0,0	mas	mas
Inconnu	28 %	4,5	27 %	2,6	28 %	6,6	27 %	3,7	28 %	0,7	41 %	0,2

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme les données sur les personnes décédées des suites d'un suicide n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, cette province a été exclue des calculs des taux de mortalité pour les décès par suicide. Les pourcentages et les taux de mortalité bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 11

**Tableau 33.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon la profession, Canada, 2016 et 2017

Profession	Pourcentage	Taux brut
Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés	12 %	21,4
Ressources naturelles, agriculture et professions connexe	≤ 1 %	14,1
Art, culture, loisirs et sport	≤ 1 %	7,5
Secteur de la santé	2 %	5,8
Vente et services	5 %	5,6
Fabrication et services d'utilité publique	≤ 1 %	2,9
Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	≤ 1 %	2,4
Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés	≤ 1 %	1,8
Affaires, finance et administration	≤ 1 %	1,8
Gestion	≤ 1 %	1,5
Autres	≤ 1 %	0,1
Inconnu	75 %	18,9

Remarque : La profession était inconnue pour 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages et taux de mortalités bruts sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

## Figure 12

**Tableau 34.** Répartition en pourcentage et taux de mortalité brut (pour 100 000 habitants) des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le secteur d'activité, Canada, 2016 et 2017

Secteur d'activité	Pourcentage	Taux brut
Construction	6 %	19,6
Extraction minière, exploitation en carrière, et extraction de pétrole et de gaz	≤ 1 %	13,8
Transport et entreposage	2 %	11,6
Arts, spectacles et loisirs	≤ 1 %	10,3
Autres services (sauf les administrations publiques)	≤ 1 %	7,2
Agriculture, foresterie, pêche et chasse	≤ 1 %	8,1
Services publics	≤ 1 %	7,7
Services d'hébergement et de restauration	2 %	7,7
Services administratifs, services de soutien, services de gestion des déchets et services d'assainissement	≤ 1 %	5,4
Soins de santé et assistance sociale	2 %	4,5
Commerce de détail	2 %	3,5
Fabrication	≤ 1 %	3,2
Services immobiliers et services de location et de location à bail	≤ 1 %	3,2
Administrations publiques	≤ 1 %	2,3
Gestion de sociétés et d'entreprises	mas	mas
Services professionnels, scientifiques et techniques	≤ 1 %	1,5
Finances et assurances	≤ 1 %	1,7
Industrie de l'information et industrie culturelle	≤ 1 %	1,4
Services d'enseignement	≤ 1 %	1,2
Commerce de gros	mas	mas
Inconnu	79 %	19,9

Remarque : Le secteur d'activité était inconnu pour 79 % des personnes âgées de 15 ans et plus décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance. Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages et les taux de mortalité brut sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masqués (mas).

## Figure 13

**Tableau 35.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance qui avaient des antécédents de consommation de substances, Canada, 2016 et 2017

Antécédents de consommation de substances	Tous les décès
Oui	3 %
Oui, alcool uniquement	75 %
Non	6 %
Inconnu	15 %

Remarque : Les antécédents documentés de consommation de substances incluent toute consommation antérieure de substances autre que celle liée à l'épisode de toxicité aiguë ayant entraîné le décès. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

## Figure 14

**Tableau 36.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant un médecin de famille accessible pour leurs soins réguliers, par sexe, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017

Médecin de famille accessible	Tous les décès	Femmes	Hommes
Yes	36%	44%	33%
No	6%	3%	7%
Unknown	58%	53%	61%

Remarque : Comme les données sur la disponibilité des médecins de famille n'étaient pas disponibles pour la Colombie-Britannique, elles ont été exclues de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

## Figure 15

**Tableau 37.** Pourcentage de personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance ayant eu un contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès, Canada, 2016 et 2017

Contact avec les services de santé	Tous les décès
Oui	73 %
Non	5 %
Inconnu	23 %

Remarque : Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

## Figure 16

**Tableau 38.** Moment où l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès s'est produit chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de 681 cas en Ontario), 2016 et 2017

Sexe et le mode de décès	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Matin (6h00 à 11h59)	6 %	8 %	6 %	6 %	6 %	5 %
Midi ou après-midi (12h00 à 17h59)	7 %	8 %	7 %	7 %	5 %	7 %
Soir (18h00 à 23h59)	11 %	10 %	11 %	12 %	6 %	7 %
Nuit (Minuit à 5h59)	13 %	11 %	13 %	14 %	6 %	8 %
Inconnu ou inaperçu	63 %	63 %	63 %	61 %	76 %	73 %

Remarque : Comme les données sur le moment où l'épisode de toxicité aiguë s'est produit n'étaient pas disponibles pour 681 personnes en Ontario, elles ont été exclues de cette analyse. Pour cette analyse, le matin correspond à la plage horaire 06h00 à 11h59, le midi et l'après-midi à la plage 12h00 à 17h59, le soir à la plage 18h00 à 23h59 et la nuit à la plage minuit à 05h59. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3.

## Figure 17

**Tableau 39.** Mode de consommation apparent de drogues pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Mode de consommation apparent	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Apparemment une injection	14 %	11 %	15 %	16 %	3 %	5 %
Apparemment par voie orale	18 %	28 %	14 %	13 %	47 %	24 %
Apparemment par insufflation nasale ou voie intranasale (en "sniffant")	8 %	5 %	10 %	10 %	mas	mas
Apparemment en fumant	10 %	6 %	12 %	12 %	mas	mas
Apparemment transdermique (timbres)	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	2 %	mas
Autres	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	mas	mas
Inconnu	54 %	53 %	55 %	54 %	49 %	68 %

Remarque : Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 18

**Tableau 40.** Présence de drogues ou d'alcool sur le lieu de l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017

Présence de drogues ou d'alcool sur le lieu	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Aucun alcool et aucune drogue présents	8 %	6 %	9 %	9 %	4 %	5 %
Oui, drogues illégales	24 %	14 %	29 %	28 %	4 %	12 %
Oui, médicaments prescrits	41 %	53 %	35 %	34 %	71 %	53 %
Oui, alcool	20 %	17 %	21 %	20 %	20 %	19 %
Inconnu ou inaperçu	27 %	27 %	27 %	29 %	19 %	30 %

Remarque : Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Comme les données sur la présence de drogues ou d'alcool sur le lieu de l'épisode de toxicité aiguë n'étaient pas disponibles pour les décès recensés en Colombie-Britannique, cette province a été exclue de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 19

**Tableau 41.** Présence d'un témoin pendant l'épisode de toxicité aiguë à l'origine du décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe et le mode de décès, Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), 2016 et 2017

L'épisode de toxicité aiguë a eu lieu en présence de témoins?	Tous les décès	Sexe		Mode de décès		
		Femmes	Hommes	Accident	Suicide	Indéterminé
Non, la personne était décédée lorsqu'elle a été retrouvée et aucune preuve que l'épisode n'a eu lieu en présence de témoins	46 %	44 %	47 %	42 %	63 %	53 %
Incertain, la personne était inconsciente ou sans réaction quand elle a été retrouvée, sans preuve de son décès	23 %	23 %	22 %	25 %	13 %	20 %
Incertain, la personne a été considérée comme endormie	6 %	7 %	5 %	6 %	3 %	6 %
Oui, la personne était vivante lorsqu'elle a été retrouvée, et avait des symptômes	17 %	19 %	16 %	17 %	16 %	16 %
Inconnu	9 %	8 %	9 %	10 %	4 %	4 %

Remarque : Comme les données indiquant si l'épisode de toxicité aiguë s'est produit en présence de témoins n'étaient pas disponibles pour les décès survenus en Colombie-Britannique, elles ont été exclues de cette analyse. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).



## Figure 20

**Tableau 42.** Répartition en pourcentage du nombre de substances étant à l'origine des décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017

Nombre de substances étant à l'origine des décès	Tous les décès	Femmes	Hommes
Inconnu	9 %	14 %	7 %
1	30 %	30 %	30 %
2	24 %	22 %	25 %
3	18 %	15 %	20 %
4	11 %	11 %	10 %
5	5 %	5 %	5 %
6	2 %	2 %	2 %
7	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
8	≤ 1 %	mas	≤ 1 %
9	mas	mas	mas
10	mas	mas	mas
11	mas	mas	0 %

Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur toutes les personnes décédées avec 9 ou plus substances étant à l'origine du décès, les données sur les hommes avec 9 ou plus substances étant à l'origine du décès, et les données sur les femmes avec 8 ou plus substances étant à l'origine du décès.

## Figure 21

**Tableau 43.** Répartition en pourcentage du nombre de substances décelées chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le sexe, Canada, 2016 et 2017

Nombre de substances décelées	Tous les décès	Femmes	Hommes
Inconnu	3 %	4 %	3 %
1	8 %	7 %	9 %
2	15 %	11 %	17 %
3	18 %	14 %	20 %
4	17 %	16 %	17 %
5	13 %	13 %	13 %
6	9 %	12 %	8 %
7	6 %	9 %	5 %
8	4 %	5 %	4 %
9	2 %	4 %	2 %
10	≤1 %	2 %	≤ 1 %
11	≤1 %	2 %	≤ 1 %
12	≤1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
13	≤1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
14	≤1 %	mas	mas
15	mas	mas	mas
16	mas	mas	0 %
17	mas	mas	mas

Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Comme seuls les renseignements sur l'origine du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances déterminées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur toutes les personnes décédées avec 15 ou plus substances décelées, les données sur les hommes avec 13, 14, 15 et 17 substances décelées, et les données sur les femmes avec 14 ou plus substances décelées.

## Figure 22

**Tableau 44.** Répartition en pourcentage du nombre de substances à l'origine des décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Nombre de substances à l'origine des décès	Accident	Suicide	Indéterminé
Inconnu	7 %	24 %	16 %
1	29 %	34 %	38 %
2	25 %	21 %	23 %
3	20 %	11 %	13 %
4	11 %	6 %	5 %
5	5 %	3 %	mas
6	2 %	mas	mas
7	≤ 1 %	mas	mas
8	≤ 1 %	0 %	0 %
9	mas	0 %	0 %
10	mas	0 %	0 %
11	mas	0 %	0 %

Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë accidentelle avec 9 substances ou plus identifiées étant à l'origine du décès, les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par suicide avec 6 ou 7 substances identifiées étant à l'origine du décès, et les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par mode indéterminé de décès avec 5 à 7 substances identifiées étant à l'origine du décès.

## Figure 23

**Tableau 45.** Répartition en pourcentage du nombre de substances décelées chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, selon le mode de décès, Canada, 2016 et 2017

Nombre de substances décelées	Accident	Suicide	Indéterminé
Inconnu	2 %	7 %	5 %
1	9 %	6 %	6 %
2	16 %	11 %	9 %
3	19 %	15 %	14 %
4	17 %	15 %	15 %
5	12 %	14 %	17 %
6	9 %	11 %	10 %
7	6 %	9 %	9 %
8	4 %	5 %	5 %
9	2 %	2 %	mas
10	≤ 1 %	2 %	mas
11	≤ 1 %	≤ 1 %	mas
12	≤ 1 %	mas	mas
13	≤ 1 %	mas	mas
14	mas	mas	mas
15	mas	mas	mas
16	mas	0 %	mas
17	mas	mas	0 %

Remarque : Les cas dont le nombre de substances était inconnu ne présentaient aucune substance répertoriée comme étant à l'origine des décès ou décelée dans les dossiers des coroners ou des médecins légistes. Comme seuls les renseignements sur la cause du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances déterminées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3, et les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas), incluant les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë accidentelle avec 14 substances ou plus décelées, les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par suicide avec 12 à 15 ou 17 substances décelées, et les données sur les personnes décédées d'un épisode de toxicité aiguë par mode indéterminé de décès avec 10 à 16 substances décelées.

## Figure 24

Tableau 46. Les principales substances à l'origine des décès chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017

Province ou territoire	Substance	%	Province ou territoire	Substance	%
Colombie-Britannique	Fentanyl	74 %	Manitoba	Fentanyl	8 %
	Cocaïne	48 %		Codéine	6 %
	Amphétamine	31 %		Diphenhydramine	6 %
	Méthamphétamine	30 %		Morphine	6 %
	Morphine	25 %		Oxycodone	6 %
	Éthanol	25 %		Méthadone	6 %
	Diacétylmorphine	18 %	Ontario	Fentanyl	35 %
	Méthadone	6 %		Cocaïne	30 %
	Carfentanil	4 %		Éthanol	19 %
	Codéine	4 %		Morphine	13 %
Alberta	Fentanyl	43 %		Méthadone	12 %
	Méthamphétamine	27 %		Méthamphétamine	11 %
	Cocaïne	25 %		Hydromorphone	10 %
	Éthanol	22 %		Oxycodone	10 %
	Diacétylmorphine	12 %		Diacétylmorphine	5 %
	Carfentanil	11 %		Diphenhydramine	5 %
	Oxycodone	10 %	Québec	Éthanol	12 %
	Zopiclone	8 %		Cocaïne	11 %
	Codéine	7 %		Méthamphétamine	8 %
	Hydromorphone	5 %		Fentanyl	5 %
Morphine	5 %	Hydromorphone		4 %	
Saskatchewan	Méthadone	26 %		Morphine	4 %
	Éthanol	26 %		Méthadone	3 %
	Cocaïne	22 %		Oxycodone	3 %
	Hydromorphone	21 %		Diacétylmorphine	3 %
	Méthamphétamine	17 %		Quétiapine	2 %
	Gabapentine	15 %	Nouveau-Brunswick	Cocaïne	10 %
	Morphine	10 %		Éthanol	mas
	Fentanyl	9 %		Hydromorphone	mas
	Codéine	6 %		Fentanyl	mas
	Diphenhydramine	6 %		Oxycodone	mas
Manitoba	Cocaïne	17 %		Sertraline	mas
	Éthanol	17 %		Zopiclone	mas
	Méthamphétamine	13 %		Méthamphétamine	mas
	Carfentanil	13 %		Méthadone	mas

Province ou territoire	Substance	%	Province ou territoire	Substance	%	
Nouveau-Brunswick	Morphine	mas	Terre-Neuve-et-Labrador	Hydromorphone	mas	
	Venlafaxine	mas		Oxycodone	mas	
	Citalopram	mas		Fentanyl	mas	
	Acétaminophène	mas		Méthadone	mas	
				Venlafaxine	mas	
Nouvelle-Écosse	Hydromorphone	30 %		Oxymorphone	mas	
	Clonazépam	25 %		Amitriptyline	mas	
	Éthanol	21 %	Yukon	Fentanyl	57 %	
	Méthadone	18 %		Éthanol	43 %	
	Cocaïne	16 %		Cocaïne	mas	
	Diazépam	15 %		Codéine	mas	
	Lorazépam	10 %		Diphenhydramine	mas	
				Éthanol	mas	
				Morphine	mas	
				Cocaïne	mas	
			Oxycodone	mas		
			Fentanyl	mas		
Île-du-Prince-Édouard	Éthanol	mas	Territoires du Nord-Ouest	Méthadone	mas	
	Méthadone	mas		Clozapine	mas	
	Nortriptyline	mas		Carbamazépine	mas	
	Hydromorphone	mas			Éthanol	mas
	Oxycodone	mas		Nunavut	Citalopram	mas
	Amitriptyline	mas			Acétaminophène	mas
Terre-Neuve-et-Labrador	Cocaïne	16 %				
	Morphine	mas				
	Éthanol	mas				

Remarque : Les 10 principales substances sont présentées pour chaque province et les 5 principales substances sont présentées pour chaque territoire et l'Île-du-Prince-Édouard lorsque c'est pertinent. Lorsque des substances ont été identifiées à l'origine du décès avec la même fréquence, une exception au numéro de substances présentés a été faite pour les présenter également. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Notez que certaines substances (comme l'amphétamine ou la morphine) sont des métabolites actifs et que leur présence peut signifier soit qu'elles ont été consommées directement, soit que leur substance-mère (métamphétamine pour amphétamine, héroïne pour la morphine) ont été consommées. Dans la mesure où l'alcool a pu être décelé soit du fait d'une consommation, soit du fait d'une production endogène d'éthanol post-mortem, les résultats devraient être interprétés avec prudence. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3. Les pourcentages basés sur les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).

## Figure 25

**Tableau 47.** Les principales substances décelées chez les personnes décédées en raison d'une toxicité aiguë liée à une substance, par province ou territoire, Canada, 2016 et 2017

Province ou territoire	Substance	%	Province ou territoire	Substance	%
Colombie-Britannique	Fentanyl	73 %	Manitoba	Méthamphétamine	17 %
	Cocaïne	47 %		Morphine	17 %
	Amphétamine	31 %		Diphenhydramine	16 %
	Méthamphétamine	30 %		Amphétamine	15 %
	Morphine	25 %		Alprazolam	15 %
	Éthanol	25 %	Ontario	Cocaïne	40 %
	Diacétylmorphine	18 %		Éthanol	39 %
	Méthadone	6 %		Fentanyl	37 %
	Carfentanil	4 %		Morphine	22 %
Codéine	4 %	Méthamphétamine		15 %	
Alberta	Fentanyl	44 %		Clonazépam	14 %
	Éthanol	36 %		Hydromorphone	14 %
	Méthamphétamine	31 %		Amphétamine	14 %
	Cocaïne	30 %		Méthadone	13 %
	Amphétamine	22 %		Oxycodone	13 %
	Morphine	22 %	Québec	Éthanol	32 %
	Codéine	15 %		Cocaïne	24 %
	Oxycodone	14 %		Méthamphétamine	24 %
	Zopiclone	13 %		Clonazépam	24 %
Diazépam	12 %	Hydromorphone		22 %	
Saskatchewan	Éthanol	33 %		Quétiapine	20 %
	Méthadone	28 %		THC	19 %
	Cocaïne	26 %		Acétaminophène	16 %
	Gabapentine	26 %		Amphétamine	16 %
	Hydromorphone	24 %		Morphine	15 %
	Acétaminophène	23 %	Nouveau-Brunswick	Clonazépam	31 %
	Morphine	17 %		THC	26 %
	Méthamphétamine	17 %		Hydromorphone	24 %
	Diphenhydramine	16 %		Zopiclone	24 %
Amphétamine	16 %	Éthanol		21 %	
Manitoba	Acétaminophène	43 %		Cocaïne	19 %
	Éthanol	40 %		Méthadone	19 %
	Cocaïne	28 %		Venlafaxine	19 %
	Gabapentine	25 %		Caféine	17 %
	Codéine	20 %		Lorazépam	17 %

Province ou territoire	Substance	%	Province ou territoire	Substance	%
Nouvelle-Écosse	Caféine	52 %	Terre-Neuve-et-Labrador	Cocaïne	20 %
	THC	33 %		Hydromorphone	20 %
	Nicotine	31 %		Desvenlafaxine	20 %
	Clonazépam	30 %		Zopiclone	16 %
	Hydromorphone	30 %	Yukon	Fentanyl	57 %
	Ethanol	28 %		Cocaïne	mas
	Cocaïne	23 %		Éthanol	mas
	Méthadone	18 %		Morphine	mas
	Diazépam	18 %		Diphenhydramine	mas
	Lorazépam	13 %	Territoires du Nord-Ouest	Éthanol	mas
Île-du-Prince-Édouard	Caféine	60 %		Cocaïne	mas
	Éthanol	50 %		Morphine	mas
	Nicotine	40 %		Oxycodone	mas
	Méthadone	40 %		Lévamisole	mas
	THC	40 %	Nunavut	Éthanol	mas
Terre-Neuve-et-Labrador	Caféine	60 %		THC	mas
	Nicotine	40 %		Citalopram	mas
	Éthanol	32 %		Acétaminophène	mas
	Morphine	28 %		Zopiclone	mas
	THC	24 %		Métoclopramide	mas
	Clonazépam	24 %		Naproxène	mas

Remarque : Les 10 principales substances sont présentées pour chaque province et les 5 principales substances sont présentées pour chaque territoire et l'Île-du-Prince-Édouard lorsque c'est pertinent. Lorsque des substances ont été décelées avec la même fréquence, une exception au numéro de substances présentés a été faite pour les présenter également. Les données de la Colombie-Britannique n'étaient disponibles que pour les personnes décédées par toxicité aiguë accidentelle ou indéterminée impliquant des « drogues de la rue » ou des substances pharmaceutiques qui ne leur avaient pas été prescrites. Par conséquent, les données relatives aux personnes décédées par toxicité aiguë suite à un suicide ou une prise de substances prescrites ou d'alcool seulement n'étaient pas disponibles. Comme seuls les renseignements sur la cause du décès étaient disponibles pour les cas survenus en Colombie-Britannique, les substances déterminées comme étant à l'origine du décès ont également été comptabilisées comme décelées. Notez que certaines substances (comme l'amphétamine ou la morphine) sont des métabolites actifs et que leur présence peut signifier soit qu'elles ont été consommées directement, soit que leur substance-mère (métamphétamine pour amphétamine, héroïne pour la morphine) ont été consommées. Dans la mesure où l'alcool a pu être décelé soit du fait d'une consommation, soit du fait d'une production endogène d'éthanol post-mortem, les résultats devraient être interprétés avec prudence. Les pourcentages sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de 3. Les pourcentages basés sur les valeurs inférieures à 10 ont été masquées (mas).



