

Recherche quantitative originale

Statut résidentiel et décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance au Canada, 2016-2017

Amanda VanSteelandt, Ph. D. (1); Brandi Abele (2); Raahyma Ahmad, M.S.P., MBA (1); Aganeta Enns, Ph. D. (1); Beth Jackson, Ph. D. (3); Tanya Kakkar, M.S.P. (1); Fiona Kouyoumdjian, M.D., M.P.S., Ph. D. (4)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Article de notre série thématique sur la « Mortalité par surdose accidentelle ».

Article de recherche par VanSteelandt A et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)

Résumé

Introduction. Il existe une relation complexe entre le statut résidentiel et la consommation de substances. En effet, la consommation de substances réduit les perspectives de logement et le fait d'être sans logement augmente les raisons de consommer des substances ainsi que les risques et la stigmatisation qui y sont associés.

Méthodologie. Dans cette analyse descriptive des personnes sans logement qui ont perdu la vie en raison d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance au Canada, nous avons utilisé les données relatives aux enquêtes sur les décès tirées d'une étude nationale d'examen des dossiers concernant les décès par intoxication aiguë due à une substance en 2016 et 2017, afin de comparer les facteurs sociodémographiques, les antécédents médicaux, les circonstances du décès et les substances ayant contribué au décès des personnes sans logement et des personnes non identifiées comme sans logement, au moyen du test du khi carré de Pearson. Nous avons comparé le profil démographique des personnes décédées d'une intoxication aiguë aux données du Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes de 2016 et du Recensement de 2016.

Résultats. Les personnes sans logement étaient nettement surreprésentées parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë en 2016 et 2017 (8,9 % contre moins de 1 % de la population générale). L'intoxication aiguë ayant entraîné le décès des personnes sans logement a eu lieu plus souvent à l'extérieur (24 %); un opioïde ou un stimulant a plus fréquemment contribué à leur décès (68 % à 82 %; les deux substances ont été responsables de 59 % des décès) et ces personnes avaient plus souvent été libérées d'un établissement correctionnel ou été autorisées à sortir d'un établissement de soins de santé au cours du mois précédant leur décès (7 %).

Conclusion. Nous présentons plusieurs possibilités de réduire les décès attribuables à une intoxication aiguë chez les personnes sans logement, notamment lors de la prise de contact avec les services de santé et d'autres établissements, par des mesures de soutien à la réduction des méfaits liés à la consommation d'opioïdes et de stimulants ainsi que par la création d'environnements plus sûrs pour les personnes sans logement.

Mots-clés : *surdose de drogues, surdose d'opioïdes, intoxication, décès, personnes en situation d'itinérance, personnes sans logement, personnes sans-abri, itinérance*



Points saillants

- Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle due à une substance en 2016 et 2017, 8,9 % d'entre elles n'avaient pas de logement au moment de leur décès, contre moins de 1 % de la population générale au Canada.
- Un quart des intoxications aiguës ayant entraîné le décès a eu lieu à l'extérieur.
- Les personnes sans logement au moment de leur décès avaient plus souvent un opioïde ou un stimulant identifié comme cause de décès par rapport à celles ayant un logement.
- Les analyses toxicologiques ont détecté la présence d'opioïdes et de stimulants en combinaison chez plus de la moitié des personnes sans logement au moment de leur décès.

Introduction

La crise des surdoses au Canada constitue un enjeu de santé publique important. Entre janvier 2016 et décembre 2022, 36 442 décès ont été reliés à une intoxication apparente aux opioïdes¹. Les rapports provinciaux et municipaux montrent que

Rattachement des auteurs :

1. Division des méfaits liés aux substances, Agence de santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Canadian Association of People Who Use Drugs (CAPUD), Dartmouth (Nouvelle-Écosse), Canada
3. Division de la politique d'équité en matière de santé, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
4. Ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Amanda VanSteelandt, Division des méfaits liés aux substances, Agence de santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-294-5944; courriel : Amanda.VanSteelandt@phac-aspc.gc.ca

certaines populations ont été plus touchées que d'autres, notamment les personnes non logées²⁻⁵. On estime qu'environ 235 000 personnes étaient sans logement en 2016, ce qui inclut les 22 190 personnes se trouvant dans des refuges en moyenne chaque nuit^{6,7}.

Dans cet article, nous avons choisi d'employer les expressions « personnes non logées » ou « personnes sans logement » plutôt que « personnes en situation d'itinérance ». Un logement est un abri physique alors que l'itinérance englobe l'absence de foyer, lequel représente davantage qu'un lieu physique et revêt une signification personnelle et de liens sociaux⁸⁻¹¹. Une personne n'ayant pas accès à un abri physique stable ou sécuritaire peut tout de même trouver un foyer à travers les personnes de son entourage, les endroits où elle demeure et la communauté au sens plus large.

Les personnes non logées ont des taux de consommation de substances plus élevés que la population générale^{12,13}. La relation entre l'insécurité en matière de logement (« la perte, la menace ou l'incertitude face à un milieu domiciliaire sûr, stable et abordable »¹⁴, p.344 [traduction]), la consommation de substances et les méfaits qui y sont associés est complexe. La consommation de substances et les troubles qui y sont liés sont souvent les raisons qui expliquent la perte d'un logement, et les personnes non logées sont susceptibles d'avoir connu un traumatisme, un problème de santé mentale ou l'incarcération, des facteurs contribuant à accroître le risque de consommation de substances¹⁵⁻¹⁹. L'itinérance peut accroître la consommation comme moyen de composer avec les difficultés et les dangers de la vie en l'absence d'un logement privé et sécuritaire^{15,20-22}. Cette situation augmente aussi directement et indirectement les méfaits associés à la consommation de substances, notamment les intoxications aiguës²³. En raison de la stigmatisation et des obstacles logistiques dans l'accès aux services, les personnes non logées ont un accès plus restreint aux traitements et aux services de réduction des méfaits²⁴. Elles peuvent également ressentir le besoin de dissimuler leur consommation de substances ou de consommer rapidement, de consommer seules et de consommer de plus grandes quantités pour éviter d'être accusées de possession de drogues^{25,26}. Enfin, l'absence de logement peut placer les personnes dans des situations criminalisées,

et les périodes d'incarcération risquent de perturber la continuité du traitement et des services ainsi que l'approvisionnement en drogues, contribuant ainsi à accroître le risque d'intoxication aiguë à leur sortie, en partie à cause d'une tolérance moindre aux drogues²⁷⁻²⁹.

L'objectif de cette étude est de décrire les profils sociodémographiques, les antécédents médicaux, les substances mises en cause et les circonstances du décès dû à une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance chez les personnes non logées.

Méthodologie

Énoncé d'éthique

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé publique du Canada (REB 2018-027P), le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université du Manitoba (HS22710) et le Comité d'éthique de la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador (20 200 153) ont évalué cette étude et l'ont approuvée.

Principale source de données

Cette étude utilise des données provenant d'un examen national rétrospectif des dossiers d'enquêtes des coroners et des médecins légistes sur les décès par intoxication aiguë due à une substance survenus entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017. Même si les procédures d'enquête sur les décès varient d'une entité territoriale à l'autre au Canada, les dossiers d'enquête sur les décès contiennent généralement une combinaison de documents comme un certificat de décès, un rapport du coroner ou du médecin légiste, des déclarations de témoins, des dossiers médicaux, des rapports de police, des rapports toxicologiques ou des rapports d'autopsie.

Sont incluses dans la définition de cas toutes les personnes décédées au Canada entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017 d'une intoxication aiguë accidentelle résultant des effets directs de l'administration d'une ou de plusieurs substance(s) exogène(s), dont une drogue, un médicament ou de l'alcool. Les variables recueillies à partir des dossiers d'enquête sur les décès par les responsables de l'abstraction des données sont les facteurs de risque sociodémographiques, la consommation de substances et les antécédents médicaux documentés, les circonstances du

décès et les résultats d'analyses toxicologiques. Comme les antécédents de problèmes de santé physique ou mentale ou de symptômes sont tirés des dossiers médicaux ou des déclarations des témoins figurant dans les dossiers d'enquête sur les décès, ces problèmes ou symptômes ne constituent pas nécessairement des diagnostics cliniques. De même, l'étude n'a pris en compte que ce qui était accessible dans le dossier, ce qui pourrait ne pas inclure l'ensemble des antécédents médicaux ou des expériences de vie de la personne.

Les responsables de l'abstraction des données ont reçu une formation et des directives écrites sur le type de renseignements à sélectionner dans les dossiers d'enquête sur les décès et sur la manière de les coder ou de les décrire dans la base de données. Les événements potentiellement traumatisants recensés étaient un problème de santé d'un ami ou d'un membre de la famille, des difficultés avec le ou la partenaire intime (divorce, désaccord) ou autres difficultés relationnelles (comme un conflit familial), des problèmes professionnels ou scolaires, des problèmes financiers, le décès récent d'un ami ou d'un membre de la famille par suicide ou autre, des problèmes juridiques de nature criminelle (arrestation, prison, comparution devant un tribunal) ou autres problèmes juridiques (comme un litige portant sur la garde d'enfant, un procès civil), de la violence interpersonnelle (en tant que victime ou auteur), une expérience de maltraitance pendant l'enfance, une expérience en famille d'accueil, une expérience dans des pensionnats autochtones, le fait d'être victime de violence sexuelle, de subir de la violence physique ou d'être victime d'agression. Les responsables de l'abstraction des données peuvent également avoir saisi un autre événement en expliquant en quoi il répond à la définition d'un événement potentiellement traumatisant. Le protocole de l'étude d'examen des dossiers, la base de données et les définitions des variables sont décrits plus en détail ailleurs³⁰.

Définitions du statut résidentiel

Pour identifier les personnes non logées, cette étude fait appel à la définition de l'itinérance proposée par l'Observatoire canadien sur l'itinérance, à savoir « la situation d'un individu [...] qui n'a pas de logement stable, sécuritaire, permanent ou adéquat, ou qui n'a pas la possibilité, les moyens ou la capacité immédiate de

s'en trouver un »^{31,p.1}. Cela inclut les personnes qui vivent sans abri dans la rue, qui sont hébergées dans des refuges d'urgence et qui logent temporairement chez des amis ou de la famille ou qui échangent un emploi informel ou des ressources contre un logement. Cette définition englobe également les personnes qui présentent un risque imminent de se retrouver sans logement en raison d'une perte d'emploi ou d'une expulsion par un propriétaire, par exemple.

Dans l'ensemble de données nationales, les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle ont été identifiées comme étant « non logées au moment du décès » ou « non logées au cours des 6 mois précédant le décès » à partir des variables liées à leurs conditions de logement, à tout déménagement récent au cours des 6 mois précédant le décès et aux commentaires en texte libre formulés par les responsables de l'abstraction des données au sujet du dossier d'enquête. Une variable spécifique dans la base de données indique, dans le dossier d'enquête sur le décès, que la personne a connu une période d'instabilité résidentielle au cours de sa vie. Les personnes pour lesquelles on ne disposait d'aucune information suggérant qu'elles n'étaient pas logées à un quelconque moment de leur vie (c.-à-d. ne correspondant à aucune variable relative à l'absence de logement) ont été classées dans la catégorie « non identifiées comme étant non logées ». Puisque les dossiers des coroners et des médecins légistes ne constituent pas un dossier complet de la vie d'une personne, il est possible que certaines personnes « non identifiées comme étant non logées » n'aient pas été incluses dans la bonne catégorie.

Les personnes hospitalisées ou ayant été admises dans un établissement correctionnel ou un autre établissement au moment de leur décès ont été exclues des catégories « non logées au moment du décès » et « non identifiées comme étant non logées » et ne sont donc pas prises en compte dans les comparaisons entre ces deux groupes. Les données sur les conditions de logement étaient manquantes pour 10,9 % des personnes, ce qui fait que ces dernières ont également été exclues des analyses. Les comparaisons entre les personnes pour lesquelles il manquait des données sur les conditions de logement et celles sans données manquantes ont révélé des différences statistiquement significatives pour un sous-ensemble de variables clés

comprenant l'âge, le sexe, les antécédents de consommation de substances, les antécédents de troubles liés à la consommation de substances (sauf l'alcool) et des contacts avec le système de santé au cours de l'année précédant le décès.

Analyses statistiques

Nous avons choisi les variables à analyser en fonction de nos hypothèses sur les relations entre le logement et la consommation de substances ou car nous les avons considérées comme points d'intervention potentiels. Comme nous l'avons déjà mentionné, les protocoles d'enquête sur les décès varient d'une administration territoriale à l'autre. De nombreuses variables n'étaient pas accessibles dans la documentation source pour l'ensemble des provinces et territoires. Par conséquent, l'analyse descriptive porte sur des effectifs et des proportions minimaux de personnes décédées d'une intoxication aiguë pour lesquelles des renseignements ont été consignés pour une variable donnée. Nous avons effectué des tests du khi-carré de Pearson pour évaluer les différences statistiques entre les personnes non logées au moment de leur décès et celles non identifiées comme étant non logées ($p < 0,05$). Comme cette étude est descriptive et que les variables ont été présélectionnées en fonction des hypothèses de relations, aucun ajustement pour comparaisons multiples n'a été fait. Les substances et les combinaisons de substances les plus fréquentes à l'origine du décès des personnes des deux sous-groupes de population ont été identifiées à l'aide du progiciel ComplexUpset³².

Nous avons également comparé le profil démographique des deux groupes de personnes décédées d'une intoxication aiguë aux données du Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes de 2016²⁰ et du Recensement de 2016³³. Entre le 1^{er} janvier et le 30 avril 2016, 32 collectivités canadiennes ont participé à un dénombrement coordonné des personnes dans les refuges et dans les rues de leur collectivité. Certains dénombrements ont également inclus les personnes qui se trouvaient dans un établissement de santé ou un établissement correctionnel et qui n'avaient aucun endroit où aller à leur sortie. Tous les cinq ans, le recensement dresse un portrait statistique de la population du Canada. Les individus sont recensés à leur lieu de résidence habituel, qui peut être un logement privé ou collectif. Bien que

les logements collectifs incluent les refuges, le recensement comporte des limites dans sa capacité à saisir les personnes sans logement¹². Les tests de différence statistique n'ont pas été utilisés dans ces comparaisons, parce que les populations de ces trois sources de données ne sont pas indépendantes.

Pour des raisons de confidentialité, tous les effectifs provenant des données de l'examen des dossiers ont été arrondis aléatoirement à la base 3, et les proportions et les taux sont fondés sur ces nombres arrondis³⁰. Les analyses statistiques et les arrondissements aléatoires ont été effectués à l'aide du logiciel statistique R³⁴ et du logiciel RStudio (version 2022.02.0).

Résultats

Comparaison avec la population générale

D'après les données dont nous disposons pour 7 902 personnes décédées en raison d'une intoxication aiguë accidentelle en 2016 ou 2017 au Canada, 9,4 % ($n = 744$) d'entre elles au moins n'étaient pas logées au cours des 6 mois précédant leur décès et 8,9 % ($n = 702$) n'étaient pas logées au moment de leur décès (figure 1).

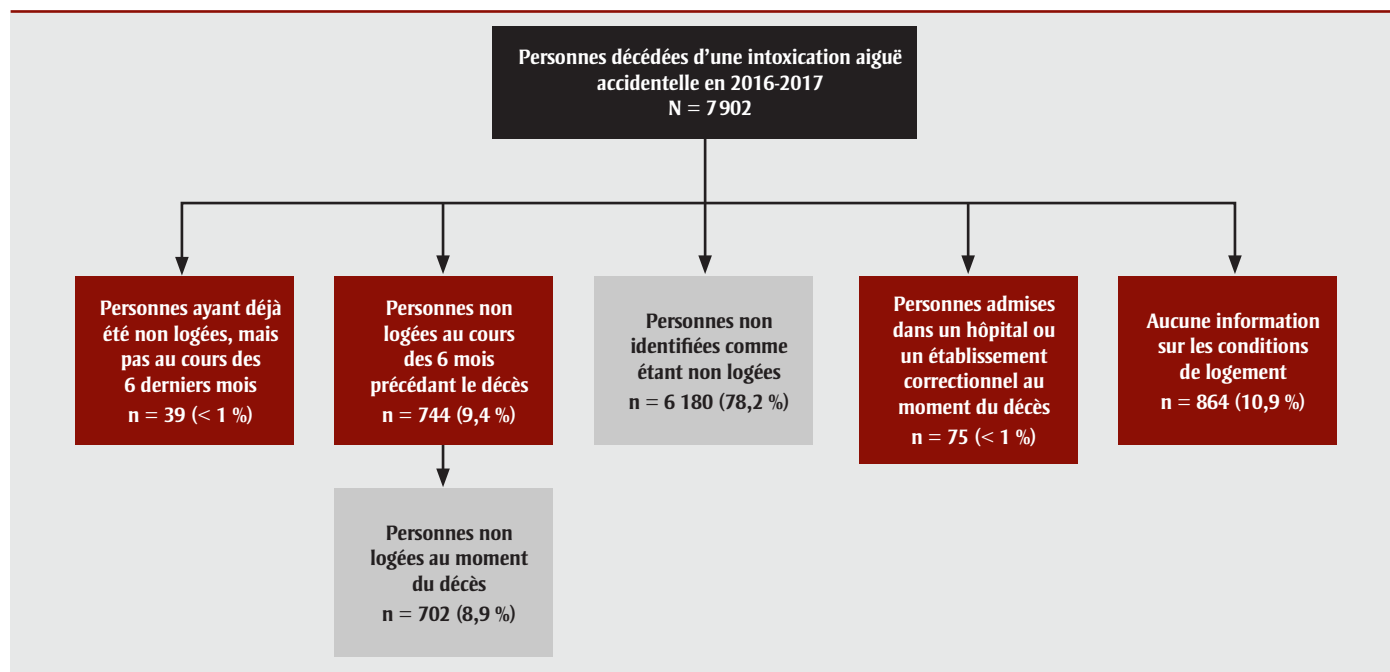
Comme 0,06 % à 0,10 % de la population canadienne était non logée à une date donnée en 2016 et que 0,67 % était non logée en tout temps en 2016^{11,12,33}, les personnes non logées sont donc surreprésentées parmi celles décédées d'une intoxication aiguë accidentelle.

Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, celles qui n'étaient pas logées avaient tendance à être plus jeunes (20 à 49 ans; $p < 0,001$) et de sexe masculin ($p < 0,05$) (tableau 1). Lorsqu'on les compare à la population générale canadienne³³ ou à la population générale canadienne non logée en 2016²¹, les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle non logées avaient plus souvent entre 30 et 59 ans et étaient plus souvent des hommes (tableau 1).

Interactions avec le système de soins de santé en fonction du statut résidentiel

La proportion minimale de personnes ayant eu un contact avec le système de soins de santé au cours de l'année précédant leur décès par intoxication aiguë accidentelle était plus élevée chez les personnes non

FIGURE 1
Statut résidentiel des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, Canada, 2016-2017



Remarque : Dans cette étude, nous comparons les groupes dans les encadrés gris. Les groupes dans les encadrés rouges ont été exclus des comparaisons.

identifiées comme étant non logées que chez celles sans logement (75 % contre 68 %; $p < 0,001$). Les personnes sans logement avaient plus souvent utilisé les services de soins ambulatoires et hospitaliers que celles non identifiées comme étant non logées (tableau 2). Elles avaient également cherché plus souvent à obtenir des soins pour une blessure aiguë (8 % contre 4 %; $p < 0,001$), une intoxication aiguë non mortelle (14 % contre 7 %; $p < 0,001$) ou une consommation de substances ou une dépendance (16 % contre 12 %; $p < 0,05$). Toutefois, la raison de la demande de soins est demeurée inconnue pour de nombreuses personnes, indépendamment de leur situation en matière de logement, et les différences entre les deux groupes sont susceptibles de relever de biais de déclaration plutôt que de véritables différences.

Antécédents de consommation de substances, de problèmes de santé mentale et d'événements de vie potentiellement traumatisants

Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, celles sans logement avaient plus souvent des antécédents de consommation de substances et de consommation chronique de substances que celles non identifiées comme étant non logées (respectivement 92 % contre 83 % et 63 % contre 54 %; $p < 0,001$)

(tableau 3). Les proportions de personnes ayant des antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances ou de troubles liés à l'utilisation d'alcool étaient similaires pour les deux populations. La dépression ou les symptômes dépressifs ont été répertoriés plus souvent chez les personnes non identifiées comme étant non logées que chez celles sans logement (26 % contre 15 %; $p < 0,001$). Les antécédents en matière de santé mentale sont demeurés inconnus pour 29 % des personnes sans logement et 22 % de celles non identifiées comme étant non logées ($p < 0,001$).

Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, environ la moitié (53 %) de celles sans logement avaient des antécédents d'au moins un événement potentiellement traumatisant, contre environ un tiers (38 %) pour les personnes non identifiées comme étant non logées, soit une différence de 17 points de pourcentage ($p < 0,001$) (tableau 3). Les personnes sans logement étaient plus nombreuses à avoir vécu un événement de vie potentiellement traumatisant au cours des deux semaines précédant leur décès que leurs pairs non identifiés comme tels (6 % contre 4 %; $p < 0,05$).

Même si les problèmes juridiques de nature criminelle et les problèmes liés au partenaire

intime étaient les événements de vie potentiellement traumatisants les plus fréquemment identifiés pour les deux populations, les problèmes juridiques de nature criminelle étaient significativement plus fréquents chez les personnes sans logement (33 % contre 16 %; $p < 0,001$).

Séjour récent dans un établissement

Au moins 7 % des personnes décédées par intoxication aiguë accidentelle et sans logement avaient été libérées d'un établissement jusqu'à un mois avant leur décès ($p < 0,001$). La proportion de personnes libérées d'un établissement correctionnel était plus élevée chez les personnes sans logement que chez celles non identifiées comme étant non logées (3 % contre 1 %; $p < 0,001$) mais les proportions de personnes ayant reçu leur congé d'un hôpital étaient similaires (tableau 3).

Circonstances du décès

Le lieu de l'intoxication aiguë ayant conduit au décès accidentel différait considérablement selon le statut résidentiel (tableau 3). Dans le cas des personnes sans logement, l'intoxication aiguë a eu lieu le plus souvent en extérieur, dans une résidence privée ou au domicile d'une autre personne (environ 20 à 23 % des décès par intoxication aiguë pour chaque situation). Dans le cas des personnes non identifiées comme

TABEAU 1
Répartition par sexe et par groupe d'âge des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle selon le statut résidentiel au moment du décès (2016-2017) et pour l'ensemble de la population, Canada, 2016

Groupe d'âge (ans)	Personnes non logées (N = 702) n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées (N = 6 180) n (%)	Population sans logement (proportion estimée) (N = 4 266) n (%)	Population totale (N = 35 151 730) n (%)
Ensemble				
19 ou moins	Masqué	123 (2,0)	1 041 (24,4)	7 865 725 (22,4)
20 à 29	150 (21,4)	1 095 (17,7)	776 (18,2)	4 528 685 (12,9)
30 à 39	222 (31,6)	1 596 (25,8)	875 (20,5)	4 617 765 (13,1)
40 à 49	168 (23,9)	1 323 (21,4)	538 (12,6)	4 615 095 (13,1)
50 à 59	138 (19,7)	1 416 (22,9)	294 (6,9)	5 298 310 (15,1)
60 ou plus	18 (2,6)	627 (10,2)	747 (17,5)	8 226 145 (23,4)
Hommes				
Tous les âges	546 (77,8)	4 581 (74,1)	2 656 (62,3)	17 264 200 (49,1)
19 ou moins	Masqué	72 (1,2)	538 (12,6)	4 032 135 (11,5)
20 à 29	111 (15,8)	849 (13,7)	567 (13,3)	2 288 965 (6,5)
30 à 39	168 (23,9)	1 272 (20,6)	691 (16,2)	2 266 925 (6,4)
40 à 49	138 (19,7)	978 (15,8)	380 (8,9)	2 262 200 (6,4)
50 à 59	111 (15,8)	999 (16,2)	137 (3,2)	2 603 935 (7,4)
60 ou plus	15 (2,1)	411 (6,7)	346 (8,1)	3 810 035 (10,8)
Femmes				
Tous les âges	156 (22,2)	1 596 (25,8)	1 610 (37,7)	17 887 530 (50,9)
19 ou moins	Masqué	51 (0,8)	503 (11,8)	3 833 590 (10,9)
20 à 29	36 (5,1)	249 (4,0)	209 (4,9)	2 239 720 (6,4)
30 à 39	54 (7,7)	321 (5,2)	183 (4,3)	2 350 840 (6,7)
40 à 49	33 (4,7)	345 (5,6)	158 (3,7)	2 352 905 (6,7)
50 à 59	27 (3,9)	417 (6,7)	158 (3,7)	2 694 375 (7,7)
60 ou plus	Masqué	216 (3,5)	401 (9,4)	4 416 115 (12,6)

Sources des données : Étude nationale d'examen des dossiers sur les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance en 2016 et 2017, Agence de santé publique du Canada; Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes de 2016²⁹; Profil du recensement, 2016³³.

Remarques : Les effectifs ont été arrondis aléatoirement à la base 3. Les effectifs des cellules comptant moins de 10 cas ont été supprimés pour protéger la vie privée. Les pourcentages sont fondés sur les nombres arrondis.

étant non logées, la plupart des intoxications aiguës mortelles ont eu lieu dans une résidence privée (74 %). Ainsi, environ un quart des intoxications aiguës subies par les personnes sans logement a eu lieu en extérieur (dans un lieu public extérieur, dans la cour avant ou arrière d'une résidence, sur un trottoir à côté d'un bâtiment), contre seulement 3 % pour les personnes non identifiées comme étant non logées ($p < 0,001$). Les personnes non identifiées comme étant non logées étaient plus souvent dans un lit ou à proximité lors de l'intoxication aiguë (29 %; $p < 0,001$).

Quel que soit le statut résidentiel, le lieu du décès était le même que le lieu de l'intoxication aiguë pour la plupart des personnes décédées, mais les personnes non

identifiées comme étant non logées sont plus souvent décédées au même endroit et les personnes sans logement sont plus souvent décédées à l'hôpital après avoir été transportées d'un autre endroit.

D'après les données dont nous disposons, quel que soit leur statut résidentiel, les personnes étaient majoritairement seules lors de la consommation de substances avant l'intoxication aiguë, mais les personnes sans logement étaient significativement plus susceptibles d'être en présence d'autres personnes (21 %; $p < 0,001$) (tableau 3).

Les personnes sans logement présentant un ou plusieurs symptômes d'intoxication aux opioïdes (ronflement/gargouillement, difficultés respiratoires, micropupilles,

inconscience/absence de réaction ou coloration bleue des lèvres, des ongles ou du visage) étaient plus susceptibles d'avoir reçu de la naloxone que les personnes non identifiées comme étant non logées (42 % contre 23 %; $p < 0,001$). Parmi celles qui présentaient au moins un symptôme d'intoxication aux opioïdes, les personnes sans logement étaient davantage susceptibles d'avoir reçu de la naloxone de la part des services médicaux d'urgence (SMU) (28 % contre 14 %), du personnel hospitalier (16 % contre 7 %) ou des passants (9 % contre 3 %) par rapport aux personnes non identifiées comme étant non logées ($p < 0,001$). Les SMU, les forces de l'ordre et le personnel hospitalier étaient tout autant susceptibles de se rendre sur les lieux pour intervenir auprès de personnes relevant des deux statuts résidentiels,

TABEAU 2
Répartition des interactions avec le système de soins de santé des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle en fonction du statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Variable	Personnes non logées n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées n (%)	Valeur <i>p</i> ^a
Nombre total de décès accidentels	N = 702	N = 6 180	
Contact avec le système de santé au cours de l'année précédant le décès	477 (68)	4 608 (75)	< 0,001
Contact avec le système de santé au cours de l'année précédant le décès	N = 477	N = 4 608	
A reçu un traitement ambulatoire	342 (72)	2 961 (64)	< 0,001
A reçu un traitement hospitalier	138 (29)	927 (20)	< 0,001
On ignore si le traitement reçu était ambulatoire ou hospitalier	81 (17)	1 323 (29)	< 0,001
A cherché à obtenir des soins pour une blessure aiguë	36 (8)	198 (4)	< 0,001
A cherché à obtenir des soins pour la douleur	105 (22)	1 197 (26)	> 0,05
A cherché à obtenir des soins pour une intoxication aiguë non mortelle	66 (14)	312 (7)	< 0,001
A cherché à obtenir des soins pour des problèmes de consommation de substances ou de dépendance	78 (16)	567 (12)	< 0,05
A cherché à obtenir des soins en santé mentale	45 (9)	513 (11)	> 0,05
A cherché à obtenir des soins chirurgicaux	12 (3)	135 (3)	> 0,05
Raison de la demande de soins inconnue	189 (40)	1 932 (42)	> 0,05

Remarques : Les pourcentages sont basés sur des effectifs arrondis aléatoirement à la base 3. Les valeurs *p* en caractères gras indiquent des données statistiquement significatives.

^a Valeur *p* du test du khi carré. Les valeurs *p* exactes ne sont pas présentées pour protéger l'arrondissement aléatoire.

mais le personnel des services d'incendie était davantage susceptible de se rendre sur les lieux dans le cas des personnes sans logement (20 %; *p* < 0,001).

Même si la proportion de personnes réputées comme étant encore vivantes au moment de leur découverte était similaire dans les deux groupes, une plus grande proportion de personnes non identifiées comme étant non logées étaient déjà décédées au moment de leur découverte (31 % contre 23 %). Pour une plus grande proportion de personnes sans logement, il était difficile ou impossible de savoir si elles étaient encore en vie au moment où elles ont été retrouvées.

Substances ayant contribué au décès

Plusieurs substances sont à l'origine de la plupart des décès, mais les décès causés par des substances multiples étaient significativement plus fréquents chez les personnes sans logement que chez celles non identifiées comme étant non logées (79 % contre 70 %; *p* < 0,001). Lorsque la substance (ou les substances) ayant contribué au décès était connue, son origine était moins souvent de nature pharmaceutique (25 % contre 37 %; *p* < 0,001) et elle avait été moins souvent prescrite à la personne

décédée (38 % contre 48 %; *p* < 0,05) chez les personnes sans logement (tableau 3).

Les substances le plus souvent à l'origine des décès par intoxication accidentelle étaient les mêmes quel que soit le statut résidentiel, mais leur degré de contribution était variable (tableau 4). Le fentanyl a contribué le plus souvent au décès des personnes relevant de chaque statut résidentiel, mais il a contribué significativement plus souvent au décès des personnes sans logement que de celles non identifiées comme étant non logées (*p* < 0,001). La cocaïne est responsable d'une proportion similaire de décès chez les personnes de chaque statut résidentiel, mais d'autres stimulants comme la méthamphétamine et l'amphétamine ont contribué à une plus grande proportion de décès chez les personnes sans logement (*p* < 0,001).

Si le fentanyl était plus souvent présent dans les combinaisons de substances ayant le plus fréquemment contribué au décès des personnes pour les deux statuts résidentiels, l'implication des stimulants s'est avérée variable (tableau 5). Chez les personnes sans logement, la méthamphétamine était plus répandue parmi les combinaisons de substances contribuant le plus au décès tandis que chez les personnes non

identifiées comme étant non logées, c'est la cocaïne qui était plus répandue.

Analyse

Les personnes sans logement sont nettement surreprésentées parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë en 2016 et 2017 (8,9 % des personnes décédées étaient non logées comparativement à moins de 1 % de la population générale du Canada). D'après les résultats de notre étude, plusieurs possibilités d'intervention et d'amélioration du soutien accordé aux personnes non logées ou risquant de l'être et aux personnes risquant de mourir d'une intoxication aiguë sont envisageables.

Au moins 7 % des personnes sans logement, soit environ le double de la proportion de personnes non identifiées comme étant non logées, avaient été libérées d'un établissement correctionnel ou autorisés à sortir d'un établissement de soins de santé au cours du mois précédant leur décès. Les séjours dans ces établissements peuvent avoir été liés ou non à la consommation de substances. Le risque de décès par intoxication aiguë est plus élevé après la sortie récente d'un établissement pour de nombreuses raisons. Ainsi, la tolérance d'une personne diminue après une période sans consommation de substances, le séjour

TABEAU 3
Répartition des antécédents médicaux, des circonstances du décès et des substances ayant contribué au décès des personnes par intoxication aiguë accidentelle, selon le statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Variable	Personnes non logées n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées n (%)	Valeur p ^a
Santé mentale	N = 702	N = 6 180	–
Antécédents relatifs à la santé mentale inconnus	204 (29)	1 374 (22)	< 0,001
Dépression ou symptômes dépressifs	108 (15)	1 581 (26)	< 0,001
Antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances (sauf l'alcool)	135 (19)	1 221 (20)	> 0,05
Antécédents de troubles liés à la consommation d'alcool	57 (8)	564 (9)	> 0,05
Consommation de substances	N = 702	N = 6 180	
Antécédents de consommation de substances (sauf l'alcool)	642 (92)	5 106 (83)	< 0,001
Mention d'une consommation chronique de substances	444 (63)	3 312 (54)	< 0,001
Événements de vie potentiellement traumatisant^b	N = 702	N = 6 180	
Antécédents d'événements de vie potentiellement traumatisants	372 (53)	2 364 (38)	< 0,001
Difficulté avec le ou la partenaire intime (divorce, désaccord)	108 (15)	870 (14)	> 0,05
Problème juridique de nature criminelle (arrestation, prison, contribution devant un tribunal)	231 (33)	960 (16)	< 0,001
Tout événement potentiellement traumatisant survenu au cours des 2 semaines précédant le décès	42 (6)	231 (4)	< 0,05
Sortie d'un établissement au moins 1 mois avant le décès	N = 702	N = 6 180	
Établissement correctionnel ^c	24 (3)	66 (1)	< 0,001
Hôpital	24 (3)	129 (2)	> 0,05
N'importe quel établissement ^d	51 (7)	237 (4)	< 0,001
Lieu de l'intoxication aiguë ayant entraîné le décès	N = 702	N = 6 180	< 0,001
Lieu public extérieur	159 (22)	138 (2)	
Résidence privée ^e	138 (20)	4 572 (74)	
Domicile d'une autre personne	159 (23)	411 (7)	
Refuge	60 (9)	0	
Hôtel ou motel	33 (5)	246 (4)	
Bâtiment public	36 (5)	66 (1)	
Autre ou inconnu	120 (17)	744 (12)	
Localisation spécifique de l'intoxication aiguë ayant entraîné le décès	N = 702	N = 6 180	
À l'extérieur	171 (24)	210 (3)	< 0,001
Véhicule	24 (3)	141 (2)	> 0,05
Dans un lit ou à proximité	147 (21)	1 791 (29)	< 0,001
Lieu du décès	N = 702	N = 6 180	< 0,01
Le même que celui de l'intoxication aiguë	519 (74)	4 764 (77)	
Hôpital ^f	147 (21)	981 (16)	
Autre	39 (6)	435 (7)	
Consommation de substances en présence d'autres personnes avant l'intoxication aiguë	N = 702	N = 6 180	< 0,001
Oui	147 (21)	1 017 (16)	
Oui, alcool seulement	21 (3)	246 (4)	
Non	240 (34)	2 505 (41)	
Inconnu	297 (42)	2 409 (39)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Répartition des antécédents médicaux, des circonstances du décès et des substances ayant contribué au décès des personnes par intoxication aiguë accidentelle, selon le statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Variable	Personnes non logées n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées n (%)	Valeur p ^a
Décès en présence d'un témoin	N = 702	N = 6 180	< 0,001
La personne était vivante au moment de sa découverte	75 (11)	645 (10)	
La personne était décédée au moment de sa découverte	162 (23)	1 905 (31)	
On ne sait pas si la personne était encore vivante au moment de sa découverte	171 (24)	1 293 (21)	
Inconnu	294 (42)	2 337 (38)	
Intervention sur le lieu de l'intoxication aiguë	N = 702	N = 6 180	
Services médicaux d'urgence (SMU)	378 (54)	3 510 (57)	> 0,05
Services d'incendie	138 (20)	876 (14)	< 0,001
Forces de l'ordre	351 (50)	3 180 (51)	> 0,05
Personnel hospitalier	15 (2)	183 (3)	> 0,05
Personnes ayant présenté au moins un symptôme d'intoxication aux opioïdes^g	N = 207	N = 1 620	
La personne a reçu de la naloxone	87 (42)	375 (23)	< 0,001
Naloxone administrée par les SMU	57 (28)	234 (14)	< 0,001
Naloxone administrée par du personnel hospitalier	33 (16)	120 (7)	< 0,001
Naloxone administrée par des passants	18 (9)	45 (3)	< 0,001
Substances multiples ayant contribué au décès	N = 702	N = 6 180	
Oui	558 (79)	4 311 (70)	< 0,001
Types de substances ayant contribué au décès	N = 702	N = 6 180	
Un opioïde a contribué au décès	579 (82)	4 545 (74)	< 0,001
Un stimulant a contribué au décès	477 (68)	3 051 (49)	< 0,001
Un opioïde et un stimulant ont contribué au décès	411 (59)	2 250 (36)	< 0,001
Substance(s) ayant contribué au décès connue(s)	N = 675	N = 5 820	
Origine non pharmaceutique	573 (85)	4 065 (70)	< 0,001
Origine pharmaceutique	168 (25)	2 175 (37)	< 0,001
La substance ayant contribué au décès était d'origine pharmaceutique	N = 168	N = 2 175	
La substance avait été prescrite à la personne décédée	63 (38)	1 038 (48)	< 0,05

Remarque : Les valeurs p du test du khi carré en caractères gras indiquent des différences statistiquement significatives.

^a Lorsque les catégories sont mutuellement exclusives, le test du khi carré compare la répartition entre les catégories pour les personnes non logées et les personnes non identifiées comme étant non logées. Lorsque les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, le test du khi carré compare la présence et l'absence de cette catégorie pour les personnes non logées et les personnes non identifiées comme étant non logées.

^b Comprend les événements identifiés pour au moins 10 % des personnes d'un groupe.

^c Comprend les centres de détention provisoire et les centres pour jeunes délinquants.

^d Comprend les établissements correctionnels, les centres de détention provisoire, les centres pour jeunes délinquants, les hôpitaux, les établissements de santé mentale, les maisons de santé de longue durée (comme les maisons de soins infirmiers), les autres établissements de santé ou les établissements résidentiels supervisés.

^e Une personne en situation d'itinérance peut avoir un logement instable, précaire ou inadéquat²⁶.

^f Comprend uniquement les personnes ayant été transportées d'un autre lieu vers un hôpital. Si l'intoxication aiguë s'est produite à l'hôpital où la personne est décédée, elle sera classée dans la catégorie « même lieu que celui de l'intoxication aiguë ».

^g Comprend les événements identifiés pour au moins 5 % des personnes d'un groupe.

peut interrompre l'accès aux traitements et aux mesures de soutien ou la poursuite de ceux-ci (comme les traitements par agonistes opioïdes) et, selon la durée du séjour, les personnes peuvent éprouver des symptômes de sevrage, entraînant ainsi une consommation à plus haut risque, ou encore les substances accessibles et leur toxicité peuvent avoir changé³⁵⁻³⁷.

Les hôpitaux et les établissements correctionnels pourraient mieux planifier la transition de ces personnes avant leur sortie et mettre en relation celles qui se retrouvent sans logement ou risquant de l'être avec des services de réduction des méfaits fondés sur des données probantes, de traitement, de soins de santé et de logement afin de prévenir les intoxications

aiguës. Les personnes sans logement ont été en forte proportion en contact avec le système de soins de santé en général avant leur décès (par des soins ambulatoires ou hospitaliers), des interactions qui offre des opportunités de les mettre en relation avec les services sociaux et de santé nécessaires.

Si les personnes non logées et décédées d'une intoxication aiguë avaient plus

TABEAU 4
Origine et contribution d'autres substances pour les substances ayant contribué à au moins 10 % des décès accidentels en fonction
du statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Substances ayant contribué à plus de 10 % des décès	Personnes non logées (N = 702)						Personnes non identifiées comme étant non logées (N = 6 180)					
	Rang	Contribution aux décès % (n)	Origine non pharmaceutique % (n)	Origine pharmaceutique % (n)	Origine inconnue % (n)	Contribution avec d'autres substances % (n)	Rang	Contribution aux décès % (n)	Origine non pharmaceutique % (n)	Origine pharmaceutique % (n)	Origine inconnue % (n)	Contribution avec d'autres substances % (n)
Fentanyl ^a	1	60 (423)	51 (216)	1 (6)	48 (201)	89 (375)	1	47 (2 895)	46 (1 329)	4 (108)	50 (1 461)	81 (2 343)
Méthamphétamine ^a	2	48 (336)	100 (336)	s.o.	s.o.	96 (321)	4	19 (1 179)	100 (1 179)	s.o.	s.o.	90 (1 056)
Cocaïne	3	32 (225)	100 (225)	s.o.	s.o.	92 (207)	2	36 (2 196)	100 (2 196)	s.o.	s.o.	84 (1 848)
Amphétamine ^{a,*}	4	26 (183)	16 (30)	0	84 (153)	100 (183)	6	11 (684)	19 (129)	1 (9)	79 (543)	100 (684)
Éthanol (alcool)	5	21 (150)	s.o.	s.o.	s.o.	94 (141)	3	22 (1 347)	s.o.	s.o.	s.o.	86 (1 158)
Morphine ^a	6	15 (105)	17 (18)	6 (6)	14 (15)	97 (102)	5	14 (855)	16 (138)	13 (111)	71 (606)	94 (804)
Diacétylmorphine (héroïne) ^a	6	15 (105)	100 (105)	s.o.	s.o.	94 (99)	7	10 (597)	100 (597)	s.o.	s.o.	97 (579)

Abréviation : s.o., sans objet

^a L'amphétamine est un métabolite de la méthamphétamine et la morphine est un métabolite de la diacétylmorphine (héroïne). Leur présence dans les résultats toxicologiques indique soit qu'ils ont été consommés soit que leur substance-mère a été consommée.

* Différence significative selon le statut résidentiel, test du khi carré, $p < 0,05$.

TABEAU 5
Substances exclusives et combinaisons de substances^a ayant contribué à la plupart des décès accidentels par intoxication aiguë en fonction du statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Personnes non logées (N = 702)			Substances et combinaisons de substances les plus courantes ^b	Personnes non identifiées comme étant non logées (N = 6 180)		
%	n	Rang		Rang	n	%
8	54	1	Fentanyl, méthamphétamine et amphétamine	6	144	2
7	48	2	Fentanyl	1	552	9
5	33	3	Fentanyl et cocaïne	2	354	6
3	24	4	Fentanyl et méthamphétamine	15	63	1
3	18	5	Cocaïne	3	345	6
3	18	5	Fentanyl, méthamphétamine, cocaïne et amphétamine	15	63	1
2	15	7	Méthamphétamine	8	120	2
2	15	7	Méthamphétamine et carfentanil	>17	21	0
2	15	7	Aucun renseignement toxicologique disponible	12	78	1
2	15	7	Polytoxicité	4	282	5
2	15	7	Fentanyl, méthamphétamine, amphétamine, morphine et diacétylmorphine (héroïne)	>17	27	0
2	12	12	Fentanyl et éthanol (alcool)	7	135	2
2	12	12	Méthamphétamine et amphétamine	17	57	1
2	12	12	Éthanol (alcool)	5	186	3
2	12	12	Fentanyl, méthamphétamine et diacétylmorphine (héroïne)	>17	24	0
2	12	12	Méthadone	9	117	2
2	12	12	Fentanyl, cocaïne et éthanol (alcool)	13	72	1

Remarques : L'amphétamine et la morphine sont des métabolites actifs de respectivement la méthamphétamine et la diacétylmorphine (héroïne). Leur présence dans les résultats toxicologiques est due soit à leur consommation, soit à la consommation de la substance-mère. Cette source de données ne permet pas de déterminer si ces substances ont été consommées intentionnellement ou non. Les effectifs sont arrondis aléatoirement à la base 3 et les valeurs inférieures à 10 ont été supprimées. Les proportions sont fondées sur les nombres arrondis.

^a Substances exclusives ou combinaisons de substances ayant contribué à au moins 10 décès de personnes non logées.

^b Opioides : carfentanil, diacétylmorphine (héroïne), fentanyl, morphine, méthadone. Stimulants : amphétamine, cocaïne, méthamphétamine.

souvent des antécédents connus de consommation de substances, leurs antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances et de problèmes de santé mentale étaient similaires à ceux des personnes non identifiées comme étant non logées. Cette constatation peut s'expliquer par l'absence d'antécédents confirmés pour les personnes non logées en raison d'un accès limité aux services de santé ou à une moindre accessibilité de l'information au cours des enquêtes sur les décès. Parmi les personnes décédées, une personne sur deux sans logement avait des antécédents confirmés d'au moins un événement potentiellement traumatisant survenu au cours de sa vie, une proportion beaucoup plus élevée que celle des personnes non identifiées comme étant non logées. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de mettre en place des services accessibles, inclusifs et tenant compte des traumatismes, conformes aux directives cliniques canadiennes, à l'intention des personnes sans logement qui vivent des situations médicales et sociales complexes³⁸.

Chez les personnes non identifiées comme étant non logées, l'intoxication aiguë a eu lieu dans une résidence privée dans trois cas sur quatre. Parmi les personnes sans logement, un quart des intoxications aiguës ont eu lieu à l'extérieur. La consommation de substances en extérieur peut accroître les chances qu'un témoin constate une situation d'urgence médicale. En revanche, elle peut aussi donner lieu à des pratiques visant à dissimuler la consommation (consommation précipitée ou en grandes quantités) pour éviter les rencontres avec les autorités policières et les accusations de possession de drogues. En outre, la consommation en extérieur ou dans des lieux publics est associée à un risque accru d'être victime d'intoxication aiguë^{25,26,39}.

Même si les personnes relevant des deux statuts résidentiels étaient plus souvent seules lors de la consommation de substances avant l'intoxication aiguë, la probabilité était plus forte pour les personnes sans logement d'avoir consommé des substances en présence d'autrui, ce qui offre

une possibilité d'intervention plus élevée. Les programmes de réduction des méfaits, les services de logement et les politiques d'application de la loi pourraient promouvoir des milieux plus sûrs d'hébergement et de consommation de substances, où l'assistance médicale et la naloxone seraient plus facilement accessibles. L'amélioration de l'intégration des services et de la disponibilité en services complets dans le cadre des ressources de soutien existantes (refuges/ services de logement, programmes de traitement et de réduction des méfaits) permet également de réduire les méfaits et d'améliorer la situation des personnes sans logement, qui peuvent avoir des besoins complexes et interdépendants en matière de santé et de services sociaux.

Le profil des substances en cause dans les décès diffère selon le statut résidentiel. Les stimulants et les opioïdes sont des drogues de rue accessibles et la consommation de ces substances pour composer avec les traumatismes et les facteurs de stress situationnels a déjà été étudiée^{40,41}.

La consommation de stimulants comme les méthamphétamines peut aider les personnes à rester éveillées et alertes lorsqu'elles sont sans abri et qu'elles ne sont pas en sécurité^{42,43}. La demi-vie plus longue de plusieurs heures et le prix généralement plus bas expliquent sans doute pourquoi les méthamphétamines plutôt que la cocaïne ont plus souvent contribué au décès des personnes en situation d'itinérance et pourquoi la cocaïne a plus souvent contribué au décès des personnes ayant un logement⁴⁴. Il semble que l'utilisation simultanée d'opioïdes et de stimulants permet de calmer une personne après la consommation d'un stimulant, d'atténuer les symptômes de sevrage ou la paranoïa provoquée par un stimulant, d'éviter la somnolence lors de l'utilisation d'un opioïde, de créer une vague de stimulations et de sédations successives ou d'équilibrer les effets de chaque substance⁴⁵. Par ailleurs, la présence de ces deux substances peut également être involontaire et résulter d'une contamination. Consulter les personnes non logées ou risquant de l'être au sujet des substances qu'elles consomment et de leurs habitudes de consommation permettrait d'orienter la prestation de services de promotion de la santé et de réduction des méfaits, notamment en offrant des options d'approvisionnement plus sûres. Le fait de connaître les substances qui causent des préjudices peut aussi aider à adapter la formation des premiers intervenants et des passants qui interviennent en cas d'intoxication aiguë.

Points forts et limites

Les données des estimations nationales et de l'étude d'examen des dossiers concernant les personnes non logées reposent sur des dénombrements ponctuels (pour les estimations nationales, il s'agit du jour du dénombrement; pour l'étude d'examen des dossiers, il s'agit du jour du décès). Elles n'incluent pas toutes les personnes sans logement dans une collectivité au cours d'une période donnée. Souvent, les gens entrent dans le cycle de l'itinérance et en sortent, et ceux qui sont temporairement hébergés par des amis ou de la famille sont moins susceptibles d'être comptabilisés lors du dénombrement^{46,47}. Les personnes qui vivent dans l'insécurité sur le plan du logement ou qui courent un risque immédiat d'être sans logement sont également moins susceptibles d'être recensées.

L'objectif des enquêtes sur les décès est d'établir la cause et le mode du décès et, dans certains cas, de formuler des recommandations pour prévenir de futurs décès de même nature. Par conséquent, les coroners et les médecins légistes ne s'intéressent pas nécessairement aux variables sélectionnées pour notre étude. Les protocoles d'enquête sur les décès, les méthodes de collecte de données et l'accessibilité de certaines variables sont variables à l'échelle du Canada. Par exemple, la définition binaire du sexe s'est révélée toujours disponible, mais l'identité de genre l'a rarement été. En outre, les enquêtes sur les décès de personnes non logées contiennent généralement moins d'information parce qu'il peut être difficile de rencontrer des témoins, des amis, des membres de la famille ou des fournisseurs de services qui peuvent parler de leur histoire. Dans les dossiers d'enquête sur les décès, il n'est pas toujours évident de savoir si une personne vivait avec un ami ou un membre de la famille du fait d'une insécurité en matière de logement. L'itinérance, les antécédents de consommation de substances, les symptômes et les problèmes de santé mentale et les expériences potentiellement traumatisantes sont tous des éléments probablement sous-déclarés dans l'étude de l'examen des dossiers. Les données fournissent donc les proportions minimales de personnes ayant vécu ces expériences. Il est possible que les différences entre les personnes non logées au moment de leur décès et celles non identifiées comme étant non logées soient sous-estimées en raison d'erreurs de classification des personnes si l'enquête n'a pas permis d'obtenir l'information nécessaire.

Conclusion

Cette étude présente plusieurs possibilités de réduire le nombre de décès accidentels par intoxication aiguë parmi les personnes non logées, notamment lors des contacts avec les services de santé et par un renforcement de la planification de la transition avant la sortie d'un établissement, en tenant compte de la nécessité de mettre en place des services accessibles, inclusifs et adaptés aux traumatismes, en améliorant l'intégration des services aux ressources de soutien existantes, en créant des milieux plus sûrs d'hébergement et de consommation de substances et en adaptant les services de promotion de la santé et de réduction des méfaits à leurs besoins particuliers.

Depuis la période visée par l'étude, la pandémie de COVID-19 a contribué à une augmentation du nombre de personnes sans logement et à la multiplication des obstacles à l'accès aux services qui leur sont destinés⁴⁸. Des recherches sur les liens actuels entre le statut résidentiel et les méfaits liés aux substances ainsi que l'intégration de la participation de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète d'itinérance seraient très utiles pour faire avancer les politiques et les programmes visant à prévenir d'autres décès accidentels dus à une intoxication aiguë.

Remerciements

Nous tenons à remercier nos collaborateurs des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef de l'ensemble du Canada, qui nous ont donné accès à leurs dossiers d'enquête sur les décès. Nous remercions également nos co-chercheurs pour leur contribution à l'élaboration de l'étude nationale d'examen des dossiers sur les décès attribuables à une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance : Matthew Bowes, Songul Bozat-Emre, Jessica Halverson, Dirk Huyer, Graham Jones, Jennifer Leason, Regan Murray, Erin Rees, Jenny Rotondo et Emily Schleihau.

Financement

Cette étude a reçu le soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contribution des auteurs et avis

AV : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, supervision, administration du projet, curation des données, analyse formelle, recherche.

BA : méthodologie, conception, relectures et révisions.

RA : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, curation des données, analyse formelle, recherche.

AE : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit,

relectures et révisions, curation des données, analyse formelle.

BJ : méthodologie, conception, relectures et révisions.

TK : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, curation des données, analyse formelle, recherche.

FK : méthodologie, conception, relectures et révisions.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada ou des fournisseurs de données.

Références

1. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2023 [consultation le 23 juillet 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
2. Milaney K, Passi J, Zaretsky L, Liu T, O'Gorman CM, Hill L, et al. Drug use, homelessness and health: responding to the opioid overdose crisis with housing and harm reduction services. *Harm Red J*. 2021;18(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00539-8>
3. British Columbia Ministry of Public Safety and Solicitor General. Illicit drug overdose deaths in BC: findings of coroners' investigations. Victoria (BC): the Ministry; 2018. En ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicitdrugoverdosedeadsinbc-findingsofcoronersinvestigations-final.pdf>
4. Gomes T, Murray R, Kolla G, Leece P, Bansal S, Besharah J, Cahill T, et al.; Ontario Drug Policy Research Network; Office of the Chief Coroner for Ontario; Public Health Ontario. Changing circumstance surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic. Toronto (Ont.): Ontario Drug Policy Research Network; 2021. En ligne à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf?sc_lang=en
5. Alberta Health. Opioid-related deaths in Alberta in 2017: review of medical examiner data. Edmonton (AB): Government of Alberta; 2019 [consultation le 14 avril 2022]. En ligne à : <https://open.alberta.ca/dataset/f9912915-bd4f-4b57-93bf-2a963cb99038/resource/a2857fb6-6663-491c-b9df-686e348bb456/download/070519-me-chart-review-final.pdf>
6. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. L'état de l'itinérance au Canada 2016. Toronto (Ont.) : Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016. En ligne à : <https://www.rondpointdelitinérance.ca/sites/default/files/attachments-fr/SOHC16FR.pdf>
7. McDermott S, Harding A, Randle J. Série de documents de recherche – Revenu : Les caractéristiques des résidents des refuges [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 15 avril 2019 [consultation le 14 avril 2022] [n° au catalogue : 75F0002M]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2019004-fra.htm>
8. Thistle J. Définition de l'itinérance chez les Autochtones au Canada. Toronto (Ont.) : Presse de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2017. En ligne à : https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments-fr/INDS-Definition_FR-19-09-18-DO.pdf
9. Kidd SA, Evans JD. Home is where you draw strength and rest: the meanings of home for houseless young people. *Youth & Society*. 2011;43(2):752-773. <https://doi.org/10.1177/0044118X10374018>
10. Parsell C. Home is where the house is: the meaning of home for people sleeping rough. *Hous Stud*. 2012; 27(2):159-173. <https://doi.org/10.1080/02673037.2012.632621>
11. Tomas A, Dittmar H. The experience of homeless women: An exploration of housing histories and the meaning of home. *Hous Stud*. 1995;10(4):493-515. <https://doi.org/10.1080/02673039.508720834>
12. Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, Farrell S, Gogosis E, Aubry T, et al. Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. *PLoS one*. 2013;8(10):e75133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075133>
13. Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2012 [modification le 8 avril 2014]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2012.html>
14. DeLuca S, Rosen E. Housing insecurity among the poor today. *Ann Rev Soc*. 2022;48:343-371. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-090921-040646>
15. Quayum S, Hunter P, Rivier J, Cooper I, Baker N; Infrastructure Canada. Rapport sur la toxicomanie, consommation de substances et itinérance [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [modification le 21 avril 2022; consultation le 23 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/addiction-toxicomanie-fra.html>
16. McNaughton CC. Transitions through homelessness, substance use, and the effect of material marginalization and psychological trauma. *Drugs Educ Prev Policy*. 2008;15(2):177-188. <https://doi.org/10.1080/09687630701377587>
17. Webster LR. Risk factors for opioid-use disorder and overdose. *Anesth Analg*. 2017;125(5):1741-8. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002496>
18. Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk factors for homelessness: evidence from a population-based study. *Psychiatr Serv*. 2009;60(4):465-472. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.4.465>

19. Ibabe I, Stein JA, Nyamathi A, Bentler PM. Predictors of substance abuse treatment participation among homeless adults. *J Subst Abuse Treat*. 2014; 46(3):374-381. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.008>
20. Hunter P. Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance – Faits saillants – Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes. Ottawa (Ont.) : Emploi et Développement social Canada; 2016. En ligne à : <https://publications.gc.ca/site/fr/9.827550/publication.html>
21. Didenko E, Pankratz N. Substance use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life. *Visions*. 2007; 4(1):9-10.
22. McVicar D, Moschion J, van Ours JC. From substance use to homelessness or vice versa? *Soc Sci Med*. 2015;136-7:89-98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.005>
23. Agence de la santé publique du Canada. Les intoxications liées à la consommation de substances et l'itinérance au Canada : une analyse descriptive des données d'hospitalisation. Ottawa (Ont.) : ASPC; [modification le 23 juin 2021; consultation le 14 avril 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/hospitalisations-intoxications-liees-substances-personnes-situation-itinerance.html>
24. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: a systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(1):1-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>
25. Small W, Kerr T, Charette J, Schechter MT, Spittal PM. Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation. *Int J Drug Policy*. 2006; 17(2):85-95. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.12.005>
26. Ti L, Wood E, Shannon K, Feng C, Kerr T. Police confrontations among street-involved youth in a Canadian setting. *Int J Drug Policy*. 2013;24(1): 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.008>
27. Adams L. In the public eye: addressing the negative impact of laws regulating public space on people experiencing homelessness. Canberra (AU): The Winston Churchill Memorial Trust of Australia; 2014.
28. World Health Organization. Preventing overdose deaths in the criminal-justice system. Copenhagen (DK): WHO; 2014. En ligne à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326483/9789289042048-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Thompson T, Rotondo J, Enns A, Leason J, Halverson J, Huyer D, et al. Exploration des facteurs de risque contextuels et des caractéristiques des personnes décédées des effets toxiques aigus d'opioïdes et d'autres substances illégales : prise en compte de l'avis des coroners et des médecins légistes. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(2):55-66. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.2.01f>
30. Rotondo J, VanSteelandt A, Kouyoumdjian F, Bowes MJ, Kakkar T, Jones G, et al. Substance-related acute toxicity deaths in Canada from 2016 to 2017: protocol for a retrospective chart review study of coroner and medical examiner files. *JMIR Public Health Surveill*. 2024;49981. <https://doi.org/10.2196/49981>
31. Gaetz S, Barr C, Friesen A, Harris B, Hill C, Kovacs-Burns K, et al. Définition canadienne de l'itinérance. Toronto (Ont.) : Canadian Observatory on Homelessness Press; 2017. En ligne à : <https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf>
32. Krassowski M, Arts M, Lager C, Max. krassowski/complex-upset: v1.3.5 [software]. Geneva (CH): Zenodo; 2020. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3700590>
33. Statistique Canada. Profil du recensement, 2016. Profils d'une communauté ou d'une région : 98-316-X2016001 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 29 novembre 2017 [consultation le 21 avril 2022] [n° 98-316-X2016001]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/98-316-X2016001>
34. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [software]. Vienna (AT): R Foundation for Statistical Computing; 2021. En ligne à : <https://www.R-project.org/>
35. Joudrey PJ, Khan MR, Wang EA, Scheidell JD, Edelman EJ, McInnes DK, et al. A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addict Sci Clin Pract*. 2019;14(1):17. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0145-5>
36. Kinner SA, Gan W, Slaunwhite A. Fatal overdoses after release from prison in British Columbia: a retrospective data linkage study. *CMAJ Open*. 2021;9(3):E907-914. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200243>
37. Merrall EL, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*. 2010;105(9):1545-1554. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x>
38. Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G, et al. Lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance. *CMAJ*. 2020;192(41):E1225-1241. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190777-f>
39. Wallace B, Kennedy MC, Kerr T, Pauly B. Factors associated with non-fatal overdose during a public health emergency. *Subst Use Misuse*. 2019; 54(1):39-45. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1491051>
40. Gonzales R, Anglin MD, Beattie R, Ong CA, Glik DC. Understanding recovery barriers: youth perceptions about substance use relapse. *Am J Health Behav*. 2012;36(5):602-614. <https://doi.org/10.5993/AJHB.36.5.3>
41. Goldman-Hasbun J, Nosova E, Kerr T, Wood E, DeBeck K. Homelessness and incarceration associated with relapse into stimulant and opioid use among youth who are street-involved in Vancouver, Canada. *Drug Alcohol Rev*. 2019;38(4):428-434. <https://doi.org/10.1111/dar.12921>

-
42. Al-Tayyib A, Koester S, Langeegger S, Raville L. Heroin and methamphetamine injection: an emerging drug use pattern. *Subst Use Misuse*. 2017;52(8): 1051-1058. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1271432>
 43. Papamihali K, Collins D, Karamouzian M, Purssell R, Graham B, Buxton J. Crystal methamphetamine use in British Columbia, Canada: A cross-sectional study of people who access harm reduction services. *PloS One*. 2021; 16(5):e0252090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252090>
 44. Washton A. Clinical aspects of cocaine and methamphetamine dependence. Dans : Brizer D, Castaneda R (dir.), *Clinical addiction psychiatry*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2010. p. 137-146. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511782107.016>
 45. Boileau-Falardeau M, Contreras G, Gariépy G, Laprise C. Tendances et motivations associées à la polyconsommation de substances : une revue rapide des données qualitatives. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022; 42(2):53-66. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01f>
 46. Echenberg H, Munn-Rivard L. L'itinérance au Canada : définitions et recensements. Ottawa (Ont.) : Bibliothèque du Parlement; 2020. [n° 2020-41-F].
 47. Rodrigue S. L'itinérance cachée au Canada. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2016. [n° 75-006-X]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2016001/article/14678-fra.htm>
 48. Quayum S, Love C, Chen L; Infrastructure Canada. Tout le monde compte 2020-2022 : Rapport préliminaire sur les faits saillants [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 28 avril 2023; consultation le 4 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/pit-counts-dp-2020-2022-highlights-fra.html>