

Synthèse des données probantes

La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale

Lisa Belzak, M. Sc. S.; Jessica Halverson, M.S.P., M. Serv. Soc.

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Cette recension offre un panorama à l'échelle nationale de ce que l'on savait, en décembre 2017, au sujet de la crise des opioïdes au Canada, en matière de décès et de méfaits liés à la consommation d'opioïdes et en matière de facteurs de risque potentiels.

Méthodologie. Nous avons examiné tous les rapports de surveillance et les rapports épidémiologiques sur les opioïdes destinés au public ayant été publiés par les ministères de la Santé des provinces et des territoires et les bureaux des coroners en chef ou des médecins légistes. Nous avons également examiné les publications de nos partenaires fédéraux ainsi que les rapports et les articles sur le sujet publiés jusqu'à décembre 2017. Nous avons synthétisé les données en comparant les taux de mortalité et de morbidité liés à la consommation d'opioïdes dans les provinces et les territoires aux taux observés à l'échelle nationale afin de déceler d'éventuelles tendances à l'échelle régionale.

Résultats. La crise des opioïdes touche toutes les régions du pays, mais certaines sont plus durement atteintes que d'autres. En effet, depuis 2016, les taux de décès et d'hospitalisations apparemment liés à la consommation d'opioïdes sont plus élevés dans les provinces de l'Ouest que sont la Colombie-Britannique et l'Alberta, ainsi qu'au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. À l'échelle nationale, la plupart des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes sont survenus chez des hommes et ils ont touché en plus grande proportion les 30 à 39 ans. Les données disponibles laissent penser qu'il existe des différences régionales en matière de résultats de santé en fonction de l'âge et du sexe, en particulier lorsque des opioïdes synthétiques sont en cause. Toutefois, des différences relevant des méthodes de collecte et des exigences relatives à la déclaration des données peuvent jouer sur l'interprétation et la comparabilité des résultats.

Conclusion. Ce rapport relève des lacunes en ce qui concerne certaines données et certains domaines, auxquelles il faudra remédier en menant des études plus approfondies pour mieux comprendre la crise nationale des opioïdes. L'Agence de la santé publique du Canada va continuer de travailler en étroite collaboration avec les provinces, les territoires et ses partenaires nationaux pour affiner et normaliser les processus de collecte de données à l'échelle nationale, mener des études spécifiques et améliorer l'échange d'information, afin que l'on dispose de meilleures données sur lesquelles se fonder pour élaborer des mesures de santé publique et prévenir les décès et les méfaits liés aux opioïdes.

Mots-clés : opioïdes, surdose, crise, méfaits, décès, fentanyl, Canada

Points saillants

- La crise des opioïdes prend de l'ampleur au Canada, du fait de l'usage d'opioïdes illicites comme prescrits. Le fentanyl et ses analogues semblent alimenter l'augmentation du nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes.
- Cette crise a des répercussions dévastatrices sur la santé et la vie des Canadiens, sur leurs familles et sur l'ensemble des collectivités au Canada. En 2016, on a comptabilisé 2861 décès liés aux opioïdes, avec une moyenne quotidienne de 16 hospitalisations liées aux opioïdes.
- Bien que la crise des opioïdes touche toutes les régions du pays, l'Ouest (la Colombie-Britannique et l'Alberta) et les territoires du Nord (le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest) sont les plus durement atteints.
- À l'échelle nationale, la plupart des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes sont survenus chez des hommes (74 %) et ont touché le plus souvent les 30 à 39 ans (28 %).
- Les données révèlent que cette crise ne se limite pas aux opioïdes : 82 % des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes entre janvier 2016 et juin 2017 ont concerné aussi la consommation d'une ou plusieurs substances non opioïdes.

Rattachement des auteurs :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Lisa Belzak, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-355-1809; téléc. : 613-941-2057; courriel : lisa.belzak@canada.ca

Introduction

La crise des opioïdes prend de l'ampleur au Canada, sous l'effet de l'usage d'opioïdes illicites et d'opioïdes prescrits. En 2016, on a comptabilisé 2861 décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes*, ce qui équivaut à 8 décès par jour¹ et est supérieur au nombre moyen de Canadiens décédés quotidiennement dans une collision de véhicules automobiles en 2015². Il ne s'agit pourtant là que de la pointe de l'iceberg : on a également comptabilisé en 2016 au Canada en moyenne 16 hospitalisations par jour attribuables à une intoxication liée aux opioïdes³. Ce n'est pas un problème circonscrit aux personnes qui consomment des drogues illicites ou des drogues de la rue, mais plutôt une crise nationale de santé publique, qui touche la population de toutes les collectivités du Canada, de tous les âges et de tous les groupes socioéconomiques.

Méthodologie

Le but de cette recension était de fournir une synthèse de l'ensemble des données disponibles sur la crise des opioïdes au Canada, afin d'aider à identifier les tendances et les lacunes relatives aux connaissances et de fournir aux décideurs une perspective nationale. Pour mieux comprendre la crise et ses répercussions sur les Canadiens à l'échelle du pays, nous avons examiné tous les rapports épidémiologiques et les rapports de surveillance sur les opioïdes destinés au public publiés par les ministères de la Santé des provinces et des territoires et les bureaux des coroners en chef et des médecins légistes. Nous avons également examiné les rapports et les articles de nos partenaires fédéraux et d'organismes externes mentionnant les méfaits liés aux opioïdes, les opioïdes, les opiacés, le fentanyl, les analogues du fentanyl ou les opioïdes synthétiques, publiés ou diffusés jusqu'à décembre 2017. Nous avons synthétisé les données (en fonction de leur disponibilité) en comparant l'évolution des tendances en matière de mortalité et de morbidité liées à la consommation d'opioïdes dans les provinces et les territoires et en comparant les taux actuels observés dans les provinces et les territoires à ceux observés à l'échelle nationale afin de déceler d'éventuelles tendances et différences régionales. Afin de disposer du

contexte d'ensemble pour la synthèse des données à l'échelle nationale, nous avons tenu compte des renseignements recueillis dans le cadre de discussions bilatérales avec les provinces et les territoires portant sur les résultats en santé découlant de la consommation d'opioïdes, ainsi que des données de Santé Canada sur les pratiques en matière de prescription et sur l'analyse des saisies de drogues.

Au moment de cette recension, toutes les provinces et tous les territoires communiquaient des données sur la mortalité liée à la consommation d'opioïdes à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par l'entremise du Groupe de travail sur la surveillance des surdoses d'opioïdes (GTSSO). Le GTSSO réunit des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi que d'autres partenaires nationaux. Il est responsable de la coordination de la surveillance nationale des méfaits liés aux opioïdes, et notamment de l'élaboration des définitions de cas nationales (comme les « décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes »).

Six provinces ont un historique de données sur la mortalité liée à la consommation d'opioïdes. Huit provinces ont publié des rapports sur la crise des opioïdes dans lesquels elles faisaient état des décès, quatre ont fourni des données sur les services médicaux d'urgence ou les premiers intervenants et quatre ont fourni des données sur les programmes communautaires de distribution de naloxone. Par ailleurs, trois provinces ont inclus une analyse des facteurs de risque potentiels dans leur rapport. L'information figurant dans ces rapports constitue le fondement sur lequel repose cette synthèse.

Résultats

Opioïdes délivrés sur ordonnance : utilisation, approvisionnement et accès

La crise actuelle des opioïdes est l'aboutissement d'une hausse considérable de l'utilisation d'opioïdes délivrés sur ordonnance au Canada depuis plusieurs décennies. Depuis le début des années 1980, le volume d'opioïdes vendus aux hôpitaux et aux pharmacies pour des ordonnances au Canada a augmenté de plus de 3 000 %⁴. En 2016, plus de 20 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été exécutées⁵, ce qui équivaut

à près d'une ordonnance pour chaque adulte de plus de 18 ans et fait du Canada le deuxième consommateur mondial d'opioïdes délivrés sur ordonnance après les États-Unis⁶.

Au Canada, les méfaits liés aux opioïdes délivrés sur ordonnance et les taux d'utilisation non médicale d'opioïdes délivrés sur ordonnance (« mésusage ») sont en hausse depuis 1999⁶. Selon certaines estimations, en 2008, l'usage non médical d'opioïdes délivrés sur ordonnance était la quatrième forme la plus répandue de consommation de substances (après l'alcool, le tabac et le cannabis), faisant du mésusage d'opioïdes délivrés sur ordonnance un phénomène plus courant que la consommation d'héroïne ou de cocaïne⁷.

La prévalence de la consommation d'opioïdes délivrés sur ordonnance chez les Canadiens (« au cours des 12 derniers mois ») serait d'environ 1 sur 6 (d'après l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues [ECTAD] de 2015)⁸. Bien que selon l'ECTAD, seulement 2 % de ceux qui consomment des opioïdes délivrés sur ordonnance ont déclaré en faire un mésusage, un sondage en ligne réalisé plus récemment par Santé Canada (en 2017) a révélé que près du tiers des personnes ayant fait usage d'opioïde au cours des 12 derniers mois n'avait pas toujours d'ordonnance, cette proportion étant de près de 50 % chez les adolescents de moins de 18 ans et de 88 % chez les utilisateurs de drogues illicites⁹.

Il existe de nombreux moyens de détourner des opioïdes délivrés sur ordonnance en vue de les utiliser à des fins non médicales, comme le partage avec un membre de la famille, le cumul d'ordonnances de médecins différents, la fraude et la falsification d'ordonnances, le marché des drogues de la rue, les vols et les achats sur Internet, de sorte qu'il est difficile d'estimer la proportion d'opioïdes faisant l'objet d'un détournement⁷. Grâce à ses enquêtes, Santé Canada a pu déterminer que le partage avec un membre de la famille était le principal moyen par lequel les opioïdes étaient utilisés sans ordonnance⁹.

Aucune mesure de la prévalence d'opioïdes illicites n'a été trouvée. En 2015, la prévalence de la consommation de drogues

* Un décès apparemment lié à la consommation d'opioïdes est un décès causé par une intoxication (un empoisonnement) ou une toxicité résultant de la consommation d'une ou de plusieurs substances dont au moins l'une est un opioïde¹.

illicites (« au cours des 12 derniers mois ») était de 2 % (1 % chez les femmes et 3 % chez les hommes). Cette mesure incluait la consommation de crack, de cocaïne, d'amphétamine ou de méthamphétamine, de drogues hallucinogènes ou d'héroïne, et n'était donc pas propre aux opioïdes⁸.

Présence croissante du fentanyl et d'autres opioïdes synthétiques : données liées aux saisies de drogues illicites et aux enquêtes sur les décès

En 2016, les opioïdes figuraient parmi les 10 substances contrôlées les plus fréquemment détectées par le Service d'analyse des drogues (SAD) de Santé Canada dans les échantillons de substances confisquées au Canada par la police et la sécurité frontalière, juste après la marijuana, la cocaïne et les méthamphétamines. L'héroïne, le fentanyl et ses analogues, l'hydromorphe, l'oxycodone et la morphine ont été les opioïdes les plus fréquemment détectés dans les échantillons analysés par le SAD¹⁰.

Les opioïdes synthétiques comme le fentanyl, le W-18 et l'U-47700, pour ne nommer que ceux-là, sont extrêmement puissants. Le fentanyl et ses analogues (p. ex. le carfentanil, le furanylfentanyl, l'acétylfentanyl) sont de plus en plus répandus sur le marché des drogues illicites et sont de plus en plus souvent combinés à d'autres substances contrôlées, ce qui augmente leur toxicité potentielle et, de ce fait, le risque de surdose. En 2017, Santé Canada a trouvé du fentanyl ou un analogue du fentanyl dans plus de 50 % des échantillons d'héroïne analysés par le SAD (entre janvier 2012 et septembre 2017) et a commencé à en détecter dans des échantillons de méthamphétamines et de cocaïne (2 % dans chaque cas)¹¹. Une recension des publications scientifiques sur le sujet a révélé que la présence du fentanyl a été signalée pour la première fois en Colombie-Britannique et en Alberta en 2011^{12,13}. Depuis lors, la proportion de décès liés au fentanyl dans ces provinces a considérablement augmenté^{12,13}.

Le profil des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes change conjointement avec la présence croissante d'opioïdes synthétiques sur le marché des drogues illicites. Le fentanyl est maintenant détecté

dans l'approvisionnement en drogues illicites de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada^{10,14}. À l'échelle nationale, la proportion de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes impliquant le fentanyl ou l'un de ses analogues était de 53 % en 2016¹ et elle semble être à la hausse selon les rapports provisoires pour 2017.

En Colombie-Britannique, le fentanyl était en cause dans 68 %¹ des 985 décès liés à la consommation de drogues illicites[†] survenus en 2016, contre 4 % en 2012^{12,15}, et la proportion de décès liés au fentanyl ou un analogue dans la province a grimpé à 83 % au cours de la première moitié de 2017¹. En revanche, le nombre de décès dus à une surdose de drogues illicites autres que le fentanyl est demeuré relativement constant, à 300 par année¹⁵ (figure 1).

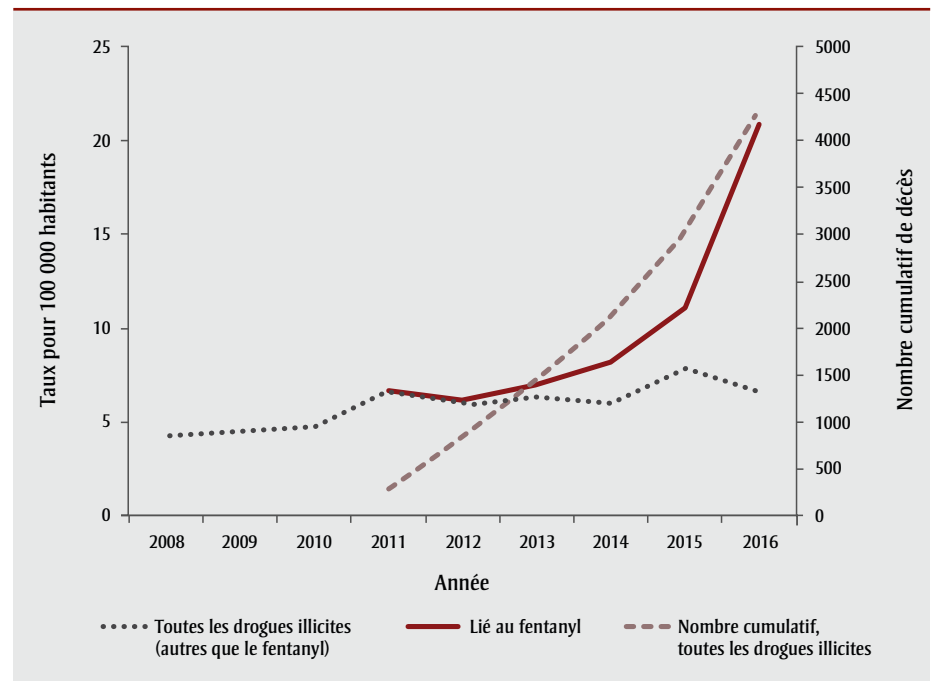
En Alberta, on a comptabilisé 611 décès apparemment liés à la consommation

d'opioïdes en 2016^{1,16}. Entre 2014 et 2016, la proportion de décès liés au fentanyl ou un analogue est passée de 26 % à 63 %¹⁶, tandis que les décès dus à la consommation d'autres opioïdes sont demeurés constants et que les décès dus à une surdose non liée à un opioïde ont diminué de près de 200 %¹⁶. Cette tendance s'est poursuivie au cours des six premiers mois de 2017 en Alberta, la proportion de décès dus à une surdose d'opioïdes impliquant le fentanyl ou un de ses analogues atteignant presque 80 %^{1,16}.

L'Ontario a également fait état d'une proportion croissante de décès liés au fentanyl^{1,17}. En 2016, on a comptabilisé 867 décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes. Entre 2012 et 2016, la proportion de décès liés au fentanyl est passée de 26 % à 41 %¹⁷ (figure 2).

Le carfentanil, qui est 100 fois plus puissant que le fentanyl, fait également l'objet

FIGURE 1
Taux de décès par surdose de drogues illicites en Colombie-Britannique, 2008-2016

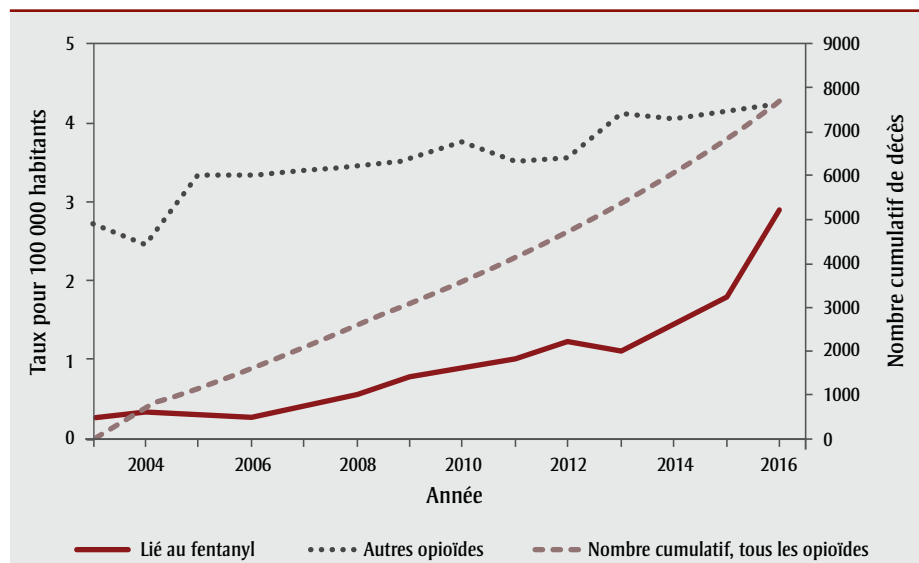


Source : Adapté avec permission de British Columbia Coroners Service. Illicit drug overdose deaths in BC, January 1, 2008 - February 28, 2018. Burnaby (C.-B.): Ministry of Public Safety and Solicitor General; 2017 [consultation en sept. 2017]. Consultable en ligne à la page : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf>

Remarques : Il est possible que les groupes ne s'excluent pas mutuellement (d'autres drogues illicites pourraient être en cause dans les décès liés au fentanyl). Ces données ne représentent que les surdoses de drogues illicites soupçonnées et sont fournies sous réserve de modification.

[†] La Colombie-Britannique déclare tous les cas de surdose et de décès liés à la consommation de drogues illicites, ce qui comprend les cas liés aux opioïdes, aux drogues de la rue (substances contrôlées et drogues illicites), aux médicaments non prescrits au défunt mais obtenus ou achetés dans la rue par des moyens inconnus ou d'une source inconnue, et aux deux types de substances précédentes en association avec des médicaments prescrits^{15, p.1}.

FIGURE 2
Taux de décès par surdose d'opioïdes en Ontario, 2003-2016



Source des données : Santé publique Ontario, Outil interactif sur les opioïdes. Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [consultation en déc. 2017]. Consultable en ligne à la page : <http://www.publichealthontario.ca/fr/dataandanalytics/pages/opioid.aspx>

Remarque : Il est possible que les groupes ne s'excluent pas mutuellement (d'autres opioïdes pourraient être en cause dans les décès liés au fentanyl).

d'une préoccupation croissante : cette substance a été détectée en Colombie-Britannique^{15,18}, en Alberta¹⁶, au Manitoba¹⁹ et en Ontario¹⁷. En 2016-2017, le SAD a analysé 91 échantillons de carfentanil qui avaient été saisis, dont 56 % provenaient de la Colombie-Britannique, 17 % de l'Alberta, 19 % du Manitoba et 7 % de l'Ontario²⁰. En Alberta, il y a eu 29 décès impliquant le carfentanil en 2016, et au moins 89 au cours des six premiers mois de 2017¹⁶.

Résultats sur la santé : décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes

En 2016, les taux de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes étaient tels que l'on peut parler d'une véritable crise de santé publique d'envergure nationale, qui touche les collectivités partout au Canada (figure 3). À l'échelle nationale, le taux de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes était de 7,9 pour 100 000 habitants en 2016¹. Cependant, on constate des différences très nettes entre les régions, les provinces de l'Ouest signalant certains des taux de mortalité les plus élevés, avec 20,7 pour 100 000 habitants en Colombie-Britannique (985 décès liés à une surdose de drogue illicite) et 14,4 pour 100 000 habitants en Alberta (611 décès liés à une surdose d'opioïdes). D'après les données disponibles, la plupart

des décès liés aux opioïdes recensés en 2016 (56 %) sont survenus dans ces deux provinces¹. Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont également signalé des taux élevés de décès liés aux opioïdes, soit respectivement 18,4 et 11,2 pour 100 000 habitants¹. Les taux de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes ont été relativement inférieurs ailleurs au Canada, mais une hausse possible dans certaines provinces est prévisible, en particulier en Ontario^{1,17,19,21,22}.

Âge et sexe

En 2016, le pourcentage le plus élevé (28 %) de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada a été observé chez les 30 à 39 ans¹. Bien que l'âge au moment du décès ne semble pas varier considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre, l'âge peut constituer un facteur de risque si l'on tient compte du type d'opioïde en cause. Par exemple, en Alberta, l'âge des victimes était moins élevé (âge moyen : 38 ans) dans les cas de décès liés au fentanyl ou à ses analogues que dans les cas de décès liés à d'autres opioïdes (âge moyen : 42 ans)¹⁶.

Entre janvier 2016 et juin 2017, la plupart des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada sont survenus

chez des hommes (74 %). Toutefois, l'information recueillie auprès des provinces et des territoires indique que le sexe des individus décédant d'une surdose apparemment liée à la consommation d'opioïdes est variable d'une région à l'autre. Dans l'Ouest, soit en Colombie-Britannique, en Alberta, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, on a comptabilisé davantage de décès d'hommes que de femmes (selon une proportion d'environ 4:1), et en Ontario également (selon une proportion de 2:1). Dans certaines provinces des Prairies et de l'est du pays, comme en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador, la proportion de décès liés aux opioïdes était presque équivalente entre les sexes (1:1 à 3:2)¹ (figure 4).

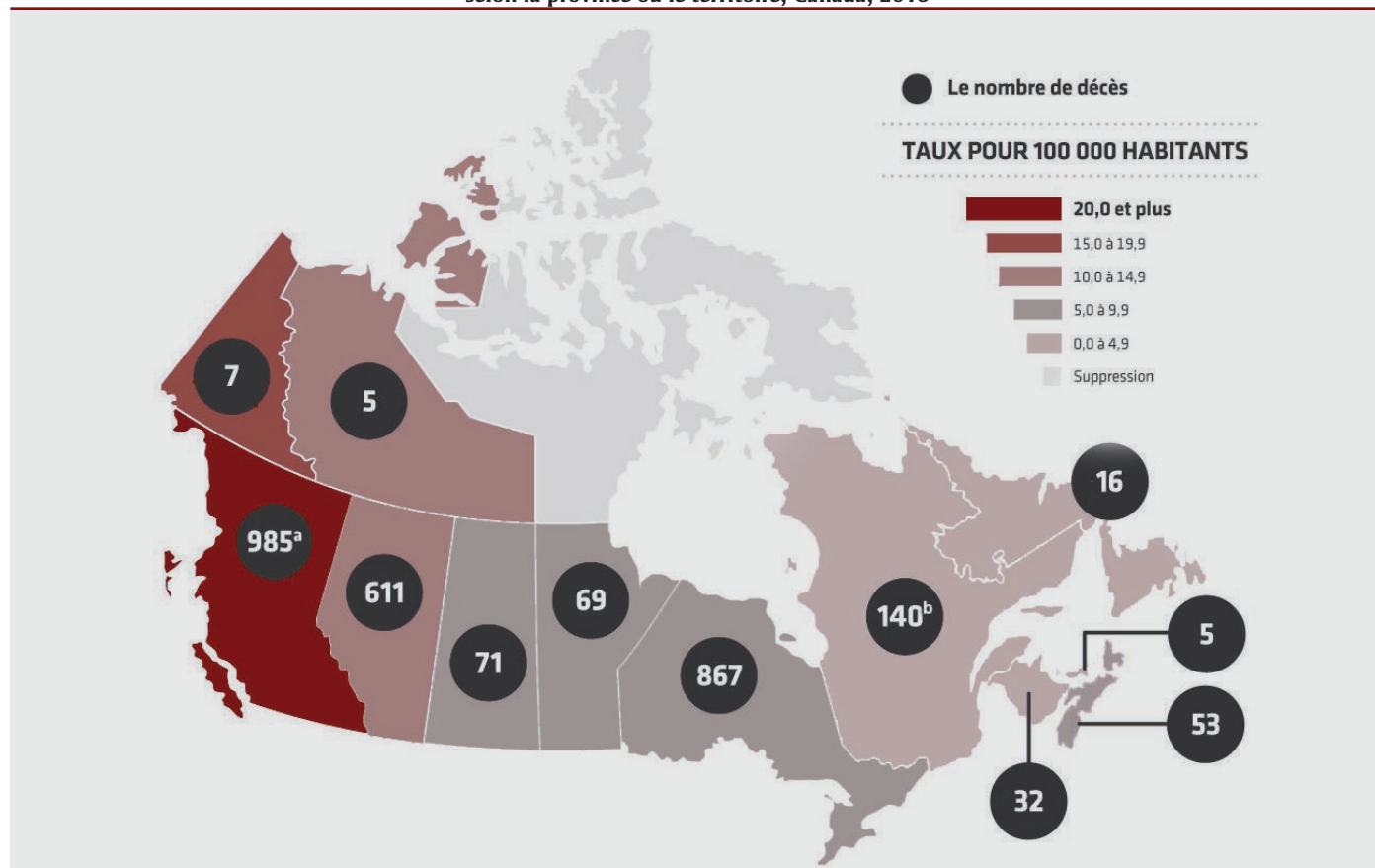
Dans certaines provinces et certains territoires, d'autres variations importantes en fonction de l'âge et du sexe sont apparues. Dans le cas de l'Alberta et de l'Ontario, pour lesquels on dispose de données ventilées selon l'âge et le sexe, les femmes plus âgées (44 ans ou plus) étaient plus nombreuses à mourir d'une surdose liée aux opioïdes que les hommes moins âgés ne l'étaient^{16,17}. Cette tendance a également été observée dans de récentes études menées auprès de membres inscrits des Premières Nations en Colombie-Britannique et en Alberta, où les femmes des Premières Nations mortes d'une surdose liée aux opioïdes avaient en moyenne de 15 à 20 ans de plus que leurs homologues masculins^{23,24}.

Ces différences entre les taux de décès peuvent découler de variations entre les provinces et les territoires relativement au processus d'enquête sur les décès, à la méthode de classification des décès, aux analyses toxicologiques effectuées ou au type de données déclarées (p. ex. l'inclusion ou l'exclusion des décès par suicide), ce qui signifie que ces données doivent être interprétées avec circonspection.

Facteurs de risque associés aux décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes

Dans plusieurs rapports publiés par les provinces, il a été fait mention des facteurs de risque. Les rapports de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et du Manitoba que nous avons examinés ont révélé que la plupart des décès par surdose d'opioïdes

FIGURE 3
Nombre et taux de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (pour 100 000 habitants)
selon la province ou le territoire, Canada, 2016



Source : Réimprimé avec la permission du Gouvernement du Canada. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (décembre 2017), figure 1. Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2017 [modifié le 18 déc. 2017]. Consultable en ligne à la page : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.html>

^a La Colombie-Britannique déclare les décès non intentionnels qui sont liés à toutes les drogues illicites, et non limités aux opioïdes.

^b Ce nombre devrait augmenter.

sont survenus à l'intérieur, dans des résidences privées, dans de grands centres urbains, même si on en a comptabilisé aussi en périphérie de ces centres urbains et dans un grand nombre de petites collectivités^{15,16,18,19}. En Alberta et en Ontario, les personnes décédées vivaient généralement dans des quartiers à revenu faible ou moyen, mais des décès ont eu lieu dans des quartiers de tous les groupes socio-économiques^{16,25}.

L'utilisation combinée d'opioïdes et de substances non opioïdes, comme l'alcool, les benzodiazépines, la cocaïne et le W 18, pour ne nommer que ceux-là, peut également constituer un facteur de risque. Selon les données disponibles, dans environ 82 % des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes entre janvier 2016 et juin 2017, une ou plusieurs

substances non opioïdes étaient également en cause¹.

L'accès antérieur à certains médicaments d'ordonnance a également été analysé comme facteur de risque dans trois provinces. Au Manitoba, un examen des dossiers effectué par le Bureau du médecin légiste en chef a révélé que les médicaments les plus fréquemment prescrits six mois avant un décès apparemment lié à la consommation d'opioïdes étaient un opioïde (60 %), un antidépresseur (52 %) ou une benzodiazépine (47 %)¹⁹.

Le rapport de l'Alberta a également fait ressortir des différences dans la proportion de personnes décédées d'une surdose liée à un opioïde autre que le fentanyl et la proportion de personnes dont le décès est lié au fentanyl. Plus précisément, les

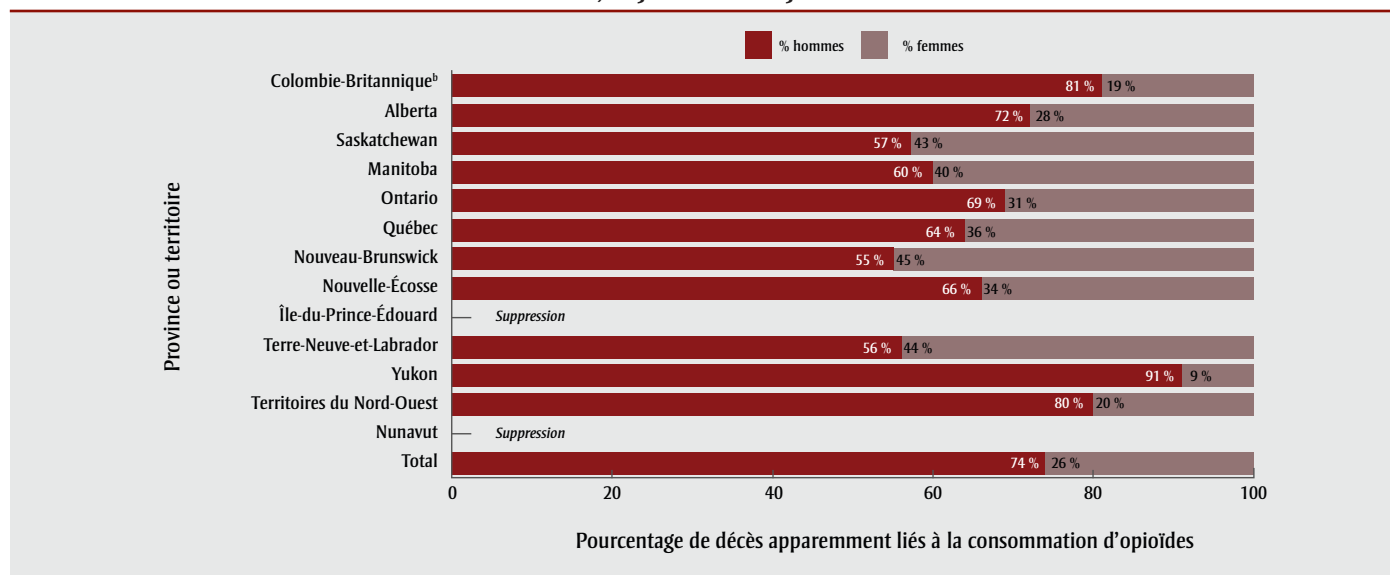
personnes décédées d'une surdose liée à un opioïde autre que le fentanyl étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir obtenu des services de santé (77 % contre 41 %)¹⁶ ou d'avoir reçu un opioïde (66 % contre 23 %) ou un antidépresseur (38 % contre 14 %) d'une pharmacie de la collectivité dans les 30 jours ayant précédé leur décès (figure 5). Cela laisse penser qu'il peut y avoir des différences entre le fentanyl et les autres opioïdes dans les facteurs de risque associés aux décès liés à la consommation d'opioïdes.

Populations particulières

Les populations des Premières Nations[‡] sont fortement touchées partout au Canada par des taux élevés de toxicomanie²⁶. Dès 2014, les communautés des Premières

[‡] Les rapports cités cette section au sujet des membres des Premières Nations concernent la population s'étant autodéclarée comme appartenant aux Premières Nations et aucune donnée n'a été fournie sur les Métis ou les Inuits.

FIGURE 4
Répartition selon le sexe des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes, selon la province ou le territoire, Canada, de janvier 2016 à juin 2017^a



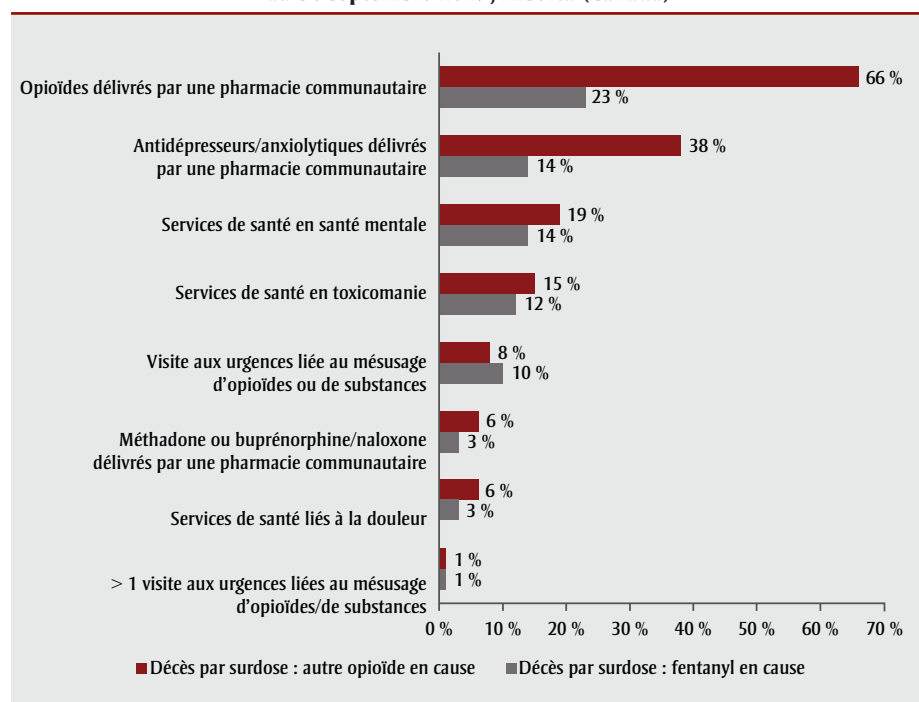
Source : Réimprimé avec la permission du Gouvernement du Canada. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (décembre 2017), figure 2. Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2017 [modifié le 18 déc. 2017, consulté en déc. 2017]. Consultable en ligne à la page : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/decès-apparemment-lies-consommation-opioïdes-rapport-2016-2017-décembre.html>.

Remarque : Le terme « suppression » indique que les données ont été supprimées pour les provinces et territoires ayant un faible nombre de cas.

^a Les provinces et les territoires n'ont pas tous été en mesure de fournir des données pour la période complète (de janvier 2016 à juin 2017). Cette figure ne comprend que les données de 2016 pour le Québec, les données de 2016 et de mai à juin 2017 pour l'Ontario, ainsi que les données de janvier 2016 à mars 2017 pour la Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador. La Saskatchewan, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard ont fourni les données de cas confirmés seulement.

^b La Colombie-Britannique déclare les décès non intentionnels qui sont liés à toutes les drogues illicites, et non limités aux opioïdes.

FIGURE 5
Proportion de décès accidentels par intoxication apparemment liés à la consommation d'opioïdes selon les antécédents médicaux des 30 jours précédant le décès, du 1^{er} janvier au 30 septembre 2017, Alberta (Canada)



Source : Adapté avec la permission de Alberta Health. Opioids and substances of misuse: Alberta report (Trimestre 1 [Q1], 19 mai 2017; Trimestre 2 [Q2], 16 août 2017) [Internet], Edmonton (Alb.) : Gouvernement de l'Alberta; 2017 [consultation en janv. 2018]. Consultable en ligne à la page : <https://open.alberta.ca/publications/opioids-and-substances-of-misuse-alberta-report>

Nations ont tiré la sonnette d'alarme en raison du nombre de décès dus à une surdose d'opioïdes dans les réserves du Sud de l'Alberta²⁷. Dans un rapport publié par la Colombie-Britannique et un rapport publié par l'Alberta, on a souligné l'impact de la crise des opioïdes sur les communautés des Premières Nations entre janvier 2016 et mars 2017. Les deux rapports ont fait état de résultats similaires, à savoir que les membres des Premières Nations étaient cinq fois plus susceptibles que leurs homologues non autochtones d'être victimes d'une surdose d'opioïdes, et qu'ils étaient trois fois plus susceptibles de mourir d'une surdose d'opioïdes^{23,24}. En Alberta, la proportion de décès liés aux opioïdes associés au fentanyl était de 18 % plus élevée chez les membres des Premières Nations que chez les non-Autochtones²³. Le rapport de la Colombie-Britannique n'a fait aucune distinction quant au type d'opioïde en cause.

Dans ces deux provinces, le risque de surdose liée aux opioïdes était similaire entre les hommes et les femmes des Premières Nations^{23,24}. En Alberta, la probabilité que les hommes et les femmes des Premières Nations meurent d'une surdose d'opioïde était égale, tandis qu'en Colombie-Britannique, les hommes des Premières

Nations étaient davantage susceptibles d'en mourir que les femmes (selon une proportion de 5:3). Dans les deux provinces, les femmes des Premières Nations étaient plus susceptibles de mourir que les femmes non autochtones, qui comptaient pour moins de 30 % des décès de personnes non autochtones¹. En Colombie-Britannique et en Alberta, la proportion de décès liés aux opioïdes était plus élevée chez les femmes relativement âgées des Premières Nations (50 à 54 ans), tandis que chez les hommes des Premières Nations, la proportion était plus élevée parmi les plus jeunes (30 à 34 ans)^{23,24}, une observation qui concorde avec les taux de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes observés chez les hommes dans l'ensemble de la population canadienne¹.

Le rapport de l'Alberta a porté également sur les hospitalisations et les visites aux urgences. En Alberta, les membres des Premières Nations étaient cinq fois plus susceptibles que les non-Autochtones d'être hospitalisés et six fois plus susceptibles de se présenter aux urgences pour une intoxication aux opioïdes. Les membres des Premières Nations étaient également deux fois plus susceptibles de se faire prescrire un opioïde que les non-Autochtones et avaient tendance à avoir au moins cinq ans de moins qu'eux au moment où le médicament leur était distribué²³. Ces renseignements concernant les Premières Nations ou d'autres groupes ethniques n'ayant pas été publiés dans les autres provinces et territoires, il s'est avéré impossible d'établir des comparaisons régionales.

Les populations sans domicile fixe sont également susceptibles de souffrir des méfaits liés aux opioïdes. En Colombie-Britannique, les données recueillies aux urgences ont révélé qu'environ 30 % des personnes se présentant pour une surdose avérée ou soupçonnée et près de 50 % des jeunes de 13 à 18 ans avaient déclaré ne pas avoir de logement stable (c.-à-d. pas d'adresse fixe ou adresse inconnue)¹².

Les populations de détenus dans les prisons provinciales et territoriales et les pénitenciers fédéraux constituent un autre groupe à risque, car ces établissements abritent des populations chez qui la toxicomanie est répandue. Pour 2011-2012 à

2013-2014, Service correctionnel Canada a signalé 92 cas de surdose non intentionnelle, dont 12 % se sont révélés mortels. En 2014-2015, 6 surdoses mortelles (13,5 pour 100 000 personnes) ont été comptabilisées. Les détenus de sexe masculin ayant déjà eu un problème de toxicomanie étaient davantage susceptibles de faire une surdose. Ce sont les médicaments obtenus illégalement (par opposition aux médicaments délivrés sur ordonnance) qui étaient le plus souvent liés à des surdoses mortelles²⁸.

Résultats sur la santé : hospitalisations

Les hôpitaux utilisent le terme intoxication aux opioïdes pour décrire une surdose liée aux opioïdes, selon les codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10-CAii), version de 2015⁸. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) extrait des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) pour les hospitalisations (100 % des cas à l'échelle nationale). Entre mars 2016 et mars 2017, les intoxications aux opioïdes ont été responsables d'une moyenne de 16 hospitalisations par jour au Canada. Cela représente une augmentation de plus de 50 % à l'échelle nationale en 10 ans, les augmentations les plus importantes ayant eu lieu dans les trois dernières années³. Le taux d'hospitalisation pour intoxication aux opioïdes le plus élevé a été relevé chez les adultes de 45 ans ou plus, mais la croissance de ce taux a été la plus forte chez les plus jeunes (15 à 44 ans). Les taux variaient en fonction des régions. Les taux d'hospitalisations liées aux opioïdes les plus élevés (en 2016-2017) ainsi que la croissance la plus forte de ces taux (entre 2014 et 2017) ont été observés en Colombie-Britannique (25,0 pour 100 000 habitants), en Alberta (23,1 pour 100 000 habitants) et dans les territoires (34,5 pour 100 000 habitants) à l'exclusion du Nunavut³ (figure 6). En 2016-2017, plus de la moitié des hospitalisations pour intoxication aux opioïdes ont été considérées comme non intentionnelles, 31 % considérées comme intentionnelles et 17 % d'intention inconnue³. La majorité (63 %) des intoxications non intentionnelles ont touché des personnes de 65 ans ou plus, tandis que les intoxications intentionnelles ont été plus fréquentes chez

les jeunes de 15 à 24 ans³. À l'échelle nationale, les taux d'hospitalisation ont augmenté de 24 % au cours des trois dernières années chez les hommes et de 10 % chez les femmes. En 2016-2017, les taux d'hospitalisation chez les hommes ont dépassé pour la première fois les taux d'hospitalisation chez les femmes³. Il ne semble pas y avoir eu de différences régionales notables en fonction de l'âge ou du sexe en ce qui concerne les hospitalisations liées aux opioïdes²⁵.

Résultats sur la santé : visites aux urgences

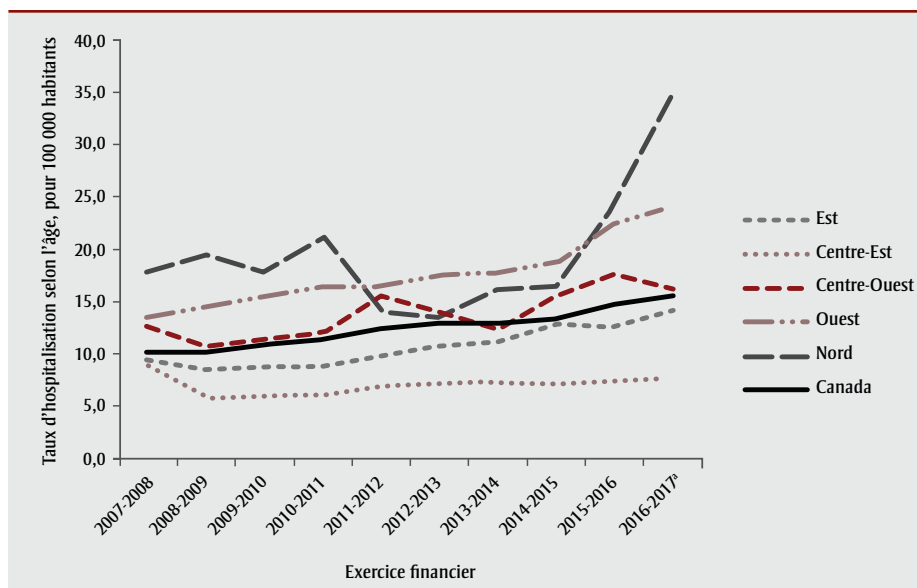
Les services des urgences recueillent des données et les transmettent au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS (64 % à l'échelle nationale et 100 % en ce qui concerne l'Ontario, l'Alberta et le Yukon)³ à l'aide de la codification de la version 2015 de la CIM-10-CAii. Comme ces données ne sont pas représentatives à l'échelle nationale, on a utilisé dans la mesure du possible des rapports de surveillance d'autres provinces pour compléter les données. Étant donné la diversité des sources de données, il est impossible de réaliser des comparaisons entre régions pour les visites aux urgences.

En Alberta, au cours des cinq dernières années, le nombre de visites aux urgences liées aux intoxications aux opioïdes ont plus que doublé, atteignant 88,6 pour 100 000 habitants en 2016-2017. Le nombre de visites aux urgences liées aux intoxications à l'héroïne et aux opioïdes synthétiques (dont le fentanyl) a décuplé, contribuant à cette augmentation, et s'élevait à environ 20 pour 100 000 habitants (tant pour l'héroïne que pour les opioïdes synthétiques) en 2016-2017. Au cours de cette période, le nombre de visites aux urgences liées aux opioïdes a triplé chez les hommes et a presque doublé chez les femmes. Les groupes d'âge plus jeunes (15 à 44 ans) ont connu les augmentations les plus importantes, les taux ayant triplé et atteint plus de 150 pour 100 000 habitants. Ces hausses ont essentiellement eu lieu dans les trois dernières années³.

En Ontario, au cours des cinq dernières années, le nombre de visites aux urgences liées aux intoxications aux opioïdes a

⁸ Les codes de la CIM-10-CAii, version de 2015, ont été utilisés pour identifier les intoxications aux opioïdes ayant entraîné une hospitalisation ou une visite aux urgences (T40.0-T40.4 et T40.6) (excl. : diagnostic « présumé »). Les hospitalisations et les visites aux urgences ont été classées comme suit : accidentelles (X42), intentionnelles (X62) ou inconnues (Y12 et « données manquantes »). Cette analyse a été limitée aux « intoxications importantes aux opioïdes », en utilisant les types de diagnostic M, 1, 2, 6, W, X et Y³.

FIGURE 6
Taux normalisés selon l'âge, pour 100 000 habitants, pour les hospitalisations à la suite d'une intoxication aux opioïdes au Canada, par région et par exercice financier (de 2007-2008 à 2016-2017)



Sources des données : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Préjudices liés aux opioïdes au Canada : Recueil de graphiques, septembre 2017. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2017. En ligne à : https://secure.cihi.ca/free_products/opioid-harms-chart-book-fr.pdf;

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes au Canada : tableaux de données. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2016. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/search?query=opio%C3%AFdes&Search+Submit=>

Remarque : La répartition par région est la suivante : Est : Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, île-du-Prince-Édouard; Centre-Est : Ontario, Québec; Centre-Ouest : Manitoba, Saskatchewan; Ouest : Colombie-Britannique, Alberta; Nord : Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut.

^a Les données du Québec et du Nunavut proviennent de 2015-2016 (l'exercice le plus récent pour lequel des données sont disponibles).

augmenté de presque 50 %. Plus précisément, le nombre de visites aux urgences liées aux intoxications à l'héroïne a quadruplé (5,7 pour 100 000 habitants) et, dans le cas des intoxications aux opioïdes synthétiques (dont le fentanyl), il a plus que doublé pour atteindre 5,5 pour 100 000 habitants en 2016-2017. Les taux ont augmenté de 65 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes. Les groupes d'âge plus jeunes (25 à 44 ans) ont subi les hausses les plus importantes, les taux ayant presque doublé pour atteindre 57 pour 100 000 habitants en 2016-2017. Là aussi, ces augmentations se sont produites surtout dans les trois dernières années³.

En Colombie-Britannique, les hommes constituaient 66 % de la population se présentant aux urgences en raison d'une surdose d'opioïdes soupçonnée. Près des deux tiers des patients avaient entre 20 et 39 ans, et la majorité des visites aux urgences a eu lieu dans les grands centres urbains. (Ces données ont été rassemblées entre juin 2016 et mars 2017 par 47 services

des urgences relevant de trois autorités sanitaires régionales¹².)

Au Manitoba, au cours des cinq dernières années, les taux normalisés selon l'âge d'admission aux services des urgences sont demeurés stables pour l'Office régional de la santé de Winnipeg. En 2016, les femmes constituaient 65 % de la population se présentant aux urgences en raison d'une surdose d'opioïdes soupçonnée, et plus de la moitié d'entre elles avaient moins de 24 ans¹⁹.

Résultats sur la santé : services médicaux d'urgence (SMU), premiers répondants et appels au 911

Dans la plupart des provinces et territoires, les données concernant les services médicaux d'urgence (SMU) et les premiers répondants sont recueillies par le gouvernement provincial ou territorial, ou, dans le cas de l'Ontario et du Québec, par les administrations municipales²⁹. Il s'agit d'une source de données prometteuse pour fournir un aperçu des surdoses qui surviennent dans les collectivités. La

Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba ont analysé ces données et ont produit des rapports sur celles-ci, tandis que les autres provinces, les territoires et les administrations municipales recueillent les données des SMU et les transmettent à leurs départements de santé respectifs.

En Colombie-Britannique, pour 2016, on estime le taux de surdoses de drogues illécites pour lesquelles des ambulanciers paramédicaux sont intervenus à 190 pour 100 000 habitants, ce qui signifie que pour chaque décès dû à une surdose de drogue illicite dans la province, les ambulanciers paramédicaux sont intervenus auprès d'environ 10 personnes ayant fait une surdose. Depuis l'apparition du fentanyl dans l'approvisionnement en drogues illicites, la gravité des surdoses pour lesquelles on a dû administrer de la naloxone a augmenté, parallèlement au nombre de cas de surdose à répétition chez les deux sexes¹².

En Alberta, en 2016, les SMU sont intervenus dans plus de 1 600 cas liés aux opioïdes, ce qui signifie que pour chaque décès apparemment lié à la consommation d'opioïdes, ils sont intervenus auprès d'environ 3 personnes ayant fait une surdose d'opioïde. Il est à noter que 80 % de ces cas de surdose se sont produits dans des noyaux urbains situés à l'extérieur des centres-villes d'Edmonton et de Calgary¹⁶.

Au Manitoba, entre 2015 et 2016, les appels aux SMU pour des surdoses liées aux opioïdes ont augmenté de 70 %. La majorité des cas concernait des hommes de 20 à 29 ans, et les femmes étaient en moyenne beaucoup plus âgées (50 ans ou plus). Dans 18 % des cas de surdoses soupçonnées pour lesquelles les SMU sont intervenus, les victimes n'ont pas été transportées aux urgences ou à un hôpital¹⁹.

Résultats sur la santé : distribution et usage de la naloxone dans les collectivités

Il serait possible d'avoir davantage d'information sur les méfaits et les surdoses liés aux opioïdes au sein des collectivités en examinant la distribution des trousseaux de naloxone à emporter dans les collectivités ainsi que l'usage qui en est fait, et en recueillant des données sur les sites d'injection supervisés et les sites de prévention des surdoses (C.-B.). La distribution et l'usage des trousseaux font actuellement l'objet d'une surveillance dans environ la moitié des provinces et territoires, à l'aide

des données recueillies lorsque des surdoses liées aux opioïdes sont signalées au moment du remplacement des troussees²⁹. À l'heure actuelle, la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba tiennent le compte du nombre de troussees distribuées et utilisées dans les collectivités et fournissent plusieurs renseignements au sujet des surdoses. En Colombie-Britannique, entre août 2012 et le 26 juin 2017, 459 303 troussees ont été distribuées et 10 000 troussees ont été utilisées par des personnes pour contrecarrer les effets d'une surdose sur elles-mêmes ou sur une autre personne³⁰. Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, 18 852 troussees ont été distribuées en Alberta et 1 707 utilisations pour contrecarrer les effets d'une surdose ont été signalées¹⁶. Entre le 29 décembre 2016 et le 31 mars 2017, 258 troussees ont été distribuées au Manitoba et 30 troussees ont été utilisées en situation de surdose¹⁹. Puisque les données recueillies relativement à l'usage des troussees ne sont pas signalées de façon uniforme partout au pays, aucune comparaison entre régions n'est pour le moment possible.

Analyse

Le but de cette recension était de fournir une synthèse des données publiées afin de fournir un portrait de la crise des opioïdes au Canada sur le plan des méfaits liés à la consommation d'opioïdes. L'ensemble des données disponibles révèle que cette crise s'étend à l'échelle nationale : aucune région n'est épargnée. Toutefois, on observe d'importantes différences régionales. En 2016, les taux de décès et d'hospitalisations apparemment liés aux opioïdes étaient plus élevés dans les provinces de l'Ouest, soit la Colombie-Britannique et l'Alberta, ainsi qu'au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Les données préliminaires de 2017 indiquent que les taux continuent d'augmenter dans plusieurs régions. À l'échelle nationale, la plupart des décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes sont survenus chez des hommes, le plus souvent âgés de 30 à 39 ans. Bien qu'il semble n'y avoir aucune différence entre les régions en ce qui concerne l'âge et le sexe des personnes hospitalisées ou s'étant présentées aux urgences pour une intoxication aux opioïdes, l'augmentation des taux d'hospitalisation ou de consultation chez les jeunes demeure préoccupante.

La crise actuelle semble découler de l'utilisation accrue d'opioïdes délivrés sur ordonnance. Toutefois, la toxicité accrue des substances offertes sur le marché des drogues illicites explique vraisemblablement la hausse récente des taux de décès dans bon nombre de provinces et territoires du Canada. En septembre 2016, on trouvait du fentanyl dans l'approvisionnement en drogues illicites de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada, et on en décelait la présence dans de plus en plus d'autres drogues illicites. Les données disponibles illustrent les répercussions de cette tendance du marché des drogues illicites sur la santé. En 2016, la proportion de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes mettant en cause le fentanyl ou l'un de ses analogues était de 53 % à l'échelle nationale, et elle semble être à la hausse pour 2017. En Colombie-Britannique et en Alberta, les provinces les plus durement touchées par la crise à ce jour, il devient de plus en plus évident que le fentanyl et ses analogues fabriqués illégalement sont à l'origine du nombre accru de décès par surdose de drogues. Le Dr Perry Kendall, ancien administrateur provincial des soins de santé de la Colombie-Britannique, qui se trouvait à l'avant-plan de la crise, a résumé l'évolution de la situation comme suit : « Si le fentanyl et le carfentanil remplacent désormais l'héroïne et d'autres opioïdes moins dangereux dans le marché des drogues de la rue, il se pourrait bien que ces substances deviennent la nouvelle "norme" en ce qui a trait au danger et à l'approvisionnement en drogues toxiques » [TRADUCTION]³¹.

Les premières analyses des facteurs de risque potentiels ont révélé que la plupart des décès liés aux opioïdes sont survenus alors que les personnes étaient seules, dans des résidences privées situées dans de grands centres urbains. Les personnes décédées vivaient généralement dans des quartiers à faible revenu et à revenu moyen, et plus de 80 % des décès ont été associés à une ou à plusieurs substances non opioïdes. Les premiers rapports portant sur les communautés des Premières Nations de l'Ouest du Canada indiquent que les membres de Premières Nations, en particulier les femmes, risquent davantage de subir une surdose d'opioïdes et d'en mourir que leurs homologues non autochtones. De plus, les personnes dont la situation de logement est instable ou inconnue et les personnes incarcérées sont également exposées à ces risques. Des travaux de recherche supplémentaires s'imposent pour que l'on soit en

mesure de mieux comprendre les facteurs de risque sous-jacents et l'incidence des problèmes de santé (comme les troubles de santé mentale) sur la santé en général.

Pour le moment, les données recueillies auprès des intervenants de première ligne, des SMU, des centres d'injection supervisés et des organismes de réduction des méfaits ne permettent pas d'établir des comparaisons entre les régions pour les cas de surdoses liées à des opioïdes survenus dans les collectivités. Cependant, les renseignements préliminaires obtenus des SMU et des programmes de distribution et de surveillance de l'utilisation de troussees dans les collectivités font état d'un grand nombre de cas de surdoses liées aux opioïdes non déclarés dans les systèmes de soins de santé, et laissent entendre qu'il s'agit seulement de la pointe de l'iceberg quant à l'incidence des opioïdes sur les résultats sur la santé. Au moment de rédiger ce rapport, les trois provinces qui recueillent des données sur l'utilisation de troussees ont signalé, ensemble, près de 12 000 troussees utilisées pour contrer les surdoses d'opioïdes dans les collectivités.

Il est très difficile d'obtenir des données fiables sur les cas de surdoses en raison des préjugés associés à l'usage d'opioïdes et du manque de connaissances, au sein de la population en général, sur la consommation problématique de substances et les surdoses. Une étude récente menée par Statistique Canada indique que moins du tiers des Canadiens seraient en mesure de reconnaître les signes d'une surdose et que seulement 7 % d'entre eux sauraient comment se procurer de la naloxone et comment l'administrer pour traiter en cas de surdose³². De plus, une étude nationale menée par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) portant sur l'utilisation de troussees dans les collectivités a révélé que, dans 30 % à 65 % des cas où un membre d'une collectivité avait administré de la naloxone, il n'avait pas composé le 911. La raison la plus souvent invoquée (33 %) pour justifier ce fait était la crainte d'une intervention policière et d'une arrestation³³.

Les résultats de cette étude ont également permis de révéler des lacunes dans certaines données et certains domaines, qui devront faire l'objet d'un examen approfondi pour mieux comprendre les méfaits liés aux opioïdes. Ces lacunes portent sur les facteurs de risque, la précision des

estimations de prévalence de la consommation d'opioïdes, les cas de surdose non mortelle liée à l'usage d'opioïdes survenue à l'extérieur du système de soins de santé, les estimations nationales sur le nombre de consultations aux urgences liées à la consommation d'opioïdes et les données relatives à des populations particulières, en particulier les populations autochtones et d'autres groupes ethniques ainsi que divers groupes marginalisés comme les sans-abri.

Points forts et limites

Dans le cadre de cette recension, nous avons examiné tous les rapports de surveillance et les rapports épidémiologiques sur les opioïdes destinés au public ayant été publiés par les ministères de la Santé des provinces et des territoires et les bureaux des coroners en chef ou des médecins légistes et qui portaient sur les décès et les méfaits liés aux opioïdes ainsi que sur les facteurs de risques potentiels.

Cependant, cet examen des données probantes a comporté certaines limites. En effet, les sources de données ont été sans cesse mises à jour durant la rédaction de l'article et, de plus, nous n'avons pas inclus les nouvelles données probantes plus exhaustives publiées après janvier 2018. Cette synthèse ne renferme aucune nouvelle donnée, et sa portée n'était pas d'examiner de manière approfondie les résultats sur la santé de l'usage d'opioïdes délivrés sur ordonnance à des fins non médicales ou les facteurs de risque associés à la consommation problématique de substances. Il convient également de souligner l'importance de la stigmatisation entourant la consommation problématique de substances et entourant les collectivités marginalisées, qui peut contribuer à une sous-déclaration et par conséquent à une sous-estimation de la prévalence de la consommation d'opioïdes au sein de la population canadienne. En outre, comme les techniques d'analyse toxicologique sont constamment perfectionnées pour tenter de déceler les nouvelles drogues, cela peut jouer sur la capacité à détecter les opioïdes synthétiques comme le fentanyl et ses analogues, ce qui devrait être pris en compte dans l'évaluation des tendances. De plus, le fait que les territoires et les provinces utilisent différentes méthodes d'enquête de cas, de définition de cas, de classification et d'analyse toxicologique peut également contribuer à limiter l'étendue des comparaisons possibles. Il faut donc faire preuve

de prudence lorsqu'il s'agit de tirer des conclusions.

Conclusion

Dans cette recension, nous nous sommes efforcés de synthétiser les données disponibles afin d'offrir un résumé à l'échelle nationale que nous espérons utile à la prise de décisions en santé publique. Nous avons également relevé diverses lacunes en matière de données et dans certains domaines, qui devront faire l'objet d'un examen plus approfondi afin que nous puissions mieux comprendre la crise nationale des opioïdes.

Un plus grand corpus de données probantes est indispensable pour intervenir de manière concertée à l'échelle nationale afin de prévenir et de réduire les méfaits liés aux opioïdes. Afin de créer le corpus nécessaire pour élaborer des mesures de santé publique efficaces, l'ASPC va continuer à travailler en étroite collaboration avec les provinces, les territoires et ses partenaires fédéraux pour affiner et normaliser le processus de collecte de données à l'échelle nationale et élargir le partage d'information pour inclure des sources de données non traditionnelles. L'ASPC allons également continuer à soutenir ses partenaires fédéraux grâce aux Mesures du gouvernement du Canada concernant les opioïdes³⁴ et à collaborer avec les autorités provinciales et territoriales en participant au Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes et au Groupe de travail sur la surveillance en vue d'améliorer la qualité et l'accessibilité des données probantes. L'obtention de données probantes de qualité va permettre de savoir au sein de quelles populations les risques de décès et de méfaits liés au mauvais usage d'opioïdes sont les plus élevés et ainsi d'élaborer des politiques et des programmes plus efficaces et mieux ciblés afin de réduire l'impact de cette crise sur la population canadienne.

Remerciements

Les données présentées dans cette synthèse proviennent de travaux publiés par des responsables de la santé publique et du milieu de la justice, des intervenants de première ligne et des dirigeants de collectivités de partout au pays qui travaillent sans relâche et en étroite collaboration pour contribuer à l'amélioration du corpus de connaissances en vue de lutter contre cette crise.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

JH a eu l'idée de faire la recension et a fourni des conseils et des commentaires tout au long du processus. LB a conçu la méthodologie, effectué les recherches et la synthèse de l'information recueillie et rédigé le manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatifs de ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïde (janvier 2016 à juin 2017) [En ligne]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.html>
2. Agence de la santé publique du Canada. What can CHIRPP tell us about the opioid crisis? Internal presentation, August 2017. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. Rapport non publié.
3. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Préjudices liés aux opioïdes au Canada (recueil de graphiques, septembre 2017). Ottawa (Ont.) : ICIS; 2017. En ligne à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-harms-chart-book-fr.pdf>
4. Pain and Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center. Canada: opioid consumption in morphine equivalence (ME), mg per person [Internet]. Madison (WI) : University of Wisconsin; 2015. En ligne à : http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/country_files/morphine_equivalence/canada_me_methadone.pdf

5. Laroche J (Santé Canada). Prescriptions of opioids dispensed by pharmacies in Canada, 2012–2017 (based on QuintilesIMS data, June, 2017). Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 23 août 2017. (Courriel envoyé à Lisa Belzak [Agence de la santé publique du Canada], non publié).
6. International Narcotics Control Board (INCB). Report of the International Narcotics Control Board for 2013. New York (NY): United Nations; 2014. En ligne à : www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/English/AR_2013_E.pdf
7. Fischer B, Rehm J. Deaths related to the use of prescription opioids. *CMAJ*. 2009;181(12):881-882. doi: 10.1503/cmaj.091791.
8. Gouvernement du Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2015. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
9. Santé Canada. Baseline survey on opioid awareness, knowledge and behaviours for public education research report. Ottawa (ON): préparé par Earncliffe Strategy Group pour Santé Canada; 2017. Rapport non publié.
10. Santé Canada. Service d'analyse des drogues : Rapport sommaire des échantillons analysés 2016 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; [modifié le 1er déc. 2017; consulté en sept. et déc. 2017]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/service-analyse-drogues/2016-service-analyse-drogues-rapport-sommaire-echantillons-analyses.html>
11. Archambault B (Santé Canada, Services d'analyse des drogues [SAD]). Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 26 oct. 2017. (Courriel envoyé à Lisa Belzak [Agence de la santé publique du Canada], non publié).
12. British Columbia Observatory, Population and Public Health (BCOPPH) et BC Centre for Disease Control (BCCDC). The BC public health opioid overdose emergency: March 2017 update [Internet]. Vancouver (C.-B.): BCOPPH/BCCDC; 2017. En ligne à : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/Public%20Surveillance%20Report_2017_03_17.pdf
13. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. Bulletin du RCCET : Décès impliquant le fentanyl au Canada, 2009-2014. Ottawa (Ont.) : CCLT; 2015. En ligne à : <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Fentanyl-Deaths-Canada-Bulletin-2015-fr.pdf>
14. Nunavut Department of Health. Fentanyl in Kugluktuk [Internet]. Kugluktuk (Nt): Government of Nunavut; 2016 [consulté en oct. 2017]. En ligne à : https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/2016-09_pha_hea_fentanyl_in_kugluktuk-eng.pdf
15. British Columbia Coroners Service. Statistical reports into BC fatalities: illicit drug overdose deaths in BC [Internet]. Burnaby (C.-B.): BC Coroners Service; 2017 [mise à jour mensuelle; consulté en juin, août, sept. oct. et déc. 2017]. En ligne à : <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf>
16. Alberta Health. Opioids and substances of misuse: Alberta report (for Q1 May 19, 2017, Q2 Aug 16, 2017, Q3, Nov 27, 2017) [Internet]. Edmonton (Alb.): Government of Alberta; 2017 [consulté en août et nov. 2017]. En ligne à : <https://open.alberta.ca/publications/opioids-and-substances-of-misuse-alberta-report>
17. Santé publique Ontario. Morbidité et mortalité liées aux opioïdes en Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : Santé publique Ontario; [modifié le 7 mars 2018; consulté en sept. et déc. 2017 et en févr. 2018]. En ligne à : <http://www.publichealthontario.ca/fr/dataandanalytics/pages/opioid.aspx>
18. British Columbia Coroners Service. Statistical reports into BC fatalities: fentanyl-detected illicit drug overdose deaths in BC [Internet]. Burnaby (C.-B.) : BC Coroners Service; 2017 [mise à jour mensuelle; consulté en juin, sept., oct. et déc. 2017]. En ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/fentanyl-detected-overdose.pdf>
19. Manitoba Health. Surveillance of opioid misuse and overdose in Manitoba: January 1–March 31, 2017 (Manitoba Health, Seniors and Active Living epi-report) [Internet]. Winnipeg (Man.): Government of Manitoba; 2017. En ligne à : http://www.manitoba.ca/health/publichealth/surveillance/docs/q1_opioid.pdf
20. Archambault A, Laing R. Update on DAS analyses and activities related to the opioid crises. Ottawa (Ont.); oct. 2017. Présentation au Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, non publiée.
21. Government of New Brunswick. Apparent deaths related to opioid overdose in New Brunswick: Summary of 2016 and Quarter 1 of 2017 Data). Government of New Brunswick; 2017 [consulté en août et déc. 2017]. En ligne à : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/MentalHealth/ApparentDeathsRelatedOpioidOverdose.pdf>
22. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012: mise à jour 2013-2016 [Internet]. Québec (Qc): INSPQ; 2017 [consulté en août 2017]. En ligne à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2298_deces_attribuables_opioides.pdf
23. Alberta Health and the Alberta First Nations Information Governance Centre. Opioids and substances of misuse among First Nations people in Alberta: Alberta report, 2017 [Internet]. Edmonton (Alb.): Government of Alberta; 2017 [consulté en nov. 2017]. En ligne à : open.alberta.ca/dataset/cb00bdd1-5d55-485a-9953-724832f373c3/resource/31c4f309-26d4-46cf-b8b2-3a990510077c/download/Opioids-Substances-Misuse-Report-FirstNations-2017.pdf

24. First Nations Health Authority. Overdose data and First Nations in BC: preliminary findings [Internet]. West Vancouver (C.-B.): First Nations Health Authority; 2017. En ligne à : http://www.fnha.ca/newsContent/Documents/FNHA_OverdoseDataAndFirstNationsInBC_PreliminaryFindings_FinalWeb.pdf
25. Agence de la santé publique du Canada. Analysis of opioid related poisonings/hospitalizations from the Discharge Abstract Database. Ottawa (Ont.): ASPC; 2017. Rapport non publié.
26. Assembly of First Nations. 2016 Special Chiefs Assembly—Gatineau, QC: final resolutions [Internet]. (QC resolution no. 82/2016); 2016. En ligne à : <https://www.afn.ca/uploads/files/resolutions/sca-2016.pdf>
27. Southwick, R. Fentanyl brings tragedy to Blood Tribe [Internet]. Calgary Herald. 29 mars 2015 [modifié le 2 déc. 2015; consulté en sept. 2017]. En ligne à : <http://calgaryherald.com/news/local-news/fentanyl-brings-tragedy-to-blood-tribe>
28. Service correctionnel Canada. Rapport annuel sur les décès en établissement 2014-2015 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; mars 2016 [consulté en sept. 2017]. En ligne à : <http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/092/005008-3008-fra.pdf>
29. Agence de la santé publique du Canada. Summary of bilateral discussions on data sources and opportunities for opioid-related harms surveillance. 1er déc. 2017. Présentation au Groupe de travail sur la surveillance des surdoses d'opioïdes (GTSSO) par téléconférence, non publiée.
30. BC Centre for Disease Control. The history of the take home naloxone in British Columbia [Internet]. Vancouver (C.-B.): BC Centre for Disease Control; 2017. En ligne à : <http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/THN%20timeline%20bw%2020170628.pdf>
- Bell R. Little pills, big trouble: how Alberta's fentanyl crisis escalated despite years of warning [Internet]. Toronto (Ont.) : CBC News; 24 mai 2017 [consulté en nov. 2017]. En ligne à : <http://www.cbc.ca/news2/interactives/fentanyl-crisis-alberta/>
31. Statistique Canada. Résultats de l'Enquête sur la sensibilisation aux opioïdes, novembre 2017 [Internet]. Le Quotidien, 9 janvier 2018. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018. En ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/180109/dq180109a-fra.pdf>
32. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. Bulletin du RCCET : Composer le 911 en cas d'intoxication à la drogue [Internet]. Ottawa (Ont.) : RCCET; 2017. En ligne à : <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Calling-911-Drug-Poisoning-2017-fr.pdf>
33. Gouvernement du Canada. Mesures du Gouvernement du Canada sur les opioïdes : 2016 et 2017 [Internet]. Ottawa (Ont.): Gouvernement du Canada; 2017 [consulté en sept. 2017]. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/actions-opioids-2016-2017/Opioids-Response-Report-FR-FINAL.pdf>