

Recherche quantitative originale

Surveillance des cas suspectés d'intoxication et de blessures liées aux opioïdes : tendances et contexte tirés du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, mars 2011 à juin 2017

Minh T. Do, Ph. D. (1,2,3); Vicky C. Chang, M.P.H. (1,2); Semra Tibebu, M.P.H. (1,2); Wendy Thompson, M. Sc. (1); Anne-Marie Ugnat, Ph. D. (1)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. La crise actuelle des opioïdes est un problème de santé publique majeur au Canada. Il est nécessaire de connaître les facteurs de risque en amont associés à la consommation d'opioïdes pour éclairer les efforts de prévention des blessures, de promotion de la santé et de réduction des méfaits.

Méthodologie. Nous avons analysé les données sur les blessures subies par des personnes traitées dans les services d'urgence (SU) de onze hôpitaux pédiatriques et de six hôpitaux généraux au Canada et recueillies par le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes en ligne (SCHIRPTe) entre mars 2011 et juin 2017. Nous avons identifié les blessures apparemment liées aux opioïdes au moyen de chaînes de recherche et nous les avons vérifiées manuellement. Nous avons calculé des rapports proportionnels de blessures (RPB) en fonction de l'âge et du sexe ainsi que des intervalles de confiance à 95 % pour comparer les blessures liées à la consommation d'opioïdes à l'ensemble des blessures figurant dans le SCHIRPTe. Une régression binomiale négative a été utilisée pour déterminer les tendances au fil du temps. Nous avons effectué des analyses qualitatives des informations descriptives afin d'en dégager les thèmes communs spécifiques à chaque étape de vie.

Résultats. Nous avons identifié 583 cas d'intoxications ou de blessures apparemment liées aux opioïdes dans le SCHIRPTe pour la période allant de mars 2011 à juin 2017. La majorité concernaient des femmes (55 %) et sont survenues au domicile des patients (51 %). Quarante-cinq pour cent des blessures étaient des automutilations intentionnelles. Chez les enfants (1 à 9 ans), la plupart des blessures ont été causées par une consommation accidentelle d'opioïdes laissés sans surveillance. Chez les jeunes (10 à 19 ans) et les adultes (20 à 49 ans), la consommation d'opioïdes était associée à une maladie mentale sous-jacente. Dans l'ensemble, on observe une augmentation de la variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du taux de blessures (pour 100 000 cas dans le SCHIRPTe) depuis 2012 (VAMP = 11,9 %, $p < 0,05$), particulièrement marquée chez les hommes (VAMP = 16,3 %, $p < 0,05$). Les personnes victimes de blessures apparemment liées à la consommation d'opioïdes étaient plus susceptibles d'être admises à l'hôpital que les personnes victimes d'autres types de blessure (RPB = 5,3, IC à 95 % : 4,6 à 6,2).

Conclusion. Les déterminants en amont des blessures liées à l'utilisation d'opioïdes sont complexes et varient probablement selon les sous-populations. La surveillance continue des facteurs de risque est donc importante afin d'obtenir les données probantes nécessaires à la prévention d'autres surdoses et décès.

Points saillants

- Comparativement à l'ensemble des cas de blessures figurant dans le SCHIRPTe, les personnes ayant subi des blessures liées à la consommation d'opioïdes étaient plus susceptibles d'être des femmes, et les blessures étaient plus susceptibles de se produire dans l'intention de s'automutiler, au domicile, entre 0 h et 7 h 59 et de conduire à une admission à l'hôpital.
- La variation annuelle moyenne en pourcentage (VAMP) du nombre de cas de blessure ou d'intoxication apparemment liés aux opioïdes (pour 100 000 cas dans le SCHIRPTe) augmente depuis 2012 (VAMP = 11,9 %, $p < 0,05$), particulièrement chez les hommes (VAMP = 16,3 %, $p < 0,05$).
- Chez les jeunes enfants (moins de 5 ans), un accès aux médicaments (p. ex. des comprimés trouvés sur le plancher) combiné à un manque de supervision s'est révélé le facteur le plus courant ayant contribué à une intoxication aux opioïdes.
- Les tentatives de suicide étaient les plus nombreuses en proportion chez les jeunes (33 %), puis chez les adultes plus âgés (28 %) et enfin chez les adultes (9 %). L'usage récréatif d'opioïdes a été signalé le plus souvent par des adultes.

Mots-clés : service d'urgence, SU, opioïdes, opiacés, intoxication, surveillance, SCHIRPT, Canada

Rattachement des auteurs :

- Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
- École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- Faculté des sciences de la santé, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Minh T. Do, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; Tél. : 613-797-7587; téléc. : 613-941-2057; courriel : minht.do@canada.ca

Introduction

Au cours des dernières années, le nombre de décès et d'hospitalisations liés à la consommation d'opioïdes a augmenté de façon spectaculaire dans certaines régions du Canada, et rien n'indique une atténuation de cette crise. En 2016, on a constaté 2861 décès apparemment liés aux opioïdes (8,1 pour 100 000) au Canada, ce qui dépasse de loin le nombre de décès liés aux véhicules motorisés (5,2 pour 100 000) en 2015^{1,2}. De même, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a rapporté des augmentations parallèles dans les visites aux urgences et les hospitalisations liées aux opioïdes dans certaines régions du Canada³. Les données sur les jeunes (15 à 24 ans) sont particulièrement préoccupantes : il s'agit du groupe d'âge pour lequel certaines des hausses les plus importantes d'hospitalisation et de visites à l'urgence ont été observées³.

La crise actuelle des opioïdes au Canada est attribuable aux taux élevés d'ordonnances d'opioïdes et à l'importation accrue d'opioïdes synthétiques très puissants qui alimentent le marché illégal, comme le fentanyl ou, encore plus puissant, le carfentanil. Alors que de nombreux rapports ont insisté sur les décès liés à la consommation d'opioïdes chez les adultes, une grande partie du discours actuel entourant la crise des opioïdes n'a pas tenu compte de la situation chez les jeunes et les adolescents. Or le Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPTe) a recueilli des données sur les intoxications et les blessures liées aux opioïdes auprès de 11 hôpitaux pédiatriques et de 6 hôpitaux généraux du pays, ce qui en fait une source de données susceptible de fournir un autre éclairage sur la crise. De plus, ce système de surveillance a recueilli des informations descriptives sur les circonstances précédant les blessures et les intoxications, ce qui offre la possibilité d'effectuer des analyses approfondies.

Objectifs de l'étude

Cette étude visait à donner un aperçu des visites au service d'urgence (SU) en lien avec les cas suspectés d'intoxication ou de blessure liées à la consommation d'opioïdes consignés dans le SCHIRPTe entre mars 2011 et juin 2017. Les objectifs de l'étude étaient plus particulièrement les suivants :

- caractériser l'épidémiologie (personne, lieu et heure) des intoxications et blessures liées aux opioïdes et la comparer à celle de l'ensemble des autres blessures de la base de données du SCHIRPTe;
- examiner les tendances temporelles (2011-2016) selon le sexe et le groupe d'âge;
- décrire les facteurs contextuels (p. ex. intention, événements survenus avant la blessure) entourant les intoxications et blessures liées aux opioïdes (et en déterminer les tendances selon les étapes de la vie) au moyen d'une évaluation qualitative.

Méthodologie

Source de données

Le SCHIRPTe est un système de surveillance des blessures et des intoxications traitées dans les SU financé et administré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). L'élaboration du SCHIRPT et ses améliorations récentes ont été décrites en détail ailleurs⁴. Mis sur pied en 1990, le SCHIRPT recueille des données auprès de 11 hôpitaux pédiatriques et 6 hôpitaux généraux au Canada. Au cours de leur visite au SU d'un hôpital participant du SCHIRPT, les patients (ou une personne agissant en leur nom, p. ex. un parent ou un tuteur) sont invités à remplir un formulaire de déclaration décrivant en détail les circonstances de la blessure ou de l'intoxication (en particulier heure, lieu et activité) et qui inclut des questions fermées et des questions ouvertes (réécriture libre). Le médecin traitant ou tout autre membre du personnel de l'hôpital remplit ensuite le formulaire en fournissant des détails sur les caractéristiques cliniques (p. ex. la partie du corps blessée, la nature de la blessure) et le traitement administré ou les mesures prises. Depuis 2011, plutôt que de centraliser la saisie et le codage des données à l'ASPC, les coordonnateurs des sites participants du SCHIRPT saisissent les données directement dans un système électronique en ligne (SCHIRPTe), ce qui améliore grandement la rapidité de la saisie et de la diffusion des données. Les codeurs de l'ASPC vérifient ensuite les données sur la plateforme du SCHIRPTe, effectuent le codage d'interprétation des descriptions en réécriture libre et effectuent également des vérifications de la qualité des données. Les

analyses réalisées pour notre étude reposent sur les données enregistrées dans le SCHIRPTe entre mars 2011 et le 27 juin 2017 (pour tous les âges, au total 786 758 enregistrements consultés). La qualité des données du SCHIRPT a déjà été évaluée ailleurs^{5,6}.

Sélection des cas

Nous avons effectué une recherche dans la base de données du SCHIRPTe dans tous les champs de données pertinents, en particulier les descriptions et les codes de produits et de substances, afin d'identifier tous les cas suspectés d'intoxications et de blessures liées aux opioïdes. Nous avons défini un événement « soupçonné » comme un événement qui répond à l'un de nos critères de recherche. Nous avons élaboré notre stratégie de recherche en utilisant divers termes de recherche, à la fois des noms de médicaments génériques (p. ex. « amidone », « buprénorphine », « codéine », « fentanyl », « héroïne », « hydrocodone », « hydromorphone », « laudanum », « mépéridine », « méthadone », « morphine », « naloxone », « oxycodone » et « tramadol »), des noms commerciaux courants (p. ex. « Dilaudid », « Duragesic », « Empracet », « Emtec », « Endocet », « Lenoltec », « MS Contin », « Narcan », « OxyContin », « Oxycocet », « Percocet », « Roxicet », « Statex », « Suboxone », « Tramacet », « Tylenol » [n° 1, 2, 3 ou 4] et « Vicodin ») ou des termes non spécifiques (par exemple « opiacé », « opioïde » et « opium »). Des synonymes, des termes tronqués et des fautes d'orthographe ou des orthographies différentes ont également été inclus dans la recherche lorsque c'était possible. Pour vérifier l'exactitude de la sélection des cas, nous avons examiné les descriptions de tous les cas capturés par la recherche et exclu ceux où l'intoxication ou la blessure n'impliquait pas la consommation d'opioïdes (p. ex. prendre seulement du Tylenol [acétaminophène] régulier, ou bien prendre des analgésiques opioïdes après une blessure sans mention d'intoxication ou de réaction indésirable). Nous avons exclu les cas pour lesquels la date d'intoxication ou blessure ou bien la date de naissance étaient inconnues ($n = 2$).

Variables

Nous avons extrait de la base de données du SCHIRPTe les variables relatives à la personne (âge et sexe), au lieu (lieu où l'intoxication ou la blessure a eu lieu) et au

temps (année, jour de la semaine et heure de la journée) ainsi que d'autres variables pertinentes comme l'intention d'intoxication ou de blessure (accidentelle, automutilation intentionnelle ou agression/mauvais traitements) et les mesures prises (observation ou traitement au SU ou admission à l'hôpital). De plus, comme dans la base de données du SCHIRPTe les drogues et les substances ne sont pas systématiquement codées ou sont seulement codées en grandes catégories, nous avons examiné les champs descriptifs (Description de l'événement de blessure, Produit et Substance) de tous les cas identifiés pour coder manuellement les opioïdes particuliers et les substances concomitantes (p. ex. alcool, médicaments, drogues illicites). Dans le cas des produits combinés du type de ceux contenant à la fois de l'acétaminophène et un opioïde (p. ex. de la codéine dans le Tylenol 3 ou de l'oxycodone dans le Percocet), la composante non opioïde (acétaminophène) a été codée comme substance concomitante.

Analyse statistique

Nous avons effectué des analyses descriptives pour examiner la répartition des caractéristiques (âge, lieu, jour de la semaine, heure de la journée, intention et mesures) de l'ensemble des cas d'intoxication et de blessures apparemment liés aux opioïdes et selon le sexe. Nous avons calculé les moyennes et les écarts-types pour les variables continues et les distributions de fréquence (effetifs et proportions) pour les variables nominales. Nous avons également générée des distributions de fréquences pour identifier les opioïdes et les substances concomitantes les plus fréquemment utilisés selon le groupe d'âge (moins de 10 ans, 10 à 19 ans, 20 à 49 ans et 50 ans et plus) et selon le sexe. De plus, nous avons utilisé des rapports proportionnels de blessures (RPB) pour comparer les caractéristiques spécifiques des cas liés aux opioïdes à l'ensemble des cas de blessures ou d'intoxication de la base de données du SCHIRPTe. Le RPB est le rapport entre le nombre de cas liés à la consommation d'opioïdes observés pour une caractéristique donnée (p. ex. automutilation intentionnelle) et le nombre de cas attendu en fonction de l'âge (par groupes d'âge de 10 ans) et du sexe de cette caractéristique dans l'ensemble des cas du SCHIRPTe⁷. Nous avons calculé les RPB avec des intervalles de confiance (IC) de 95 % pour les deux sexes combinés ainsi que séparément pour les hommes et pour les femmes.

Comme le SCHIRPT n'est pas fondé sur la population générale, il est impossible de calculer des taux d'incidence. Nous avons plutôt calculé la proportion de cas liés aux opioïdes sur l'ensemble des cas de blessures ou d'intoxication du SCHIRPTe (soit le nombre de cas liés aux opioïdes par 100 000 cas dans le SCHIRPTe) pour chaque année. Nous avons mesuré l'évolution des tendances dans la proportion d'intoxications ou de blessures liées aux opioïdes sur l'ensemble des cas du SCHIRPTe en utilisant une régression binomiale négative et en calculant les variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP) avec des IC à 95 %, dans l'ensemble ainsi que selon le sexe et selon le groupe d'âge. Le calcul de la VAMP repose sur la formule suivante : $VAMP = [e^\beta - 1] \times 100$, où β est la pente de la régression des logarithmes des proportions sur l'année⁸. Nous avons inclus les données de 2017 jusqu'au mois de juin et exclu celles entre janvier 2017 et juin 2017 de l'analyse des tendances car il est possible que ces données aient été incomplètes en raison des retards éventuels dans la saisie des données par les sites du SCHIRPT ou que les cas liés aux opioïdes aient fait l'objet d'une déclaration différentielle (plus rapide) par rapport à d'autres blessures. Nous avons également effectué nos analyses en excluant les cas de 2011 (soit l'année où le SCHIRPT est devenu SCHIRPTe) puis en comptabilisant les données de 2011 et en excluant celles de 2016 (en raison du report de la déclaration par certains hôpitaux) pour en examiner l'incidence possible sur les tendances. Nous avons également effectué une analyse de sensibilité supplémentaire limitée aux 11 hôpitaux pédiatriques afin d'en déterminer les répercussions sur les tendances. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de SAS Enterprise Guide, version 5.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, É.-U.) et de Microsoft Excel 2014 (Microsoft Corp., Redmond, WA, É.-U.).

Codage qualitatif et analyse des descriptions

Pour compléter l'analyse statistique quantitative décrite ci-dessus, nous avons effectué une analyse qualitative des descriptions en rédaction libre afin de mieux comprendre les facteurs contextuels et les circonstances susceptibles d'avoir contribué aux intoxications et aux blessures liées aux opioïdes. Nous avons effectué une analyse de contenu pour coder ces descriptions, au moyen d'une approche inductive^{9,10}. Nous avons d'abord effectué une lecture d'ensemble

pour identifier des termes, des expressions, des événements ou des thèmes récurrents, puis nous avons élaboré des catégories et des sous-catégories de codage en fonction des principaux thèmes qui étaient ressortis des données. Nous avons ensuite relu en détail les descriptions de cas individuels et nous les avons codées selon les catégories définies, dans un processus itératif comportant une interprétation continue des données et des modifications du codage (p. ex. ajout ou regroupement de catégories). Le codage a été effectué indépendamment par deux membres de l'équipe de recherche (CV et ST), et les divergences ont été résolues par discussion et consensus. Compte tenu des différences dans les facteurs de risque et les contextes entourant les blessures et les intoxications, nous présentons les résultats par groupes d'âge liés aux grandes étapes de la vie : nouveau-nés et nourrissons (moins d'un an), tout-petits et enfants (1 à 9 ans), jeunes (10 à 19 ans), adultes (20 à 49 ans) et adultes âgés (50 ans et plus). Nous avons décrit les thèmes identifiés, fourni des exemples et également présenté les fréquences des catégories codées. Les thèmes et les contextes ont été regroupés en catégories plus vastes fondées sur le temps : 1) événement (occurrence de la blessure elle-même, p. ex. surdose avec intention suicidaire), 2) facteurs proximaux (les plus immédiats ou récents) susceptibles d'avoir contribué à l'événement (p. ex. facteurs de stress récents dans la vie), 3) facteurs de risque distaux (en amont) (p. ex. santé mentale, antécédents de toxicomanie, tentatives antérieures d'automutilation ou de suicide).

Résultats

Caractéristiques des cas

Au total, 583 cas d'intoxication ou de blessure apparemment liés aux opioïdes ont été intégrés au SCHIRPTe entre mars 2011 et juin 2017, dont 55 % concernant des femmes. Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques de base des cas et les caractéristiques des blessures, dans l'ensemble et selon le sexe. En raison de la nature des hôpitaux participant au SCHIRPT (principalement des hôpitaux pédiatriques), près des deux tiers (66 %) des cas impliquaient des personnes de moins de 20 ans (hommes : 58 %, femmes : 72 %). Les jeunes de 15 à 19 ans représentaient la plus grande proportion de cas, tant chez les garçons (26 %) que chez les filles (38 %), tandis que les enfants de

TABLEAU 1
Caractéristiques des visites à l'urgence apparemment liées à la consommation d'opioïdes,
dans l'ensemble et selon le sexe, SCHIRPTe, mars 2011 à juin 2017

Caractéristiques	Tous n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)
Total	583 (100)	261 (44,8)	322 (55,2)
Âge (ans)			
Moyenne (ET)	22,1 (17,8)	24,1 (19,1)	20,5 (16,6)
Médiane (PIQ)	16 (13-32)	16 (10-38)	16 (14-23)
Groupe d'âge (ans)			
Moins de 1	18 (3,1)	8 (3,1)	10 (3,1)
1	37 (6,3)	15 (5,7)	22 (6,8)
2 à 9	73 (12,5)	41 (15,7)	32 (9,9)
10 à 14	65 (11,1)	20 (7,7)	45 (14,0)
15 à 19	189 (32,4)	67 (25,7)	122 (37,9)
20 à 29	45 (7,7)	19 (7,3)	26 (8,1)
30 à 39	46 (7,9)	27 (10,3)	19 (5,9)
40 à 49	50 (8,6)	32 (12,3)	18 (5,6)
50 à 64	44 (7,5)	26 (10,0)	18 (5,6)
65 et plus	16 (2,7)	6 (2,3)	10 (3,1)
Intention			
Blessure non intentionnelle	280 (48,0)	143 (54,8)	137 (42,5)
Automutilation intentionnelle	261 (44,8)	96 (36,8)	165 (51,2)
Mauvais traitements ou voies de fait	10 (1,7)	5 (1,9)	5 (1,6)
Autre/non précisé	32 (5,5)	17 (6,5)	15 (4,7)
Lieu^a			
Domicile de la victime	299 (51,3)	116 (44,4)	183 (56,8)
Domicile d'autres personnes	45 (7,7)	25 (9,6)	20 (6,2)
Établissement résidentiel	10 (1,7)	5 (1,9)	5 (1,6)
École ou emplacement administratif public	11 (1,9)	6 (2,3)	5 (1,6)
Rue, autoroute ou voie publique	24 (4,1)	16 (6,1)	8 (2,5)
Emplacement de vente ou de service	15 (2,6)	10 (3,8)	5 (1,6)
Non précisé/inconnu	164 (28,1)	76 (29,1)	88 (27,3)
Jour de la semaine			
Lundi	88 (15,1)	36 (13,8)	52 (16,1)
Mardi	83 (14,2)	41 (15,7)	42 (13,0)
Mercredi	89 (15,3)	42 (16,1)	47 (14,6)
Jeudi	68 (11,7)	33 (12,6)	35 (10,9)
Vendredi	93 (16,0)	44 (16,9)	49 (15,2)
Samedi	90 (15,4)	42 (16,1)	48 (14,9)
Dimanche	72 (12,3)	23 (8,8)	49 (15,2)

Suite à la page suivante

5 à 9 ans représentaient moins de 1 % de tous les cas. Dans l'ensemble, 48 % des cas étaient de nature accidentelle (non intentionnelle) et 45 % avec intention de s'automutiler. Fait digne de mention, l'automutilation intentionnelle représentait une plus grande proportion de cas chez les femmes (51 %) que chez les hommes (37 %). De plus, alors que les cas des patients de moins de 10 ans étaient presque exclusivement non intentionnels, étaient attribuables à l'automutilation intentionnelle 57 % de ceux touchant les 10 à 19 ans, 55 % de ceux touchant les 20 à 49 ans et 65 % de ceux touchant les 50 ans et plus (données non présentées). Pour ce qui est du lieu de la blessure ou de l'intoxication, la majorité des cas s'étaient produits au domicile de la victime (51 %). Les autres lieux d'occurrence les plus courants (quand ils étaient précisés) étaient le domicile d'autres personnes (8 %) et une rue, une autoroute ou une voie publique (4 %). Aucune tendance claire n'a été observée en lien avec le jour de la semaine, le nombre de cas plus élevé ayant eu lieu le vendredi (16 %) et le plus faible, le jeudi (12 %). Parmi les cas où l'heure de la journée a été mentionnée ($n = 394$), la plus grande proportion de blessure ou intoxication est survenue entre 16 h et 19 h 59 (27 %). Parmi les cas apparemment liés aux opioïdes, 30 % ont donné lieu à une admission à l'hôpital, plus souvent en proportion chez les femmes (32 %) que chez les hommes (27 %).

Comparaisons avec l'ensemble des cas du SCHIRPTe

Le tableau 2 présente les RPB permettant de comparer les cas d'intoxication ou de blessure apparemment liés aux opioïdes à l'ensemble des cas enregistrés dans le SCHIRPTe en fonction du sexe, de l'intention, du lieu, du jour de la semaine, de l'heure de la journée et des mesures prises. Comparativement à l'ensemble des cas de blessures ou d'intoxication enregistrés dans le SCHIRPTe, les cas liés à la consommation d'opioïdes étaient largement plus susceptibles d'impliquer des femmes ($RPB = 1,30$, IC à 95 % : de 1,16 à 1,45), davantage liés à l'intention de s'automutiler ($RPB = 25,00$, IC à 95 % : 22,15 à 28,23) et davantage susceptibles de se produire au domicile de la personne ($RPB = 1,98$, IC à 95 % : 1,77 à 2,22) ou dans un établissement résidentiel ($RPB = 2,61$, IC à 95 % : 1,40 à 4,85). Les RPB pour le jour de la semaine n'étaient pas significativement différents des cas du SCHIRPTe en général,

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques des visites à l'urgence apparemment liées à la consommation d'opioïdes, dans l'ensemble et selon le sexe, SCHIRPTe, mars 2011 à juin 2017

Caractéristiques	Tous n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)
Heure			
De 0 h à 3 h 59	51 (8,7)	22 (8,4)	29 (9,0)
4 h à 7 h 59	28 (4,8)	20 (7,7)	8 (2,5)
8 h à 11 h 59	48 (8,2)	23 (8,8)	25 (7,8)
12 h à 15 h 59	78 (13,4)	33 (12,6)	45 (14,0)
16 h à 19 h 45	105 (18,0)	38 (14,6)	67 (20,8)
20 h à 23 h 59	84 (14,4)	38 (14,6)	46 (14,3)
Inconnue	189 (32,4)	87 (33,3)	102 (31,7)
Issue du cas			
Parti sans être vu ou conseils seulement	52 (8,9)	23 (8,8)	29 (9,0)
Traitements à l'urgence, suivi au besoin	113 (19,4)	62 (23,8)	51 (15,8)
Traitements à l'urgence, suivi nécessaire	93 (16,0)	37 (14,2)	56 (17,4)
Observations à l'urgence avec suivi au besoin	100 (17,2)	52 (19,9)	48 (14,9)
Observations à l'urgence, suivi nécessaire	52 (8,9)	17 (6,5)	35 (10,9)
Admis à l'hôpital	173 (29,7)	70 (26,8)	103 (32,0)

Abréviations : ET, écart-type; PIQ, plage interquartile; SCHIRPTe, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes en ligne; SU, service d'urgence.

^a Seuls les lieux avec plus de 5 cas sont affichés.

bien que l'événement ait eu lieu le dimanche pour une plus faible proportion de cas liés aux opioïdes chez les hommes ($RPB = 0,62$, IC à 95 % : 0,42 à 0,94). Des proportions significativement élevées de cas liés aux opioïdes correspondent aux tranches horaires 0 h à 3 h 59 ($RPB = 3,01$, IC à 95 % : 2,29 à 3,96) et 4 h à 7 h 59 ($RPB = 1,88$, IC à 95 % : 1,30-2,73). De plus, comparativement à l'ensemble des cas enregistrés dans le SCHIRPTe, les cas liés à la consommation d'opioïdes étaient largement plus susceptibles d'être gardés en observation au SU (avec suivi au besoin) ($RPB = 5,54$, IC à 95 % : 4,64 à 6,86) ou admis à l'hôpital ($RPB = 5,32$, IC à 95 % : 4,58 à 6,17).

Tendances temporelles

Le tableau 3 présente les résultats des analyses des tendances relatives aux intoxications et aux blessures apparemment liées aux opioïdes pour 2011-2016. Afin d'évaluer la robustesse des tendances, nous avons également utilisé d'autres intervalles de

temps. Dans l'ensemble, nous avons constaté une tendance à la hausse constante pour les intoxications et les blessures apparemment liées aux opioïdes durant la période. Bien que les intervalles de confiance aient été importants, une VAMP statistiquement significative du nombre de cas de blessures ou d'intoxications apparemment liées aux opioïdes (pour 100 000 cas du SCHIRPTe) a été observée à compter de 2012 (VAMP = 11,9 %, $p < 0,05$), avec une augmentation particulièrement marquée chez les hommes (VAMP = 16,3 %, $p < 0,05$). Nous avons effectué des analyses additionnelles, en n'incluant que les données des 11 hôpitaux pédiatriques, afin de déterminer l'impact sur les tendances. Dans l'ensemble, cela n'affectait pas la tendance des résultats décrite ci-haut (données non présentées).

Types d'opioïdes et substances concomitantes

Les types d'opioïdes et de substances concomitantes les plus couramment utilisés

dans les cas apparemment liés aux opioïdes sont présentés dans la figure 1. Les types d'opioïdes les plus couramment utilisés chez les enfants (moins de 10 ans) et les jeunes (10 à 19 ans) étaient l'oxycodone (30 %) et la codéine (56 %), respectivement, souvent en tant que combinaison de médicaments contenant des opioïdes avec de l'acétaminophène (p. ex. Tylenol 3 ou Percocet). Chez les hommes adultes (20 à 49 ans), les substances consommées le plus couramment étaient l'hydromorphone (18 %), l'oxycodone (18 %), la morphine (17 %) et l'héroïne (14 %) et, chez les femmes adultes, l'hydromorphone (22 %), la codéine (18 %) et la morphine (18 %). La morphine était l'opioïde le plus couramment utilisé par les hommes âgés de 50 ans ou plus (34 %) et le deuxième type d'opioïde le plus couramment utilisé par les femmes plus âgées (25 %), après l'oxycodone (32 %). La consommation de substances concomitantes autres que l'acétaminophène était fréquente chez les hommes et chez les femmes dans tous les groupes d'âge (sauf pour les moins de 10 ans, avec très peu de cas), avec l'alcool comme substance la plus couramment utilisée en combinaison chez les hommes plus âgés (44 %) et la deuxième substance la plus couramment utilisée en combinaison chez les jeunes et les adultes. Les cannabinoïdes, les benzodiazépines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, la méthamphétamine et la cocaïne étaient elles aussi courantes.

Analyse qualitative des descriptions

Les analyses qualitatives des descriptions sont résumées dans le tableau 4. Chez les jeunes enfants (moins de 5 ans), un accès aux médicaments (p. ex. pilules trouvées sur le plancher, prises dans l'armoire ou le sac à main) combiné à un manque de supervision (l'enfant joue seul) était le facteur le plus courant contribuant à une intoxication liée aux opioïdes. De plus, parmi les cas d'intoxication chez les enfants de moins d'un an, dans six cas, les mères avaient pris des opioïdes pendant leur grossesse.

Les tentatives de suicide (mentionnées dans la description) constituaient la plus grande proportion de cas chez les jeunes (33 %), puis chez les adultes plus âgés (28 %) et enfin les adultes (9 %). L'usage récréatif d'opioïdes a été le plus souvent signalé par les adultes. La santé mentale s'est révélé un thème récurrent important

TABLEAU 2

Rapports proportionnels des blessures (RPB) ajustés selon l'âge et le sexe pour les cas apparemment liés aux opioïdes comparativement à l'ensemble des cas de blessures ou d'intoxication du SCHIRPTe, ensemble et selon le sexe, mars 2011 à juin 2017

Caractéristiques	Ensemble		Hommes		Femmes	
	RPB	IC à 95 %	RPB	IC à 95 %	RPB	IC à 95 %
Sexe						
Hommes	0,78	0,69 à 0,88		S.O.		S.O.
Femmes	1,30	1,16 à 1,45		S.O.		S.O.
Intention						
Blessure non intentionnelle	0,50	0,44 à 0,56	0,57	0,48 à 0,67	0,44	0,38 à 0,52
Automutilation intentionnelle	25,00	22,15 à 28,23	44,25	36,23 à 54,05	19,95	17,13 à 23,24
Mauvais traitements ou voies de fait	1,25	0,67 à 2,32	1,08	0,45 à 2,61	1,48	0,61 à 3,55
Autre/non précisé	11,08	7,83 à 15,66	13,64	8,48 à 21,95	9,13	5,50 à 15,14
Lieu^a						
Domicile de la victime	1,98	1,77 à 2,22	1,80	1,50 à 2,16	2,11	1,83 à 2,44
Domicile d'autres personnes	1,32	0,99 à 1,77	1,63	1,10 à 2,41	1,07	0,69 à 1,65
Établissement résidentiel	2,61	1,40 à 4,85	3,50	1,46 à 8,40	2,08	0,86 à 4,99
École ou emplacement administratif public	0,13	0,07 à 0,23	0,18	0,08 à 0,40	0,10	0,04 à 0,23
Rue, autoroute ou voie publique	0,54	0,36 à 0,81	0,81	0,50 à 1,32	0,33	0,16 à 0,65
Emplacement de vente et de service	0,94	0,57 à 1,57	1,43	0,77 à 2,66	0,56	0,23 à 1,35
Non précisé/inconnu	1,06	0,91 à 1,24	1,01	0,80 à 1,26	1,11	0,90 à 1,37
Jour de la semaine						
Lundi	1,09	0,88 à 1,34	1,00	0,72 à 1,39	1,16	0,88 à 1,52
Mardi	1,02	0,82 à 1,27	1,13	0,83 à 1,54	0,93	0,69 à 1,26
Mercredi	1,08	0,88 à 1,33	1,14	0,84 à 1,54	1,04	0,78 à 1,38
Jeudi	0,83	0,65 à 1,05	0,91	0,64 à 1,27	0,77	0,55 à 1,07
Vendredi	1,12	0,91 à 1,37	1,17	0,87 à 1,57	1,08	0,82 à 1,43
Samedi	0,99	0,81 à 1,22	1,02	0,75 à 1,38	0,97	0,73 à 1,29
Dimanche	0,87	0,69 à 1,09	0,62	0,42 à 0,94	1,06	0,80 à 1,41
Heure						
0 h à 3 h 59	3,01	2,29 à 3,96	2,76	1,82 à 4,19	3,23	2,25 à 4,65
4 h à 7 h 59	1,88	1,30 à 2,73	2,89	1,86 à 4,48	1,01	0,50 à 2,01
8 h à 11 h 59	0,54	0,40 à 0,71	0,55	0,37 à 0,83	0,52	0,35 à 0,78
12 h à 15 h 59	0,56	0,45 à 0,70	0,52	0,37 à 0,74	0,59	0,44 à 0,79
16 h à 19 h 59	0,71	0,59 à 0,86	0,59	0,43 à 0,81	0,80	0,63 à 1,02
20 h à 23 h 59	1,08	0,87 à 1,33	1,11	0,81 à 1,52	1,06	0,79 à 1,41
Inconnue	1,95	1,69 à 2,25	2,03	1,65 à 2,51	1,88	1,55 à 2,28
Issue du cas						
Parti sans être vu ou conseils seulement	0,36	0,27 à 0,47	0,39	0,26 à 0,59	0,33	0,23 à 0,48
TraITEMENT à l'urgence, suivi au besoin	0,49	0,41 à 0,59	0,59	0,46 à 0,75	0,41	0,31 à 0,54
TraITEMENT à l'urgence, suivi nécessaire	0,67	0,55 à 0,82	0,55	0,40 à 0,76	0,78	0,60 à 1,02
Observation à l'urgence avec suivi au besoin	5,64	4,64 à 6,86	6,92	5,28 à 9,09	4,69	3,54 à 6,23
Observation à l'urgence, suivi nécessaire	3,77	2,88 à 4,95	4,74	2,95 à 7,62	3,43	2,46 à 4,78
Admis à l'hôpital	5,32	4,58 à 6,17	3,81	3,01 à 4,81	7,29	6,01 à 8,84

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RPB, rapport proportionnel des blessures; SCHIRPTe, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes en ligne; S. O., sans objet; SU, service d'urgence.

^a Seuls les lieux avec plus de 5 cas sont affichés.

TABLEAU 3
Variations annuelles moyennes en pourcentage (VAMP)
du nombre de cas d'intoxication ou de blessure apparemment liés aux opioïdes
(pour 100 000 cas du SCHIRPTe) pour différents intervalles de temps

Période et groupe	VAMP (%)	IC à 95 %	p
2011-2016			
Ensemble	6,00	−2,81 à 15,61	0,188
Hommes	6,89	−6,06 à 21,63	0,312
Femmes	5,12	−3,69 à 14,74	0,262
2011-2015			
Ensemble	7,49	−5,60 à 22,41	0,276
Hommes	9,14	−9,66 à 31,86	0,365
Femmes	6,12	−7,24 à 21,41	0,387
2012-2016			
Ensemble	11,89	2,95 à 21,61	0,008*
Hommes	16,34	2,60 à 31,93	0,018*
Femmes	8,27	−3,55 à 21,54	0,178
2012-2015			
Ensemble	19,48	11,01 à 28,60	< 0,001*
Hommes	28,94	18,30 à 40,54	< 0,001*
Femmes	12,53	−7,28 à 36,57	0,232

Abréviations : IC, intervalle de confiance; SCHIRPTe, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes en ligne; VAMP, variation annuelle moyenne en pourcentage.

*p < 0,05.

dans les descriptions à la fois des jeunes, des adultes et des adultes âgés. Les facteurs contributifs proximaux (directs/récents) étaient des facteurs de stress récents dans la vie (p. ex. dispute avec la famille, séparation, décès d'un être cher) et une détresse émotionnelle (p. ex. sentiment de tristesse, de colère, de dépression ou de stress). Les facteurs distaux (facteurs de risque en amont) étaient des antécédents de toxicomanie, de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale et des tentatives antérieures d'automutilation ou de suicide. De nombreux cas liés à la consommation d'opioïdes faisaient mention également d'autres blessures (survenues en même temps que l'intoxication ou en conséquence de la consommation d'opioïdes). Par exemple, des blessures auto-infligées (comme s'entailler les poignets) étaient courantes chez les jeunes, en particulier chez les filles de 15 à 19 ans, et des blessures liées à une chute (p. ex une sensation d'étourdissement causée par les médicaments) étaient courantes chez les adultes plus âgés. Parmi les autres blessures, mentionnons les accidents de la route et les agressions liées à la drogue.

Analyse

Dans cette étude, nous avons décrit l'épidémiologie des blessures liées aux opioïdes à l'aide des données recueillies dans le SCHIRPTe. En cohérence avec la littérature^{1,3}, notre analyse des données du SCHIRPTe a révélé une augmentation significative du taux de blessures liées aux opioïdes (par 100 000 événements du SCHIRPTe) au fil du temps. Nous avons également observé que les femmes constituaient la majorité (55 %) de ces cas dans les établissements participants du SCHIRPTe. Bien que la présence d'une proportion plus élevée de femmes puisse correspondre à des différences de comportements entre les hommes et les femmes en matière de recherche de soins de santé, la littérature porte à penser que les hommes dans leur ensemble sont plus susceptibles que les femmes d'utiliser un plus grand nombre de types de drogues illicites¹¹, ce qui augmenterait leur risque de visites à l'urgence et de décès par surdose.

Notre analyse des données du SCHIRPTe a également révélé que la majorité (51 %)

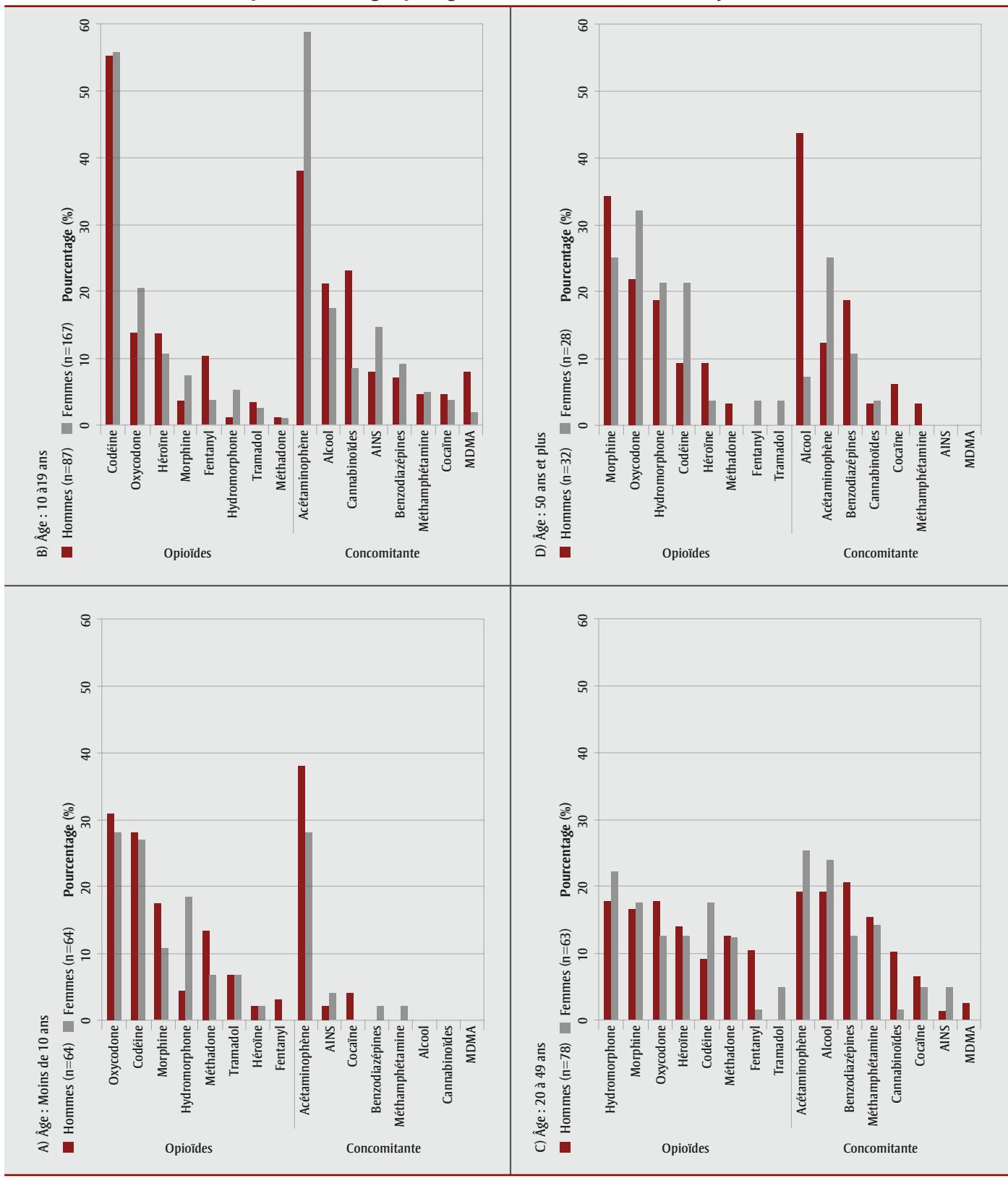
des blessures sont survenues au domicile de la victime. Bien que les données du SCHIRPTe proviennent principalement des populations pédiatriques, des observations similaires ont été faites au sein de la population générale. Par exemple, en Colombie-Britannique, 61 % des décès attribuables à des surdoses de drogues illicites sont survenus dans des résidences privées¹². Cette constatation est importante, car elle offre des possibilités de prévention. Par exemple, étant donné que, d'après notre analyse, certaines blessures ont été causées par l'ingestion de médicaments par de jeunes enfants laissés sans surveillance, un entreposage approprié des médicaments ou d'autres solutions techniques permettraient d'empêcher l'accès des enfants aux médicaments.

Dans le cadre de cette étude, nous avons également analysé les données du SCHIRPTe à l'aide d'une méthode qualitative afin d'en extraire les thèmes communs à chaque étape de la vie. Cette approche nous a permis de faire certaines constatations inattendues qui méritent d'être mentionnées. Parmi les cas impliquant des enfants de moins d'un an, nous avons été surpris de trouver un certain nombre de nouveau-nés présentant des symptômes de sevrage. Ces cas peuvent être attribuables soit à un syndrome d'abstinence néonatale (SAN) non identifié au cours de la période suivant l'accouchement, soit à une durée de traitement du SAN insuffisante avant le congé d'hôpital. Un rapport publié aux États-Unis a montré que le taux de SAN a doublé entre 2009 et 2013, passant de 3,6 cas à 7,3 cas pour 1000 naissances vivantes¹³. On ne sait toutefois pas si ces tendances existent au Canada, ce qui devrait être vérifié.

La santé mentale s'est révélée un thème récurrent important dans les descriptions à la fois des jeunes, des adultes et des adultes plus âgés. Les facteurs contributifs proximaux (directs/récents) cités étaient les facteurs de stress récents dans la vie (p. ex. dispute avec la famille, séparation, décès d'un être cher) et la détresse émotionnelle (p. ex. sentiment de tristesse, de colère, de dépression ou de stress). Les facteurs distaux (facteurs de risque en amont) étaient des antécédents de toxicomanie, de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale et des tentatives antérieures d'automutilation ou de suicide. Les thèmes dégagés dans l'évaluation qualitative ont également été confirmés par des RPB significativement élevés (RPB = 25,00, IC à

FIGURE 1

Opioides et substances concomitantes les plus couramment utilisés parmi les cas apparemment liés à la consommation d'opioïdes, selon le groupe d'âge et le sexe, SCHIRPTe, mars 2011 à juin 2017



Abréviations : AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien; MDMA, 3,4-méthylénedioxyméthamphétamine (ecstasy); SCHIRPTe, Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes.

Remarque : Les pourcentages ne totalisent pas 100 % car plus d'un opioïde ou d'une substance concomitante peuvent avoir été présents et seuls les types les plus courants sont indiqués ici.

TABLEAU 4

Analyse qualitative des facteurs contextuels entourant les cas apparemment liés à la consommation d'opioïdes, par groupe d'âge

Groupe d'âge; nombre total de cas	Thème	Description/exemples	Fréquence, n (%)	Caractéristiques des cas sélectionnés : n (%)	
Nouveau-nés et nourrissons (Moins d'un an) n = 18	Sevrage du nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> La mère prenait des opioïdes pendant la grossesse Le nouveau-né présentait des symptômes de sevrage (syndrome d'abstinence néonatale) et/ou a fait l'objet d'un dépistage de consommation d'opiacé dont les résultats se sont révélés positifs 	6 (33 %)	Âge 0–2 mois : 6 (100 %)	
	Supervision/ accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant jouait et a ingéré des opioïdes (comprimés) qui se trouvaient à portée de main, p. ex., sur le sol (le plus souvent) ou la table 	9 (50 %)	Âge 9–11 mois : 8 (89 %)	
Tout-petits et enfants (1 à 9 ans) n = 110	Supervision/ accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant jouait (certains ont mentionné « sans supervision », « seul » ou « par lui-même ») et a ingéré des opioïdes (comprimés ou liquides) qui se trouvaient à portée de main, p. ex., sur le sol, la table ou le comptoir, dans l'armoire ou le sac à main (de la mère) 	99 (90 %)	Homme : 50 (51 %) Âge 1–2 ans : 76 (77 %)	
	Médicament ou dose inadéquats	<ul style="list-style-type: none"> Un parent ou un tuteur a donné par erreur le mauvais médicament (c.-à-d. un opioïde plutôt que le médicament prévu) ou la mauvaise dose d'opioïde à un enfant. 	5 (5 %)	—	
Jeune (10 à 19 ans) n = 254	Événement	Tentative de suicide	<ul style="list-style-type: none"> Surdose/intoxication avec intention suicidaire (p. ex., « tentative de suicide », « geste suicidaire », « suicidaire », « idées suicidaires », « veut mourir ») 	83 (33 %)	Femme : 63 (76 %) Âge 15–19 ans : 57 (69 %)
		Récréatif	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'opioïdes à des fins récréatives ou pour le plaisir (p. ex., « pour avoir un effet euphorisant ») Beaucoup (50 %) mentionnent « avec des amis » ou « à une fête » 	38 (15 %)	Femme : 20 (53 %) Âge 15–19 ans : 32 (84 %)
		Thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Effet indésirable ou intoxication accidentelle/surdose découlant de la prise de médicaments utilisés pour soulager ou gérer la douleur (p. ex., douleur dentaire, blessure ou état chronique) 	13 (5 %)	Femme : 7 (54 %) Âge 15–19 ans : 8 (62 %)
	Proximal	Détresse émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> La personne mentionne qu'elle se sent « triste », « déprimée », « contrariée », « stressée », etc., et/ou qu'elle veut « se sentir mieux » ou « oublier des choses » (avec ou sans intention suicidaire) 	38 (15 %)	Femme : 28 (74 %) Âge 15–19 ans : 25 (66 %)
		Facteurs de stress récents dans la vie	<ul style="list-style-type: none"> Dispute avec le parent (le plus courant), le frère ou la sœur, l'ami ou le/la petite amie Autres facteurs de stress : p. ex., séparation, décès d'un être cher, abandon, violence ou viol 	31 (12 %)	Femme : 22 (71 %) Âge 15–19 ans : 24 (77 %)
	Distal		Antécédents de toxicomanie ou de dépendance (y compris le sevrage)	20 (8 %)	Homme : 12 (60 %) Âge 15–19 ans : 18 (90 %)
		Antécédents de problèmes de santé mentale	Antécédents de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale (p. ex., SSPT, « entendre des voix »)	11 (4 %)	Femme : 5 (45 %) Âge 15–19 ans : 11 (100 %)
			Antécédents d'automutilation intentionnelle (p. ex., coupures) ou de tentative de suicide antérieure	8 (3 %)	Femme : 7 (88 %) Âge 15–19 ans : 7 (88 %)
	Autres blessures	Automutilation intentionnelle	Blessures auto-infligées (p. ex., coupures aux poignets, étranglements) lorsque des opioïdes étaient en cause	19 (7 %)	Femme : 18 (95 %) Âge 15–19 ans : 16 (84 %)
		Non intentionnelle	Blessures causées par un accident de la route, une chute ou un autre mécanisme (sous l'influence d'opioïdes)	11 (4 %)	Femme : 6 (55 %) Âge 15–19 ans : 8 (73 %)
		Voies de fait	Blessures causées par des voies de fait (p. ex., coups de pied), opioïdes en cause	—	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)

Analyse qualitative des facteurs contextuels entourant les cas apparemment liés à la consommation d'opioïdes, par groupe d'âge

Groupe d'âge ; nombre total de cas	Thème	Description/exemples	Fréquence, n (%)	Caractéristiques des cas sélectionnés : n (%)
Adultes (20 à 49 ans) n = 141	Événement	Récréatif	• Utilisation d'opioïdes à des fins récréatives • Peu de cas (surtout < 30 ans) ont mentionné « avec des amis » ou « à une fête »	21 (15 %) Homme : 12 (57 %) Âge 20-29 ans : 12 (57 %)
		Tentative de suicide	• Surdose/intoxication avec intention suicidaire (p. ex., « tentative de suicide »)	13 (9 %) Femme : 8 (62 %) Âge 20-29 ans : 7 (54 %)
		Thérapeutique	• Effet indésirable ou intoxication accidentelle/surdose découlant de la prise de médicaments utilisés pour soulager ou gérer la douleur (p. ex., douleur dentaire, douleur aiguë ou chronique)	5 (4 %) —
	Proximal	Facteurs de stress récents dans la vie	• Impliquait le plus souvent une dispute avec un conjoint ou un partenaire • Autres facteurs de stress : p. ex., rupture, facteurs de stress à la maison, perte d'emploi	10 (7 %) Femme : 67 %
		Détresse émotionnelle	• La plupart des cas sont liés à la difficulté à composer avec le stress (sans mention de suicide) • Certains mentionnent se sentir « en colère » ou « déprimés »; ou « vouloir oublier »	8 (6 %) Âge 30-49 ans : 60 %
	Distal	Antécédents de toxicomanie	• Consommation régulière de substances (souvent plusieurs drogues), problèmes de dépendance ou sevrage	18 (13 %) Homme : 11 (61 %) Âge 30-49 ans : 10 (56 %)
	Autres blessures	Non intentionnelle	Chute (p. ex., marcher après avoir pris des médicaments opioïdes) Accident de la route (p. ex., conduire sous l'influence d'opioïdes)	8 (6 %) Homme : 15 (65 %)
			Autres blessures non intentionnelles impliquant des opioïdes (p. ex., piqûre d'aiguille, coups à la tête)	— Âge 30-49 ans : 13 (57 %)
		Automutilation intentionnelle	Blessures auto-infligées (p. ex., coupures aux poignets) lorsque des opioïdes étaient en cause	— Femme : 5 (56 %)
	Voies de fait	Agression liée à la drogue (p. ex., personne battue, frappée à coups de pied, poignardée)	5 (4 %) Âge 30-49 ans : 6 (67 %)	
Adultes plus âgés (50 ans et plus) n = 60	Événement	Tentative de suicide	• Surdose/intoxication avec intention suicidaire (p. ex., « tentative de suicide »)	17 (28 %) Homme : 9 (53 %) Âge 50-64 ans : 12 (71 %)
		Récréatif	• Utilisation d'opioïdes à des fins récréatives	— —
		Thérapeutique	• Effet indésirable ou intoxication accidentelle/surdose découlant de la prise de médicaments utilisés pour soulager ou gérer la douleur (p. ex., douleur chronique)	— —
	Proximal	Facteurs de stress récents dans la vie	• Une combinaison de facteurs de stress dans la vie, p. ex., problèmes relationnels ou familiaux, décès d'un être cher, stress lié au travail, diagnostic de maladie	10 (17 %) Femme : 7 (70 %) Âge 50-64 ans : 8 (80 %)
	Autres bles-sures	Non intentionnelle	Blessure liée à une chute sous l'influence d'un médicament ou d'une drogue (p. ex., étourdissement)	9 (15 %) Homme : 5 (56 %) Âge 65 ans et + : 6 (67 %)
			Autres blessures non intentionnelles mettant en cause des opioïdes (p. ex., accident de la route)	— —
	Automutilation intentionnelle	Blessures auto-infligées (p. ex., coupures) lorsque des opioïdes étaient en cause	— —	

Abréviations : SSPT, syndrome de stress post-traumatique.

Remarque : — Indique que les données ont été supprimées en raison de la petite taille des cellules (< 5 cas).

95 % : 22,15 à 28,23) pour l'automutilation intentionnelle. De même, les cas liés aux opioïdes étaient davantage liés à une admission à l'hôpital que les autres blessures (RPB = 5,32, IC à 95 % : 4,58 à 6,17).

Points forts et limites

Cette étude a bénéficié de données recueillies en temps quasi réel auprès de 17 centres de surveillance répartis sur l'ensemble du Canada. Les études de validation réalisées précédemment montrent que les données du SCHIRPTe sont représentatives de l'ensemble des blessures déclarées^{5,6}. De plus, le SCHIRPTe recueille des descriptions fournissant de l'information détaillée sur les circonstances précédant la blessure. Dans cette étude, nous avons pu utiliser la description de ces événements pour identifier qualitativement certains thèmes récurrents, ce qui, à notre connaissance, constitue la première utilisation d'une méthodologie qualitative pour les données du SCHIRPTe. Cette information qualitative a fourni un contexte pertinent pour l'interprétation des estimations quantitatives des risques. Par exemple, le constat d'une augmentation des RPB a été étayé par la présence dans les descriptions du thème récurrent de la santé mentale en lien avec des facteurs distaux comme des antécédents de toxicomanie ou des tentatives antérieures d'automutilation.

Notre étude comporte également plusieurs limites qui peuvent avoir une incidence sur l'interprétation des résultats. Étant donné que le SCHIRPTe offre seulement des données de surveillance, on ne peut obtenir d'information sur le fardeau réel des blessures liées aux opioïdes ni d'estimations du taux réel d'incidence. Cependant, ces données ont été jugées représentatives des blessures pour divers contextes, mécanismes et âges, ce qui fait qu'on peut utiliser le SCHIRPTe pour surveiller les tendances afin d'identifier les changements dans les profils des blessures liées aux opioïdes^{5,6}. En outre, la méthodologie des RPB est utilisable pour comparer les blessures liées aux opioïdes à d'autres types de blessures.

L'analyse qualitative (codage des descriptions) est fondée sur l'information fournie (narration libre) au moment de la blessure. La qualité et l'exhaustivité des données dépendent donc largement des patients à ce moment-là. Il est possible que, dans les cas les plus graves, les patients n'aient pas

été en mesure de fournir un compte rendu complet des événements précédant la blessure ou de se rappeler d'antécédents de maladie mentale. De plus, notre définition de cas étant fondée sur des chaînes de recherche dérivées des descriptions elles-mêmes, il est possible que de nouveaux termes aient été introduits et que, de ce fait, certains cas aient pu être manqués. Par conséquent, les résultats devraient être interprétés en tenant compte de ces réserves.

Conclusion

La crise actuelle des opioïdes est un problème de santé publique majeur au Canada. Les résultats de cette étude fournissent des données probantes sur les facteurs de risque en amont associés à la consommation d'opioïdes susceptibles d'éclairer les efforts de prévention des blessures, de promotion de la santé et de réduction des méfaits. Les causes des intoxications aux opioïdes et des méfaits liés à leur consommation sont complexes et varient probablement d'une sous-population à l'autre. Par conséquent, la surveillance continue des facteurs de risque est importante pour fournir les éléments de preuve nécessaires à la prévention d'autres surdoses et décès.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier Steven McFaull pour ses commentaires sur le codage et la classification des blessures apparemment liées aux opioïdes ainsi que James Cheesman pour avoir extrait les données. Nous tenons également à remercier tous les codeurs et tous les sites participants du SCHIRPT pour leur contribution au réseau du SCHIRPTe, ce qui a rendu cette analyse possible.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

MD, VC et ST ont conçu, analysé et interprété les données et ont rédigé et révisé le document. WT et AU ont interprété les données et révisé le document.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à la position 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'opioïdes au Canada (janvier 2016 à décembre 2017) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017 [modifié le 27 avril 2018; consulté en juin 2018]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.html>
2. Transports Canada. Statistiques sur les collisions de la route au Canada, 2015. Ottawa (Ont.) : Transports Canada; 2017. [no de catalogue : T45-3E-PDF]
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://secure.cihi.ca/free_products/opioid-harms-chart-book-fr.pdf
4. Crain J, McFaull S, Thompson W, et collab. Status report. The Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program: a dynamic and innovative injury surveillance system. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2016;36(6):112-117.
5. MacPherson AK, White HL, Mongeon S, Mackay M. Examining the sensitivity of an injury surveillance program using population-based estimates. Inj Prev. 2008;14(4):262-265. doi: 10.1136/ip.2008.018374.
6. Kang J, Hagel B, Emery CA, Senger T, Meeuwisse W. Assessing the representativeness of the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (CHIRPP) sport and recreational injury data in Calgary, Canada. Int J Inj Contr Saf Promot. 2013;20(1):19-26.
7. Do MT, Frechette M, McFaull S, Denning B, Ruta M, Thompson W. Injuries in the North—analysis of 20 years of surveillance data collected by the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. Int J Circumpolar Health. 2013; 72:201090. doi : 10.3402/ijch.v72i0.21090.

8. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. *Stat Med*. 2009;28(29):3670-3682.

9. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov; 15(9):1277-1288.

10. Morse M, Field A. Qualitative research methods for health professionals. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1995.

11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: summary of national findings. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2014. [HHS Publication No. (SMA) 14-4863. NSDUH Series H-48.]

12. British Columbia Coroners Service. Fentanyl-detected illicit drug overdose deaths January 1, 2008 to April 30, 2018 [Internet]. Burnaby (BC): BC Coroners Service; [mis à jour chaque mois; consulté en juin 2018]. En ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf>

13. Brown JD, Doshi PA, Pauly NJ, Talbert JC. Rates of neonatal abstinence syndrome amid efforts to combat the opioid abuse epidemic. *JAMA Pediatr*. 2016;170(11):1110-1112. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.2150.