

Recherche quantitative originale

Habitudes d'utilisation des soins de santé chez les personnes ayant fait une surdose de drogues illicites : analyse descriptive fondée sur la Cohorte provinciale des victimes de surdoses de la Colombie-Britannique

Michael C. Otterstatter, Ph. D. (1,2); Alexis Crabtree, M.D., Ph. D. (1,2); Sabina Dobrer, M.A. (1); Brooke Kinniburgh, M. Santé publique (3); Salman Klar, M. en santé publique (3); Anthony Leamon, M. Sc. (4,5); Jennifer May-Hadford, M. Santé publique (6,7); Christopher Mill, M. Santé publique (1,7); Mina Park, M. Sc. (1,5); Andrew W. Tu, Ph. D. (8); Lu Zheng, B. Sc. (9)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. La Colombie-Britannique (C.-B.) a déclaré un état d'urgence en santé publique en avril 2016 en réaction à une augmentation rapide du nombre de décès par surdose. Une meilleure compréhension de l'utilisation des soins de santé est nécessaire pour guider les stratégies de prévention pour les personnes qui font une surdose de drogues illicites.

Méthodologie. La cohorte provinciale des victimes de surdoses comprend des données administratives couplées sur l'utilisation des soins de santé par les personnes qui ont été victimes d'une surdose de drogues illicites en Colombie-Britannique entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 novembre 2016. Les cas de surdose ont été relevés à l'aide de données provenant des services ambulanciers, des enquêtes des coroners, des appels aux centres antipoison et des dossiers administratifs des hôpitaux, des services d'urgence et des médecins. Au total, 10 455 cas de surdose ont été recensés et comparés à 52 275 témoins appariés selon l'âge, le sexe et la zone de résidence en vue d'une analyse descriptive de l'utilisation des soins de santé.

Résultats. Les deux tiers (66 %) des cas de surdose concernaient des hommes, et environ la moitié (49 %) les 20 à 39 ans. Plus de la moitié des cas (54 %) se sont rendus au service d'urgence, et environ le quart (26 %) ont été admis à l'hôpital au cours de l'année précédant la surdose, comparativement à respectivement 17 % et 9 % des témoins. Cependant, près d'un cinquième (19 %) des cas ont été enregistrés comme ayant quitté le service d'urgence sans avoir été vus par le médecin ou contre son avis. Des proportions élevées de cas (75 %) et de témoins (72 %) ont consulté un médecin en milieu communautaire. La consommation de substances et des problèmes en santé mentale ont été les diagnostics les plus courants chez les personnes qui ont fait une surdose.

Conclusion. Les personnes qui ont fait une surdose ont souvent eu accès au système de soins de santé au cours de l'année précédant la surdose. Compte tenu de ces taux élevés d'utilisation des soins de santé, on pourrait peut-être repérer les personnes à risque avant qu'elles ne fassent de surdose et les aiguiller vers des programmes ciblés et des interventions fondées sur des données probantes. Il est prévu d'utiliser la cohorte provinciale des victimes de surdoses de la Colombie-Britannique pour déterminer les facteurs de risque relatifs aux surdoses et aux décès par surdose.

Points saillants

- La cohorte provinciale des victimes de surdoses de la Colombie-Britannique est une base de données jumelée à des données sur l'utilisation des soins de santé par des personnes ayant fait une surdose de drogues illicites. Leurs antécédents de santé donnent un aperçu de leurs habitudes en matière de soins aigus et primaires reçus avant la surdose.
- Les cas de surdose ont des taux élevés de recours à des soins de santé, ce qui laisse supposer qu'il est possible de repérer les personnes à risque avant la surdose et de les aiguiller vers des programmes ciblés et des interventions fondées sur des données probantes.
- Une proportion importante de personnes ayant fait une surdose ont quitté le service d'urgence sans avoir été vues par le médecin ou contre son avis, ce qui donne à penser qu'elles ont manqué une occasion de bénéficier de soins.
- La consommation de substances ainsi que des problèmes en santé mentale ont été les diagnostics les plus courants chez les personnes ayant fait une surdose.

Remarque : Selon les lignes directrices du International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) au sujet de la diffusion d'information dans le cadre d'une urgence de santé publique, un résumé de ces résultats a été fourni aux parties intéressées qui jouent un rôle dans l'intervention de crise sur les surdoses en Colombie-Britannique avant la publication de l'article. Un résumé vulgarisé a également été rendu publique, par l'entremise du BC Centre for Disease Control (<http://www.bccdc.ca/health-professionals/data-reports/overdose-reports>), avant la publication.

Rattachement des auteurs :

1. BC Centre for Disease Control, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. School of Population and Public Health, University of British Columbia, Vancouver, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Fraser Health Authority, Surrey (Colombie-Britannique), Canada
4. Island Health Authority, Victoria (Colombie-Britannique), Canada
5. BC Observatory for Population and Public Health, BC Centre for Disease Control, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
6. First Nations Health Authority, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
7. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
8. BC Coroners Service, Burnaby (Colombie-Britannique), Canada
9. BC Emergency Health Services, Victoria (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Michael Otterstatter, BC Centre for Disease Control, 655, 12e avenue Ouest, Vancouver (C.-B.) V5Z 4R4; tél. : 604-707-2853; courriel : michael.otterstatter@bccdc.ca

Mots-clés : surdose, réduction des méfaits, soins de santé, opioïdes, drogues illicites

Introduction

La Colombie-Britannique (C.-B.) a déclaré un état d'urgence en santé publique en avril 2016 en raison d'une augmentation rapide du nombre de décès par surdose d'opioïdes¹. Malgré les efforts accrus déployés en vue de réduire les méfaits liés aux opioïdes et d'assurer la santé publique, le nombre de décès par surdose de drogues illicites continue d'augmenter, avec encore 1 422 décès en 2017. Plus de 80 % de ces décès mettent en cause le fentanyl, un opioïde puissant².

Les stratégies efficaces pour prévenir ou traiter une surdose d'opioïdes sont la distribution de trousse de naloxone à emporter chez-soi³, le traitement des maladies mentales⁴ et le traitement par agonistes opioïdes⁵. Comprendre comment ceux qui font une surdose utilisent le système de soins de santé pourrait nous aider à déterminer quelles personnes-ressources mobiliser pour des soins de soutien et des interventions fondées sur des données probantes⁶. En outre, une étude des diagnostics en soins de santé peut révéler des habitudes qui indiquent un risque élevé de surdose ou peuvent fournir des renseignements sur les comorbidités augmentant le risque de décès par surdose.

Notre étude vise à décrire l'utilisation des soins de santé et les diagnostics connexes chez les personnes ayant été victimes d'une surdose de drogues illicites et enregistrées dans la Cohorte provinciale des victimes de surdose de la Colombie-Britannique. Nous avons comparé la fréquence et les habitudes d'utilisation des soins de santé des cas de surdose et de témoins appariés en utilisant les données administratives des hôpitaux, des services d'urgence et des médecins.

Méthodologie

Source de données

La Cohorte provinciale des victimes de surdoses est constituée de données administratives couplées sur l'utilisation des soins de santé par les personnes ayant fait une

surdose de drogues illicites en Colombie-Britannique. Des renseignements détaillés sur la cohorte sont disponibles sur demande auprès des auteurs. En résumé, les personnes ayant fait une surdose ont été repérées grâce aux données des services d'ambulance de la Colombie-Britannique, du Drug and Poison Information Centre (DPIC), du Bureau des coroners de la Colombie-Britannique, des rapports par cas des services d'urgence, du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), de la base de données sur les congés des patients (BDPC) et du régime de services médicaux (RSM). Cinq ans d'antécédents médicaux ont ensuite été annexés pour chaque patient à partir de la BDPC (ensemble des sommaires de congé des hôpitaux), du SNISA (ensemble des visites au service d'urgence), du RSM (ensemble des dossiers de facturation des médecins rémunérés à l'acte) et de PharmaNet (ensemble des exécutions d'ordonnance dans les pharmacies communautaires).

La cohorte est composée des personnes ayant fait une surdose entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 novembre 2016. Cette période correspond au début de la croissance rapide du nombre de décès attribuables à des opioïdes illicites observée en Colombie-Britannique. Une surdose est définie par l'un des critères suivants : l'administration de l'antagoniste opioïde naloxone par les ambulanciers paramédicaux; un appel au Drug and Poison Information Centre au sujet d'un événement lié aux opioïdes; une surdose d'opioïdes diagnostiquée par un médecin au service d'urgence (d'après les cas déclarés); un décès par surdose d'une drogue illicite établi par le coroner*; une visite à l'hôpital, au service des urgences ou chez un médecin associé à un code de diagnostic de surdose d'opioïdes (de la BDPC [codes CIM-10-CA T40.0, T40.1, T40.2, T40.3, T40.4 ou T40.6 comme diagnostic principal], du SNISA [codes CIM-10 T40.1 ou T40.6 dans le champ diagnostic primaire posé au moment du congé d'hôpital] ou du RSM [codes CIM-9 965.0 ou E850.0 dans le champ diagnostic primaire]). Les événements connexes relevés dans plusieurs ensembles de données (p. ex. une surdose unique comprenant une intervention des ambulanciers, le transport au service d'urgence et l'admission à l'hôpital) ont été regroupés afin

d'éviter que les surdoses soient comptées en double. Une description détaillée de la Cohorte provinciale des victimes de surdose et la validation de la définition de cas de surdose sont en préparation en vue de leur publication.

On a comparé l'utilisation des soins de santé par les cas et par les témoins appariés. Les témoins ont été sélectionnés à partir d'un échantillon aléatoire de 20 % de la population de la Colombie-Britannique en 2016 (dont on a retiré les cas de surdose). Les cas ont été appariés avec une proportion de 1 pour 5 et sans remplacement aux témoins, en fonction de leur année de naissance, de leur sexe et de la circonscription sanitaire de leur domicile. Pour chaque cas, nous avons examiné l'utilisation des soins de santé dans l'année précédant le premier cas de surdose enregistré dans les données de la cohorte et nous n'avons pas tenu compte des surdoses subséquentes pour une personne ou pour son utilisation des soins de santé après ce premier cas de surdose. Nous avons comparé l'utilisation des soins de santé par les témoins pour la même période que celle du cas apparié.

Analyse des données

Dans le cadre de notre analyse, nous n'avons tenu compte que des diagnostics inscrits dans le champ de diagnostic primaire de chaque ensemble de données. Les diagnostics de la BDPC et du SNISA ont été regroupés en fonction des trois premiers caractères du code CIM-10-CA. Nous n'avons inclus dans les visites relatives au RSM que celles ayant eu lieu en milieu communautaire (c.-à-d. où l'emplacement du service était indiqué comme étant un bureau de praticien en milieu communautaire) car notre objectif était de qualifier la collaboration avec les médecins en milieu communautaire. Nous avons comparé les cas et les témoins de deux façons : en fonction du nombre de personnes ayant fait au moins une visite et en fonction du nombre total de visites dans chaque établissement. Nous nous sommes concentrés sur les diagnostics les plus courants parmi les cas de l'année précédant le premier cas de surdose enregistré (en l'excluant). Nous avons utilisé les tests du chi carré pour comparer les différences de proportions et les tests exacts de Poisson pour comparer les taux.

* Enquêtes du coroner ouvertes ou fermées concernant des drogues de la rue (p. ex. héroïne, cocaïne, MDMA, méthamphétamine); médicaments qui n'ont pas été prescrits au défunt; combinaisons de ces médicaments avec des médicaments d'ordonnance et surdoses lorsque l'origine de la drogue n'est pas connue.

La cohorte provinciale des victimes de surdose contient 10 456 personnes ayant fait une surdose de drogues illicites en Colombie-Britannique au cours de la période à l'étude (du 1^{er} janvier 2015 au 30 novembre 2016). Comme il n'a pas été possible de trouver de témoin approprié pour l'un des cas, nos comparaisons de l'utilisation des soins de santé ont été fondées sur 10 455 cas et sur 52 275 témoins appariés.

Résultats

Les caractéristiques et les habitudes d'utilisation des soins de santé des cas et des témoins sont présentées dans le tableau 1. Les deux tiers des cas de surdose concernaient des hommes (66 %, contre 34 % de femmes) et environ la moitié les 20 à 39 ans (5 % avaient de 0 à 19 ans; 49 % de 20 à 39 ans; 35 % de 40 à 59 ans et 12 % 60 ans et plus). Plus de la moitié des cas (60 %) se sont rendus au service d'urgence au cours de l'année précédant l'événement de surdose, contre 17 % des témoins ($p < 0,001$). Environ un tiers des cas (32 %) ont été admis à l'hôpital, contre 9 % des témoins ($p < 0,001$). Des proportions élevées de cas et de témoins ont consulté des médecins en milieu communautaire (respectivement 81 % et 72 %, $p < 0,001$). Dans l'ensemble, 89 % des cas se sont rendus au moins une fois au

service d'urgence, à l'hôpital ou chez un médecin en milieu communautaire au cours de l'année précédant la surdose, contre 74 % des témoins ($p < 0,001$). Aucune visite n'a été enregistrée pendant cette période pour 11 % des cas et pour 26 % des témoins. En matière de taux d'utilisation des soins de santé, les cas se sont rendus au service d'urgence 9,6 fois plus souvent que les témoins, ont été admis à l'hôpital 5,4 fois plus souvent que les témoins et ont consulté des médecins en milieu communautaire 2,8 fois plus souvent que les témoins ($p < 0,001$ pour chaque comparaison, tableau 1).

Parmi les cas, trois des dix diagnostics les plus fréquents aux services d'urgence et quatre des dix diagnostics les plus fréquents dans les hôpitaux concernaient des troubles liés aux drogues et à l'alcool (tableau 2). Dans l'ensemble des visites, les diagnostics liés à des substances (soit tous les diagnostics liés à l'alcool ou aux drogues) étaient plus fréquents chez les cas que chez les témoins dans les services d'urgence (18 % contre 2 % de toutes les visites avec diagnostic; $p < 0,001$) et constituaient la raison principale de l'hospitalisation (21 % contre 1 % de toutes les admissions; $p < 0,001$). De la même façon, lors de toutes les visites, les diagnostics liés à la santé mentale (soit tous les diagnostics liés à des problèmes de santé mentale, à

l'exception de ceux qui mettent en cause des drogues ou de l'alcool) étaient plus fréquents chez les cas que chez les témoins dans les services d'urgence (11 % contre 5 % de toutes les visites avec diagnostic; $p < 0,001$) et dans les hôpitaux (14 % contre 5 % des admissions; $p < 0,001$). Une proportion beaucoup plus importante de cas que de témoins (19 % contre 4 %; $p < 0,001$) ont quitté le service d'urgence sans avoir été vus par un médecin ou contre l'avis médical.

Une grande proportion des visites faites par les cas chez les médecins en milieu communautaire ont été codées comme dépendance à la drogue (37 % chez les cas contre 6 % chez les témoins; $p < 0,001$). La majorité de ces visites relatives à la toxicomanie (72,8 % pour les cas et 88,3 % pour les témoins) ont eu lieu alors que, d'après les antécédents d'exécution d'ordonnance, la personne était traitée aux agonistes opioïdes. Hormis les visites en lien avec la toxicomanie, la fréquence des diagnostics courants des médecins en milieu communautaire était similaire chez les cas et chez les témoins. Cependant, lorsqu'on compare le nombre de personnes plutôt que le nombre de visites, une plus grande proportion de cas ont été diagnostiqués comme souffrant de dépression (18 % contre 6 %; $p < 0,001$), d'anxiété (14 % contre 6 %; $p < 0,001$), de troubles

TABEAU 1
Sommaire des caractéristiques et de l'utilisation des soins de santé des cas de surdose et des témoins appariés dans la Cohorte provinciale des victimes de surdoses de la Colombie Britannique

Paramètre	Cas de surdose		Témoins appariés		valeur p	
	Effectifs (n)	Proportion (%)	Effectifs (n)	Proportion (%)		
Sexe	Homme	6 927	(66,3)	34 635	(66,3)	1,00
	Femme	3 528	(33,7)	17 640	(33,7)	1,00
Groupe d'âge (ans)	de 0 à 19	469	(4,5)	2 405	(4,6)	0,63
	de 20 à 39	5 123	(49,0)	25 655	(49,1)	0,89
	de 40 à 59	3 652	(34,9)	18 181	(34,8)	0,78
	60 et plus	1 211	(11,6)	6 034	(11,5)	0,92
Soins de santé, nombre (et proportion) d'individus pour toute visite	Toute visite au service des urgences	6 310	(60,4)	8 990	(17,2)	< 0,001
	Toute admission à l'hôpital	3 295	(31,5)	4 912	(9,4)	< 0,001
	Toute visite à un médecin en milieu communautaire	8 445	(80,8)	37 425	(71,6)	< 0,001
	Toute visite au service d'urgence ou à l'hôpital ou visite à un médecin en milieu communautaire	9 284	(88,8)	38 480	(73,6)	< 0,001
Soins de santé, nombre (et taux) de visites totales	Visites au service des urgences	30 830	(2 948,8) ^a	16 105	(308,1) ^a	< 0,001
	Admissions à l'hôpital	7 356	(703,6) ^a	6 790	(129,9) ^a	< 0,001
	Visites à un médecin en milieu communautaire	156 944	(15 011,4) ^a	279 385	(5 344,5) ^a	< 0,001

^a Taux pour mille individus.

TABLEAU 2

Diagnostiques de soins de santé au cours de l'année précédant la première surdose enregistrée parmi les cas de surdose de drogues illicites par rapport aux témoins appariés (n'ayant pas fait de surdose), Cohorte provinciale des victimes de surdoses de la Colombie-Britannique

Type	Rang	Code CIM-9/10 ^a	Diagnostic	Cas de surdose		Témoins appariés	
				Visites % ^b (n)	Individus % ^b (n)	Visites % ^b (n)	Individus % ^b (n)
Visites au service des urgences	1	Manquant	Aucun diagnostic consigné ^c	21,4 (5 132)	35,5 (1 987)	24,4 (3 936)	28,6 (2 567)
	2	Z76	DSAVM/CAM ^d	7,1 (1 707)	19,0 (1 063)	2,7 (433)	4,3 (390)
	3	L03	Cellulite/lymphangite aiguë	5,0 (1 213)	11,5 (643)	2,7 (432)	2,9 (262)
	4	F10	Troubles liés à l'alcool	4,6 (1 114)	7,6 (424)	0,5 (82)	0,8 (74)
	5	F19	Troubles mentaux ou du comportement dus à plusieurs drogues	2,8 (684)	8,8 (492)	0,2 (27)	0,3 (24)
	6	R10	Douleurs abdominales et pelviennes	2,7 (650)	7,1 (399)	4,3 (693)	6,2 (554)
	7	T51	Effet toxique de l'alcool	2,6 (635)	3,8 (214)	0,2 (39)	0,4 (35)
	8	Z51	Autres soins médicaux	2,4 (582)	6,1 (341)	2,1 (346)	2,9 (262)
	9	F23	Trouble psychotique bref	2,2 (524)	5,4 (303)	0,6 (91)	0,7 (59)
	10	M54	Douleur dorsale	2,0 (487)	5,6 (313)	2,4 (392)	3,9 (347)
Admissions à l'hôpital	1	F10	Troubles liés à l'alcool	6,6 (372)	8,4 (230)	0,4 (25)	0,5 (23)
	2	F19	Troubles mentaux ou du comportement dus à plusieurs drogues	4,6 (260)	7,7 (211)	0,2 (12)	0,2 (11)
	3	F15	Troubles mentaux ou du comportement dus aux stimulants	3,7 (208)	5,8 (157)	0,5 (35)	0,5 (23)
	4	J44	MPOC	3,2 (182)	3,5 (95)	0,9 (59)	0,9 (45)
	5	F11	Troubles mentaux ou du comportement dus aux opioïdes	2,4 (138)	4,5 (122)	0,1 (6)	0,1 (5)
	6	Z51	Autres soins médicaux	2,4 (137)	2,1 (56)	3,4 (228)	1,9 (91)
	7	F20	Schizophrénie	2,4 (135)	3,0 (81)	1,2 (79)	1,0 (47)
	8	F29	Psychose non spécifique (non liée aux drogues)	2,2 (123)	3,6 (99)	0,6 (38)	0,6 (31)
	9	L03	Cellulite/lymphangite aiguë	2,1 (121)	3,7 (101)	0,4 (26)	0,4 (22)
	10	J18	Pneumonie	1,8 (102)	3,3 (91)	0,7 (46)	0,9 (44)
Visites à un médecin en milieu communautaire	1	304	Toxicomanie	36,7 (45 012)	29,9 (2 356)	5,6 (15 669)	1,4 (522)
	2	01L ^e	Tests de laboratoire	2,9 (3 622)	11,1 (879)	1,0 (2 827)	3,1 (1 143)
	3	311	Dépression	2,6 (3 233)	18,1 (1 428)	2,0 (5 671)	6,4 (2 397)
	4	781	Symptômes nerveux et musculo-squelettiques	2,1 (2 593)	14,9 (1 176)	2,1 (5 940)	9,5 (3 570)
	5	50B ^e	Anxiété généralisée	1,9 (2 369)	14,4 (1 138)	1,3 (3 767)	5,5 (2 041)
	6	780	Symptômes généraux	1,9 (2 299)	14,8 (1 164)	2,4 (6 787)	12,0 (4 509)
	7	300	Troubles névrotiques ^f	1,6 (2 009)	12,2 (959)	1,1 (3 084)	4,0 (1 506)
	8	724	Autres/troubles dorsaux non spécifiés	1,3 (1 587)	8,3 (652)	1,1 (2 993)	4,1 (1 551)
	9	250	Diabètes	1,1 (1 401)	5,2 (409)	2,6 (7 140)	6,0 (2 246)
	10	295	Psychoses schizophréniques	0,9 (1 126)	3,2 (256)	0,3 (901)	0,5 (196)

Abréviations : CAM, contre l'avis médical; CIM, Classification internationale des maladies; DSAVM, départ sans avoir été vu par le médecin; MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique.

^a Les dix diagnostics de soins de santé les plus courants, en termes de nombre de visites.

^b Les pourcentages correspondent aux proportions de toutes les visites ou de tous les individus, pas seulement de ceux qui figurent parmi les dix diagnostics les plus fréquents.

^c Des proportions semblables de visites de cas et de témoins dans les services d'urgence n'avaient pas de code de diagnostic, reflétant le caractère incomplet des données soumises au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).

^d Le diagnostic Z76 du service d'urgence est modifié de manière à n'inclure que les départs sans avoir été vu par le médecin ou contre l'avis médical (DSAVM/CAM) et exclut les problèmes liés aux renouvellement d'ordonnances.

^e Les codes 01L et 50B sont spécifiques au régime de services médicaux (RSM) et ne font pas partie de la CIM normalisée.

^f Les troubles névrotiques comprennent divers troubles anxieux, dissociatifs et somatoformes mais excluent la dépression.

névrotiques (12 % contre 4 %; $p < 0,001$) et de psychoses schizophréniques (3 % contre 1 %; $p < 0,001$) dans l'année précédant la surdose.

Parmi les autres diagnostics plus fréquents chez les cas que chez les témoins, mentionnons la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC : 3 % contre 1 % des admissions à l'hôpital; $p < 0,001$) et les infections cutanées (cellulite : 5 % contre 3 % des visites au service d'urgence; $p < 0,001$). Les diagnostics liés à la douleur constituaient une fraction légèrement plus faible des visites parmi les cas que parmi les témoins (douleurs abdominales, pelviennes et dorsales : 5 % contre 7 % des visites au service d'urgence; $p < 0,001$).

Analyse

Les personnes ayant fait une surdose de drogues illicites ont fréquemment utilisé le système de soins de santé au cours de l'année précédant cet événement, comme en témoignent les visites aux services d'urgence, les admissions à l'hôpital et les rendez-vous chez des médecins en milieu communautaire. Des études antérieures menées en Australie et aux États-Unis ont révélé des taux élevés similaires de fréquentation des services d'urgence et des hôpitaux parmi les utilisateurs de drogues⁷⁻¹⁰. Bien que d'autres études aient laissé entendre que les personnes qui consomment des drogues fréquentent moins les services de soins primaires et de santé préventive⁸, nous avons constaté que la proportion de personnes ayant consulté des médecins en milieu communautaire est à peu près la même que pour les témoins appariés. Il faut cependant signaler à ce propos qu'environ le quart des visites chez le médecin communautaire coïncidant avec des périodes de traitement aux agonistes opioïdes (p. ex. méthadone, suboxone), il se peut qu'il s'agisse de contrôles cliniques réguliers et de tests de dépistage de drogues dans l'urine⁵.

Un faible, quoique significatif, pourcentage de cas (11 %) n'a eu aucun recours aux services d'urgence, aux hôpitaux ou aux médecins en milieu communautaire au cours de l'année précédant la surdose. Afin de prévenir les surdoses, il faudrait se concentrer sur la détermination et la réduction

des obstacles en matière de soins aux personnes qui consomment des drogues, ce qui inclut la stigmatisation par des prestataires de soins de santé. La proportion de personnes ne recevant aucun soin médical fait également ressortir la nécessité d'intervenir en dehors du cadre clinique, par exemple dans des centres de consommation supervisée ou des centres de prévention des surdoses^{11, 12} et auprès des organismes de défense des toxicomanes.

Il est troublant, mais pas complètement inattendu, de constater des taux élevés de surdose subséquente chez ceux qui quittent le service d'urgence sans avoir été vus par un médecin ou contre l'avis médical. Cette constatation rejoint les résultats d'un examen systématique récent qui a révélé que la consommation de drogues est un facteur de risque d'abandon de traitement en milieu hospitalier contre l'avis médical¹³. Les interventions visant à réduire les départs contre l'avis médical sont la prestation de services de réduction des méfaits dans les hôpitaux¹, l'amélioration des interventions face aux symptômes subjectifs comme la douleur ou le sevrage et l'élaboration d'initiatives visant à combattre la stigmatisation dans le milieu des soins de santé¹⁴.

Des problèmes de dépendance et de santé mentale étaient les diagnostics les plus fréquents lors des visites en lien avec des soins de santé effectués par des personnes qui ont fait une surdose par la suite, ce qui concorde avec certaines études antérieures^{7,15}. Il convient de souligner, en particulier, que les diagnostics liés à la consommation d'alcool, de stimulants et de combinaison de plusieurs substances étaient fréquents au sein de cette population, ce qui met en lumière (comme d'autres l'ont constaté^{16,17}) le rôle de la consommation de plusieurs substances combinées dans la prédisposition à une surdose.

Plusieurs autres diagnostics de santé physique étaient plus fréquents parmi les cas que parmi les témoins. La MPOC est une cause relativement fréquente d'hospitalisation parmi les cas. L'usage du tabac (le facteur de risque le plus important de la MPOC) est plus répandu chez les personnes atteintes de troubles de santé mentale et de toxicomanie^{18,19}. De plus, l'hospitalisation est généralement recommandée

lorsqu'un patient atteint de MPOC est connu pour avoir une situation de logement précaire ou qu'on risque de le perdre de vue, ce qui peut être le cas de nombreuses personnes ayant des problèmes de toxicomanie. Une justification semblable peut s'appliquer lorsqu'il s'agit d'assurer une supervision adéquate des soins aux patients atteints de pneumonie et de cellulite. On sait que la cellulite tout particulièrement est plus fréquente chez les utilisateurs de drogues injectables²⁰.

Étant donné que nos résultats sont fondés sur les données administratives disponibles, il convient de souligner certaines limites. Ces données ne tiennent pas compte de toutes les personnes ayant fait une surdose et elles peuvent ne pas être représentatives de façon égale dans le temps et selon les régions sanitaires en raison de différences relatives aux signalements et à l'exhaustivité. De plus, les diagnostics enregistrés dans les ensembles de données administratives ne fournissent pas nécessairement le contexte spécifique d'une visite médicale. Le manque de renseignements précis sur l'exposition aux substances, par exemple, rend difficile la distinction entre les surdoses de drogues de la rue et les surdoses de médicaments d'ordonnance. De plus, environ 20 % des données du service d'urgence (SNISA) ne comportaient aucun diagnostic de médecin, tant pour les cas que pour les témoins, ce qui a limité notre compréhension de ces visites. Enfin, les cas relevant du coroner correspondaient aussi bien à des enquêtes relatives aux cas soupçonnés qu'à des enquêtes terminées, or les cas soupçonnés sont fondés sur des circonstances préliminaires et peuvent changer de catégorie ou de cause de décès une fois l'enquête du coroner terminée.

Notre étude a été menée en collaboration avec les fournisseurs de données et les intervenants provinciaux et régionaux participant à l'intervention en cas de surdose. Nos résultats ont été diffusés par l'entremise de ces partenaires afin de guider la prestation des services et d'améliorer notre compréhension des possibilités de prévention des surdoses. De plus amples analyses sont en cours afin d'intégrer d'autres caractéristiques des patients (âge, sexe, statut socioéconomique, comorbidités, etc.) qui peuvent se révéler précieuses pour mieux

[†] Un nombre croissant d'hôpitaux de la Colombie-Britannique disposent maintenant d'un ensemble de services de réduction des méfaits, soit la présence d'équipes d'intervention en cas de surdose, la distribution de trousse de naloxone à emporter chez soi²¹ et la présence d'équipes de personnel infirmier et de médecins spécialisés en toxicomanie dans les services d'urgence et dans les unités où les malades sont hospitalisés.

qualifier l'utilisation des soins de santé et le risque de décès par surdose. Comprendre les habitudes de recours aux soins de santé chez les personnes qui consomment des drogues illicites pourrait non seulement contribuer à repérer les personnes à risque mais aussi orienter les actions de traitement ciblé, qui aiguillent les individus vers des interventions de suivi et des interventions fondées sur des données probantes.

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement le groupe provincial de conception de la cohorte des victimes de surdose, qui a permis la création des bases de données jumelées; le groupe de travail sur la surveillance des surdoses en Colombie-Britannique, qui a supervisé la création et l'analyse de la cohorte provinciale des victimes de surdose et enfin l'équipe de nettoyage des données de la cohorte des victimes de surdose, qui a produit les fichiers d'analyse utilisés dans cet article. Les données originales pour cet article ont été fournies par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, les Services d'urgences de santé de la Colombie-Britannique, le Bureau des coroners de la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires régionales de la Colombie-Britannique.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

MCO a conçu, analysé et interprété les données et a rédigé et révisé l'article. AC a contribué à l'interprétation des données et à la rédaction et la révision de l'article. SD a contribué à l'interprétation des données et à la révision de l'article. BK, SK, AL, JMH, CM, MP, AWT et LZ ont contribué à l'interprétation des données et à la révision de l'article.

Le contenu de cet article et les opinions qui y sont exprimées n'engagent que les auteurs et ne sont pas forcément représentatifs de la position du Gouvernement du Canada.

Références

1. Joint Task Force on Overdose Prevention and Response. B.C.'s opioid overdose response: one-year update. Victoria (BC) : British Columbia Ministry of Health; 2017.
2. BC Coroners Service. Illicit drug overdose deaths in BC: January 1, 2007 – September 30, 2017. Burnaby (BC) : Office of the Chief Coroner, Ministry of Public Safety and Solicitor General; 2017. En ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf>
3. Clark AK, Wilder CM, Winstanley EL. A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *J Addict Med.* 2014;8(3):153-163. doi: 10.1097/ADM.000000000000034.
4. Bohnert AS, Ilgen MA, Ignacio RV, McCarthy JF, Valenstein M, Blow FC. Risk of death from accidental overdose associated with psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2012;169(1):64-70. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10101476.
5. British Columbia Centre on Substance Use; BC Ministry of Health. A guideline for the clinical management of opioid use disorder. Vancouver (BC) : British Columbia Centre on Substance Use and BC Ministry of Health; 2017.
6. Ministry of Mental Health and Addictions. Responding to BC's overdose epidemic. Victoria (BC): Ministry of Mental Health and Addictions; 2017.
7. Baborik AL, Satre DD, Kline-Simon AH, Weisner CM, Young-Wolff KC, Campbell CI. Alcohol, marijuana, and opioid use disorders: 5-year patterns and characteristics of emergency department encounters. *Substance abuse.* 2018;39(1):59-68. doi: 10.1080/08897077.2017.1356789.
8. McKetin R, Degenhardt L, Shanahan M, Baker AL, Lee NK, Lubman DI. Health service utilisation attributable to methamphetamine use in Australia: patterns, predictors and national impact. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37(2):196-204. doi: 10.1111/dar.12518.
9. Boscarino JA, Kirchner HL, Pitcavage JM et al. Factors associated with opioid overdose: a 10-year retrospective study of patients in a large integrated health care system. *Subst Abuse Rehabil.* 2016;7:131-141. doi: 10.2147/SAR.S108302.
10. Wu LT, Swartz MS, Wu Z, Mannelli P, Yang C, Blazer DG. Alcohol and drug use disorders among adults in emergency department settings in the United States. *Ann Emerg Med.* 2012;60(2):172-180.e5. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.02.003.
11. BC Centre for Disease Control Guidelines Committee. BC overdose prevention services guide: 2017. Vancouver (BC) : BC Centre for Disease Control; 2017.
12. The Steering Committee for the Supervised Consumption Services Guidelines. Supervised consumption services operational guidance. Victoria (BC) : BC Centre on Substance Use and BC Ministry of Health; 2017.
13. Ti L, Ti L. Leaving the hospital against medical advice among people who use illicit drugs: a systematic review. *Am J Public health.* 2015;105(12):e53-e59. doi: 10.2105/AJPH.2015.302885.
14. McNeil R, Kerr T, Pauly B, Wood E. Advancing patient-centered care for structurally vulnerable drug-using populations: a qualitative study of the perspectives of people who use drugs regarding the potential integration of harm reduction interventions into hospitals. *Addiction.* 2016;111(4):685-694. doi: 10.1111/add.13214.
15. Bauer LK, Brody JK, Leon C, Baggett TP. Characteristics of homeless adults who died of drug overdose: a retrospective record review. *J Health Care Poor Underserved.* 2016;27(2):846-859. doi: 10.1353/hpu.2016.0075.
16. Kerr T, Fairbairn N, Tyndall M et al. Predictors of non-fatal overdose among a cohort of polysubstance-using injection drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2007;87(1):39-45. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.07.009.
17. Yarborough BJ, Stumbo SP, Janoff SL et al. Understanding opioid overdose characteristics involving prescription and illicit opioids: a mixed methods analysis. *Drug and alcohol dependence.* 2016;167:49-56. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.07.024.

-
18. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 2009;9(1):285. doi: 10.1186/1471-2458-9-285.
 19. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*. 2001;96(11):1603-1614. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.961116037.x.
 20. Lloyd-Smith E, Kerr T, Hogg RS, Li K, Montaner JS, Wood E. Prevalence and correlates of abscesses among a cohort of injection drug users. *Harm Reduct J*. 2005;2(1):24. doi: 10.1186/1471-2458-9-285.
 21. Toward the Heart. Take Home Nalaxone Program in BC. Vancouver (BC): BC Centre for Disease Control; [consulté le 15 janvier 2018].