Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 38 • numéro 9 • septembre 2018

Numéro spécial : La crise des opioïdes au Canada : une meilleure connaissance pour appuyer la prise de mesures, partie II

Rédactrice invitée : Fiona Kouyoumdjian

Dans ce numéro

349 *Commentaire*
Améliorer notre compréhension de l'épidémie de surdoses liées aux opioïdes de médicaments et de drogues illicites contaminées au Canada

352 Remarque générale au sujet du numéro spécial

353 *Aperçu*
Crise des opioïdes : assurer le suivi et faire évoluer les données de surveillance

359 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

371 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

378 *Aperçu*
Surveillance simultanée des pratiques de prescription d'opioïdes et des décès liés à l'usage d'opioïdes : le contexte en Nouvelle-Écosse (Canada)

384 *Aperçu*
Que peuvent nous révéler les données des ambulanciers paramédicaux sur la crise des opioïdes au Canada?

388 *Aperçu*
Suicides et intoxication aux opioïdes en Alberta (2000-2016)

393 Autres publications de l'ASPC

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2018

ISSN 2368-7398
Pub. 170296
PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.01f

Commentaire

Améliorer notre compréhension de l'épidémie de surdoses liées aux opioïdes de médicaments et de drogues illicites contaminées au Canada

Robert Strang, M.D., M. Sc. S., FRCPC

Diffuser cet article sur Twitter

J'ai le privilège de présenter ce second numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* consacré à la crise des opioïdes qui sévit actuellement au Canada. En tant que médecin hygiéniste en chef de la Nouvelle-Écosse, je m'occupe d'un large éventail de problèmes de santé publique, et la crise des opioïdes est l'un des problèmes les plus difficiles à cause de son ampleur, de sa portée et de sa nature complexe. Le bilan des décès est affligeant : en 2017, presque 4000 personnes au Canada ont perdu la vie en raison de surdoses apparemment liées aux opioïdes, et cette estimation pourrait augmenter avec la disponibilité progressive des données[1]. Toutes les régions du pays et tous les secteurs de la société canadienne sont touchés. La majorité de ces décès se produisent chez les hommes (78 %) et parmi les 30 à 39 ans (28 %)[1]. Les données indiquent que les surdoses apparemment liées aux opioïdes pourraient constituer la cause principale de décès chez les hommes de 30 à 39 ans[2]. L'une des raisons que cette crise des opioïdes est si complexe est qu'elle est en fait constituée de deux épidémies liées, soit une épidémie de problèmes de santé dus aux opioïdes pharmaceutiques et incluant des surdoses, et une épidémie de surdoses de drogues illicites contaminées.

Quand les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral ont créé le Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes (CCS), que je copréside avec mon homologue fédérale, D^re^ Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, nous ne savions même pas combien de Canadiens mouraient chaque année de surdoses d'opioïdes. La mise sur pied d'un système national de surveillance des décès apparemment dus aux opioïdes a été en soi une réalisation importante, qui a exigé une étroite coopération entre les secteurs de la justice, de la sécurité publique et communautaire et de la santé dans les 13 provinces et territoires et le gouvernement fédéral. Cette nouvelle collaboration nationale entre secteurs était nécessaire pour obtenir un résultat crucial, soit quantifier les décès causés par une surdose d'opioïdes, mais il ne constitue que l'un des nombreux partenariats nécessaires pour régler efficacement cette crise. Agir de manière efficace et coordonnée nécessite en effet la collecte d'un large éventail de données sans cesse actualisées, ce qui exige une collaboration entre le secteur de la santé publique et les secteurs gouvernementaux de la justice, de la sécurité publique et communautaire et de la sécurité frontalière (ce qui est inhabituel) ainsi qu'avec, entre autres, les premiers intervenants, les fournisseurs de soins de base, les agences de réduction des méfaits et les personnes ayant des expériences personnelles pertinentes. Nous disposons maintenant de données sur les déterminants immédiats de cette crise et la comprenons mieux. Par exemple, nous savons qu'en 2017, le fentanyl et ses analogues étaient en cause dans trois quarts (72 %) des décès apparemment dus aux opioïdes et que, dans la majorité (71 %) des décès accidentels, une ou plusieurs substances non opioïdes étaient en cause[1]. Cependant, il reste beaucoup à faire pour décrire et quantifier le réseau complexe de causes en amont de ces épidémies de surdoses d'opioïdes pharmaceutiques et de drogues illicites contaminées.

Les articles de ce numéro doivent ainsi être situés dans un contexte plus large : nous en savons plus qu'en décembre 2016, au moment où le CCS a été créé, mais nous avons besoin d'en savoir beaucoup plus pour réduire de manière importante le nombre de Canadiens qui décèdent de surdoses liées aux opioïdes de médicaments ou de drogues illicites. Collectivement, ces articles améliorent notre compréhension de la crise des opioïdes au Canada et aident à guider nos interventions en santé publique.

Les trois premiers articles examinent plusieurs initiatives de surveillance qui éclairent différents aspects de la crise dans une perspective nationale. Abdesselam et ses collègues[3] attirent l'attention sur des initiatives lancées par le gouvernement du Canada et des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux pour surveiller la crise des opioïdes, et ils préconisent des approches de surveillance novatrices pour améliorer la cueillette, l'analyse et l'harmonisation de données sur les médicaments et les drogues, comme la mise en place d'un observatoire national des drogues. Do et ses collègues[4] utilisent les données nationales sur les visites aux services d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (eSCHIRPT), un réseau de 6 hôpitaux généraux et de 11 hôpitaux pédiatriques à l'échelle du pays, pour examiner le contexte et les circonstances associés à ces visites. Leur étude fournit de premiers résultats sur l'influence des facteurs proximaux et distaux en amont liés à la consommation d'opioïdes et elle souligne que la santé mentale semble un facteur contributif. Do[5] a également fait équipe avec les services paramédicaux de la Ville d'Ottawa pour valider l'idée d'une surveillance nationale des données des services médicaux d'urgence

Rattachement de l'auteur :
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

(SMU) sur les surdoses suspectées avant l'admission des victimes dans un établissement de santé. Leur validation démontre que les données paramédicales disponibles peuvent fournir une information riche dans les meilleurs délais.

Les trois articles suivants apportent des idées sur les possibilités d'intervention, que ce soit sur les facteurs en amont comme l'approvisionnement ou la santé mentale ou que ce soit en aval comme la mobilisation des systèmes de santé pour surveiller les méfaits dus aux opioïdes et leurs impacts sur la santé. En Colombie-Britannique, Otterstatter et ses collègues[6] décrivent, au moyen de la Cohorte provinciale des victimes de surdose de Colombie-Britannique, les tendances dans l'utilisation des soins de santé chez les personnes ayant fait une surdose de drogues illicites[6]. Ils constatent que les cas de surdose sont associés à un taux plus élevé d'utilisation des services de santé, ce qui suggère qu'il y a dans le système de santé des occasions, manquées et à saisir, d'intervention et de prise de mesures préventives. En Nouvelle-Écosse, Schleihauf[7] et son équipe décrivent l'effet des changements dans les pratiques de prescription des opioïdes sur les taux de décès liés aux opioïdes. Ils ont ainsi découvert que, même si les taux de mortalité liée aux opioïdes sont restés plus ou moins les mêmes entre 2011 et 2017, le nombre d'unités de morphine d'ordonnance distribuées par les pharmaciens a diminué et que la proportion de décès attribués aux opioïdes non pharmaceutiques a augmenté à la suite de récents changements dans les lignes directrices sur les prescriptions. Cette découverte fait ressortir l'importance de surveiller à la fois les prescriptions et l'offre de drogues illicites afin de déterminer l'effet des changements des pratiques de prescription sur les tendances dans la consommation de drogues. En Alberta, Chan[8] et ses collègues ont étudié les tendances des suicides avec opioïdes entre 2000 et 2016 ainsi que leur poids par rapport aux autres méthodes de suicide. Ils n'ont pas observé de tendances similaires entre les surdoses intentionnelles avec opioïdes (suicides) et les surdoses accidentelles avec fentanyl illégal, ce qui suggère que les victimes de suicide avec opioïdes diffèrent de celles qui décèdent de surdose accidentelle, et par conséquent que les interventions en santé publique doivent être adaptées à chaque catégorie de population.

Depuis deux ans, les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial ont mobilisé des ressources financières et techniques pour répondre à la crise. Conformément aux quatre piliers de l'approche fédérale de la crise des opioïdes (prévention, traitement, réduction des méfaits, application de la loi)[9], plusieurs provinces et territoires ont mis en place des plans et des stratégies d'action coordonnée. Si la surveillance en santé publique a été – et va continuer à être – essentielle pour apporter des réponses efficaces et coordonnées, elle ne devra cependant pas surveiller uniquement les résultats en matière de santé, la fourniture et la consommation de médicaments et de drogues illicites, mais aussi explorer les déterminants sociaux et structuraux plus profonds de la santé, c'est-à-dire « les causes des causes »[10]. Pour comprendre les facteurs déterminants en amont, il va falloir qu'un plus grand nombre de secteurs se mobilisent pour s'investir activement dans l'élaboration et le ciblage de stratégies de prévention et d'intervention.

Le travail réalisé dans le domaine de la surveillance continue à fournir les données nécessaires pour éclairer la crise, et l'effort pour remonter à ses causes en amont est sans précédent. Les leçons tirées vont nous servir pour l'étude plus générale de la consommation de drogues, en particulier les effets de la future législation sur le cannabis.

J'aimerais profiter de l'occasion pour féliciter toutes les personnes qui travaillent en santé publique et dans les disciplines connexes pour avoir collaboré avec détermination afin de colliger et analyser les données, inspirer et soutenir le travail en réponse à ces épidémies.

Dr Robert Strang
Médecin hygiéniste en chef
Ministère de la Santé et du Mieux-être
de la Nouvelle-Écosse

Références

1. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (de janvier 2016 à décembre 2017). Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2018 (consulté en juillet 2018). En ligne : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-juin-2018.html

2. Annonce de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada à la séance d'information technique conjointe de l'Agence de la santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, 19 juin 2018. Ottawa : (Ont.) : ASPC; 2018.

3. Abdesselam K, Dann M J, Alwis R, et al. Aperçu – Crise des opioïdes : assurer le suivi et faire évoluer les données de surveillance. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(9):353-358.

4. Do M, Chang V, Tibebu S, et al. 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. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(9): 359-370.

5. Do M, Furlong G, Leyenaar M, et al. Aperçu – Que peuvent nous révéler les données des ambulanciers paramédicaux sur la crise des opioïdes au Canada? Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(9):384-387.

6. Otterstatter M, Crabtree A, Dobrer S, et al. 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. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(9):371-377.

7. Schleihauf E, Crabtree K, Dohoo C, et al. Aperçu – Surveillance simultanée des pratiques de prescription d'opioïdes et des décès liés à l'usage d'opioïdes : le contexte en Nouvelle-Écosse (Canada). Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(9):378-383.

8. Chan E, McDonald B, Brooks-Lim E, et al. Aperçu – Suicides et intoxication aux opioïdes en Alberta (2000-2016). Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(9):388-392.

9. Gouvernement du Canada. Mesures du gouvernement du Canada sur les opioïdes : 2016 et 2017, Ottawa, 2017 (consulté en juillet 2018). Sur Internet : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/mesures-opioides-2016-2017.html

10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005; 365(9464):1099-1104.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.remarque

Remarque générale au sujet du numéro spécial

Compte tenu de la nature dynamique de la crise des opioïdes et des données déclarées, ainsi que des différences de définition des mesures, il se peut que les données publiées sur les sites Web gouvernementaux et institutionnels soient différentes des données présentées dans ce numéro.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.02f

Aperçu

Crise des opioïdes : assurer le suivi et faire évoluer les données de surveillance

Kahina Abdesselam, M. Sc.; Matthew James Dann, M. Sc.; Ramona Alwis, M. Sc.; Julie Laroche, Ph. D.; Samuel Ileka-Priouzeau, M. Sc.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Le nombre de cas de surdoses liées à la consommation d'opioïdes augmente à un rythme alarmant, principalement en raison de l'usage accru du fentanyl et de ses analogues. Des sources de données fiables et solides sur l'utilisation des opioïdes sont cruciales pour la planification d'interventions efficaces, de même que pour l'élaboration de politiques et de directives appropriées en vue de réduire le fardeau des opioïdes.

Cet article porte sur les mesures entreprises par les partenaires fédéraux pour s'attaquer à la crise des opioïdes au Canada. Il traite aussi de la nécessité de nouvelles méthodes de surveillance destinées à améliorer la collecte et l'harmonisation des données sur les drogues.

Mots-clés : *opioïde, fentanyl, surveillance, tendances nationales, abus de médicaments*

Points saillants

- Le nombre d'ordonnances d'opioïdes et le nombre de milligrammes d'équivalents morphine prescrits ont nettement diminué dans toutes les provinces en 2016 et 2017.
- Les partenaires fédéraux ont mis en œuvre diverses mesures pour mieux comprendre la crise des opioïdes au Canada.
- Des méthodes de surveillance novatrices, destinées à mieux cibler les consommateurs de drogues, devraient être adoptées en complément des enquêtes déjà en place auprès de la population générale.

Contexte

Le nombre de cas de surdoses liées à l'utilisation d'opioïdes continue d'augmenter à un rythme alarmant, principalement en raison de l'usage accru du fentanyl et de ses analogues. En 2016, on comptait 2800 décès liés aux opioïdes au Canada et, d'après les données provisoires, on en comptait plus de 4000 en 2017[1]. Ceci constitue une crise majeure d'un point de vue de santé publique : le nombre de décès en 2016 a surpassé celui des décès dénombrés lorsque l'épidémie de VIH a atteint son point culminant au Canada en 1995[2]. Le nombre important de surdoses liées au fentanyl et à ses analogues donne à penser que l'abus d'opioïdes touche l'ensemble la population canadienne, et pas seulement les personnes vivant en marge de la société[3].

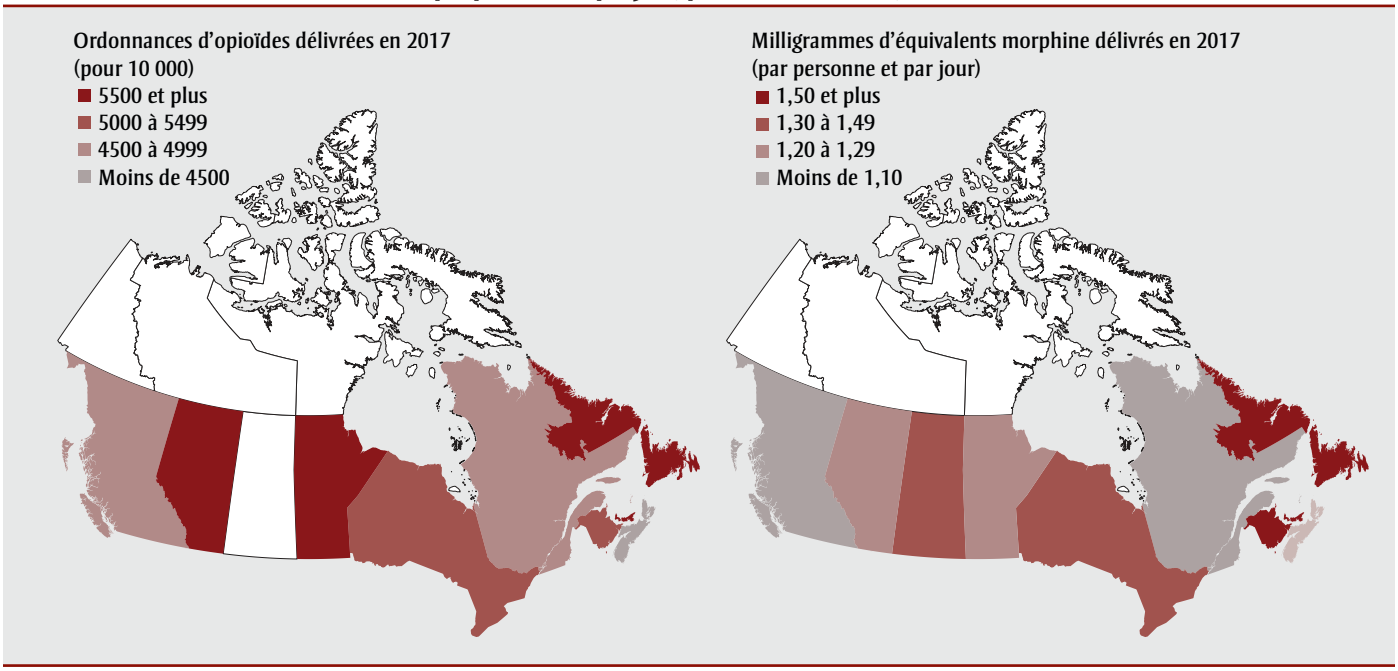
Le Canada est actuellement le deuxième pays au monde en ce qui concerne la consommation d'opioïdes par habitant[4]. Une récente enquête d'opinion réalisée par l'Angus Reid Institute a révélé qu'un adulte canadien sur cinq s'est déjà fait prescrire des opioïdes[5]. De plus, un adulte canadien sur huit a déclaré avoir des amis proches ou des membres de la famille qui sont devenus dépendants aux opioïdes au cours des cinq dernières années[5]. Alors que le nombre d'ordonnances d'opioïdes délivrées dans l'ensemble des provinces a légèrement augmenté (2,7 %, données ajustées en fonction de la population) entre 2012 et 2016, il a connu une nette diminution (34,2 %, données ajustées en fonction de la population) entre 2016 et 2017. Le nombre total de milligrammes d'équivalents morphine délivrés entre 2012 et 2016 a également légèrement baissé. La forte baisse notée entre 2016 et 2017 (15,9 %) pourrait témoigner d'un changement au niveau des pratiques de prescription des médecins[6].

L'étude des tendances relatives aux ordonnances révèle une certaine hétérogénéité en ce qui a trait aux types, aux quantités et aux dosages des opioïdes délivrés au Canada (figure 1). En outre, la hausse du nombre d'hospitalisations et de visites aux urgences en raison de surdoses d'opioïdes (augmentation de 30 % entre 2007-2008 et 2014-2015[7]) semble indiquer que l'abus d'opioïdes est une question de plus en plus préoccupante et que les consommateurs de ces substances se tournent de plus en plus vers le marché illicite.

Si les enquêtes nationales menées auprès de la population générale sont habituellement très bien étoffées, on ne dispose pas de données sur les sous-populations au sein desquelles l'abus de substances psychoactives est le plus courant. Cela nuit à la mise en place de politiques et d'interventions ciblées, pertinentes et fondées sur des données probantes en vue de lutter en temps utile contre la crise actuelle. Par exemple, l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) et d'autres enquêtes similaires (tableau 1) donnent une idée du fardeau des opioïdes

Rattachement des auteurs :
Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada

FIGURE 1
Nombre d'ordonnances d'opioïdes[a] délivrées par les pharmacies (pour 10 000 habitants) et nombre de milligrammes d'équivalents morphine par personne et par jour, provinces[b] et Canada, 2017[c]



Source : IQVIA. Compuscript. 2017.

[a] Types d'opioïdes pour les tendances relatives aux ordonnances : codéine, fentanyl, hydromorphone, morphine, oxycodone et tramadol. Le tramadol a été exclu du calcul des milligrammes d'équivalents morphine car il n'existe aucun moyen fiable de calculer la dose équivalente.

[b] Les taux de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador ont été combinés.

[c] Seules les données de janvier à novembre 2017 figurent sur la carte, car les données de décembre 2017 n'avaient pas été ajoutées à la base de données au moment de l'extraction.

TABLEAU 1
Aperçu des mesures de surveillances fédérales déjà en place et des nouvelles mesures qui contribuent à la compréhension de la crise des opioïdes au Canada

Projets de surveillance par organisme	Description	Nouveau
Santé Canada		
Enquête auprès de la population générale[12]	L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) est une enquête bisannuelle faite par téléphone auprès des ménages pour acquérir des données sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. En 2015, une base d'échantillonnage de l'ECTAD incluait pour la première fois les ménages utilisant uniquement le téléphone cellulaire. Les échantillons se composent de Canadiens de 15 ans et plus. L'ECTAD remplace l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD). Santé Canada a aussi utilisé L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE) pour cibler la population scolaire de la 7e à la 12e année sur l'ensemble du Canada.	
Système de gestion de l'information des laboratoires (SGIL); Service d'analyse des drogues (SAD) de Santé Canada[13]	Le SAD est chargé d'analyser les substances contrôlées suspectes saisies par les organismes d'application de la loi qui soumettent des échantillons pour analyse. Les résultats des analyses sont enregistrés dans le SGIL, de même que le moment auquel l'échantillon a été remis au laboratoire. La surveillance régulière des substances, notamment les NSP et les médicaments pharmaceutiques, est donc assurée.	
Enquête en ligne sur les nouvelles substances psychoactives (NSP)	L'Enquête en ligne fait actuellement l'objet d'un projet pilote. Les Canadiens de 15 ans ou plus qui ont déclaré avoir déjà consommé une NSP au moins une fois sont recrutés par l'entremise de fils de message publiés sur Bluelight, de sites sur les drogues illicites ou d'une enquête en ligne novatrice qui utilise une méthode d'interception aléatoire et de large portée. Les questions sont conçues pour donner un aperçu des nouvelles substances et des profils de consommation de substances au Canada.	✔
Enquête sur l'éducation postsecondaire canadienne et la consommation de drogues	L'Enquête sur l'éducation postsecondaire canadienne et la consommation de drogues a été lancée à titre de projet pilote en mars 2018. Elle vise à recueillir des renseignements par l'entremise d'enquêtes en ligne destinées à des étudiants de 17 à 25 ans inscrits dans les établissements postsecondaires participants. Les enquêtes sont envoyées aux étudiants aux adresses courriel des établissements d'enseignement.	✔
Canada Compuscript (CS) – QuintilesIMS[7]	Le CS de QuintilesIMS contient de l'information sur les ordonnances de produits pharmaceutiques délivrées dans les pharmacies de détail canadiennes.	

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Aperçu des mesures de surveillances fédérales déjà en place et des nouvelles mesures qui contribuent à la compréhension de la crise des opioïdes au Canada

Projets de surveillance par organisme	Description	Nouveau
Santé Canada (suite)		
Système canadien de surveillance des données sur les intoxications (SCSDI)[14]	Le SCSDI est constitué de cinq centres antipoison répartis au Canada que les professionnels de la santé et le public peuvent contacter pour des conseils relatifs au traitement. Santé Canada collabore actuellement avec le SCSDI à la normalisation et à l'uniformisation des données sur les cas dans les centres antipoison. Les appels effectués aux centres antipoison permettront d'établir des données de référence estimatives sur la consommation d'opioïdes et sur les méfaits qui lui sont liés partout au pays, ce qui aidera à la mise en place d'un système de toxicovigilance.	✔
Surveillance d'Internet	Dans le cas des nouveaux opioïdes synthétiques, la surveillance d'Internet peut aider à recueillir des renseignements sur les drogues catégorisées comme « non destinées à la consommation humaine ». Les recherches systématiques en ligne permettent d'identifier les sites Web canadiens vendant des NSP et aident le Canada à mieux satisfaire à ses obligations statutaires à l'échelle internationale, à orienter l'évaluation des risques et l'inscription des NSP et à définir les mises en garde potentielles et les mesures de prévention. Les organismes d'application de la loi seront aussi tenus au courant des nouvelles substances qu'ils doivent s'attendre à trouver dans des laboratoires clandestins. La surveillance d'Internet requiert actuellement des recherches effectuées manuellement dans les sites Web canadiens.	
Pertes ou vols[15]	Cette base de données recueille des renseignements sur le nombre de substances réglementées dont la disparition (en raison d'une perte ou d'un vol) a été déclarée par des pharmacies, des hôpitaux, des professionnels de la santé ou des distributeurs autorisés ou inscrits. Cette base de données pourrait servir d'indicateur du détournement de substances.	
Programme Canada Vigilance (PCV)[16]	Le PCV recueille des renseignements sur les effets indésirables des produits commercialisés, dont les opioïdes prescrits. Les déclarations portant sur des drogues illicites comme produits suspects ne sont enregistrées dans la base de données que si un produit de santé commercialisé est mentionné parmi les produits suspects.	
Programme des services de santé non assurés (SSNA)[17]	Le Programme des SSNA est un programme national de services de santé médicaux, qui offre aux membres admissibles des Premières Nations la couverture de certains médicaments ou articles médicaux.	
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)		
Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT)[18]	Le SCHIRPT collecte des renseignements sur les méfaits associés à la consommation d'opioïdes à l'aide de données recueillies lors des visites aux services d'urgence de onze hôpitaux pédiatriques sentinelles et de six hôpitaux généraux de l'ensemble des provinces et des territoires (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, de la Saskatchewan, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon).	
Track[19]	Track est un système de surveillance améliorée qui permet de surveiller la prévalence du VIH, du VHC et d'autres infections, de même que les comportements à risques connexes (notamment les indicateurs relatifs aux opioïdes) chez les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Track effectue cette surveillance par échantillonnage selon le lieu sur différents sites (actuellement, 11) à l'échelle du Canada.	
Surveillance des décès et des méfaits associés à la consommation d'opioïdes[20]	L'ASPC collabore étroitement avec les provinces et les territoires pour recueillir, auprès des bureaux de leurs coroners en chef et médecins légistes respectifs des données sur les décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes.	
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)		
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)[21]	Le SNIUMP recueille des données sur les demandes de remboursement de médicaments prescrits, les listes de médicaments assurés et les produits pharmaceutiques en lien avec les régimes publics d'assurance-médicaments des provinces et des territoires (à l'exception du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut).	
Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)[22]	La BDMH recueille des données sur les congés auprès des établissements de soins actifs du Canada et des unités de chirurgie d'un jour du Québec. Elle contient des renseignements administratifs, cliniques et personnels sur les patients hospitalisés, et ce, à l'échelle nationale. L'information sur les hospitalisations associées à la consommation d'opioïdes se limite aux renseignements contenus dans les codes de la CIM-10-CA.	
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)[23]	Le SNISA recueille des données sur tous les patients externes recevant des soins ambulatoires en milieux hospitalier et communautaire. L'information sur les hospitalisations associées à la consommation d'opioïdes se limite aux renseignements contenus dans les codes de la CIM-10-CA.	
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)		
Indicateurs nationaux de traitement (INT)[24]	Le projet des INT a été mis en œuvre en 2009 et recueille des renseignements concernant l'admission dans des centres de traitement à l'aide d'un ensemble commun d'indicateurs en matière de traitement et des données fournies par les programmes publics participants du Canada.	

Abréviation : NSP, nouvelle substance psychoactive

à l'échelle nationale. Toutefois, les enquêtes auprès de la population générale ne fournissent que des renseignements limités concernant les indicateurs clés, en particulier les raisons expliquant les variations de fréquence de consommation des opioïdes, les types d'opioïdes consommés, les endroits où les opioïdes sont consommés et nombre de caractéristiques sociodémographiques comme le statut socioéconomique, l'âge, le sexe, l'origine ethnique ou le logement. Par conséquent, les profils de risques et de comportements des personnes ayant une probabilité accrue d'abus d'opioïdes pourraient être fortement sous-représentés en raison des méthodes d'échantillonnage utilisées dans ces enquêtes auprès de la population[8].

Il importe, pour comprendre les mécanismes sous-jacents de l'abus d'opioïdes, de mettre en place des études et des systèmes de surveillance améliorés, conçus spécialement pour recueillir des renseignements sur les populations difficiles à joindre. Ces études et systèmes permettront de comprendre les modifications en cours et d'identifier les tendances liées aux facteurs de risque susceptibles d'être ciblées par des interventions en santé publique.

Surveillance : initiatives déjà en place et nouvelles initiatives

Le gouvernement du Canada a récemment élaboré un Plan d'action pour lutter contre le mauvais usage des opioïdes[9] qui vise à en réduire les méfaits, en grande partie évitables, par la mise en œuvre de mesures immédiates. Les décisions et les politiques devant être fondées sur des données solides et fiables, le Canada a un besoin urgent de données étoffées et de qualité sur les opioïdes.

Pour remédier à cette lacune, Santé Canada a récemment mis en place des mesures de surveillance ciblée, en complément des enquêtes déjà en place auprès de la population générale. Par exemple, l'Enquête en ligne sur les nouvelles substances psychoactives (NSP) fait actuellement l'objet d'un projet pilote visant à déterminer si la présence, la demande et l'utilisation de NSP (dont les nouveaux opioïdes synthétiques) pouvaient être consignées avec exactitude en coopérant avec des communautés virtuelles dont les membres s'intéressent à l'expérimentation de substances psychoactives. L'utilisation du terme « nouvelles » ne veut pas nécessairement dire que les substances en question ont été nouvellement découvertes ou synthétisées, mais plutôt qu'elles sont sur le marché depuis peu de temps ou qu'elles sont considérées depuis peu comme des substances pouvant entraîner un abus. Au cours de la phase pilote de l'enquête en ligne sur les NSP, Santé Canada a collaboré avec les administrateurs d'un forum en ligne (Bluelight) spécifiquement conçu pour les personnes qui s'intéressent à l'expérimentation des substances psychoactives. Les personnes qui consomment des drogues peuvent y échanger des renseignements, décrire leurs expériences et discuter des effets psychoactifs des substances qu'ils ont essayées. Les participants canadiens du forum sont contactés et recrutés de deux manières : après avoir publié dans un fil de messages sur Bluelight qu'ils avaient déjà consommé une NSP, ou bien après avoir rempli une enquête en ligne novatrice utilisant une méthode d'interception aléatoire de large portée.

L'enquête en ligne sur les NSP, qui repose sur la communication volontaire de renseignements concernant les pratiques de consommation de drogues, est destinée à alimenter un système d'alerte rapide sur la consommation de NSP au Canada. Ces données sur la présence, la demande et la consommation de NSP aideront le Canada à satisfaire aux exigences internationales en matière de présentation de rapports[10] et à identifier les nouvelles substances préoccupantes pour orienter les activités de lutte et de réglementation.

Outre l'adoption de nouvelles mesures de surveillance, le groupe de travail sur les données relatives à la consommation d'opioïdes (GTDO) à Santé Canada a entrepris un examen exhaustif des fonds de données et des activités de surveillance liées aux opioïdes, afin d'en identifier les lacunes et les limites potentielles. Plus les méfaits associés à cette crise de santé publique augmenteront, plus il deviendra nécessaire d'obtenir des données harmonisées et approfondies, à l'échelle nationale, sur les facteurs de risque. Par exemple, afin de rendre compte de l'état actuel de la crise des opioïdes au Canada, le Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues (BRSD) collabore avec le Système canadien de surveillance des données sur les intoxications (SCSDI) pour harmoniser les données d'appels recueillies par les centres antipoison. Cette collaboration vise à consigner des détails sur les méfaits liés à la consommation de drogue, notamment les surdoses d'opioïdes. Le BRSD collabore aussi avec ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de déterminer comment mieux regrouper les données liées aux opioïdes et aux autres drogues de l'ensemble du pays. L'élaboration et la mise en œuvre d'un observatoire sur les drogues faciliterait l'obtention de ces données à l'échelle du Canada. Ce type d'observatoire constitue un modèle de pratique exemplaire[11], à l'échelle nationale, pour la collecte, l'analyse et la diffusion continues de données sur la consommation de drogue, ses méfaits et les traitements connexes. À cette fin, Santé Canada explore actuellement la possibilité de mettre en place divers modèles d'observatoire national sur les drogues.

Le tableau 1 résume les mesures fédérales déjà en cours et les nouvelles mesures susceptibles de fournir efficacement des renseignements utiles sur les risques liés aux comportements et sur les caractéristiques sociodémographiques, les profils géographiques, les méfaits et les traitements.

Conclusion

Les intervenants en santé publique du Canada ont besoin d'un meilleur accès à des données précises et pertinentes pour orienter leurs interventions dans la crise des opioïdes. Une solide base de données probantes permettrait aux acteurs du domaine de la santé publique de mettre en place un système d'alerte rapide, de cerner les tendances, de cibler les interventions, de surveiller les répercussions et d'appuyer les décisions. Alors que certaines mesures de la consommation de drogue sont bien étoffées, par exemple les enquêtes nationales auprès de la population générale, d'autres sources de données importantes ne sont pas nécessairement utilisables pour fournir une synthèse nationale ou pour identifier les facteurs de risques relatifs à l'abus d'opioïdes et ses méfaits connexes. Les nouvelles mesures visant à recueillir, analyser et diffuser les données sur l'usage des drogues tirées des activités de surveillance vont améliorer notre compréhension de l'accès aux opioïdes, des tendances de consommation et des méfaits qui y sont associés.

Enfin, bien que nombre de ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi que des organisations non gouvernementales, remplissent certaines fonctions généralement associées aux observatoires sur

les drogues, le Canada ne dispose pas d'observatoire national spécialisé. Pour réagir efficacement à la crise des opioïdes et à d'autres enjeux émergents liés aux drogues, il serait judicieux que le pays adopte ce modèle de pratique exemplaire, qui permettrait un suivi continu des données sur les drogues à l'échelle nationale.

Conflits d'intérêts

Les auteurs sont tous employés de Santé Canada. Aucun auteur n'a d'autre conflit d'intérêts à divulguer.

Contributions des auteurs et avis

RA a recherché les renseignements sur les programmes fédéraux. MJD a mené l'analyse d'IQVIA. KA a rédigé l'article. SIP a révisé l'article. JL a approuvé la version définitive du manuscrit.

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. Gouvernement du Canada. Rapport national : décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (2016) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2016 [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides.html

2. Institut canadien d'information sur la santé. Les « importantes » répercussions de la crise des opioïdes sur les systèmes de santé canadiens [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2017 [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.cihi.ca/fr/les-importantes-repercussions-de-la-crise-des-opioides-sur-les-systemes-de-sante-canadiens

3. Centers for Disease Control and Prevention. New Research reveals the trends and risk factors behind America's growing heroin epidemic [Internet]. CDC; 2015 [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.cdc.gov/media/releases/2015/p0707-heroin-epidemic.html

4. Organe international de contrôle des stupéfiants. Stupéfiants : Évaluations des besoins du monde pour 2013 – Statistiques pour 2011. New York : Nations unies; 2012.

5. Angus Reid Institute. Opioids in Canada: one-in-eight have family or close friends who faced addiction [Internet]. Vancouver (BC): Angus Reid Institute; 2018 [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : http://angusreid.org/opioid-crisis/

6. IQVIA. Compuscript. 2017. En ligne à : http://www.imsbrogancapabilities.com/fr/sante/compuscript.html

7. Institut canadien d'information sur la santé, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2016.

8. Bonevski B, Randell M, Paul C, et al.; Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. BMC Med Res Methodol. 2014;14(1):42. doi: 10.1186/1471-2288-14-42.

9. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Rapport d'étape sur la Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2017. En ligne à : http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Addressing-Opioid-Crisis-in-Canada-Summary-Report-2017-fr.pdf

10. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. QDRA : Questionnaire destiné aux rapports annuels. 2018 [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.unodc.org/arq/

11. Union européenne. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Création d'un observatoire national des drogues : manuel conjoint. Luxembourg : OEDT; 2010.

12. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD). Information détaillée pour 2015 [Internet]. Ottawa (Ont) : Gouvernement du Canada; [modification le 11 nov. 2016; consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440

13. Santé Canada. Service d'analyse des drogues [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 30 nov. 2017; consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/service-analyse-drogues.html

14. Hosein S. The Canadian Surveillance System for Poison Information. CPHA; 2015. En ligne à : http://resources.cpha.ca/CPHA/Conf/Data/2015/A15-241e.pdf

15. Santé Canada. Rapport de pertes ou de vols [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2014 [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/substances-controlees/conformite-surveillance/perte-contrefacon/rapport-pertes-vols.html

16. Santé Canada. Programme Canada Vigilance [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 19 févr. 2016; consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/programme-canada-vigilance.html

17. Gouvernement du Canada. À propos du Programme des services de santé non assurés (SSNA) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 1er sept. 2016; consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/services-sante-non-assures-pour-premieres-nations-et-inuits/administration/propos-programme-services-sante-non-assures-ssna.html

18. Agence de la santé publique du Canada. Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 9 mars 2016; consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/systeme-canadien-hospitalier-information-recherche-prevention-traumatismes.html

19. Agence de la santé publique du Canada. Survol et rapports de l'enquête I-Track [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 10 déc. 2014; consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/itrack-fra.php

20. Gouvernement du Canada. Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (Mars 2018) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [consultation le 25 mai 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/deces-lies-opioides.html

21. Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-national-dinformation-sur-lutilisation-des-medicaments-prescrits

22. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données sur la morbidité hospitalière [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.cihi.ca/fr/base-de-donnees-sur-la-morbidite-hospitaliere

23. Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-national-dinformation-sur-les-soins-ambulatoires

24. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Indicateurs nationaux de traitement [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2018 [consultation le 16 janv. 2018]. En ligne à : http://www.ccdus.ca/fra/topics/treatment-and-supports/national-treatment-indicators/pages/default.aspx

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.03f

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.

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

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.

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. 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 100000) au Canada, ce qui dépasse de loin le nombre de décès liés aux véhicules motorisés (5,2 pour 100000) 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 Canada[3]. 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 observées[3].

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 ailleurs[4]. 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 (rédaction 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 rédaction 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 786758 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 orthographes 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 généré 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 SCHIRPTe[7]. 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'année[8]. 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 fai 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 : nouveaunés et nourrissons (moins d'un an), toutpetits 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 le 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)
Traitement à l'urgence, suivi au besoin	113	(19,4)	62	(23,8)	51	(15,8)
Traitement à l'urgence, suivi nécessaire	93	(16,0)	37	(14,2)	56	(17,4)
Observation à l'urgence avec suivi au besoin	100	(17,2)	52	(19,9)	48	(14,9)
Observation 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 liés 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

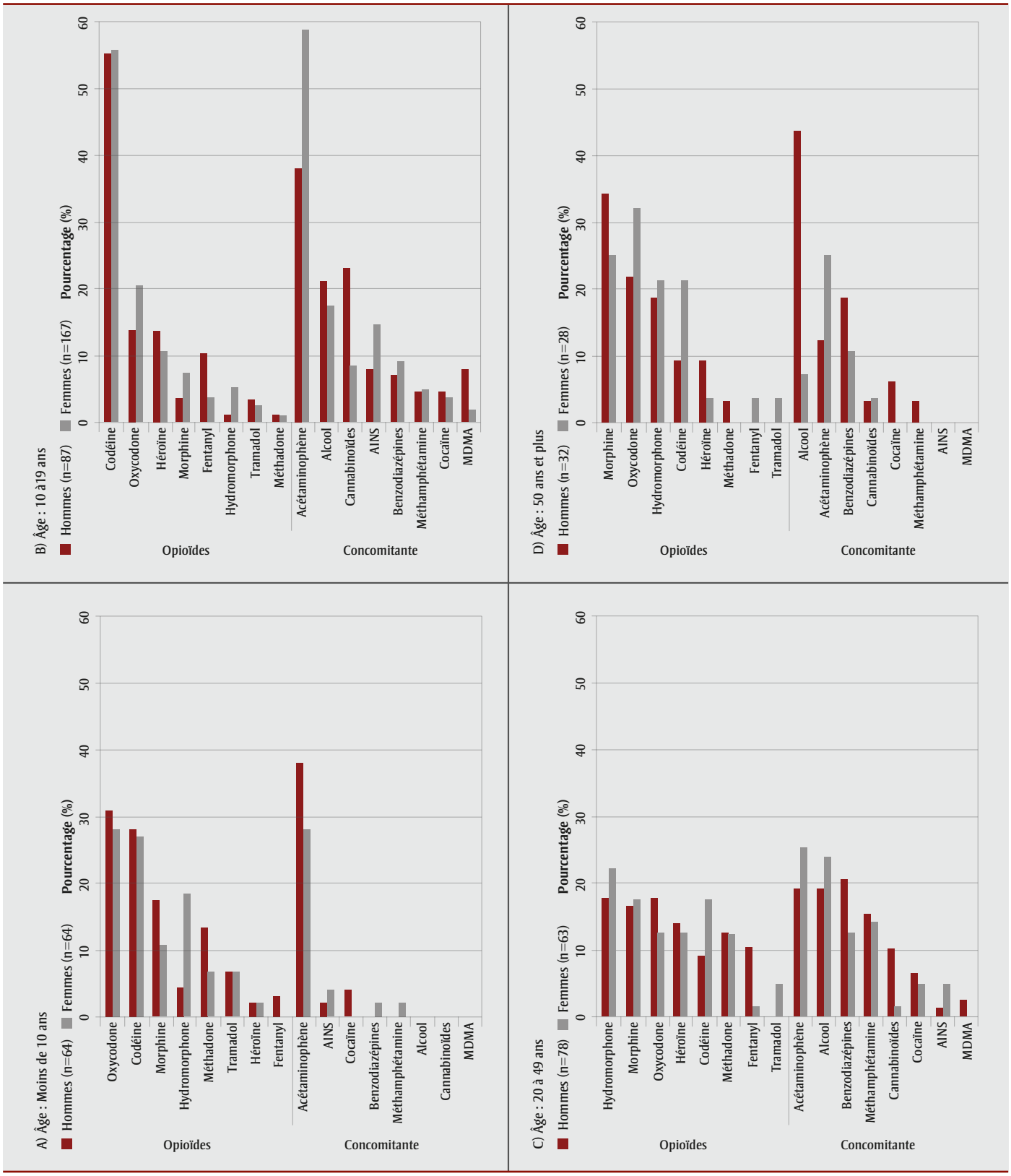
Dans cette étude, nous avons décrit l'épidémiologie des blessures liées aux opioïdes à l'aide des données recueillies dans le SCHIRPTe. En cohérence avec la littérature[1,3], notre analyse des données du SCHIRPTe a révélé une augmentation significative du taux de blessures liées aux opioïdes (par 100 000 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 SCHIRPT. 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 illicites[11], 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 privées[12]. 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 vivantes[13]. On ne sait toutefois pas si ces tendances existent au Canada, ce qui devrait être vérifié.

La santé mentale s'est révélé 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
Opioïdes 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-méthylènedioxyméthamphétamine (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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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 problèmes de santé mentale	Antécédents de toxicomanie ou de dépendance (y compris le sevrage)	20 (8 %)	Homme : 12 (60 %) Âge 15-19 ans : 18 (90 %)
			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 % Âge 30-49 ans : 60 %
		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 %)	
	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)	8 (6 %)	Homme : 15 (65 %) Âge 30-49 ans : 13 (57 %)
			Accident de la route (p. ex., conduire sous l'influence d'opioïdes)	—	
			Autres blessures non intentionnelles impliquant des opioïdes (p. ex., piqûre d'aiguille, coups à la tête)	11 (8 %)	
		Automutilation intentionnelle	Blessures auto-infligées (p. ex., coupures aux poignets) lorsque des opioïdes étaient en cause	—	Femme : 5 (56 %) Âge 30-49 ans : 6 (67 %)
		Voies de fait	Agression liée à la drogue (p. ex., personne battue, frappée à coups de pied, poignardée)	5 (4 %)	
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.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.04f

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 1er 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'opioïdes[1]. 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 puissant[2].

Les stratégies efficaces pour prévenir ou traiter une surdose d'opioïdes sont la distribution de trousses de naloxone à emporter chez-soi[3], le traitement des maladies mentales[4] et le traitement par agonistes opioïdes[5]. 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 probantes[6]. 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 (BDCP) et du régime de services médicaux (RSM). Cinq ans d'antécédents médicaux ont ensuite été annexés pour chaque patient à partir de la BDCP (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 1er 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 BDCP [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 BDCP 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 1er 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

TABLEAU 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

Diagnostics 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 musculosquelettiques	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 drogues[7–10]. 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 préventive[8], 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'urine[5].

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 médical[13]. Les interventions visant à réduire les départs contre l'avis médical sont la prestation de services de réduction des méfaits dans les hôpitaux[†], 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 santé[14].

Des problèmes de dépendance et de santé mentale étaient les diagnostics les plus fréquents lors des visites en lien avec des soins de santé effectuées 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 injectables[20].

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 trousses de naloxone à emporter chez soi[21] 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.0000000000000034.

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. Bahorik 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].

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.05f

Aperçu

Surveillance simultanée des pratiques de prescription d'opioïdes et des décès liés à l'usage d'opioïdes : le contexte en Nouvelle-Écosse (Canada)

Emily Schleihauf, MAE (1); Kirstin Crabtree, BHIM, CHIM (2); Carolyn Dohoo, M. Sc. (3); Sarah Fleming, M. Sc. (4); Heather McPeake, M.B.A, M.A. (2); Matthew Bowes, M.D., FRCPSC (5)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Une surveillance en santé publique en temps opportun est nécessaire pour comprendre les tendances associées à la consommation d'opioïdes et à ses méfaits connexes. Cet article met en correspondance les données sur la délivrance d'opioïdes recueillies par le Nova Scotia Prescription Monitoring Program et les données sur les décès compilées par le Service de médecin légiste de la Nouvelle-Écosse. La surveillance simultanée des tendances au moyen de ces sources de données est essentielle pour détecter les effets sur la population (qu'ils soient intentionnels ou non) des interventions liées à la prescription d'opioïdes.

Mots-clés : *surveillance de la santé publique, troubles liés aux opioïdes, programmes de surveillance des médicaments d'ordonnance, coroners et médecins légistes*

Points saillants

- Le taux annuel de décès par intoxication aux opioïdes en Nouvelle-Écosse est demeuré stable entre 2011 et 2017.
- Le nombre de personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïdes (à l'exception de ceux destinés au traitement de la dépendance) a diminué au fil du temps en Nouvelle-Écosse. La quantité d'équivalents morphine délivrés a aussi chuté au cours des derniers trimestres.
- Les modifications apportées à l'accessibilité des opioïdes sur ordonnance pouvant influencer le marché illicite des opioïdes, il est essentiel de surveiller en temps opportun à la fois les tendances relatives à la délivrance d'opioïdes et celles des décès par intoxication selon les types d'opioïdes afin de comprendre les répercussions des changements dans les lignes directrices en matière de prescription.

Introduction

L'intoxication aiguë aux opioïdes a entraîné le décès d'environ 2861 Canadiens en 2016[1]. L'arrivée d'opioïdes très puissants, particulièrement le fentanyl non pharmaceutique, sur les marchés illicites de drogues est l'une des causes principales de la forte augmentation des taux de décès par intoxication aiguë aux opioïdes dans certaines régions au Canada et aux États-Unis[1-3]. Toutefois, dans d'autres régions, notamment la Nouvelle-Écosse, les taux de décès par intoxication aux opioïdes n'ont pas à ce jour connu d'augmentation[1].

Les corrélations sont bien étayées entre la consommation d'opioïdes sur ordonnance à l'échelle de la population et les taux de décès et de morbidité associés aux opioïdes[4-6]. Les recherches établissent aussi un lien entre la prescription d'une quantité élevée de milligrammes d'équivalents morphine (MEM) et le risque de décès par intoxication chez une personne[7]. Les révisions récentes des lignes directrices en matière de prescription d'opioïdes[8,9] ont permis aux organismes de réglementation d'influencer concrètement des habitudes de prescription désuètes et de promouvoir de nouvelles réflexions à l'égard des interventions thérapeutiques associées à la douleur et à la dépendance. Or les données indiquent que certains consommateurs d'opioïdes sur ordonnance se tournent vers l'héroïne ou en consomment simultanément[10,11], que les modifications de l'accessibilité aux opioïdes sur ordonnance peuvent influencer l'offre et le prix des drogues sur le marché illicite[11,12] et que les opioïdes non pharmaceutiques contribuent à la majorité des décès liés aux opioïdes dans les régions présentant un taux de décès élevé[2,3]. Les fondements de ces caractéristiques de « l'offre » et de « la demande » doivent donc absolument être analysés.

Une bonne connaissance des voies d'accès aux opioïdes pharmaceutiques et non pharmaceutiques est essentielle pour mettre en place des stratégies d'intervention et pour élaborer des politiques. Lorsque des données sur les médicaments délivrés sont disponibles, il est possible de faire le suivi simultané des tendances en matière de prescription et des données sur les

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
2. Nova Scotia Prescription Monitoring Program, Dartmouth (Nouvelle-Écosse), Canada
3. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
4. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada
5. Service de médecin légiste de la Nouvelle-Écosse, Dartmouth (Nouvelle-Écosse), Canada

Correspondance : Emily Schleihauf, 51, avenue Garland, Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 0J2, Canada; tél. : 902-403-7042; courriel : emily.schleihauf@canada.ca

décès liés aux opioïdes dans le cadre d'un système exhaustif de surveillance de la santé publique. Cet article souligne les résultats de ce type d'activité de surveillance en Nouvelle-Écosse.

Méthodologie

Sources de données

Tous les décès pouvant avoir été causés par une intoxication aux drogues ou aux médicaments relèvent du mandat conféré par la loi au Service de médecin légiste de la Nouvelle-Écosse (NSMES). Le NSMES utilise un logiciel d'application électronique pour recueillir et conserver les renseignements des dossiers d'enquêtes médico-légales, notamment les caractéristiques démographiques et la cause du décès. La pratique courante veut que les médecins légistes indiquent, dans l'énoncé de la cause de décès, les noms génériques des drogues mères ayant contribué à la mort et qu'ils procèdent à des analyses toxicologiques de routine portant sur un vaste ensemble d'analogues du fentanyl et d'autres nouveaux opioïdes. Nous avons extrait les données d'enquête sur les décès menées par le NSMES entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2017.

Depuis sa création en 1993, le Nova Scotia Prescription Monitoring Program (NSPMP) surveille toutes les pharmacies communautaires qui délivrent des opioïdes inscrits comme substances relevant de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*[13]. Les données que nous avons extraites des bases de données du NSPMP sont le nombre de numéros uniques de carte d'assurance-maladie associés à la délivrance d'opioïdes surveillés ainsi que la quantité totale de MEM délivrés, selon le type de médicament et le trimestre, entre 2011 et 2017. On ne dispose pas de MEM pour la méthadone, la buprénorphine et d'autres opioïdes rarement prescrits, notamment le butorphanol, le diphénoxylate, la norméthadone, l'opium, la pentazocine, le tapentadol et le sufentanil.

Définitions de cas

Notre recherche porte sur les décès en Nouvelle-Écosse ayant fait l'objet d'enquêtes menées par le NSMES. La cause du décès et les causes antécédentes ont été utilisées pour classer les décès par intoxication aiguë en fonction du type précis d'opioïde, selon les définitions de cas figurant dans le tableau 1.

Le classement des décès par intoxication aux opioïdes non pharmaceutiques contient le fentanyl non pharmaceutique présumé, les analogues du fentanyl, l'héroïne et l'U-47700. Aucun autre opioïde non pharmaceutique n'a été associé à un décès par intoxication en Nouvelle-Écosse durant cette période. Les décès par intoxication aux opioïdes sont souvent causés par l'usage de différentes substances appartenant à diverses classes. Les données relatives aux décès consignées en fonction du type d'opioïdes ne sont pas exclusives : le nombre total de décès est inférieur à la somme des décès par type de médicament.

Analyse statistique

Nous avons procédé à l'analyse des données recueillies par le NSPMP et par le NSMES en utilisant le logiciel Stata version 13.0 (StataCorp, College Station, Texas, É.-U.) et Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, É.-U.). Les estimations de population sont fondées sur les données de recensement de Statistique Canada de 2011 et de 2016.

Résultats

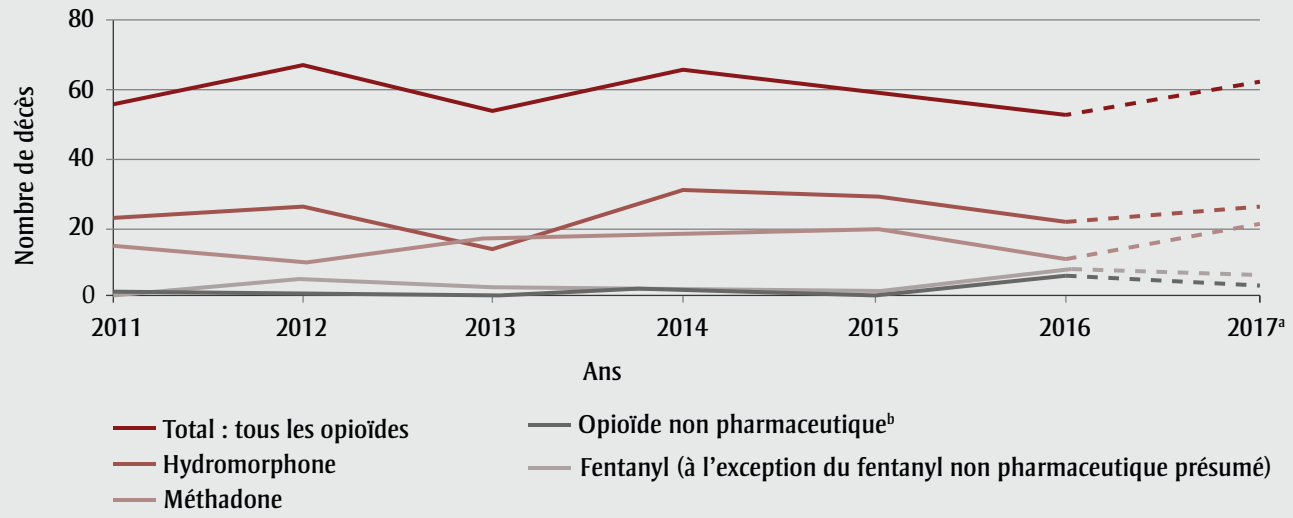
Le taux de décès par intoxication aiguë aux opioïdes en Nouvelle-Écosse est demeuré stable entre 2011 et 2017, soit un taux annuel moyen de 6,3 décès par 100 000 habitants. L'hydromorphone a joué le rôle le plus important en proportion dans les décès, suivie de la méthadone (figure 1). Le nombre de décès liés aux opioïdes non pharmaceutiques a augmenté en 2016 (figure 1), six décès ayant été attribués au fentanyl non pharmaceutique, au furanyl-fentanyl, au despropionyl-fentanyl, à l'U-47700 ou à l'héroïne (substances parfois consommées simultanément). En comparaison, au cours des années précédentes, les opioïdes non pharmaceutiques avaient été responsables de deux décès par an ou moins, et ces décès (sauf un) étaient liés à l'héroïne. En 2017, trois décès par intoxication ont été reliés aux opioïdes non pharmaceutiques. Ces décès ont été causés, notamment, par une intoxication soupçonnée au fentanyl non pharmaceutique, au despropionyl-fentanyl et à l'U-47700 (substances parfois consommées simultanément).

Dans l'ensemble, le nombre de personnes à qui un opioïde surveillé a été délivré (exception faite de la méthadone et de la buprénorphine) a diminué graduellement, passant de 43 922 à 35 640 personnes par trimestre (soit de 4,6 % à 3,7 % de la population, figure 2). Si l'on exclut les personnes ayant reçu de la méthadone ou de la buprénorphine seulement, plus de 40 % des personnes à qui des opioïdes surveillés ont été délivrés au cours d'un trimestre avaient aussi reçu un produit contenant de la codéine, seul ou en association avec des

TABLEAU 1
Définitions de cas pour les décès confirmés et probables par intoxication aux opioïdes en Nouvelle-Écosse

	Décès par intoxication aiguë aux opioïdes	Fentanyl non pharmaceutique soupçonné dans un décès par intoxication aiguë
Cas confirmé	La cause de décès est une intoxication aiguë à un ou plusieurs opioïdes inscrits	La cause de décès est une intoxication aiguë au fentanyl (en présence ou en l'absence d'autres drogues) Les antécédents ou une enquête sur les lieux indiquent l'usage de poudre ou de comprimés de fentanyl non pharmaceutique Aucune indication d'utilisation de timbres pharmaceutiques de fentanyl ou d'administration de fentanyl en milieu hospitalier
Cas probable	La cause du décès fait toujours l'objet d'une enquête post-autopsie Les résultats toxicologiques sont positifs pour un ou plusieurs opioïdes	La cause de décès fait toujours l'objet d'une enquête Les résultats toxicologiques sont positifs pour le fentanyl Les antécédents ou une enquête sur les lieux indiquent l'usage de poudre ou de comprimés de fentanyl non pharmaceutique Aucune indication d'utilisation de timbres pharmaceutiques de fentanyl ou d'administration de fentanyl en milieu hospitalier

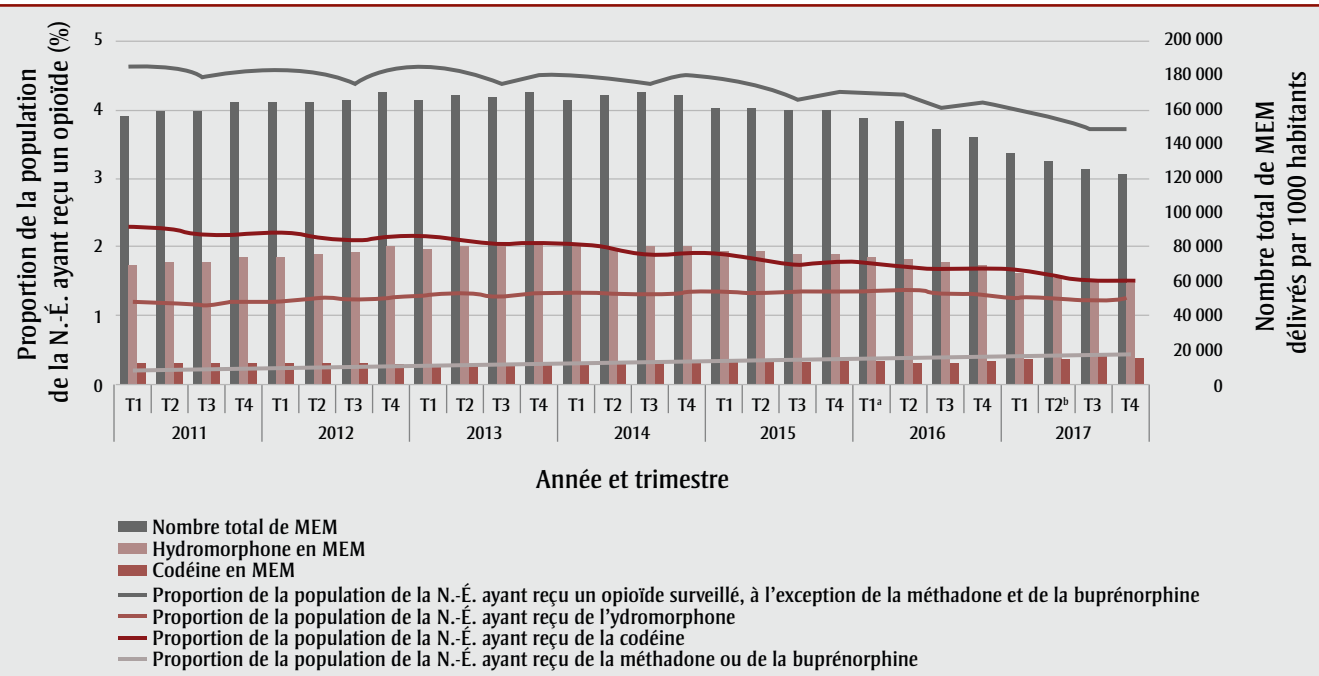
FIGURE 1
Décès confirmés et probables par intoxication aiguë aux opioïdes, Nouvelle-Écosse, selon le type d'opioïde et l'année, 2011-2017[a]



[a] Les données de 2017 sont incomplètes, car les résultats toxicologiques n'étaient pas encore connus pour certains dossiers du mois de décembre. Dix-neuf pour cent des dossiers étudiés en 2017 ont été classés comme probables et font encore l'objet d'une enquête; moins d'un pour cent des cas étudiés entre 2011 et 2016 ont été classés comme probables.

[b] Les catégories d'opioïdes non pharmaceutiques sont l'héroïne, l'U-477000, le furanyl-fentanyl, le despropionyl-fentanyl et le fentanyl non pharmaceutique présumé.

FIGURE 2
Opioïdes délivrés par les pharmacies communautaires en Nouvelle-Écosse (Canada), en pourcentage de la population et en équivalents morphine, 2011 à 2017



Abréviations : MEM, milligrammes d'équivalents morphine; N.-É., Nouvelle-Écosse.

Remarque : Les équivalents morphine ne sont pas disponibles pour la méthadone, la buprénorphine ou les opioïdes rarement prescrits, tels que le butorphanol, le diphénoxylate, la normméthadone, l'opium, le pentazocine, le tapentadol ou le sufentanil.

[a] Publication des Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain des CDC[9].

[b] Publication des Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse[8].

opioïdes. Depuis le premier trimestre de 2016, la tendance est à la baisse en matière de délivrance de MEM, et elle se manifeste par une réduction moyenne de plus de 4000 MEM par 1000 habitants par trimestre (figure 2). Les produits contenant de l'hydromorphone constituent toujours plus de 40 % de tous les MEM délivrés par trimestre. Le nombre de personnes ayant reçu de la méthadone et de la buprénorphine, médicaments utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes, est passé de 2062 à 4088 au cours de la période à l'étude (soit de 0,2 % à 0,4 % de la population, figure 2).

Analyse

À ce jour, la Nouvelle-Écosse n'a pas connu de hausse des décès par intoxication aux opioïdes. Toutefois, les opioïdes non pharmaceutiques, notamment le fentanyl non pharmaceutique présumé et les analogues du fentanyl, ont contribué plus fréquemment aux décès par intoxication aiguë aux opioïdes en 2016 et en 2017 qu'au cours des années précédentes. Cette constatation est importante, car le fentanyl non pharmaceutique est en grande partie responsable de l'état d'urgence en santé publique décrété dans l'ouest du Canada[1,2,14]. Le fait que du fentanyl ou de l'héroïne frelatée contenant du fentanyl aient été vendus comme de l'héroïne aurait contribué à une proportion importante des intoxications, les consommateurs ignorant les risques associés à la drogue obtenue[15,16]. Les producteurs de drogues illicites cherchent à répondre à la demande d'opioïdes sur ordonnance authentiques en produisant des comprimés contrefaits qui contiennent souvent du fentanyl illicite ou ses analogues[15]. Par conséquent, les préférences envers certains types de substances et les modifications apportées à leur composition (le plus souvent des variations de dosage) vont prédire les risques d'intoxication. La majorité des décès par intoxication aux opioïdes pharmaceutiques en Nouvelle-Écosse étaient liés aux opioïdes obtenus illégalement (données non présentées). Des enquêtes approfondies seront nécessaires pour déterminer si des réseaux de distribution limités ou étendus d'opioïdes non pharmaceutiques existent en Nouvelle-Écosse.

Une approche éclairée pour réduire à long terme les méfaits associés aux opioïdes est de prescrire ces derniers de façon appropriée et judicieuse[17]. Depuis la mise à jour des lignes directrices sur la prescription d'opioïdes pour la douleur chronique, d'abord publiées aux États-Unis par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) au premier trimestre de 2016[9], puis au Canada en 2017[8], le nombre de MEM délivrés par trimestre en Nouvelle-Écosse a diminué. Cette diminution peut également être attribuée aux interventions du NSPMP, à une plus grande compréhension de cet enjeu ainsi qu'à d'autres facteurs. À ce jour, l'hydromorphone demeure l'opioïde le plus souvent associé aux décès par intoxication aux opioïdes et l'opioïde comptant le plus grand nombre de MEM délivrés par trimestre en Nouvelle-Écosse. Le détournement d'hydromophone, ou de tout opioïde, est difficile à surveiller, car il constitue une activité illégale. Les renseignements provenant de l'analyse des échantillons de drogues saisies par les organismes d'application de la loi[18] ne reflètent pas forcément la réalité des drogues en circulation. Certaines administrations ont mis en place des enquêtes au sein des populations cibles ou des activités de surveillance d'Internet pour cibler les changements locaux relatifs à la disponibilité et au prix des opioïdes détournés[19]. Ce type d'activité de surveillance est susceptible de fournir des données probantes aptes à déterminer si la diminution des MEM délivrés à l'échelle de la population se traduit par une baisse dans le nombre de produits opioïdes détournés.

Pour établir les tendances en matière d'usage d'opioïdes et de méfaits associés au sein d'une population, il faut chercher à surveiller l'ensemble des opioïdes, ceux obtenus illicitement comme ceux obtenus légalement. Cesser de prescrire un produit pharmaceutique peut entraîner une augmentation des prescriptions d'autres opioïdes comme substituts[20]. De plus, on sait que l'accessibilité à des opioïdes d'ordonnance influence le marché de l'héroïne[11,12]. La pureté, l'accessibilité et le coût de l'héroïne sont aussi des facteurs associés à l'apparition du fentanyl sur le marché illicite des opioïdes[12]. Les modifications apportées aux pratiques de prescription doivent être analysées dans un contexte incluant la présence d'un marché illicite, lorsque l'objectif de prévenir de nouvelles dépendances est jumelé à la protection des personnes se procurant des opioïdes. La plus grande réduction au Canada en matière de prescription entre 2015 et 2016 a eu lieu en Colombie-Britannique[21] et a coïncidé avec le taux de décès par intoxication au fentanyl le plus élevé en 2016[1]. Cela n'implique cependant pas un lien de causalité. Néanmoins, si le type d'opioïdes choisi dépend de son accessibilité, les populations qui se procurent des opioïdes pharmaceutiques illicites et celles qui se procurent des opioïdes non pharmaceutiques illicites se recoupent probablement. D'ailleurs, rendre plus facilement accessibles les opioïdes pharmaceutiques pour les personnes qui obtiennent des opioïdes dont le dosage varie dangereusement est une nouvelle intervention envisagée en Colombie-Britannique[22]. Il n'y a eu aucune hausse dans les décès liés aux opioïdes en Nouvelle-Écosse, et la police a saisi plus souvent des opioïdes pharmaceutiques que les opioïdes non pharmaceutiques[18]. Avec la diminution du taux de prescription, il va être possible de surveiller les variations dans les statistiques relatives à la délivrance d'opioïdes et aux méfaits associés dans la population et d'intervenir.

Forces et limites

L'utilisation du NSMES et du NSPMP pour comprendre les méfaits des opioïdes et surveiller les interventions constitue une nouvelle approche dans la surveillance en santé publique. Cependant, ce ne sont pas toutes les administrations qui ont mis en place des programmes de surveillance des ordonnances. Le NSPMP compile tous les opioïdes délivrés, pas seulement ceux financés par l'État. Les données du NSMES et du NSPMP permettent une accumulation dans le temps de renseignements de référence importants et offrent des renseignements récents sur les décès liés aux opioïdes et sur les pratiques de prescription de ces médicaments. Les résultats présentés ici servent d'indicateurs de surveillance de la population et peuvent encourager des activités de recherche et de surveillance approfondies pour comprendre les liens entre la prescription d'opioïdes, leur usage et leurs méfaits, notamment les décès par intoxication aiguë.

Il arrive que certains décès par intoxication aiguë aux drogues ou aux médicaments ne soient pas signalés au NSMES, particulièrement lorsque l'intoxication a provoqué des effets létaux considérablement retardés. On estime que ce nombre de décès est faible, mais il est difficile de le confirmer. Dans une petite proportion des enquêtes, pour 2017, la cause de décès ou les résultats toxicologiques n'étaient pas encore connus, mais ces cas sont peu nombreux et ne

devraient pas avoir eu d'incidence sur les résultats présentés.

Conclusion

Une approche fondée sur les données probantes destinée à diminuer les méfaits des opioïdes implique une diminution globale des ordonnances d'opioïdes ainsi qu'une augmentation des services de réduction des méfaits et de l'accès à des traitements pour la dépendance aux opioïdes[23,24]. La surveillance en temps opportun des tendances relatives à la délivrance d'opioïdes et aux décès par intoxication selon le type d'opioïde est cruciale pour comprendre l'impact d'une modification dans les lignes directrices en matière de prescription et pour détecter toute variation connexe du taux de décès afin de pouvoir y réagir.

Remerciements

Nous aimerions remercier Sean Margueratt et Lena Shah pour les précieuses discussions que nous avons eues.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs et avis

Tous les auteurs ont approuvé le modèle de surveillance et le plan de l'article. ES et KC ont analysé les données. ES a rédigé la première version de l'article. Tous les auteurs ont révisé et examiné de façon critique l'article, ont lu sa version définitive et ont approuvé sa publication.

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

Références

1. Gouvernement du Canada. Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2018 [diverses mises à jour, consultation le 11 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/deces-lies-opioides.html

2. British Columbia Coroners Service (BCCS). Illicit drug overdose deaths in BC [Internet]. Burnaby (BC): BCCS; 2018 [mise à jour mensuelle; consultation le 11 janv. 2018]. En ligne : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf

3. Rudd RA, Seth P, David F, Scholl L. Increases in drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2010–2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65:1445-1452.

4. Imtiaz S, Shield KD, Fischer B, Rehm, J. Harms of prescription opioid use in the United States. Subst Abuse Treat Prev Policy [Internet]. 2014 [consultation le 11 janv. 2018]; 9:43. En ligne à : doi: 10.1186/1747-597X-9-43.

5. Gomes T, Juurlink DN, Moineddin R, et al. Geographical variation in opioid prescribing and opioid-related mortality in Ontario. Healthc Q. 2011;14(1): 22-24.

6. Fischer B, Jones W, and Rehm J. High correlations between levels of consumption and mortality related to strong prescription opioid analgesics in British Columbia and Ontario, 2005-2009. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2013;22(4):438-442.

7. Bohnert ASB, Valenstein M, Bair M, et al. Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. JAMA. 2011;305(13): 1315-1321.

8. Busse J, Craigie S, Juurlink D, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ. 2017; 189(18):E659-E666.

9. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65 (RR-1): 1-49.

10. Compton WM, Jones CM, Baldwin GT. Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use. N Engl J Med. 2016; 374(2):154-163.

11. Mars SG, Bourgois P, Karandinos G, et al. "Every 'never' I ever said came true": transitions from opioid pills to heroin injecting. Int J Drug Policy. 2014;25(2):257-266.

12. Hempstead K, Yildirim EO. Supply-side response to declining heroin purity: fentanyl overdose episode in New Jersey. Health Econ. 2014;23(6):688-705.

13. Gouvernement du Canada. Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, ch. 19) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2018. En ligne à: http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/

14. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Alerte du RCCET : fentanyl illicite [Internet]. Ottawa (Ont.), CCLT; 2013. En ligne à : http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Drug-Alert-Illicit-Fentanyl-2013-fr.pdf

15. US Drug Enforcement Agency. Counterfeit prescription pills containing fentanyls: a global threat [Internet]. DEA Intelligence Brief DEA-DCT-D1B-021-16. 2016. En ligne à : https://www.hsdl.org/?view&did = 796541

16. Hayashi K, Milloy MJ, Lysyshyn M, et al. Substance use patterns associated with recent exposure to fentanyl among people who inject drugs in Vancouver, Canada: a cross-sectional urine toxicology screening study. Drug Alcohol Depend. 2018;183:1-6.

17. Fischer B, Rehm J, Tyndall M. Effective Canadian policy to reduce harms from prescription opioids: learning from past failures. CMAJ. 2016;188(17-18): 1240-1244.

18. Santé Canada. Service d'analyse des drogues : rapport sommaire des échantillons analysés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 12 déc. 2017; consultation le 30 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/service-analyse-drogues/service-analyse-drogues-rapport-sommaire-echantillons-analyses.html

19. Researched Abuse, Diversion and Addiction-Related Surveillance (RADARS®) System. Rocky Mountain Poison and Drug Center. Denver (CO) : Denver Health and Hospital Authority; 2018 [consultation le 7 févr. 2018]. En ligne à : https://www.radars.org/radars-system-programs/web-monitoring.html

20. Gomes T, Mastorakos A, Paterson M, et al. Changes in the dispensing of opioid medications in Canada following the introduction of a tamper-deterrent formulation of long-acting oxycodone: a time series analysis. CMAJ Open [Internet]. 2017; 5(4):E800-E807. En ligne à : http://cmajopen.ca/content/5/4/E800.full

21. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2017.

22. Tyndall M. An emergency response to the opioid overdose crisis in Canada: a regulated opioid distribution program. JAMC. 2018;190(2):E35-E36.

23. Kolodny A, Frieden TR. Ten steps the federal government should take now to reverse the opioid addiction epidemic. JAMA. 2017;318(16):1537-1538.

24. Government of Nova Scotia. Nova Scotia's Opioid Use and Overdose Framework [Internet]. Halifax (NS) : Government of Nova Scotia; 2017 [consultation le 11 janv. 2018]. En ligne à : https://novascotia.ca/opioid/

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.06f

Aperçu

Que peuvent nous révéler les données des ambulanciers paramédicaux sur la crise des opioïdes au Canada?

Minh T. Do, Ph. D. (1, 2, 3); Greg Furlong, ACP (4); Micah Rietschlin, PCP (4); Matthew Leyenaar, M.A. (5); Michael Nolan (6); Pierre Poirier, M.B.A. (7); Brian Field, M.B.A. (8); Wendy Thompson, M. Sc. (1)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

La nature de la crise des opioïdes au Canada nécessite des sources de données supplémentaires aptes à dresser un portrait plus fidèle de l'épidémie, afin de fournir aux responsables en santé publique et aux décideurs une base de données probantes solide. Les données des ambulanciers paramédicaux sont un point d'accès aux collectivités où les surdoses surviennent.

Les événements préhospitaliers et les circonstances entourant les surdoses d'opioïdes offrent des occasions uniques de recueillir des données probantes pouvant contribuer à la prévention, à la réduction des méfaits et aux efforts de promotion de la santé. À l'aide de données extraites du Service paramédic d'Ottawa (SPO), cette étude de validation de principe a démontré que les données d'intervention ambulancière paramédicale étaient utiles pour obtenir des renseignements épidémiologiques en temps quasi réel (personne, heure et lieu) sur l'épidémie d'opioïdes et pour évaluer les tendances ainsi que les possibilités d'élaborer des déclencheurs d'alerte.

Entre janvier et juin 2017, le SPO a répondu à une moyenne de quatre appels liés aux opioïdes par semaine. À chaque fois, 0,5 mg de naloxone ont en moyenne été administrés. Pour la période à l'étude, les tendances linéaires montrent une faible augmentation des appels, non significative ($p = 0,18$). Le volume d'appels a augmenté entre le 16 et le 29 avril 2017. Selon les médias locaux, ce pic dans les interventions ambulancières paramédicales est attribuable à l'arrivée de fentanyl de qualité supérieure à Ottawa.

Avec une validation plus poussée, ces données paramédicales pourraient potentiellement constituer une nouvelle source de données pour la surveillance des surdoses liées aux opioïdes.

Mots-clés : *opioïdes, ambulancier paramédical, soins préhospitaliers, système d'alerte rapide, Canada*

Points saillants

- Les données paramédicales peuvent fournir des renseignements sur les soins préhospitaliers utilisables pour la surveillance et la détection systématiques des changements soudains dans le nombre d'événements liés aux opioïdes dans la collectivité.
- Certaines des personnes ayant fait une surdose n'étant pas transportées à l'hôpital, leur dossier paramédical peut constituer le seul enregistrement médical de leur surdose.
- Dans cette étude de validation de principe, des pics importants dans le nombre d'interventions des ambulanciers paramédicaux lors d'événements liés aux opioïdes ont été détectés avant que les médias ne rapportent l'arrivée de fentanyl de qualité supérieure à Ottawa (Canada).

Introduction

Le Canada est au cœur d'une épidémie d'opioïdes. Dans plusieurs régions du pays, le nombre de décès est à la hausse[1], avec peu de signes d'atténuation de la crise. En 2016, 2 861 décès ont été attribués à l'usage apparent d'opioïdes[1] et, si la tendance actuelle se maintient, ce total devrait s'élever à plus de 4 000 en 2017[1].

En réaction, diverses ressources ont été mobilisées afin de surveiller l'épidémie de près. Par exemple, grâce à la collaboration entre les provinces et les territoires, les délais de consignation des données sur les décès liés aux opioïdes ont été considérablement réduits. De même, une surveillance accrue des visites aux services d'urgences a également été mise en place. En Ontario, les hôpitaux sont tenus de déclarer sur une base hebdomadaire les visites à l'urgence liées aux opioïdes[2]. Toutefois, malgré une intervention coordonnée en santé publique, il demeure toujours des lacunes en matière de données pour la surveillance systématique des

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. Faculté des sciences de la santé, Université Carleton, Ottawa (Ontario), Canada
4. Service paramédic d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
5. Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
6. Renfrew County Paramedic Service, Renfrew (Ontario), Canada
7. Association des paramédics du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
8. Interdev Inc., Toronto (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

surdoses dans les collectivités de l'ensemble du pays.

Au Canada, les ambulanciers sont habituellement les premiers professionnels de la santé à arriver sur les lieux d'une surdose et ils ont l'habitude de recueillir des données sur ses circonstances. Dans la plupart des administrations, ces données « préhospitalières » sont saisies dans un système électronique dans les 24 heures suivant l'événement. Ces renseignements peuvent se révéler d'une valeur inestimable pour comprendre le contexte de la crise des opioïdes. Dans cette optique, l'objectif de cette étude de validation de principe était de déterminer si les données paramédicales peuvent être utilisées couramment à des fins de surveillance en santé publique.

Méthodologie

Le Service paramédic d'Ottawa (SPO) recueille des données sur la répartition et les urgences médicales dans la ville d'Ottawa (qui compte environ un million d'habitants sur une superficie de 2 796 kilomètres carrés). Il recueille de l'information sur les caractéristiques des patients, la nature de l'intervention d'urgence et le traitement s'il y a lieu, par exemple la dose de naloxone administrée.

Pour cette étude de validation de principe, nous avons extrait le 27 juin 2017 de l'OPS les données recueillies entre le 1er janvier et le 17 juin 2017. Bien que les données de géocodage aient été disponibles (emplacement de la surdose par adresse et codes postaux complets), ces données n'ont pas été affichées pour des raisons de protection de la vie privée.

Méthodes statistiques

Nous avons utilisé des données anonymes agrégées pour cette analyse. Un événement lié aux opioïdes a été défini comme une intervention nécessitant l'administration de naloxone pour contrecarrer les effets d'une surdose liée aux opioïdes. En raison du petit nombre de cas, les événements ont été rapportés sur une base hebdomadaire et agrégés par tranche d'âge de cinq ans. Nous avons produit des statistiques descriptives pour examiner la répartition des événements dans le temps.

Pour l'analyse des tendances, nous avons établi un seuil d'alerte. Nous avons utilisé une moyenne mobile de 7 semaines pour calculer des valeurs prévues stables. Compte tenu de la nature quantitative des données, nous avons utilisé la distribution de Poisson pour associer un intervalle de confiance (IC) à 95 % à la valeur prévue[3]. Nous avons utilisé des seuils statistiques ($\alpha = 0{,}05$) de façon arbitraire pour définir les seuils d'alerte. Nous avons utilisé pour nos analyses un gabarit Excel avec macros produit par le European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [3]. Nous avons considéré comme un événement seuil ou un écart par rapport à la fourchette prévue un nombre d'interventions paramédicales dépassant les limites supérieures fixées et nous lui accordé un examen plus approfondi (niveau d'alerte).

Résultats

Entre le 1er janvier 2017 et le 17 juin 2017, 86 interventions des ambulanciers sur les lieux d'une surdose liée aux opioïdes ont nécessité l'administration de naloxone. À chaque fois, une dose moyenne de 0,5 mg de naloxone a été administrée. Les deux tiers des cas (66 %) concernaient des hommes et, dans 57 % de l'ensemble des cas, les victimes avaient entre 25 et 39 ans (mode : 30 à 34 ans).

Les tendances linéaires montrent une augmentation faible mais non significative du nombre de réponses hebdomadaires des ambulanciers ($p = 0{,}18$). Au cours de la période à l'étude, le SPO a reçu une moyenne de quatre appels par semaine. Entre le 16 et le 29 avril, le nombre d'interventions a dépassé les seuils (figure 1). Le plus grand nombre d'appels a été reçu au cours de la semaine 17 (du 23 au 29 avril 2017), avec 9 appels ayant donné lieu à l'administration de naloxone par des ambulanciers. La hausse du nombre d'appels a été signalée dans la presse locale et les médias électroniques[4,5], puis dans les médias sociaux une semaine plus tard[6].

Analyse

Le but de cette étude était d'évaluer si les données sur les interventions paramédicales étaient utilisables pour la surveillance de la crise des opioïdes. La surveillance en santé publique peut être définie comme [traduction] «la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques et continues des données, en lien étroit avec la diffusion opportune et cohérente des résultats et de l'évaluation à ceux qui ont le droit de savoir afin que des mesures puissent être prises»[7]. Dans ce contexte, la collecte systématique de données par le SPO a permis de fournir des données épidémiologiques sur la personne, le lieu et l'heure – renseignements nécessaires à la surveillance en santé publique.

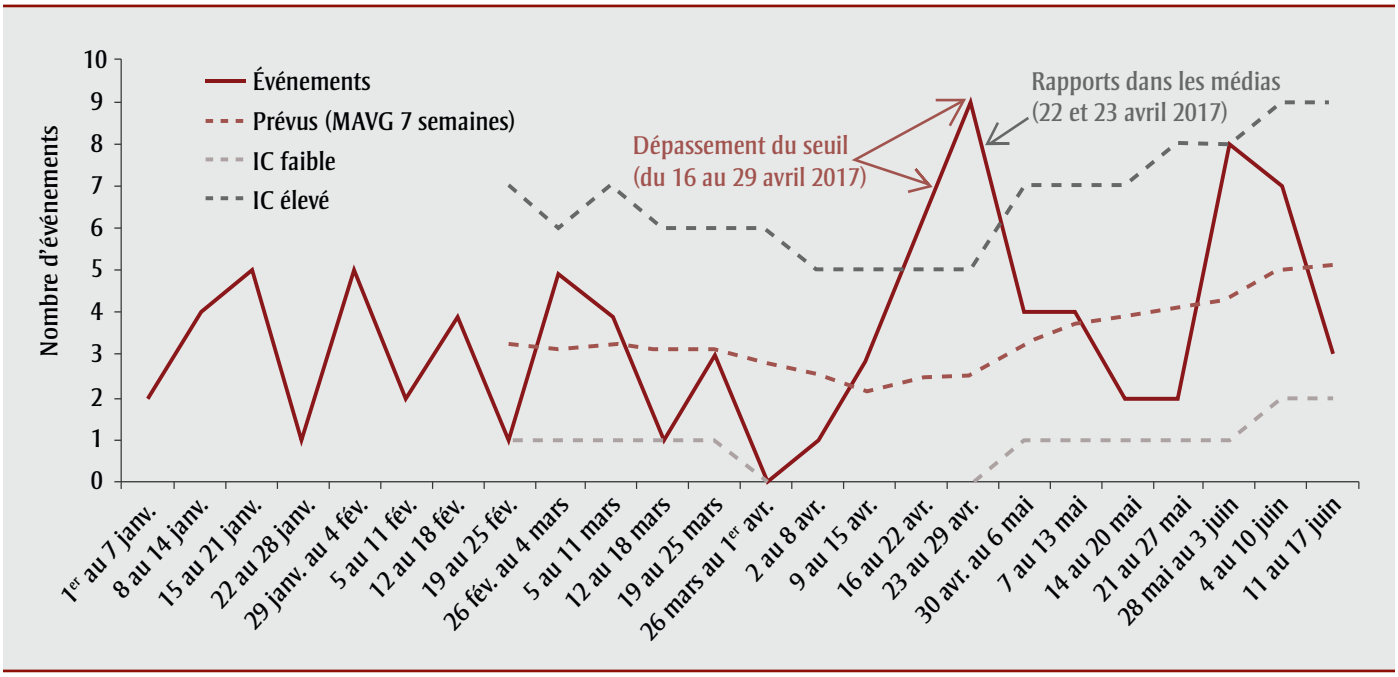
Ces données sont cohérentes avec ce que l'on sait de la crise des opioïdes au Canada. La plupart des interventions des ambulanciers (66 %) ont été liées à des surdoses d'opioïdes chez des hommes, ce qui correspond aux données sur les décès (74 % des décès apparemment liés aux opioïdes sont survenus chez les hommes[1]). De même, les données sur les soins préhospitaliers (données sur les interventions paramédicales) et hospitaliers (données sur les visites à l'urgence et les admissions à l'hôpital) indiquent que les jeunes adultes courent un risque élevé de surdoses liées aux opioïdes[8]. La collecte continue de données par le SPO a également permis d'évaluer les tendances, avec des pics de dépassement des seuils statistiques, avant que les médias n'en fassent état. Ces renseignements sur la santé sans délai d'exécution pourraient s'avérer inestimables pour la prise de mesures en santé publique.

Dans la plupart des régions du Canada, les données d'intervention sont entrées dans les bases de données électroniques dans les 24 heures suivant l'intervention d'urgence des ambulanciers. Les données sont ainsi rendues accessibles pour une analyse en temps quasi réel et peuvent de ce fait contribuer à un système d'alerte précoce.

Deuxièmement, les données d'intervention des ambulanciers sont géocodées (données non présentées), car les ambulanciers ont besoin de l'emplacement exact pour réagir à un événement. Des informations précises indexées géographiquement pourraient ainsi être utilisées pour la surveillance en santé publique afin d'aider à identifier les points chauds et à produire des cartes de chaleur. Troisièmement, comme les personnes qui font une surdose ne sont pas toutes transportées à l'hôpital, leur dossier paramédical pourrait constituer le seul enregistrement de leur surdose.

Enfin, les données d'intervention paramédicale seraient utilisables pour évaluer les répercussions d'une politique ou d'une intervention particulière en matière de santé publique. Par exemple, la politique consistant à mettre des trousses de naloxone à la disposition du grand public sans

FIGURE 1
Distribution des valeurs observées et prévues et seuils d'intervalle de confiance à 95 % pour le nombre d'interventions paramédicales du Service paramédic d'Ottawa pour les cas de surdoses liées aux opioïdes ayant nécessité de la naloxone, du 1er janvier 2017 au 17 juin 2017, Ottawa, Canada



Abréviations : IC, intervalle de confiance; MAVG, moyenne mobile.

ordonnance pourrait faire en sorte que moins de personnes soient transportées aux services d'urgence, du fait que la naloxone inverse les effets de la surdose liée aux opioïdes. De plus, comme les services paramédicaux ont une vaste couverture et sont présents dans la plupart des municipalités au Canada, on pourrait brosser un tableau national de la crise des opioïdes.

Malgré ces avantages en matière de surveillance en santé publique, l'utilisation des données d'intervention paramédicale comporte des limites. Il s'agit notamment des différences dans les infrastructures, les mécanismes de fixation des priorités et les définitions de cas des surdoses liées aux opioïdes utilisées par les fournisseurs de services paramédicaux. Dans certaines administrations, les données sur les services paramédicaux sont disponibles au niveau provincial, alors que dans d'autres, elles ne le sont qu'au niveau municipal. On doit par conséquent évaluer la qualité des données pour en assurer la cohérence, l'exactitude et la précision.

D'un point de vue national, bien qu'il soit souhaitable de rassembler les données paramédicales pour obtenir un portrait d'ensemble, il est impossible de comparer les surdoses liées aux opioïdes entre les différentes administrations si leurs définitions de cas sont différentes. Il faudrait donc harmoniser les définitions de cas avant de faire des comparaisons entre administrations. Dans le cas inverse, il demeurerait utile de pouvoir se servir de l'évolution des tendances comme moyen de surveiller la crise des opioïdes. Par ailleurs, il est possible de mal classer les événements liés aux opioïdes (par exemple, les personnes qui souffrent d'une surdose liée aux opioïdes peuvent ne pas recevoir de naloxone et donc ne pas répondre à la définition de cas).

Un autre élément à prendre en considération est que les ambulanciers ne sont pas forcément appelés en cas de surdose liée aux opioïdes dans la collectivité, ce qui fait que les données de la FPO ne tiennent probablement pas compte d'une partie des surdoses.

Nous avons utilisé un seuil statistique ($\alpha = 0,05$) pour établir le seuil d'alerte. Il s'agit d'une décision arbitraire, dans le cas de notre étude qui est une étude de validation de principe. Selon le contexte, on pourrait établir un seuil statistique moins conservateur (p. ex. $\alpha = 0,1$) ou un seuil clinique.

Conclusion

Les données d'intervention paramédicale sont aptes fournir des renseignements sur les soins préhospitaliers utilisables pour la surveillance et la détection systématiques des changements soudains dans le nombre d'événements liés aux opioïdes au sein d'une collectivité. Dans cette étude de validation de principe, des pics importants dans les réactions des ambulanciers aux événements liés aux opioïdes à Ottawa ont été détectés avant que les médias n'en fassent état. Avec une validation plus poussée, les données d'intervention paramédicale peuvent donc potentiellement constituer une nouvelle source de données pour la surveillance des événements en santé publique tels que ceux liés aux surdoses liées aux opioïdes.

Contributions des auteurs et avis

MD a conçu, analysé et interprété les données et a rédigé et révisé le document. GF et MR ont interprété les données et rédigé et révisé le document. ML a analysé et interprété les données et révisé le document. MN, PP, BF et WT ont interprété les données et révisé le document.

Le contenu et les opinions exprimées dans cet article sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (décembre 2017) [Internet]. Ottawa (Ontario), gouvernement 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. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). NACRS ED reporting for opioid overdose. Bulletin. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2017. En ligne à : https://www.oha.com/Bulletins/NACRS%20ED%20Opioid%20Reporting%20Bulletin_Feb2017.pdf

3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centres and other refugee settings. Stockholm (SE) : ECDC; 2016.

4. CBC News. Spike in Ottawa drug overdoses continues through weekend [Internet]. Canadian Broadcasting Corporation. 2017, 24 avril [consultation le 15 février 2018]. En ligne à : www.cbc.ca/news/canada/ottawa/drug-overdose-ottawa-hospital-1.4082752

5. Duffy A. Surge in overdoses feared as more fentanyl arrives in Ottawa [Internet]. Ottawa Citizen. 2017, 23 avril [consultation le 15 février 2018]. En ligne à : http://ottawacitizen.com/news/local-news/six-more-opioid-overdose-victims-treated-at-the-ottawa-hospital

6. @DUAL Ottawa. High grade fentanyl influx in Ottawa people PLEASE be safe!!! And carry Nalozone!!! 2017, 21 avril. En ligne à : https://twitter.com/DUALOttawa?ref_src=twsrc%5Etfw&ref_url=http%3A%2F%2Fottawacitizen.com%2Fnews%2Flocal-news%2Fsix-more-opioid-overdose-victims-treated-at-the-ottawa-hospital

7. Porta M (dir.). A dictionary of epidemiology (6th ed.). International Epidemiological Association. New York (NY) : Oxford University Press; 2014.

8. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Préjudices liés aux opioïdes au Canada. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2017.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.9.07f

Aperçu

Suicides et intoxication aux opioïdes en Alberta (2000-2016)

Elaine Y.L. Chan, M.P.H. (1,2); Bruce M. McDonald, M.P.H. (1); Elizabeth Brooks-Lim, M.B.Ch.B., FRCPath (3); Graham R. Jones, Ph. D. (3); Kristin B. Klein, M.D., FRCPC (4); Lawrence W. Svenson, Ph. D. (1,5,6,7)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Dans le cadre de la crise actuelle des opioïdes au Canada, il est important de s'intéresser au rôle joué par l'intoxication aux opioïdes dans les décès par suicide et, plus particulièrement, de déterminer si les tendances observées à cet égard sont similaires aux tendances observées pour les décès accidentels. Dans cette analyse, on examine les caractéristiques du suicide par intoxication aux opioïdes et la corrélation entre cette méthode et d'autres moyens de suicide entre 2000 et 2016 en Alberta. La crise des opioïdes ne semble pas avoir causé un nombre disproportionnellement élevé de suicides en Alberta. Les personnes qui décèdent des suites d'une intoxication accidentelle aux opioïdes et celles qui se suicident en s'intoxiquant avec des opioïdes constituent probablement des populations différentes, ce qui nécessite des interventions préventives nuancées en matière de santé publique.

Mots-clés : *opioïdes; analgésiques opioïdes; suicide; surveillance de la santé publique; Canada*

Points saillants

- Entre 2000 et 2016, environ 20 % des suicides en Alberta ont été causés par une intoxication aux drogues, dont 22 % en lien avec des opioïdes.
- Un plus grand nombre de femmes que d'hommes se sont suicidés par intoxication aux opioïdes et, parmi les suicides par intoxication aux drogues, on a observé une corrélation entre un âge plus avancé et l'utilisation d'opioïdes.
- Le taux moyen de suicide par intoxication aux opioïdes était de 0,61 pour 100 000 années-personnes chez les femmes et de 0,57 pour 100 000 années-personnes chez les hommes. Il n'y a eu aucune augmentation notable du taux de suicide par intoxication aux opioïdes entre 2000 et 2016.
- Les opioïdes utilisés le plus souvent pour se suicider étaient la morphine, la codéine, l'hydromorphone et l'oxycodone.

Introduction

Le Canada se retrouve au cœur d'une crise nationale des opioïdes, engendrée en partie par une augmentation de la fréquence de prescription, du dosage et de la puissance de ces drogues depuis les années 1990[1,2] et qui se manifeste par une hausse des taux de méfaits et de décès associés aux opioïdes. En 2016, 2 800 décès liés aux opioïdes, et probablement évitables, ont eu lieu au Canada[3,4]. On ne dispose d'aucune donnée à long terme et à l'échelle nationale sur la mortalité associée, mais on sait que le nombre de décès associés aux opioïdes a doublé en Ontario entre 1991 et 2004[2]. En dix ans, le taux d'hospitalisation à la suite d'une intoxication aux opioïdes a augmenté de 53 % au Canada[4].

Même si la majorité des méfaits et décès associés aux opioïdes sont accidentels, ces derniers peuvent également être la cause de décès intentionnels[5,7]. Environ 30 % des hospitalisations survenues à la suite d'intoxications aux opioïdes au Canada en 2016 découlaient de préjudices auto-infligés, en particulier de tentatives de suicide[4]. Par ailleurs, 16 % des décès causés par la consommation d'opioïdes en Ontario entre 2006 et 2008 étaient des suicides[5].

On sait que les opioïdes sont couramment utilisés comme méthode de suicide (selon une étude menée à Toronto, les opioïdes sont la catégorie de drogue détectée le plus souvent dans les cas de suicides par surdose survenus entre 1998 et 2007, soit dans 30 % des cas[8]), et les personnes qui souffrent de douleur chronique et ont souvent reçu des ordonnances d'opioïdes dans le passé risquent sans doute davantage de se suicider[6,9,10]. On manque cependant d'information à propos de l'utilisation des opioïdes comme méthode de suicide dans le contexte de la crise des opioïdes au Canada. On ne sait par exemple pas si le nombre de suicides par intoxication à ces drogues a augmenté et si les tendances en matière d'utilisation comme méthode de suicide sont similaires aux tendances observées dans les cas de décès accidentels causés par les opioïdes. Notre analyse a pour but de remédier au manque de connaissances en la matière au moyen d'un examen des caractéristiques des individus et des types d'opioïdes utilisés comme méthode de suicide par intoxication ainsi que de l'étude des corrélations entre cette

Rattachement des auteurs :

1. Analytics and Performance Reporting Branch, Alberta Ministry of Health, Edmonton (Alberta), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. Office of the Chief Medical Examiner, ministère de la Justice et du Solliciteur général de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
4. Office of the Chief Medical Officer of Health, Alberta Ministry of Justice and Solicitor General, Edmonton (Alberta), Canada
5. Division of Preventive Medicine, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
6. School of Public Health, University of Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
7. Department of Community Health Sciences, Cumming School of Medicine, University of Calgary, Calgary (Alberta), Canada

Correspondance : Larry Svenson, Alberta Health, 10025, avenue Jasper, Edmonton (Alberta) T5J 1S6; tél. : 780-422-4767; courriel : Larry.Svenson@gov.ab.ca

méthode et les autres méthodes de suicide, en Alberta, sur une période de 17 ans.

Méthodologie

Nous avons examiné des données dépersonnalisées provenant du bureau de l'état civil de l'Alberta sur les suicides ayant eu lieu dans cette province entre 2000 et 2016. Nous avons obtenu la manière (p. ex. intentionnel/suicide) dont se sont produits ces décès et la méthode utilisée (p. ex. intoxication) grâce aux codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10). Nous avons extrait les données relatives aux décès dont la cause initiale était le suicide (codes X60 à X84 et Y87.0) et nous avons considéré comme suicides par intoxication aux drogues les suicides pour lesquels la cause initiale du décès correspondait aux codes X60 à X64. Nous avons ventilé ces données plus en détail à l'aide des codes T40.0 (opium), T40.1 (héroïne), T40.2 (autres opioïdes), T40.3 (méthadone), T40.4 (autres narcotiques synthétiques) et T40.6 (narcotiques, autres et sans précision). Nous avons considéré les décès dont la cause correspondait à ces codes comme des suicides par intoxication aux opioïdes, sans égard à la présence d'autres types de drogues. Nous avons produit des statistiques descriptives et effectué des analyses de régression logistique en utilisant le sexe et l'âge comme variables indépendantes, à la fois pour les suicides par intoxication aux drogues et pour les suicides par intoxication aux opioïdes. Nous avons observé l'évolution des données pour en déceler des tendances et nous en avons évalué la signification statistique à l'aide de tests du chi carré et d'analyse de la variance.

Résultats

Caractéristiques démographiques et tendances

Entre 2000 et 2016, 8 344 suicides ont eu lieu en Alberta, 2 049 (24,5 %) commis par des femmes et 6 295 (75,4 %) par des hommes. Si la majorité (80 %) n'étaient pas associés aux drogues, 20 % des suicides ont été causés par une intoxication aux drogues, dont 52,9 % commis par des femmes. Environ 22 % des suicides par intoxication aux drogues étaient attribuables aux opioïdes, dont 51,4 % commis par des femmes. Dans un modèle tenant compte du sexe et de l'âge, les femmes étaient 5,7 fois plus susceptibles (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 5,02 à 6,36) de se suicider par intoxication aux drogues que les hommes ($p < 0{,}0001$). Cependant, le sexe n'était pas prédictif d'une intoxication aux opioïdes au sein des suicides par intoxication aux drogues.

Les personnes qui se sont enlevé la vie en s'intoxiquant avec des drogues étaient plus âgées que celles qui se sont suicidées en utilisant d'autres méthodes (les âges moyens étaient respectivement de 47,4 ans [écart-type : 14,2] et de 42 ans [écart-type : 17]). Dans un modèle ajusté en fonction du sexe, les taux de suicide par intoxication aux drogues augmentaient de 2,4 % comparativement aux suicides liés à d'autres causes (IC à 95 % : 2 à 2,7 %) pour chaque année ajoutée à l'âge ($p < 0{,}0001$). Les rapports de cotes corrigés selon le sexe des suicides causés par une intoxication aux opioïdes augmentaient également de 0,8 % parmi les suicides causés par une intoxication aux drogues (IC à 95 % : 0 à 1,7 %) pour chaque année ajoutée à l'âge ($p < 0{,}05$). L'âge moyen des personnes qui se sont suicidées en s'intoxiquant avec des opioïdes était de 48,8 ans (écart-type : 14,4).

La proportion de femmes sur l'ensemble des suicides (p : 0,35), le taux de suicides causés par une intoxication aux drogues (p : 0,71) et le taux de suicides causés par une intoxication aux opioïdes (p : 0,62) sont demeurés relativement constants entre 2000 et 2016. L'âge moyen pour l'ensemble des suicides (p : 0,063), pour les suicides par intoxication aux drogues (p : 0,36) et pour les suicides par intoxication aux opioïdes (p : 0,43) est demeuré stable au cours de ces 17 ans.

Moyens de suicides au fil du temps

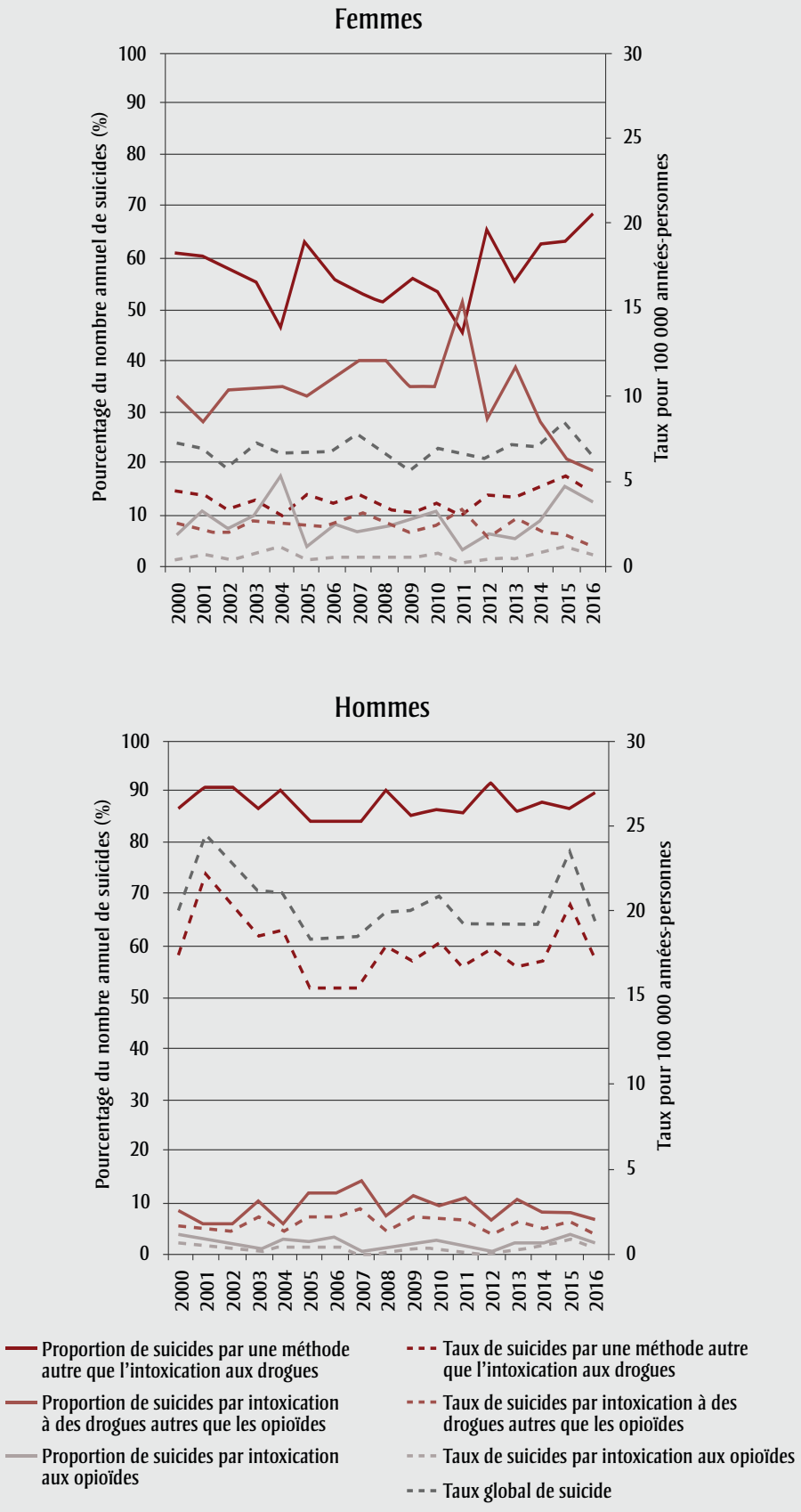
De façon générale, en Alberta, entre 2000 et 2016, les suicides dont la cause n'était pas associée aux drogues étaient plus courants que les suicides par intoxication aux drogues. Chez les femmes, ils ont représenté, en moyenne, 57 % des suicides annuels, et ont été plus nombreux en proportion que les suicides causés par intoxication aux drogues (toutes drogues confondues) pour chaque année de la période examinée, sauf en 2004 et en 2011, où l'intoxication aux drogues s'est révélée la cause de respectivement 53 % et 55 % des suicides. Le taux annuel moyen de suicides non associés à l'utilisation de drogues chez les femmes était de 3,9 pour 100 000 années-personnes. Chez les hommes, les méthodes de suicide autres que le recours aux drogues étaient prédominantes, les suicides non causés par l'intoxication aux drogues représentant en moyenne 88 % des suicides annuels, avec un taux annuel moyen de 17,9 pour 100 000 années-personnes. Le taux moyen de suicides causés par une intoxication à des drogues autres que les opioïdes était légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (2,3 contre 1,9 pour 100 000 années-personnes) et cette méthode était associée à un pourcentage moyen beaucoup plus élevé de suicides chez les femmes que chez les hommes (34 % contre 10 %) (figure 1). Parallèlement, le taux moyen de suicides par intoxication aux opioïdes pour 100 000 années-personnes était de 0,61 chez les femmes et de 0,57 chez les hommes, et le pourcentage annuel moyen de suicides attribuables à une intoxication aux opioïdes de 9 % chez les femmes et de 3 % chez les hommes.

Les méthodes de suicide variaient davantage chez les femmes que chez les hommes, mais le taux de suicide global variait davantage chez les hommes (figure 1). Chez les femmes, à partir de 2014, on a observé une tendance à la baisse du nombre de suicides causés par une intoxication à des drogues autres que les opioïdes jusqu'à des taux jamais observés auparavant, ainsi que des tendances à la hausse simultanées du nombre de suicides non attribuables à l'utilisation de drogues et du nombre de suicides associés à une intoxication aux opioïdes. Chez les hommes, le taux et la contribution en pourcentage associés aux suicides causés par une intoxication aux opioïdes ont également augmenté, pour culminer en 2015.

Types d'opioïdes utilisés au fil du temps dans les suicides liés à ces drogues

Chez les femmes comme chez les hommes, les opioïdes les plus couramment utilisés comme méthode de suicide ont été surtout la morphine, la codéine, l'hydromorphone et l'oxycodone (figure 2). Le deuxième type d'opioïdes le plus couramment utilisé relève de la catégorie des « autres narcotiques synthétiques », qui comprend le fentanyl et l'U-47700. Au début des années 2000 (pour les deux sexes), en 2013 (chez les hommes) et en 2014 (chez les femmes), on a observé une augmentation, en proportion, de l'utilisation d'« autres narcotiques synthétiques » et une diminution, en

FIGURE 1
Taux de suicide (globaux) et méthodes de suicide (taux et proportions), Alberta, 2000-2016, selon le sexe



proportion également, de l'utilisation d'« autres opioïdes » comme méthode de suicide.

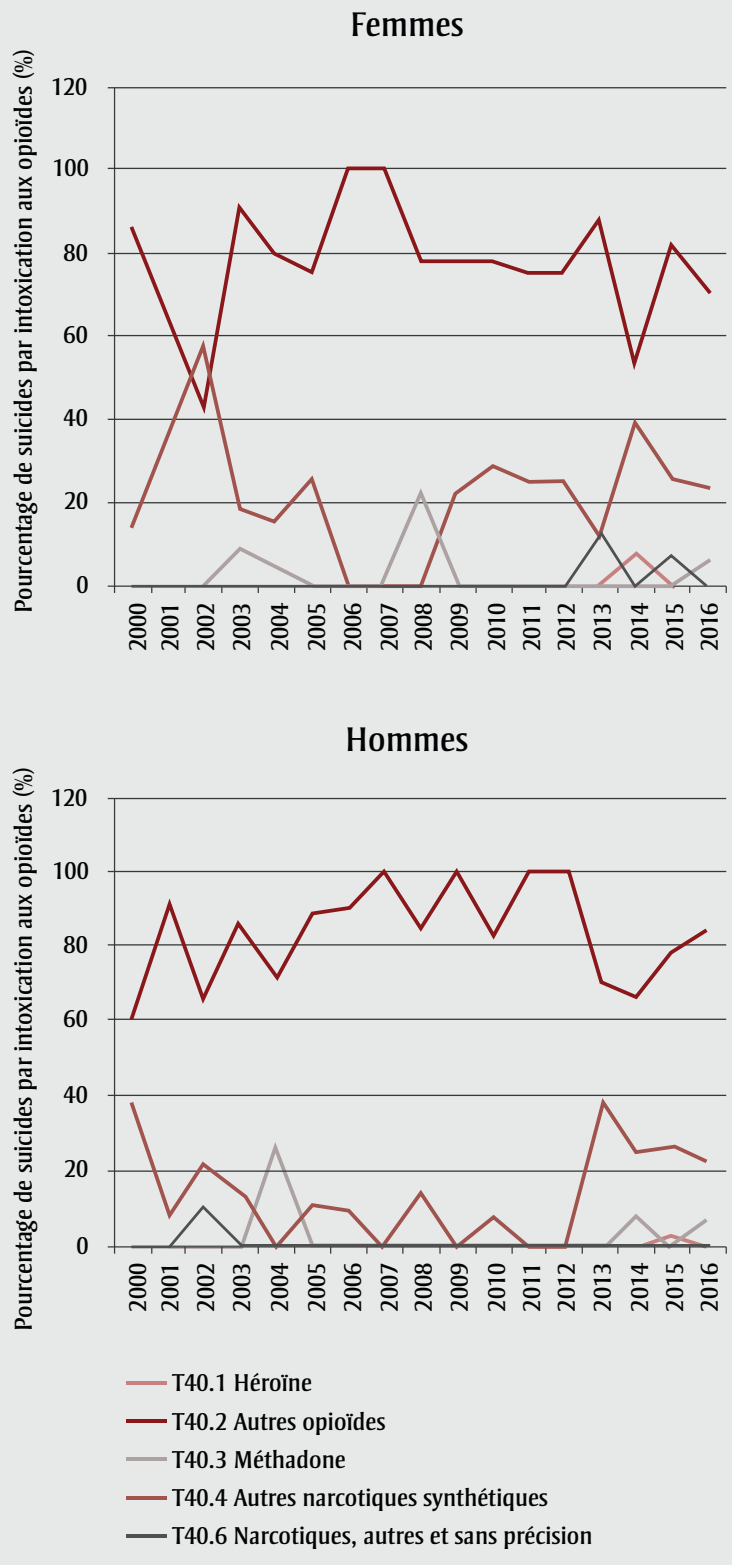
Analyse

En Alberta, les personnes qui sont décédées de mort accidentelle causée par une intoxication aux opioïdes en 2016 étaient en majorité des hommes (73 %) et étaient âgées de 30 à 39 ans[11]. Pour les décès par suicide, on a observé des taux en lien avec une intoxication aux opioïdes légèrement plus élevés chez les femmes, avec un âge moyen de 49 ans. Ces données indiquent que les décès accidentels et les suicides causés par une intoxication aux opioïdes surviennent au sein de populations distinctes, et qu'il s'agit donc vraisemblablement de deux enjeux différents en matière de santé publique. Les résultats de précédentes recherches ont également fait état de davantage de suicides causés par une intoxication aux opioïdes chez les femmes et de davantage de décès causés par l'abus d'opioïdes chez les hommes[12].

On n'a observé aucune hausse significative du taux de suicide par intoxication aux opioïdes entre 2000 et 2016 qui soit similaire à celle observée pour les décès accidentels en Alberta entre 2011 et 2016[7], et les caractéristiques démographiques relatives au nombre de suicides n'ont pas non plus changé de façon significative au fil du temps. Les variations de taux relatives aux méthodes employées et la stabilité du taux global de suicides chez les femmes conduisent à envisager des substitutions dans les méthodes de suicide plutôt que des changements de fréquence dans les suicides eux-mêmes. L'augmentation du taux de suicides causés par une intoxication aux opioïdes vers 2014 et 2015 pourrait découler d'un meilleur accès à des opioïdes synthétiques comme le fentanyl.

Les tendances de consommation liées aux suicides par intoxication aux opioïdes sont différentes de celles observées dans les décès accidentels causés par une intoxication aux opioïdes : la consommation de fentanyl est la principale cause de mort accidentelle associée aux opioïdes[7], alors que ce sont d'autres opioïdes (la morphine, la codéine, l'hydromorphone et l'oxycodone) qui sont largement utilisés comme méthodes de suicide. Si on tient compte également des différences dans les caractéristiques démographiques, on peut vraisemblablement conclure que les suicides et

FIGURE 2
Types d'opioïdes utilisés dans les suicides par intoxication à ces drogues, Alberta, 2000-2016, selon le sexe



Notes : On a utilisé les codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) afin de définir les types d'opioïdes. L'opium (T40.0) n'a pas été utilisé dans les suicides en Alberta entre 2000 et 2016. Les « autres opioïdes » (T40.2) sont la morphine, la codéine, l'hydromorphone et l'oxycodone. Les « autres narcotiques synthétiques » (T40.4) sont les opioïdes synthétiques comme le fentanyl et l'U-47700.

les décès accidentels associés aux opioïdes se produisent en majorité au sein de groupes de population différents en Alberta, qui ont des accès différents à divers types d'opioïdes.

Points forts et limites

Parmi les points forts de cette étude, on compte l'utilisation des données du bureau de l'état civil de l'Alberta, qui a permis de consigner tous les suicides survenus dans la province pendant 17 ans. Toutefois, seuls les suicides dont la cause principale était une intoxication aux drogues ont été considérés comme tels : nous n'avons pas tenu compte des suicides dont la cause principale était l'emploi d'une autre méthode (p. ex. pendaison, arme à feu) mais avec présence d'une intoxication aux drogues. De plus, le recours aux codes de la CIM-10 ne permet pas de déterminer le rôle de certains opioïdes, limitant ainsi le degré de précision de notre étude à celui de ces codes. Par ailleurs, le rôle des opioïdes dans les décès accidentels causés par une intoxication aux drogues peut avoir été sous-estimé, particulièrement durant les premières années, étant donné que les pratiques de classification ne permettent pas toujours d'indiquer de façon précise les drogues en cause dans une intoxication. L'utilisation de données administratives recueillies sur une longue période peut porter à confusion car les différences observées pourraient découler de changements apportés aux pratiques de classification au fil du temps à la suite de crises connues plutôt que de véritables différences.

Conclusion

En Alberta, les décès accidentels et les suicides causés par une intoxication aux opioïdes se distinguent à la fois par les caractéristiques démographiques, les tendances observées et les types d'opioïdes utilisés, ce qui conduit à envisager qu'il s'agit là de phénomènes différents au sein de la crise des opioïdes. La prévention du suicide par intoxication aux opioïdes exigera probablement une intervention en santé publique distincte de celle actuellement employée pour prévenir principalement les décès causés par la consommation de fentanyl illicite et les décès accidentels causées par une intoxication aux opioïdes.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Sean L'Heureux et le bureau de l'état civil de l'Alberta de leur soutien.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

EC, BM et LS ont conçu et mis au point l'étude. BM a extrait et dépersonnalisé les données pour l'analyse et EC a effectué l'analyse. Tous les auteurs ont participé à la rédaction du manuscrit et à l'interprétation des données. Ils ont tous lu et approuvé le manuscrit final.

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. King NB, Fraser V, Boikos C, et al. Determinants of increased opioid-related mortality in the United States and Canada, 1990–2013: a systematic review. Am J Public Health. 2014; 104(8):e32-e42. doi: 10.2105/AJPH.2014.301966.

2. Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti MLA, et al. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. CMAJ. 2009;181(12):891-896. doi: 10.1503/cmaj.090784.

3. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (décembre 2017) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017 [consultation le 15 janv. 2018]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.html

4. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les « importantes » répercussions de la crise des opioïdes sur les systèmes de santé canadiens [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2017. En ligne à : https://www.cihi.ca/fr/les-importantes-repercussions-de-la-crise-des-opioides-sur-les-systemes-de-sante-canadiens

5. Madadi P, Hildebrandt D, Lauwers AE, et al. Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: a population-based study in Ontario, Canada. PLoS ONE. 2013; 8(4):e60600. doi: 10.1371/journal.pone.0060600.

6. Madadi P, Persaud N. Suicide by means of opioid overdose in patients with chronic pain. Curr Pain Headache Rep. 2014;18(11):460. doi: 10.1007/s11916-014-0460-1.

7. Alberta Health Analytics and Performance Reporting Branch. Opioids and substances of misuse, Alberta report, 2017 Q3. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2017. En ligne à : https://open.alberta.ca/dataset/1cfed7da-2690-42e7-97e9-da175d36f3d5/resource/e69ffcb0-6d34-4e2b-bf35-7d13ec35de59/download/Opioids-Substances-Misuse-Report-2017-Q3.pdf

8. Sinyor M, Howlett A, Cheung AH, et al. Substances used in completed suicide by overdose in Toronto: an observational study of coroner's data. Can J Psychiatry. 2012;57(3):184-91. En ligne à : http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674371205700308

9. Deyo RA, Von Korff M, Duhrkoop D. Opioids for low back pain. BMJ. 2015; 350:g6380. doi: 10.1136/bmj.g6380.

10. Demidenko MI, Dobscha SK, Morasco BJ, et al. Suicidal ideation and suicidal self-directed violence following clinician-initiated prescription opioid discontinuation among long-term opioid users. Gen Hosp Psychiatry. 2017;47: 29-35. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2017.04.011.

11. 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 mars 2017) [Internet]. 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.html

12. Caupp S, Steffan J, Shi J, et al. Opioid drug poisonings in Ohio adolescents and young adults, 2002-2014. Clin Toxicol (Phila). 2018;Jan 11:1-8. doi: 10.1080/15563650.2018.1424889.

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2018.

Liu EY, Smith LM, Ellis AK, **Whitaker H**, […] **Farrington P**, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination in girls and the risk of autoimmune disorders: The Ontario Grade 8 HPV Vaccine Cohort Study. CMAJ. 2018;190(21):E648-E655. doi: 10.1503/cmaj.170871.

Wilson BJ, **Courage S**, Bacchus M, Mbbs JAD, […] **Garcia AJ**, **Sims-Jones N**, et al. Screening for impaired vision in communitydwelling adults aged 65 years and older in primary care settings. CMAJ. 2018;190(19):E588-E594. doi: 10.1503/cmaj.171430.

Young CB, **Liu S**, Muraca GM, Sabr Y, et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. CMAJ. 2018;190(18):E556-E564. doi: 10.1503/cmaj.170371.

Young I, Thaivalappil A, **Greig J**, Meldrum R, **Waddell L**. Explaining the food safety behaviours of food handlers using theories of behaviour change: a systematic review. Int J Environ Health Res. 2018:1-18. doi: 10.1080/09603123.2018.1476846.