

## Recherche quantitative originale

# Facteurs socioéconomiques et substances en cause dans les visites aux urgences liées à des intoxications en Colombie-Britannique (Canada)

Samantha Pawer, B. Sc. (1); Fahra Rajabali, M. Sc. (1); Alex Zheng, M. Sc. (1); Ian Pike, Ph. D. (1,2); Roy Pursell, M.D., FRCPC (3,4); Atousa Zargaran, B. Sc. (5); Shelina Babul, Ph. D. (1,2,5)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

### Résumé

**Introduction.** La crise des opioïdes au Canada a coûté la vie à des milliers de personnes, mettant davantage en lumière que les blessures liées aux intoxications constituent un problème de santé publique important. Cependant, en Colombie-Britannique, où le taux de mortalité par surdose est le plus élevé au Canada, les études n'ont pas encore permis de déterminer quelles populations visitent le plus souvent les urgences pour une intoxication ni quelles substances sont le plus souvent en cause. L'objectif de cette étude était d'explorer ces lacunes après avoir élaboré une méthodologie pour calculer les taux de visite aux urgences en Colombie-Britannique.

**Méthodologie.** Grâce à une nouvelle méthodologie élaborée dans cette étude, nous avons calculé les taux de visite aux urgences liée à une intoxication sur la période 2012-2013 à 2016-2017 par sexe, groupe d'âge, substance ayant mené à l'intoxication et statut socioéconomique. Les données relatives aux urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires et les données de population proviennent des profils de recensements de 2016 (ou 2011) de Statistique Canada.

**Résultats.** Au cours de la période étudiée, on estime qu'il y a eu 81 463 visites aux urgences en raison d'une intoxication (351,2 pour 100 000 habitants). Les nourrissons, les tout-petits, les jeunes et les personnes de 20 à 64 ans présentaient un risque élevé de visites aux urgences en raison d'une intoxication. Les taux les plus élevés touchaient les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel (607,8 pour 100 000 habitants) ou social (484,2 pour 100 000 habitants). Au fil du temps, les intoxications causées par les narcotiques et les psychodysléptiques sont devenues de plus en plus fréquentes, l'alcool demeurant toujours un problème.

**Conclusion.** Nous avons élaboré et appliqué une méthodologie d'estimation des taux de visite aux urgences en Colombie-Britannique pour déterminer ceux liés à une intoxication au sein de divers groupes de population de la province. Maintenant que nous savons quelles populations sont les plus vulnérables aux intoxications en Colombie-Britannique, il faut déployer des efforts pour limiter les surdoses de drogues et les intoxications liées à une consommation excessive d'alcool afin de réduire les taux de ces blessures évitables.

**Mots-clés :** intoxication, urgences, classe sociale, surdose, intoxication alcoolique, jeunes

### Points saillants

- Entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2017, il y a eu environ 81 463 visites aux urgences en raison d'une intoxication en Colombie-Britannique (Canada).
- Les taux de visite aux urgences liée à une intoxication étaient plus élevés pour les 25 à 44 ans chez les hommes et pour les 15 à 19 ans chez les femmes, les taux les plus faibles ayant été enregistrés, chez les deux sexes, pour les 5 à 9 ans.
- Les données ventilées par groupe d'âge et substance indiquent que le taux le plus élevé de visites aux urgences en raison d'une intoxication correspondait à la consommation d'alcool chez les 15 à 19 ans.
- Les visites aux urgences liées à une intoxication étaient plus nombreuses chez les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés sur le plan matériel et social.
- Si, dans l'ensemble, l'alcool est la substance qui a entraîné le plus souvent des visites aux urgences liées à une intoxication, les narcotiques et les psychodysléptiques ont, en 2016-2017, dépassé l'alcool comme substance associée au taux le plus élevé de visite aux urgences liée à une intoxication.

### Rattachement des auteurs :

1. BC Injury Research and Prevention Unit, Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Département de médecine d'urgence, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
4. BC Drug and Poison Information Centre, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
5. Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes, Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

**Correspondance :** Atousa Zargaran, F509-4480, 4480, rue Oak, Vancouver (C.-B.) V6H 3V4; tél. : 604-875-3044; courriel : atousa.zargaran@cw.bc.ca

## Introduction

Au Canada, de nombreuses consultations aux urgences sont dues à des blessures évitables. En Ontario, en Alberta et au Yukon, il y a eu près de 2 millions de visites aux urgences liées à des blessures en 2017-2018, dont 43 678 étaient attribuables à des intoxications involontaires<sup>1</sup>. En Colombie-Britannique, les intoxications involontaires et auto-infligées constituent toutes deux des sujets de préoccupation importants<sup>2</sup>, mais elles sont souvent décrites par le biais de taux de mortalité ou d'hospitalisation plutôt qu'en fonction des visites aux urgences. Par exemple, la plus récente analyse en Colombie-Britannique en matière d'intoxication, toutes causes confondues, a porté sur les décès et les hospitalisations liés aux intoxications et a permis de constater des différences en fonction de la cause et de l'intention<sup>3</sup>.

On affirme souvent que beaucoup de patients parmi ceux qui se présentent aux urgences en raison d'une intoxication sont des consommateurs de drogues illicites d'âge moyen provenant de collectivités marginalisées, comme le Downtown Eastside de Vancouver<sup>4</sup>. Cette hypothèse est étayée par des éléments probants démontrant que le fait de résider dans des quartiers plus défavorisés de Colombie-Britannique augmente le risque de mortalité par surdose<sup>5</sup>. Plus spécifiquement, 90 % des décès par surdose dans la province en 2016 étaient liés à des opioïdes<sup>5</sup>. De la même manière, au Canada, les taux d'hospitalisation liée à une intoxication par opioïdes étaient les plus élevés chez les personnes sans emploi qui vivaient dans un ménage monoparental ou qui avaient les plus faibles revenus ou niveaux de scolarité<sup>6</sup>.

Alors que le statut socioéconomique a été pris en compte dans les cas de mortalité et d'hospitalisation liée à une intoxication, aucune étude n'a été menée sur la relation entre la défavorisation et les visites aux urgences liées à une intoxication, ce qui nous a conduits à inclure le statut socioéconomique dans notre étude. En raison de la crise des opioïdes actuelle<sup>7</sup>, une grande partie des travaux récents sur les intoxications menés en Colombie-Britannique ont porté sur les opioïdes. Cependant, comme les données d'autres administrations montrent que l'alcool demeure la substance le plus souvent en cause dans les visites aux urgences pour intoxication, devant les opioïdes<sup>8</sup>, nous avons choisi comme autre

variable d'intérêt la substance ayant mené à l'intoxication. Les lacunes dans les connaissances font ressortir la nécessité de calculer non seulement le nombre de visites aux urgences liées à une intoxication, mais aussi la façon dont le statut socioéconomique entre en jeu et quelles substances conduisent le plus souvent à ces visites.

Il est difficile de comparer la manière dont les différentes populations de Colombie-Britannique utilisent les urgences. Bien qu'il existe une base de données nationale, soit le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), on ne dispose actuellement d'aucune approche systématique en matière d'utilisation de ces données permettant de calculer les taux de visite aux urgences en Colombie-Britannique. Cela s'explique par le fait que de nombreux hôpitaux de Colombie-Britannique ne fournissent pas de données au SNISA, de sorte que les données sont sous-estimées et incomplètes. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de mettre au point une méthode qui permette d'estimer les taux de visite aux urgences pour l'ensemble de la Colombie-Britannique, afin d'orienter les efforts de prévention des intoxications, en déterminant quelles sous-populations présentent un risque élevé de se rendre aux urgences en raison d'une intoxication, et en tenant compte des caractéristiques socioéconomiques des quartiers à haut risque et des substances qui entraînent généralement une visite aux urgences.

## Méthodologie

### Plan d'étude

Dans cette étude rétrospective, nous avons analysé les tendances en matière de visites aux urgences liées à une intoxication en Colombie-Britannique sur cinq ans, soit du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2017. Les visites aux urgences liées à une intoxication ont été définies comme des visites aux urgences concernant des patients ayant reçu un diagnostic principal d'intoxication, ce qui englobe les cas de surdose et d'ingestion accidentelle de substances. Certains patients souffrant d'une affection chronique due à la consommation de substances ou à un trouble de la toxicomanie ont fait une surdose. Nous avons inclus ces patients dans l'étude, mais une analyse plus approfondie les concernant dépassait le cadre de notre étude. Les taux de visite aux urgences liée à une

intoxication ont été calculés par année, sexe, groupe d'âge et substance ayant mené à l'intoxication, ainsi que par indice de défavorisation matérielle et sociale, selon l'aire de diffusion (AD) correspondant au lieu de résidence. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sur les femmes et les enfants de l'Université de la Colombie-Britannique (n° H13-01321).

### Sources des données

Les données relatives aux urgences proviennent du SNISA et portent sur la période allant du 1<sup>er</sup> avril 2012 (moment auquel le SNISA a commencé à produire des rapports en Colombie-Britannique) au 31 mars 2017. Les données sur les hospitalisations en Colombie-Britannique ont été extraites de la Base de données sur les congés des patients du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et visent la même période. Pour chaque patient figurant au SNISA, on dispose de caractéristiques démographiques, administratives et cliniques. Les données du SNISA sont recueillies pendant que les patients sont traités par les urgences et cette information est soumise aux normes élevées du programme de qualité des données et de l'information de l'Institut de recherche en santé du Canada, reconnu à l'échelle internationale. Toutefois, cet ensemble de données est limité car tous les services des urgences de Colombie-Britannique ne fournissent pas de données au SNISA, ce qui entraîne une sous-représentation de certaines régions et de certains sous-groupes de population. Le diagnostic au moment du congé figurant dans le SNISA a été saisi à l'aide de la 10<sup>e</sup> version de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes du Canada (CIM-10-CA)<sup>9</sup>. Nous avons consulté les données du SNISA par le biais du ministère de la Santé, en extrayant les codes d'intoxication T36 à T65 de la CIM-10-CA. Ces codes visent de nombreuses substances, que ce soit par exemple l'intoxication par des drogues, médicaments et substances biologiques (T36 à T50), l'effet toxique de l'alcool (T51), l'effet toxique des solvants organiques (T52), l'effet toxique des savons et des détergents (T55) ou l'effet toxique des pesticides (T60).

Nous avons attribué à chaque patient un quintile lié à l'indice de défavorisation matérielle et sociale en fonction de l'AD correspondant à son lieu de résidence. Ce

quintile a été tiré du profil du recensement de 2016 mené par Statistique Canada (ou du profil de 2011 si les informations de 2016 étaient manquantes), qui est également la source utilisée pour la collecte de données sur la population de la Colombie-Britannique.

### Interprétation de la défavorisation

Au Canada, les AD sont des zones géographiques regroupant environ 400 à 700 personnes<sup>10</sup>. On attribue à chaque AD un quintile lié à l'indice de défavorisation mis au point et validé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)<sup>11</sup>. Cet indice regroupe des paramètres de mesure de la défavorisation matérielle et sociale des personnes vivant dans chaque AD. Nous avons choisi un système mixte plutôt que des mesures individuelles du statut socioéconomique, conformément à la méthode privilégiée dans la littérature<sup>12</sup>. La défavorisation matérielle renvoie à la possession de biens et de produits de consommation courante alors que la défavorisation sociale renvoie aux liens sociaux<sup>13</sup>. L'indice est fondé sur six mesures, ciblant les personnes de 15 ans ou plus, en lien avec la santé et la défavorisation matérielle ou sociale. Les paramètres décrivant la défavorisation matérielle sont 1) la proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, 2) le taux d'emploi par rapport à la population et 3) le revenu moyen. Les paramètres décrivant la défavorisation sociale sont 4) la proportion de personnes vivant seules, 5) la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves et 6) la proportion de ménages monoparentaux<sup>13</sup>.

Les quintiles d'indice de défavorisation matérielle et sociale varient entre 1 et 5, correspondant chacun à environ 20 % de la population de la Colombie-Britannique. Le premier quintile correspond au aux quartiers les moins défavorisés et le cinquième quintile aux quartiers les plus défavorisés.

### Calcul du taux de visite aux urgences liée à une intoxication

De nombreux hôpitaux de la Colombie-Britannique ne fournissant pas de données au SNISA, nous avons utilisé, pour calculer le taux de visite aux urgences liée à une intoxication, le nombre d'intoxications signalées dans les urgences des hôpitaux qui participent au SNISA et nous avons effectué une estimation de ce

nombre pour les hôpitaux qui n'y participaient pas. Pour réaliser ces estimations, nous nous sommes fondés sur le principe de la pyramide des blessures<sup>14</sup>, en utilisant la Base de données sur les congés des patients pour en extraire les données sur le nombre d'hospitalisations dans tous les hôpitaux de Colombie-Britannique.

Tout d'abord, nous avons calculé le rapport entre les visites aux urgences liées à une intoxication et les hospitalisations liées à une intoxication pour les hôpitaux participant au SNISA (figure 1, équation 1). Pour calculer les taux pour l'ensemble de la Colombie-Britannique par année, sexe, groupe d'âge et quintile de défavorisation, nous avons utilisé un ratio englobant tous les cas d'intoxication. Des ratios spécifiques ont été calculés pour chaque substance ayant mené à une intoxication, car il existe des variations considérables d'une substance à l'autre (ratio variant entre 0,43 dans le cas des antiépileptiques et sédatifs hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et 38,22 dans le cas de l'alcool).

Ensuite, nous avons estimé le nombre de visites aux urgences dans les hôpitaux qui ne participaient pas au SNISA en nous fondant sur les ratios déterminés à l'étape précédente (figure 1, équation 2). Enfin, nous avons calculé les taux de visite aux urgences liée à une intoxication pour 100 000 habitants (figure 1, équation 3). À l'heure actuelle, environ 30 % des urgences des hôpitaux de la Colombie-Britannique fournissent des données au SNISA. En utilisant ce sous-ensemble d'hôpitaux (pour lesquels nous connaissons le nombre réel

de visites aux urgences), nous avons mesuré la robustesse et la précision de nos estimations en utilisant des simulations dans lesquelles seulement 30 % des hôpitaux de ce sous-ensemble faisaient des déclarations au SNISA. Les hôpitaux ont été choisis au hasard pour chaque simulation. Dix mille simulations ont été effectuées, et 95 % des simulations ont conduit à des estimations allant jusqu'à 40 % du nombre réel de visites aux urgences.

### Analyse des données

Nous avons calculé les taux annuels et totaux de visite aux urgences liée à une intoxication pour 100 000 habitants avec des intervalles de confiance de Wald à 95 %. Les personnes ne résidant pas en Colombie-Britannique ont été exclues des analyses, de même que les patients dont les données sur l'âge ou le sexe étaient absentes. Dans les cas où les AD ne figuraient pas dans les données du recensement de 2016, nous avons utilisé les données du profil de recensement de 2011. Pour les analyses utilisant la défavorisation, nous avons exclu les patients dont les données étaient absentes à la fois pour 2016 et pour 2011 dans les profils de recensement.

## Résultats

### Incidence globale des cas d'intoxication

Entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2017, on estime à 81 463 le nombre de visites aux urgences en Colombie-Britannique en raison d'une intoxication (351,2 pour

FIGURE 1  
Formules de calcul des taux de visite aux urgences liée à une intoxication

$$(1) \text{ Rapport} = \frac{U_{SNISA}}{\text{Hospitalisations}_{SNISA}}$$

$$(2) U_{non\ SNISA} = \text{Rapport} \times \text{Hospitalisations}_{non\ SNISA}$$

$$(3) \text{ Taux} = \frac{U_{SNISA} + U_{non\ SNISA}}{\text{Population}} \times 100\ 000$$

**Abréviations :** Hospitalisations<sub>SNISA</sub>, nombre d'hospitalisations liées à une intoxication dans les hôpitaux participant au SNISA; Hospitalisations<sub>non SNISA</sub>, nombre d'hospitalisations liées à une intoxication dans les hôpitaux ne participant pas au SNISA; SNISA, Système national d'information sur les soins ambulatoires; U, urgences; U<sub>SNISA</sub>, nombre de visites aux urgences liées à une intoxication dans les hôpitaux participant au SNISA.

**Remarque :** Cette figure montre les équations utilisées pour calculer 1) le rapport entre les visites aux urgences liées à une intoxication et les hospitalisations liées à une intoxication dans les hôpitaux participant au SNISA; 2) le nombre estimé de visites aux urgences liées à une intoxication dans les hôpitaux ne participant pas au SNISA (U<sub>non SNISA</sub>) et 3) le taux pour 100 000 habitants de visite aux urgences liée à une intoxication dans tous les services d'urgences de Colombie-Britannique.

100 000 habitants) (tableau 1). De ces visites, 61 647 ont eu lieu dans des hôpitaux participant au SNISA et 19 816 dans des hôpitaux ne participant pas au SNISA. Pour les visites aux urgences des hôpitaux participant au SNISA, 2 patients ont été exclus en raison de renseignements manquants sur le groupe d'âge et 25 de résultats manquant sur le sexe, de sorte que la taille finale de l'échantillon était de 81 436 patients.

### **Analyses par année, sexe et groupe d'âge**

Sur l'ensemble de la période, le taux global de visite aux urgences liée à une intoxication était de 406,6 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 296,5 chez les femmes. Les taux de visite aux urgences liée à une intoxication étaient plus élevés chez les 25 à 44 ans pour les hommes et chez les 15 à 19 ans pour les femmes. Les taux les plus faibles ont été enregistrés, pour les deux sexes, chez les 5 à 9 ans (tableau 2).

Les taux par année ont augmenté de 1,9 fois entre 2012-2013 et 2015-2016, pour se stabiliser en 2016-2017 (tableau 2). Ils ont considérablement augmenté entre 2012-2013 et 2016-2017 : 1,9 fois plus élevés chez les hommes et 1,5 fois plus élevés chez les femmes (tableau 2).

Les taux par année étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 10 à 14 ans et les 15 à 19 ans. Ils ont augmenté pour chaque groupe d'âge entre 2012-2013 et 2015-2016, puis ont diminué légèrement en 2016-2017. Les augmentations les plus importantes ont été constatées chez les nourrissons, les tout-petits et les jeunes enfants (de 0 à 9 ans), chez les jeunes (de 15 à 19 ans), ainsi que chez les personnes de 20 à 64 ans (tableau 3).

### **Analyses par indice de défavorisation**

En raison de l'absence de données sur les AD pour certains patients, 0,28 % (174/61 647) des intoxications ont été exclues lors du calcul des taux de visite aux urgences liée à une intoxication en fonction de l'indice de défavorisation. Chez les patients restants, la reconfiguration des AD a conduit à l'absence de certains renseignements en ce qui concerne les quintiles, entraînant l'exclusion de 7,93 % (4873/61 473) des visites aux urgences liées à une intoxication, dans 7,86 % (599/7 617) des AD. Sur les cas

avec indice de défavorisation finalement inclus, 94,74 % (53 625/56 600) ont été calculés à l'aide des données du profil de recensement de 2016, les 5,26 % restants (2 975/56 600) avec celles du profil de recensement de 2011.

En ce qui concerne la défavorisation matérielle, nous n'avons pas relevé de différence importante entre les taux du premier quintile et ceux du deuxième. En revanche, des augmentations importantes ont été observées entre chacun des quintiles suivants, la plus importante se situant entre les quatrième et cinquième quintiles, avec une augmentation considérable équivalant à un facteur 1,6 (383,4 [IC à 95 % : 370,6 à 396,2] à 607,8 [589,2 à 626,4] pour 100 000 habitants, figure 2A).

En ce qui concerne la défavorisation sociale, les taux étaient considérablement plus élevés chez les personnes vivant dans les quartiers où les liens sociaux étaient les plus faibles (484,2 [470,0 à 498,4] pour 100 000 habitants), suivis par celles vivant dans les quartiers où les liens sociaux étaient les plus forts (323,1 [311,3 à 334,8] pour 100 000 habitants). On a observé des réductions importantes de taux entre le premier et deuxième quintiles et le troisième, ce qui a conduit à une légère relation parabolique entre les visites aux urgences liées à une intoxication et l'augmentation de la défavorisation sociale (figure 2B).

Lorsqu'on considère les patients en fonction simultanément de la défavorisation matérielle et de la défavorisation sociale, ceux appartenant au cinquième quintile de défavorisation matérielle et de défavorisation sociale (c'est-à-dire les plus défavorisés) présentent le taux le plus élevé (1 102,0 [1 034,1 à 1 169,8] pour 100 000 habitants). Le taux le plus bas a été enregistré chez les patients appartenant au premier quintile de défavorisation matérielle et au deuxième quintile de défavorisation sociale (161,4 [141,3 à 181,5] pour 100 000 habitants, figure 2C).

### **Analyses par substance ayant mené à l'intoxication**

Tout au long de la période, les cinq substances ayant le plus souvent mené à une visite aux urgences en raison d'une intoxication ont été 1) l'alcool, 2) les drogues, médicaments et substances biologiques non précisés (par exemple les anorexiantes), 3) les narcotiques et psychodysléptiques

(par exemple les opioïdes), 4) les analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismeaux non opioïdes (par exemple l'acétaminophène) et enfin 5) les médicaments anti-épileptiques et les sédatifs hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes (par exemple les déprimeurs du système nerveux central) (tableau 4). Par rapport aux femmes, les hommes ont affiché des taux plus élevés pour toutes ces substances, à l'exception de la catégorie des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismeaux non opioïdes (tableau 4).

Les substances ayant le plus souvent mené à une intoxication différaient en fonction du groupe d'âge. Les taux les plus élevés chez les 0 à 14 ans et chez les plus de 75 ans étaient ceux liés aux drogues, médicaments et substances biologiques non précisés et les taux les plus élevés chez les 15 à 74 ans étaient ceux liés à l'alcool (tableau 4).

Au cours de la période visée par l'étude, les taux ont suivi des tendances différentes en ce qui concerne les cinq substances ayant le plus souvent mené à des intoxications (figure 3A). L'alcool a entraîné le taux le plus élevé entre 2012-2013 et 2015-2016, atteignant un pic en 2014-2015, à 159,5 pour 100 000 habitants (figure 3A). En 2014-2015, le taux de visite aux urgences en raison d'une intoxication liée à l'alcool était plus de 3,7 fois supérieur à celui des narcotiques et psychodysléptiques (42,7 pour 100 000 habitants). Toutefois, en 2016-2017, les narcotiques et psychodysléptiques sont devenus la substance la plus courante à l'origine des visites aux urgences liées à une intoxication (figure 3A). Tout au long de la période visée par l'étude, la plus forte augmentation a été observée dans les cas d'intoxication par un narcotique ou un psychodysléptique : les taux ont augmenté de 3,5 fois, passant de 30,4 pour 100 000 habitants en 2012-2013 à 105,6 pour 100 000 habitants en 2016-2017 (figure 3A).

Plus la défavorisation matérielle augmente, plus les taux élevés de visite aux urgences liée à une intoxication sont attribuables dans une large mesure à une intoxication due à l'alcool (figure 3B). De tous les quintiles de défavorisation matérielle ou sociale, le cinquième quintile de défavorisation matérielle (quartier le plus défavorisé) était associé au taux le plus élevé de visite aux urgences en raison d'une intoxication due à l'alcool (222,4 pour

TABLEAU 1

Estimation du nombre (n) et du pourcentage (%) de visites aux urgences liées à une intoxication, sur l'ensemble de la période et par année financière, selon le groupe d'âge, le sexe, les cinq substances ayant le plus souvent mené à une intoxication et le quintile de défavorisation matérielle et sociale, Colombie-Britannique, 2012-2013 à 2016-2017

	Total		2012-2013		2013-2014		2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>	81 436	100,00	10 557	12,96	13 667	16,78	18 132	22,27	20 318	24,95	18 762	23,04
<b>Groupe d'âge (années)</b>												
0 à 4	2 197	2,70	259	2,45	321	2,35	485	2,67	604	2,97	528	2,82
5 à 9	654	0,80	48	0,45	62	0,45	159	0,88	206	1,01	180	0,96
10 à 14	1 954	2,40	264	2,50	312	2,28	411	2,27	509	2,50	458	2,44
15 à 19	7 948	9,76	1 074	10,17	1 401	10,25	1 894	10,45	1 846	9,08	1 734	9,24
20 à 24	8 332	10,23	1 085	10,28	1 423	10,41	1 782	9,83	2 102	10,35	1 940	10,34
25 à 44	29 746	36,53	3 712	35,16	4 699	34,38	6 344	34,99	7 697	37,88	7 294	38,88
45 à 64	23 540	28,91	3 149	29,82	4 178	30,57	5 357	29,54	5 652	27,82	5 204	27,74
65 à 74	4 132	5,07	521	4,93	721	5,28	1 015	5,60	999	4,92	877	4,67
75 et plus	2 933	3,60	446	4,23	550	4,02	686	3,78	704	3,47	547	2,92
<b>Sexe</b>												
Femme	34 949	42,92	5 030	47,64	6 056	44,31	7 755	42,77	8 413	41,41	7 695	41,02
Homme	46 487	57,08	5 528	52,36	7 611	55,69	10 377	57,23	11 905	58,59	11 066	58,98
<b>Substance ayant mené à l'intoxication</b>												
Alcool	28 017	43,44	3 982	49,40	5 594	49,98	7 409	51,82	6 870	43,07	4 162	27,77
Drogues, médicaments et substances biologiques non précisés	15 902	24,66	1 743	21,62	2 539	22,68	2 910	20,35	4 569	28,65	4 140	27,63
Narcotiques et psychodysléptiques	12 975	20,12	1 383	17,15	1 689	15,09	1 983	13,87	2 897	18,16	5 024	33,52
Analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opioïdes	4 073	6,32	406	5,04	739	6,60	1 300	9,09	813	5,10	816	5,44
Médicaments antiépileptiques, sédatifs hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes	3 524	5,46	547	6,78	631	5,64	697	4,87	803	5,03	846	5,65
<b>Quintile de défavorisation matérielle</b>												
1	10 629	14,03										
2	12 088	15,95										
3	15 603	20,59	s.o.									
4	17 097	22,56										
5	20 362	26,87										
<b>Quintile de défavorisation sociale</b>												
1	14 542	19,19										
2	13 230	17,46										
3	11 930	15,74	s.o.									
4	13 902	18,35										
5	22 174	29,26										

**Sources des données :** Les données des services des urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires et les données de population de Statistique Canada.

**Remarque :** La ventilation annuelle en fonction des quintiles de défavorisation matérielle et sociale des visites aux urgences liées à une intoxication ne faisait pas partie des objectifs de cette étude.

**TABLEAU 2**  
Taux de visite aux urgences liée à une intoxication pour 100 000 habitants, par sexe et selon l'année et le groupe d'âge, Colombie-Britannique, 2012-2013 à 2016-2017

	Taux global (IC à 95 %)	Taux chez les hommes (IC à 95 %)	Taux chez les femmes (IC à 95 %)
<b>Année</b>			
2012-2013	232,2 (227,8 à 236,6)	244,7 (238,2 à 251,1)	219,9 (213,8 à 226,0)
2013-2014	300,4 (295,3 à 305,4)	339,7 (332,1 à 347,3)	262,2 (255,6 à 268,8)
2014-2015	390,2 (384,6 à 395,9)	449,7 (441,0 à 458,3)	331,6 (324,2 à 339,0)
2015-2016	432,8 (426,8 à 438,7)	511,0 (501,8 à 520,1)	355,8 (348,2 à 363,3)
2016-2017	394,3 (388,7 à 400,0)	468,7 (460,0 à 477,4)	321,1 (313,9 à 328,3)
<b>Groupe d'âge (années)</b>			
0 à 4	196,9 (188,7 à 205,2)	207,0 (195,3 à 218,8)	186,2 (174,7 à 197,7)
5 à 9	57,4 (53,0 à 61,8)	63,9 (57,4 à 70,3)	50,5 (44,6 à 56,4)
10 à 14	169,9 (161,1 à 176,1)	80,1 (73,0 à 87,3)	262,7 (249,3 à 276,1)
15 à 19	569,2 (556,8 à 581,7)	403,7 (389,1 à 418,3)	748,4 (727,8 à 769,0)
20 à 24	538,4 (526,9 à 549,9)	556,9 (540,3 à 573,3)	519,6 (503,5 à 535,7)
25 à 44	475,2 (469,9 à 480,6)	601,8 (593,1 à 610,4)	350,8 (344,3 à 357,3)
45 à 64	353,7 (349,2 à 358,2)	452,9 (445,6 à 460,1)	256,8 (251,4 à 262,2)
65 à 74	187,2 (181,5 à 192,9)	212,4 (203,7 à 221,1)	162,9 (155,4 à 170,3)
75 et plus	170,8 (164,7 à 177,0)	205,6 (195,3 à 215,8)	143,9 (136,3 à 151,4)

**Sources des données :** Les données des urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires et les données de population de Statistique Canada.

**Abréviation :** IC, intervalle de confiance.

100 000 habitants), tandis que le cinquième quintile de défavorisation sociale était associé au taux le plus élevé de visites dues aux drogues, médicaments et substances biologiques non précisés (97,6 pour 100 000 habitants), de même qu'aux narcotiques et psychodysléptiques (93,5 pour 100 000 habitants, figure 3C). Au sein des quintiles de défavorisation sociale, le taux le plus élevé était associé à l'intoxication due à l'alcool des personnes vivant

dans les quartiers ayant les liens sociaux les plus faibles (146,0 pour 100 000 habitants).

### Analyse

Cette étude a permis de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et les substances menant à une intoxication associées à une augmentation des visites aux urgences liées à une intoxication en Colombie-Britannique pour la période

2012-2013 à 2016-2017. Les taux de visite aux urgences liée à une intoxication chez les hommes et ceux chez les femmes se différencient tout au long de la période, les hommes présentant des taux considérablement plus élevés au fil du temps, ce qui concorde avec la littérature scientifique sur le sujet<sup>15</sup>.

Les taux de visite aux urgences liée à une intoxication ont augmenté de manière considérable pour les deux sexes entre 2012-2013 et 2015-2016, en particulier chez les nourrissons, les tout-petits et les jeunes enfants (0 à 9 ans), chez les jeunes (15 à 19 ans), ainsi que chez les personnes de 20 à 64 ans. On a observé une augmentation marquée des appels à un centre anti-poison aux États-Unis concernant les enfants de 0 à 5 ans entre 2000 et 2010, en grande partie en raison du nombre croissant d'ingestions de médicaments sur ordonnance et en vente libre<sup>16</sup>, ce qui pourrait contribuer à expliquer les résultats de notre étude. Le nombre croissant de surdoses d'opioïdes a également contribué à l'augmentation des visites aux urgences dans d'autres administrations<sup>17</sup>, ce qui pourrait expliquer l'augmentation des taux chez les 15 à 64 ans.

Les cas d'intoxication aux narcotiques, famille à laquelle appartiennent les opioïdes, sont ceux dont la fréquence a le plus augmenté au cours de la période visée par l'étude, en particulier en 2015-2016 et 2016-2017, ce qui concorde avec l'émergence de la crise des opioïdes en Colombie-Britannique. En 2016-2017, les narcotiques et les psychodysléptiques ont

**TABLEAU 3**  
Taux de visite aux urgences liée à une intoxication pour 100 000 habitants, par année et selon le groupe d'âge, Colombie-Britannique, 2012-2013 à 2016-2017

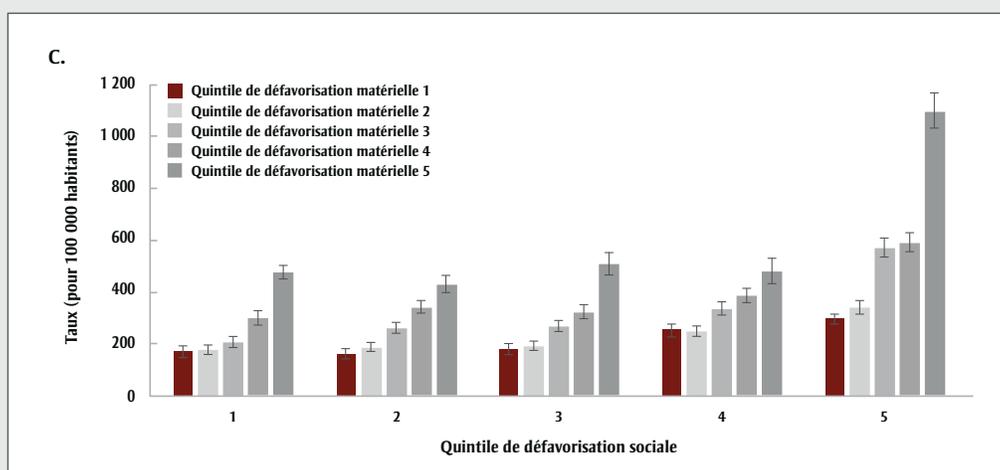
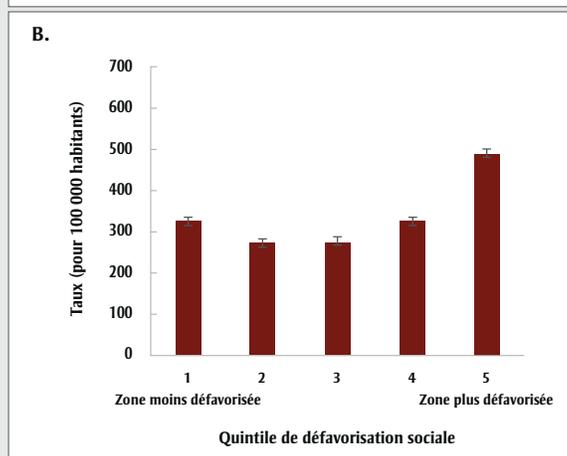
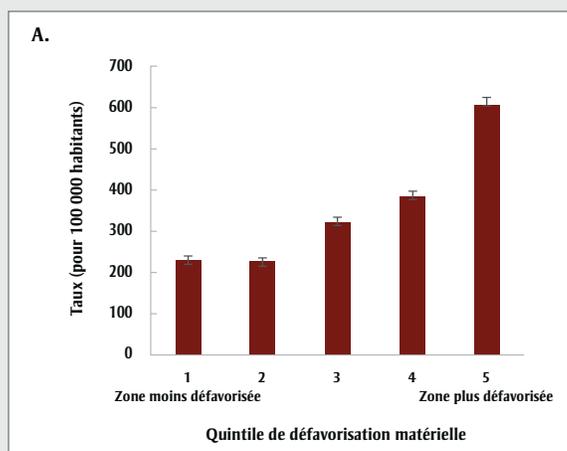
	Taux pour 2012-2013 (IC à 95 %)	Taux pour 2013-2014 (IC à 95 %)	Taux pour 2014-2015 (IC à 95 %)	Taux pour 2015-2016 (IC à 95 %)	Taux pour 2016-2017 (IC à 95 %)
<b>Groupe d'âge (années)</b>					
0 à 4	116,2 (102,0 à 130,4)	144,7 (128,9 à 160,5)	218,6 (199,2 à 238,1)	270,7 (249,1 à 292,3)	233,5 (213,6 à 253,4)
5 à 9	21,6 (15,5 à 27,7)	27,5 (20,7 à 34,4)	69,7 (58,9 à 80,6)	89,2 (77,0 à 101,3)	76,8 (65,6 à 88,0)
10 à 14	119,0 (105,1 à 133,0)	134,8 (119,8 à 149,7)	178,4 (161,2 à 195,7)	221,1 (201,9 à 240,3)	197,2 (179,1 à 215,2)
15 à 19	377,4 (354,9 à 400,0)	496,4 (470,4 à 522,3)	676,4 (646,1 à 706,8)	666,5 (636,2 à 696,8)	635,9 (606,1 à 665,7)
20 à 24	352,7 (331,7 à 373,6)	523,0 (495,9 à 550,1)	558,7 (532,9 à 584,6)	653,2 (625,4 à 681,0)	593,1 (566,8 à 619,4)
25 à 44	299,3 (289,7 à 308,9)	377,7 (367,0 à 388,5)	506,7 (494,2 à 519,1)	613,1 (599,4 à 626,7)	575,6 (562,4 à 588,8)
45 à 64	239,3 (230,9 à 247,6)	316,1 (306,5 à 325,7)	402,6 (391,8 à 413,3)	422,3 (411,3 à 433,2)	386,0 (375,5 à 396,4)
65 à 74	131,6 (120,3 à 142,9)	171,8 (159,2 à 184,3)	229,4 (215,3 à 243,5)	215,0 (201,6 à 228,3)	181,0 (169,0 à 192,9)
75 et plus	138,2 (125,4 à 151,0)	165,3 (151,5 à 179,2)	200,2 (185,2 à 215,2)	199,3 (184,6 à 214,0)	149,7 (137,2 à 162,2)

**Sources des données :** Les données des urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires et les données de population de Statistique Canada.

**Abréviation :** IC, intervalle de confiance.

FIGURE 2

Taux de visite aux urgences liée à une intoxication pour 100 000 habitants, par quintile de défavorisation matérielle (A), par quintile de défavorisation sociale (B) et par quintile de défavorisation matérielle en fonction du quintile de défavorisation sociale (C), Colombie-Britannique, 2012-2013 à 2016-2017



Sources des données : Les données des services des urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires, et les données de population de Statistique Canada.

Remarque : Les barres d'erreur correspondent aux intervalles de confiance à 95 %.

**TABLEAU 4**  
**Taux de visite aux urgences liée à une intoxication pour 100 000 habitants en fonction des cinq substances ayant le plus souvent mené à une intoxication et selon le sexe et le groupe d'âge, Colombie-Britannique, 2012-2013 à 2016-2017**

	Taux lié à l'alcool (IC à 95 %)	Taux lié aux drogues, médicaments et substances biologiques non précisés (IC à 95 %)	Taux lié aux narcotiques et psychodysléptiques (IC à 95 %)	Taux lié aux analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opioïdes (IC à 95 %)	Taux lié aux médicaments antiépileptiques, sédatifs hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes (IC à 95 %)
<b>Total</b>	120,8 (119,4 à 122,2)	68,5 (67,4 à 69,6)	55,9 (54,9 à 56,8)	17,6 (17,0 à 18,1)	15,1 (14,6 à 15,6)
<b>Sexe</b>					
Homme	164,7 (162,3 à 167,0)	69,4 (67,9 à 70,9)	72,7 (71,2 à 74,3)	12,7 (12,0 à 13,3)	17,0 (16,3 à 17,8)
Femme	77,6 (76,0 à 79,2)	67,6 (66,1 à 69,1)	39,3 (38,2 à 40,5)	22,4 (21,5 à 23,2)	13,3 (12,6 à 13,9)
<b>Groupe d'âge (années)</b>					
0 à 4	1,4 (0,7 à 2,1)	69,5 (64,7 à 74,4)	6,2 (4,7 à 7,6)	36,1 (32,5 à 39,6)	2,2 (1,3 à 3,1)
5 à 9	—	9,6 (7,8 à 11,4)	—	2,0 (1,2 à 2,8)	0,5 (0,1 à 0,9)
10 à 14	40,7 (37,0 à 44,3)	43,1 (39,3 à 46,8)	2,7 (1,8 à 3,7)	19,7 (17,1 à 22,2)	4,2 (3,0 à 5,4)
15 à 19	168,2 (161,4 à 175,0)	133,7 (127,6 à 139,8)	40,4 (37,0 à 43,7)	54,7 (50,8 à 58,6)	20,5 (18,1 à 22,9)
20 à 24	156,9 (150,6 à 163,1)	123,8 (118,3 à 129,3)	104,0 (99,0 à 109,1)	32,3 (29,4 à 35,1)	29,8 (27,0 à 32,5)
25 à 44	155,5 (152,4 à 158,6)	89,6 (87,2 à 91,9)	99,3 (96,9 à 101,8)	17,3 (16,3 à 18,3)	25,8 (24,5 à 27,0)
45 à 64	162,5 (159,4 à 165,5)	52,8 (51,0 à 54,5)	53,5 (51,8 à 55,3)	11,6 (10,8 à 12,4)	12,9 (12,0 à 13,7)
65 à 74	71,8 (68,2 à 75,3)	33,4 (31,0 à 35,8)	27,3 (25,2 à 29,5)	7,7 (6,6 à 8,9)	5,4 (4,4 à 6,4)
75 et plus	36,3 (33,4 à 39,1)	50,5 (47,2 à 53,9)	17,6 (15,6 à 19,6)	7,8 (6,5 à 9,1)	5,8 (4,7 à 6,9)

**Sources des données :** Les données des services des urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires et les données de population de Statistique Canada.

**Abréviation :** IC, intervalle de confiance.

**Remarque :** « — » indique qu'il y avait moins de 5 cas.

pour la première fois dépassé l'alcool comme principale cause de visite aux urgences en lien avec une intoxication. La diminution des visites aux urgences liées à une intoxication par l'alcool qui a été observée pendant cette période pourrait être due au fait que l'on a à cette époque revu les politiques en matière d'alcool en Colombie-Britannique, ce qui a progressivement mené à une réforme des lois sur l'alcool de la province entre 2014 et 2017<sup>18</sup>. Néanmoins, l'alcool demeure très souvent en cause dans les intoxications ayant entraîné une visite aux urgences en Colombie-Britannique, où les taux d'hospitalisation liée à l'alcool sont plus élevés que dans toutes les autres provinces canadiennes<sup>19</sup>. Il semble donc que l'on accorde une attention insuffisante à assurer une consommation sécuritaire d'alcool dans la province. Par ailleurs, les politiques de réglementation de l'alcool à l'échelle fédérale ne ciblent pas les populations les plus vulnérables<sup>20</sup>.

L'alcool est demeuré la substance la plus fréquemment en cause dans les visites aux urgences liées à une intoxication au cours de l'ensemble de la période, en particulier chez les jeunes. Cette situation est très préoccupante, car les jeunes de 15 à

19 ans ont affiché les taux les plus élevés de visite aux urgences liée à l'alcool parmi tous les groupes d'âge. Les jeunes de 15 à 19 ans ont présenté également le taux le plus élevé de visite aux urgences liée à une intoxication, toutes substances confondues, ce qui indique que l'on doit prioriser en matière de santé publique la prévention des intoxications chez les jeunes.

Les adolescents sont sensibles à la pression de leurs pairs lorsqu'ils choisissent de consommer de l'alcool et des drogues illicites avant l'âge légal<sup>21,22</sup>, ce qui fait craindre que plus les adolescents vont s'adonner à ce type de consommation, plus le nombre de patients victimes d'intoxication va continuer à augmenter. Cette augmentation du nombre d'intoxications chez les jeunes de 15 à 19 ans est inquiétante non seulement en raison des dommages causés à ces jeunes, mais aussi parce qu'ils nécessitent davantage de ressources en matière de soins de santé que celles attribuées à leurs pairs ayant d'autres problèmes de santé<sup>23</sup>.

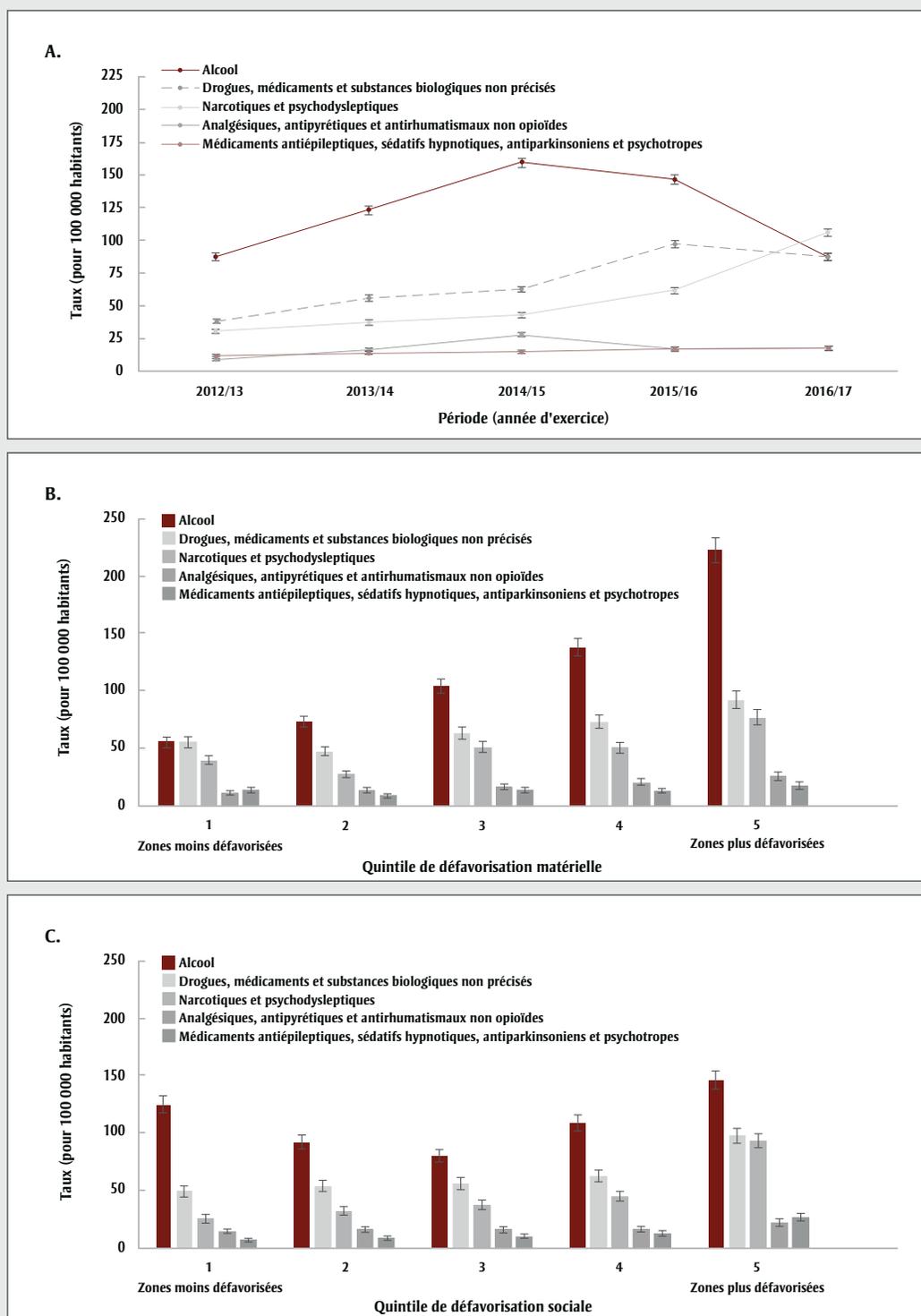
Une grande partie de ce fardeau touche les jeunes qui vivent dans des familles à statut socioéconomique plus faible, les

données probantes indiquant que ces personnes sont plus à risque de consommer de l'alcool et d'autres drogues<sup>24</sup>. Notons que le coût des soins hospitaliers par habitant au Manitoba était de 73 % plus élevé pour les personnes vivant dans les quartiers au statut socioéconomique le plus faible que pour les personnes vivant dans les quartiers au statut socioéconomique le plus élevé<sup>25</sup>.

Ces résultats contribuent à expliquer pourquoi le taux de visite aux urgences liée à une intoxication augmente généralement en fonction de la défavorisation matérielle. La relation entre le taux de visite aux urgences liée à une intoxication et la défavorisation sociale est quant à elle moins claire. De manière contre-intuitive, les taux se sont révélés considérablement plus élevés chez les personnes appartenant au quintile des liens sociaux les plus forts (le premier) que chez celles appartenant aux deuxième et troisième quintiles. Bien que ce résultat soit inattendu, des travaux antérieurs ont établi une association positive importante entre le capital social et la consommation excessive d'alcool chez les élèves du secondaire<sup>26</sup>. Cette observation concorde avec nos constatations selon

FIGURE 3

Taux de visite aux urgences liée à une intoxication pour 100 000 habitants, selon la substance ayant mené à l'intoxication et l'année (A), selon la substance ayant mené à l'intoxication et le quintile de défavorisation matérielle (B) et selon la substance ayant mené à l'intoxication et le quintile de défavorisation sociale (C), Colombie-Britannique, 2012-2013 à 2016-2017



Sources des données : Les données des services des urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires, et les données de population de Statistique Canada.

Remarque : Les barres d'erreur correspondent aux intervalles de confiance à 95 %.

lesquelles les taux élevés de visite aux urgences liée à une intoxication étaient associés à une consommation d'alcool chez les jeunes et chez les personnes de tous les groupes d'âge vivant dans les quartiers aux liens sociaux les plus forts. Ces données peuvent aider à cibler les populations qui tireraient bénéfice d'initiatives de prévention des intoxications, en particulier celles liées à l'alcool. Compte tenu des taux élevés de visite aux urgences liées à l'alcool chez les jeunes de 15 à 19 ans, des politiques supplémentaires visant à restreindre l'accès à l'alcool aux personnes n'ayant pas atteint l'âge de la majorité seraient utiles pour réduire le nombre d'intoxications en Colombie-Britannique.

Comme le laisse entendre le taux croissant de visite aux urgences liée à une intoxication attribuable aux narcotiques et aux psychodysléptiques tout au long de la période, les efforts visant à réduire la gravité de la crise des opioïdes en Colombie-Britannique pourraient contribuer à réduire du même coup le fardeau pesant sur les services des urgences. La province pourrait par exemple mettre en œuvre des programmes de contrôle des ordonnances d'opioïdes afin de réduire la probabilité que ces ordonnances entraînent des surdoses. Une autre approche pourrait consister à poursuivre la décriminalisation des drogues illicites, qui s'est avérée conduire à une réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux drogues au Portugal depuis sa mise en œuvre en 2001<sup>27</sup>.

Les études à venir pourraient porter sur l'élaboration d'une méthodologie de modélisation multivariées afin d'améliorer les calculs des taux de visite aux urgences en Colombie-Britannique. Une méthodologie de ce type permettrait de mieux identifier les populations de Colombie-Britannique à haut risque de visite aux urgences liée à une intoxication, en effectuant des analyses qui tiennent compte de facteurs supplémentaires comme l'ethnicité ou les propriétés psychométriques. De plus, il est nécessaire de déterminer les taux régionaux de visite aux urgences liée à une intoxication au sein de la province. Ces informations supplémentaires permettraient de mieux comprendre quelles régions de Colombie-Britannique et quelles populations bénéficieraient le plus de stratégies de prévention des intoxications.

Il est important de continuer à renforcer les efforts de prévention des intoxications, cause majeure d'hospitalisations et de décès en Colombie-Britannique<sup>3</sup>. D'après les données portant sur la santé publique et la prévention des blessures, on peut véritablement agir pour prévenir les intoxications à tous les âges, par exemple grâce à l'effet positif que les médecins peuvent avoir en conseillant directement les patients et en tant que voix crédible au sein de leur collectivité<sup>28,29</sup>. Il ne faut pas sous-estimer l'importance des efforts de prévention dans la réduction du fardeau social et économique de ces blessures et, tout particulièrement, dans la réduction des temps d'attente aux urgences, ce qui permettrait d'améliorer les soins aux patients.

### Points forts et limites

L'un des points forts de cette étude est qu'elle explore les relations entre la défavorisation et les causes de visite aux urgences liée à une intoxication, sujet peu abordé dans la littérature scientifique au Canada. De plus, nous avons élaboré et utilisé une méthodologie spécifique pour estimer les taux de visite aux urgences, en utilisant les données du SNISA en Colombie-Britannique.

Bien que cette étude ait exploré de nouvelles questions de santé publique, elle n'est pas sans limites. Les données du SNISA ne sont recueillies ni systématiquement ni exhaustivement par les hôpitaux de Colombie-Britannique. Étant donné que le nombre de visites aux urgences dans les hôpitaux ne participant pas au SNISA repose uniquement sur des estimations, les taux de visite aux urgences que nous avons calculés ont été influencés par le nombre de visites aux urgences et le nombre d'admissions liées aux intoxications dans les hôpitaux participant au SNISA, ce qui a pu conduire à ce que certaines régions et certaines populations aient été représentées de façon disproportionnée. Cet effet est sans doute plus prononcé lors de la comparaison des taux par sexe, car les hospitalisations et les tendances des visites aux urgences varient en fonction du sexe : si les visites aux urgences liées aux intoxications sont plus nombreuses chez les hommes, les hospitalisations sont en revanche plus nombreuses chez les femmes.

La méthodologie utilisée pour calculer le taux de visite aux urgences repose sur une

hypothèse statistique voulant que le ratio entre les visites aux urgences et les hospitalisations liées à une intoxication soit le même (ou soit très similaire) dans les hôpitaux participant au SNISA et dans les autres hôpitaux. En l'absence de données sur les urgences des hôpitaux qui ne participent pas au SNISA, il est impossible de comparer empiriquement ce ratio entre les deux types d'hôpitaux. Même si notre méthodologie n'a pas été officiellement validée, nous avons constaté, dans notre évaluation de sa robustesse, un écart allant jusqu'à 40 % entre les estimations et le nombre réel de visites aux urgences dans 95 % des simulations, ce qui constitue en soi une limite. En outre, la méthode utilisée pour estimer le nombre de visites aux urgences liées à une intoxication ne constitue pas une approche de modélisation multivariées et ne permet donc pas d'ajuster les taux en fonction de covariables importantes comme l'ethnicité ou les spécificités régionales.

Une autre limite provient du fait que, en Colombie-Britannique, les causes externes de blessures ne sont pas déclarées auprès du SNISA, ce qui signifie que les visites aux urgences liées à une intoxication volontaire n'ont pas été évaluées.

Des quintiles de défavorisation matérielle et sociale ont été attribués à chaque patient en fonction de l'AD correspondant à son lieu de résidence, créant ainsi un raisonnement spatial trompeur qui applique les caractéristiques d'un quartier à l'individu qui y demeure. L'indice de défavorisation mesure les facteurs matériels et sociaux des ménages mais ne tient pas compte des aides extérieures. En outre, les patients dont on ignorait l'AD et qui n'ont donc pas pu être appariés aux quintiles de défavorisation ont été exclus des analyses.

Enfin, en raison de l'utilisation de données dépersonnalisées, un événement ayant donné lieu à plusieurs visites aux urgences est susceptible d'avoir été comptabilisé plus d'une fois.

### Conclusion

Les taux de visite aux urgences liée à une intoxication en Colombie-Britannique ont augmenté de façon très importante entre 2012-2013 et 2016-2017. Les groupes à haut risque ont été les nourrissons, les tout-petits, les jeunes, les personnes de 20 à 64 ans, les personnes très défavorisées sur le plan matériel et celles ayant le

moins ou à l'opposé le plus de liens sociaux. Si la crise des opioïdes constitue une urgence de santé publique en Colombie-Britannique, notre étude met en lumière que l'intoxication due à l'alcool demeure également un enjeu de santé publique pour les divers services des urgences. Cette étude indique aussi qu'il est nécessaire de mener d'autres travaux de recherche sur cette question et qu'il importe de réfléchir sur le rôle que les médecins peuvent jouer dans les stratégies de prévention des intoxications ciblant les populations vulnérables de Colombie-Britannique, notamment en diffusant des messages portant sur une consommation sécuritaire d'alcool, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes.

## Conflits d'intérêts

Aucun.

## Contributions des auteurs et avis

SB et AZ ont conçu l'étude. FR a dirigé l'édition de contenu des bases de données. AZ a élaboré la méthodologie de calcul des taux. SP a réalisé l'analyse et la représentation graphique des données, avec le soutien de FR, AZ et IP. SP a rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont participé à la révision du manuscrit et en ont lu et approuvé la version définitive.

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

## Références

1. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Statistiques éclair : Statistiques sur les visites au service d'urgence et les hospitalisations à la suite d'un traumatisme ou d'une blessure, 2017-2018. [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2019. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/statistiques-sur-les-visites-au-service-durgence-et-les-hospitalisations-a-la-suite-dun-1>
2. Han G, Turcotte K, Jivani K, Babul S, Pike I. Poisonings in British Columbia, 2000-2005 [Internet]. Vancouver (BC): BC Injury Research and Prevention Unit; 2009. En ligne à : <https://www.injuryresearch.bc.ca/wp-content/uploads/2017/04/Han-et-al-Poisonings-Report-Final-Format-Apr-09.pdf>

3. Jiang A, Smith J, Rajabali F, Zheng A, Pursell R, Pike I. Patterns in poisoning hospitalizations and deaths in British Columbia, 2008 to 2013. *BC Med J.* 2018;60(10):495-502. <https://www.bcmj.org/articles/patterns-poisoning-hospitalizations-and-deaths-british-columbia-2008-2013>
4. Burnett K. Commodifying poverty: gentrification and consumption in Vancouver's Downtown Eastside. *Urban Geogr.* 2014;35(2):157-176. <https://doi.org/10.1080/02723638.2013.867669>
5. Ye X, Sutherland J, Henry B, Tyndall M, Kendall PR. Impact des décès par surdose de drogue sur l'espérance de vie à la naissance en Colombie-Britannique. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2018;38(6):282-286. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.05f>
6. Carrière G, Garner R, Sanmartin C. Caractéristiques sociales et économiques des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes. *Rapports sur la santé.* 2018;29(10):24-30.
7. BC Centre for Disease Control. Public health emergency in BC [Internet]. Vancouver (BC): BC Centre for Disease Control; 2017. En ligne à : <http://www.bccdc.ca/about/news-stories/stories/public-health-emergency-in-bc>
8. Descamps A-M, Vandijck D, Buylaert W, Mostin A, De Paepe P. Characteristics and costs in adults with acute poisoning admitted to the emergency department of a university hospital in Belgium. *PLoS ONE.* 2019;14(10):e0223479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223479>
9. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Normes canadiennes de codification pour la version 2018 de la CIM-10-CA et de la CCI. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2018.
10. Aire de diffusion (AD) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [consultation le 18 décembre 2019]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2011001/geo/da-ad/da-ad-fra.htm>
11. Gamache P, Hamel, D. Les défis de la mise à jour de l'indice de défavorisation avec les données du recensement de 2011 et de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM). Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec; 2016.
12. National Center for Education Statistics. Improving the measurement of socioeconomic status for the national assessment of educational progress: a theoretical foundation [Internet]. Washington (D.C.); 2012. En ligne à : [https://nces.ed.gov/nationsreportcard/pdf/researchcenter/Socioeconomic\\_Factors.pdf](https://nces.ed.gov/nationsreportcard/pdf/researchcenter/Socioeconomic_Factors.pdf)
13. Gamache P, Hamel D, Pampalon R. L'indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref. Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec; 2019. En ligne à : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2639\\_indice\\_defavorisation\\_materielle\\_sociale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2639_indice_defavorisation_materielle_sociale.pdf)
14. Heinrich HW, Petersen D, Roos N. Industrial accident prevention. 5e éd. New York (NY): McGraw Hill; 1980.
15. Hasegawa K, Brown DF, Tsugawa Y, Camargo Jr CA. Epidemiology of emergency department visits for opioid overdose: a population-based study. *Mayo Clin Proc.* 2014;89(4):462-471. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.12.008>
16. Spiller HA, Beuhler MC, Ryan ML, Borys DJ, Aleguas A, Bosse GM. Evaluation of changes in poisoning in young children: 2000 to 2010. *Pediatr Emerg Care.* 2013 May;29(5):635-640. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31828e9d00>
17. Daly ER, Dufault K, Swenson DJ, Lakevicius P, Metcalf E, Chan BP. Use of emergency department data to monitor and respond to an increase in opioid overdoses in New Hampshire, 2011-2015. *Public Health Rep.* 2017; 132(1 suppl):73S-79S. <https://doi.org/10.1177/0033354917707934>
18. GovTogetherBC. BC liquor policy review - results [Internet]. Victoria (BC): Government of British Columbia; 2013 [consultation le 25 mars 2020]. En ligne à : <https://engage.gov.bc.ca/govtogetherbc/impact/bc-liquor-policy-review-results/>

19. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). *Alcool (Sommaire canadien sur la drogue)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2019 [consultation le 18 mars 2020]. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/fr/alcool-sommaire-canadien-sur-la-drogue>
20. Ivsins A, Pauly B, Brown M, et collab. On the outside looking in: finding a place for managed alcohol programs in the harm reduction movement. *Int J Drug Policy*. 2019;67:58-62. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.004>
21. Romer D, Hennessy M. A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking: the role of affect evaluation and peer-group influence in adolescent drug use. *Prev Sci*. 2007;8(2):89-101. <https://doi.org/10.1007/s11121-007-0064-7>
22. Trucco EM, Colder CR, Wieczorek WF. Vulnerability to peer influence: a moderated mediation study of early adolescent alcohol use initiation. *Addict Behav*. 2011;36(7):729-736. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.02.008>
23. Kline JN, Badolato GM, Goyal MK. Trends in pediatric poisoning-related emergency department visits. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(1):e7-e12. <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000001817>
24. Bello MS, Khoddam R, Stone MD, et collab. Poly-product drug use disparities in adolescents of lower socioeconomic status: emerging trends in nicotine products, marijuana products, and prescription drugs. *Behav Res Ther*. 2019;115:103-110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.014>
25. Roos NP, Forget E, Walld R, MacWilliam L. Does universal comprehensive insurance encourage unnecessary use? Evidence from Manitoba says “no”. *Can Med Assoc J*. 2004;170(2):209-214.
26. Martins JG, de Paiva HN, Paiva PCP, et collab. New evidence about the “dark side” of social cohesion in promoting binge drinking among adolescents. *PLoS ONE*. 2017;12(6):e0178652. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178652>
27. Greenwald G. Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies [Internet]. Washington (D.C.) : Cato Institute; 2009. En ligne à : [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1464837](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1464837)
28. Temple AR. Poison prevention education. *Pediatrics*. 1984; 74(5):964-969.
29. Gerard JM, Klasner AE, Madhok M, Scalzo AJ, Barry RC, Laffey SP. Poison prevention counseling: a comparison between family practitioners and pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(1):65-70.