

Recherche quantitative originale

Décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë due à une substance chez les jeunes au Canada : analyse descriptive d'une étude nationale portant sur l'examen des dossiers des données de coroners et de médecins légistes

Grace Yi-Shin Chang, M.P.H. (1); Amanda VanSteelant, Ph. D. (1); Katherine McKenzie, M. Sc. (1); Fiona Kouyoumdjian, M.D., M.P.H., Ph. D. (2)

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

Article de notre série thématique sur la « Mortalité par surdose accidentelle ».

Cet [article de recherche](#) par Chang GY et al. dans la Revue PSPMC est mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Résumé

Introduction. Les décès attribuables à une intoxication aiguë due à une substance sont à l'origine d'une crise de santé publique au Canada. Les jeunes courrent souvent un risque accru de consommation de substances en raison de facteurs sociaux, environnementaux et structurels. Les objectifs de cette étude étaient de comprendre les caractéristiques des jeunes (12 à 24 ans) qui décèdent en raison d'une intoxication aiguë accidentelle au Canada ainsi que d'analyser les substances qui contribuent aux décès par intoxication aiguë chez les jeunes et les circonstances entourant ces décès.

Méthodologie. Nous avons utilisé les données d'une étude nationale portant sur l'examen des dossiers des données de coroners et de médecins légistes concernant les décès par intoxication aiguë survenus au Canada en 2016 et 2017 afin de réaliser des analyses descriptives à partir des proportions, des taux de décès et des taux proportionnels de décès. Dans la mesure du possible, les jeunes faisant partie de l'étude sur l'examen des dossiers ont été comparés, au moyen de données de recensement, aux jeunes dans la population générale et aux jeunes décédés toutes causes confondues.

Résultats. Sur les 732 jeunes décédés par intoxication aiguë accidentelle en 2016-2017, la plupart (94 %) avaient entre 18 et 24 ans. Les jeunes de 20 à 24 ans sans emploi et vivant dans un logement collectif ou sans domicile étaient surreprésentés parmi les décès accidentels par intoxication aiguë. Parmi les jeunes de 12 à 24 ans décédés en raison d'une intoxication aiguë accidentelle, beaucoup avaient des antécédents documentés de consommation de substances. Le fentanyl, la cocaïne et la méthamphétamine ont été les substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès, et 38 % des décès ont eu lieu en présence d'un témoin ou potentiellement en présence d'un témoin.

Conclusion. Les résultats de cette étude soulignent la nécessité de mettre en place des mesures de prévention précoce, des stratégies de réduction des méfaits et des programmes portant sur la santé mentale, l'exposition à un événement traumatisant ainsi que le chômage et l'instabilité résidentielle, afin de réduire les méfaits de la consommation de substances chez les jeunes Canadiens.

Points saillants

- Près de la moitié (46 %) de l'ensemble des décès accidentels chez les jeunes de 18 à 24 ans en 2016 et 2017 étaient attribuables à une intoxication aiguë.
- Les jeunes de 20 à 24 ans sans emploi et vivant en logement collectif ou sans domicile étaient surreprésentés parmi les jeunes décédés par intoxication aiguë accidentelle.
- Près du tiers (30 %) des jeunes de 12 à 24 ans décédés d'une intoxication aiguë accidentelle avaient vécu au moins un événement potentiellement traumatisant au cours de leur vie.
- Les opioïdes (fentanyl, morphine, diacétylmorphine [héroïne], carfentanil) et les stimulants (cocaïne, méthamphétamine, amphétamine) d'origine non pharmaceutique ont été les substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès accidentels par intoxication aiguë parmi les jeunes de 12 à 24 ans.
- Trente-huit pour cent (38 %) des décès accidentels par intoxication aiguë chez les jeunes ont eu lieu en présence d'un témoin ou potentiellement en présence d'un témoin.

Mots-clés : consommation de substances, surdose de drogue, surdose d'opioïdes, décès par intoxication aiguë, enfants, jeunes, jeunes adultes, Canada

Rattachement des auteurs :

- Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
- Ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Amanda VanSteelant, Agence de la santé publique du Canada, 785, av. Carling, Ottawa (Ont.) K1A 0K9; tél. : 613-294-5944; courriel : Amanda.VanSteelant@phac-aspc.gc.ca

Introduction

Les décès attribuables à une intoxication aiguë due à une substance sont à l'origine d'une crise de santé publique au Canada qui a eu des répercussions importantes sur les jeunes. Entre 2013 et 2017, les taux d'hospitalisation liée à une intoxication aux opioïdes ont augmenté de 53 % chez les jeunes de 15 à 24 ans¹. En mars 2022, les pédiatres ont déclaré avoir constaté un nombre inquiétant de cas graves ou potentiellement mortels d'enfants et d'adolescents ayant consommé des opioïdes, des stimulants ou des sédatifs au cours des 24 mois précédents². Les jeunes sont confrontés à des facteurs sociaux, environnementaux et structurels spécifiques qui contribuent à la consommation de substances et peuvent entraîner un mauvais état de santé général, des problèmes de santé mentale et le décès^{3,4}.

Comme le risque de décès par intoxication aiguë est souvent plus élevé chez les jeunes ayant des antécédents de consommation de substances ou de troubles liés à la consommation de substances, il est essentiel de se pencher sur les facteurs de risque relatifs à la consommation de substances et aux troubles liés à la consommation de substances afin de comprendre le risque de décès par intoxication aiguë^{5,6}. Les adolescents présentent des facteurs de risque de consommation de substances et de troubles liés à la consommation de substances spécifiques à ce groupe d'âge en raison des nombreux changements qui accompagnent cette période de transition de la vie⁵. Parmi les facteurs de risque figurent les événements négatifs de l'enfance (maltraitance, événements traumatisants, négligence et membres de la famille aux prises avec des problèmes de santé mentale)^{3,4}, les problèmes de santé mentale⁷⁻⁹, les antécédents de surveillance correctionnelle¹⁰ et les antécédents familiaux de consommation de substances^{3,4}.

Les analyses des données sur les enquêtes au sujet des décès en Ontario et en Colombie-Britannique et le jumelage des données du recensement et des statistiques de l'état civil ont révélé des facteurs associés spécifiquement aux décès par intoxication aiguë chez les jeunes Canadiens^{6,11-12}. Ces facteurs sont une inégalité de revenus au niveau du quartier¹¹, les conditions de logement et l'instabilité résidentielle, l'absence d'un témoin susceptible d'intervenir, un diagnostic en santé mentale^{6,12} et le fait d'être ou d'avoir été pris en charge par

les services à l'enfance, à la jeunesse ou à la famille¹².

Des recherches antérieures ont mis en évidence les difficultés qui touchent l'offre de services liés aux opioïdes destinés aux jeunes, notamment des lacunes dans le continuum de soins, l'inaccessibilité des services, la stigmatisation, le manque de respect pour l'autonomie des jeunes et le manque de ressources pour les familles¹³⁻¹⁶. Les taux de prescription de traitements par agonistes opioïdes et les taux de traitement en établissement ont diminué chez les jeunes de l'Ontario depuis 2014, et ce, malgré l'augmentation des décès attribuables à une intoxication aiguë liée aux opioïdes chez les jeunes⁶. Environ la moitié des jeunes décédés en raison d'une intoxication aiguë liée aux opioïdes en Ontario présentaient un trouble lié à la consommation d'opioïdes. Les difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes dans l'accès à des traitements ou à des services de réduction des méfaits adaptés à leurs besoins et à leurs préférences limitent leur protection contre un approvisionnement en drogues illicites de plus en plus toxiques et causant des effets de plus en plus imprévisibles. Ces dernières années, le fentanyl non pharmaceutique a été le principal responsable des décès par intoxication aiguë chez les jeunes en Ontario et en Colombie-Britannique^{6,12}. Les jeunes qui consomment des substances de façon intermittente peuvent être particulièrement exposés à une intoxication aux opioïdes parce qu'ils ont moins d'expérience et que leur seuil de tolérance aux opioïdes est plus bas¹⁷.

Si certaines recherches antérieures ont porté sur les décès par intoxication aiguë dans des provinces ou des villes ou sur des sous-populations de jeunes, elles sont rares à avoir porté sur les décès par intoxication aiguë chez les jeunes à l'échelle nationale au Canada^{6,11-12,18-21}. Le but de notre étude était de combler ces lacunes en matière de connaissances en analysant les décès par intoxication aiguë chez les jeunes à l'aide des données canadiennes sur les enquêtes au sujet des décès de 2016 et 2017 et de fournir une base de référence des premières années de la crise des surdoses afin de permettre les comparaisons lors des recherches à venir. Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

1) établir la prévalence minimale des facteurs de risque relatifs à la consommation

de substances et aux troubles liés à la consommation de substances relevés dans les recherches antérieures parmi les jeunes décédés par intoxication aiguë accidentelle au Canada en 2016 et 2017;

- 2) analyser les substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès par intoxication aiguë chez les jeunes;
- 3) décrire les circonstances entourant les décès par intoxication aiguë chez les jeunes.

Méthodologie

Approbation en matière d'éthique

Cette étude a été revue et approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé publique du Canada (REB 2018-027P), le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université du Manitoba (HS22710) et le Comité d'éthique de la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador (20200153).

Source des données

Cette analyse utilise des données sur 732 décès accidentels par intoxication aiguë touchant des jeunes provenant d'une étude rétrospective portant sur l'examen des dossiers des enquêtes des coroners et des médecins légistes sur les décès par intoxication aiguë survenus dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017²². Un décès par intoxication aiguë se définit comme un décès à la suite d'une intoxication aiguë due à la consommation de substances dont une ou plusieurs sont des drogues ou de l'alcool²³. Une information plus détaillée sur le protocole de l'étude et les variables recueillies a été publiée ailleurs²². L'utilisation des données du recensement de 2016²⁴⁻²⁷ et de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil de 2016 et 2017²⁸ a permis d'établir des comparaisons avec la population générale et de calculer les taux de mortalité.

Définition des jeunes

Dans le cadre de cette étude, on a considéré comme faisant partie de la catégorie des jeunes les individus ayant entre 12 et 24 ans. Pour tenir compte des différences entre les jeunes de cette tranche d'âge, on

a créé deux catégories : celle des 12 à 17 ans et celle des 18 à 24 ans. Chaque groupe présente des caractéristiques spécifiques et certaines variables dépendent davantage de l'âge que d'autres. Ainsi, les jeunes de 12 à 17 ans sont le plus souvent des étudiant(e)s qui vivent avec leurs parents ou tuteurs, tandis que les jeunes de 18 ans et plus sont susceptibles d'être légalement autorisés à consommer certaines substances, de ne plus vivre avec leurs parents ou tuteurs et d'être plus indépendants.

Alors que les jeunes de 12 ans et plus sont davantage susceptibles de consommer des substances de manière active, les enfants de moins de 12 ans sont davantage susceptibles d'être exposés accidentellement à des substances. Étant donné les différences quant au type d'exposition (la consommation non intentionnelle est différente de la consommation intentionnelle de substances) et le faible nombre de décès par intoxication aiguë dans ce groupe d'âge, les enfants de moins de 12 ans ont été exclus de notre étude. La majeure partie de l'analyse de notre étude porte sur l'ensemble des jeunes de 12 à 24 ans. Cependant, on présente à part les résultats pour le groupe des 20 à 24 ans lors de la comparaison avec les données du recensement de 2016.

Variables d'intérêt

La principale variable de résultat de cette analyse est les décès par intoxication aiguë. L'ensemble de données de l'étude portant sur l'examen des dossiers a fourni des données sur les facteurs de risque cernés précédemment pour la consommation de substances, les troubles liés à la consommation de substances et les décès par intoxication aiguë chez les jeunes. Il s'agit notamment de facteurs sociodémographiques (âge, sexe, situation professionnelle, conditions de logement) et d'antécédents sociaux ou médicaux (antécédents d'incarcération, contact avec les services de santé au cours de l'année précédente, antécédents de problèmes ou symptômes de santé mentale, antécédents de consommation de substances, antécédents de troubles liés à la consommation de substances et événements de vie potentiellement traumatisants).

Les contacts avec les services de santé consistent en une admission du patient (en milieu hospitalier ou autre) ou un traitement ambulatoire (services médicaux

d'urgence, service d'urgence, consultation d'un médecin généraliste ou d'une infirmière praticienne).

Les événements potentiellement traumatisants ont été utilisés comme la mesure la plus adéquate d'événements négatifs de l'enfance figurant dans les dossiers d'enquête sur les décès. Les événements potentiellement traumatisants sont des événements, des séries d'événements ou des circonstances qui sont physiquement ou émotionnellement préjudiciables ou qui mettent la vie en danger et qui peuvent avoir des effets négatifs durables sur le bien-être mental, physique, social, émotionnel ou spirituel d'une personne²⁹. Il peut s'agir d'un problème de santé d'un membre de la famille ou d'un parent, de difficultés liées au (ou à la) partenaire intime, d'autres difficultés relationnelles (comme une dispute familiale), de problèmes professionnels ou scolaires, de problèmes financiers, du décès récent d'un ami ou d'un membre de la famille, de problèmes juridiques de nature criminelle, d'autres problèmes juridiques (par exemple, un litige portant sur la garde de l'enfant, un procès civil), d'expériences en famille d'accueil, du fait d'être auteur ou victime de violence interpersonnelle ou victime de violence faite aux enfants, d'être victime de violence sexuelle, de subir de la violence physique ou d'être victime d'agression.

Ces variables ont été recueillies à partir des sources disponibles dans le dossier d'enquête sur le décès, constituées par exemple des déclarations de la famille, d'amis ou d'un prestataire de soins de santé primaires, du dossier médical, du rapport d'autopsie ou de rapports de police. De ce fait, certains des problèmes de santé signalés n'ont pas nécessairement fait l'objet d'un diagnostic médical. Dans la mesure du possible, les codes postaux résidentiels ont été reliés au Fichier de conversion des codes postaux Plus de Statistique Canada afin d'obtenir le quintile de revenu du quartier après impôt (QAATIPPE)³⁰.

Dans cet article, les substances ayant contribué au décès sont mentionnées avec leur origine (pharmaceutique ou non pharmaceutique) et en fonction de leur contribution au décès (seules ou en combinaison avec d'autres substances).

Les variables décrivant les circonstances entourant les épisodes d'intoxication aiguë et les décès sont le mode de consommation le plus probable, la présence d'un témoin, les mesures prises par le témoin lors du contact initial et des contacts ultérieurs, l'administration de naloxone pour les jeunes présentant des symptômes d'intoxication aux opioïdes, le lieu où a eu lieu l'épisode d'intoxication aiguë et le lieu du décès. Nous avons également vérifié si l'épisode d'intoxication aiguë a eu lieu à intérieur d'un bâtiment ou à l'extérieur, si la personne avait été trouvée dans un lit (ou à proximité) ou dans un véhicule et, dans le cas des jeunes ayant subi l'épisode d'intoxication aiguë à leur résidence, s'ils vivaient seuls ou avec quelqu'un d'autre.

Méthodes statistiques

Pour calculer les taux de décès dus à une intoxication aiguë accidentelle et les taux proportionnels de décès dus à une intoxication aiguë, nous avons utilisé comme dénominateurs les données de population du recensement de 2016 et le nombre de décès accidentels toutes causes confondues de la Base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil^{24,28}. Étant donné que les dossiers des coroners et des médecins légistes ne fournissent pas tous les antécédents d'une personne et qu'il y a des variations entre les administrations dans les données recueillies, il est probable que d'autres antécédents et renseignements n'aient pas été saisis. Les résultats de cette étude fournissent donc les proportions minimales de jeunes présentant une caractéristique donnée. Nous avons utilisé les données du recensement pour comparer les proportions et calculer les taux de décès des jeunes de 20 à 24 ans en fonction de leur situation professionnelle et de leurs conditions de logement²⁵⁻²⁷. Pour le reste des analyses, nous avons calculé les proportions minimales de jeunes de 12 à 24 ans présentant une caractéristique donnée. Un diagramme UpSet a été créé à l'aide du progiciel ComplexUpSet afin de déterminer les substances et les combinaisons de substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès, ainsi que leur origine³¹.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de la version 4.1.1 du logiciel statistique R³². Par souci de protection de la vie privée, les effectifs des cellules inférieures à 10 ont été masqués ou regroupés en catégories plus grandes, tous

les chiffres ont été arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3 et les proportions et les taux de décès sont basés sur ces chiffres arrondis²².

Résultats

Fardeau des décès par intoxication aiguë chez les jeunes

Dans l'ensemble, 732 jeunes de 12 à 24 ans sont décédés en raison d'une intoxication aiguë accidentelle et la plupart avaient entre 18 et 24 ans (94 %; tableau 1). Les décès accidentels par intoxication aiguë représentaient près de la moitié (46 %) des décès accidentels toutes causes confondues parmi les jeunes de 18 à 24 ans. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, la proportion des décès par intoxication aiguë sur l'ensemble des décès accidentels toutes causes confondues était plus élevée chez les filles (23 %) que chez les garçons (11 %).

Caractéristiques des jeunes décédés en raison d'une intoxication aiguë accidentelle

Nous avons comparé le sous-ensemble des 567 jeunes de 20 à 24 ans décédés par intoxication aiguë accidentelle en 2016

ou 2017 aux jeunes du même âge en utilisant les données du recensement de 2016 (tableau 2). La situation professionnelle des jeunes décédés en raison d'une intoxication aiguë était le plus souvent inconnue (49 %) et les autres catégories d'emploi dans le tableau 2 correspondent à des proportions minimales de jeunes. Au moins 23 % des jeunes décédés avaient un emploi et au moins 18 % étaient sans emploi. Compte tenu du nombre d'inconnues, le taux d'emploi chez les jeunes décédés par intoxication aiguë peut tout aussi bien être inférieur, équivalent ou supérieur à celui de la population générale. Cependant, le chômage était plus fréquent chez les jeunes décédés (au moins 18 % et peut-être plus) que chez les jeunes dans la population générale (11 %). Le taux de décès attribuable à une intoxication aiguë chez les jeunes sans emploi était de 20,4 pour 100 000 habitants.

Alors que la plupart des jeunes de 20 à 24 ans vivaient en logement privé (70 %), 4 % vivaient en logement collectif et 9 % étaient sans domicile au moment de leur décès. Les jeunes vivant en logement collectif ou sans domicile étaient donc surreprésentés parmi les jeunes décédés par intoxication aiguë par rapport à la

population générale. Nous n'avons cependant pas calculé les taux de décès de ces deux groupes en raison de la différence de définitions entre les deux sources de données.

Le tableau 3 présente les caractéristiques des 732 jeunes de 12 à 24 ans décédés en raison d'une intoxication aiguë accidentelle en 2016 et 2017. Les problèmes ou symptômes de santé mentale couramment documentés dans ce groupe sont un trouble ou des symptômes de dépression (22 %), un trouble lié à la consommation de substances (à l'exclusion de l'alcool; 20 %), un trouble d'anxiété (16 %) et des idées suicidaires ou une tentative de suicide (12 %). Quatre-vingt-trois pour cent (83 %) des jeunes avaient des antécédents documentés de consommation de substances, et plus de la moitié (59 %) avaient été en contact avec les services de santé dans l'année précédant leur décès. Au moins 30 % des jeunes avaient vécu un événement potentiellement traumatisant au cours de leur vie, le plus fréquent étant un problème juridique de nature criminelle (arrestation, emprisonnement, comparution devant un tribunal; 14 %). Environ un jeune sur 20 (5 %) avait vécu un événement potentiellement traumatisant au cours

TABLEAU 1
Nombre de décès, taux de décès et taux proportionnels de décès chez les jeunes de 12 à 24 ans décédés d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance, Canada, 2016 et 2017

Mesure	Jeunes de 12 à 24 ans	Jeunes de 12 à 17 ans	Filles de 12 à 17 ans	Garçons de 12 à 17 ans	Jeunes de 18 à 24 ans	Jeunes femmes de 18 à 24 ans	Jeunes hommes de 18 à 24 ans
Nombre de décès par intoxication aiguë	732	42	24	18	690	183	507
Population totale en 2016	5 418 470	2 339 370	1 139 935	1 199 430	3 079 100	1 505 960	1 573 145
Taux de décès attribuables à une intoxication aiguë accidentelle pour 100 000 habitants	6,8	0,9	1,1	0,8	11,2	6,1	16,1
Nombre total de décès accidentels en 2016 et 2017	1 770	270	105	165	1 500	390	1 110
Taux proportionnel de décès attribuables à une intoxication aiguë accidentelle sur l'ensemble des décès accidentels toutes causes confondues ^a	41 %	16 %	23 %	11 %	46 %	47 %	46 %

Source des données : Étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë due à une substance²². Le dénominateur des taux de décès de chaque groupe provient du recensement de 2016²⁴. Les effectifs sur le taux de mortalité toutes causes confondues par groupe de population utilisés pour calculer les taux proportionnels de décès proviennent de la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil de Statistique Canada²⁵. Tous les décès accidentels sont associés à des codes de la dixième révision de la *Classification internationale des maladies* (ICD-10) : V01-V99, W00-W99, X00-X59, Y85 et Y86.

Remarques : Les chiffres provenant de l'étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance ont été arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3, et les proportions et les taux sont basés sur des chiffres arrondis. Les décès attribuables uniquement à une prise de substances prescrites ou à l'alcool n'étant pas disponibles pour la Colombie-Britannique, les décès par intoxication aiguë dans ce tableau sont sans doute sous-estimés.

^a Les estimations des décès accidentels toutes causes confondues sont arrondies à l'aide du processus d'arrondissement contrôlé de Statistique Canada à des fins de confidentialité. Les chiffres excluent les décès de non-résidents du Canada. La cause du décès est présentée comme la cause sous-jacente du décès. Celle-ci est définie comme a) la maladie ou la blessure qui a déclenché la séquence d'événements menant directement au décès ou b) les circonstances de l'accident ou de l'acte violent qui a causé la blessure fatale. Cette cause sous-jacente est sélectionnée parmi un certain nombre de conditions énumérées sur le formulaire d'enregistrement du décès.

TABLEAU 2

Comparaison de la situation professionnelle et des conditions de logement entre les jeunes de 20 à 24 ans décédés d'une intoxication aiguë accidentelle (2016 et 2017) et les jeunes dans la population générale canadienne (2016)

Caractéristique	Proportion de jeunes décédés d'une intoxication aiguë accidentelle en 2016 ou 2017 % (n)	Proportion de jeunes dans la population générale canadienne en 2016 % (n)	Taux de décès accidentels par intoxication aiguë pour 100 000 habitants (IC à 95 %)
Ensemble des jeunes de 20 à 24 ans	567	2 242 690	12,6 (11,6 à 13,7)
Situation professionnelle^a			
Avec emploi ^b	23 (132)	65 (1 466 900)	4,5 (3,7 à 5,3)
Sans emploi ^c	18 (99)	11 (243 215)	20,4 (16,3 à 24,4)
Étudiant(e) (temps plein ou partiel)	7 (39)	—	—
Programme d'aide sociale ^d	3 (18)	—	—
Sources illégales de revenus	3 (18)	—	—
Autre source de revenus	4 (21)	—	—
Inconnu	49 (276)	< 1 (21 015) ^e	—
Ne fait pas partie de la population active	—	23 (511 560) ^f	—
Conditions de logement			
Logement privé	70 (399)	99 (2 221 685)	9,0 (8,1 à 9,9)
Logement collectif ^g	4 (24)	< 19 (20 940)	Non calculé
Sans domicile	9 (51) ^h	< 1 (1 855) ⁱ	Non calculé
Autre type de logement	Masqué	—	—
Inconnu	15 (84)	—	—

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Source des données : Étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance²²; Statistique Canada, Recensement de la population de 2016, numéros 98-316-X2016001²⁴, 98-400-X2016198²⁵, 98-400-X2016021²⁶ et 98-400-X2016018²⁷ au catalogue de Statistique Canada.

Remarques : Cette tranche d'âge (20 à 24 ans) a été utilisée dans le tableau afin de concorder avec celle utilisée dans les données du recensement. « — » indique qu'aucune statistique comparable n'était disponible dans les données du recensement ou dans les données de l'étude portant sur l'examen des dossiers. « Non calculé » indique qu'une statistique semblable était disponible dans les données du recensement, mais que les définitions des variables étaient trop différentes pour permettre de calculer le taux de décès. Les effectifs provenant de l'étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance ont été arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3, et les pourcentages et les taux sont basés sur ces chiffres arrondis.

^a Plus d'une sélection a pu être faite pour les jeunes décédés par intoxication aiguë, car les options n'étaient pas mutuellement exclusives. En revanche, une seule sélection pouvait être faite dans les données de recensement.

^b Comprend les jeunes qui avaient un emploi à temps plein et à temps partiel ainsi que ceux qui avaient un emploi saisonnier.

^c La définition de « sans emploi » utilisée par le recensement peut ne pas être équivalente aux définitions utilisées par les bureaux des coroners et des médecins légistes.

^d Comprend les personnes participant à un programme d'assurance invalidité.

^e Personnes âgées de 20 à 24 ans selon le recensement de 2016 (98-316-X2016001) qui ne sont pas prises en compte dans les statistiques sur la situation d'activité (98-400-X2016198).

^f Les personnes ne faisant pas partie de la population active sont les étudiant(e)s, les retraité(e)s, les personnes effectuant un travail familial non rémunéré et les personnes qui ne cherchent pas de travail.

^g Comprend les logements avec services de soutien ou transitionnels et les établissements de santé ou pénitentiaires (établissements psychiatriques, établissements de traitement des toxicomanies ou des dépendances, résidences de réduction des méfaits, établissements pénitentiaires ou postes de police). L'étude portant sur l'examen des dossiers n'inclut pas les personnes vivant dans un refuge dans cette catégorie. Toutefois, ces personnes sont incluses dans les données du recensement. Le taux de mortalité des personnes vivant dans des logements collectifs n'a pas été calculé en raison de la différence entre les définitions de l'étude et du recensement.

^h Les données relatives aux décès par intoxication aiguë incluent les personnes sans abri, les personnes vivant dans un refuge d'urgence, les personnes logées provisoirement et les personnes exposées à un risque immédiat de se retrouver en situation d'itinérance ou d'itinérance cachée.

ⁱ Les données du recensement de 2016 n'incluent que les personnes vivant dans un refuge. Le taux de décès des personnes sans domicile n'a pas été calculé en raison des différences de définition entre notre étude et le recensement.

des deux semaines précédant son décès. Les jeunes appartenant au quintile de revenu le plus bas au niveau du quartier étaient surreprésentés parmi les jeunes décédés. Il est probable que de nombreux jeunes dont le code postal résidentiel était inconnu relevaient également de quartiers à quintiles de revenu inférieurs, car au moins le quart de ceux dont le code postal était inconnu étaient sans domicile au

moment de leur décès (données non présentées).

Substances ayant contribué aux décès accidentels par intoxication aiguë

Le fentanyl (56 %), la cocaïne (30 %), la méthamphétamine (18 %) et l'éthanol (alcool; 16 %) sont les substances les plus fréquemment identifiées comme ayant

contribué au décès parmi les jeunes décédés accidentellement (tableau 4). Sept des substances ayant contribué à au moins 5 % des décès étaient des opioïdes (fentanyl, morphine, diacétylmorphine [héroïne], carfentanil, méthadone, oxycodone et hydromorphone), quatre étaient des stimulants (cocaïne, méthamphétamine, amphétamine et MDMA) et les deux autres étaient l'alcool et une benzodiazépine (alprazolam).

TABLEAU 3
Caractéristiques des jeunes de 12 à 24 ans décédés d'une intoxication aiguë accidentelle, Canada, 2016 et 2017

Caractéristique	Proportion des jeunes décédés en raison d'une intoxication aiguë accidentelle (N = 732) % (n)
Problèmes ou symptômes de santé mentale documentés^a	
Trouble ou symptômes de dépression	22 (162)
Trouble lié à la consommation de substances (à l'exclusion de l'alcool)	20 (147)
Trouble d'anxiété	16 (117)
Idées suicidaires/tentatives de suicide	12 (84)
Trouble lié à la consommation d'alcool	5 (39)
Inconnu	29 (210)
Antécédents de consommation de substances (drogues et/ou alcool)	
Oui	83 (606)
Contact avec les services de santé dans l'année précédent le décès	
Oui	59 (432)
Événements de la vie potentiellement traumatisants^b	
Tout événement potentiellement traumatisant au cours de la vie	30 (219)
Problème juridique de nature criminelle (arrestation, emprisonnement, comparution devant un tribunal)	14 (102)
Difficultés relationnelles ne concernant pas le ou la partenaire intime (par exemple dispute familiale)	6 (45)
Tout événement potentiellement traumatisant au cours des deux semaines précédant le décès	5 (36)
Antécédents d'incarcération^c	
Oui	6 (45)
Quintile de revenu au niveau du quartier	
Q1 (le plus bas)	26 (192)
Q2 (moyen-bas)	16 (114)
Q3 (moyen)	12 (90)
Q4 (moyen-élévé)	12 (90)
Q5 (le plus élevé)	10 (72)
Inconnu	24 (174)

Source des données : Étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance²².

Abréviation : Q, quintile.

Remarques : Les effectifs provenant de l'Étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance ont été arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur ces chiffres arrondis.

^a Plus d'une sélection a pu être faite, car les options n'étaient pas mutuellement exclusives. Toutes les mentions d'un problème ou symptôme de santé mentale ont été extraites, mais il est possible que celui-ci n'ait pas fait l'objet d'un diagnostic médical.

^b Plus d'un type d'événement potentiellement traumatisant pouvait être documenté pour chaque personne. Seuls les types d'événements potentiellement traumatisants qui se sont produits pour plus de 5 % des jeunes décédés sont présentés dans ce tableau.

^c Les renseignements protégés par la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*³³ sont susceptibles d'être moins disponibles dans les dossiers des coroners et des médecins légistes.

Les substances ayant contribué aux décès accidentels chez les jeunes étaient le plus souvent d'origine non pharmaceutique. Le carfentanil, la méthadone, le fentanyl, la cocaïne et l'éthanol (alcool) ont contribué aux décès seuls (sans la contribution d'autres substances) plus souvent que les autres substances.

Les substances et les combinaisons de substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès accidentels chez les jeunes de 12 à 24 ans sont le fentanyl seul (111 décès, 15 % de jeunes) et le fentanyl et la cocaïne combinés (36 décès, 5 % de jeunes; figure 1). La plupart des substances et combinaisons de substances en tête

de liste impliquaient des opioïdes et/ou des stimulants, et la plupart étaient des drogues d'origine non pharmaceutique.

Circonstances de l'épisode d'intoxication aiguë accidentelle et du décès

Si le mode de consommation au cours de l'épisode d'intoxication aiguë ayant entraîné le décès est demeuré le plus souvent inconnu, des proportions semblables de jeunes de 12 à 24 ans consommaient probablement les substances par voie orale (15 %), par insufflation nasale (en « snifant » ou reniflant), 14 %), en fumant (13 %) ou par injection (11 %) (tableau 5).

Les résultats du tableau 5 montrent que chez 38 % des jeunes (279), l'épisode d'intoxication aiguë a eu lieu ou a pu avoir lieu en présence d'un témoin (la personne était encore vivante lorsqu'elle a été trouvée, ou bien on ne sait pas si elle était vivante). Le témoin a appelé le 911 dans 58 % des cas et a fait une tentative de réanimation dans 32 % des cas. Dans un épisode d'intoxication aiguë sur quatre (25 %), le témoin potentiel n'a pris aucune mesure. Dans les situations où aucune mesure n'a été prise lors du contact initial, le témoin potentiel a cru que la personne était endormie dans 61 % des cas. Parmi les autres raisons pour lesquelles le témoin potentiel n'a pris aucune mesure lors du contact initial, citons par exemple le fait de ne pas reconnaître une urgence médicale ou de ne pas avoir accès à un téléphone.

Lors de contacts subséquents, le témoin potentiel a appelé le 911 dans 91 % des cas et a fait une tentative de réanimation dans 35 % des cas. Lorsque les personnes présentaient des symptômes d'intoxication aux opioïdes (ronflements ou gargouillis, difficultés respiratoires, rétrécissement des pupilles, inconscience ou absence de réaction, lèvres, ongles ou visage bleus), de la naloxone a été administrée dans au moins 34 % des cas.

Le lieu de l'épisode d'intoxication aiguë le plus fréquent était le lieu de résidence personnelle (60 %), suivi du domicile d'une autre personne (15 %). Une minorité d'épisodes d'intoxication aiguë a eu lieu à l'extérieur (6 %) ou dans un véhicule (4 %). Près du tiers des personnes décédées ont été trouvées dans un lit ou à proximité (31 %). La plupart des jeunes sont décédés sur les lieux de l'épisode

TABLEAU 4
Origine des substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès accidentels par intoxication aiguë parmi les jeunes de 12 à 24 ans, Canada, 2016 et 2017

Substances ayant le plus fréquemment contribué au décès	Décès auxquels une substance a contribué (N = 732) n (%)	Origine de la substance ayant contribué au décès ^a n (%)			Contribution d'autres substances à la substance ayant contribué au décès n (%)	
		Non pharmaceutique	Pharmaceutique	Inconnue	Aucune autre substance	Plusieurs substances ont contribué
Fentanyl	408 (56)	213 (52)	Masqué	189 (46) ^b	111 (27)	297 (73)
Cocaïne	216 (30)	208 (100)	S.O.	S.O.	24 (11)	189 (88)
Méthamphétamine	132 (18)	125 (100)	S.O.	S.O.	Masqué	126 (96)
Éthanol (alcool)	117 (16)	S.O.	S.O.	S.O.	12 (10)	102 (87)
Morphine	96 (13)	21 (22)	0 (0)	78 (81)	Masqué	90 (94)
Amphétamine	84 (12)	15 (18)	Masqué	68 (81)	Masqué	81 (96)
Diacétylmorphine (héroïne)	75 (10)	75 (100)	S.O.	S.O.	Masqué	72 (96)
Alprazolam	72 (10)	S.O.	72 (100)	S.O.	Masqué	69 (96)
Carfentanil	63 (9)	51 (100)	S.O.	S.O.	24 (38)	39 (62)
Méthadone	48 (7)	S.O.	45 (100)	S.O.	15 (31)	33 (69)
Oxycodone	39 (5)	S.O.	39 (100)	S.O.	0 (0)	39 (100)
Hydromorphone	36 (5)	S.O.	36 (100)	S.O.	Masqué	30 (83)
MDMA	36 (5)	36 (100)	S.O.	S.O.	Masqué	27 (75)
Pour tous les décès	732 (100)	534 (73)	213 (29)	84 (12)	480 (66)	237 (32)

Source des données : Étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance²².

Abréviation : S.O., sans objet.

Remarques : Plus d'une substance peut être identifiée comme ayant contribué au décès dans un même décès par intoxication aiguë. Certaines des substances figurant dans ce tableau sont des métabolites actifs d'autres substances. Par exemple, la morphine est un métabolite de l'héroïne et l'amphétamine est un métabolite de la méthamphétamine. Leur présence dans les résultats toxicologiques peut indiquer qu'elles ont été consommées ou qu'une substance mère a été consommée. Les effectifs provenant de l'étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance ont été arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur ces chiffres arrondis.

^a Une substance peut avoir plus d'une origine. Certaines substances ont une seule origine et l'autre est sans objet (S.O.).

^b Dans la plupart des cas où le fentanyl est mentionné comme étant d'origine inconnue, cela est dû au fait que les données de la Colombie-Britannique ne sont pas disponibles. Le fentanyl pharmaceutique n'étant pas très répandu, la quasi-totalité du fentanyl d'origine inconnue est probablement d'origine non pharmaceutique.

d'intoxication aiguë (70 %), 23 % sont décédés à l'hôpital.

Analyse

Les résultats de cette étude mettent en évidence les prévalences minimales, au sein des jeunes décédés par intoxication aiguë accidentelle, des facteurs que d'autres chercheurs ont déjà identifiés comme importants pour la consommation de substances, pour les troubles liés à la consommation de substances et pour les décès par intoxication aiguë chez les jeunes. La plupart des jeunes décédés d'une intoxication aiguë avaient des antécédents de consommation de substances (83 %) et des antécédents documentés de troubles liés à la consommation de substances (20 %). Des problèmes ou symptômes de santé mentale tels que des troubles ou symptômes de dépression, des troubles d'anxiété et des idées suicidaires ou tentatives de suicide ont souvent été signalés

chez les jeunes décédés par intoxication aiguë.

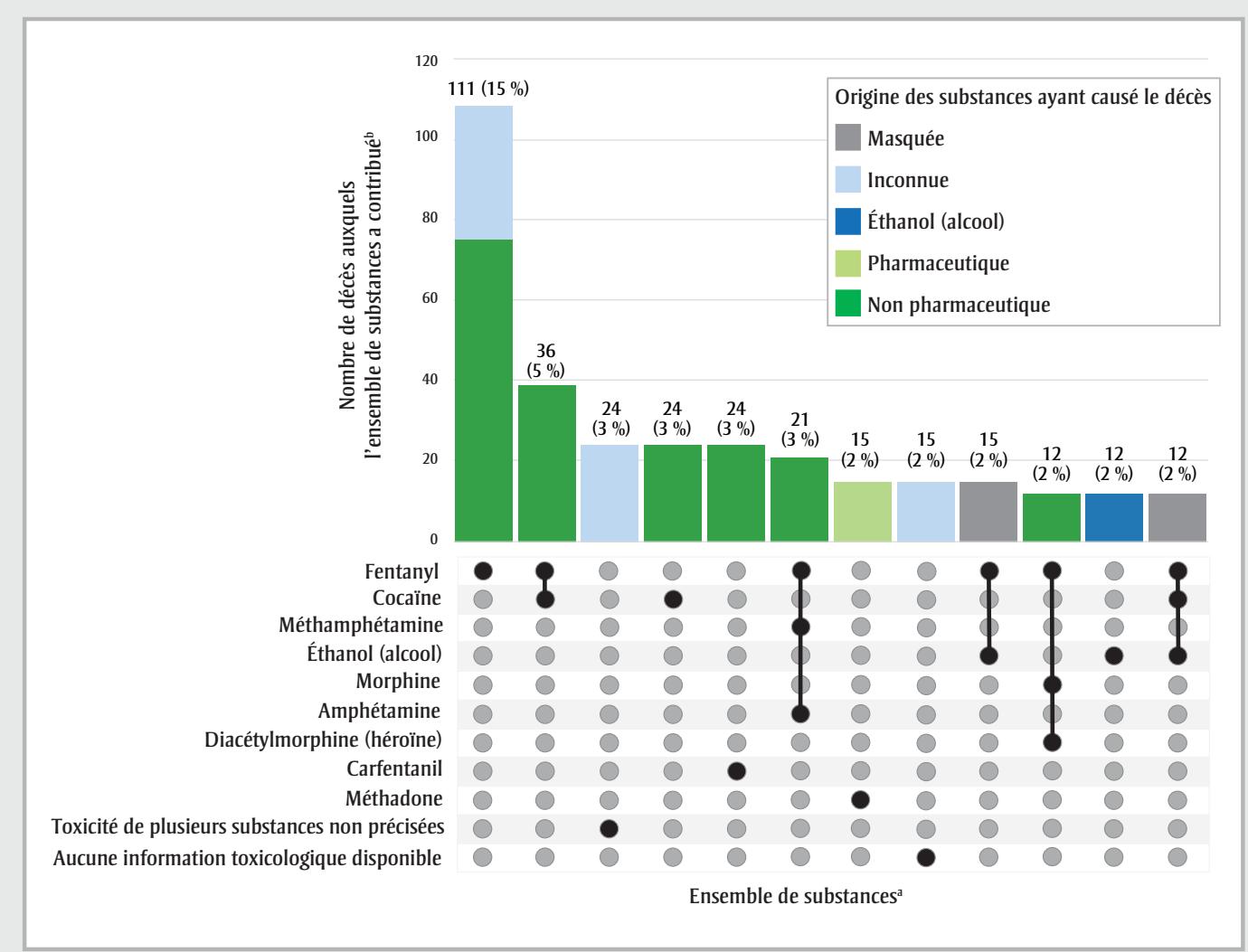
Des recherches antérieures ont fait ressortir la relation entre maladie mentale, antécédents de consommation de substances et antécédents de troubles liés à la consommation de substances^{5-6,12}. Les résultats de cette étude vont plus loin en soulignant la nécessité d'une prévention précoce, d'un traitement et d'une réduction des méfaits liés à la consommation de substances ainsi que de soins et de soutien en matière de santé mentale accessibles pour les jeunes afin de prévenir les décès par intoxication aiguë. Plus de la moitié des jeunes ont été en contact avec des services de santé dans l'année précédant leur décès, ce qui laisse entrevoir une possibilité d'intervention. Il est important de veiller à ce que les services de traitement de la toxicomanie destinés aux jeunes soient adaptés aux besoins spécifiques de cette population. Un soutien

amélioré et ciblé pour les jeunes, intégrant leur transition vers les débuts de l'âge adulte, pourrait réduire les méfaits au sein de cette population.

En outre, environ un tiers des jeunes décédés en raison d'une intoxication aiguë accidentelle avaient vécu au moins un événement potentiellement traumatisant au cours de leur vie. Cette constatation est conforme à la littérature sur le rôle joué par les traumatismes dans les troubles liés à la consommation de substances³⁴. Toutefois, les différents types d'événements traumatisques ont une incidence variable selon les personnes et ne sont pas toujours liés à la consommation de substances. Les enquêtes sur les décès ne visent pas systématiquement à recueillir les événements potentiellement traumatisants survenus plus tôt dans la vie, ce qui fait que le nombre de jeunes ayant été exposés à des événements traumatisants est probablement plus élevé que ce qui a été documenté

FIGURE 1

Diagramme UpSet des substances et des combinaisons de substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès accidentels chez les jeunes de 12 à 24 ans, Canada, 2016 et 2017



Source des données : Étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance²².

Remarques :

a) Dans la grille des ensembles de substances, les substances précises et les combinaisons de substances ayant contribué au décès sont présentées sous forme de colonnes. Les substances sont représentées par des points noirs et les combinaisons sont reliées par une ligne noire. « Toxicité de plusieurs substances non précisées » désigne les cas où plusieurs substances ont contribué au décès, mais où les substances précises n'ont pas été identifiées. « Aucune information toxicologique disponible » signifie que l'on ne sait rien des substances précises ayant contribué au décès ni de leur nombre.

b) Le diagramme à colonnes indique le nombre de décès auxquels une substance précise ou une combinaison de substances décrite dans la grille ci-dessous a contribué. Le pourcentage de décès attribuables à l'ensemble est également indiqué au-dessus des colonnes. Les colonnes sont colorées pour indiquer l'origine des substances. Le fentanyl pharmaceutique n'étant pas très répandu, la quasi-totalité du fentanyl d'origine inconnue est probablement d'origine non pharmaceutique.

La morphine et l'amphétamine sont des métabolites actifs de la diacétylmorphine (héroïne) et de la méthamphétamine, respectivement, et peuvent être présentes dans les résultats toxicologiques parce que la substance mère a été consommée (diacétylmorphine [héroïne] ou méthamphétamine). Les chiffres sont arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3. Les ensembles ayant contribué à moins de 10 décès ont été exclus du diagramme. Les substances figurant dans le diagramme UpSet diffèrent des substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès (tableau 2), car les combinaisons exclusives sont privilégiées par rapport au nombre total de décès. Par exemple, bien que l'alprazolam ait contribué à 10 % des décès, il ne figure pas dans le diagramme UpSet parce qu'il faisait partie de diverses combinaisons ayant contribué à moins de 10 décès chacune.

dans cette étude. En Colombie-Britannique, 73 % des jeunes de 18 ans et moins décédés par intoxication aiguë liée à une drogue non réglementée avaient reçu des services à l'enfance, à la jeunesse ou à la famille¹².

Les résultats de cette étude suggèrent également des possibilités d'interventions

ciblées en amont. Les jeunes hommes de 18 à 24 ans ont la plus forte proportion de décès par intoxication aiguë chez les jeunes. Le taux de décès attribuable à une intoxication aiguë était très élevé parmi les jeunes sans emploi, quoique l'on ignore si toutes les personnes décrites comme sans emploi dans leur dossier du coroner

ou du médecin légiste l'étaient aussi selon la définition de Statistique Canada. Les jeunes vivant en logement collectif ou sans domicile étaient surreprésentés parmi les jeunes décédés en raison d'une intoxication aiguë. Même si la définition de « logement collectif » de Statistique Canada comprend plus de types d'établissements

TABLEAU 5
Circonstances entourant les épisodes d'intoxication aiguë accidentelle et les décès
parmi les jeunes de 12 à 24 ans, Canada, 2016 et 2017

Circonstances entourant le décès	Proportion % (n)
Mode de consommation^a (N = 732)	
Probablement par voie orale	15 (108)
Probablement par insufflation nasale ou voie intranasale (en « snifflant » ou reniflant)	14 (102)
Probablement en fumant	13 (96)
Probablement par injection	11 (78)
Autre ou inconnu ^b	57 (420)
Témoins (N = 732)	
Non, la personne était décédée lorsqu'elle a été trouvée et il n'y a aucune preuve que l'épisode a eu lieu en présence d'un témoin	22 (162)
Incertain, la personne était inconsciente ou ne réagissait pas lorsqu'elle a été trouvée	21 (150)
Oui, la personne était vivante lorsqu'elle a été trouvée et présentait des symptômes d'intoxication aiguë	12 (90)
Incertain, la personne a été considérée comme endormie	6 (42)
Inconnu	39 (288)
Mesure prise en présence d'un témoin potentiel sur les lieux^c (N = 279)	
Appel au 911	58 (162)
Tentative de réanimation ^d	32 (90)
Aucune mesure n'a été prise	25 (69)
Autre	23 (63)
Cas où le témoin potentiel n'a pris aucune mesure lors du contact initial (N = 69)	
Le témoin a cru que la personne était endormie	61 (42)
Lors du contact ultérieur, il a appelé le 911	91 (63)
Lors du contact ultérieur, il a fait une tentative de réanimation ^d	35 (24)
Lors du contact ultérieur, il a pris une autre mesure ^e	17 (12)
Naloxone administrée aux personnes présentant des symptômes d'intoxication aux opioïdes^f (N = 255)	
Oui	34 (87)
Non	25 (63)
Inconnu	41 (105)
Lieu de l'épisode d'intoxication aiguë (N = 732)	
Lieu intérieur	93 (684)
Résidence personnelle	60 (441)
Domicile d'une autre personne	15 (108)
Hôtel ou motel	3 (21)
Édifice public	2 (15)
Établissement de traitement des toxicomanies ou des dépendances	2 (12)
Autres (tous les autres lieux intérieurs)	5 (36)
Lieu extérieur	6 (45)
Lieu public extérieur	5 (33)
Autres (tous les autres lieux extérieurs)	2 (12)
Inconnu	8 (57)

Suite à la page suivante

que celle utilisée dans l'étude portant sur l'examen des dossiers, la proportion minimale de jeunes décédés par intoxication aiguë accidentelle et vivant en logement collectif était plus élevée que celle des jeunes au sein de la population générale (respectivement 4 % et moins de 1 %). La définition de « sans domicile » de Statistique Canada ne tient compte que des jeunes hébergés dans un refuge, tandis que la définition de l'étude portant sur l'examen des dossiers englobe également les jeunes sans-abri dans la rue ou hébergés temporairement chez des parents ou des amis. Or, il est très inquiétant de constater que près d'un jeune sur dix décédé par intoxication aiguë accidentelle était sans domicile, une situation qui devrait être rare.

L'élaboration de programmes de prévention et de réduction des méfaits spécifiquement destinés aux jeunes sans emploi et vivant en logement collectif ou sans domicile permettrait de rejoindre une grande partie des jeunes à risque de décès par intoxication aiguë. Ces résultats mettent également en lumière la nécessité d'améliorer l'intégration des services pour cette population, afin que d'autres mesures de soutien social comme le logement et l'emploi, qui sont souvent interdépendants, soient facilement accessibles parallèlement aux services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie.

Les substances ayant le plus fréquemment contribué aux décès par intoxication aiguë chez les jeunes étaient les opioïdes et les stimulants d'origine non pharmaceutique. Au Canada, le fentanyl illégal a été identifié pour la première fois en 2011 et, en 2016, les opioïdes figuraient parmi les 10 principales substances contrôlées détectées par le Service d'analyse des drogues (SAD)³⁵. En outre, plus de la moitié des échantillons d'héroïne testés par le SAD entre 2012 et 2017 contenaient du fentanyl³⁵. Les jeunes n'étant probablement pas au courant de ces changements dans l'approvisionnement en drogues, une sensibilisation accrue à la présence de fentanyl dans d'autres substances pourrait potentiellement réduire le nombre de décès accidentels par intoxication aiguë^{4,36}. Les personnes qui consomment des opioïdes depuis longtemps développent une tolérance et ont besoin de plus grandes quantités pour obtenir les mêmes effets¹⁷. En revanche, celles qui viennent de commencer à consommer des substances ou qui ont fait une pause dans leur consommation – des situations dans lesquelles de

TABLEAU 5 (suite)
Circonstances entourant les épisodes d'intoxication aiguë accidentelle et les décès parmi les jeunes de 12 à 24 ans, Canada, 2016 et 2017

Circonstances entourant le décès	Proportion % (n)
Situation de vie des jeunes ayant subi l'épisode d'intoxication aiguë dans leur lieu de résidence personnelle (N = 441)	
Vivait avec ses parents	20 (90)
Vivait avec des ami(e)s ou des colocataires	9 (39)
Vivait seul(e)	7 (30)
Vivait avec un(e) partenaire (pas un(e) conjoint(e) de fait, ou inconnu si conjoint(e) de fait)	3 (12)
Vivait avec sa famille (conjoint(e), conjoint(e) de fait ou enfants)	3 (12)
Autre	4 (18)
Inconnu	53 (234)
Lieu précis de l'épisode d'intoxication aiguë (N = 732)	
Dans un lit ou à proximité	31 (228)
Dans un véhicule	4 (27)
Lieu du décès (N = 732)	
Même que le lieu de l'épisode d'intoxication aiguë	70 (513)
Hôpital	23 (168)
Autre	7 (51)

Source des données : Étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance²².

Remarques : Les effectifs provenant de l'étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance ont été arrondis de façon aléatoire à un multiple de 3, et les pourcentages sont basés sur ces chiffres arrondis.

^a Plus d'un mode de consommation a pu être sélectionné, de sorte que les chiffres combinés ne correspondent pas au nombre total de décès par intoxication aiguë chez les jeunes. Il peut y avoir une incertitude quant au mode de consommation; par conséquent, celui-ci est décrit comme le mode de consommation le plus probable d'après les données disponibles dans le dossier d'enquête sur le décès.

^b Comprend les modes de consommation inconnus ou autres (p. ex. les timbres transdermiques). Ces catégories ont été regroupées en raison des faibles effectifs des cellules.

^c Le dénominateur pour le calcul de la proportion de « mesure prise » est le nombre de décès par intoxication aiguë où la personne était encore vivante (ou si cela était incertain) lorsqu'elle a été trouvée. Plus d'une mesure a pu être prise par chaque témoin potentiel (ces mesures ne s'excluent pas mutuellement).

^d Comprend la RCP, la respiration de sauvetage, la stimulation, l'administration d'épinéphrine, l'administration d'oxygène et d'autres mesures de réanimation.

^e Comprend le fait d'appeler quelqu'un, une autre mesure, et aucune mesure.

^f Le dénominateur pour le calcul de la proportion de « naloxone administrée aux personnes présentant des symptômes d'intoxication aux opioïdes » est le nombre de décès par intoxication aiguë où des symptômes d'intoxication aux opioïdes (p. ex. ronflement, difficulté à respirer, perte d'équilibre, confusion, ou si la personne était endormie) ont été observés.

nombreux jeunes sont susceptibles de se trouver – ne tolèrent pas de plus grandes quantités et les opioïdes hautement toxiques tels que le fentanyl présentent donc pour eux un risque plus élevé.

La prévention et le traitement des intoxications aux opioïdes fondés sur des données probantes, en particulier l'accès à la naloxone, le traitement par agonistes opioïdes et les sites de consommation supervisée, sont essentiels³⁷. Les services de vérification des drogues accessibles aux jeunes peuvent leur permettre de s'assurer que les substances qu'ils achètent dans la rue ne sont pas contaminées par des

drogues dangereuses³⁷. En outre, les services qui proposent des médicaments prescrits comme solution de rechange aux drogues illégales peuvent offrir aux jeunes un accès à un approvisionnement plus sûr tout en les mettant en contact avec les services sociaux et de santé³⁸.

Une autre méthode importante pour réduire le risque de décès par intoxication aiguë est de ne pas consommer de substances seul¹⁷. Seulement 38 % des épisodes d'intoxication aiguë accidentelle ayant entraîné le décès se sont produits (ou produits potentiellement) en présence d'un témoin pouvant appeler à l'aide ou apporter de

l'aide. Parmi les jeunes dont l'épisode d'intoxication aiguë fatal a eu lieu à leur résidence personnelle, 20 % vivaient avec leurs parents, 9 % vivaient avec des amis ou des colocataires et seulement 7 % vivaient seuls. Pour beaucoup de jeunes décédés, quelqu'un aurait pu se trouver à proximité pendant qu'ils consommaient des substances. Toutefois, la stigmatisation a pu empêcher les jeunes de parler de leur consommation de substances à d'autres personnes et d'avoir quelqu'un susceptible de leur venir en aide en cas d'urgence³⁹.

La capacité du témoin à reconnaître un épisode d'intoxication aiguë et à intervenir est également importante. Environ un jeune sur trois a été trouvé dans un lit ou à proximité et, lorsque le témoin a tardé à agir, c'était le plus souvent parce qu'il a cru que la personne était endormie ou qu'elle dormait sous l'effet de la substance. Ces résultats donnent à penser qu'il faut renforcer la sensibilisation aux signes d'une intoxication aiguë et au fait que ces signes peuvent être confondus avec le sommeil, afin que les témoins soient mieux à même de reconnaître l'urgence médicale.

Parmi les autres raisons pour lesquelles les témoins n'ont pas agi immédiatement, mentionnons le fait de ne pas avoir accès à un téléphone pour appeler le 911 ou de ne pas avoir eu de naloxone à portée de main. L'amélioration de l'accès à la naloxone et des moyens d'appeler les services de santé d'urgence augmenterait la capacité des témoins à agir plus rapidement.

Les efforts ciblés d'éducation et de sensibilisation du public à l'intoxication de l'approvisionnement en drogues, à la capacité de reconnaître une surdose et d'intervenir ainsi qu'à la réduction de la stigmatisation entourant la consommation de substances dans cette population restent importants. Il convient également de noter que la période étudiée correspond aux premiers stades de la crise des surdoses, avant l'augmentation importante des efforts de communication et de diffusion de messages qui a eu lieu depuis.

Certains des jeunes de cette étude étaient légalement majeurs tandis que d'autres étaient mineurs. Or il existe de grandes différences dans la manière dont les lois, les politiques et les pratiques sont appliquées à ces deux groupes³⁶. Alors que les jeunes mineurs sont souvent regroupés dans les analyses en raison de leur faible

nombre, les interventions qui les concernent doivent prendre en compte les rôles des parents et des tuteurs ainsi que les droits des enfants.

Forces et limites

Cette étude fournit une base de référence importante pour l'analyse des décès par intoxication aiguë chez les jeunes Canadiens à l'échelle nationale dans la mesure où elle porte sur le début de la crise des surdoses. Les données des coroners et des médecins légistes fournissent des détails sur les circonstances du décès, comme le lieu du décès et la présence de témoins, et sont souvent plus complètes que d'autres sources de données sur les décès.

Cependant, il est important de noter que les enquêtes sur les décès n'ont pas été méthodologiquement conçues pour recueillir les variables d'intérêt utilisées pour notre étude et que certaines variables sont plus susceptibles que d'autres de contenir des données manquantes. Les renseignements protégés par la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*³³, comme les antécédents d'incarcération, ont pu être moins disponibles dans les dossiers d'enquête sur les décès des jeunes. D'après les chiffres de la Colombie-Britannique¹², les dossiers d'enquête sur les décès fournissent une documentation limitée sur les services à l'enfance, à la jeunesse ou à la famille reçus par les jeunes qui sont décédés. Par conséquent, comme l'information est manquante pour un grand nombre de nos variables d'intérêt, les résultats de cette analyse offrent des proportions minimales des caractéristiques des jeunes et les taux de décès et proportions présentés sont vraisemblablement sous-estimés.

L'approvisionnement en drogues et les facteurs de stress environnementaux ont changé depuis la période étudiée (2016 et 2017), en particulier durant les années de la pandémie de COVID-19. Certains résultats peuvent ne plus être aussi pertinents pour les jeunes d'aujourd'hui, car les substances contribuant aux décès et les pratiques de réduction des méfaits adoptées par les jeunes peuvent avoir changé depuis 2017. Les données sont contradictoires quant à savoir si la consommation de substances chez les jeunes a diminué ou augmenté pendant la pandémie de COVID-19 et les changements dans les schémas de consommation de substances peuvent être attribuables à d'autres facteurs⁴⁰⁻⁴³.

Si l'on se base sur une comparaison des jeunes de 15 à 24 ans décédés en raison d'une intoxication aiguë liée aux opioïdes au cours de la période pandémique par rapport à la période pré-pandémique en Ontario, nous pourrions nous attendre, pour l'ensemble du Canada et pour les années récentes depuis la période couverte par notre étude, à une augmentation de la proportion de décès auxquels le fentanyl non pharmaceutique ou les benzodiazépines ont contribué, à un moins grand nombre de décès à l'extérieur et à une augmentation de la consommation de substances par inhalation ou en fumant⁶. Cependant, comme le rythme des changements et le contexte de la crise des surdoses sont variables d'une province et d'un territoire à l'autre, il est difficile d'extrapoler à l'échelle nationale à partir des résultats d'une seule province.

Malgré le fait que la période étudiée remonte à quelques années, cette étude a permis d'identifier en amont des facteurs préoccupants très répandus chez les jeunes décédés en raison d'une intoxication aiguë et elle peut donc servir de base de référence pour les études à venir.

Conclusion

Cette étude fournit une base de référence importante sur le début de la crise des surdoses en matière d'analyse des décès par intoxication aiguë chez les jeunes Canadiens à l'échelle nationale et elle va de ce fait faciliter les études ultérieures sur l'évolution de la crise au fil du temps. De plus, la compréhension des caractéristiques des jeunes décédés par intoxication aiguë accidentelle, des substances qui ont contribué à leur décès et des circonstances de ces décès peut éclairer les politiques et les programmes sociaux et de réduction des méfaits afin de mieux répondre aux besoins des jeunes et de prévenir d'autres décès par intoxication aiguë. En outre, ces résultats soulignent la nécessité de mettre en œuvre des interventions de prévention précoce portant sur la santé mentale, l'exposition aux traumatismes, le chômage ainsi que l'itinérance afin de réduire les méfaits de la consommation de substances chez les jeunes Canadiens.

Remerciements

Nous tenons à remercier nos collaborateurs des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef au Canada de nous avoir donné accès à leurs dossiers

d'enquête sur les décès, ainsi que Jenny Rotondo, Brandi Abele, Songul Bozat-Emre, Matthew Bowes, Jessica Halverson, Dirk Huyer, Beth Jackson, Graham Jones, Jennifer Leason, Regan Murray, Erin Rees et Emily Schleihau pour leur contribution à l'élaboration de l'étude nationale portant sur l'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contributions des auteures et avis

Conception : YSC, AV, KM, FK.

Analyse : YSC, AV.

Rédaction de la première version du manuscrit : YSC.

Relectures et révisions : YSC, AV, KM, FK.

Administration du projet : YSC, AV.

Supervision : AV.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada. Cet article est fondé sur des données et des renseignements compilés et fournis par les bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef du Canada. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations exprimées dans ce rapport sont celles des auteures et ne correspondent pas nécessairement à celles des fournisseurs de données.

Références

1. Institution canadien d'information sur la santé (ICIS). Préjudices liés aux opioïdes au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.): ICIS; 2018 [consultation le 14 août 2023]. En ligne à : <https://www.cchi.ca/fr/prejudices-les-aux-opioides-au-canada>
2. Société canadienne de pédiatrie. Programme canadien de surveillance pédiatrique. Résultats 2022. Ottawa (Ont.) : Société canadienne de pédiatrie; 2023. En ligne à : <https://pcsp.cps.ca/uploads/publications/PCSPResults22.pdf>

3. Whitesell M, Bachand A, Peel J, Brown M. Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *J Addict*. 2013;2013:579310. <https://doi.org/10.1155/2013/579310>
4. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018 : Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes. Ottawa (Ont.): ASPC; 2018 [n° HP2-10E-PDF]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.html>
5. Thatcher DL, Clark DB. Adolescents at risk for substance use disorders: role of psychological dysregulation, endophenotypes, and environmental influences. *Alcohol Res Health*. 2008; 31(2):168-176.
6. Iacono A, Kolla G, Yang J, et al. Opioid toxicity and access to treatment among adolescents and young adults in Ontario. Toronto (Ont.) : Ontario Drug Policy Research Network; 2023. 36 p.
7. Rush B, Urbanoski K, Bassani D, et al. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry*. 2008;53(12):800-809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
8. Statistique Canada. Répercussions sur la santé mentale [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 1^{er} décembre 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s3-fra.htm>
9. Meeker EC, O'Connor BC, Kelly LM, Hodgeman DD, Scheel-Jones AH, Berbary C. The impact of adverse childhood experiences on adolescent health risk indicators in a community sample. *Psychol Trauma*. 2021;13(3): 302-312. <https://doi.org/10.1037/tra0001004>
10. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*. 2017; 112(10):1725-1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>
11. Benny C, Smith BT, Hyshka E, Senthilselvan A, Veugelers PJ, Pabay R. Investigating the association between income inequality in youth and deaths of despair in Canada: a population-based cohort study from 2006 to 2019. *J Epidemiol Community Health*. 2023;77:26-33. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219630>
12. British Columbia Coroners Service. Youth unregulated drug toxicity deaths in British Columbia 2017-2022. Victoria (BC): Government of British Columbia; 2023. 8 p. En ligne à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/youth_drug_toxicity_deaths_2017-2022.pdf
13. Nairn SA, Hawke LD, Isaacs JY, et al. Characterizing the landscape of service provider needs and gaps in services during the Canadian youth polysubstance use health crisis. *Can J Addict*. 2022; 13(Suppl 2):S29-S38. <https://doi.org/10.1097/CXA.0000000000000150>
14. Hawke LD, Zhu N, Relihan J, Darnay K, Henderson J. Addressing Canada's opioid crisis: a qualitative study of the perspectives of youth receiving substance use services. *Can J Addict*. 2022; 13(Suppl 2):S39-S47. <https://doi.org/10.1097/CXA.0000000000000148>
15. Thulien M, Charlesworth R, Anderson H, et al. Navigating treatment in the shadow of the overdose crisis: perspectives of youth experiencing street-involvement across British Columbia. *Can J Addict*. 2022;13(Suppl 2):S62-S71.
16. Khan F, Lynn M, Porter K, Kongnetiman L, Haines-Saah R. "There's no supports for people in addiction, but there's no supports for everyone else around them as well": a qualitative study with parents and other family members supporting youth and young adults. *Can J Addict*. 2022;13(Suppl 2):S72-S82. <https://doi.org/10.1097/cxa.0000000000000149>
17. Santé Canada. Surdosage d'opioïde [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2017 [consultation le 17 novembre 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/surdose.html>
18. Douglas S, Hayashi K, Richardson L, DeBeck K, Kerr T. Social-structural predictors of fentanyl exposure among street involved youth. *Subst Use Misuse*. 2022;57(1):21-26. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1975746>
19. Gilley M, Sivilotti ML, Juurlink DN, Macdonald E, Yao Z, Finkelstein Y. Trends of intentional drug overdose among youth: a population-based cohort study. *Clin Toxicol (Phila)*. 2020;58(7): 711-715. <https://doi.org/10.1080/15563650.2019.1687900>
20. Pabay R, Alcantara C, Kawachi I, Wood E, Kerr T. The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 132(3):603-609. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.04.007>
21. Ross LE, Bauer GR, MacLeod MA, Robinson M, MacKay J, Dobinson C. Mental health and substance use among bisexual youth and non-youth in Ontario, Canada. *PLoS ONE*. 2014; 9(8):e101604. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101604>
22. Rotondo J, VanSteelant A, Kouyoumdjian F, et al. Substance-related acute toxicity deaths in Canada from 2016 to 2017: a protocol for a retrospective chart review study of coroner and medical examiner files. *JMIR Public Health Surveill*. [À paraître 2024.] <https://doi.org/10.2196/49981>
23. Greene SL, Dargan PI, Jones AL. Acute poisoning: understanding 90% of cases in a nutshell. *Postgrad Med J*. 2005; 81(954):204-216. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.024794>
24. Statistique Canada. Recensement de la population 2016 [tableaux de données : Âge (en années) et âge moyen (127) et sexe (3)]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada [n° 98-400-X2016001]; 2017.

25. Statistique Canada. Recensement de la population 2016 [tableaux de données : Première langue officielle parlée (7), situation d'activité (8), plus haut certificat, diplôme ou grade (15), statut d'immigrant et période d'immigration (11), âge (12A) et sexe (3)]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada [n° 98-400-X2016198]; 2019.
26. Statistique Canada. Recensement de la population 2016 [tableaux de données : Type de logement (5), âge (20) et sexe (3)]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada [n° 98-400-X2016021]; 2019.
27. Statistique Canada. Recensement de la population 2016 [tableaux de données : Type de logement collectif (16), âge (20) et sexe (3)]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada [n° 98-400-X2016018]; 2019.
28. Statistique Canada. Statistique Canada, Base canadienne de données de l'état civil - Décès (BCDECD) [Internet]. Ottawa (Ont.): Statistique Canada; 2022. En ligne à : <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233>
29. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)'s Trauma and Justice Strategic Initiative. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville (MD): SAMHSA; 2014. 27 p. En ligne à : https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
30. Statistique Canada. Fichier de conversion des codes postaux MO plus (FCCP +) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2023 [consultation le 14 août 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82F0086X>
31. Krassowski M, Arts M, Lagger C. Max.krassowski/complex-upset: v1.3.5. Zenodo; 2020. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3700590>
32. R Core Team. The R project: a language and environment for statistical computing. Vienna (AT): R Foundation for Statistical Computing; 2021. <https://www.R-project.org/>
33. *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, ch. 1)* [Internet]. Ottawa (Ont) : Gouvernement du Canada; 2002. En ligne à : <https://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/y-1.5/index.html>
34. Setién-Suero E, Suárez-Pinilla P, Ferro A, Tabarés-Seisdedos R, Crespo-Facorro B, Ayesa-Arriola R. Childhood trauma and substance use underlying psychosis: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1):1748342. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1748342>
35. Santé Canada. Service d'analyse des drogues : Rapport sommaire des échantillons analysés 2016 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 14 août 2023]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/service-analyse-drogues/2016-service-analyse-drogues-rapport-sommaire-echantillons-analyses.html>
36. Barrett D, Stoicescu C, Thumath M, et al. Child-centred harm reduction. *Int J Drug Policy.* 2022;109:103857. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103857>
37. Harris J. Harm reduction interventions to prevent overdose deaths. [Policy Insight.] *Can J Health Technol.* 2021; 1(8). <https://doi.org/10.5173/cjht.2021.112>
38. Santé Canada. Approvisionnement plus sécuritaire [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2021 [consultation le 17 novembre 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/repondre-crise-opioides-canada/approvisionnement-plus-securitaire.html>
39. Fernando S, Hawkins J, Kniseley M. The overdose crisis and using alone: perspectives of people who use drugs in rural and semi-urban areas of British Columbia. *Subst Use Misuse.* 2022;57(12):1864-1872. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2120361>
40. Commission de la santé mentale du Canada; Centre canadien sur la dépendance et l'usage de drogues; Léger. Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Les jeunes, les aînés et la stigmatisation [rapport] Ottawa (Ont.) : Commission de la santé mentale du Canada; 2021 [consultation le 17 novembre 2022]. 28 p. En ligne à : <https://commissionssantementale.ca/resource/sondage-covid-19-jeunes-aines-stigmatisation/>
41. Romano I, Patte KA, de Groh M, Jiang Y, Leatherdale ST. Perceptions et respect des premières restrictions liées à la COVID-19 et associations avec la consommation de substances chez les jeunes au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* 2022;42(11/12): 540-552. <https://doi.org/10.24095/hpcd.42.11/12.03>
42. Zolopa C, Burack JA, O'Connor RM, et al. Changes in youth mental health, psychological wellbeing, and substance use during the COVID-19 pandemic: a rapid review. *Adolescent Res Rev.* 2022;7(2):161-177. <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00185-6>
43. Layman HM, Thorisdottir IE, Halldorsdottir T, Sigfusdottir ID, Allegrante JP, Kristjansson AL. Substance use among youth during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Curr Psychiatry Rep.* 2022; 24(6):307-324. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01338-z>