

Recherche quantitative originale

Association entre la COVID-19 et les visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta (Canada) : analyse de séries temporelles interrompues

Kelsey A. Speed, M. Sc. (1); Hauwa Bwala, D.M.V. (1); Nicole D. Gehring, M. Sc. (1); Marawan Ahmed, Ph. D. (2); Kathryn Dong, M.D. (3); Parabhdeep Lail, M.D. (4); Shanell Twan (5); Gillian Harvey, M.A. (6); Patrick McLane, Ph. D. (3,7); Ginetta Salvalaggio, M.D. (8); T. Cameron Wild, Ph. D. (1); Klaudia Dmitrienko, M.A. (9); Joshua Hathaway, M. Sc. (9); Elaine Hyshka, Ph. D. (1)

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

Article de recherche par Speed KA et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)

Résumé

Introduction. Les services d'urgence sont des points d'accès important aux soins de santé pour les personnes qui consomment des drogues, mais on ne sait pas véritablement si le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à des changements dans les visites à l'urgence liées aux opioïdes. Nous avons cherché à savoir si 1) le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à un changement quelconque des taux moyens de visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta et 2) si ces taux moyens variaient selon les zones présentant des taux de cas de COVID-19 différents.

Méthodologie. Nous avons mené des analyses de séries temporelles interrompues par maximum de vraisemblance afin de comparer les visites à l'urgence liées aux opioïdes pendant la « période pré-pandémique » (du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020) et pendant la « période pandémique » (du 2 mars 2020 au 14 mars 2021).

Résultats. Il y a eu 8883 visites à l'urgence liées aux opioïdes durant la période pré-pandémique et 11 657 durant la période pandémique. Le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à une augmentation du nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes (Edmonton : rapport des taux d'incidence [RTI] = 1,37, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,30 à 1,44, $p < 0,05$; Calgary : RTI = 1,14, IC à 95 % : 1,07 à 1,20, $p < 0,05$; autres zones sanitaires : RTI = 1,14, IC à 95 % : 1,07 à 1,21, $p < 0,05$). L'évolution du nombre de cas COVID-19 n'offre pas de correspondance en fonction des zones avec les variations dans les taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes.

Conclusion. Il n'y a aucune association entre l'augmentation du nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes ayant eu lieu au début de la pandémie de COVID-19 et la prévalence des cas de COVID-19 en Alberta.

Mots-clés : COVID-19, consommation d'opioïdes, médecine d'urgence, santé publique, personnes qui consomment des drogues, consommation de substances, surdose de drogue



Points saillants

- La pandémie de COVID-19 a conduit à une aggravation des méfaits chez les personnes qui consomment des drogues, notamment en raison de la réduction de capacité des services de santé et des services sociaux.
- Nous avons comparé le nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de l'année précédant la pandémie (du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020) à celui de la première année de la pandémie (du 2 mars 2020 au 14 mars 2021).
- Le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à une augmentation du nombre de visites à l'urgence liée aux opioïdes, qui n'était pas liée à la prévalence des cas de COVID-19.
- Des travaux de recherche sont nécessaires pour déterminer comment soutenir au mieux les personnes qui consomment des drogues lors d'une prochaine pandémie et d'autres situations d'urgence.

Rattachement des auteurs :

1. École de santé publique, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
2. Quantitative Solutions, Applied Pharmaceutical Innovation, Edmonton (Alberta), Canada
3. Département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
4. Département de médecine, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada
5. The Alberta Alliance Who Educate and Advocate Responsibly (AAWEAR), Edmonton (Alberta), Canada
6. Département d'art et de design, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
7. Réseau clinique stratégique d'urgence, Services de santé Alberta (Alberta), Canada
8. Département de médecine familiale, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
9. Services de santé Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Correspondance : Elaine Hyshka, 4-061 Edmonton Clinic Health Academy, 11405 87 Ave. NW, Edmonton (Alberta) T6G 1C9; tél. : 780-613-5105; courriel : ehyshka@ualberta.ca

Introduction

Au Canada, la pandémie de COVID-19 a coïncidé avec la crise d'intoxication aux drogues en cours, exacerbant ainsi les risques pour les personnes qui consomment des drogues^{1,2}. Cette situation a été particulièrement manifeste en Alberta, où ces deux crises de santé publique ont entraîné une mortalité importante³⁻⁵. La fermeture des frontières et la perturbation des chaînes d'approvisionnement ont accru la contamination, la toxicité et le coût des drogues illicites⁶⁻⁹. L'isolement social et les difficultés financières et psychologiques ont pu inciter certaines personnes à consommer des substances pour composer avec la situation^{6,8-10}. La réduction des services de santé et des services sociaux non urgents destinés aux personnes qui consomment des drogues a limité la capacité de ces services à mettre en place des mesures renforcées de prévention et de contrôle des infections¹¹, ce qui a restreint l'accès aux services de consommation supervisée³, aux soins primaires¹², aux installations de gestion et de traitement du sevrage¹³, aux fournitures stériles de consommation de drogues, aux trousseaux de naloxone et aux services de vérification des drogues^{14,15}. Par conséquent, davantage de personnes ont consommé des drogues seules ou dans d'autres conditions dangereuses pendant des périodes plus longues, augmentant ainsi leur risque d'intoxication et d'infection¹⁶ et la probabilité qu'elles aient besoin de soins d'urgence¹⁷.

La pandémie de COVID-19 et les mesures de prévention et de contrôle des infections qui en ont découlé ont entraîné des changements quant au nombre de personnes sollicitant des soins d'urgence et à la manière dont ces services ont été dispensés. Le nombre total de personnes sollicitant des soins d'urgence a diminué peu après le début de la pandémie¹⁸, probablement en raison des craintes de transmission de la COVID-19 à l'hôpital, de la diminution du nombre de blessures résultant des ordonnances de confinement et de la réduction du nombre d'interventions en milieu hospitalier non liées à la COVID-19¹⁹. Le personnel des services d'urgence a également modifié sa façon d'effectuer le triage des personnes qui consomment des drogues et d'intervenir auprès d'elles, a réduit la prescription de traitements par agonistes opioïdes²⁰ et a modifié les rendez-vous avec le personnel de soutien auxiliaire (comme les conseillers) de la prestation en personne à la prestation à

distance, ce qui a nui à l'établissement de rapports avec les patients et réduit l'aiguillage vers des services communautaires après le congé des services d'urgence¹⁴. Ce point est particulièrement important, car les services d'urgence sont des points d'accès clés aux soins de santé pour les personnes qui consomment des drogues, et les fournisseurs de soins de santé à l'urgence peuvent atténuer les méfaits futurs grâce au traitement par agonistes opioïdes²¹⁻²³, en distribuant de la naloxone et en orientant les patients vers des services communautaires²⁴.

On ne sait pas encore exactement comment la pandémie de COVID-19 et ses répercussions sur les services d'urgence ont affecté les visites à l'urgence liées aux opioïdes. Nous avons réalisé cette étude pour savoir si 1) le début de la pandémie de COVID-19 était associé à un changement des taux moyens de visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta et si 2) ce changement des taux moyens variait en fonction des zones présentant des taux différents de cas de COVID-19. Nous avons formulé l'hypothèse que 1) le début de la pandémie de COVID-19 était corrélé à des changements dans le taux d'incidence des visites à l'urgence liées aux opioïdes et 2) qu'il existait une association entre les tendances du nombre de cas de COVID-19 et le taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes selon les zones.

Méthodologie

Approbation par un comité d'éthique

Le Comité d'éthique de la recherche 3 (Comité d'éthique de la recherche en santé – Groupe de travail sur la santé) de l'Université de l'Alberta a donné son approbation en matière d'éthique (Pro00103203); une renonciation de consentement ou un consentement éclairé des participants n'était pas nécessaire, puisque nous avons extrait des données administratives sur la santé anonymisées.

Modèle d'étude

Nous avons mené une analyse de séries temporelles interrompues pour vérifier si l'incidence des visites à l'urgence liées aux opioïdes en Alberta avait changé au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 (appelée « période pandémique », soit du 2 mars 2020 au 14 mars 2021) par rapport à avant la pandémie (appelée « période pré-pandémique », soit

du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020) à l'aide du dénombrement des visites à l'urgence liées aux opioïdes sur des périodes de 2 semaines. Les analyses de séries temporelles interrompues sont couramment utilisées dans les études d'observation en santé publique afin d'effectuer des comparaisons « avant et après » en tenant compte des tendances temporelles pré-existantes, de la saisonnalité et d'autres facteurs de confusion variables au fil du temps²⁵. La période pandémique a été définie d'après la mise en œuvre des protocoles de réponse à la COVID-19 dans les établissements de soins actifs de l'Alberta (au début du mois de mars 2020) et nous avons créé des périodes pré-pandémique et pandémique de même durée (27 points de données de périodes de 2 semaines chacune) pour l'analyse « avant et après ».

L'Alberta est régie par une seule autorité de santé provinciale (Services de santé Alberta/Alberta Health Services)²⁶ qui se compose de cinq zones sanitaires distinctes : Nord, Edmonton, Centre, Calgary et Sud²⁷. La taille de la population et la superficie de chaque zone diffèrent : les zones sanitaires d'Edmonton et de Calgary, qui englobent les régions métropolitaines, ont une population plus importante et des superficies moindres que les zones sanitaires Nord, Centre et Sud, qui sont des régions plus rurales. Nous avons recensé 105 services d'urgence (incluant les centres de services ambulatoires et communautaires) dans la province pour lesquels nous disposions de données pour la période visée par l'étude (34 dans la zone sanitaire Nord, 13 dans celle d'Edmonton, 29 dans la zone Centre, 18 dans celle de Calgary et 11 dans la zone Sud). Il existe d'autres services d'urgence dans la province, mais ils ne disposaient pas de toutes les données pour la période visée par notre étude. Nous avons fusionné les zones sanitaires Nord, Sud et Centre pour créer la variable « autres zones sanitaires » en raison du nombre limité de points de données disponibles dans chacune de ces zones, moins peuplées.

Source des données

Nous avons extrait du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) les données sur les visites à l'urgence liées aux opioïdes (c.-à-d. le nombre brut de patients) pour la période allant du 3 mars 2019 au 14 mars 2021. Le SNISA recueille les dossiers médicaux concernant toutes les visites à l'urgence en

Alberta²⁸. Nous avons inclus tous les diagnostics codés selon la CIM-10 correspondant à l'intoxication par l'opium (T40.0), l'intoxication par d'autres opioïdes (T40.2) et l'intoxication par des narcotiques autres ou non spécifiés (T40.6) ainsi les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opioïdes (F11.0 à F11.9). Nous avons extrait les données démographiques (sexe, zone sanitaire) pour toutes les visites à l'urgence associées à ces diagnostics.

Analyse des données

Nous avons évalué les tendances en matière de visites à l'urgence pour des affections liées aux opioïdes sur des périodes de 2 semaines pendant 2 ans en utilisant l'analyse des séries temporelles interrompues par maximum de vraisemblance pour le dénombrement. Nous avons tenté d'établir des corrélations entre les variables avant l'analyse. Des modèles de régression binomiale négative (en raison de la distribution non normale des données et de la surdispersion) ont ensuite

été ajustés pour tester les deux hypothèses de l'étude. Nous avons modélisé les taux directement avec un modèle statistique log-linéaire en incluant le dénombrement comme variable dépendante et nous avons ajusté pour les tendances sous-jacentes, comme la saisonnalité, en incluant les périodes de 2 semaines dans le modèle en tant que variable nominale. Tous les tests d'hypothèse ont été réalisés avec un niveau de signification (alpha) de 0,05. Nous avons effectué des diagnostics de régression après l'estimation, en utilisant notamment des critères d'information de quasi-vraisemblance pour évaluer la qualité de l'ajustement. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel Stata, version 17 (StataCorp LLC, College Station, Texas, États-Unis) à l'aide des commandes « nbreg » et « margins ».

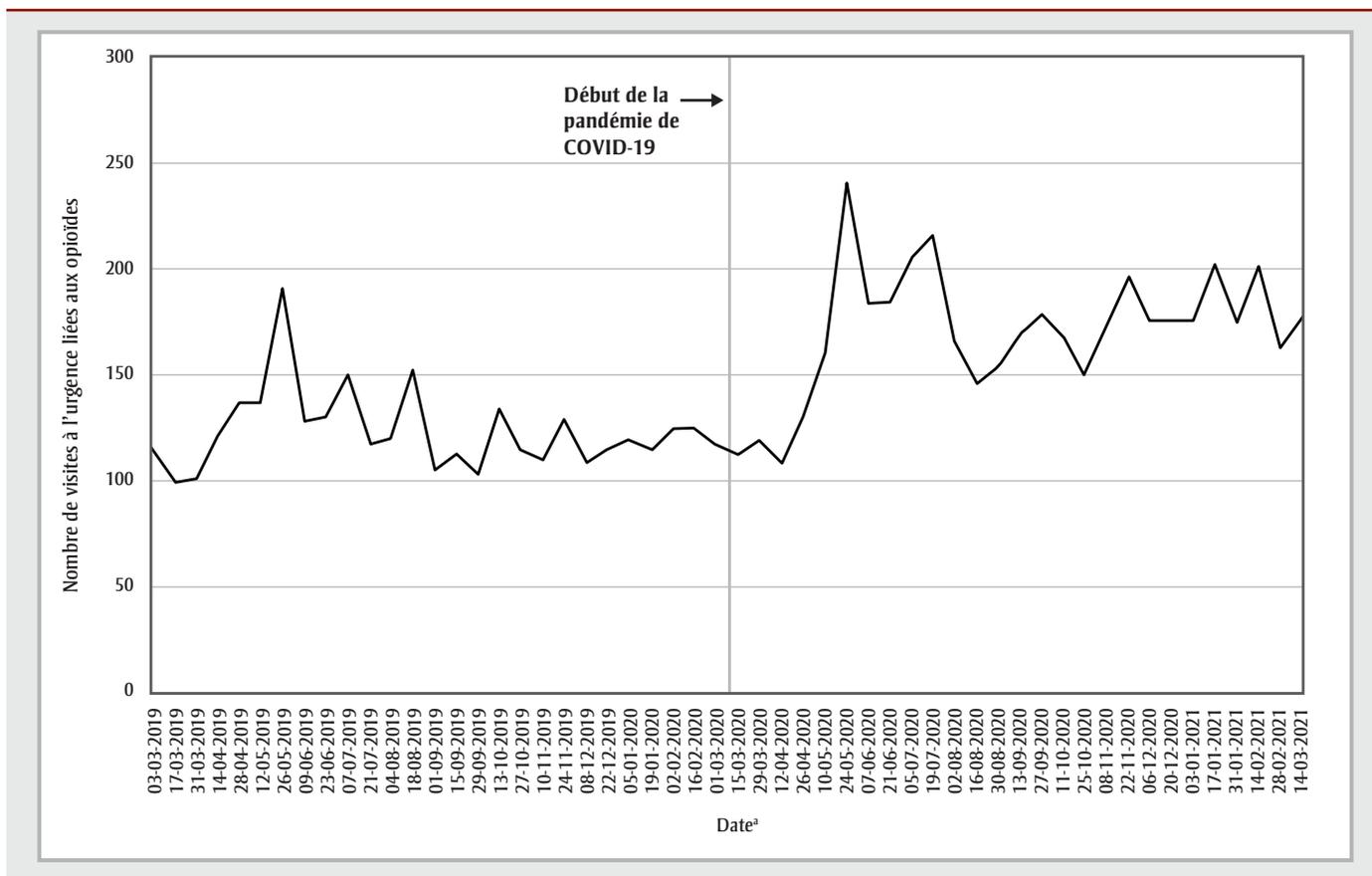
Résultats

Sur l'ensemble de l'Alberta, il y a eu 20540 visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de la période visée par

l'étude, soit 8883 visites (43,2 %) durant la période pré-pandémique et 11 657 visites (56,9 %) durant la période pandémique. Sur l'ensemble de la période visée par l'étude, 7934 visites à l'urgence liées aux opioïdes (38,6 %) ont eu lieu dans la zone sanitaire d'Edmonton, 7 120 (34,7 %) dans la zone sanitaire de Calgary et 5 486 (26,7 %) dans les autres zones sanitaires. Selon la définition du sexe établie par Services de santé Alberta (soit le sexe indiqué sur la pièce d'identité délivrée par le gouvernement et présentée au moment de l'enregistrement), 12338 patients (60,1 %) étaient de sexe masculin et 8202 (39,9 %) de sexe féminin.

Dans la zone sanitaire d'Edmonton, la période pandémique a été associée à une augmentation du taux d'incidence des visites à l'urgence liées aux opioïdes comparativement à la période pré-pandémique (rapport des taux d'incidence [RTI] = 1,37; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,30 à 1,44; $p < 0,05$) (figure 1).

FIGURE 1
Nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de chaque période de deux semaines, du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020 (« période pré-pandémique ») et du 2 mars 2020 au 14 mars 2021 (« période pandémique »), zone sanitaire d'Edmonton (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

La période pandémique a également été associée à une augmentation des taux d'incidence de visites liées aux opioïdes dans la zone sanitaire de Calgary (RTI = 1,14; IC à 95 % : 1,07 à 1,20; $p < 0,05$) et dans les autres zones sanitaires (RTI = 1,14; IC à 95 % : 1,07 à 1,21; $p < 0,05$), quoique dans une moindre mesure que dans la zone sanitaire d'Edmonton (figures 2 et 3).

Les tendances relatives au nombre de cas de COVID-19 entre mars 2020 et mars 2021 ne sont associées aux taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes ni dans la zone sanitaire d'Edmonton (RTI = 1,00; IC à 95 % : 0,99 à 1,00; $p = 0,23$), ni dans celle de Calgary (RTI = 1,00; IC à 95 % : 1,00 à 1,00; $p < 0,05$) (figures 4 et 5). En raison des fluctuations du nombre de cas de COVID-19 dans les autres zones sanitaires, nous n'avons pas été en mesure de modéliser cette relation pour ces zones rurales.

Analyse

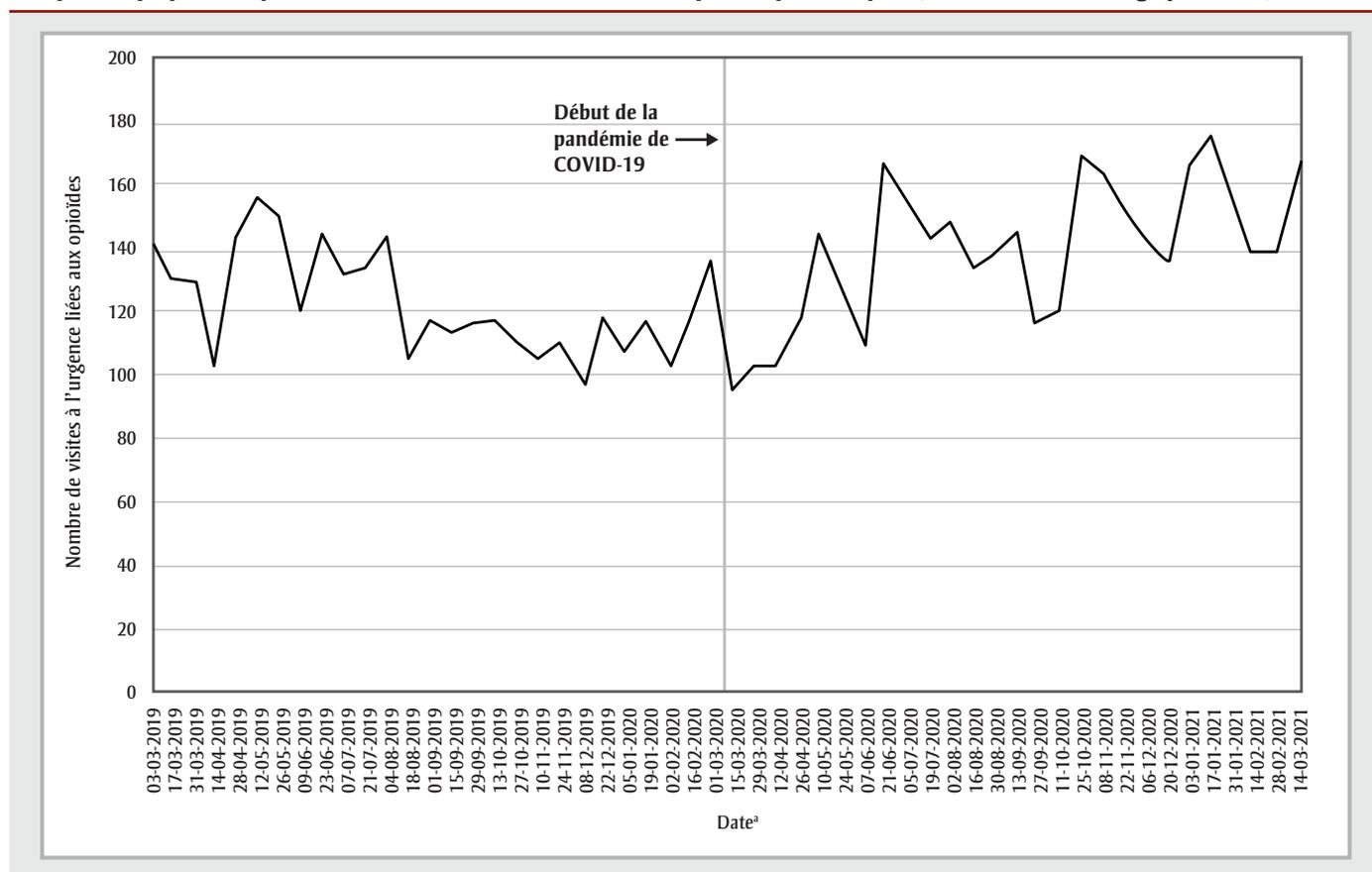
Le début de la pandémie de COVID-19 a été associé à une augmentation du taux de

visites à l'urgence liées aux opioïdes dans les zones sanitaires d'Edmonton, de Calgary et dans les autres zones sanitaires, malgré une diminution générale du nombre de visites à l'urgence en Alberta pour l'ensemble des problèmes de santé en 2019 et 2020²⁹. La zone sanitaire d'Edmonton a enregistré le taux d'incidence le plus élevé de consultations liées aux opioïdes pendant la pandémie de COVID-19. Le modèle de régression a aussi révélé une hausse du nombre absolu moyen de visites à l'urgence pour des problèmes liés aux opioïdes pendant la période pandémique de COVID-19 en Alberta. Cependant, aucune association n'a été établie entre le nombre de cas de COVID-19 et les taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes dans les zones sanitaires d'Edmonton ou de Calgary.

Nos résultats concordent avec ceux d'études menées aux États-Unis³⁰ et offrent un contexte canadien plus que nécessaire pour comprendre l'intersection complexe entre la pandémie de COVID-19 et la crise d'intoxication aux drogues. Compte tenu

des dynamiques distinctes qui interviennent dans la transmission des maladies infectieuses et les méfaits liés à l'intoxication aux drogues, les comparaisons directes entre les réponses de santé publique à chaque crise sont difficiles. Néanmoins, les gouvernements peuvent mobiliser rapidement des ressources et des compétences en réponse à une crise de santé publique. Les efforts visant à atténuer les répercussions de la COVID-19 – notamment les décrets de santé publique (p. ex. les obligations relatives au port du masque et à l'isolement)³¹, la stratégie de vaccination coordonnée³² et la mise en œuvre d'une capacité de pointe dans les services de soins intensifs³³ – ont été mis en place rapidement et maintenus pendant deux ans. La réponse à la crise d'intoxication aux drogues actuelle a varié quant à sa portée et à son rythme, malgré les 8282 décès par intoxication aux opioïdes survenus en Alberta entre janvier 2016 et août 2023³. Des efforts comparables pour atténuer les répercussions de la crise d'intoxication aux drogues pourraient inclure

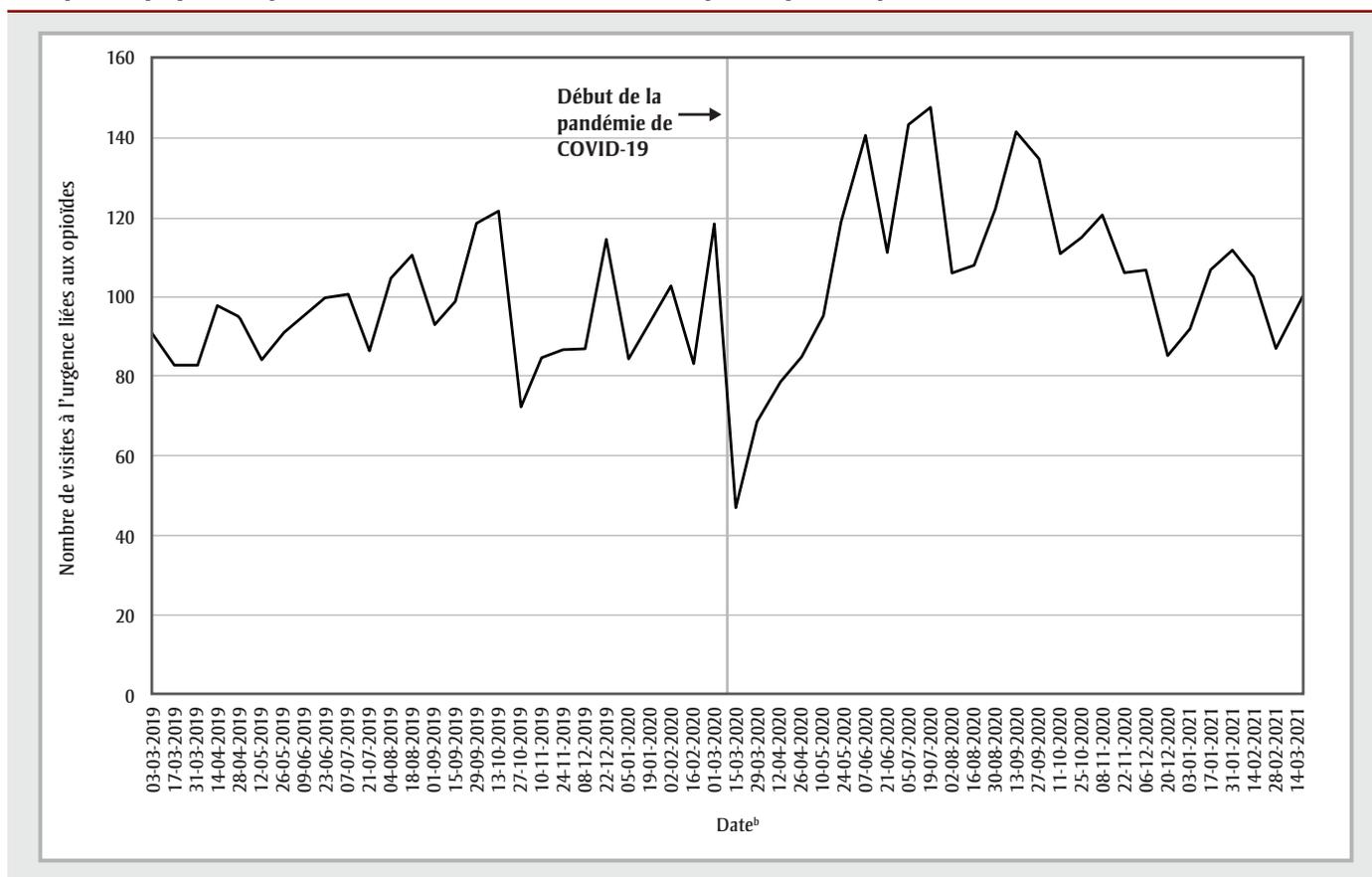
FIGURE 2
Nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de chaque période de deux semaines, du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020 (« période pré-pandémique ») et du 2 mars 2020 au 14 mars 2021 (« période pandémique »), zone sanitaire de Calgary (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

FIGURE 3

Nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes au cours de chaque période de deux semaines, du 3 mars 2019 au 1^{er} mars 2020 (« période prépandémique ») et du 2 mars 2020 au 14 mars 2021 (« période pandémique »), autres zones sanitaires^a, Alberta (Canada)



^a Les zones sanitaires Nord, Sud et Centre de Services de santé Alberta ont été regroupées sous la variable « autres zones sanitaires » en raison du nombre limité de points de données disponibles dans chacune de ces zones moins peuplées.

^b Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

la promotion par les gouvernements d'un accès généralisé à des services et à des options de traitement fondés sur des données probantes (services de consommation supervisée, traitements par agonistes opioïdes) par l'intermédiaire des pharmacies et des cliniques temporaires ou mobiles, entre autres.

En outre, les réponses à ces deux urgences de santé publique étroitement liées ont été largement indépendantes l'une de l'autre, malgré la possibilité d'une exacerbation des méfaits chez les personnes qui consomment des drogues pendant les situations d'urgence et les périodes de changements sociaux importants comme la pandémie de COVID-19⁶. En effet, la hausse rapide et significative des méfaits liés aux opioïdes après le début de la pandémie de COVID-19 constitue une leçon importante pour les urgences de santé publique à venir, car elle met en lumière l'importance d'accorder une attention

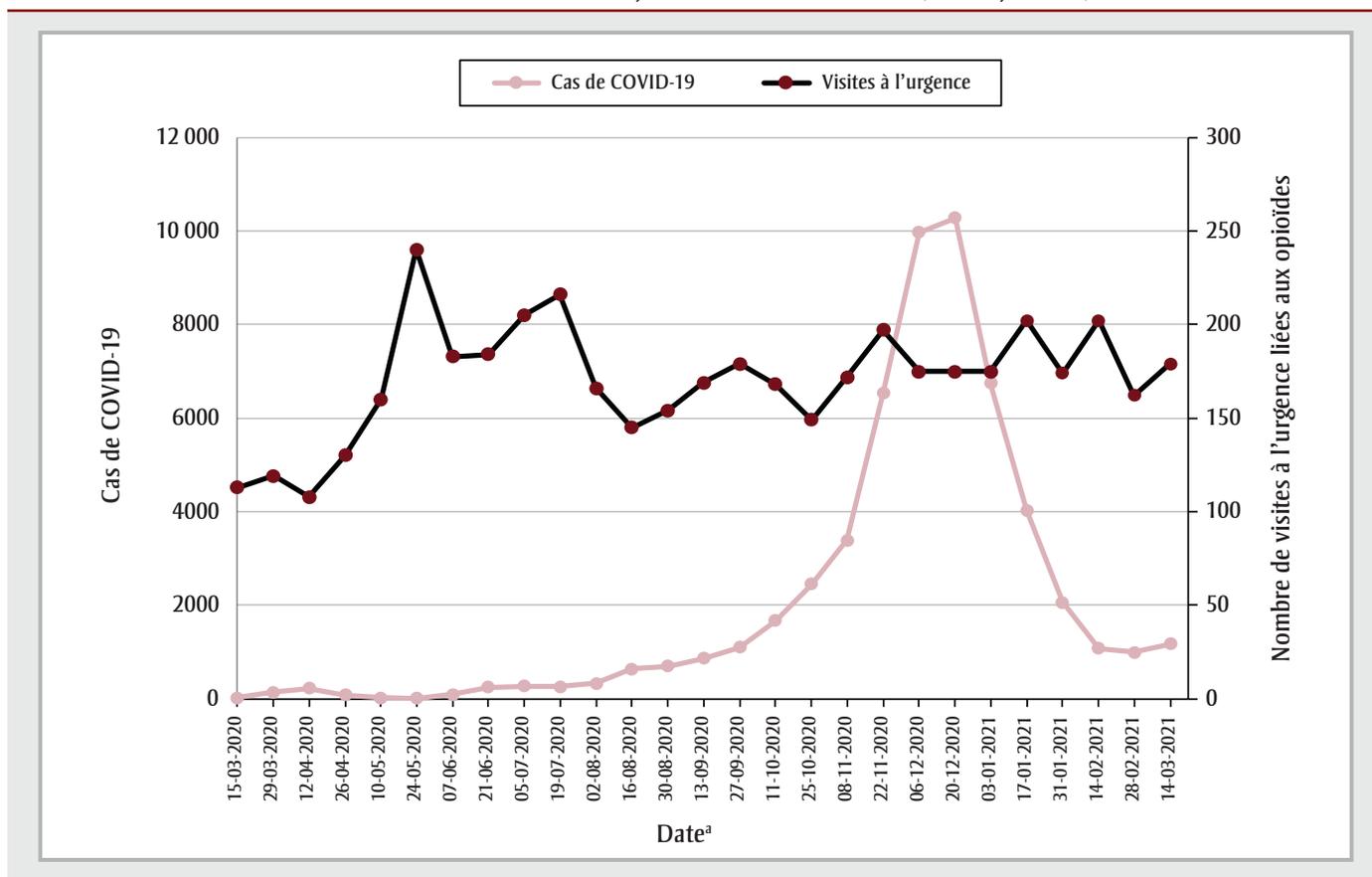
particulière aux besoins des personnes qui consomment des drogues lors de la planification prévisionnelle de prochaines crises de santé publique, dans le contexte toujours actuel de la crise d'intoxication aux drogues. Pour garantir les meilleurs résultats pour la santé des personnes qui consomment des drogues, les gouvernements doivent ainsi mettre en œuvre rapidement des réponses cohérentes fondées sur des données probantes qui tiennent compte de l'interdépendance de ces deux crises de santé publique.

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à l'augmentation plus importante du nombre de visites à l'urgence liée aux opioïdes dans la zone sanitaire d'Edmonton par rapport à celle de Calgary et aux autres zones sanitaires. Nous discutons ici de deux facteurs possibles. Premièrement, il est possible que les différences géographiques relatives à l'offre de drogues illégales aient mené à des taux différents de

toxicité aiguë aux opioïdes dans chacune des zones sanitaires : les données toxicologiques provinciales révèlent la présence de carfentanil dans 20 % des décès de toxicité aiguë liés à un opioïde à Edmonton en 2020 et dans 54 % en 2021, contre seulement 1 % et 5 % de ces décès à Calgary pendant les mêmes périodes³. Le carfentanil, un opioïde de synthèse qui est particulièrement puissant par rapport à d'autres opioïdes (comme l'héroïne et le fentanyl)³⁴, a été associé à des taux accrus de toxicité aiguë et de décès liés aux drogues aux États-Unis³⁵.

Deuxièmement, le nombre de personnes en situation d'itinérance à Edmonton est passé de 1 971 en 2018³⁶ à plus de 3 000 en 2022³⁷, alors que cette population est restée relativement stable à Calgary (2 911 en 2018³⁸ à 2 782 en 2022³⁹). Or l'itinérance a été associée à une augmentation du nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations liées aux opioïdes avant^{40,41} et

FIGURE 4
Nombre de cas de COVID-19 et de visites à l'urgence liées aux opioïdes pour chaque période de 2 semaines, du 15 mars 2020 au 14 mars 2021, zone sanitaire d'Edmonton (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

pendant⁴² la pandémie de COVID-19. En outre, le nombre de décès par intoxication aux opioïdes dans les lieux publics en Alberta a augmenté durant la pandémie³, ce qui semble indiquer un risque plus élevé de conséquences graves liées aux opioïdes nécessitant des soins d'urgence immédiats chez les personnes en situation d'itinérance. Il est possible que la différence entre les taux d'itinérance à Edmonton et à Calgary contribue davantage à l'écart entre les taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes que ce que nous avons constatés dans cette étude.

Les recherches futures devraient vérifier si des changements dans les établissements de soins actifs (comme les nouvelles exigences en matière d'équipement de protection individuelle⁴³), l'épuisement professionnel chez les cliniciens et les travailleurs de la santé⁴⁴ ou d'autres conséquences de la pandémie de COVID-19 ont eu une incidence sur la mise en place d'interventions centrées sur le patient et fondées sur des données probantes pour

les patients des services d'urgence ayant des problèmes liés aux opioïdes.

Forces et limites

Nos constatations font état d'une augmentation du nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes durant la période pandémique, mais notre étude comporte des limites pouvant avoir une influence sur l'interprétation des résultats. Premièrement, le nombre limité de points de données dans les zones sanitaires Nord, Sud et Centre a empêché la réalisation d'une analyse plus nuancée du lien entre la pandémie de COVID-19 et les visites à l'urgence liées aux opioïdes dans les zones situées en dehors des deux grandes villes de la province.

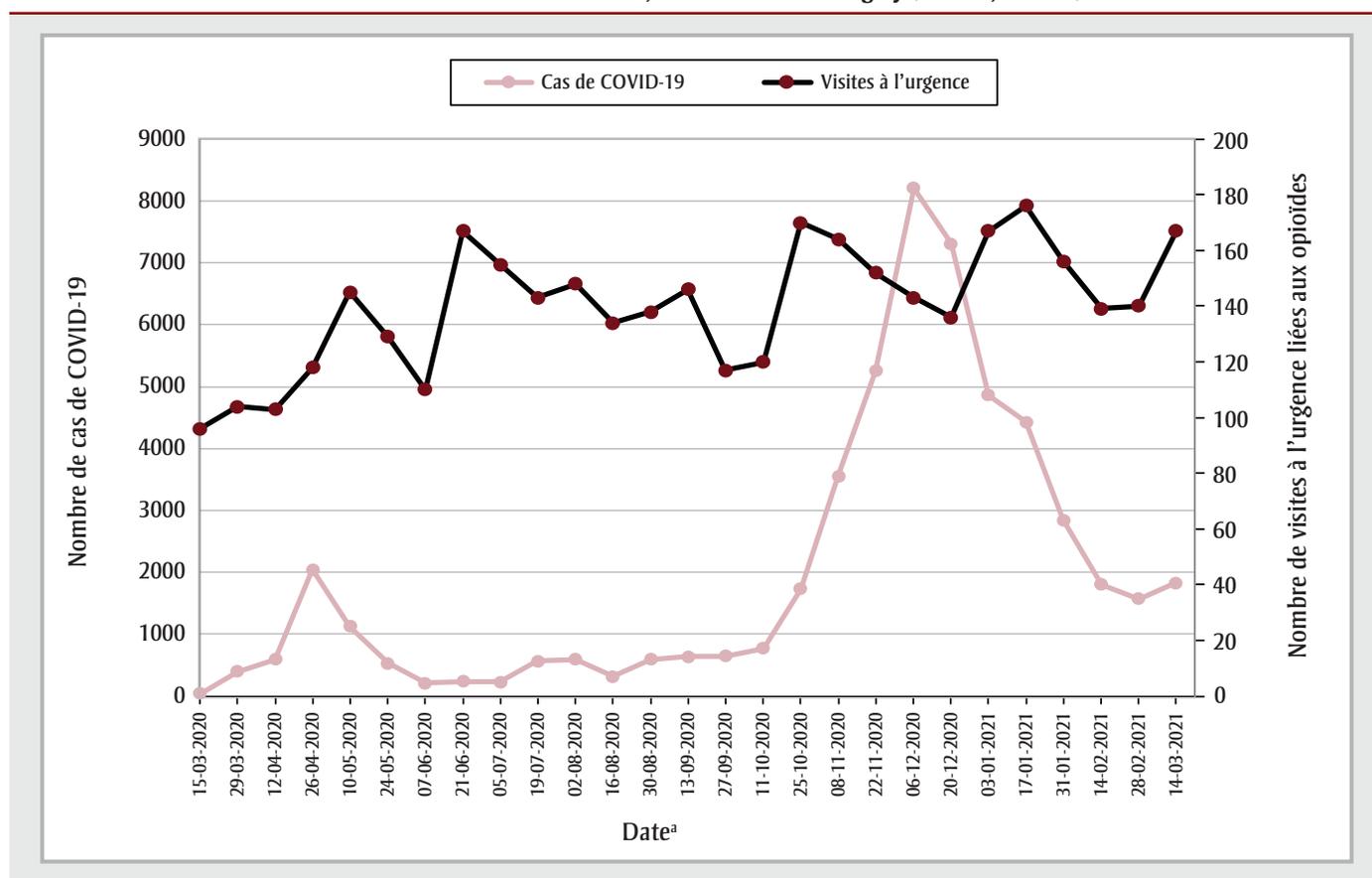
Deuxièmement, cette analyse est fondée sur les codes de la CIM-10 tels qu'ils sont enregistrés dans les données administratives. Or ces codes peuvent être appliqués de façon plus ou moins uniforme (par exemple en raison d'un biais de classification,

d'un diagnostic erroné, de notes cliniques peu claires ou mal interprétées ou de changements dans les pratiques de diagnostic ou de tenue des dossiers au sein des services d'urgence⁴⁵) et sont susceptibles de ne pas refléter le nombre réel de visites à l'urgence liées à la consommation d'opioïdes.

Troisièmement, nous n'avons pas pu tenir compte de la volatilité de l'offre de drogues dans les différentes zones sanitaires au cours de la période visée par notre étude, en raison du manque de renseignements publics fiables sur l'offre de drogues.

Enfin, les données de surveillance de l'Alberta de 2016 à 2022 montrent que les réponses des services médicaux d'urgence aux urgences liées aux opioïdes étaient les plus élevées chez les personnes de 20 à 39 ans, tandis que les hospitalisations étaient les plus élevées chez les personnes de 60 ans ou plus (sauf en 2021, où les personnes de 30 à 39 ans ont affiché le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations)⁴⁶.

FIGURE 5
Nombre de cas de COVID-19 et de visites à l'urgence liées aux opioïdes pour chaque période de 2 semaines, du 15 mars 2020 au 14 mars 2021, zone sanitaire de Calgary (Alberta, Canada)



^a Date de début de chaque période de collecte de données de 2 semaines.

Cependant, comme nous n'avons pu recueillir que l'âge moyen de tous les visiteurs au cours de chaque période de 2 semaines, et non l'âge de chaque visiteur, nous ne pouvons pas analyser l'âge au moment des visites à l'urgence et nous ne sommes pas en mesure de confirmer si les données incluses dans notre étude concordent avec ces tendances. Les recherches futures qui recueillent des données sur l'âge de chaque individu pourraient révéler des tendances significatives en fonction de l'âge dans les visites à l'urgence liées aux opioïdes et pourraient également repérer les groupes démographiques les plus touchés par les situations d'urgence liées aux opioïdes.

Conclusion

Depuis 2020, le Canada a dû faire face simultanément à deux crises de santé publique. La pandémie de COVID-19 et la crise d'intoxication aux drogues ont mis à rude épreuve notre système de soins de santé et entraîné un nombre sans précédent

de décès. Au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, les préjudices subis par les personnes qui consomment des drogues ont été exacerbés et le nombre de visites à l'urgence liées aux opioïdes a augmenté dans toutes les zones sanitaires en Alberta. Le taux de visites à l'urgence liées aux opioïdes s'est révélé plus fortement associé au début de la pandémie dans la zone sanitaire d'Edmonton que dans celle de Calgary ou les autres zones sanitaires. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si la pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur la qualité des soins d'urgence reçus par les personnes qui consomment des drogues en quête de soins et pour comprendre comment mieux les aider à obtenir les meilleurs soins possibles dans les services d'urgence lors d'une prochaine pandémie ou d'une autre situation d'urgence.

Remerciements

Nous remercions Lexis R. Galarneau pour sa précieuse contribution à la mise en

forme du manuscrit, ainsi que May Mrochuk (médecin, utilisatrice de connaissances), Katherine Rittenbach (médecin, co-candidate) et Shelly Vik (collaboratrice) pour leur rôle dans l'obtention de la subvention de fonctionnement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) qui a permis de financer cette étude. Le pôle des Prairies de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives (ICRIS) a donné son appui à l'analyse des données administratives dans le cadre du partenariat ICRIS-SSA pour l'avancement de l'analyse dans le domaine des dépendances.

Financement

Ce projet a été financé par une subvention de fonctionnement des IRSC pour l'élaboration d'adaptations novatrices des services et de la prestation, dans le cadre de la subvention n° 448953. Cette recherche a également été réalisée, en partie, grâce au financement du Programme des Chaires de recherche du Canada par l'entremise

d'une chaire de recherche du Canada de niveau II en innovation des systèmes de santé attribuée à Elaine Hyshka.

Conflits d'intérêts

EH et GS ont reçu une subvention de la Fondation de l'hôpital Royal Alexandra et des IRSC. EH a également reçu une subvention de l'Association canadienne de santé publique, de Santé Canada et de Services de santé Alberta. Elle a également reçu des honoraires de collaboration du magazine Alberta Views, des paiements de frais de voyage de l'AMERSA, de la Communauté de pratique nationale sur l'approvisionnement plus sécuritaire et des IRSC, et a participé à des conseils consultatifs pour Santé Canada, la Société royale du Canada, Services de santé Alberta et la Ville d'Edmonton.

KDong a reçu une subvention de l'Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives, des honoraires de comité de l'Edmonton Zone Medical Staff Association, des paiements de frais de voyage ou de conférence de l'Association canadienne des médecins d'urgence et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ainsi qu'un salaire de dirigeant médical de Services de santé Alberta lors de la réalisation de ces travaux.

PML a reçu une subvention des IRSC, de Services de santé Alberta et du gouvernement métis d'Otipemisiwak. Il a également reçu des honoraires de conférence de l'Association canadienne des médecins d'urgence.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun autre conflit d'intérêts. Tous les autres auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

KAS : rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

HB : organisation des données, analyse formelle, relectures et révisions.

NDG : rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

MA : organisation des données, analyse formelle, relectures et révisions.

KDong : conception, obtention du financement, relectures et révisions.

PL : obtention du financement, relectures et révisions.

ST : obtention du financement, relectures et révisions.

GH : obtention du financement, relectures et révisions.

PML : obtention du financement, relectures et révisions.

GS : conception, obtention du financement, relectures et révisions.

TCW : obtention du financement, relectures et révisions.

KDm : obtention du financement, relectures et révisions.

JH : obtention du financement, organisation des données, analyse formelle, relectures et révisions.

EH : conception, obtention du financement, supervision, relectures et révisions.

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

Références

1. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Ann Intern Med.* 2020;173(1):61-62. <https://doi.org/10.7326/M20-1212>
2. Tam T. Du risque à la résilience : une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [consultation le 3 août 2023]. [N° au catalogue : HP2-10E-PDF]. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf>

3. Government of Alberta. Alberta substance use surveillance system [Internet]. Edmonton (AB): Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 novembre 2023]. En ligne à : <https://healthanalytics.alberta.ca/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F1bbb695d-14b1-4346-b66e-d401a40f53e6§ionIndex=0&ssoguest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false>
4. Moriarty TJ, Boczula AE, Kaur Thind E, Loreto N, McElhaney JE. Surmortalité toutes causes confondues pendant l'épidémie de COVID-19 au Canada : une note de breffage de la SRC [Internet]. Ottawa (Ont.) : Société royale du Canada; 2021. En ligne à : https://rsc-src.ca/sites/default/files/EM%20PB_FR.pdf
5. COVID-19 Resources Canada. Traqueur de surmortalité [Internet]. COVID-19 Resources Canada; 2021 [consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://covid19resources.ca/public/suivi-surmortalite/?lang=fr>
6. Henderson R, McInnes A, Mackey L, Bruised Head M, Crowshoe L, Hann J, et al. Opioid use disorder treatment disruptions during the COVID-19 pandemic and other disasters: a scoping review addressing dual public health emergencies. *BMC Public Health.* 2021; 21(1):1471. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11495-0>
7. United Nations Office on Drugs and Crime. Research Brief: COVID-19 and the drug supply chain: from production and trafficking to use [Internet]. Vienne (AT): UNODC; 2020. En ligne à : <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/Covid-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf>
8. Ali F, Russell C, Nafeh F, Rehm J, LeBlanc S, Elton-Marshall T. Changes in substance supply and use characteristics among people who use drugs (PWUD) during the COVID-19 global pandemic: a national qualitative assessment in Canada. *Int J Drug Policy.* 2021;93:103237. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103237>

9. Nguyen T, Buxton JA. Pathways between COVID-19 public health responses and increasing overdose risks: a rapid review and conceptual framework. *Int J Drug Policy*. 2021;93:103236. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103236>
10. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Alerte du RCCET : Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-CCENDU-19-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-fr.pdf>
11. Hyshka E, Dong K, Meador K, Speed K, Abele B, LeBlanc S, et al. Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19. Guide pratique national version 2 [Internet]. Edmonton (Alberta) : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances; 2022. En ligne à : <https://crism.ca/wp-content/uploads/2023/01/Soutenir-les-personnes-utilisatrices-de-substances-dans-les-centres-daccueil-V2-15-11-2022.pdf>
12. Salvalaggio G, Hyshka E, Brown C, Pinto AD, Halas G, Green L, et al. A comparison of the COVID-19 response for urban underserved patients experiencing healthcare transitions in three Canadian cities. *Can J Public Health*. 2022;113(6):846-866. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00651-7>
13. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la capacité des services de traitement de l'usage de substances au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : CCDUS; 2020. En ligne à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-12/CCSA-COVID-19-Impacts-Pandemic-Substance-Use-Treatment-Capacity-Canada-2020-fr.pdf>
14. Weicker SA, Speed KA, Hyshka E, Mrochuk M, Kosteniuk B, Dong K. Emergency department care for patients who use opioids during the COVID-19 pandemic. *CJEM*. 2022;24(2):123-125. <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00229-1>
15. Grunwald W, Herrington R, King R, Lamberson M, Mackey S, Maruti S, et al. COVID-19: a new barrier to treatment for opioid use disorder in the emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021;2(2):e12403. <https://doi.org/10.1002/emp2.12403>
16. Kennedy MC, Karamouzian M, Kerr T. Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2017;14(5):161-183. <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
17. Bonn M, Palayew A, Bartlett S, Brothers TD, Touesnard N, Tyndall M. Addressing the syndemic of HIV, hepatitis C, overdose, and COVID-19 among people who use drugs: the potential roles for decriminalization and safe supply. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(5):556-560. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.556>
18. Institut canadien d'information sur la santé. Incidence de la COVID-19 sur les services d'urgence [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; 2021 [consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/visites-a-lurgence>
19. Lee DD, Jung H, Lou W, Rauchwerger D, Chartier LB, Masood S, et al. The impact of COVID-19 on a large, Canadian community emergency department. *West J Emerg Med*. 2021;22(3):572-579. <https://doi.org/10.5811/westjem.2021.1.50123>
20. Herring AA, Kalmin M, Speener M, Goodman-Meza D, Snyder H, Campbell A, et al. Sharp decline in hospital and emergency department initiated buprenorphine for opioid use disorder during COVID-19 state of emergency in California. *J Subst Abuse Treat*. 2021;123:108260. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108260>
21. D'Onofrio G, Chawarski MC, O'Connor PG, Pantaloni MV, Busch SH, Owens PH, et al. Emergency department-initiated buprenorphine for opioid dependence with continuation in primary care: outcomes during and after intervention. *J Gen Intern Med*. 2017;32(6):660-666. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-3993-2>
22. Snyder H, Kalmin M, Moulin A, Campbell A, Goodman-Meza D, Padwa H, et al. Rapid adoption of low-threshold buprenorphine treatment at California emergency departments participating in the CA Bridge Program. *Ann Emerg Med*. 2021;78(6):759-772. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.05.024>
23. McLane P, Scott K, Suleman Z, Yee K, Holroyd BR, Dong K, et al. Multi-site intervention to improve emergency department care for patients who live with opioid use disorder: a quantitative evaluation. *CJEM*. 2020;22(6):784-792. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.438>
24. Koh JJ, Klaiman M, Miles I, Cook J, Kumar T, Sheikh H, et al. CAEP position statement: emergency department management of people with opioid use disorder. *CJEM*. 2020;22(6):768-771. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.459>
25. Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol*. 2017;46(1):348-355. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw098>
26. Alberta Health Services. About AHS [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2022 [consultation le 28 novembre 2023]. En ligne à : <https://www.albertahealthservices.ca/about/about.aspx>
27. Alberta Health Services. AHS in my zone [Internet]. Edmonton (AB): AHS; 2023 [consultation le 28 novembre 2023]. En ligne à : <https://www.albertahealthservices.ca/zones/zones.aspx>
28. Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS; [consultation le 4 janvier 2023]. En ligne à : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-national-dinformation-sur-les-soins-ambulatoires-snisa>

29. Government of Alberta. Welcome to the Interactive Health Data Application [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; [consultation le 5 juillet 2022]. En ligne à : http://www.ahw.gov.ab.ca/IHDA_Retrieval/
30. Soares WE, Melnick ER, Nath B, D'Onofrio G, Paek H, Skains RM, et al. Emergency department visits for nonfatal opioid overdose during the COVID-19 pandemic across 6 US health care systems. *Ann Emerg Med.* 2022;79(2):158-167. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.03.013>
31. Government of Alberta. COVID-19 info for Albertans [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 avril 2022]. En ligne à : <https://www.alberta.ca/coronavirus-info-for-albertans>
32. Government of Alberta. COVID-19 vaccine [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 avril 2022]. En ligne à : <https://www.alberta.ca/coronavirus-info-for-albertans#vaccine>
33. Alberta Health Services. AHS facilities: temporary service disruptions & ICU updates [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2022 [consultation le 28 avril 2022]. En ligne à : <https://www.albertahealthservices.ca/br/page17593.aspx>
34. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2018;38(6):255-266. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02f>
35. Jalal H, Burke DS. Carfentanil and the rise and fall of overdose deaths in the United States. *Addiction.* 2021; 116(6):1593-1599. <https://doi.org/10.1111/add.15260>
36. Homeless Hub. Community profiles, Edmonton [Internet]. Toronto (Ont.) : Homeless Hub; [consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://www.homelesshub.ca/community-profile/edmonton>
37. Chacon C. City looking at different options to address increase in homelessness in Edmonton [Internet]. Edmonton (AB) : Global News; 6 avril 2022 [mise à jour le 7 avril 2022; consultation le 30 avril 2022]. En ligne à : <https://globalnews.ca/news/8741501/edmonton-homeless-camps-city-idea-housing/>
38. Homeless Hub. Community profiles, Calgary [Internet]. Toronto (Ont.) : Homeless Hub; [consultation le 4 juillet 2022]. En ligne à : <https://www.homelesshub.ca/community-profile/calgary>
39. Calgary Homeless Foundation. Calgary point-in-time homeless count report 2022 [Internet]. Calgary (AB) : Calgary Homeless Foundation; 2022. En ligne à : <https://www.calgaryhomeless.com/wp-content/uploads/2024/04/CHF-PiT-Count-Report2022.pdf>
40. Yamamoto A, Needleman J, Gelberg L, Kominski G, Shoptaw S, Tsugawa Y. Association between homelessness and opioid overdose and opioid-related hospital admissions/emergency department visits. *Soc Sci Med.* 2019; 242:112585. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112585>
41. Milaney K, Passi J, Zaretsky L, Liu T, O'Gorman CM, Hill L, et al. Drug use, homelessness and health: responding to the opioid overdose crisis with housing and harm reduction services. *Harm Reduct J.* 2021;18(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00539-8>
42. Liu M, Richard L, Campitelli MA, Nisenbaum R, Dosani N, Dhalla IA, et al. Drug overdoses during the COVID-19 pandemic among recently homeless individuals. *Addiction.* 2022; 117(6):1692-1701. <https://doi.org/10.1111/add.15823>
43. Ng-Kamstra J, Stelfox HT, Fiest K, Conly J, Leigh JP. Perspectives on personal protective equipment in acute care facilities during the COVID-19 pandemic. *CMAJ.* 2020;192(28):E805-809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200575>
44. Maunder RG, Heeney ND, Strudwick G, Shin HD, O'Neill B, Young N, et al.; Ontario COVID-19 Science Advisory Table and Mental Health Working Group. Burnout in hospital-based healthcare workers during COVID-19. *Science Table COVID-19 Advisory for Ontario;* 2021;2(46). <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.46.1.0>
45. Nicholls SG, Langan SM, Benchimol EI. Routinely collected data: the importance of high-quality diagnostic coding to research. *CMAJ.* 2017;189(33):E1054-1055. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170807>
46. Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2023 [consultation le 4 août 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>