



Types de préjudices liés aux opioïdes dans les hôpitaux canadiens : comparaisons entre le Canada et l’Australie



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-744-4 (PDF)

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Types de préjudices liés aux opioïdes dans les hôpitaux canadiens : comparaisons entre le Canada et l'Australie*. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

This publication is also available in English under the title *Types of Opioid Harms in Canadian Hospitals: Comparing Canada and Australia*.

ISBN 978-1-77109-743-7 (PDF)

Table des matières

Remerciements	4
Sommaire	4
À propos du présent rapport	6
Pourquoi établir des comparaisons entre le Canada et l’Australie?	6
Préjudices liés aux opioïdes au Canada	11
Utilisation d’opioïdes	12
Types de préjudices liés aux opioïdes	14
Caractéristiques des patients	21
Visites au service d’urgence et séjours à l’hôpital	21
Âge et sexe	23
Type de région	26
Revenu	27
Portrait à l’échelle des systèmes	30
Visites au service d’urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes	30
Séjours à l’hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes	40
Préjudices liés aux opioïdes au Canada et en Australie	48
Conclusion	54
Annexe A : Notes techniques	56
Annexe B : Données canadiennes et australiennes	58
Annexe C : Codification des groupes de préjudices liés aux opioïdes	59
Annexe D : Codification des soins spécialisés	62
Annexe E : Codification des autres opioïdes et des opioïdes non précisés	63
Annexe F : Statistiques sommaires sur les groupes de préjudices liés aux opioïdes	65
Annexe G : Texte de remplacement pour les figures	67
Références	83

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à remercier les personnes et les organismes suivants pour leur contribution à la réalisation du présent rapport :

- L'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) ayant collaboré étroitement à l'élaboration du rapport, nous souhaitons souligner son apport précieux dans le cadre de notre partenariat.
- Nous tenons également à remercier Michael Otterstatter du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (BCCDC) de nous avoir donné accès aux données du BCCDC et d'avoir permis qu'elles soient utilisées aux fins du rapport.

Ce rapport est le fruit d'une collaboration entre de nombreuses divisions de l'ICIS. Nous souhaitons remercier les nombreuses équipes et personnes dont l'expertise et le temps ont été mis à contribution de diverses façons.

Notez que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Sommaire

Le Canada fait face à une crise des opioïdes. L'usage d'opioïdes peut conduire à des problèmes de dépendance, à des préjudices comme les surdoses ou les intoxications accidentelles, le suicide, les accidents de véhicule automobile et les infections consécutives à l'injection de substances, ainsi qu'à de nombreux problèmes sociaux et affectifs¹. En 2017, le taux estimé de décès liés aux opioïdes au Canada se chiffrait à 10,9 par 100 000 habitants².

Des représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) ont travaillé de concert en vue de produire des estimations comparables, au sein de leur pays respectif, sur l'usage d'opioïdes et sur les préjudices qui y sont associés. Ils ont voulu par ce travail de collaboration explorer l'utilité des comparaisons internationales, analyser la comparabilité de diverses banques de données et définir les différences et les similitudes entre les 2 pays. Leurs travaux permettront en outre de mieux comprendre la crise des opioïdes qui sévit au Canada ainsi que les répercussions des préjudices liés aux opioïdes, qui vont au-delà des intoxications observées dans le milieu des soins hospitaliers³.

Le présent rapport brosse le portrait des séjours à l'hôpital et des visites au service d'urgence attribuables à 5 types de préjudices liés aux opioïdes :

- les intoxications accidentelles (comprend les intoxications avec intention non déterminée);
- les intoxications intentionnelles;
- la dépendance aux opioïdes;
- les réactions indésirables aux médicaments;
- les autres préjudices.

Voici quelques constatations clés tirées du rapport :

- Il est difficile d'établir des comparaisons directes entre le Canada et l'Australie, car chacun des pays se heurte à des problèmes d'opioïdes distincts (respectivement le fentanyl et l'héroïne) et utilise des processus différents dans ses hôpitaux.
- Bien qu'il s'agisse des préjudices liés aux opioïdes les plus graves, les intoxications aux opioïdes ne sont que la partie émergée de l'iceberg puisqu'ils représentent environ le tiers de tous les préjudices liés aux opioïdes observés dans les hôpitaux et les services d'urgence.
- 5 profils distincts ont été dressés pour les cas de préjudices liés aux opioïdes, ce qui donne à penser que diverses stratégies devront être envisagées pour résoudre les problèmes découlant de l'usage d'opioïdes. Ces profils varient selon les milieux de soins, notamment la collectivité, le service d'urgence et l'hôpital. L'analyse doit donc tenir compte de l'ensemble des milieux de soins.
 - Au Canada, le fentanyl est la principale cause de décès liés aux opioïdes survenant à l'extérieur des hôpitaux. Toutefois, les opioïdes plus fréquemment prescrits comme la codéine, la morphine ou l'oxycodone sont à l'origine de la plupart des visites à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes.
 - Les personnes qui prennent des opioïdes utilisent habituellement le système de santé plus souvent et sont plus susceptibles de quitter l'hôpital contre l'avis du médecin que la population générale.
 - Les intoxications sont plus fréquentes chez les jeunes, mais une proportion plus marquée des ressources est affectée aux personnes plus âgées qui nécessitent des soins plus complexes en raison de l'utilisation d'opioïdes.

À propos du présent rapport

Des représentants de l'ICIS et de l'AIHW ont travaillé de concert en vue de produire des estimations comparables, au sein de leur pays respectif, sur l'usage d'opioïdes et sur les préjudices qui en découlent⁴. Ils ont choisi ce sujet d'analyse car les opioïdes soulèvent des préoccupations au Canada et en Australie et touchent la plupart des pays développés. Ils ont voulu par cette collaboration explorer l'utilité des comparaisons internationales en matière d'opioïdes, analyser la comparabilité de diverses banques de données et définir les différences et les similitudes entre les 2 pays.

Pourquoi établir des comparaisons entre le Canada et l'Australie?

Il est tout à fait naturel de comparer le Canada et l'Australie. En effet, les 2 pays ont des profils démographiques similaires, des systèmes de santé semblables (services principalement financés par le secteur public) et des gardiens de données exclusifs pour les données relatives aux hôpitaux et aux services d'urgence (l'ICIS et l'AIHW, respectivement); ils utilisent aussi le même système pour codifier les données (CIM-10ⁱ).

Tableau 1 Mesures démographiques du Canada et de l'Australie

Caractéristiques démographiques	Canada	Australie
Sexe (pourcentage de femmes)	50 %	50 %
Espérance de vie à la naissance	81,9 ans	82,3 ans
Âge médian	42,2 ans	38,7 ans
Population âgée de 25 à 54 ans (active)	40 %	41 %
Population habitant dans une région urbaine	82 %	90 %
Dépenses de santé (pourcentage du PIB)	10 %	10 %
Soins de santé payés par le secteur privé	33 %	30 %

Remarque

PIB : produit intérieur brut.

Sources

Canada

Statistique Canada. [Rapport sur l'état de la population du Canada](#). Consulté le 24 juillet 2018.

Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances des dépenses nationales de santé](#). Consulté le 24 juillet 2018.

Australie

Australian Bureau of Statistics. [3101.0 — Australian demographic statistics, Dec 2017](#). Consulté le 24 juillet 2018.

Australian Institute of Health and Welfare. [Australia's Health 2018](#). 2018.

IndexMundi. [Australia demographics profile 2018](#). Consulté le 24 juillet 2018.

i. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version.

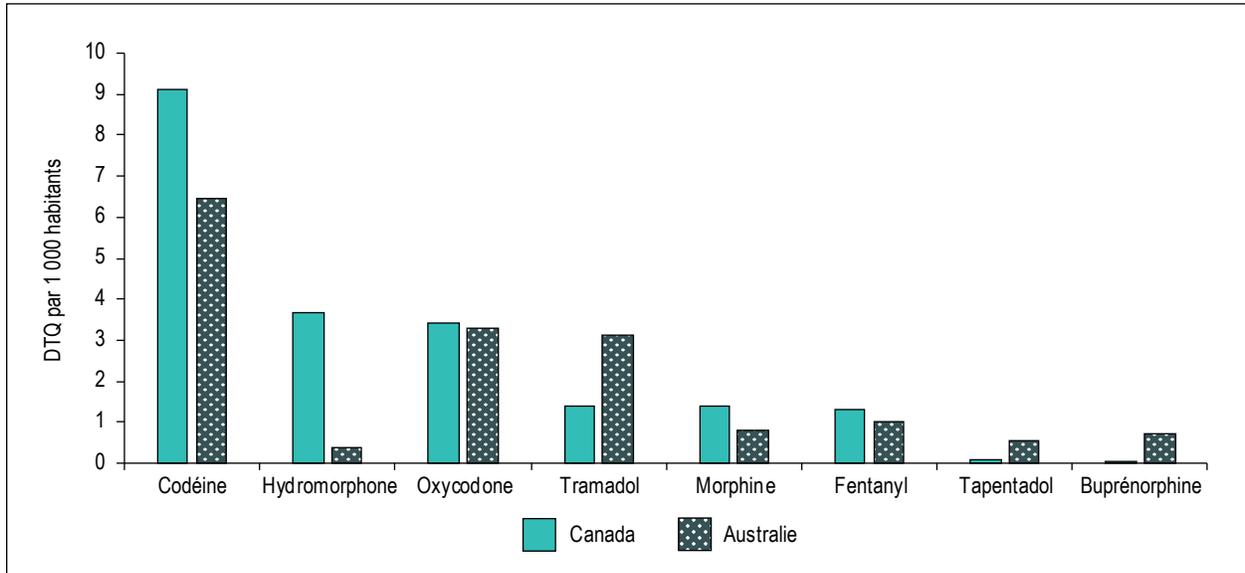
Accessibilité et utilisation des opioïdes au Canada et en Australie

Les problèmes liés à l'utilisation d'opioïdes auxquels le Canada et l'Australie font face découlent à la fois de l'usage licite (médicaments prescrits) et de l'usage illicite d'opioïdes, mais les types d'opioïdes en cause ne sont pas systématiquement les mêmes. Il est donc essentiel d'analyser ces différences pour comprendre les variations observées dans les préjudices liés aux opioïdes et les points de prestation des soins.

Au cours des dernières années, le Canada et l'Australie ont misé sur des campagnes visant à inciter les médecins à adopter des pratiques responsables en matière de prescription d'opioïdes. Dans l'ensemble, une tendance à la baisse (selon les doses thérapeutiques quotidiennes; voir la définition dans les remarques de la figure 1 ci-dessous) a été observée dans les 2 pays en ce qui a trait à l'utilisation d'opioïdes prescrits au cours des 5 années qui ont précédé 2016-2017. Par contre, les types d'opioïdes prescrits diffèrent : l'hydromorphone était fort présente au Canada, alors que le tramadol et la buprénorphine étaient courants en Australie.

Les opioïdes prescrits à des fins médicales sont généralement sécuritaires s'ils sont utilisés conformément aux prescriptions. Ils peuvent toutefois s'avérer nocifs si on en fait un mauvais usage, par exemple si la quantité utilisée dépasse la dose prescrite ou si d'autres médicaments ou de l'alcool sont consommés de façon concomitante. Les opioïdes naturels comme l'oxycodone, la codéine et la morphine figurent parmi les opioïdes les plus souvent consignés lors de séjours à l'hôpital découlant d'une intoxication aux opioïdes au Canada et en Australie.

Figure 1 Nombre de doses thérapeutiques quotidiennes délivrées, Canada et Australie, 2017



Remarques

DTQ : dose thérapeutique quotidienne.

Les résultats des territoires du Canada n'étaient pas disponibles.

Les DTQ sont définies par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux. Il s'agit d'une mesure normalisée de la consommation qui tient compte de la puissance variable des médicaments. Elle n'est pas destinée à un usage clinique en vue de tenir compte de l'effet analgésique de chaque opioïde.

Sources

Données préparées à l'aide de l'information extraite de CompuScript d'IQVIA (Canada). Les données de la Pharmaceutical Benefits Scheme analysées par l'AIHW sont tenues à jour par le ministère de la Santé et proviennent du Department of Human Services (Australie).

Les comparaisons entre les 2 pays sont plus éloquentes si les drogues illicites entrent en ligne de compte. Au fil des ans, l'Australie a été plus exposée que le Canada aux ravages de l'héroïne qui, proportionnellement, demeure une cause importante de préjudices liés aux opioïdes dans ce pays. L'usage d'héroïne et les préjudices qui y sont associés ont culminé vers la fin des années 1990 en Australie, alors que les taux de décès enregistrés ont atteint des sommets inégalés. Bien que les taux d'utilisation et de décès aient considérablement diminué depuis, l'Australie compte encore une population vieillissante d'héroïnomanes invétérés⁵. De nos jours, le taux d'utilisation d'héroïne observé en Australie est faible comparativement à celui des autres opioïdes, mais il demeure plus marqué qu'au Canada et continue d'être une cause préoccupante de préjudices liés aux opioïdes.

L'usage illicite de fentanyl est plus répandu au Canada qu'en Australie. Selon les plus récentes estimations concernant les substances réglementées saisies au Canada (de janvier à mars 2018), le fentanyl figure au premier rang des opioïdes détectés les plus fréquemment saisis⁶. Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique signale que sur 5 drogues consommées dans les centres d'injection supervisée de la province, 4 contiennent du fentanyl, et que sur 5 décès par surdose, 3 sont attribuables à des drogues contenant du fentanyl⁷. Le fentanyl entre souvent dans la composition d'autres drogues à l'insu des utilisateurs. En Australie, l'héroïne représente 95 % des opioïdes saisis, de sorte que la saisie de fentanyl ne constitue pas une catégorie distincte.

Comme les tendances en matière d'utilisation d'opioïdes diffèrent, les trajectoires et l'expérience des utilisateurs dans le système hospitalier diffèrent, tout comme les stratégies à adopter pour leur offrir des soins. Par exemple, selon une étude sur les décès par surdose d'opioïdes menée en Colombie-Britannique, les victimes de surdose ont été de grands utilisateurs des services d'urgence (y faisant des visites répétées) dans les 6 mois précédant leur décès⁸. Mais, ironie du sort, l'étude révèle aussi que dans 17 cas sur 20, aucun appel n'a été effectué au 911, soit parce que la personne était seule au moment de la surdose, soit parce qu'elle craignait les répercussions⁷. Les données indiquent aussi que de nombreuses intoxications mènent au décès en dehors des milieux de soins de courte durée⁹. Les interventions sont donc axées sur la prévention des surdoses (plus précisément, sur l'administration de naloxone) plutôt que sur le traitement de la toxicomanie. Les professionnels de la santé utilisent la naloxone, un antidote à l'intoxication aux opioïdes, pour contrer les surdoses d'opioïdes. Désormais plus accessible en cas de besoin, la naloxone est efficace si elle est administrée par un intervenant formé à cet effet¹⁰.

Les résultats des comparaisons et des analyses doivent être interprétés avec précaution. Par exemple, en plus des données sur le traitement de la toxicomanie, l'AIHW détient des renseignements sur les ordonnances qui sont plus détaillés que ceux du Canada. Toutefois, comme les médicaments faisant l'objet d'une ordonnance ou d'un mauvais usage diffèrent, les comparaisons ne sont pas toujours pertinentes.

Au-delà des intoxications aux opioïdes

Ce travail de collaboration permet aussi au Canada de mieux comprendre les caractéristiques des personnes qui ont effectué une visite au service d'urgence ou qui ont été hospitalisées en raison de préjudices liés aux opioïdes autres qu'une intoxication.

Les travaux cadrent avec l'engagement de l'ICIS à fournir de l'information sur les [opioïdes au Canada](#)³. Les analyses s'appuient sur des comparaisons internationales avec l'Australie (voir le tableau 3). Elles intègrent également les données de l'étude Cohorte provinciale de la Colombie-Britannique sur les surdoses, car l'ICIS ne détient aucune donnée comparable sur les services d'urgence de cette province^{11, 12}. Ceci permet de broser un portrait plus complet de la situation, notamment de combler certaines lacunes en matière de données (voir ci-dessous).



Considérations techniques

Nos analyses reposent sur des données administratives provenant des établissements de soins de courte durée et des services d'urgence. Ces données ne visent que les utilisateurs d'opioïdes qui interagissent avec le secteur des soins de courte durée. Comme ce point de contact constitue l'unité d'analyse, certains cas de préjudices liés aux opioïdes sont exclus du rapport, par exemple les personnes qui ont subi une intoxication aiguë, mais qui ne se sont pas présentées à l'hôpital ou qui sont décédées avant l'arrivée des secours. L'annexe A présente des renseignements supplémentaires sur la méthodologie et les sources de données.

Remarque : Il est obligatoire d'attribuer un code de cause externe pour préciser l'intention lorsqu'un code d'intoxication aux opioïdes est consigné. De plus, conformément à la norme pancanadienne de codification des empoisonnements, les cas d'intoxication devraient être automatiquement classés comme étant accidentels lorsque la documentation ne fait pas état de l'intention. Si la documentation indique clairement qu'il s'agit d'un geste intentionnel ou d'une intention non déterminée, ils sont classés en conséquence. Il n'est pas toujours possible d'accéder à la documentation du médecin pour définir l'intention qui sous-tend l'intoxication aux opioïdes.

Préjudices liés aux opioïdes au Canada

Selon les estimations, un Canadien sur 5 éprouve des douleurs chroniques et peut devoir attendre longtemps avant d'obtenir un traitement^{13, 14}. La douleur peut être aiguë (p. ex. à la suite d'une blessure, d'une intervention chirurgicale ou d'une maladie en phase terminale) ou chronique et persistante (p. ex. en raison d'affections telles que l'arthrite)¹⁴. L'utilisation des opioïdes pour soulager la douleur est complexe. Bien que les opioïdes contribuent à apaiser la douleur, il faut en soupeser soigneusement les avantages et les risques et, dans la mesure du possible, privilégier des méthodes non pharmacologiques comme la physiothérapie ou la méditation^{15, 16}.

Les Canadiens figurent parmi les plus grands consommateurs d'opioïdes d'ordonnance au monde, en raison notamment du laxisme en matière de prescription et des tactiques de commercialisation vigoureuses^{14, 17}. En 2017, 21,3 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été exécutées au Canada¹⁸. Par contre, la prescription de fentanyl diminue; toute hausse du nombre de décès liés à cet opioïde pourrait provenir d'une augmentation de l'usage illicite¹⁹.

Les taux de surdose d'opioïdes sont élevés en Amérique du Nord, en particulier aux États-Unis, de sorte que ce type de surdose a été défini comme un domaine d'intervention prioritaire dans le cadre des services de santé et d'initiatives stratégiques connexes. Les gouvernements et les milieux de la recherche de pays présentant des profils démographiques et des dépenses de santé similaires, par exemple l'Australie, prennent des mesures visant à réduire le mauvais usage des opioïdes et leur utilisation à des fins non médicales²⁰.

Les dispensateurs de soins et les médecins canadiens sont de plus en plus sensibilisés aux préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes^{16, 21}. Le volet canadien de Choisir avec soin a lancé la campagne [Prescrire des opioïdes avec soin](#), qui vise à réduire les préjudices associés à la prescription d'opioïdes en encourageant les discussions réfléchies entre les professionnels de la santé et les patients²². Au moment de la rédaction du présent rapport, 15 recommandations issues de spécialités cliniques ont été formulées relativement à des situations dans lesquelles les opioïdes ne devraient pas être le traitement de première intention. Au Canada, le nombre total d'ordonnances a diminué de 1,9 % de 2016 à 2017. Il s'agit de la première baisse observée depuis 2012¹⁸.

Le gouvernement fédéral offre également du soutien, appuyant des projets pluriannuels axés sur les traitements et l'amélioration de la collecte de données. Les gouvernements provinciaux et territoriaux prennent pour leur part des mesures concrètes pour répondre aux besoins de leurs populations. Presque toutes les autorités compétentes ont adopté leurs propres stratégies d'intervention, ou sont en train de le faire, et ont créé des comités pour gérer la situation. Ces mesures visent notamment à modifier les pratiques de prescription et à accroître l'accès à des options de traitement par agoniste opioïde tel que la méthadone¹⁹. Enfin, l'ICIS joue un rôle de premier plan dans la collecte et l'analyse des données sur l'usage d'opioïdes et les préjudices qui y sont associés dans l'ensemble du pays. Le fait de mieux comprendre les caractéristiques des patients qui subissent de tels préjudices permettra aux médecins et aux patients de prendre des décisions plus judicieuses, ce qui, à terme, améliorera la santé des Canadiens.

Utilisation d'opioïdes

Les opioïdes d'ordonnance englobent des médicaments de nature et de puissance variées, par exemple la codéine, le fentanyl, la morphine, l'oxycodone et l'hydromorphone²³.

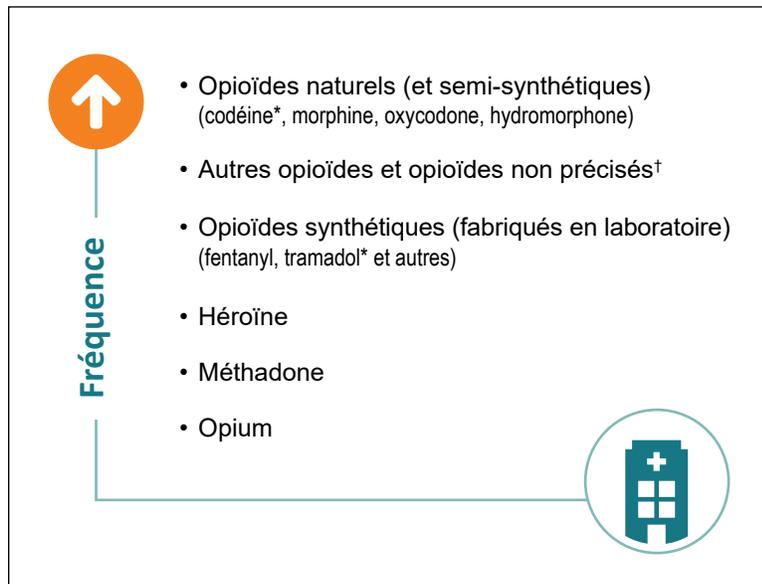
Au Canada, les visites à l'hôpital en raison d'une intoxication aux opioïdes sont le plus souvent attribuables aux opioïdes naturels. Cette catégorie d'opioïdes comprend la codéine, la morphine, l'oxycodone et l'hydromorphone.



Considérations techniques

Les opioïdes d'ordonnance sont parfois utilisés à des fins non médicales, à l'encontre des recommandations des prescripteurs. Il peut être difficile de distinguer l'utilisation à des fins médicales de l'utilisation à des fins non médicales (l'usage licite de l'usage illicite). Par exemple, un médicament prescrit peut être utilisé à des fins non médicales si la fréquence et la force des doses sont modifiées en vue d'atteindre un état d'euphorie. L'usage illicite d'opioïdes peut aussi englober des opioïdes fabriqués ou obtenus illégalement, ce qui peut être le cas pour l'héroïne et le fentanyl. Le présent rapport rend compte des types d'opioïdes, mais il contient peu d'information sur la façon dont les patients obtiennent les produits. L'usage illicite d'opioïdes influe considérablement sur les préjudices liés aux opioïdes observés dans certaines autorités compétentes.

Figure 2 Fréquence des visites à l'hôpital, selon l'opioïde



Remarques

- * La codéine et le tramadol sont considérés comme des opioïdes faibles. Les autres opioïdes indiqués, par exemple la morphine, l'oxycodone et l'hydromorphone, sont considérés comme des opioïdes puissants.
- † Une liste exhaustive des autres opioïdes et des opioïdes non précisés figure à l'annexe E.

21,3 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été exécutées en 2017. Dans 96 % des cas, elles visaient l'un des 6 opioïdes suivants : codéine, oxycodone, hydromorphone, morphine, tramadol et fentanyl¹⁸.

La prescription d'opioïdes soulève des préoccupations depuis près de 10 ans, une hausse des décès liés à la consommation d'opioïdes ayant même déjà été signalée en 2000²⁴. Les tendances en matière de prescription évoluent lentement. Bien que le nombre d'ordonnances soit en baisse, c'est la quantité d'opioïdes prescrits dans ces ordonnances qui a la plus forte incidence. En effet, le nombre de doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants a diminué de 10,1 % entre 2016 et 2017 et continue d'afficher des tendances à la baisse. De 2016 à 2017, le fentanyl a enregistré la plus forte baisse, soit près de 23 %, et le tramadol, la plus faible, soit un peu moins de 1 %¹⁸.



Considérations techniques

La dose thérapeutique quotidienne est la dose d'entretien moyenne par jour pour un médicament utilisé selon son indication principale chez l'adulte.

Ensemble, la diminution de la quantité d'opioïdes par ordonnance et la baisse du nombre d'ordonnances envoient comme message que la quantité d'opioïdes délivrés au Canada a baissé.

Pour en savoir plus sur la prescription d'opioïdes, consultez le rapport de l'ICIS [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017](#).

Types de préjudices liés aux opioïdes

Le présent rapport examine 5 types de préjudices liés aux opioïdes observés dans le cadre des visites au service d'urgence ou des séjours à l'hôpital :

- **Intoxication accidentelle :**

intoxication ou exposition involontaire aux opioïdes (ce qui inclut une intoxication avec intention non déterminée).

- **Intoxication intentionnelle :**

auto-intoxication ou exposition intentionnelle aux opioïdes.



Considérations techniques

Les renseignements sur les opioïdes en cause ne sont recueillis que dans le cas d'intoxications accidentelles et intentionnelles.

- **Dépendance aux opioïdes :** phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques résultant d'un usage répété d'opioïdes qui comprennent la difficulté à contrôler l'utilisation d'opioïdes, l'utilisation continue en dépit des conséquences préjudiciables et les symptômes de sevrage qui accompagnent l'arrêt ou la réduction de l'utilisation.
- **Réaction indésirable aux médicaments :** réaction indésirable découlant de la prise d'opioïdes conformément aux directives du médecin. Remarque : Les préjudices découlant d'une prise de médicaments *non conforme aux directives du médecin* sont classés dans une catégorie distincte de préjudices.
- **Autres préjudices :** autres troubles de santé mentale, troubles du comportement ou intoxications découlant de l'utilisation d'opioïdes (ce qui comprend les intoxications aiguës ou les autres formes d'utilisation préjudiciables, comme l'usage de médicaments non prescrits ou une utilisation non conforme aux directives du médecin, et les autres troubles mentaux liés à l'utilisation d'opioïdes). Il se peut que de tels cas, malgré la présence de profils similaires, ne soient pas classés à titre d'intoxication ou de dépendance aux opioïdes, car l'épisode de soins ne satisfaisait pas aux critères de codification pour la visite au service d'urgence ou à l'hôpital.

Les activités actuelles et passées de l'ICIS en matière de [déclaration de données sur les opioïdes](#) sont axées sur les préjudices directement associés aux intoxications³. Les variations par province ou territoire et par grand centre urbain, ainsi que l'usage d'héroïne et de drogues synthétiques, ont fait l'objet d'une analyse approfondie.

Cohorte provinciale de la Colombie-Britannique sur les surdoses

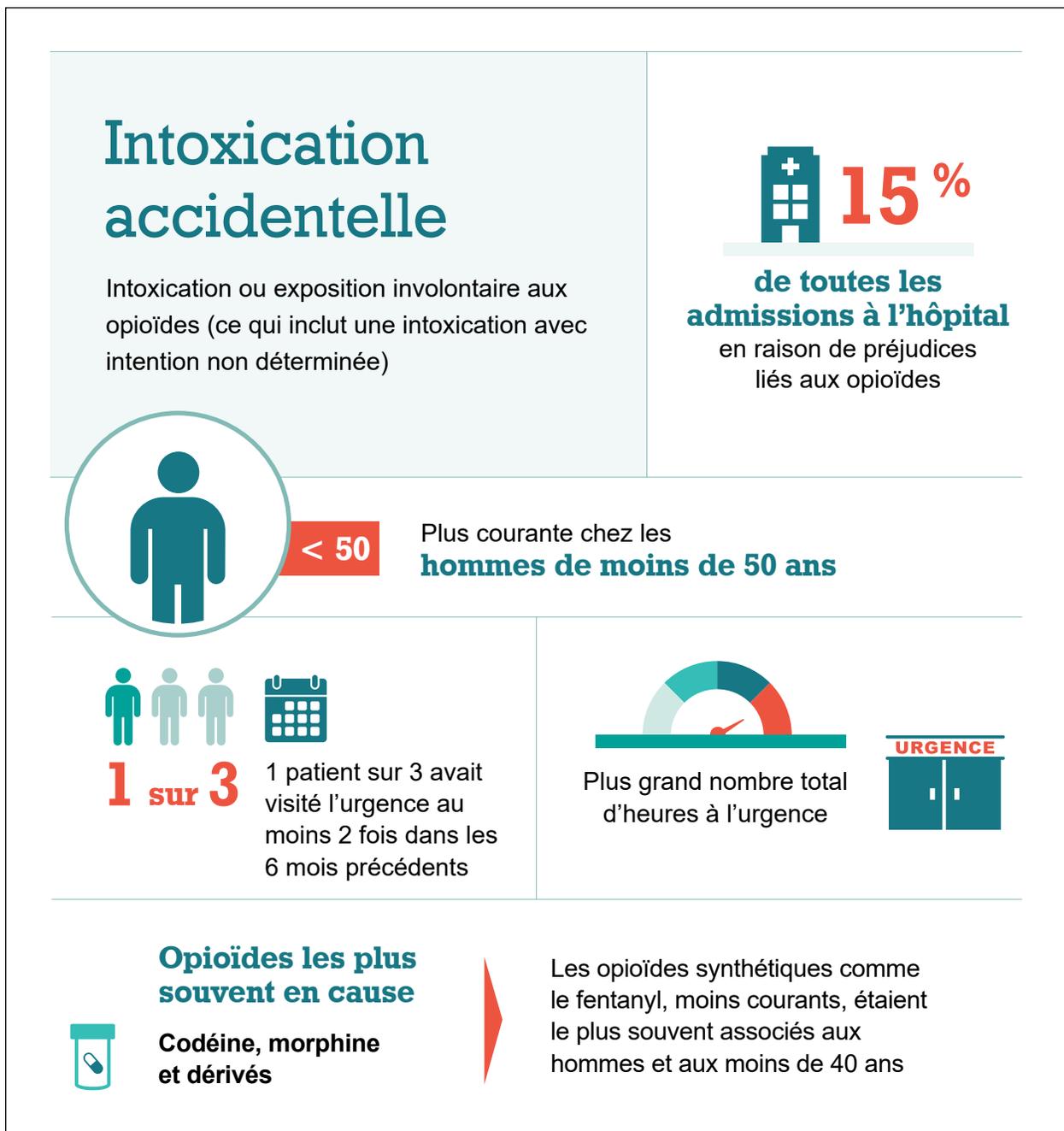
En 2016, le médecin hygiéniste de la Colombie-Britannique a déclaré une urgence de santé publique à la suite de la hausse du nombre de cas de surdoses et de décès liés aux opioïdes²⁶. Dans le cadre des mesures visant à contrer cette hausse de surdoses, le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique a créé un fichier de données administratives couplées sur la santé servant à analyser en profondeur les cas de surdoses aux opioïdes en Colombie-Britannique¹². Les résultats préliminaires de cette étude appelée Cohorte provinciale de la Colombie-Britannique sur les surdoses sont désormais accessibles et comblent des lacunes en matière de connaissance de l'utilisation des services de santé par les victimes de surdoses²⁷.

Aux fins de la cohorte, 10 455 personnes ayant subi au moins une surdose (mortelle ou non) liée aux drogues entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 novembre 2016 ont été identifiées. Elles ont ensuite été comparées à un groupe témoin composé de 52 275 résidents affichant des caractéristiques semblables au chapitre du sexe, de l'âge et du lieu de résidence.

En Colombie-Britannique, dans près d'un cas de surdose sur 6, aucune visite au service d'urgence ou à l'hôpital ni aucune consultation auprès d'un médecin exerçant en milieu communautaire n'a été effectuée dans l'année précédant la surdose. D'où la nécessité de prendre des mesures d'intervention accessibles dans un contexte autre que médical, par exemple dans des centres de consommation supervisée ou de prévention des surdoses ou par l'entremise d'organismes qui défendent les droits des utilisateurs de drogues.

Remarque : Dans le contexte de l'étude menée en Colombie-Britannique, le terme « surdose » correspond au terme « intoxication » utilisé dans les codes de la CIM-10. Le présent rapport intègre les données, dans la mesure où elles sont comparables, de l'étude Cohorte provinciale de la Colombie-Britannique sur les surdoses aux données de l'ICIS.

Figure 3 Profil des cas d'intoxication accidentelle

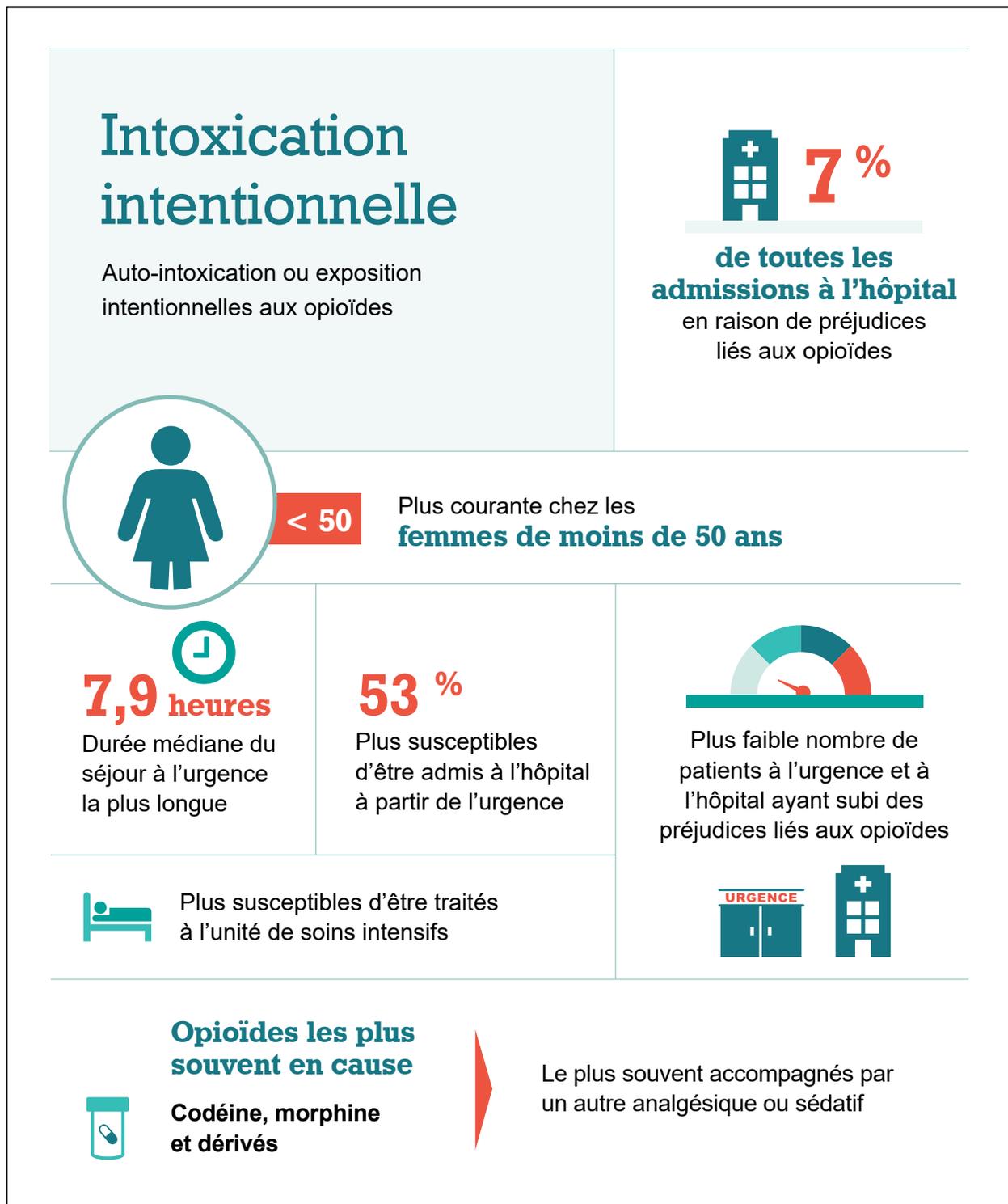


Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 4 Profil des cas d'intoxication intentionnelle

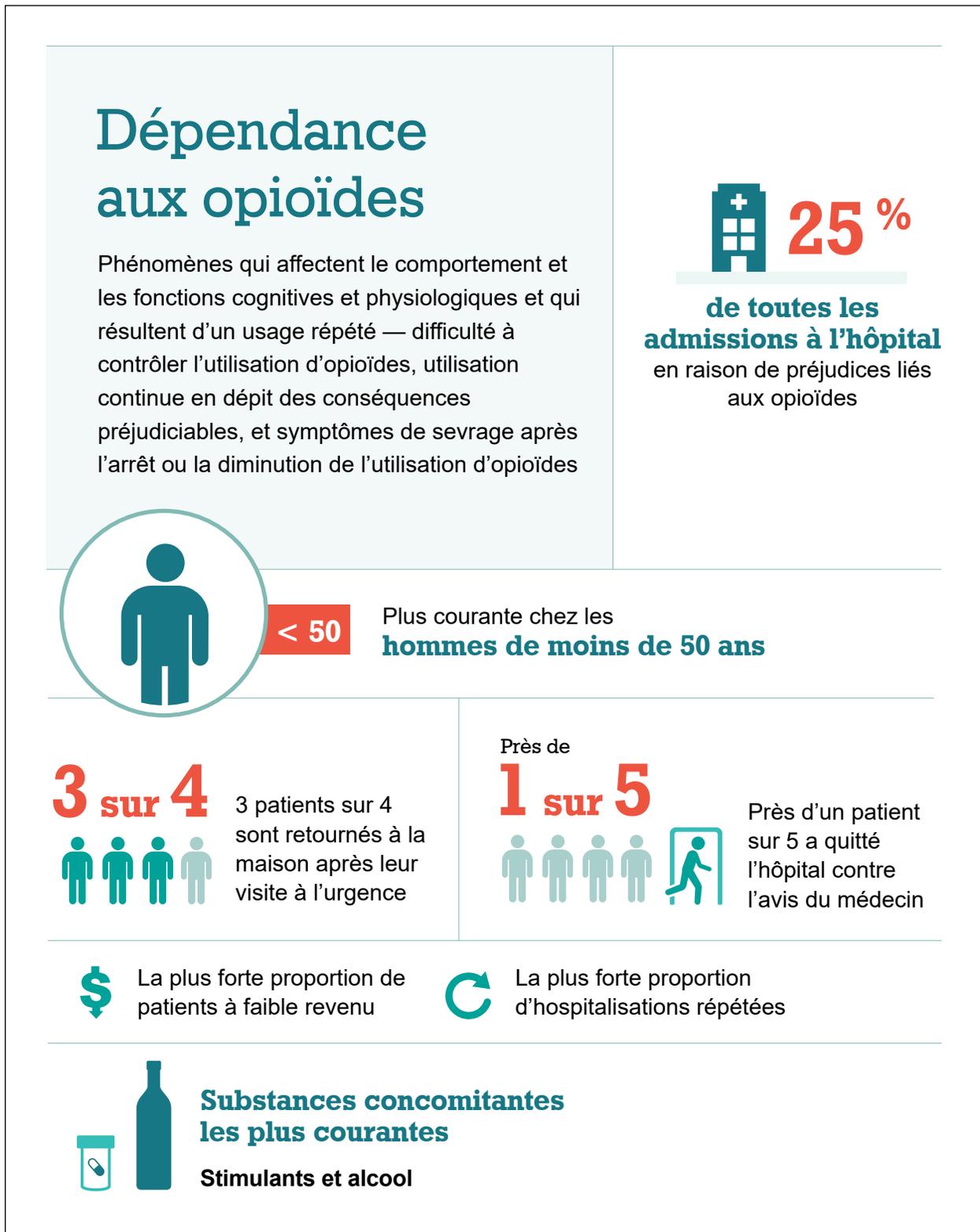


Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 5 Profil des cas de dépendance aux opioïdes

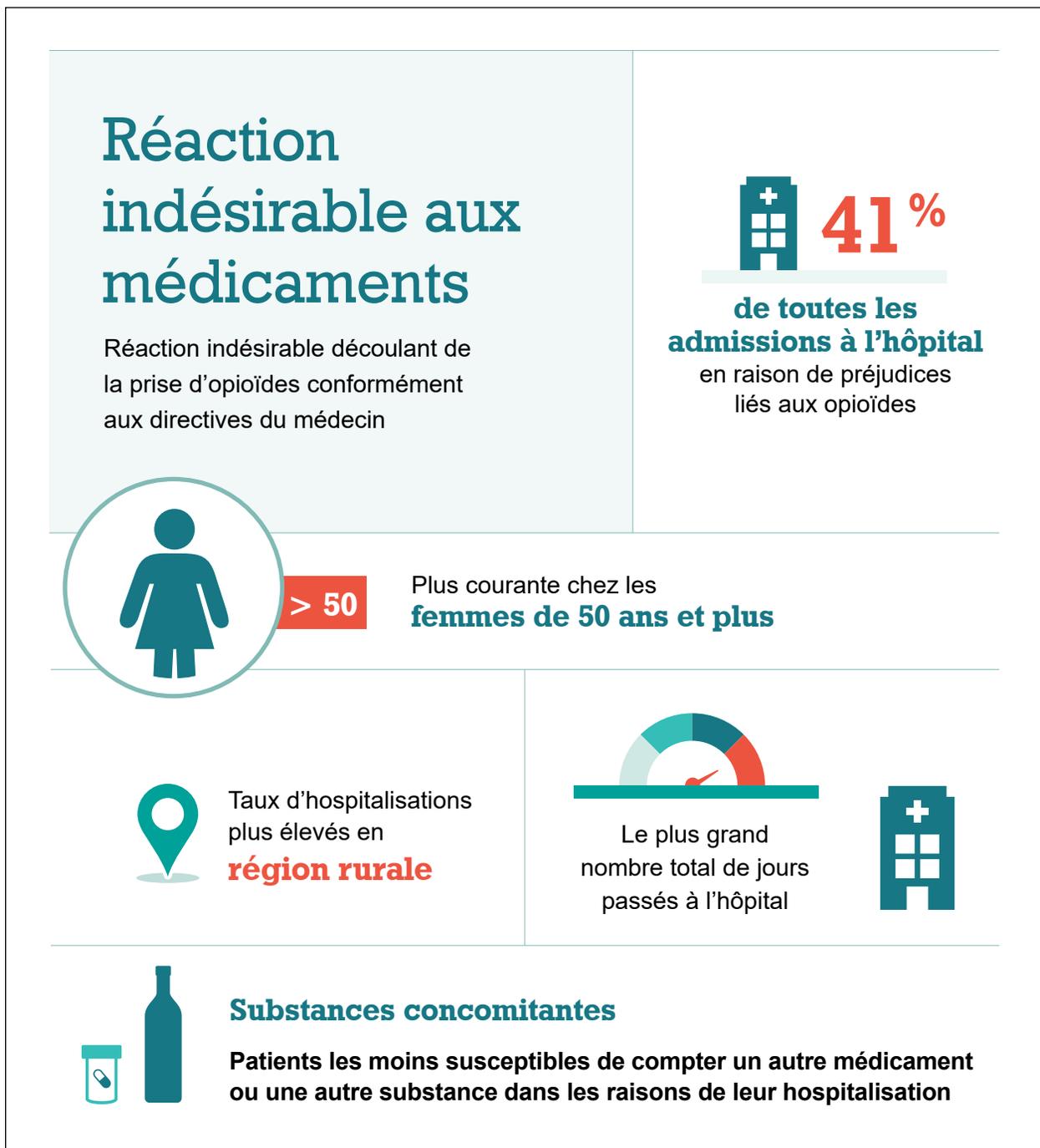


Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 6 Profil des cas de réaction indésirable aux médicaments



Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 7 Profil des autres cas de préjudices



Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Caractéristiques des patients

Visites au service d'urgence et séjours à l'hôpital

En 2016-2017, les taux de visites au service d'urgence et les volumes de visites par jour les plus élevés étaient ceux associés à la dépendance aux opioïdes, aux intoxications accidentelles et aux autres préjudices, comparativement aux taux de visites en raison d'intoxications intentionnelles et de réactions indésirables aux médicaments.

Par contre, le taux le plus élevé de séjours à l'hôpital et le nombre le plus élevé par jour de séjours à l'hôpital étaient associés aux réactions indésirables aux médicaments. Les intoxications accidentelles et les autres préjudices, qui étaient associés à des taux élevés de visites au service d'urgence, affichaient des taux de séjours à l'hôpital comparativement moins élevés.



Considérations techniques

La comparaison des profils des cas de préjudices liés aux opioïdes observés dans les services d'urgence du Canada est disponible uniquement en Ontario, en Alberta et au Yukon. Les taux diffèrent, mais pas les caractéristiques des profils. Des données sur les séjours à l'hôpital sont disponibles pour l'ensemble des provinces et des territoires.

Tableau 2 Taux normalisé (par 100 000 habitants) et nombre de cas par jour, visites au service d'urgence et séjours à l'hôpital, Canada, 2016-2017

Type de préjudice	Taux de visites au service d'urgence	Nombre de visites au service d'urgence par jour	Taux de séjours à l'hôpital	Nombre de séjours à l'hôpital par jour
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	38,0	19,4	9,8	10,2
Intoxication intentionnelle	10,5	5,3	4,7	4,8
Dépendance aux opioïdes	39,3	20,1	17,4	17,6
Réaction indésirable aux médicaments	17,8	9,2	26,8	29,1
Autre préjudice	30,9	15,6	8,6	8,7

Remarques

Pour permettre des comparaisons internationales, les taux du Canada ont été normalisés en fonction de la population type de 2010 de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

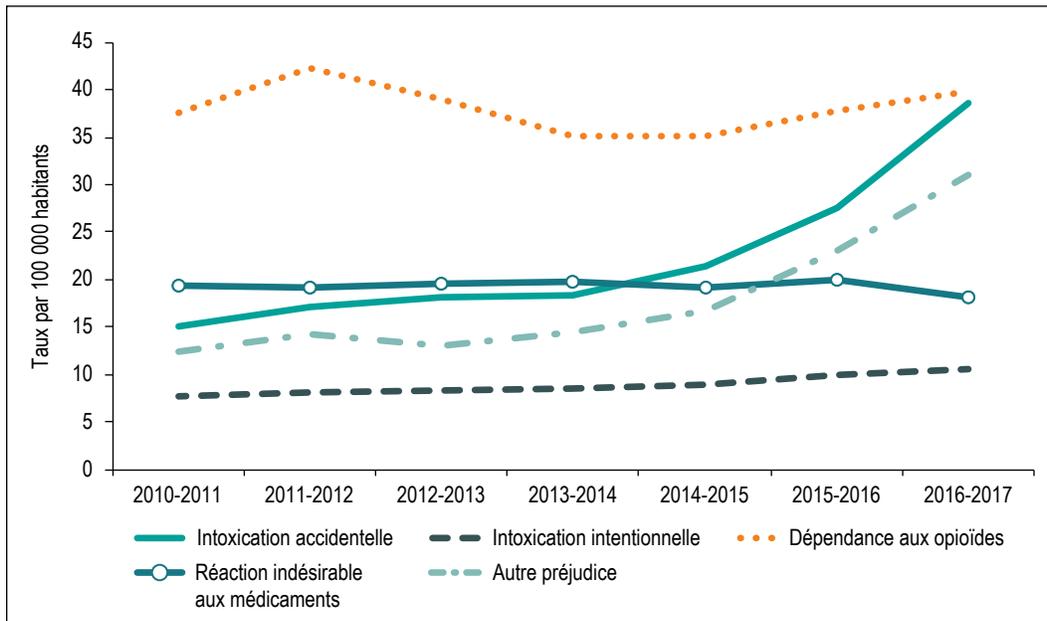
L'exercice financier utilisé pour le Canada débute le 1^{er} avril et se termine le 31 mars de l'année suivante.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Les taux de visites au service d'urgence en raison d'une intoxication accidentelle et en raison d'un autre préjudice ont augmenté de près de 150 % entre 2010-2011 et 2016-2017, une grande part de cette hausse ayant été observée au cours des 3 dernières années. Par ailleurs, les taux associés aux intoxications intentionnelles et à la dépendance aux opioïdes sont demeurés plus stables, tandis que les visites en raison de réactions indésirables aux médicaments semblent montrer des signes de ralentissement.

Figure 8 Visites au service d'urgence en raison d'un préjudice lié aux opioïdes, par année, 2010-2011 à 2016-2017



Remarque

Taux normalisés en fonction de la population type canadienne.

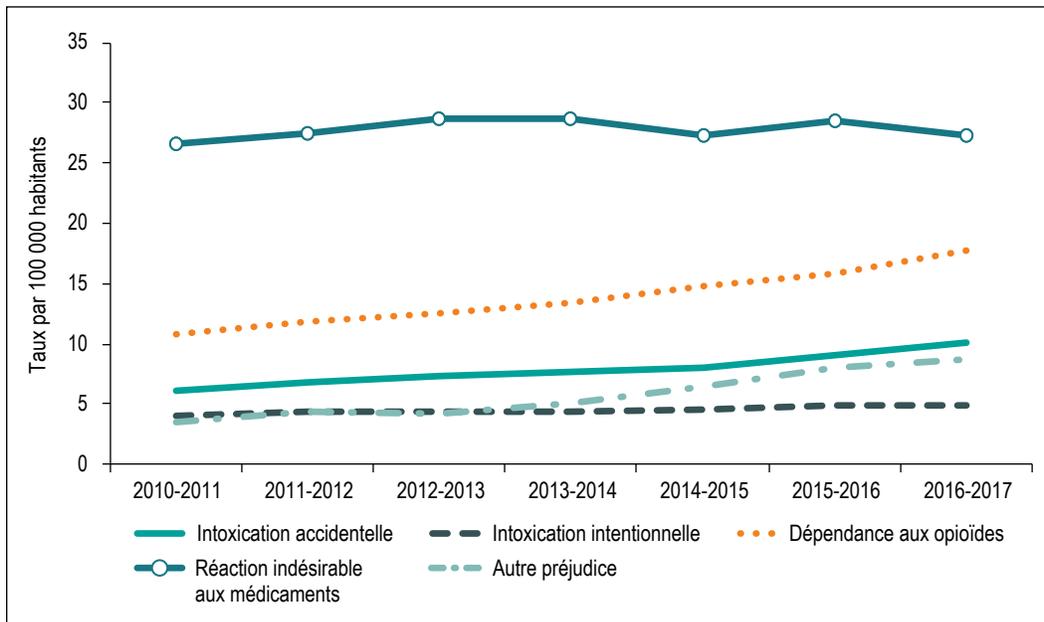
Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Comme il a été mentionné précédemment, le pourcentage d'ordonnances d'opioïdes puissants par rapport aux ordonnances d'opioïdes de tout type a augmenté de 2012 à 2016, mais le nombre d'ordonnances de fentanyl a diminué pendant la même période. La quantité totale d'opioïdes délivrés au Canada, mesurée en nombre de doses thérapeutiques quotidiennes, a également baissé de 4,9 % de 2012 à 2016²⁸.

Toujours au cours de cette même période, les taux de séjours à l'hôpital en raison d'une intoxication accidentelle et en raison de la dépendance aux opioïdes ont modérément augmenté (63 % et 65 %, respectivement), tandis que le taux de séjours à l'hôpital en raison d'autres préjudices a augmenté de près de 150 %.

Figure 9 Séjours à l'hôpital en raison d'un préjudice lié aux opioïdes, par année, 2010-2011 à 2016-2017



Remarque

Taux normalisés en fonction de la population type canadienne.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Âge et sexe

Les patients les plus susceptibles d'effectuer une visite au service d'urgence en raison d'un préjudice lié aux opioïdes étaient âgés de 20 à 44 ans, exception faite des patients présentant des réactions indésirables aux médicaments qui, pour leur part, étaient plus susceptibles d'être âgés de 50 ans et plus.

En moyenne, les patients admis à l'hôpital étaient plus âgés que ceux ayant visité le service d'urgence, quel que soit le type de préjudice en cause. La plus grande proportion de séjours à l'hôpital a été observée chez les patients âgés de 25 à 64 ans, exception faite, ici aussi, des séjours en raison de réactions indésirables aux médicaments qui étaient plus fréquents chez les 50 ans et plus.

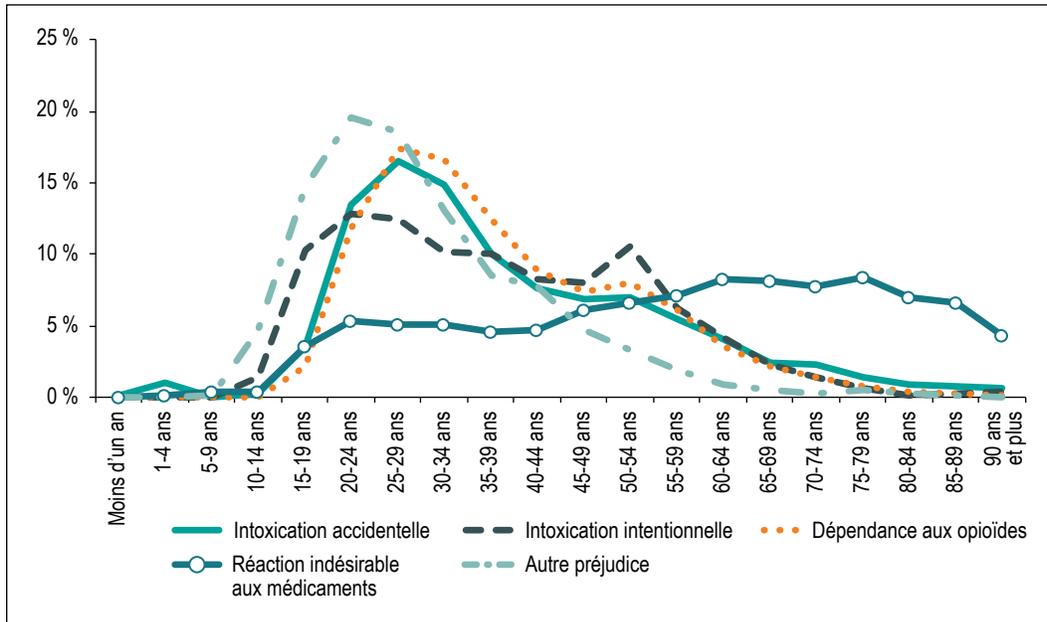


Considérations techniques

Il y a 2 façons de quantifier les répercussions des préjudices liés aux opioïdes : déterminer la plus grande *proportion* (c.-à-d. la catégorie qui englobe le plus grand nombre de personnes) ou déterminer le *taux* le plus élevé (c.-à-d. la catégorie des personnes les plus à risque).

Au Canada, nous avons mis l'accent sur la plus grande proportion de visites au service d'urgence et de séjours à l'hôpital liés aux opioïdes.

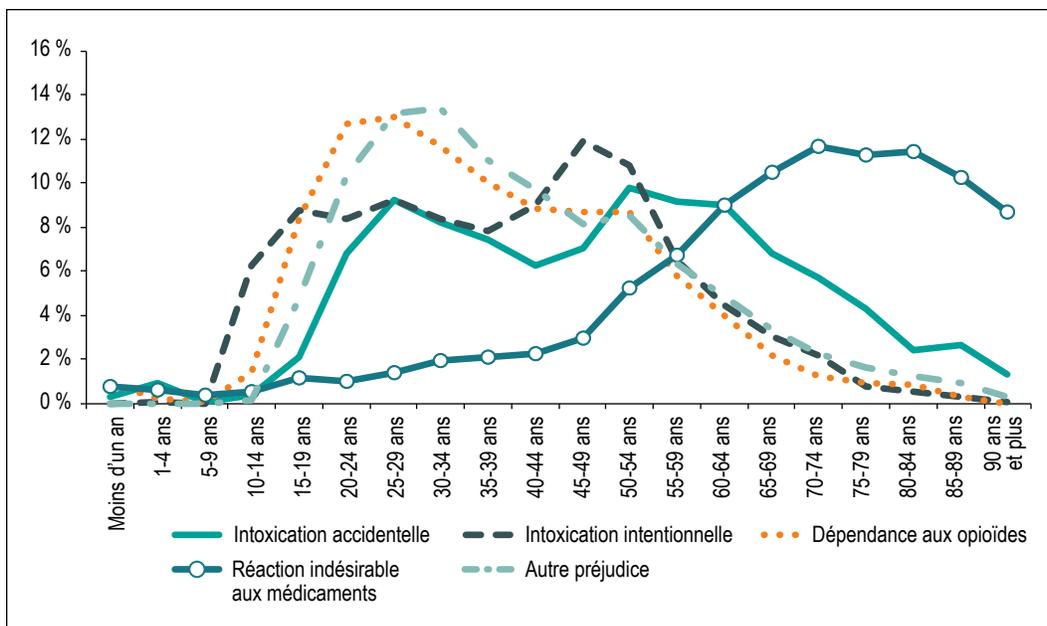
Figure 10a Visites au service d'urgence selon le groupe d'âge, 2016-2017



Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 10b Séjours à l'hôpital selon le groupe d'âge, 2016-2017



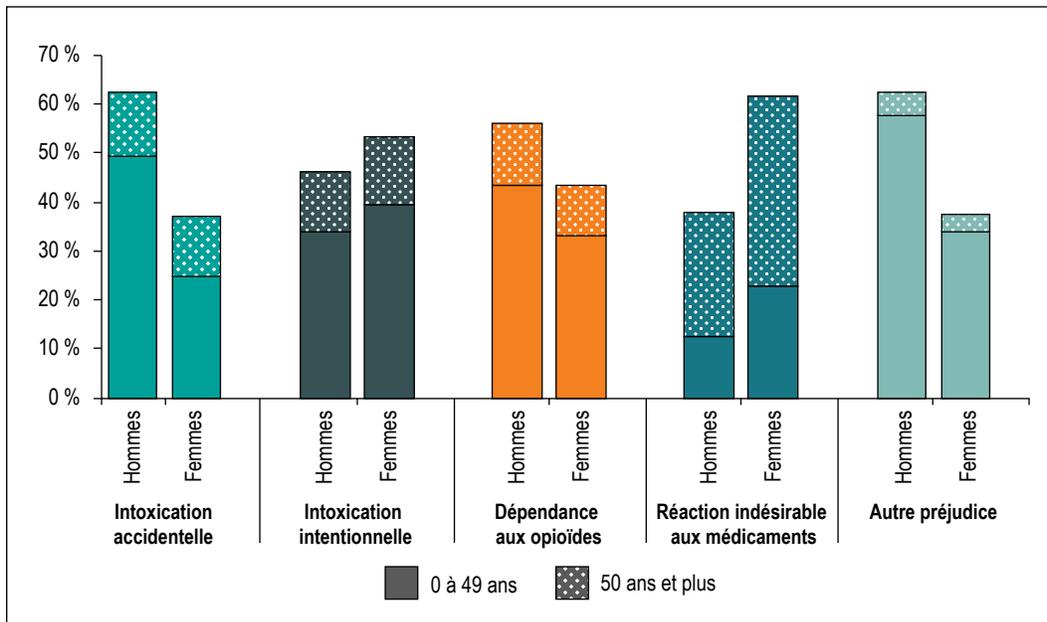
Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

L'analyse des résultats en fonction de l'âge et du sexe révèle des variations selon le type de préjudices liés aux opioïdes. Les hommes, en particulier ceux de moins de 50 ans, ont été plus nombreux que les femmes à visiter le service d'urgence en raison d'une intoxication accidentelle, de la dépendance aux opioïdes ou d'un autre préjudice. Toutefois, les femmes ont été plus nombreuses à s'y rendre en raison d'une intoxication intentionnelle ou d'une réaction indésirable aux médicaments.

En général, les personnes de 50 ans et plus étaient plus susceptibles que les autres d'être hospitalisées à la suite d'une visite au service d'urgence. Un pourcentage plus élevé de séjours à l'hôpital, par rapport aux visites au service d'urgence, a été observé chez les 50 ans et plus, en particulier à la suite d'une réaction indésirable aux médicaments. Comme pour les visites au service d'urgence, les hospitalisations en raison d'une intoxication accidentelle, de la dépendance aux opioïdes ou d'un autre préjudice étaient plus susceptibles de concerner les hommes, tandis que les hospitalisations en raison d'une intoxication intentionnelle ou d'une réaction indésirable aux médicaments étaient plus susceptibles de concerner les femmes.

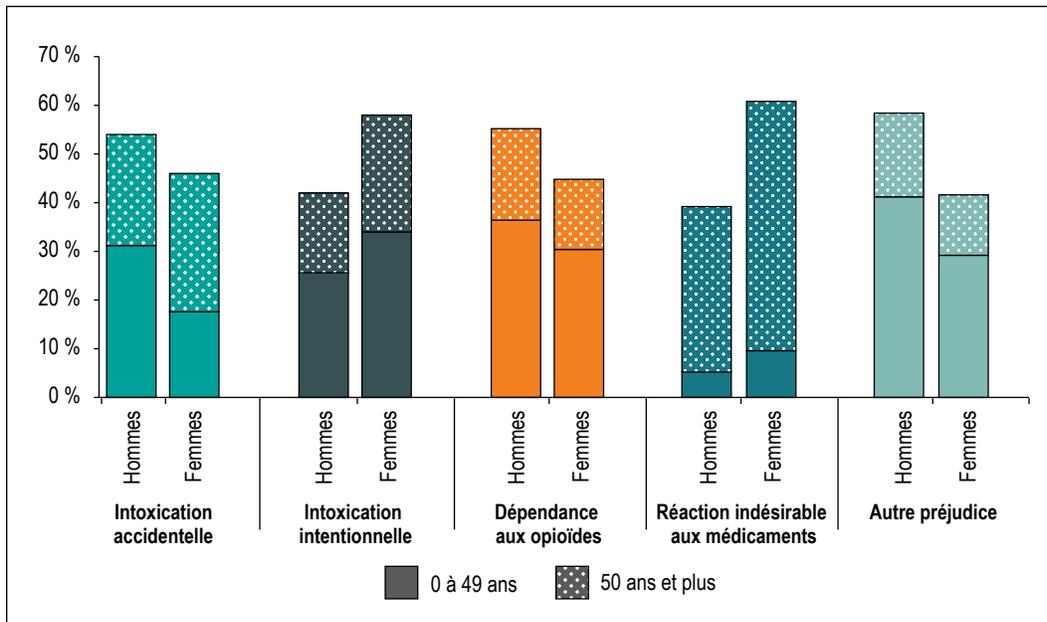
Figure 11a Visites au service d'urgence selon l'âge et le sexe, 2016-2017



Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 11b Séjours à l'hôpital selon l'âge et le sexe, 2016-2017



Source

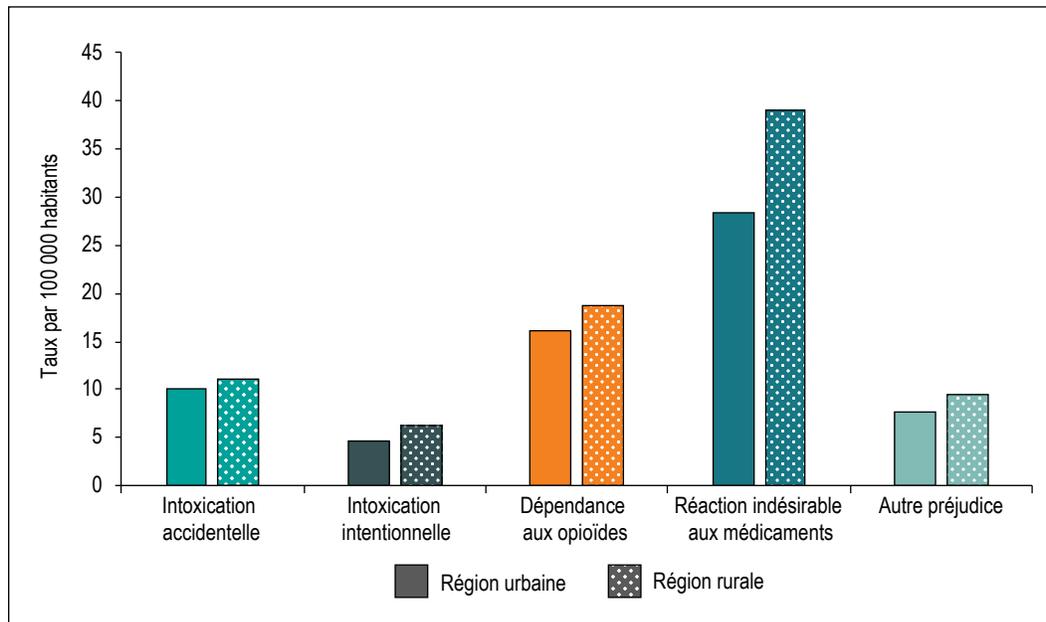
Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Type de région

La majorité des séjours à l'hôpital en raison d'un préjudice lié aux opioïdes se déroulent en régions urbaines, où vivent la plupart des Canadiens. À l'échelle de tous les types de préjudices, au moins 70 % des séjours visaient des établissements en milieu urbain.

Bien que le nombre de préjudices liés aux opioïdes observé dans les régions rurales soit moins élevé, les taux de séjours à l'hôpital ajustés en fonction des différences démographiques étaient plus élevés dans la plupart des groupes des régions rurales, ce qui révèle un risque plus marqué chez les Canadiens de ces régions. Les taux les plus élevés et l'écart le plus marqué entre les taux des régions urbaines et rurales ont été observés chez les personnes présentant des réactions indésirables aux médicaments. Les taux relatifs aux intoxications accidentelles, aux intoxications intentionnelles et aux autres préjudices étaient cependant plus faibles, que ce soit en région urbaine ou rurale. [Un rapport antérieur de l'ICIS](#) rend compte des séjours à l'hôpital en raison d'une intoxication aux opioïdes par grand centre urbain²⁵.

Figure 12 Taux de séjours à l'hôpital selon le type de région, 2016-2017



Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Revenu

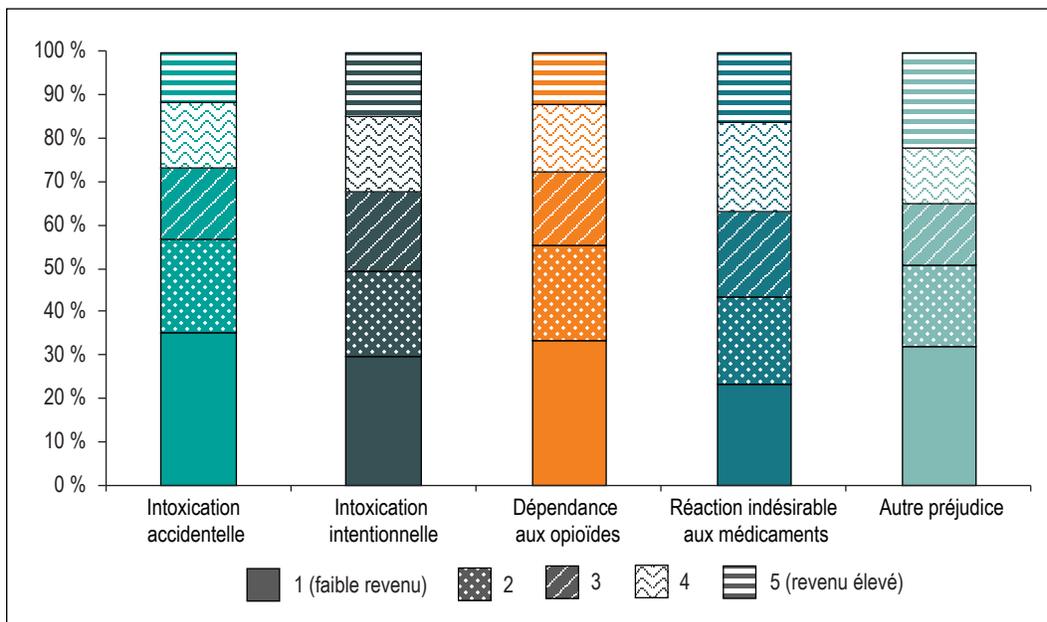
Les revenus moyens des quartiers ont servi à classer les personnes en quintiles de revenus (c.-à-d. en tranches d'un cinquième). On observe une répartition inégale des préjudices liés aux opioïdes à l'échelle des quintiles. En effet, bien que les préjudices liés aux opioïdes touchent tous les groupes de revenus, les patients qui ont fait des visites au service d'urgence ou qui ont été hospitalisés en raison de préjudices liés aux opioïdes étaient plus susceptibles de vivre dans un quartier à faible revenu que dans un quartier à revenu élevé. Environ 1 patient sur 3 figurait dans le quintile de revenu le plus faible, quel que soit le type de préjudice lié aux opioïdes en cause. Le groupe présentant une dépendance aux opioïdes affichait la plus grande disparité (ratio de patients issus du quintile le plus élevé par rapport à ceux issus du quintile le plus faible). En effet, les patients hospitalisés étaient presque 4 fois plus susceptibles de figurer dans le quintile de revenu le plus faible que dans le quintile le plus élevé.

Itinérance et défavorisation économique

Bien qu'il faille interpréter ce résultat avec prudence en raison des différences dans la codification, il semble qu'à l'échelle des 5 types de préjudices, la plus grande proportion de cas d'itinérance et de défavorisation économique ait été observée chez les patients présentant une dépendance aux opioïdes. Les hommes étaient par ailleurs plus susceptibles que les femmes d'être sans abri ou défavorisés sur le plan économique, de même que les patients âgés de 20 à 49 ans, en ce qui concerne la plupart des types de préjudices liés aux opioïdes.

Remarque : La désignation de sans-abri repose sur un code postal précis ou sur un code de la CIM-10-CA qui n'est attribué que si la situation d'itinérance influe sur le traitement ou la sortie. Il peut donc y avoir sous-déclaration des cas d'itinérance. Des mesures ont été prises pour améliorer cet aspect de la collecte de données.

Figure 13a Visites au service d'urgence selon le quintile de revenu, 2016-2017



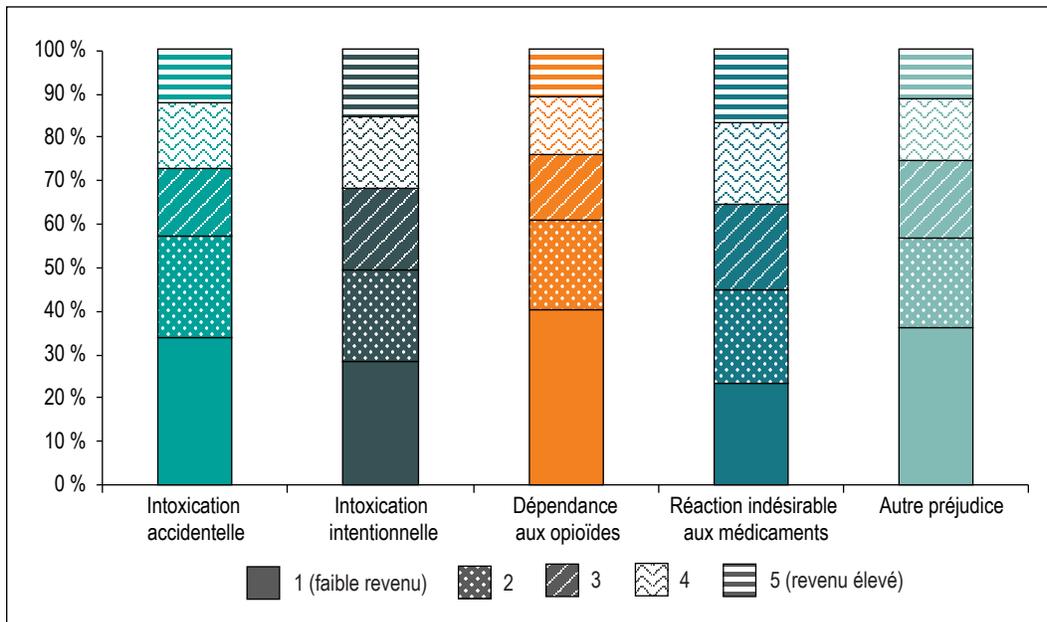
Remarque

La somme des valeurs relatives à chaque type de préjudices liés aux opioïdes ne correspond pas nécessairement à 100 %, car certains codes postaux sont manquants ou affichent un indicateur hors pays.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 13b Séjours à l'hôpital selon le quintile de revenu, 2016-2017



Remarque

La somme des valeurs relatives à chaque type de préjudices liés aux opioïdes ne correspond pas nécessairement à 100 %, car certains codes postaux sont manquants ou affichent un indicateur hors pays.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Portrait à l'échelle des systèmes

Visites au service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes



L'analyse des données des services d'urgence inclut 2 provinces et un territoire, soit l'Ontario, l'Alberta et le Yukon. Des renseignements comparables ou complémentaires provenant de l'AIHW et de la Colombie-Britannique sont fournis dans la mesure du possible.

Le service d'urgence est le point d'entrée dans le réseau hospitalier d'un grand nombre de personnes. En 2016-2017, 25 000 visites au service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes ont été dénombrées dans les 2 provinces et le territoire inclus dans la présente analyse. Il s'agissait pour la plupart de patients présentant une dépendance aux opioïdes (29 %) ou une intoxication accidentelle (28 %). Seul un petit nombre de visites étaient liées à une intoxication intentionnelle (8 %). Les patients ont passé presque 200 000 heures dans les services d'urgence de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon en 2016-2017 en raison de préjudices de toutes sortes liés aux opioïdes.



Il y a eu 2,7 fois plus de visites au service d'urgence que d'hospitalisations liées aux opioïdes.

En Colombie-Britannique, les données de l'étude Cohorte provinciale de la Colombie-Britannique sur les surdoses montrent que les personnes victimes d'une surdose sont également plus susceptibles de visiter le service d'urgence, sans nécessairement être admises à l'hôpital. Il y a eu 4,3 fois plus de visites au service d'urgence que d'admissions à l'hôpital parmi les patients victimes d'une surdose, contre 2,4 chez les patients du groupe témoin issu de la population générale.

Figure 14a Proportion de visites au service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

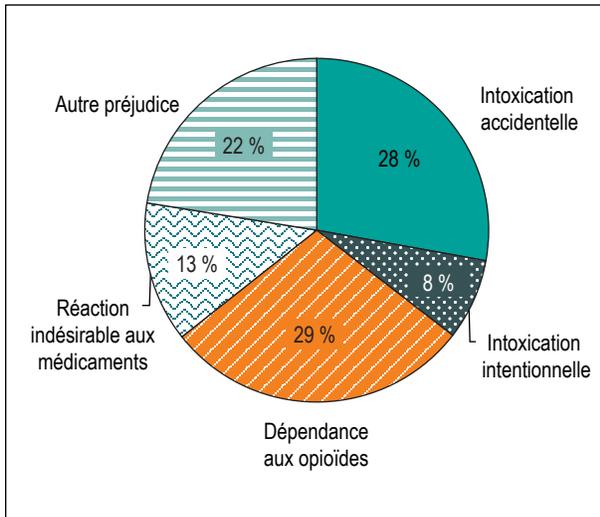
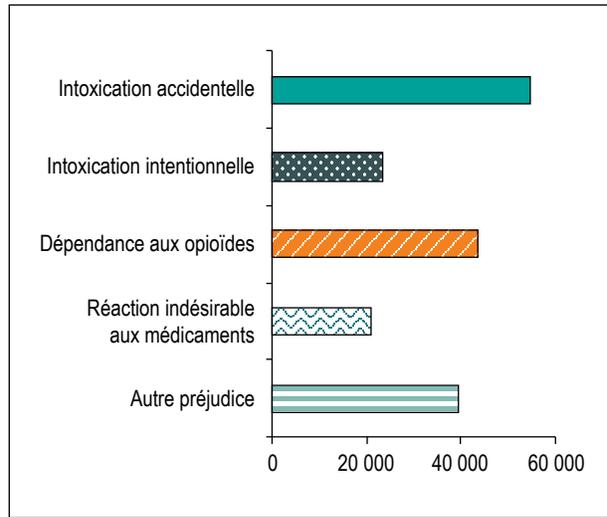


Figure 14b Nombre total d'heures passées au service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

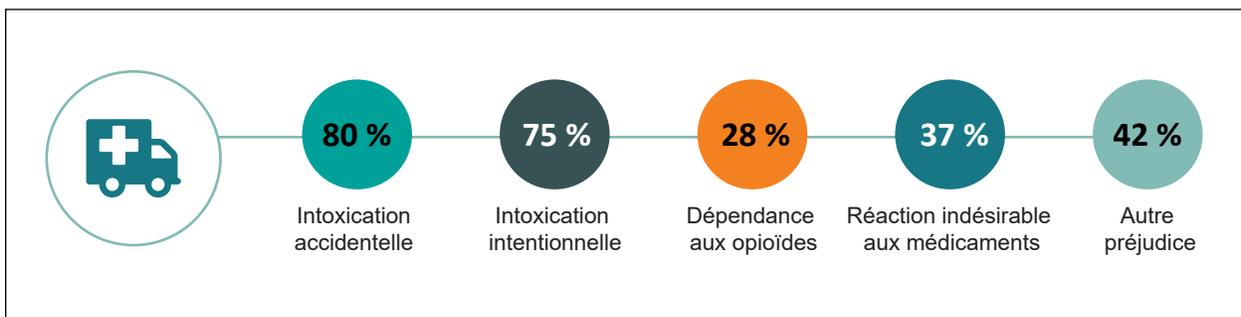


Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Dans l'ensemble, 50 % des personnes qui ont visité un service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes sont arrivées par ambulance. Des écarts importants sont observables selon le groupe. Les trois quarts des patients présentant une intoxication accidentelle ou intentionnelle se sont présentés au service d'urgence par ambulance, ce qui illustre bien la gravité des préjudices découlant d'une intoxication.

Figure 15 Arrivées au service d'urgence par ambulance, 2016-2017



Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

L'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) permet au personnel des services d'urgence d'établir la priorité des soins aux patients et des interventions médicales²⁹. Le niveau de triage le plus fréquemment attribué aux intoxications accidentelles, aux intoxications intentionnelles et aux autres préjudices était « très urgent » (niveau 2 de l'ETG).

Figure 16 Échelle canadienne de triage et de gravité

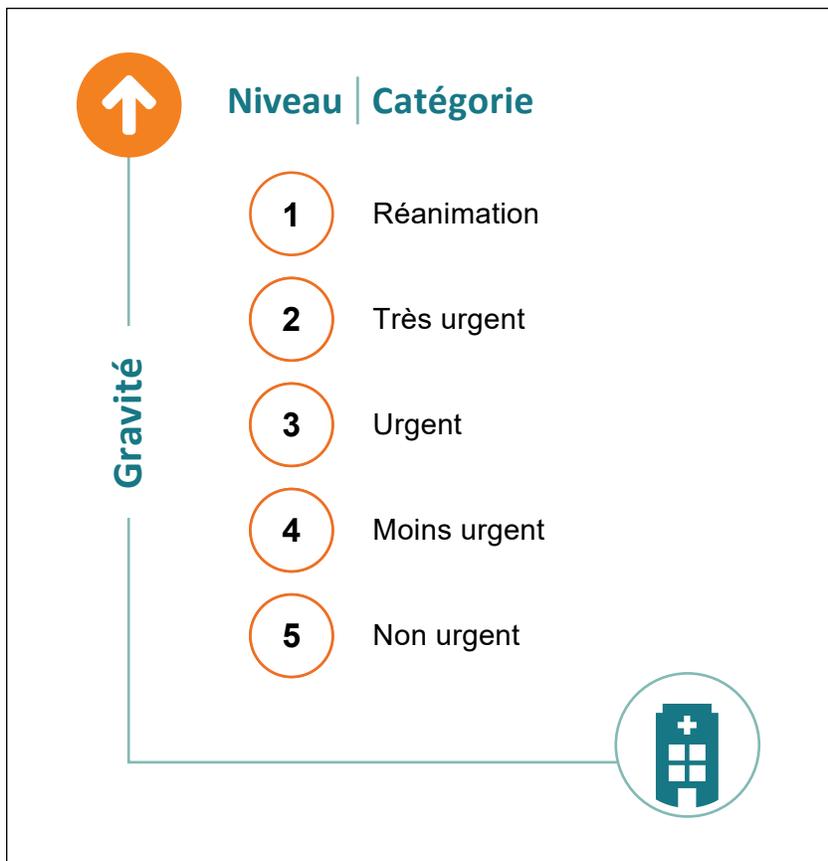
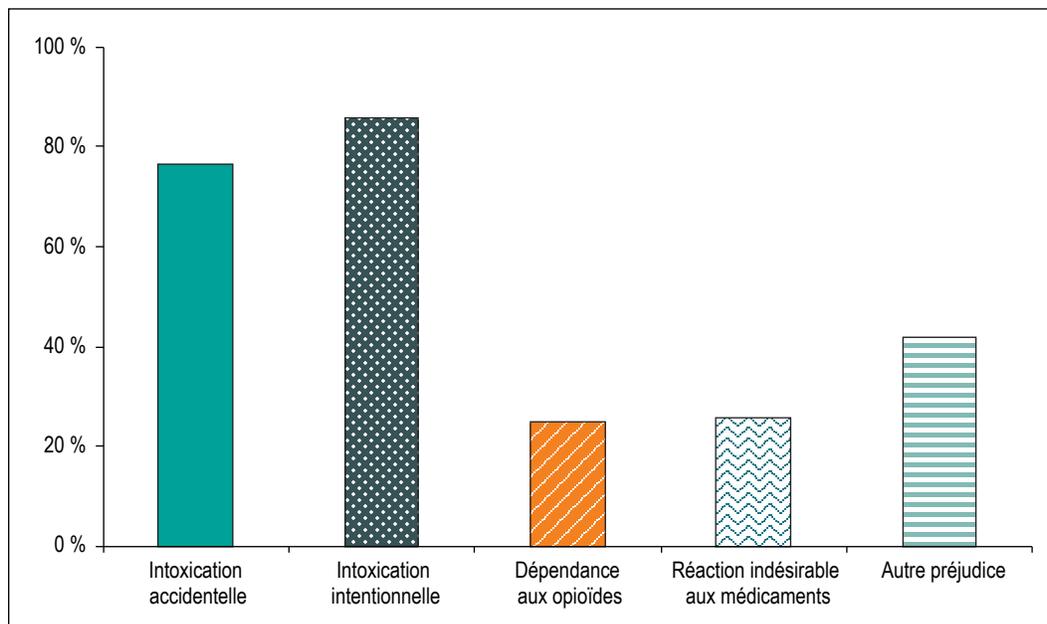


Figure 17 Attribution d'un niveau de triage « réanimation » ou « très urgent » (ETG 1 ou 2) au service d'urgence, 2016-2017



Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.



Le temps d'attente médian au service d'urgence de tous les patients présentant des préjudices liés aux opioïdes était plus long que celui de la population générale ayant visité le service d'urgence (4,3 contre 2,6 heures). Les cas d'intoxication intentionnelle présentaient le temps d'attente médian au service d'urgence le plus élevé. Venaient ensuite les cas d'intoxication accidentelle.

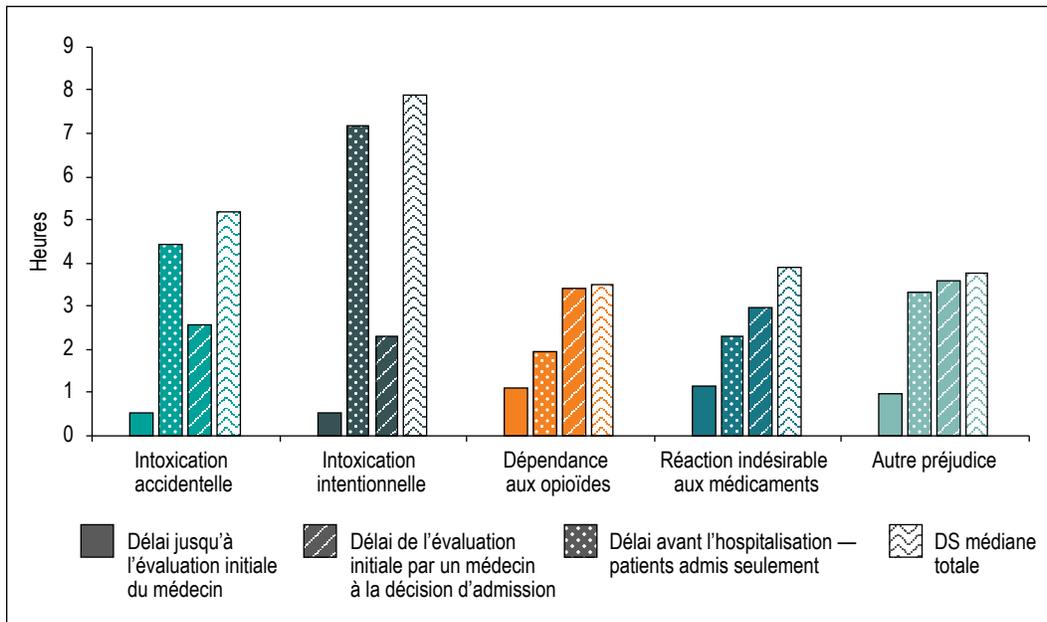
Le temps d'attente entre l'évaluation du médecin et la décision d'admission était particulièrement long dans le cas d'une intoxication intentionnelle.

Les personnes présentant une dépendance aux opioïdes ou un autre préjudice lié aux opioïdes sont celles qui ont attendu le plus longtemps avant l'admission à l'hôpital, une situation qui montre peut-être à quel point il est difficile de trouver des ressources et des traitements appropriés et disponibles pour ces personnes.

Consultations en psychiatrie

Les consultations en psychiatrie étaient courantes chez les patients qui se sont présentés au service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes, surtout chez ceux traités pour une intoxication intentionnelle (28 %) et d'autres préjudices (11 %). Ces consultations ont eu pour effet d'accroître le temps passé au service d'urgence avant l'hospitalisation pour tous les types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 18 Durée du séjour au service d'urgence, 2016-2017



Remarques

DS : durée du séjour.

La médiane est le point auquel 50 % des patients ont été traités et 50 % sont en attente.

L'évaluation initiale par un médecin correspond à la date et à l'heure auxquelles le patient a été évalué pour la première fois par un médecin.

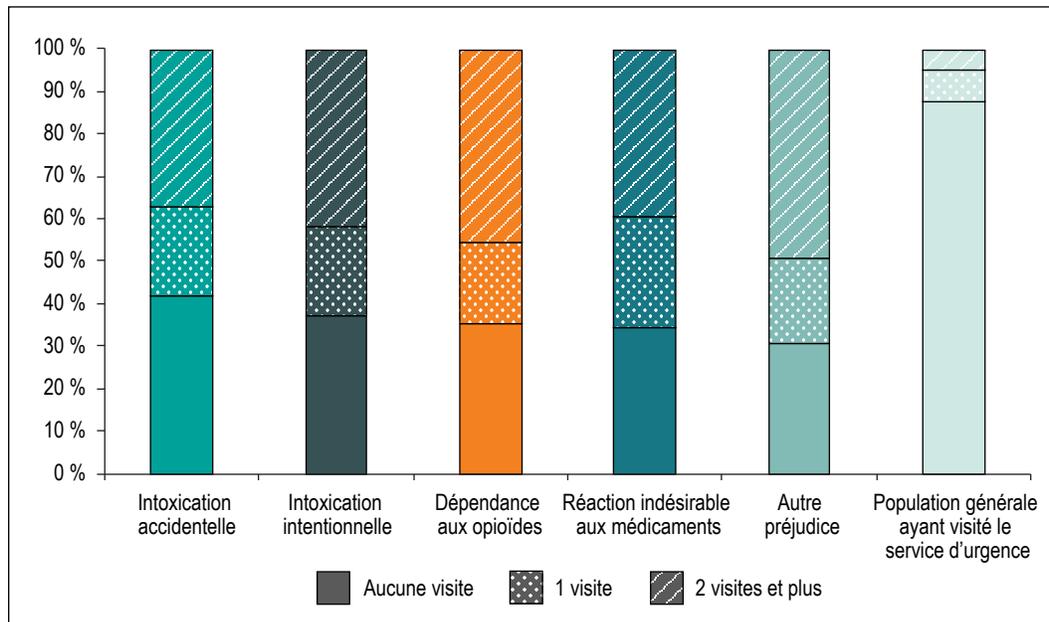
Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.



Les patients ayant subi des préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes étaient des utilisateurs fréquents des services d'urgence. En effet, 63 % d'entre eux avaient visité un service d'urgence, pour une raison quelconque, au moins une fois au cours des 6 mois précédents. Les patients présentant une réaction indésirable aux médicaments et ceux présentant un autre préjudice lié aux opioïdes étaient les plus susceptibles d'avoir effectué une visite au service d'urgence pendant cette période. À l'opposé, seulement 10 % environ des utilisateurs généraux du service d'urgence comptaient une autre visite au cours des 6 mois précédents.

Figure 19 Nombre de visites au service d'urgence au cours des 6 mois précédents, 2016-2017



Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

En Colombie-Britannique, les personnes victimes d'une surdose d'opioïdes affichaient également des taux élevés de visites au service d'urgence. Dans l'année précédant leur surdose, plus de la moitié (54 %) se sont rendues au moins une fois au service d'urgence, comparativement à 17 % de la population témoin.

En plus d'analyser le type de préjudices liés aux opioïdes subi, il est utile d'examiner les diagnostics attribués à un patient pour jeter un éclairage sur le lien entre le préjudice et d'autres facteurs d'ordre médical et social.

- Les personnes présentant une dépendance aux opioïdes montraient des signes d'utilisation à long terme et des symptômes de sevrage.
- Les patients victimes d'une réaction indésirable aux médicaments étaient nombreux à déclarer des problèmes de constipation, des nausées et des vomissements liés à des soins chirurgicaux ou médicaux antérieurs.
- Les patients présentant un autre préjudice étaient les plus susceptibles de voir indiquée à leur dossier hospitalier une utilisation préjudiciable d'opioïdes ou une intoxication aiguë liée à l'utilisation d'opioïdes. Ces patients avaient également reçu des diagnostics relatifs à d'autres substances, le plus souvent l'alcool, des stimulants comme la caféine, et la cocaïne. Ils avaient également un profil très similaire à celui des patients présentant une intoxication ou une dépendance aux opioïdes, mais ils ne satisfaisaient pas aux critères de ces groupes ou les renseignements n'étaient pas suffisants pour les y inclure.



Considérations techniques

Les diagnostics à l'hôpital et au service d'urgence sont une grande source de renseignements. Ils permettent de connaître l'objet du traitement, la raison de la visite à l'hôpital et le contexte de la visite.

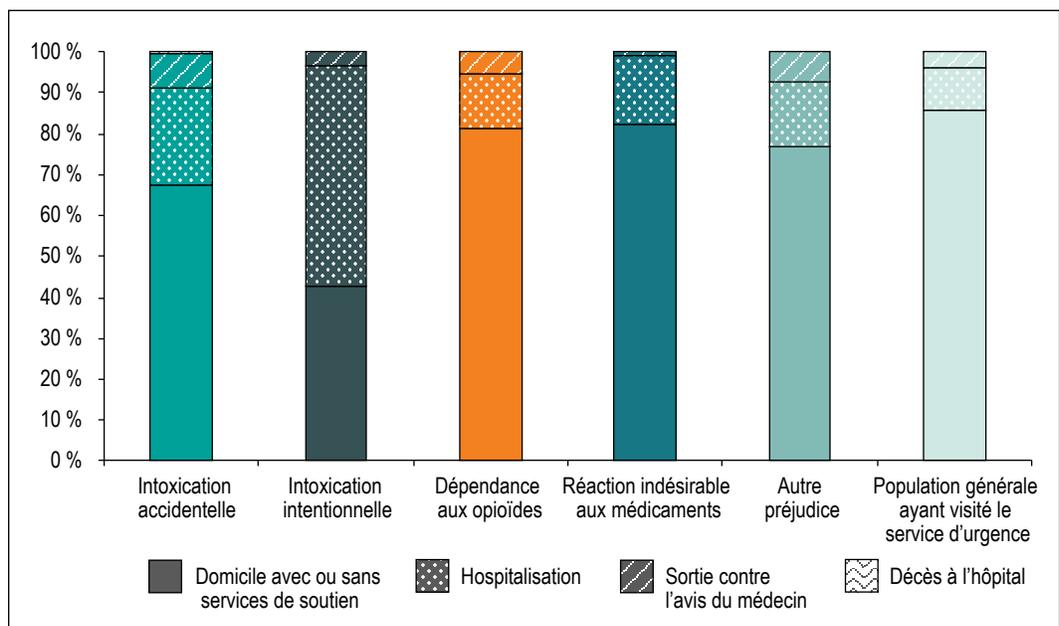
Souvent, les opioïdes sont le motif *derrière* la visite ou l'admission. Par exemple, le préjudice lié aux opioïdes peut découler d'une affection plus pressante, comme une insuffisance respiratoire ou un delirium.

Il arrive parfois que les opioïdes figurent comme problème principal ou comme raison de la visite, quand la personne n'est pas exposée à un risque imminent. C'est généralement le cas des personnes victimes d'une intoxication aiguë sans intervention ou affichant des comportements toxicomaniaques.



La majorité des patients qui ont visité le service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes sont retournés à leur domicile après la visite. Une attention particulière doit être portée aux patients de ce groupe qui ont quitté le service d'urgence contre l'avis du médecin. Ces derniers présentent un risque accru de résultats défavorables pour la santé et sont plus susceptibles de revenir à l'hôpital, souvent pour la même affection ou une affection similaire³⁰. Les patients présentant des préjudices liés aux opioïdes étaient plus susceptibles de quitter l'hôpital contre l'avis du médecin que la population générale; c'est particulièrement vrai pour les patients ayant subi une intoxication accidentelle ou un autre préjudice.

Figure 20 Sorties du service d'urgence, 2016-2017



Remarque

La somme des valeurs relatives à chaque type de préjudices liés aux opioïdes ne correspond pas nécessairement à 100 %, car certains choix à la sortie ne sont pas indiqués (p. ex. admissions dans d'autres types d'établissements).

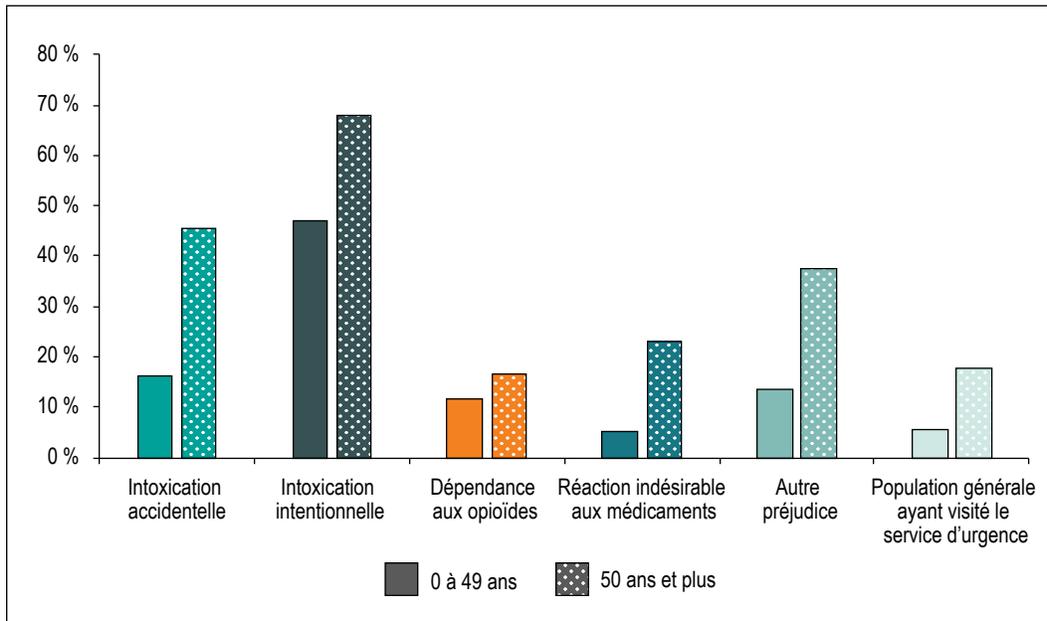
Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

En Colombie-Britannique, une personne présentant une surdose d'opioïdes sur 5 avait auparavant quitté le service d'urgence sans être évaluée par un médecin ou contre l'avis du médecin. Environ 60 % des personnes ayant quitté le service d'urgence sans être évaluées ont eu d'autres épisodes de soins (en soins de courte durée ou dans la collectivité) au cours de la semaine suivante³¹. Cette constatation révèle des occasions manquées de recevoir des soins et montre que des interventions visant à réduire le nombre de sorties contre l'avis du médecin et de visites répétées sont nécessaires.

Environ 10 % des patients qui visitent le service d'urgence sont hospitalisés, une proportion qui double chez les patients qui présentent des préjudices liés aux opioïdes (20 %). En tant que groupe, les personnes traitées pour une intoxication intentionnelle (53 %) étaient plus susceptibles d'être admises à l'hôpital. Dans l'ensemble des groupes, les patients âgés d'au moins 50 ans étaient plus fréquemment hospitalisés.

Figure 21 Admissions à l'hôpital à partir du service d'urgence selon l'âge, 2016-2017



Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

En Colombie-Britannique, environ le quart (26 %) des personnes victimes de surdose liée aux opioïdes ont été hospitalisées, contre 9 % des personnes du groupe témoin (c.-à-d. qui présentaient les mêmes caractéristiques clés, sauf l'utilisation d'opioïdes). La comparaison des taux d'utilisation des soins de santé des patients victimes d'une surdose et des patients du groupe témoin révèle que ceux victimes d'une surdose

- ont visité le service d'urgence 7,5 fois plus souvent;
- ont été hospitalisés 4,2 fois plus souvent;
- ont consulté des médecins en milieu communautaire 2,2 fois plus souvent.

La tendance d'utilisation des soins de santé était similaire dans les cas de surdoses mortelles et de surdoses non mortelles.

Décès liés aux opioïdes

Les décès liés aux opioïdes après l'arrivée en soins de courte durée sont très rares. Les personnes qui parviennent à se rendre jusqu'à l'hôpital ou qui sont secourues par un premier répondant reçoivent des traitements qui permettent de leur sauver la vie⁹. Malheureusement, un grand nombre de personnes meurent avant d'avoir reçu des soins médicaux. En Colombie-Britannique, 85 % des personnes décédées d'une surdose n'avaient pas appelé le 911⁷. Les données utilisées pour la présente analyse ne rendent pas compte des interventions à l'extérieur des hôpitaux.

Le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et territoires pour recueillir des données sur les décès liés aux opioïdes et en assurer la déclaration en temps opportun. En 2017, près de 4 000 personnes sont décédées de causes liées aux opioïdes, soit 34 % de plus qu'en 2016². Il existe cependant des différences provinciales et territoriales (les provinces ne sont pas toutes en mesure de déclarer des données portant uniquement sur l'utilisation illicite d'opioïdes). Il faut donc faire preuve de prudence dans l'établissement de tendances et de comparaisons entre les provinces et territoires. Cela dit, des données probantes montrent que la plupart des décès attribuables à des drogues illicites sont liés aux opioïdes.

En Ontario, c'était le cas de 5,3 décès par 100 000 habitants. Chez les 25 à 34 ans, les opioïdes ont causé un décès sur 6³².

En Colombie-Britannique, où la crise des opioïdes est particulièrement intense, le taux de décès attribuables à des drogues illicites s'élevait à 30,1 par 100 000 habitants en 2017. De ce nombre, 84 % seraient directement liés au fentanyl³³.

En Australie, le taux ajusté selon l'âge de décès liés aux opioïdes a augmenté de 62 % de 2007 à 2016, passant de 2,9 à 4,7 décès par 100 000 habitants. Les décès liés aux opioïdes sont les plus courants chez les hommes de 35 à 44 ans et sont le fait, pour la plupart, d'intoxications accidentelles. Les opioïdes les plus couramment consignés étaient les opioïdes naturels; cependant, le taux de décès faisant état d'opioïdes synthétiques (y compris le fentanyl) de 2016 était 10 fois plus élevé que celui de 2007⁴.

Séjours à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes



L'analyse des données sur les hospitalisations inclut l'ensemble des provinces et territoires du Canada. Des renseignements comparables ou complémentaires provenant de l'AIHW sont fournis dans la mesure du possible.

En 2016-2017, il y a eu près de 25 000 séjours à l'hôpital attribuables à tous les types de préjudices liés aux opioïdes au Canada. Autrement dit, on a dénombré près de 350 000 journées d'hospitalisation en raison de préjudices liés aux opioïdes. Les réactions indésirables aux médicaments et la dépendance aux opioïdes ont représenté les deux tiers des admissions à l'hôpital de même que la grande majorité des jours de présence des patients hospitalisés en raison de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 22a Proportion de séjours à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

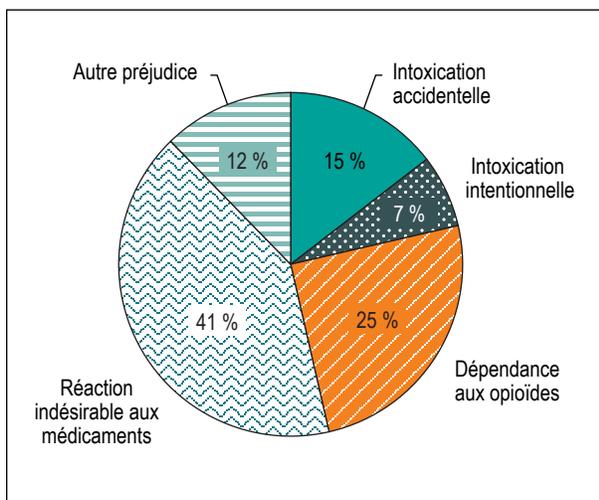
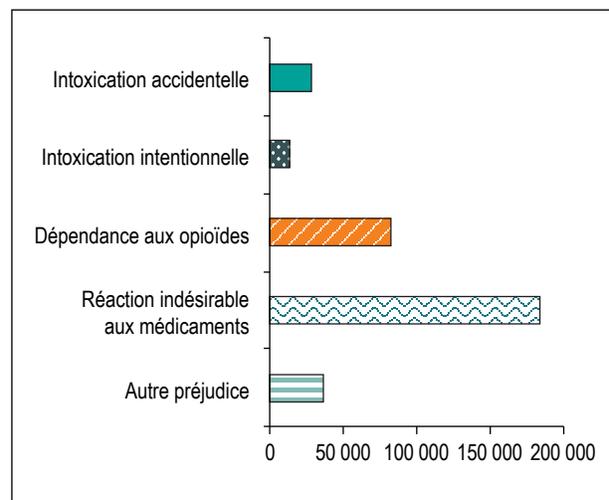


Figure 22b Total des jours de présence des patients hospitalisés en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

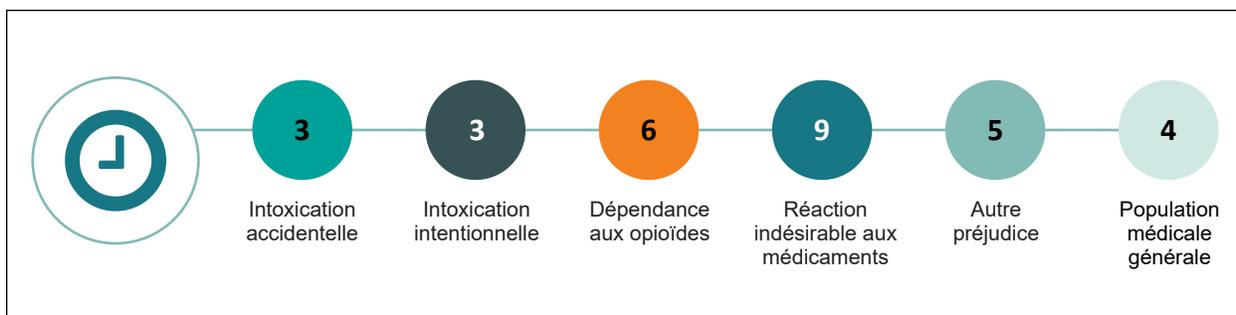


Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Les patients traités pour une intoxication accidentelle ou intentionnelle sont ceux qui ont effectué les séjours les plus courts, tandis que les patients qui ont subi des réactions indésirables aux médicaments sont ceux qui ont été hospitalisés le plus longtemps. Ces patients étaient plus âgés et présentaient peut-être des comorbidités qui ont contribué à rallonger la durée de leur séjour.

Figure 23 Durée médiane du séjour à l'hôpital (en jours)



Remarques

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ». La médiane est le point auquel 50 % des patients ont été traités et 50 % sont en attente.

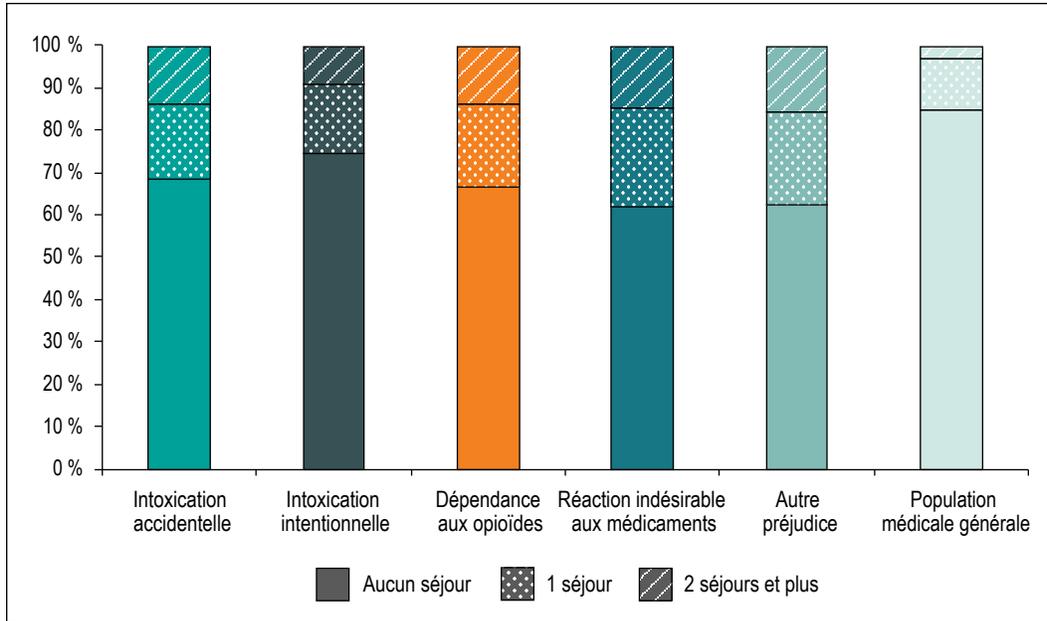
Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.



Les personnes admises en raison de préjudices liés aux opioïdes, à l'instar des patients du service d'urgence, étaient des utilisateurs fréquents des hôpitaux. En effet, le tiers avaient été hospitalisées au cours des 6 mois précédents pour un motif quelconque. Les patients présentant une réaction indésirable aux médicaments et ceux présentant d'autres préjudices étaient les plus susceptibles d'avoir déjà effectué un séjour à l'hôpital pendant cette période.

Figure 24 Nombre de séjours à l'hôpital au cours des 6 mois précédents, 2016-2017



Remarque

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ».

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Comme pour les visites au service d'urgence, les préjudices liés aux opioïdes correspondent au diagnostic principal associé au séjour à l'hôpital d'un patient quand il s'agit de l'objet du traitement. Toutefois, les préjudices liés aux opioïdes peuvent aussi figurer comme diagnostic secondaire ou compliquant une autre affection visée par la majeure partie du traitement. L'analyse de ces codes de diagnostic supplémentaires met en lumière des renseignements qui permettent de brosser un tableau plus complet des séjours à l'hôpital :

- Les dossiers des patients admis en raison d'une intoxication intentionnelle indiquaient souvent une combinaison de médicaments ou de drogues, ainsi que des problèmes de santé mentale, comme la dépression.
- Les patients victimes d'une intoxication accidentelle avaient souvent consommé une combinaison de médicaments ou de drogues, en plus de présenter des problèmes respiratoires, comme une insuffisance respiratoire aiguë.

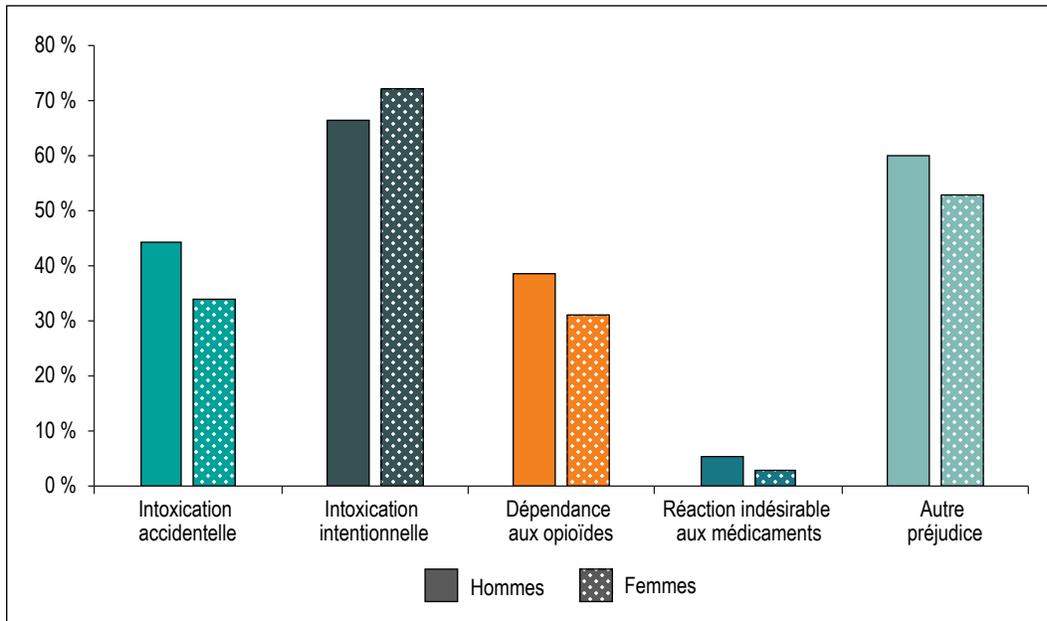
- Les patients présentant une dépendance aux opioïdes avaient des affections comme la maladie pulmonaire obstructive chronique ou des affections liées à des infections dangereuses, comme une pneumonie ou une sepsie.
- Les patients ayant subi une réaction indésirable aux médicaments avaient reçu des diagnostics liés à la conscience et aux fonctions cognitives, à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie, ou à des fractures.

Les dossiers des patients admis en raison d'un autre préjudice indiquaient le plus souvent une combinaison de médicaments ou de drogues, ainsi que des problèmes mentaux et comportementaux, comme la dépression et la schizophrénie.

En Colombie-Britannique, les diagnostics liés à l'usage de substances et à des problèmes de santé mentale étaient beaucoup plus courants chez les personnes victimes d'une surdose que chez les personnes du groupe témoin. Néanmoins, pour 60 % des patients victimes d'une surdose, aucun diagnostic associé à ces affections n'était consigné comme raison principale de l'hospitalisation³¹, ce qui donne à penser qu'il peut être difficile de cibler les personnes à risque, y compris les utilisateurs occasionnels de drogues et ceux dont la consommation est problématique, avant que survienne une surdose.

Pour bon nombre de personnes hospitalisées en raison de préjudices liés aux opioïdes, la consommation d'alcool ou d'autres substances (p. ex. sédatifs, cocaïne, stimulants) a été consignée au moment de l'admission. Le mélange d'opioïdes avec d'autres substances peut exacerber les effets de chacun des produits, ce qui augmente le risque d'effets secondaires dangereux et de surdose.

Figure 25 Proportion d'admissions avec indication de consommation d'alcool ou d'autres substances, 2016-2017



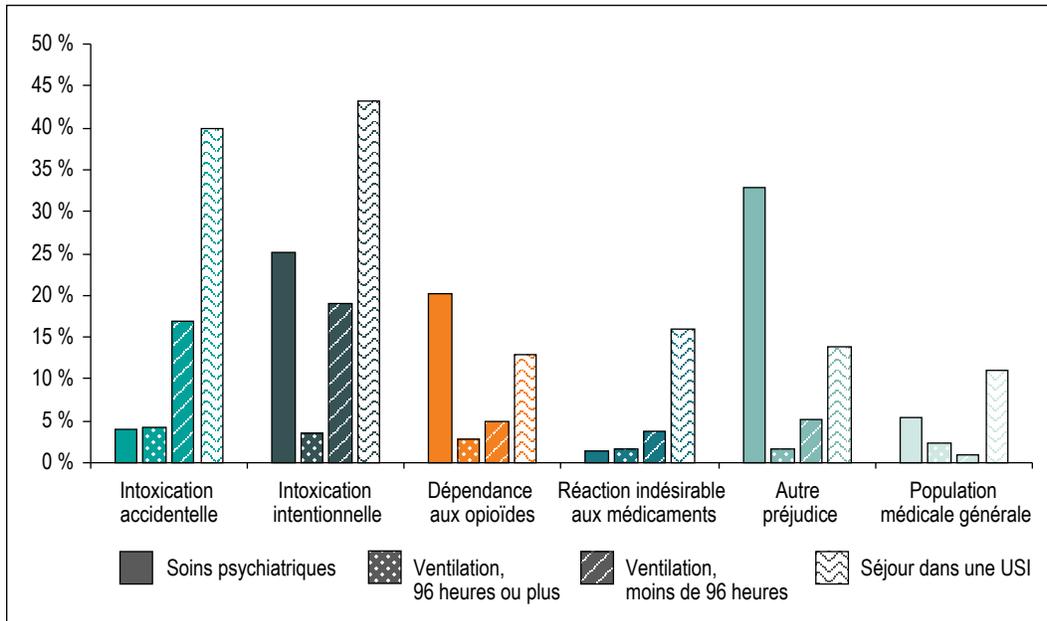
Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Les patients ayant subi les préjudices les plus graves liés aux médicaments ou aux drogues peuvent avoir besoin de soins spécialisés. Les traitements les plus couramment reçus à l'hôpital étaient la ventilation pendant moins de 4 jours (96 heures) et les soins psychiatriques. Le recours à la ventilation était particulièrement courant en cas d'intoxication accidentelle et intentionnelle, tandis que les soins psychiatriques étaient les plus couramment prodigués aux patients présentant une intoxication intentionnelle, une dépendance aux opioïdes ou un autre préjudice.

Les patients hospitalisés en raison d'un préjudice lié aux opioïdes étaient plus susceptibles de séjourner à l'unité de soins intensifs (USI) que les patients appartenant à la population médicale générale. Cette situation témoigne sans doute de la gravité de l'état de ces patients, qui ont besoin de soins qui les maintiennent en vie. Plus précisément, environ 40 % des patients traités pour une intoxication accidentelle ou intentionnelle ont séjourné dans une USI.

Figure 26 Soins spécialisés à l'hôpital, 2016-2017



Remarques

USI : unité de soins intensifs.

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ».

Les patients qui ont reçu plus d'un type de soins spécialisés sont pris en compte dans chaque catégorie. Les données du Québec ne sont pas incluses dans la catégorie des soins psychiatriques en raison des limites des données.

Source

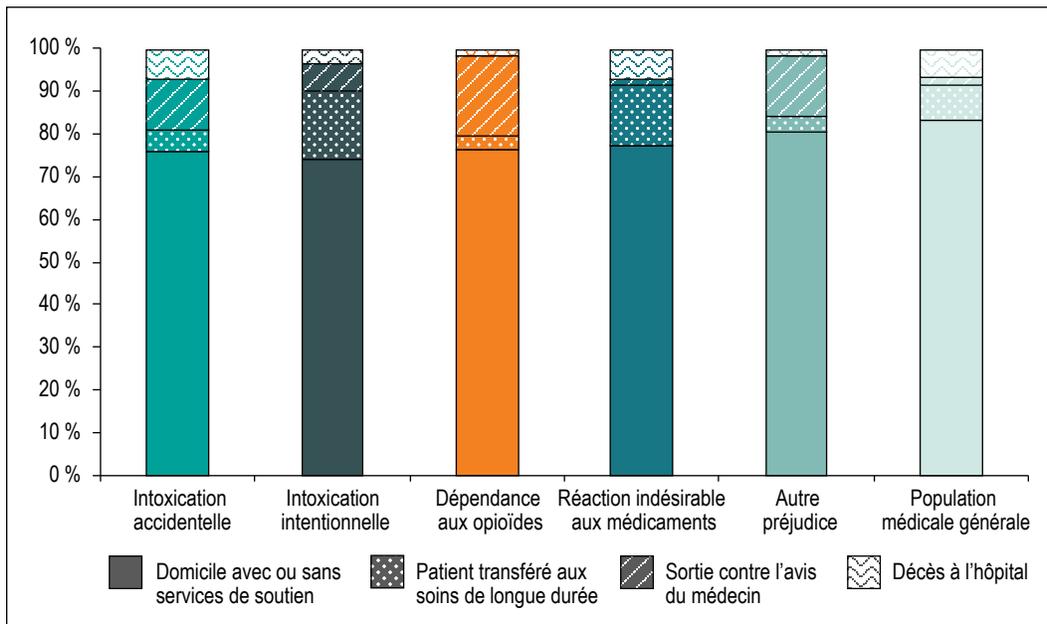
Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.



La majorité des patients hospitalisés ont été renvoyés à leur domicile à la fin de leur séjour. Quelques-uns ont été transférés en soins de longue durée; il s'agissait pour la plupart de cas d'intoxication intentionnelle et de cas de réactions indésirables aux médicaments.

Il importe de souligner que les séjours à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes étaient plus susceptibles de se solder par une sortie contre l'avis du médecin que les séjours de la population générale. Les taux étaient plus élevés pour les séjours à l'hôpital que pour les visites au service d'urgence : 18 % des patients admis en raison d'une dépendance aux opioïdes, 13 % de ceux admis pour un autre préjudice et 12 % de ceux admis en raison d'une intoxication accidentelle ont quitté l'hôpital contre l'avis du médecin. Une poignée de patients victimes de réactions indésirables aux médicaments ont quitté l'hôpital contre l'avis du médecin (environ 1 %).

Figure 27 Sorties de l'hôpital, 2016-2017



Remarques

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ».

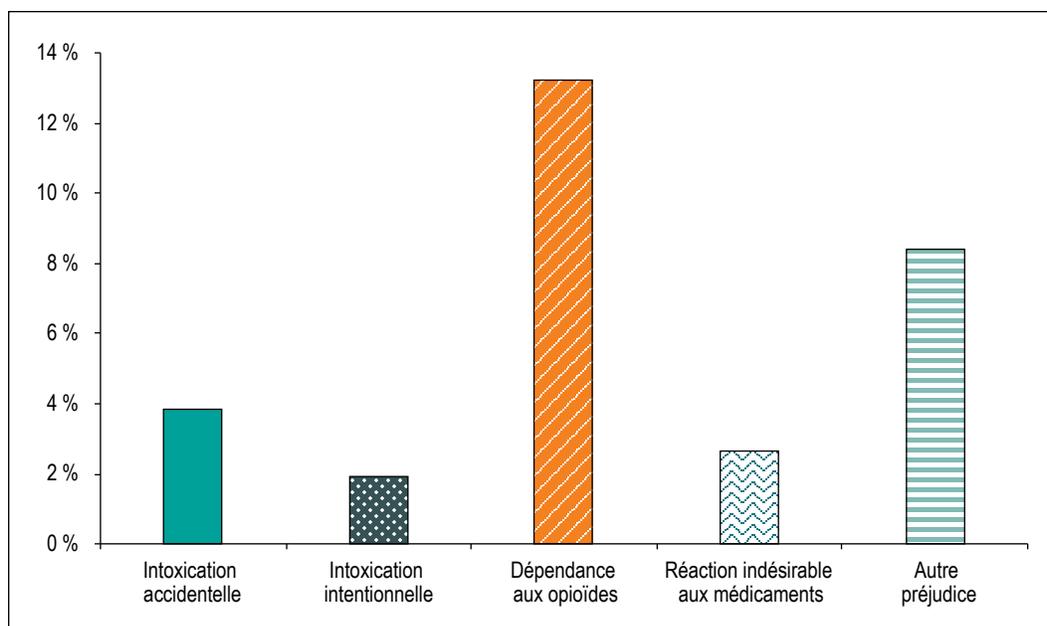
La somme des valeurs relatives à chaque type de préjudices liés aux opioïdes ne correspond pas nécessairement à 100 %, car certaines options à la sortie ne sont pas indiquées (p. ex. admissions dans d'autres types d'établissements).

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Certains patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital ont été réadmis au cours de la même année. Cette situation peut témoigner de la complexité du traitement des personnes ayant subi des préjudices liés aux opioïdes, de la qualité des soins reçus initialement ou du manque de coordination et de suivi à la sortie. Les cas les plus courants de réadmission ont été observés chez les personnes présentant une dépendance aux opioïdes (13 %) ou un autre préjudice (8 %), et les moins courants, chez les personnes traitées pour une intoxication intentionnelle (2 %).

Figure 28 Réadmissions à l'hôpital au cours d'une même année en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017



Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Préjudices liés aux opioïdes au Canada et en Australie

Les données canadiennes et australiennes sur les visites au service d'urgence et les séjours à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes semblent comparables à première vue. Cependant, même après la normalisation selon l'âge et le sexe, d'importantes différences subsistent dans les taux de visites au service d'urgence et de séjours à l'hôpital. Ces résultats ont fait l'objet d'une analyse approfondie de la part de l'ICIS et de l'AIHW, ce qui a permis de faire ressortir certaines différences importantes pouvant influencer sur les taux et les comparaisons.

Les données canadiennes et australiennes sur les visites au service d'urgence et les séjours à l'hôpital sont-elles comparables?

Admissions à l'hôpital

Au Canada comme en Australie, l'information diagnostique contenue dans les fichiers de données administratives des hôpitaux est codifiée à l'aide des modifications de la CIM-10 appropriées. Pour chaque diagnostic codifié, le type de diagnostic est indiqué et il est précisé s'il s'agit d'une affection principale ou d'une autre affection. Chaque épisode de soins d'un patient hospitalisé est associé à une seule affection principale. Le Canada et l'Australie utilisent en anglais des termes différents pour désigner et décrire l'affection principale : « most responsible diagnosis » (diagnostic principal) au Canada et « principal diagnosis » en Australie.

Dans les données canadiennes, le diagnostic principal correspond au diagnostic ou à l'affection principalement responsable du séjour du patient dans un établissement. Dans les données australiennes, il s'agit du diagnostic désigné, après examen, comme premier responsable de l'épisode de soins d'un patient hospitalisé. Malgré la similitude des 2 définitions, celle du Canada est fondée sur l'utilisation des ressources, tandis que celle de l'Australie découle de la raison de l'admission³⁴. Ainsi, comme le démontre le scénario présenté plus bas en exemple, le fichier de données administratives concernant un même épisode de soins à un patient hospitalisé pourra être consigné différemment selon que l'épisode survient au Canada ou en Australie. Il y a lieu de tenir compte de cette distinction lors de la comparaison des données entre les 2 pays.

Pour que les estimations entre les 2 pays soient efficacement comparables et que tous les diagnostics ayant une incidence sur la gestion des soins soient pris en compte, d'autres champs de diagnostic ont été inclus dans l'analyse. En ce qui concerne les données canadiennes, les comorbidités avant et après l'admission (c.-à-d. les diagnostics qui ont une incidence sur la prise en charge des patients) ont été incluses, tandis que les codes des diagnostics qui n'ont pas nécessité de traitement ont été exclus. Pour ce qui est des données australiennes, le champ de diagnostic additionnel (c.-à-d. les diagnostics qui coexistent avec le diagnostic principal ou qui sont posés pendant l'épisode de soins et qui ont une incidence sur la prise en charge des patients) a été inclus.

Les données canadiennes sont présentées sous forme de valeur unique qui comprend le diagnostic principal ainsi que les comorbidités avant et après l'admission. Les données australiennes, quant à elles, sont présentées sous forme de plage allant du taux lié pour un diagnostic principal au taux pour tout type de diagnostic (diagnostic additionnel).

Les normes et les lignes directrices de codification sont similaires dans les 2 pays, mais des différences peuvent toujours subsister dans l'interprétation de ces normes.

Scénario comparatif de la codification d'une hospitalisation au Canada et en Australie

Une personne souffrant d'insuffisance respiratoire et nécessitant des traitements de réanimation et de ventilation est admise à l'hôpital. Un examen permet de déterminer que l'insuffisance respiratoire est due à une surdose d'oxycodone résultant d'une mauvaise gestion des médicaments prescrits. La personne a recours à un ventilateur pendant 5 jours et reste à l'hôpital 3 jours de plus avant de recevoir son congé. Elle est aussi atteinte d'une maladie du foie qui a une incidence sur ses soins.

Dans le fichier de données canadien (codification à l'aide de la CIM-10-CA), l'épisode de soins est codifié comme suit :

- Diagnostic principal : Insuffisance respiratoire
- Comorbidité avant l'admission : Intoxication par des *dérivés d'opioïdes naturels* et cause externe — intoxication accidentelle par des opioïdes
- Comorbidité avant l'admission : Maladie du foie

Dans le fichier de données australien (codification à l'aide de la ICD-10-AM), l'épisode de soins est codifié comme suit :

- Diagnostic principal : Intoxication par des *dérivés d'opioïdes naturels* et cause externe — intoxication accidentelle par des opioïdes
- Diagnostic additionnel : Insuffisance respiratoire
- Diagnostic additionnel : Maladie du foie

Visites aux services d'urgence

La collecte d'information diagnostique pour les visites au service d'urgence est relativement récente en Australie, de sorte que la qualité du diagnostic principal n'a pas été entièrement évaluée et que les champs des diagnostics additionnels ne sont pas souvent remplis. Aucun champ ne permet de recueillir des données sur les causes externes.

En général, les taux d'admission à l'hôpital à partir du service d'urgence sont plus élevés en Australie qu'au Canada. En effet, 20 % des patients canadiens traités à l'urgence pour des préjudices liés aux opioïdes sont hospitalisés, tandis que cette proportion atteint les 53 % en Australie⁴. Un tel écart peut être attribuable aux besoins différents en matière de soins, mais aussi aux différents modes d'admission. Au Canada, un patient du service d'urgence qu'on met en observation ou dont on évalue le diagnostic reste un patient du service d'urgence sur le plan administratif. En Australie, le patient mis en observation peut être admis à l'hôpital. Par conséquent, les données sur les patients australiens admis en raison de préjudices liés aux opioïdes ne correspondront pas nécessairement à celles sur les patients canadiens (le volume de visites au service d'urgence en raison de préjudices étant plus élevé au Canada qu'en Australie).

Étant donné ces différences dans les données, les taux de visites aux services d'urgence sont présentés à des fins de considération, mais n'ont pas fait l'objet de comparaisons.

CIM-10

En général, bien que les 2 pays utilisent la même classification pour codifier les diagnostics (CIM-10), leurs systèmes de santé respectifs suivent parfois des processus de soins différents qui influent sur la consignation et la codification de l'information diagnostique. Par exemple, les cliniciens peuvent être tenus de consigner certains éléments d'information sur la sécurité et la qualité ou certains diagnostics dans un pays, mais pas dans l'autre. Au Canada, il n'existe pas de lignes directrices de codification outre celles contenues dans les manuels de codification de la CIM-10-CA, lesquels sont sujets à interprétation. Il n'est pas possible d'évaluer pleinement les répercussions de cette situation. Consultez l'annexe B pour obtenir des précisions.

Tableau 3 Taux normalisés de visites au service d'urgence et de séjours à l'hôpital, Canada et Australie, 2016-2017

Type de préjudice	Taux normalisé de visites au service d'urgence par 100 000 habitants, 2016-2017 : Canada	Taux normalisé de visites au service d'urgence par 100 000 habitants, 2016-2017 : Australie	Taux normalisé de séjours à l'hôpital par 100 000 habitants, 2016-2017 : Canada	Taux normalisé de séjours à l'hôpital par 100 000 habitants, 2016-2017 : Australie
Intoxication accidentelle	38,0	17,7	9,8	6,6 à 12,2
Intoxication sans intention déterminée				2,5 à 4,2
Intoxication intentionnelle	10,5		4,7	8,1 à 23,4
Dépendance aux opioïdes	39,3	2,4	17,4	15,5 à 70,7
Réaction indésirable aux médicaments	17,8	—	26,8	112,9
Autre préjudice	30,9	1,3	8,6	2,5 à 18,7

Remarques

— Il n'est pas possible de comparer les réactions indésirables aux médicaments à partir des données sur les services d'urgence de l'Australie.

Les taux du Canada et de l'Australie ont été normalisés en fonction de la population type de 2010 de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

Les cas d'intoxication sans intention déterminée sont inclus dans les cas d'intoxication accidentelle au Canada.

En Australie, les visites au service d'urgence ne peuvent être classées selon l'intention.

L'exercice financier utilisé pour le Canada débute le 1^{er} avril et se termine le 31 mars de l'année suivante. L'exercice financier utilisé pour l'Australie débute le 1^{er} juillet et se termine le 30 juin de l'année suivante.

En Australie, les séjours à l'hôpital sont présentés sous forme de plage allant du taux lié pour un diagnostic principal au taux pour tout type de diagnostic.

Les cas d'hospitalisation suivants ont été exclus des taux de l'Australie : type de soins correspondant à « nouveau-né » sans journées admissibles, pensionnaires d'établissement de soins de santé et approvisionnement en organes post mortem. Dans les cas d'hospitalisation en raison de tous types de préjudices sauf la réaction indésirable aux médicaments, le mode d'admission « patients admis en provenance d'un autre hôpital » a été exclu.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé; National Non-Admitted Patient Emergency Department Care Database et National Hospital Morbidity Database, 2016-2017, Australian Institute of Health and Welfare.

Effets indésirables au cours de l'usage thérapeutique et réactions indésirables aux médicaments

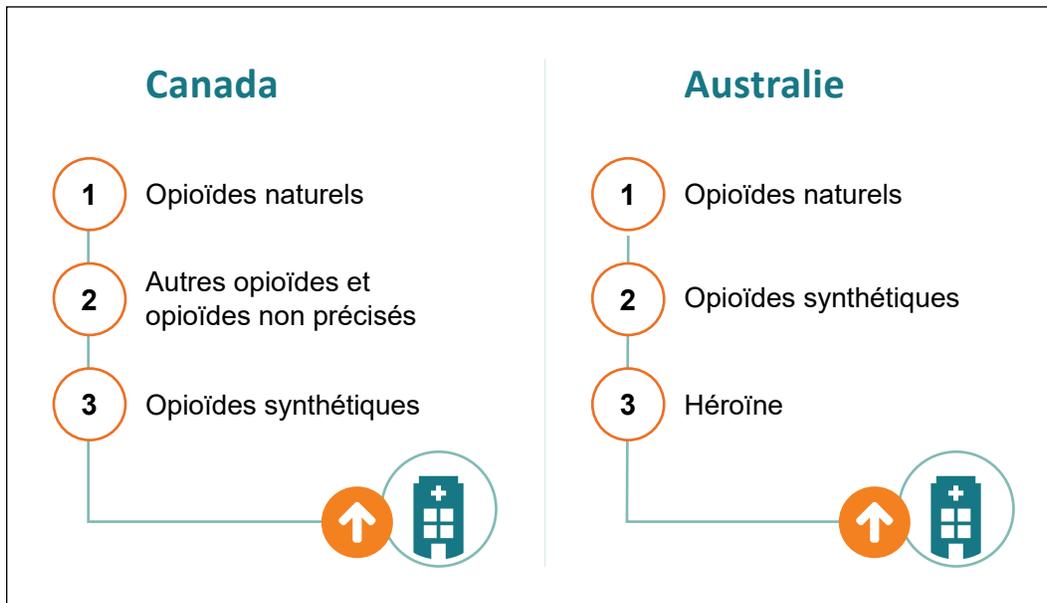
Les réactions indésirables aux médicaments découlent uniquement de l'usage conforme d'opioïdes prescrits à des fins médicales. Ce type de préjudice peut avoir des conséquences moins graves pour le patient (comparativement à une dépendance aux opioïdes ou une intoxication), mais il est associé au taux le plus élevé de séjours à l'hôpital et à des incidences plus importantes sur le système de santé que d'autres types de préjudices.

Les profils d'âge et de sexe des patients hospitalisés en raison de réactions indésirables aux médicaments étaient similaires au Canada et en Australie : les taux d'hospitalisations étaient plus marqués chez les femmes, augmentaient en fonction de l'âge et reflétaient les taux de prescription d'opioïdes dans les 2 pays. Les données sur les ordonnances de l'Australie contiennent des éléments d'information plus précis sur les patients que les données du Canada (consultez le rapport de l'AIHW pour obtenir des précisions sur les personnes qui se sont vu prescrire des opioïdes)⁴.

Intoxications

Au Canada comme en Australie, les opioïdes naturels étaient le plus souvent à l'origine des séjours à l'hôpital liés à une intoxication. Les types d'opioïdes utilisés variaient cependant, ce qui s'explique principalement par les différences au chapitre de l'usage illicite dont il a été question précédemment. L'héroïne était plus fréquemment liée aux intoxications aux opioïdes ayant mené à une hospitalisation en Australie, tandis que d'autres opioïdes et opioïdes non précisés étaient plus courants au Canada (consultez l'annexe E pour obtenir la liste complète des médicaments inclus dans cette catégorie).

Figure 29 Opioïdes à l'origine des séjours à l'hôpital en raison d'une intoxication, 2016-2017



Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé, et analyse par l'AIHW de la National Hospital Morbidity Database.

Les profils des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes présentait des similitudes :

- Dans les 2 pays, les hommes étaient plus susceptibles d'être admis à l'hôpital en raison d'une intoxication accidentelle que les femmes (54 % au Canada et 52 % en Australie).
- Dans les 2 pays, les femmes étaient plus susceptibles d'être admises en raison d'une intoxication intentionnelle que les hommes (58 % au Canada et 61 % en Australie).
- L'âge moyen des personnes victimes d'une intoxication accidentelle était similaire au Canada et en Australie (49 ans et 48 ans, respectivement). Dans le cas des intoxications intentionnelles, l'âge moyen était légèrement plus élevé au Canada qu'en Australie (44 ans et 38 ans, respectivement).

Dépendance aux opioïdes

La dépendance aux opioïdes est principalement traitée en milieu communautaire au Canada, tandis qu'en Australie, certains traitements liés aux dépendances, comme le sevrage supervisé, peuvent se dérouler à l'hôpital³⁵. Au Canada, des stratégies de réduction des préjudices en milieu communautaire ont été mises en œuvre sous la gouverne de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances³⁶.

- Au Canada et en Australie, 55 % des séjours à l'hôpital pour traiter une dépendance aux opioïdes ont été effectués par des hommes.
- L'âge moyen des patients était similaire, soit 42 ans au Canada et 44 ans en Australie.
- Le taux de séjours à l'hôpital en raison d'une dépendance aux opioïdes était plus de 4 fois plus élevé en Australie qu'au Canada (70,7 contre 17,4 par 100 000 habitants; taux normalisé selon l'âge en fonction de la population type de 2010 de l'Organisation de coopération et de développement économiques), ce qui témoigne de différences au chapitre du traitement.

Conclusion

Les profils décrits dans le présent rapport font ressortir la nécessité de recourir à plusieurs interventions ciblées pour lutter contre les préjudices liés aux opioïdes plutôt que d'adopter une approche unique. Chacun a sa propre expérience des préjudices et les caractéristiques des patients varient selon le milieu de soins. En 2016, la Conférence sur les opioïdes et le Sommet sur les opioïdes ont eu lieu pour tenter de remédier à la crise des opioïdes et réduire les préjudices qui y sont liés au Canada. Le sommet a réuni plus de 30 organismes prêts à prendre un engagement concret, dont l'ICIS et 9 ministères de la Santé de provinces et territoires, et donné lieu à la Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes au Canada³⁷.

Une approche de santé publique pourrait contribuer à réduire efficacement les préjudices liés aux opioïdes^{38, 39}. Des mesures importantes pourraient cibler l'amélioration de l'accès à des traitements non pharmacologiques ou sans opioïdes contre la douleur, le renforcement des activités de sensibilisation à la gestion de la douleur et à la toxicomanie, et l'intégration poussée des traitements dans le secteur des soins primaires et en milieu communautaire, idéalement à l'aide d'équipes multidisciplinaires possédant une expertise pointue. Si les soins sont dispensés efficacement en milieu communautaire, cette dernière mesure pourrait faire en sorte de réduire à la fois le nombre de visites au service d'urgence et le nombre de séjours à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à verser 5 milliards de dollars sur une période de 10 ans aux provinces et territoires pour améliorer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie. Des démarches ont été entreprises ou sont prévues pour réduire les préjudices liés aux opioïdes¹⁹. Parmi les domaines d'action ciblés, mentionnons l'établissement de partenariats et l'échange d'information au pays et à l'échelle internationale, l'adoption de changements législatifs et réglementaires, l'application des lois et l'amélioration de la sécurité publique, ainsi que la mise en place de programmes de santé publique. Une collecte accrue de données sur les opioïdes fournira un portrait national intégré des décès et des préjudices liés aux opioïdes, ce qui viendra étayer l'engagement du gouvernement du Canada à élaborer une politique sur les drogues qui soit fondée sur des données probantes. Des données exactes et complètes sur les préjudices liés aux opioïdes aideront à faire le suivi des tendances et à mieux coordonner les interventions. Parmi les autres mesures mises de l'avant, mentionnons la coordination internationale des politiques sur les drogues, la simplification des processus d'approbation des sites d'injection supervisée, de multiples stratégies d'application des lois qui ciblent les importateurs, les distributeurs, les fabricants et les trafiquants, et la promotion d'initiatives de réduction des préjudices qui tiennent compte des besoins uniques des collectivités inuites et des Premières Nations¹⁹.

En Australie, des agences gouvernementales et non gouvernementales ont mis en place, ou entrepris d'élaborer, des initiatives visant à réduire les préjudices liés aux opioïdes. Ces initiatives comprennent notamment : une nouvelle version de la stratégie nationale sur les drogues qui encadre l'atténuation des préjudices au moyen de mesures efficaces de réduction de la demande et de l'approvisionnement; des fonds pour des activités de surveillance de médicaments, comme la morphine et l'oxycodone, qui permettront aux médecins et aux pharmaciens de savoir si un patient reçoit plusieurs approvisionnements de médicaments surveillés de la part d'autres praticiens; les caractéristiques d'inviolabilité des emballages d'opioïdes puissants comme l'oxycodone; et les services de traitement de la toxicomanie financés par le secteur public.

En collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des spécialistes, l'ICIS travaille à

- définir les besoins en données et en information afin d'assurer la surveillance de l'utilisation des médicaments d'ordonnance;
- élaborer des normes pancanadiennes pour guider la collecte de données;
- créer des indicateurs et des mesures aux fins de diffusion publique;
- produire des analyses qui mesurent l'utilisation des médicaments d'ordonnance, sa prévalence et les préjudices qu'elle peut causer;
- produire des ressources qui aident les intervenants à comprendre et à utiliser les données.

Visitez le site Web de l'ICIS pour en savoir plus sur ses travaux relatifs aux [opioïdes au Canada](#).

Annexe A : Notes techniques

Définition de préjudice lié aux opioïdes

Un préjudice lié aux opioïdes est une lésion, une atteinte ou une douleur résultant de l'utilisation ou du mauvais usage des opioïdes. Les opioïdes peuvent entraîner des préjudices intentionnels ou accidentels, et faire l'objet d'un usage licite ou illicite. En d'autres mots, les gens peuvent prendre des opioïdes qui leur ont été prescrits légalement, des opioïdes d'ordonnance obtenus illégalement ou des formes illégales d'opioïdes, comme l'héroïne.

Les préjudices dont fait état le présent rapport portent précisément sur la morbidité et la mortalité en milieu hospitalier ou au service d'urgence. Les préjudices sociaux (comme une perte d'emploi, les comportements antisociaux et l'emprisonnement) ne sont pas évalués.



Considérations techniques

Le présent rapport a pour objectif de décrire les types de préjudices liés aux opioïdes qui ont eu lieu en soins de courte durée. Cet objectif diffère de celui des autres travaux de l'ICIS visant à quantifier les opioïdes au Canada. Des décisions méthodologiques distinctes ont donc été prises en réponse aux problèmes de qualité des données.

L'unité d'analyse du présent rapport est l'épisode complet d'un séjour à l'hôpital. Des épisodes ont été formés pour suivre le cheminement des patients dans le secteur des soins de courte durée.

Les épisodes comportant un préjudice lié à une intoxication ont été inclus uniquement s'ils respectaient les normes de codification (c.-à-d. qu'un code T et un code de cause externe correspondant désignaient l'intention qui sous-tend l'intoxication aux opioïdes). Par conséquent, le nombre d'intoxications aux opioïdes pourrait être sous-estimé d'environ 2 % dans le présent rapport.

Les intoxications accidentelles et celles dont l'intention n'a pas été déterminée ont été combinées, selon l'hypothèse que les patients qui en sont victimes reçoivent un traitement similaire à l'hôpital. Ces intoxications sont déclarées séparément dans les autres produits de l'ICIS.

Au Canada, les normes de codification précisent que toutes les intoxications doivent être classées comme étant accidentelles, sauf si la documentation indique clairement qu'il s'agit d'un geste intentionnel ou d'une intention indéterminée. Cette directive n'existe cependant pas au Québec.



Les lignes directrices de codification canadiennes précisent par ailleurs que les réactions indésirables découlant d'un usage thérapeutique d'opioïdes doivent être codifiées comme telles (à l'aide du code de cause externe Y45.0) plutôt que comme une intoxication aux opioïdes. Nous avons donc pris en compte tous les épisodes comprenant une réaction indésirable découlant d'un usage thérapeutique, peu importe si une intoxication avait également été consignée. Cette situation touche moins de 1 % des épisodes. Des mesures ont été prises afin d'améliorer la qualité des données pour 2018-2019, ce qui pourrait avoir une incidence sur les tendances.

Les analyses présentées se limitent au secteur des soins de courte durée.

Certains lits en santé mentale en Ontario (et un petit nombre d'établissements de soins psychiatriques à l'extérieur de la province) font l'objet d'une déclaration à une base de données distincte et non comparable (le Système d'information ontarien sur la santé mentale) et n'ont donc pas été inclus dans les analyses. Ces établissements fournissent d'importants services de toxicomanie et leur exclusion entraîne une sous-représentation régionale.

Annexe B : Données canadiennes et australiennes

Tableau B1 Comparabilité des données canadiennes et australiennes

Canada	Australie
<p>Le Système national d'information sur les soins ambulatoires de l'ICIS recueille des renseignements diagnostiques détaillés dans 3 provinces canadiennes.</p>	<p>La National Non-Admitted Patient Emergency Department Care Database de l'AIHW contient des enregistrements au niveau de l'épisode sur la plupart des personnes qui se présentent dans les services d'urgence publics de l'Australie.</p> <p>Il y a présentation au service d'urgence à l'arrivée du patient, au moment de l'inscription clinique ou du triage, selon ce qui a lieu en premier.</p> <p>Le diagnostic principal est le diagnostic qui, à la fin de la visite du patient au service d'urgence, est établi comme la raison principale de la visite. La qualité de l'information fournie dans les données sur les diagnostics principaux au service d'urgence n'a pas été pleinement évaluée. Par conséquent, ces données doivent être interprétées avec prudence.</p> <p>Bien que certains champs servent à consigner des diagnostics additionnels, les données qu'ils contiennent sont limitées. Aucun champ ne permet de consigner les causes externes.</p>
<p>La Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS contient des données au niveau de l'enregistrement qui sont combinées pour créer un épisode, et ce, pour l'ensemble des hôpitaux publics du Canada. Une fois l'information sur les diagnostics recueillie, les affections sont définies comme étant des comorbidités avant l'admission, des comorbidités après l'admission, des facteurs de causalité ou (facultatif) des comorbidités existantes, mais sans effet sur la prise en charge du patient. Seuls les diagnostics de comorbidités avant l'admission et après l'admission ont été inclus dans les présentes analyses. Les diagnostics existants, mais sans effet sur la prise en charge du patient, ont été exclus.</p>	<p>La National Hospital Morbidity Database de l'AIHW contient des enregistrements au niveau de l'épisode de soins pour les patients admis dans pratiquement tous les hôpitaux publics et privés de l'Australie.</p> <p>La sortie de l'hôpital marque la fin d'un épisode de soins aux patients hospitalisés qui se termine par un congé de l'hôpital, un décès ou un transfert, ou encore d'une portion d'un séjour à l'hôpital qui commence ou prend fin par un changement de type de soins (p. ex. passage des soins de courte durée aux soins de réadaptation). Dans le présent rapport, les sorties de l'hôpital sont appelées « hospitalisations ».</p> <p>Les données sur les hospitalisations n'incluent pas les épisodes de soins aux patients non admis qui se sont déroulés dans des cliniques de consultation externe ou au service d'urgence. Les patients traités dans ces milieux de soins peuvent être admis ultérieurement; les soins qui leur sont alors prodigués sont inclus dans la base de données.</p> <p>Le diagnostic principal est le diagnostic établi à la suite de l'examen comme étant la cause principale de l'épisode de soins aux patients hospitalisés.</p> <p>Un diagnostic additionnel correspond à une affection ou à une raison de consultation qui est présente au moment de l'établissement du diagnostic principal ou qui se manifeste pendant l'épisode de soins (ce diagnostic est déclaré si l'affection a une incidence sur la prise en charge du patient).</p> <p>Une cause externe est un facteur environnemental ou une affection considérée comme la cause de la lésion, de l'intoxication ou de l'effet indésirable.</p> <p>Consultez le rapport de l'AIHW pour en savoir plus sur les bases de données de l'Australie⁴.</p>

Sources

Australian Institute of Health and Welfare. [Admitted Patient Care 2015-2016: Australian Hospital Statistics](#), 2017.

Australian Institute of Health and Welfare. [Emergency Department Care 2016-2017: Australian Hospital Statistics](#), 2017.

Independent Hospital Pricing Authority. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification (ICD-10-AM), Australian Classification of Health Interventions (ACHI) and Australian Coding Standards (ACS) — ICD-10-AM/ACHI/ACS*, 2017.

Annexe C : Codification des groupes de préjudices liés aux opioïdes

Tableau C1 Codes d'intoxication accidentelle

Diagnostic dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

Code	Définition
X42	Intoxication accidentelle par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs
Y12	Intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes], et exposition à ces produits, non classés ailleurs, intention non déterminée

Jumelé à l'une ou l'autre des catégories suivantes :

Code	Définition
T40.0	Intoxication par l'opium
T40.1	Intoxication par l'héroïne
T40.2	Intoxication par d'autres opiacés (p. ex. la codéine et la morphine)
T40.3	Intoxication par la méthadone
T40.4	Intoxication par d'autres narcotiques synthétiques (p. ex. la péthidine)
T40.6 [‡]	Intoxication par des narcotiques, autres et sans précision

Remarques

‡ Ce code inclut les opioïdes non classés ailleurs. Tous les narcotiques sont des opioïdes, mais tous les opioïdes ne sont pas des narcotiques.

Les codes X42 et Y12 incluent uniquement le type de diagnostic significatif 9. Les autres codes incluent uniquement les types de diagnostic significatif M, 1, 2, W, X et Y.

Tableau C2 Codes d'intoxication intentionnelle

Diagnostic dans la catégorie suivante :

Code	Définition
X62	Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs

Jumelé à l'une ou l'autre des catégories suivantes :

Code	Définition
T40.0	Intoxication par l'opium
T40.1	Intoxication par l'héroïne
T40.2	Intoxication par d'autres opiacés (p. ex. la codéine et la morphine)
T40.3	Intoxication par la méthadone
T40.4	Intoxication par d'autres narcotiques synthétiques (p. ex. la péthidine)
T40.6 [‡]	Intoxication par des narcotiques, autres et sans précision

Remarques

‡ Ce code inclut les opioïdes non classés ailleurs. Tous les narcotiques sont des opioïdes, mais tous les opioïdes ne sont pas des narcotiques.

Le code X62 inclut uniquement le type de diagnostic significatif 9. Les autres codes incluent uniquement les types de diagnostic significatif M, 1, 2, W, X et Y.

Tableau C3 Codes de dépendance aux opioïdes

Diagnostic dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

Code	Définition
F11.2	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance
F11.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de sevrage
F11.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de sevrage avec delirium

Remarque

Ces codes incluent uniquement les types de diagnostic significatif M, 1, 2, W, X, Y et C.

Tableau C4 Code de réactions indésirables aux médicaments

Diagnostic dans la catégorie suivante :

Code	Définition
Y45.0**	Drogues, médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique, opioïdes et analgésiques apparentés

Remarque

Ce code inclut uniquement le type de diagnostic significatif 9.

Tableau C5 Codes d'autres préjudices liés aux opioïdes

Diagnostic dans l'une ou l'autre des catégories suivantes :

Code	Définition
F11.0	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, intoxication aiguë
F11.1	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'opiacés nocive pour la santé (habitudes d'utilisation)
F11.5	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, trouble psychotique
F11.6	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome amnésique
F11.7	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive

Remarque

Ces codes incluent uniquement les types de diagnostic significatif M, 1, 2, W, X, Y et C.

Annexe D : Codification des soins spécialisés

Tableau D1 Codes de ventilation, de réanimation cardiaque et de soins psychiatriques

Intervention	Code	Définition
Ventilation	Codes d'intervention (selon le groupe de maladies analogues) : approche invasive par intubation	1GZ31CAEP Approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), assistée manuellement (p. ex. masque ambu)
		1GZ31CAND Approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)
		1GZ31CRND Approche invasive par voie naturelle avec incision pour l'intubation via la trachéostomie, pression positive (p. ex. CPAP, BIPAP, VPPI)
		1GZ31CAPK Approche invasive par voie naturelle, par intubation (endotrachéale), respirateur à oxygène (p. ex. ceinture pneumatique)
Réanimation cardiaque	Codes d'intervention (selon le groupe de maladies analogues)	1HZ30JN Réanimation, cœur NCA, par compression manuelle externe avec ou sans ventilation concomitante
Soins psychiatriques	Codes de diagnostic (CIM-10)	Z00.4 Examen psychiatrique général, non classé ailleurs Z03.2 Mise en observation pour suspicion de troubles mentaux et du comportement Z04.6 Examen psychiatrique général, à la demande des autorités
	Codes d'intervention (CCI)	Codes commençant par 6AA (Interventions thérapeutiques pour la santé mentale et les dépendances)
	Service principal	Service principal ou sous-service = 64

Remarque

NCA : non classé ailleurs.

Annexe E : Codification des autres opioïdes et des opioïdes non précisés

Tableau E1 Autres opioïdes et opioïdes non précisés

Médicament	Code
Antitussif NCA	
– codéine (association)	T40.2
– opiacé	T40.2
Acémorphan	T40.2
Codéine (dérivés)	T40.2
Dihydrocodéine	T40.2
Dihydrocodéinone	T40.2
Dihydrohydroxycodéinone	T40.2
Dihydromorphinone	T40.2
Drocode	T40.2
Éthylmorphine	T40.2
Hydrocodone	T40.2
Hydromorphone	T40.2
Méthylmorphine	T40.2
Morfine	T40.2
Morphine	T40.2
Nicomorphine	T40.2
Opioïde NCA	T40.2
Oxycodone	T40.2
Oxymorphone	T40.2
Alfentanil	T40.4
Alphaprodine	T40.4
Aniléridine	T40.4
Bézitramide	T40.4
Buprénorphine	T40.4
Butorphanol	T40.4
Dextromoramide	T40.4
Dextropropoxyphène	T40.4
Dipipanone	T40.4
Eptazocine	T40.4

Médicament	Code
Éthoheptazine	T40.4
Fentanyl (dérivés)	T40.4
Isonipécaïne	T40.4
Kétobémidone	T40.4
Lévopropoxyphène	T40.4
Lévorphanol	T40.4
Mépidine	T40.4
Nalbuphine	T40.4
Pentazocine	T40.4
Narcotique NCA	T40.6
– synthétique NCA	T40.4
Phénazocine	T40.4
Phénopéridine	T40.4
Piritramide	T40.4
Profadol	T40.4
Propoxyphène	T40.4
Sufentanil	T40.4
Tilidine	T40.4
Tramadol	T40.4
Analgésique NCA	
– narcotique NCA	T40.6
– – association	T40.6
– – obstétrique	T40.6
Narcotique NCA	T40.6
Opiacé NCA	T40.6

Remarque

NCA : non classé ailleurs.

Annexe F : Statistiques sommaires sur les groupes de préjudices liés aux opioïdes

Tableau F1 Visites au service d'urgence

Mesure	Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	Intoxication intentionnelle	Dépendance aux opioïdes	Réaction indésirable aux médicaments	Autre préjudice
Taux de visites au service d'urgence (par 100 000 habitants)	38,0	10,5	39,3	17,8	30,9
Pourcentage de toutes les visites en raison de préjudices liés aux opioïdes	28 %	8 %	29 %	13 %	22 %
Pourcentage d'hommes	63 %	46 %	56 %	38 %	62 %
Âge moyen	39,0 ans	37,8 ans	38,5 ans	57,1 ans	35,0 ans
Pourcentage d'hommes de 50 ans et plus	13 %	13 %	13 %	25 %	5 %
Pourcentage de femmes de 50 ans et plus	12 %	14 %	10 %	39 %	3 %
Durée médiane du séjour (en heures)	5,2	7,9	3,5	3,9	3,8
Pourcentage de décès au service d'urgence	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Pourcentage d'admissions à l'hôpital	23,9 %	52,7 %	13,1 %	16,8 %	15,6 %
Pourcentage de sorties contre l'avis du médecin	8,3 %	3,2 %	5,5 %	1,0 %	7,6 %
Pourcentage de patients comptant au moins 2 visites au cours des 6 mois précédents	37 %	42 %	45 %	40 %	49 %

Tableau F2 Séjours à l'hôpital

Mesure	Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	Intoxication intentionnelle	Dépendance aux opioïdes	Réaction indésirable aux médicaments	Autre préjudice
Taux d'admission (par 100 000 habitants)	9,8	4,7	17,4	26,8	8,6
Pourcentage de toutes les admissions en raison de préjudices liés aux opioïdes	15 %	7 %	25 %	41 %	12 %
Pourcentage d'hommes	54 %	42 %	55 %	39 %	58 %
Âge moyen	49,2 ans	43,7 ans	42,4 ans	67,4 ans	41,2 ans
Pourcentage d'hommes de 50 ans et plus	23 %	16 %	19 %	34 %	17 %
Pourcentage de femmes de 50 ans et plus	28 %	24 %	14 %	51 %	12 %
Durée médiane du séjour (en jours)	3,0	3,0	6,0	9,0	5,0
Pourcentage de décès à l'hôpital	6,8 %	3,1 %	1,7 %	7,2 %	1,5 %
Pourcentage de sorties contre l'avis du médecin	11,7 %	6,1 %	17,5 %	0,9 %	13,5 %
Pourcentage de patients admis à au moins 2 reprises au cours des 6 mois précédents	13,5 %	9,0 %	13,5 %	14,6 %	15,7 %
Pourcentage de patients avec autre substance consignée	39 %	70 %	35 %	4 %	57 %
Taux de séjours à l'hôpital en régions rurales	11,1	6,2	18,6	38,9	9,3

Annexe G : Texte de remplacement pour les figures

Figure 1 : Nombre de doses thérapeutiques quotidiennes délivrées, Canada et Australie, 2017

Type d'opioïde	Canada	Australie
Codéine	9,1	6,5
Hydromorphe	3,7	0,4
Oxycodone	3,4	3,3
Tramadol	1,4	3,1
Morphine	1,4	0,8
Fentanyl	1,3	1,0
Tapentadol	0,1	0,6
Buprénorphine	0,1	0,7

Remarques

DTQ : doses thérapeutiques quotidiennes.

Dose thérapeutique quotidienne par 1 000 habitants.

Les résultats des territoires du Canada n'étaient pas disponibles.

Les DTQ sont définies par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la méthodologie sur l'établissement des statistiques concernant les produits médicamenteux. Il s'agit d'une mesure normalisée de la consommation qui tient compte de la puissance variable des médicaments.

Les affirmations, observations, conclusions, perspectives et opinions contenues dans la présente analyse se fondent en partie sur les données obtenues en vertu d'une licence d'IQVIA Canada concernant les services d'information de la banque de données CompuScript d'IQVIA, pour la période de données allant de janvier 2012 à décembre 2017. Tous droits réservés. Les affirmations, observations, conclusions, perspectives et opinions contenues et exprimées dans cette publication sont celles de l'Institut canadien d'information sur la santé et non celles d'IQVIA ou de ses filiales.

Sources

Données préparées à l'aide de l'information extraite de CompuScript d'IQVIA (Canada) et d'une analyse de la base de données Pharmaceutical Benefits Scheme (Australie).

Figure 2 : Fréquence des visites à l'hôpital, selon l'opioïde

Les opioïdes les plus fréquemment décelés à l'hôpital sont, par ordre décroissant,

- les opioïdes naturels (et semi-synthétiques), ce qui comprend la codéine*, la morphine, l'oxycodone et l'hydromorphe;
- les autres opioïdes et les opioïdes non précisés†;
- les opioïdes synthétiques (fabriqués en laboratoire), ce qui comprend le fentanyl, le tramadol* et d'autres opioïdes;
- l'héroïne;
- la méthadone;
- l'opium.

Remarques

* La codéine et le tramadol sont considérés comme des opioïdes faibles. Les autres opioïdes indiqués, par exemple la morphine, l'oxycodone et l'hydromorphe, sont considérés comme des opioïdes puissants.

† Une liste exhaustive des autres opioïdes et des opioïdes non précisés figure à l'annexe E.

Figure 3 : Profil des cas d'intoxication accidentelle

L'intoxication accidentelle est une intoxication ou une exposition involontaire aux opioïdes (ce qui inclut l'intoxication avec intention non déterminée). Les intoxications accidentelles étaient le plus couramment observées chez les hommes de moins de 50 ans. Dans ce groupe, 1 patient sur 3 avait visité le service d'urgence à au moins 2 reprises au cours des 6 mois précédents. Les hommes de moins de 50 ans sont également ceux qui ont passé le plus grand nombre total d'heures au service d'urgence. Les intoxications accidentelles représentaient 15 % des admissions à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes. Les opioïdes les plus fréquemment consignés étaient la codéine, la morphine et leurs dérivés. Les opioïdes synthétiques comme le fentanyl, moins courants, étaient le plus souvent associés aux hommes et aux personnes de moins de 40 ans.

Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 4 : Profil des cas d'intoxication intentionnelle

Une intoxication intentionnelle est une auto-intoxication ou une exposition intentionnelle aux opioïdes. Ce type d'intoxication était le plus couramment observé chez les femmes de moins de 50 ans. Ces patientes présentaient la durée médiane du séjour au service d'urgence la plus longue, soit 7,9 heures. Dans ce groupe, 53 % ont été admises à l'hôpital à partir du service d'urgence; il s'agit du pourcentage le plus élevé parmi les 5 profils d'utilisation des opioïdes. Néanmoins, le groupe des intoxications intentionnelles représente le plus faible nombre de patients ayant subi des préjudices liés aux opioïdes au service d'urgence et à l'hôpital. Ces patients ne représentent que 7 % des admissions à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes. Les patients présentant une intoxication intentionnelle étaient plus susceptibles d'être traités à l'unité de soins intensifs. Les opioïdes les plus fréquemment consignés étaient la codéine, la morphine et leurs dérivés. L'opioïde était le plus souvent accompagné d'un autre analgésique ou sédatif.

Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 5 : Profil des cas de dépendance aux opioïdes

La dépendance aux opioïdes est définie comme un regroupement de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques résultant d'un usage répété d'opioïdes qui comprennent la difficulté à contrôler l'utilisation d'opioïdes, l'utilisation continue en dépit des conséquences préjudiciables et les symptômes de sevrage qui accompagnent l'arrêt ou la réduction de l'utilisation. La dépendance aux opioïdes a été le plus couramment observée chez les hommes de moins de 50 ans. Ce groupe comptait la proportion la plus élevée de

patients à faible revenu. Les trois quarts des patients qui ont visité le service d'urgence en raison d'une dépendance aux opioïdes sont retournés à la maison après avoir reçu des soins. La dépendance aux opioïdes représentait 25 % des admissions à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes. Près d'un patient hospitalisé sur 5 est sorti de l'hôpital contre l'avis du médecin. Les personnes présentant une dépendance aux opioïdes étaient les plus susceptibles d'être réadmisées à l'hôpital dans l'année suivant leur sortie. Les substances concomitantes les plus courantes étaient l'alcool et les stimulants.

Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 6 : Profil des cas de réaction indésirable aux médicaments

Une réaction indésirable aux médicaments est définie comme une réaction indésirable à des opioïdes utilisés conformément aux directives du médecin. Les réactions indésirables aux médicaments étaient le plus couramment observées chez les femmes de 50 ans et plus. Ces patientes représentaient 41 % des admissions à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes. Elles affichaient également le plus grand nombre total de jours passés à l'hôpital. Les taux d'hospitalisations étaient plus élevés en régions rurales. Les patients victimes d'une réaction indésirable aux médicaments étaient moins susceptibles de compter un autre médicament ou une autre substance dans les raisons de leur hospitalisation.

Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 7 : Profil des autres cas de préjudices

Les autres préjudices sont définis comme d'autres troubles de santé mentale, troubles du comportement ou intoxications découlant de l'utilisation d'opioïdes (ce qui comprend les intoxications aiguës ou les autres formes d'utilisation préjudiciable et les autres troubles mentaux liés à l'utilisation d'opioïdes). Les autres préjudices étaient le plus fréquemment observés chez les hommes de moins de 50 ans. Les patients qui en souffraient étaient plus susceptibles d'avoir visité le service d'urgence à au moins 2 reprises au cours des 6 mois précédents. Les autres préjudices représentaient 12 % des admissions à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes. La plupart des admissions étaient liées à des troubles de santé mentale. Ces patients étaient plus susceptibles de recevoir des soins psychiatriques pendant leur hospitalisation et arrivaient deuxièmes en ce qui a trait au risque de sortie contre l'avis du médecin.

Remarques

Données de 2016-2017.

Comparaisons avec les autres types de préjudices liés aux opioïdes.

Figure 8 : Visites au service d'urgence en raison d'un préjudice lié aux opioïdes, par année, 2010-2011 à 2016-2017

Type de préjudice, par 100 000 habitants	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	15,1	17,1	18,2	18,3	21,4	27,6	38,5
Intoxication intentionnelle	7,7	8,2	8,4	8,6	8,9	10,0	10,7
Dépendance aux opioïdes	37,5	42,2	39,0	35,1	35,2	37,8	39,9
Réaction indésirable aux médicaments	19,4	19,2	19,5	19,8	19,1	19,9	18,2
Autre préjudice	12,4	14,3	13,0	14,4	16,7	23,1	31,1

Remarque

Taux normalisés en fonction de la population type canadienne.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 9 : Séjours à l'hôpital en raison d'un préjudice lié aux opioïdes, par année, 2010-2011 à 2016-2017

Type de préjudice, par 100 000 habitants	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	6,2	6,9	7,3	7,6	8,1	9,0	10,1
Intoxication intentionnelle	4,0	4,4	4,4	4,4	4,5	4,9	4,9
Dépendance aux opioïdes	10,8	11,9	12,5	13,4	14,9	15,9	17,8
Réaction indésirable aux médicaments	26,6	27,5	28,7	28,7	27,3	28,5	27,2
Autre préjudice	3,6	4,3	4,3	5,0	6,4	8,0	8,8

Remarque

Taux normalisés en fonction de la population type canadienne.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 10a : Visites au service d'urgence selon le groupe d'âge, 2016-2017

Groupe d'âge	Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	Intoxication intentionnelle	Dépendance aux opioïdes	Réaction indésirable aux médicaments	Autre préjudice
Moins d'un an	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %
1-4 ans	1,1 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
5-9 ans	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
10-14 ans	0,3 %	1,4 %	0,1 %	0,4 %	4,7 %
15-19 ans	3,6 %	10,3 %	2,2 %	3,6 %	14,7 %
20-24 ans	13,4 %	12,9 %	11,9 %	5,4 %	19,6 %
25-29 ans	16,5 %	12,5 %	17,4 %	5,1 %	18,6 %
30-34 ans	14,9 %	10,1 %	16,7 %	5,1 %	13,0 %
35-39 ans	10,1 %	10,0 %	12,5 %	4,6 %	8,5 %
40-44 ans	7,7 %	8,3 %	8,9 %	4,8 %	7,8 %
45-49 ans	6,8 %	8,0 %	7,4 %	6,2 %	4,7 %
50-54 ans	7,0 %	10,6 %	8,0 %	6,6 %	3,4 %
55-59 ans	5,5 %	6,3 %	6,1 %	7,1 %	2,0 %
60-64 ans	4,1 %	4,2 %	3,5 %	8,3 %	0,9 %
65-69 ans	2,4 %	2,4 %	2,2 %	8,1 %	0,6 %
70-74 ans	2,3 %	1,4 %	1,5 %	7,8 %	0,2 %
75-79 ans	1,5 %	0,6 %	0,8 %	8,4 %	0,5 %
80-84 ans	0,9 %	0,2 %	0,4 %	7,0 %	0,2 %
85-89 ans	0,9 %	0,3 %	0,3 %	6,6 %	0,1 %
90 ans et plus	0,7 %	0,4 %	0,1 %	4,4 %	0,1 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 10b : Séjours à l'hôpital selon le groupe d'âge, 2016-2017

Groupe d'âge	Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	Intoxication intentionnelle	Dépendance aux opioïdes	Réaction indésirable aux médicaments	Autre préjudice
Moins d'un an	0,3 %	0,0 %	1,0 %	0,8 %	0,0 %
1-4 ans	1,0 %	0,1 %	0,2 %	0,6 %	0,0 %
5-9 ans	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,0 %
10-14 ans	0,4 %	6,3 %	1,4 %	0,6 %	0,2 %
15-19 ans	2,1 %	8,8 %	8,4 %	1,1 %	4,7 %
20-24 ans	6,8 %	8,4 %	12,7 %	1,0 %	10,3 %
25-29 ans	9,3 %	9,2 %	13,0 %	1,4 %	13,1 %
30-34 ans	8,2 %	8,4 %	11,7 %	1,9 %	13,4 %
35-39 ans	7,4 %	7,8 %	10,0 %	2,1 %	11,0 %
40-44 ans	6,2 %	9,0 %	8,9 %	2,3 %	9,7 %
45-49 ans	7,1 %	11,9 %	8,7 %	2,9 %	8,1 %
50-54 ans	9,7 %	10,8 %	8,7 %	5,3 %	8,5 %
55-59 ans	9,2 %	6,5 %	5,8 %	6,7 %	6,3 %
60-64 ans	9,0 %	4,5 %	4,0 %	9,0 %	4,8 %
65-69 ans	6,8 %	3,0 %	2,2 %	10,5 %	3,3 %
70-74 ans	5,7 %	2,2 %	1,2 %	11,7 %	2,2 %
75-79 ans	4,3 %	0,8 %	0,9 %	11,3 %	1,7 %
80-84 ans	2,4 %	0,5 %	0,9 %	11,4 %	1,2 %
85-89 ans	2,7 %	0,3 %	0,3 %	10,3 %	0,9 %
90 ans et plus	1,3 %	0,1 %	0,0 %	8,7 %	0,3 %

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 11a : Visites au service d'urgence selon l'âge et le sexe, 2016-2017

Type de préjudice	Hommes de 0 à 49 ans	Hommes de 50 ans et plus	Femmes de 0 à 49 ans	Femmes de 50 ans et plus
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	49 %	13 %	25 %	12 %
Intoxication intentionnelle	34 %	13 %	40 %	14 %
Dépendance aux opioïdes	44 %	13 %	33 %	10 %
Réaction indésirable aux médicaments	13 %	25 %	23 %	39 %
Autre préjudice	58 %	5 %	34 %	3 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 11b : Séjours à l'hôpital selon l'âge et le sexe, 2016-2017

Type de préjudice	Hommes de 0 à 49 ans	Hommes de 50 ans et plus	Femmes de 0 à 49 ans	Femmes de 50 ans et plus
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	31 %	23 %	18 %	28 %
Intoxication intentionnelle	26 %	16 %	34 %	24 %
Dépendance aux opioïdes	37 %	19 %	31 %	14 %
Réaction indésirable aux médicaments	5 %	34 %	10 %	51 %
Autre préjudice	41 %	17 %	29 %	12 %

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 12 : Taux de séjours à l'hôpital selon le type de région, 2016-2017

Type de préjudice, par 100 000 habitants	Région urbaine	Région rurale
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	9,9	11,1
Intoxication intentionnelle	4,6	6,2
Dépendance aux opioïdes	16,1	18,6
Réaction indésirable aux médicaments	28,3	38,9
Autre préjudice	7,5	9,3

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 13a : Visites au service d'urgence selon le quintile de revenu, 2016-2017

Type de préjudice	1 (faible revenu)	2	3	4	5 (revenu élevé)
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	31 %	19 %	14 %	14 %	10 %
Intoxication intentionnelle	28 %	19 %	17 %	16 %	14 %
Dépendance aux opioïdes	31 %	20 %	16 %	14 %	11 %
Réaction indésirable aux médicaments	23 %	19 %	19 %	20 %	16 %
Autre préjudice	28 %	16 %	12 %	11 %	19 %

Remarque

La somme des valeurs relatives à chaque type de préjudices liés aux opioïdes ne correspond pas nécessairement à 100 %, car certains codes postaux sont manquants ou affichent un indicateur hors pays.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 13b : Séjours à l'hôpital selon le quintile de revenu, 2016-2017

Type de préjudice	1 (faible revenu)	2	3	4	5 (revenu élevé)
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	32 %	21 %	15 %	14 %	11 %
Intoxication intentionnelle	27 %	20 %	18 %	16 %	15 %
Dépendance aux opioïdes	35 %	18 %	13 %	11 %	10 %
Réaction indésirable aux médicaments	23 %	21 %	19 %	19 %	17 %
Autre préjudice	31 %	18 %	15 %	12 %	10 %

Remarque

La somme des valeurs relatives à chaque type de préjudices liés aux opioïdes ne correspond pas nécessairement à 100 %, car certains codes postaux sont manquants ou affichent un indicateur hors pays.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 14a : Proportion de visites au service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

Type de préjudice	Proportion des visites
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	28 %
Intoxication intentionnelle	8 %
Dépendance aux opioïdes	29 %
Réaction indésirable aux médicaments	13 %
Autre préjudice	22 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 14b : Nombre total d'heures passées au service d'urgence en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

Type de préjudice	Nombre total d'heures au service d'urgence
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	55 022
Intoxication intentionnelle	23 662
Dépendance aux opioïdes	43 652
Réaction indésirable aux médicaments	20 901
Autre préjudice	39 621

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 15 : Arrivées au service d'urgence par ambulance, 2016-2017

Type de préjudice	Proportion d'arrivées par ambulance
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	80 %
Intoxication intentionnelle	75 %
Dépendance aux opioïdes	28 %
Réaction indésirable aux médicaments	37 %
Autre préjudice	42 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 16 : Échelle canadienne de triage et de gravité

L'ETG comprend 5 niveaux de gravité, du plus urgent au moins urgent :

- Réanimation (niveau 1)
- Très urgent (niveau 2)
- Urgent (niveau 3)
- Moins urgent (niveau 4)
- Non urgent (niveau 5)

Figure 17 : Attribution d'un niveau de triage « réanimation » ou « très urgent » (ETG 1 ou 2) au service d'urgence, 2016-2017

Type de préjudice	Proportion
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	76,7 %
Intoxication intentionnelle	85,9 %
Dépendance aux opioïdes	24,9 %
Réaction indésirable aux médicaments	25,9 %
Autre préjudice	42,0 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 18 : Durée du séjour au service d'urgence, 2016-2017

Type de préjudice	Délai jusqu'à l'évaluation initiale du médecin (en heures)	Délai de l'évaluation initiale par un médecin à la décision d'admission (en heures)	Délai avant l'hospitalisation — patients admis seulement (en heures)	DS médiane totale (en heures)
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	0,6	4,4	2,6	5,2
Intoxication intentionnelle	0,5	7,2	2,3	7,9
Dépendance aux opioïdes	1,1	2,0	3,4	3,5
Réaction indésirable aux médicaments	1,2	2,3	3,0	3,9
Autre préjudice	1,0	3,3	3,6	3,8

Remarques

DS : durée du séjour.

La médiane est le point auquel 50 % des patients ont été traités et 50 % sont en attente.

L'évaluation initiale par un médecin correspond à la date et à l'heure auxquelles le patient a été évalué pour la première fois par un médecin.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 19 : Nombre de visites au service d'urgence au cours des 6 mois précédents, 2016-2017

Type de préjudice	Aucune visite	1 visite	2 visites et plus
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	42 %	21 %	37 %
Intoxication intentionnelle	38 %	21 %	42 %
Dépendance aux opioïdes	35 %	19 %	45 %
Réaction indésirable aux médicaments	35 %	26 %	40 %
Autre préjudice	31 %	20 %	49 %
Population générale ayant visité le service d'urgence	88 %	7 %	5 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 20 : Sorties du service d'urgence, 2016-2017

Type de préjudice	Domicile avec ou sans services de soutien	Hospitalisation	Sortie contre l'avis du médecin	Décès à l'hôpital
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	67 %	24 %	8 %	5 %
Intoxication intentionnelle	42 %	53 %	3 %	0 %
Dépendance aux opioïdes	79 %	13 %	5 %	0 %
Réaction indésirable aux médicaments	82 %	17 %	1 %	0 %
Autre préjudice	75 %	16 %	8 %	0 %
Population générale ayant visité le service d'urgence	85 %	11 %	4 %	0 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 21 : Admissions à l'hôpital à partir du service d'urgence selon l'âge, 2016-2017

Type de préjudice	0 à 49 ans	50 ans et plus
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	16 %	46 %
Intoxication intentionnelle	47 %	68 %
Dépendance aux opioïdes	12 %	17 %
Réaction indésirable aux médicaments	5 %	23 %
Autre préjudice	14 %	38 %
Population générale ayant visité le service d'urgence	6 %	18 %

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 22a : Proportion de séjours à l'hôpital en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

Type de préjudice	Proportion de séjours à l'hôpital
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	15 %
Intoxication intentionnelle	7 %
Dépendance aux opioïdes	25 %
Réaction indésirable aux médicaments	41 %
Autre préjudice	12 %

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 22b : Total des jours de présence des patients hospitalisés en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

Type de préjudice	Total des jours de présence des patients hospitalisés
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	28 139
Intoxication intentionnelle	13 264
Dépendance aux opioïdes	83 340
Réaction indésirable aux médicaments	184 561
Autre préjudice	37 036

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 23 : Durée médiane du séjour à l'hôpital (en jours)

Voici la durée médiane du séjour à l'hôpital pour chacun des groupes :

- Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée) : 3 jours
- Intoxication intentionnelle : 3 jours
- Dépendance aux opioïdes : 6 jours
- Réaction indésirable aux médicaments : 9 jours
- Autre préjudice : 5 jours
- Population médicale générale : 4 jours

Remarques

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ».

La médiane est le point auquel 50 % des patients ont été traités et 50 % sont en attente.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 24 : Nombre de séjours à l'hôpital au cours des 6 mois précédents, 2016-2017

Type de préjudice	Aucun séjour	1 séjour	2 séjours et plus
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	68 %	18 %	14 %
Intoxication intentionnelle	75 %	16 %	9 %
Dépendance aux opioïdes	67 %	20 %	13 %
Réaction indésirable aux médicaments	62 %	23 %	15 %
Autre préjudice	63 %	22 %	16 %
Population médicale générale	85 %	12 %	3 %

Remarque

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ».

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 25 : Proportion d'admissions avec indication de consommation d'alcool ou d'autres substances, 2016-2017

Type de préjudice	Hommes	Femmes
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	44 %	34 %
Intoxication intentionnelle	66 %	72 %
Dépendance aux opioïdes	38 %	31 %
Réaction indésirable aux médicaments	5 %	3 %
Autre préjudice	60 %	53 %

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 26 : Soins spécialisés à l'hôpital, 2016-2017

Type de préjudice	Soins psychiatriques	Ventilation, 96 heures ou plus	Ventilation, moins de 96 heures	Séjour dans une USI
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	4 %	4 %	17 %	40 %
Intoxication intentionnelle	25 %	3 %	19 %	43 %
Dépendance aux opioïdes	20 %	3 %	5 %	13 %
Réaction indésirable aux médicaments	1 %	2 %	4 %	16 %
Autre préjudice	33 %	2 %	5 %	14 %
Population médicale générale	5 %	2 %	1 %	11 %

Remarques

USI : unité de soins intensifs.

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ».

Les patients qui ont reçu plus d'un type de soins spécialisés sont pris en compte dans chaque catégorie.

Les données du Québec ne sont pas incluses dans la catégorie des soins psychiatriques en raison des limites des données.

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 27 : Sorties de l'hôpital, 2016-2017

Type de préjudice	Domicile avec ou sans services de soutien	Patient transféré aux soins de longue durée	Sortie contre l'avis du médecin	Décès à l'hôpital
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	74 %	5 %	12 %	7 %
Intoxication intentionnelle	70 %	15 %	6 %	3 %
Dépendance aux opioïdes	73 %	3 %	18 %	2 %
Réaction indésirable aux médicaments	75 %	14 %	1 %	7 %
Autre préjudice	77 %	4 %	13 %	2 %
Population médicale générale	81 %	8 %	2 %	7 %

Remarques

La population médicale générale exclut les épisodes dont la catégorie clinique principale indique un cas chirurgical, « Grossesse et accouchement » ou « Nouveau-nés et patients néonataux avec affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ».

La somme des valeurs relatives à chaque type de préjudices liés aux opioïdes ne correspond pas nécessairement à 100 %, car certains choix à la sortie ne sont pas indiqués (p. ex. admissions dans d'autres types d'établissements).

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 28 : Réadmissions à l'hôpital au cours d'une même année en raison de préjudices liés aux opioïdes, 2016-2017

Type de préjudice	Proportion de réadmissions
Intoxication accidentelle (comprend les intoxications avec intention non déterminée)	3,8 %
Intoxication intentionnelle	1,9 %
Dépendance aux opioïdes	13,2 %
Réaction indésirable aux médicaments	2,6 %
Autre préjudice	8,4 %

Source

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 29 : Opiïdes à l'origine des séjours à l'hôpital en raison d'une intoxication, 2016-2017

Pays	1	2	3
Canada	Opiïdes naturels	Autres opioïdes et opioïdes non précisés	Opiïdes synthétiques
Australie	Opiïdes naturels	Opiïdes synthétiques	Héroïne

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, 2016-2017, Institut canadien d'information sur la santé, et National Hospital Morbidity Database, 2016-2017, Australian Institute of Health and Welfare.

Références

1. Association médicale canadienne. [*Harms Associated With Opioids and Other Psychoactive Prescription Drugs*](#). 2015.
2. Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. [*Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada \(publié en juin 2018\)*](#). Consulté le 5 juillet 2018.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [*Opioïdes au Canada*](#). Consulté le 5 juillet 2018.
4. Australian Institute of Health and Welfare 2018. [*Opioid Harm in Australia and Comparisons Between Australia and Canada*](#). Cat. no. HSE 210. Canberra: AIHW.
5. National Drug and Alcohol Research Centre. [*The Causes, Course and Consequences of the Heroin Shortage in Australia*](#). 2004.
6. Gouvernement du Canada. [*Service d'analyse des drogues : Rapport sommaire des échantillons analysés*](#). Consulté le 17 juillet 2018.
7. BC Centre for Disease Control. [*The opioid overdose emergency*](#). Consulté le 17 juillet 2018.
8. BC Centre for Disease Control. [*Analyzing patterns of health care utilization among people who overdose from illegal drugs in British Columbia*](#). Consulté le 17 juillet 2018.
9. Easterling K, Mack K, Jones C. [*Location of fatal prescription opioid-related deaths in 12 states, 2008–2010: Implications for prevention programs*](#). *Journal of Safety Research*. 2016.
10. Clark AK, Wilder CM, Winstanley EL. [*A systematic review of community opioid overdose prevention and Naloxone distribution programs*](#). *Journal of Addiction Medicine*. 2014.
11. Autorité provinciale des services de santé. [*BC Centre for Disease Control*](#). Consulté le 5 juillet 2018.
12. BC Centre for Disease Control. [*Overdose cohort data*](#). Consulté le 5 juillet 2018.
13. Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. [*The prevalence of chronic pain in Canada*](#). *Pain Research and Management*. 2011.
14. Centre de toxicomanie et de santé mentale. [*Prescription Opioid Policy Framework*](#). 2016.
15. Centers for Disease Control and Prevention. [*Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain*](#). 2017.

16. Busse J, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, Agoritsas T, Akl EA, Carrasco-Labra A, Cooper L, Cull C, da Costa BR, Frank JW, Grant G, Iorio A, Persaud N, Stern S, Tugwell P, Vandvik PO, Guyatt GH. [Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain](#). *CMAJ*. 2017.
17. Organe international de contrôle des stupéfiants. [Stupéfiants : Évaluations des besoins du monde pour 2018: Statistiques pour 2016](#). 2017.
18. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017](#). 2018.
19. Gouvernement du Canada. [Mesures du gouvernement du Canada sur les opioïdes : 2016 et 2017](#). Consulté le 5 juillet 2018.
20. Australian Institute of Health and Welfare. [Non-medical use of pharmaceuticals: Trends, harms, and treatment: 2006–07 to 2015–16](#). 2017.
21. Michael G. DeGroot National Pain Centre. [The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain](#). Consulté le 5 juillet 2018.
22. Choisir avec soin. [Prescrire des opioïdes avec soin](#). Consulté le 5 juillet 2018.
23. Gouvernement du Canada. [À propos des opioïdes](#). Consulté le 5 juillet 2018.
24. Coalition canadienne des politiques sur les drogues. [Opioid Overdose Prevention and Response in Canada](#). 2013.
25. Institut canadien d'information sur la santé. [Préjudices liés aux opioïdes au Canada](#). 2017.
26. BC Centre for Disease Control. [Public health emergency in BC](#). Consulté le 5 juillet 2018.
27. Otterstatter M, et al. [Recherche quantitative originale — Habitudes d'utilisation des soins de santé chez les personnes ayant fait une surdose de drogues illicites : analyse descriptive fondée sur la Cohorte provinciale des victimes de surdoses de la Colombie-Britannique. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada](#). 2018.
28. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016](#). 2017.
29. Échelle canadienne de triage et de gravité. [Canadian Triage and Acuity Scale \(CTAS\)](#). Consulté le 5 juillet 2018.
30. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. [Readmission rates of patients discharged against medical advice: A matched cohort study](#). *PLoS One*. 2011.

31. BC Centre for Disease Control. Patterns of Healthcare Utilization Among People Who Overdose From Illegal Drugs: Analyses From the Provincial Overdose Cohort [présentation sur les surdoses]. Le 21 février 2018.
32. Institut de recherche en services de santé. [One in every six deaths in young adults is opioid-related: Study](#). Consulté le 5 juillet 2018.
33. BC Coroners Service. [Illicit drug overdose deaths in BC January 1, 2008 – August 31, 2018](#). Consulté en septembre 2018.
34. Quan H, Moskal L, Forster AJ, Brien S, Walker R, Romano PS, Sundararajan V, Burnand B, Henriksson G, Steinum O, Droesler S, Pincus HA, Ghali WA. [International variation in the definition of “main condition” in ICD-coded health data](#). *International Journal for Quality in Health Care*. 2014.
35. Australian Capital Territory Health. [Alcohol, tobacco and other drugs](#). Consulté en septembre 2018.
36. Gouvernement du Canada. [Réduction des méfaits : Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances](#). Consulté le 17 juillet 2018.
37. Gouvernement du Canada. Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes. Consulté le 5 juillet 2018.
38. Fischer B, Burnett C, Rehm J. [Considerations towards a population health approach to reduce prescription opioid-related harms \(with a primary focus on Canada\)](#). *Drugs Education, Prevention and Policy*. 2015.
39. Kolodny A, Courtwright D, Hwang C, Kreiner P, Eadie J, Clark T, Alexander G. [The prescription opioid and heroin crisis: A public health approach to an epidemic of addiction](#). *Annual Review of Public Health*. 2015.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

18246-0818

