

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 44 • numéro 7/8 • juillet/août 2024

Série thématique :

Mortalité par surdose accidentelle suite à une intoxication dans les populations canadiennes : un examen des dossiers des coroners et des médecins légistes

Rédactrices scientifiques invitées : Heather Palis et Amanda Slaunwhite

Rédactrices invitées ayant vécu ou vivant une expérience concrète : Charlene Burmeister et Pam Young

Éditorial

- 335 Participation au processus éditorial de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète : réflexions sur la série spéciale consacrée à la crise d'intoxications dues à des substances non réglementées au Canada

Recherche quantitative originale

- 338 La douleur chronique et les décès par intoxication aiguë accidentelle au Canada, 2016-2017
- 353 Statut résidentiel et décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance au Canada, 2016-2017

Aperçu

- 367 Comparaison des caractéristiques des décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë due à une substance au Canada aux différents stades de la vie, 2016-2017

Recherche quantitative originale

- 375 Utilisation des médias sociaux et santé du sommeil chez les adolescents au Canada

Lettre à la rédaction

- 385 Réponse à l'article « Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative »

Avis de publication

- 387 Outil de données sur les indicateurs de la santé périnatale (ISP)

Annonce

- 388 Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques
- 390 Autres publications de l'ASPC

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



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Margaret de Groh, Ph. D.
Rédactrice scientifique en chef déléguée

Tracie O. Afifi, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Minh T. Do, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Justin J. Lang, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Alexander Tsertsvadze, M.D., Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed.
Responsable de la production

Nicolas Fleet, B. Sc. Soc.
Adjoint à la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Joanna Odrowaz, B. Sc.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Dawn Slawecki, B.A.
Révisseuse et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Agence de la santé publique du Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Leonard Jack, Jr, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC
University of Calgary

Mark Tremblay, Ph. D.
Institut de recherche du Centre hospitalier
pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.
University of Toronto

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

— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Cette œuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0.

ISSN 2368-7398

Pub. 230542

HPCDP.journal-revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca

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

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

Éditorial

Participation au processus éditorial de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète : réflexions sur la série spéciale consacrée à la crise d'intoxications dues à des substances non réglementées au Canada

Pam Young (1); Charlene Burmeister (2); Amanda Slaunwhite, Ph. D. (3); Heather Palis, Ph. D. (3)

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

Éditorial par Young P et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Introduction

Les décès attribuables à une intoxication (ou « surdose » ou « empoisonnement ») due à des drogues non réglementées demeurent une urgence nationale de santé publique constante au Canada¹. D'après les données probantes dont on dispose, il est de plus en plus reconnu que ces décès sont une conséquence directe de la criminalisation de la consommation de substances, de l'échec de la lutte antidrogue et d'une politique désuète en matière de drogues². Les dossiers des coroners constituent une source importante de données sur les décès attribuables à une intoxication due à des drogues non réglementées, car ils fournissent des renseignements sur les circonstances du décès (lieu du décès, contact avec un fournisseur de soins de santé avant le décès, analyses toxicologiques post-mortem, etc.). Chaque province et territoire a sa propre approche en matière de collecte de données, et ces dernières n'ont pas été recueillies dans le but d'analyser les cas d'intoxication due à des drogues non réglementées à l'échelle nationale. Cette série spéciale comprend cinq articles portant chacun sur un sujet particulier et utilisant les données recueillies dans l'ensemble des provinces et des territoires, dans le but de dresser un tableau national des cas d'intoxications dues à des drogues non réglementées au Canada³⁻⁷.

Participation de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète en lien avec le thème de la recherche

Cette série d'articles a mis à contribution des rédactrices invitées, à savoir deux personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète (PVVEC) de consommation de substances et deux chercheuses. C'est la première fois que la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* fait appel à des PVVEC dans le cadre de son processus éditorial.

Jusqu'à présent, les PVVEC n'ont jamais été mises à contribution efficacement dans la recherche⁸. Elles ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation, s'être heurtées à des déséquilibres de pouvoir, à des comportements irrespectueux et à des inégalités, avoir eu de la difficulté à accéder à des documents de réunion et avoir souffert d'un manque de flexibilité et de l'absence d'approches tenant compte des traumatismes⁸. À la lumière de ce constat, il importe de faire participer véritablement les PVVEC à l'ensemble du processus de recherche — depuis l'élaboration des questions de recherche, la collecte et l'interprétation des données d'après leur expérience vécue jusqu'à la rédaction, la présentation d'exposés lors de congrès, l'évaluation par les pairs et la participation aux fonctions de direction éditoriale.

Il est essentiel de travailler à l'établissement de priorités inclusives dans le domaine de la recherche pour tenter de répondre à cette crise d'intoxication aux drogues. Il est possible d'y arriver en établissant entre les équipes de recherche et les PVVEC des partenariats qui mettent l'accent sur l'expertise des PVVEC. La participation des PVVEC dès le début de la recherche est essentielle pour que les questions de recherche correspondent aux priorités en matière de collecte de données et aux besoins des collectivités. Ce type de participation permet de vérifier que les résultats de la recherche sont utilisés d'une manière utile et non d'une manière nuisible, c'est-à-dire en évitant une mauvaise interprétation des données utilisées pour orienter l'établissement des priorités (affectation des ressources, prestation des services, modification des politiques), et ce, en vue de mettre fin à la crise actuelle.

Lors de la collaboration avec les PVVEC en matière de consommation de substances, il faut tenir compte des préjudices permanents liés à la criminalisation^{9,10}. Les rédactrices invitées ont souligné qu'une participation authentique et véritable des PVVEC est nécessaire pour que les personnes consommatrices de drogues puissent en arriver un jour à s'affranchir de

Rattachement des auteurs :

1. Unlocking the Gates Services Society, Maple Ridge (Colombie-Britannique), Canada
2. Coalition of Substance Users of the North (CSUN), Quesnel (Colombie-Britannique), Canada
3. School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Heather Palis, School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique, 2206 East Mall, Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z3; tél. : 604-822-2772; courriel : heather.palis@bccdc.ca

leur dépendance. Dans cet éditorial, nous présentons les réflexions des rédactrices invitées au sujet du contenu de ce numéro spécial et de leur processus de participation, à la lumière du constat que nous venons d'évoquer.

Aperçu du contenu de la série spéciale : réflexions et recommandations

Cette série spéciale porte sur les données de l'ensemble du Canada, et ce numéro rend plus spécifiquement compte de la crise d'intoxication aux drogues non réglementées en matière de douleur chronique⁵, de logement⁶ et de répercussions à différentes étapes de la vie⁷. Cette série constitue un premier pas vers l'obtention d'un portrait national des circonstances des décès, un élément pour lequel une lacune demeure dans la littérature.

Elle comporte néanmoins des limites importantes. D'abord, les données remontent à 2016. Bien que cela fournisse un certain contexte historique, il n'en demeure pas moins que cela entraîne d'importantes limites en ce qui concerne la possibilité de généralisation des résultats à la période actuelle. En outre, puisque les données ont été extraites des dossiers de coroners de lieux comportant des structures et des protocoles différents, les données pertinentes pour les variables d'intérêt n'étaient disponibles que dans certaines régions. La proportion élevée de données manquantes dans certaines analyses a limité notre capacité à en tirer des conclusions.

Pour composer avec ces limites, il est nécessaire de disposer de données plus récentes et de coordonner les réponses, afin de permettre l'accès à ce type de données en temps quasi réel, comme cela a été le cas pour l'intervention en santé publique liée à la pandémie de COVID-19¹¹. Les méthodes de collecte dans les différentes régions doivent être coordonnées afin d'obtenir la production de rapports normalisés. Des comparaisons plus significatives pourront ainsi être faites, ce qui n'est pas possible à l'heure actuelle.

Les études présentées dans cette série spéciale offrent un instantané d'un moment révolu lié à la crise d'intoxication aux drogues non réglementées au Canada. Les données sont interprétables en fonction de ce que nous en connaissons aujourd'hui : elles offrent un voyage dans le temps et montrent les changements survenus dans

l'approvisionnement en drogues toxiques non réglementées, l'élargissement du réseau d'organismes d'aide aux personnes consommatrices de drogues et la disponibilité accrue de traitements et de services de réduction des méfaits. Bien que la mise en œuvre de ces mesures de réduction des méfaits et de services de traitement ait permis de prévenir certains décès¹², les efforts en matière de prestation de services n'ont pas suffi à enrayer cette crise d'intoxication aux drogues non réglementées, qui demeure une urgence de santé publique.

Aperçu de la participation des PVVEC à titre de rédactrices invitées : réflexions et recommandations

Dans le contexte de la participation des travailleurs de première ligne aux activités de recherche, les pairs intervenant en cas de surdose ont souligné l'importance d'une reconnaissance de leur travail (par exemple par le biais d'une compensation financière ou d'une mention comme coauteur), d'un soutien organisationnel et de l'acquisition de compétences^{13,14}, éléments auxquels nous avons accordé la priorité au cours du processus de participation des PVVEC à titre de rédactrices invitées pour cette série spéciale.

Cette participation a été facilitée par des réunions régulières entre les chercheuses et les PVVEC agissant comme rédactrices invitées. Si l'information pertinente a bien été mise à leur disposition avant les réunions, nous ne nous attendions cependant pas à ce que, lors des réunions, elles aient pu étudier les documents au préalable. Nous avons analysé les documents ensemble, pour nous assurer de partir du même point. Il était essentiel de procéder ainsi afin de tenir compte de facteurs influençant la participation des PVVEC à leurs futures fonctions éditoriales : charge de travail autre que les responsabilités éditoriales, exigences en matière d'apprentissage et de mesures d'adaptation, traumatisme vicariant et expériences personnelles traumatisantes ainsi que nombreux engagements pris par les PVVEC en dehors des réunions. Le temps consacré aux réunions du groupe était organisé de manière à s'adapter à la façon d'aborder le travail des PVVEC agissant comme rédactrices invitées et nous avons tenu compte des priorités concurrentes liées à leur travail communautaire mené par les pairs.

La collaboration avec les rédactrices invitées a été mutuellement profitable. Les PVVEC agissant comme rédactrices invitées ont déclaré avoir vécu une expérience enrichissante, qui leur a permis d'apprendre un nouveau langage scientifique et de nouvelles méthodes de recherche ainsi que d'acquérir la confiance nécessaire pour participer à des activités similaires à l'avenir. Les chercheuses agissant comme rédactrices invitées ont quant à elles été amenées à poser de nouvelles questions au sujet des données et à envisager le processus d'analyse d'un œil nouveau en fonction des commentaires de leurs collègues PVVEC.

La participation de deux pairs était essentielle pour éviter d'imposer un lourd fardeau à une seule personne. Les PVVEC agissant comme rédactrices invitées ont échangé des idées, confirmant ou remettant en question leurs idées respectives, ce qui, en fin de compte, a aidé à faire avancer la discussion sur la meilleure façon de réviser chaque manuscrit.

Une des principales leçons à retenir est que la participation de PVVEC à titre de rédactrices invitées exige beaucoup de temps. Lors de la participation future de PVVEC à des fonctions éditoriales comme celles de rédactrice invitée dans des disciplines universitaires et des revues scientifiques, il faudra établir des échéanciers souples afin de tenir compte du temps nécessaire pour l'acquisition de compétences professionnelles et pour l'élaboration de nouveaux processus et protocoles de participation.

Le recours à des PVVEC à titre de rédactrices invitées a également exigé beaucoup de temps et de réflexion car il s'agissait d'une nouvelle pratique pour notre revue. Pour cette série spéciale, elles ont fourni leur expertise pour s'assurer que les manuscrits tenaient compte du contexte réel actuel de la crise d'intoxication aux drogues non réglementées au Canada.

Bien qu'il existe des lignes directrices sur la participation de PVVEC au processus de proposition de subvention et d'évaluation¹⁵, à notre connaissance, ce type de lignes directrices n'existe pas en ce qui concerne le recours à des PVVEC comme rédactrices invitées dans le cadre de travaux de recherche et d'application des connaissances. Or la participation de PVVEC à titre de rédactrices invitées pour cette

série spéciale a permis d'obtenir des informations fort utiles, qui pourraient servir de base à l'élaboration de lignes directrices de ce type : c'est un processus reproductible par d'autres revues, ce qui est susceptible d'accroître l'importance et les répercussions de la recherche universitaire dans le domaine de la santé publique.

Déclaration

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

Références

1. Santé Infobase. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2022 [consultation le 9 février 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
2. Tyndall M, Dodd Z. How structural violence, prohibition, and stigma have paralyzed North American responses to opioid overdose. *AMA J Ethics*. 2020;22(1):E723-728. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.723>
3. Chang YS, VanSteealandt A, McKenzie K, Kouyoumdjian F. Décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë due à une substance chez les jeunes au Canada : analyse descriptive d'une étude nationale portant sur l'examen des dossiers des données de coroners et de médecins légistes. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2024;44(3):84-96. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.3.02f>
4. Ha H, Burt J, Randell S, VanSteealandt A. Décès accidentels liés à une intoxication aiguë due à une substance chez les aînés en 2016 et en 2017 : une étude nationale d'examen des dossiers. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2024;44(3):97-109. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.3.03f>
5. Venugopal J, VanSteealandt A, Yessick L, Hamilton K, Leroux JF. La douleur chronique et les décès par intoxication aiguë accidentelle au Canada, 2016-2017. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2024;44(7/8):338-352. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.7/8.02f>
6. VanSteealandt A, Abele B, Ahmad R, Enns A, Jackson B, Kakkar T, Kouyoumdjian F. Statut résidentiel et décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance au Canada, 2016-2017. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2024;44(7/8):353-366. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.7/8.03f>
7. Chang GY, Ha JH, Burt J, Kouyoumdjian F, McKenzie K, Randell S, VanSteealandt A. Comparaison des caractéristiques des décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë due à une substance au Canada aux différents stades de la vie, 2016-2017. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques*. 2024;44(7/8):367-374. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.7/8.04f>
8. Boilevin L, Chapman J, Deane L, Doerksen C, Fresz G, Joe D, et al. Research 101: A manifesto for ethical research in the Downtown Eastside [Internet]. Vancouver (BC): UBC Community, Partners, and Alumni Publications; 2019. <https://doi.org/10.14288/1.0377565>
9. Drucker E. Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Rep*. 1999;114(1):14-29. <https://doi.org/10.1093/phr/114.1.14>
10. Malinowska-Sempruch K, Lohman D. From drug prohibition to regulation: a public health imperative. *Lancet*. 2022;400(10353):645-646. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01060-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01060-1)
11. Assefa Y, Gilks CF, Reid S, van de Pas R, Gete DG, Van Damme W. Analysis of the COVID-19 pandemic: lessons towards a more effective response to public health emergencies. *Global Health*. 2022;18(1):10. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00805-9>
12. Irvine MA, Kuo M, Buxton JA, Balshaw R, Otterstatter M, Macdougall L, et al. Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*. 2019;114(9):1602-1613. <https://doi.org/10.1111/add.14664>
13. Mamdani Z, McKenzie S, Ackermann E, Voyer R, Cameron F, Scott T, et al. The cost of caring: compassion fatigue among peer overdose response workers in British Columbia. *Subst Use Misuse*. 2023;58(1):85-93. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2148481>
14. Mamdani Z, McKenzie S, Cameron F, Knott M, Conway-Brown J, Scott T, et al. Using intervention mapping to develop 'ROSE': an intervention to support peer workers in overdose response settings. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1279. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07241-2>
15. Rittenbach K, Horne CG, O'Riordan T, Bichel A, Mitchell N, Fernandez Parra AM, et al. Engaging people with lived experience in the grant review process. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):95. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0436-0>

Recherche quantitative originale

La douleur chronique et les décès par intoxication aiguë accidentelle au Canada, 2016-2017

Jeyasakthi Venugopal, M.P.H. (1); Amanda VanSteeleand, Ph. D. (1); Lindsey Yessick, Ph. D. (2); Keltie Hamilton, M.P.H. (1); Jean-François Leroux, M.A. (2)

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

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

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

Résumé

Introduction. Dans plusieurs provinces et territoires du Canada, on remarque que, souvent, les personnes qui décèdent d'une intoxication aiguë liée à une substance souffraient aussi de douleur chronique. Cette étude traite de la prévalence de la douleur chronique et des caractéristiques des personnes qui en sont atteintes en utilisant les données d'une étude nationale sur les décès par intoxication aiguë accidentelle.

Méthodologie. Nous avons réalisé une analyse transversale des décès par intoxication aiguë accidentelle liée à une substance qui ont eu lieu au Canada entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017. Nous avons synthétisé, sous forme d'effectifs et de pourcentages, la prévalence de la douleur ainsi que des problèmes de santé liés à la douleur à partir de l'échantillon global. Nous avons effectué des comparaisons entre les personnes avec antécédents documentés de douleur chronique et les personnes sans antécédents documentés de douleur chronique, sur la base de différentes caractéristiques sociodémographiques, des antécédents médicaux, de facteurs contextuels et des substances consommées.

Résultats. Au sein de l'échantillon global (N = 7902), 1 056 (13 %) personnes avaient des antécédents documentés de douleur chronique et 6366 (81 %) n'en avaient pas. En général, les personnes souffrant de douleur chronique étaient plus âgées (40 ans et plus), n'avaient pas d'emploi et étaient à la retraite ou recevaient des prestations d'invalidité au moment de leur décès. Des antécédents de problèmes de santé mentale, de traumatisme et de chirurgie ou de blessure étaient beaucoup plus fréquents chez les personnes atteintes de douleur chronique. Parmi les substances le plus couramment en cause dans les décès, les opioïdes habituellement prescrits pour soulager la douleur (hydromorphe et oxycodone) ont été détectés plus souvent dans les analyses toxicologiques des personnes avec douleur chronique que dans les analyses des personnes sans douleur chronique.

Conclusion. Les résultats font ressortir le rôle transversal que jouent la présence concomitante de problèmes de santé et la douleur non traitée, cette dernière risquant d'accroître le risque de décès par intoxication aiguë. Continuer à prioriser la réduction des méfaits et mettre à contribution régulière des patients pour l'évaluation des besoins courants font partie des pistes d'intervention.

Mots-clés : *douleur chronique, surdose de drogues, surdose d'opioïdes, crise des opioïdes, substances contrôlées, consommation de substances, troubles liés à la consommation de substances, intoxication aiguë*

Rattachement des auteurs :

1. Division des méfaits liés aux substances, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Équipe des politiques sur la douleur chronique, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada

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



Points saillants

- En 2016 et 2017, au moins une personne sur dix décédée d'une intoxication aiguë au Canada présentait des antécédents documentés de douleur chronique.
- En général, les personnes souffrant de douleur chronique étaient plus âgées et n'avaient pas de source officielle de revenus.
- Les antécédents de problèmes de santé mentale, de traumatisme et de chirurgie ou de blessure étaient nettement plus fréquents chez les personnes avec douleur chronique que chez celles sans douleur chronique.
- Presque toutes les personnes atteintes de douleur chronique avaient consulté des services de santé dans l'année précédant leur décès.

Introduction

Les décès attribuables à une intoxication aiguë due à une substance continuent à constituer au Canada une urgence de santé publique à grande échelle et complexe¹. Bien que la situation soit étroitement liée à la consommation de drogues de fabrication illégale de plus en plus toxiques¹, les taux historiquement élevés

de consommation d'opioïdes sur ordonnance pour la prise en charge de la douleur jouent aussi un rôle dans la crise². En 2017, le Canada affichait le deuxième taux de consommation quotidienne d'opioïdes le plus élevé au monde³.

En Alberta, des antécédents de douleur chronique ont été relevés dans 36 % des décès liés aux opioïdes survenus en 2017⁴. En Colombie-Britannique, environ 45 % des personnes décédées d'intoxication aiguë due à des drogues illégales en 2016 et 2017 avaient demandé de l'aide auprès des services de santé pour des problèmes associés à la douleur dans l'année précédant leur décès⁵.

La douleur chronique est un problème de santé répandu qui constitue une cause importante d'invalidité au Canada⁶. Certaines populations sont plus susceptibles de souffrir de douleur chronique, notamment les personnes atteintes d'une maladie chronique (comme la neuropathie diabétique), les aînés, les patients qui se remettent d'une intervention chirurgicale et les personnes qui ont subi une blessure⁷. La douleur chronique est également en fardeau en matière de santé mentale : les personnes souffrant de douleur chronique présentent également fréquemment des symptômes de dépression et d'anxiété ainsi que des idées suicidaires⁸. Comme dans le cas des méfaits liés à la consommation de substances, la prévalence et la gravité de la douleur chronique sont souvent plus prononcées chez les populations victimes d'inégalités sociales et de discrimination^{2,9}. Toutefois, le fardeau réel de la douleur chronique au sein de la population continue à être sous-estimé en raison de limites importantes dans la mesure de la douleur⁷.

Dans la continuité des données probantes dont on dispose sur le risque accru de douleur chronique chez les personnes ayant subi une blessure, des rapports récents ont mis en évidence un lien entre les décès par intoxication aiguë liée à une substance et le fait de travailler dans un secteur à risque élevé de blessure. En Colombie-Britannique, 52 % des personnes salariées au moment de leur décès travaillaient dans les métiers manuels ou le transport ou travaillaient comme opérateurs d'équipement¹⁰. Une tendance similaire a été observée en Alberta (53 %)⁴ et en Ontario (environ 30 % dans le domaine de la construction)^{11,12}. D'après des données

plus récentes provenant de l'Ontario (2018-2020), parmi les personnes décédées d'une intoxication aux opioïdes, celles qui travaillaient dans le secteur de la construction étaient plus susceptibles d'occuper un emploi au moment de leur décès (57,7 %) que celles n'ayant jamais travaillé dans l'industrie de la construction (11,7 %)¹³. Fait important à noter, la présence d'antécédents de douleur chronique était fréquente tant chez les travailleurs de la construction (37,2 %) que chez les personnes n'ayant jamais travaillé dans le secteur de la construction (37,9 %)¹³.

En l'absence de traitement, la douleur peut amener une personne à se tourner vers des substances non prescrites pour obtenir du soulagement et peut également conduire à des troubles liés à la consommation de substances⁹ et à un risque accru de surdose, surtout chez les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble lié à l'usage d'opioïdes¹⁴. Les estimations de prévalence de la douleur chronique chez les personnes consommatrices de substances varient entre 31 % et 55 %⁹. Une revue systématique récente a fait état d'une grande variabilité dans la prévalence des troubles et des problèmes liés à la consommation de substances chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse : la proportion de personnes ayant un trouble actuel d'usage de substances variait entre 3 % et 48 % tandis que la proportion de personnes ayant déjà eu au cours de leur vie un trouble lié à la consommation d'une substance variait entre 16 % et 74 %¹⁵. Des taux similaires de troubles liés à l'usage de substances ont été observés chez les patients atteints de cancer (2 % à 35 %)¹⁶.

Pour les personnes consommatrices de substances, la stigmatisation et la discrimination rendent le traitement de la douleur chronique particulièrement difficile. Dans une étude menée à Vancouver (Colombie-Britannique) auprès de personnes souffrant de douleur d'intensité modérée à extrême et consommant des substances, 66,5 % des répondants ont déclaré s'être vu refuser la prescription d'analgésiques par des cliniciens¹⁷. Parmi eux, beaucoup se sont résignés à acheter dans la rue soit l'analgésique demandé (40,1 %), soit un autre analgésique (34,9 %) ou de l'héroïne (32,9 %) (les participants n'étant pas limités à une seule réponse, il est possible que certains participants aient mentionné avoir acheté plusieurs substances)¹⁷. La consommation de substances non

pharmaceutiques et l'usage détourné de médicaments sur ordonnance jouent un rôle de plus en plus important dans l'urgence actuelle associée aux décès par intoxication aiguë liée à une substance au Canada^{1,12}.

Considérées dans leur ensemble, les données probantes indiquent un lien stable entre les décès attribuables à une intoxication aiguë due à une substance et la douleur chronique, et ces décès touchent de façon disproportionnée les travailleurs de la construction et ceux travaillant dans les métiers manuels.

Dans cette étude, nous avons estimé la prévalence nationale minimale de la douleur, et plus précisément de la douleur chronique, chez les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance au Canada en 2016 et 2017. Nous avons également analysé les différences entre les personnes ayant des antécédents documentés de douleur chronique et les personnes n'en ayant pas en fonction des variables suivantes : 1) caractéristiques sociodémographiques, problèmes de santé concomitants et autres facteurs de risque connus, 2) interactions avec le système de santé avant le décès et historique des médicaments prescrits, 3) circonstances du décès et possibilités d'intervention et enfin 4) résultats des analyses toxicologiques.

Méthodologie

Énoncé d'éthique

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé publique du Canada (CER 2018-027P), le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université du Manitoba (HS22710) et le Comité d'éthique de la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador (20200153) ont examiné cette étude et l'ont approuvée.

Sources des données

Cette étude constitue une analyse descriptive transversale des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance au Canada entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017. Les données proviennent d'un examen rétrospectif des dossiers des coroners et des médecins légistes qui a été mené dans le but d'analyser les caractéristiques des personnes décédées par intoxication aiguë, les circonstances de leur décès et les

substances consommées. Les cas sélectionnés correspondent aux personnes décédées d'une intoxication aiguë résultant directement de l'administration de substances exogènes, dont au moins une était une drogue, un médicament ou de l'alcool. Des renseignements détaillés sur la collecte de données et l'admissibilité à l'étude ont été publiés ailleurs¹⁸.

Lorsque le code postal du lieu de résidence était disponible, il a été jumelé aux données du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada pour obtenir le quintile de revenu du quartier après impôt (QAATIPPE)¹⁹.

Population à l'étude

Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017, 7 902 personnes sont décédées d'une intoxication aiguë accidentelle dans l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Les personnes décédées ont été réparties en fonction de la présence ou de l'absence d'antécédents de douleur chronique.

- Une personne avec antécédents de douleur chronique (N = 1 056) est une personne dont le dossier médical ou les dépositions des témoins (membres de la famille ou amis) ont fait état de la présence de l'un des éléments suivants au moment du décès ou antérieurement : maux de dos chroniques; douleur chronique ou trouble lié à la douleur; traitement opioïde au long cours (plus de 90 jours) pour le soulagement de la douleur; fibromyalgie; arthrite. Nous avons inclus la fibromyalgie et l'arthrite dans ce sous-groupe car il s'agit de problèmes de santé courants qui sont répertoriés sous « douleur chronique primaire » pour la fibromyalgie et « douleur musculosquelettique chronique » pour l'arthrite dans la 11^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11)²⁰.
- Une personne sans antécédents de douleur chronique (N = 6 366) est une personne dont les antécédents documentés ne font état ni de douleur chronique (selon le dossier médical ou les dépositions des témoins), ni des problèmes de santé suivants (qui sont souvent associés à la douleur chronique) : cancer; accident vasculaire cérébral; maladie vasculaire; syndrome du côlon irritable; maladie inflammatoire chronique de

l'intestin; ostéoporose; maladie auto-immune chronique; trouble neurologique. Ces problèmes de santé associés à la douleur chronique ont été sélectionnés en fonction des descriptions figurant dans la CIM-11²⁰. Cependant, nous ne les avons pas inclus dans le sous-groupe des personnes avec antécédents de douleur chronique car il est impossible de faire la distinction entre la douleur chronique et les autres sources de préoccupations ou symptômes primaires susceptibles d'accompagner ces problèmes de santé.

Parmi les 7 902 personnes décédées, 480 n'avaient aucun antécédent documenté de douleur chronique mais présentaient des antécédents de problèmes de santé associés à la douleur chronique, ce qui fait que nous les avons exclues des groupes de comparaison. Il est par ailleurs possible que davantage de personnes aient été atteintes de douleur chronique ou de problèmes de santé associés à la douleur chronique mais que le dossier d'enquête sur leur décès ne fasse pas mention de ces antécédents.

Variables

Les variables retenues dans cette étude portent sur les interactions avec les services de santé, la prise de médicaments prescrits au moment du décès ou dans les six mois précédant le décès, les facteurs sociodémographiques, les facteurs de risque connus et les problèmes de santé concomitants des méfaits liés à l'usage de substances, les circonstances du décès et les substances consommées (voir les descriptions de ces variables dans le tableau 1).

Les médicaments prescrits pour la prise en charge de la douleur chronique ont été identifiés à l'aide du mini-livre *Pain Management & Opioids* préparé par RxFiles²¹. Les variables portant sur la prescription d'opioïdes, la prescription de médicaments contre la douleur chronique et les combinaisons potentiellement dangereuses de médicaments (en particulier opioïdes et gabapentinoïdes ou opioïdes et benzodiazépines)²¹ ont été incluses dans l'analyse en raison de leur pertinence pour les personnes ayant des antécédents de douleur chronique. Les données sur la race, l'origine ethnique et l'identité autochtone ont été extraites des dossiers d'enquête sur les décès mais ces données font l'objet de rapports distincts et ne sont pas incluses dans cette étude.

La plupart des variables ont comme valeurs possibles « oui » et « non ». Certaines variables ont été dérivées en codant les valeurs « oui » ou « non » à partir des données entrées dans les champs de texte libre (comme les noms d'analgésiques) et d'autres étaient catégorielles.

Analyses statistiques

Nous avons estimé la fréquence et le pourcentage associés à chaque variable dans chaque sous-groupe. Afin de repérer les différences statistiquement significatives, nous avons réalisé un test d'indépendance du khi carré de Pearson. Conformément aux normes relatives à la protection de la vie privée établies dans l'étude originale¹⁸, tous les effectifs utilisés dans cet article ont été arrondis de manière aléatoire à un multiple de trois et les pourcentages ont été calculés en fonction de ces chiffres arrondis. Comme les sous-totaux et les totaux ont été arrondis indépendamment de leurs composantes, il est possible que la somme ne corresponde pas toujours à 100 % dans les tableaux. En outre, lorsque la fréquence associée à une variable était inférieure à dix, la valeur a été supprimée.

Toutes les analyses et tous les arrondissements aléatoires ont été effectués à l'aide du logiciel statistique R, version 4.2.1 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche)^{23,24}. Puisque cette étude repose sur l'examen de dossiers d'enquête sur des décès et que ces dossiers ne contiennent pas l'intégralité des renseignements sur la vie et les antécédents médicaux de la personne, les pourcentages fournis ici correspondent à la proportion minimale de personnes présentant une caractéristique donnée.

Résultats

Prévalence de la douleur chez les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle

Parmi les 7 902 personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance au Canada entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017, au moins 1 056 (13 %) avaient des antécédents documentés de douleur chronique et 6 366 (81 %) n'en avaient pas. Les 6 % restants n'avaient aucun antécédent documenté de douleur chronique mais souffraient d'un problème de santé associé à la douleur chronique et pouvaient donc appartenir à l'un des deux autres groupes (données

TABLEAU 1
Description des variables incluses dans l'analyse des personnes décédées par intoxication aiguë accidentelle, Canada, 2016-2017

Variable	Description
Interactions avec les services de santé	
Contact avec des services de santé dans l'année précédant le décès	La personne décédée a consulté les services de santé (ambulatoires ou hospitaliers) dans l'année précédant son décès (est exclue toute consultation liée à l'épisode d'intoxication aiguë qui a mené au décès de la personne).
Consultation des services de santé motivée par la douleur	La personne décédée a consulté les services de santé (hospitaliers ou ambulatoires) pour de la douleur dans l'année précédant son décès.
Expérience négative avec les services de santé ou difficultés d'accès	Selon le dossier d'enquête sur le décès, la personne décédée a fait face à des obstacles à l'obtention de soins, tels qu'une expérience négative (comme de la stigmatisation) avec les services de santé ou des difficultés d'accès au système ou aux services de santé.
Ordonnance d'opioïdes réduite ou refusée dans les six mois précédant le décès	La personne décédée a vu son ordonnance d'opioïdes réduite ou refusée dans les six mois précédant son décès.
Analgésiques	
Acétaminophène ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire de l'acétaminophène.
AINS ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des AINS suivants : célécoxib, diclofénac, ibuprofène, méloxicam, nabumétone, acide méfénamique, kétoprofène, indométacine, étodolac ou naproxène.
Antidépresseurs ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des antidépresseurs suivants : amitriptyline, nortriptyline, venlafaxine ou duloxétine.
Gabapentinoïdes ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire de la gabapentine, de la prégabaline ou les deux.
Analgésiques topiques ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des analgésiques topiques suivants : capsïcine, lidocaïne ou maxilène. Il est possible que ces médicaments aient été prescrits et administrés autrement que sous forme topique (par ex. injection de lidocaïne), mais cette information n'est pas disponible dans la base de données.
Opioïdes faibles ou atypiques ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des opioïdes faibles ou atypiques suivants : codéine, buprénorphine, tramadol, tapentadol ou des variantes comme la buprénorphine-naloxone.
Opioïdes forts ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des opioïdes forts suivants : morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl ou méthadone.
Opioïdes non spécifiés	La personne décédée s'était fait prescrire un opioïde, mais le médicament en question n'était pas spécifié. Étant donné que l'historique des médicaments prescrits contenait rarement des opioïdes autres que ceux qui figurent dans la catégorie des opioïdes forts ou la catégorie des opioïdes faibles ou atypiques, on considère que les personnes décédées s'étant fait prescrire un opioïde non spécifié avaient reçu une prescription pour au moins un des opioïdes forts ou des opioïdes faibles ou atypiques énumérés dans ce tableau.
Tous types confondus d'opioïdes	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des opioïdes forts ou des opioïdes faibles ou atypiques OU l'opioïde prescrit n'était pas spécifié.
Myorelaxants ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des myorelaxants suivants : baclofène, cyclobenzaprine ou tizanidine.
Autres analgésiques ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins un des analgésiques suivants : trazodone, mirtazapine, carbamazépine ou nabilone.
Médicaments couramment prescrits pour traiter la douleur chronique ²¹	La personne décédée s'était fait prescrire au moins une des substances dans les catégories décrites dans ce tableau (acétaminophène, AINS, antidépresseurs, gabapentinoïdes, analgésiques topiques, opioïdes faibles ou atypiques, opioïdes forts, myorelaxants ou autres analgésiques).
Combinaisons potentiellement dangereuses de médicaments prescrits	
Opioïde et gabapentinoïde	La personne décédée s'était fait prescrire un opioïde et un gabapentinoïde.
Opioïde et benzodiazépine	La personne décédée s'était fait prescrire un opioïde et une benzodiazépine (par ex. diazépam ou alprazolam).
Caractéristiques sociodémographiques	
Sexe	Sexe biologique de la personne décédée (homme ou femme).
Groupe d'âge	Groupe d'âge de la personne décédée (en fonction de son âge au moment du décès). On a utilisé les groupes d'âge suivants pour limiter le plus possible la suppression de données en raison du faible nombre de cas dans plusieurs catégories (surtout dans le groupe d'âge le plus jeune et dans le plus élevé) : moins de 20 ans; 20-29 ans; 30-39 ans; 40-49 ans; 50-59 ans; 60-69 ans; 70 ans et plus.
Source de revenus	Source de revenus ou situation d'emploi de la personne au moment de son décès. On a spécifié si la personne décédée occupait ou non un emploi, travaillait spécifiquement dans la construction et les métiers manuels, recevait des prestations d'invalidité ou était retraitée au moment de son décès. Plus d'une option pouvait s'appliquer à une même personne. Les données sur la source de revenus étaient manquantes pour 48 % de la population à l'étude.

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Description des variables incluses dans l'analyse des personnes décédées par intoxication aiguë accidentelle, Canada, 2016-2017

Variable	Description
Quintile de revenu du quartier après impôt	Variable jumelée provenant du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+) de Statistique Canada ¹⁹ ; correspond au quintile de revenu après impôt du quartier de résidence de la personne décédée. Les quintiles sont fondés sur les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, ce qui permet de tenir compte des différences dans le coût de la vie au Canada.
Antécédents de démêlés avec les services correctionnels	Selon le dossier du coroner ou du médecin légiste, la personne décédée était incarcérée au moment de son décès ou avait déjà été incarcérée dans le passé.
Sans logement	La personne décédée n'avait pas de logement stable, sécuritaire ou adéquat, ou n'avait pas la capacité ni les moyens immédiats de s'en procurer un au moment de son décès. Elle vivait sans abri dans la rue, avait recours aux refuges d'urgence ou était hébergée temporairement par des amis ou des membres de la famille. Elle pouvait aussi présenter un risque immédiat de se retrouver sans logement en raison par exemple d'une perte d'emploi ou d'une éviction par le propriétaire de son logement.
Problèmes de santé concomitants ou facteurs de risque	
Dépression	Selon le dossier médical ou les dépositions des témoins (membres de la famille ou amis), la personne décédée avait des antécédents de dépression. Le dossier peut indiquer soit que la personne présentait des signes de dépression (non diagnostiquée), soit qu'elle souffrait d'une dépression cliniquement diagnostiquée.
Anxiété	Selon le dossier médical ou les dépositions des témoins (membres de la famille ou amis), la personne décédée avait des antécédents d'anxiété. Le dossier peut indiquer soit que la personne présentait des signes d'anxiété (non diagnostiquée), soit qu'elle souffrait d'un trouble d'anxiété cliniquement diagnostiqué.
TSPT	Selon le dossier médical ou les dépositions des témoins (membres de la famille ou amis), la personne décédée avait des antécédents de TSPT.
Idées suicidaires ou tentatives de suicide	Selon le dossier médical ou les dépositions des témoins (membres de la famille ou amis), la personne décédée avait des antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide.
Antécédents de consommation de substances (autres que l'alcool)	Selon le dossier d'enquête sur le décès, la personne décédée avait des antécédents de consommations de substances (autres que l'alcool et les médicaments pris conformément à une ordonnance).
Trouble lié à la consommation d'une substance	Selon le dossier médical ou les dépositions des témoins (membres de la famille ou amis), la personne décédée avait des antécédents de trouble lié à la consommation d'une substance, incluant l'alcool.
Antécédents de chirurgie ou de blessure	Selon le dossier médical ou les dépositions des témoins (membres de la famille ou amis), la personne décédée avait subi une chirurgie ou une blessure dans le passé.
Événements de vie potentiellement traumatisants	Le traumatisme est le résultat [<i>traduction</i>] « d'un événement, d'une série d'événements ou d'un ensemble de circonstances qui sont vécus par une personne comme étant physiquement ou émotionnellement préjudiciables ou comme étant une menace à sa vie et qui a des effets négatifs durables sur son fonctionnement et sur son bien-être mental, physique, social, émotionnel ou spirituel » ^{22,p.7} . Pour évaluer l'exposition à des événements potentiellement traumatisants, les responsables de l'abstraction des données ont consulté le dossier du coroner ou du médecin légiste à la recherche d'information indiquant que la personne décédée avait vécu un événement traumatisant au cours de sa vie. Les événements potentiellement traumatisants peuvent prendre diverses formes : ennuis de santé touchant un ami ou un membre de la famille; problème avec le partenaire (divorce, conflit...) ou avec un autre proche (dispute familiale...); problème au travail ou à l'école; difficultés financières; décès récent par suicide d'un ami ou d'un membre de la famille; décès dû à une autre cause d'un ami ou d'un membre de la famille; démêlés avec la justice (arrestation, emprisonnement, procédure devant les tribunaux, etc.) ou autre problème juridique (litige portant sur la garde d'enfant, procès civil, etc.); violence interpersonnelle (violence subie ou commise); maltraitance subie pendant l'enfance; expérience en famille d'accueil; expérience des pensionnats; agression ou violence sexuelle ou physique subie. D'autres événements potentiellement traumatisants peuvent avoir été relevés par les responsables de l'abstraction des données. On a également vérifié si les événements potentiellement traumatisants s'étaient produits dans les deux semaines précédant le décès de la personne. Comme il était impossible de déterminer à l'aide d'un outil d'évaluation normalisé (comme la liste de contrôle du TSPT) l'effet sur la personne des événements de vie potentiellement traumatisants, le degré de gravité de ces événements demeure inconnu.
Circonstances du décès	
Présence d'un témoin au moment de la consommation de substances	Une autre personne était présente au moment où la personne décédée a consommé les substances responsables de l'épisode d'intoxication aiguë qui a mené au décès.
Présence d'un témoin au moment de l'épisode d'intoxication aiguë	Une autre personne était présente au moment où s'est produit l'épisode d'intoxication aiguë et où la personne décédée était encore en vie.
Présence de signes d'intoxication aux opioïdes chez la personne décédée	Quelqu'un a observé au moins un des signes d'intoxication aux opioïdes suivants chez la personne décédée : ronflements ou gargouillements, difficultés respiratoires, micropupilles, état d'inconscience ou absence de réaction, ou coloration bleutée des lèvres ou des ongles.

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)

Description des variables incluses dans l'analyse des personnes décédées par intoxication aiguë accidentelle, Canada, 2016-2017

Variable	Description
Administration de naloxone	De la naloxone a été administrée à la personne décédée au cours de l'épisode d'intoxication aiguë qui a mené au décès.
Naloxone administrée par un témoin	La naloxone a été administrée par un témoin. Elle peut avoir été également administrée par une autre personne.
Naloxone administrée par un premier répondant	La naloxone a été administrée par un premier répondant (services médicaux d'urgence, forces de l'ordre ou services d'incendie). Elle peut avoir été également administrée par une autre personne.
Substances consommées	
Substances détectées lors des analyses toxicologiques	Substances recherchées et détectées dans le cadre des analyses toxicologiques post-mortem.
Substances ayant contribué au décès	Substances mentionnées comme ayant contribué au décès selon le certificat de décès, le rapport d'autopsie ou le rapport du coroner ou du médecin légiste.
Substances prescrites à la personne décédée	Les substances qui ont été détectées ou mentionnées comme ayant contribué au décès avaient été prescrites à la personne décédée. Cette information peut provenir de l'historique des médicaments prescrits à la personne décédée ou d'éléments de preuve recueillis sur les lieux du décès (comme des flacons de pilules portant une étiquette).
Substances détournées	Les substances qui ont été détectées ou mentionnées comme ayant contribué au décès avaient été prescrites à quelqu'un d'autre que la personne décédée. Cette information provient généralement des éléments de preuve recueillis sur les lieux du décès (comme des flacons de pilules portant une étiquette).
Substances d'origine non pharmaceutique	Les substances qui ont été détectées ou mentionnées comme ayant contribué au décès étaient d'origine non pharmaceutique. Il peut s'agir de drogues non réglementées ou de substances non destinées à un usage humain, tels que des produits chimiques industriels ou ménagers, ou encore de médicaments à usage vétérinaire.

Abréviations : AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien; TSPT, trouble de stress post-traumatique.

non présentées). Les types de douleur les plus courants étaient la douleur de type non spécifié (17 %), la douleur chronique ou autre problème de santé lié à la douleur (8 %) et les maux de dos (6 %) (tableau 2). Chez la plupart des personnes ayant des antécédents de maux de dos, la douleur était chronique (68 %).

Interactions avec le système de santé et historique des médicaments prescrits

En matière d'interactions avec le système de santé et de médicaments prescrits, nous avons relevé des différences significatives entre les personnes avec antécédents de douleur chronique et celles sans antécédents ($p < 0,05$). Les personnes ayant des antécédents de douleur chronique étaient plus nombreuses en proportion (93 %) que les personnes n'en ayant pas (65 %) à avoir consulté les services de santé dans l'année précédant leur décès. En outre, la prévalence de la consultation des services de santé motivée par la douleur était près de deux fois plus élevée chez les personnes avec antécédents de douleur chronique (30 %) que chez les personnes sans antécédents (16 %). Les expériences négatives (comme la stigmatisation) ou les difficultés d'accès au système de santé étaient également plus fréquentes en proportion chez les personnes présentant des antécédents de douleur chronique (4 %) que chez les personnes sans antécédents (< 1 %). Certaines de ces expériences

négatives pourraient être liées à la difficulté à obtenir des services de traitement de la douleur adéquats, en particulier des analgésiques (tableau 3).

Parmi les personnes s'étant fait prescrire des opioïdes ou ayant demandé à s'en faire prescrire, les personnes avec antécédents de douleur chronique étaient plus nombreuses en proportion (12 %) que celles sans antécédents (9 %; $p < 0,05$) à avoir vu leur ordonnance d'opioïdes réduite ou refusée dans les six mois précédant leur décès. La prescription récente de médicaments habituellement utilisés pour le soulagement de la douleur chronique et les combinaisons potentiellement dangereuses d'opioïdes prescrits et de gabapentinoïdes ou de benzodiazépines prescrits étaient plus fréquentes en proportion chez les personnes avec antécédents de douleur chronique (respectivement 12 % et 15 %) que chez les personnes sans antécédents (respectivement 1 % et 2 %).

Caractéristiques sociodémographiques

En matière de caractéristiques sociodémographiques, de problèmes de santé concomitants et d'autres facteurs de risque connus, nous avons relevé des différences significatives entre les personnes avec antécédents de douleur chronique et celles sans antécédents ($p < 0,05$). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes dans les deux catégories, mais la proportion

d'hommes était plus élevée chez les personnes ne souffrant pas de douleur chronique (78 %) que chez celles souffrant de douleur chronique (57 %) (tableau 4).

Les personnes ayant des antécédents de douleur chronique étaient généralement plus âgées : 56 % d'entre elles avaient 50 ans ou plus, contre 26 % ayant 50 ans ou plus chez les personnes n'ayant pas d'antécédents de douleur chronique. Indépendamment de leurs antécédents de douleur chronique, la majorité des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance vivaient dans des quartiers du quintile de revenu inférieur ou du quintile de revenu moyen-faible.

Parmi les personnes pour qui on dispose de renseignements sur la source de revenus, celles ayant des antécédents de douleur chronique étaient moins nombreuses en proportion à occuper un emploi (9 %) que celles sans antécédents (24 %). Parmi les personnes sans antécédents de douleur chronique occupant un emploi, près de la moitié travaillaient dans la construction, les métiers manuels ou un domaine connexe. Les personnes ayant des antécédents de douleur chronique étaient plus nombreuses en proportion que celles sans antécédents de douleur chronique à recevoir des prestations d'invalidité (11 % contre 5 %) ou à être à la retraite (3 % contre moins de 1 %). Il est important de souligner que les renseignements sur la

TABEAU 2
Antécédents et type de douleur chez les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Antécédents et type de douleur	n	%
Antécédents de douleur		
Aucun antécédent de douleur chronique	6 366	81
Toute douleur (chronique ou aiguë)	2 418	31
Douleur chronique	1 056	13
Douleur aiguë seulement	72	≤ 1
Type de douleur		
Douleur de type non spécifié ^a	1 359	17
Douleur chronique ou problème de santé lié à la douleur ^b	612	8
Maux de dos	507	6
Maux de dos aigus	Valeur supprimée	Valeur supprimée
Maux de dos chroniques	348	68
Maux de dos non spécifiés	138	27
Arthrite	258	5
Traitement opioïde au long cours (plus de 90 jours) pour le soulagement de la douleur ^c	141	2
Fibromyalgie	99	2
Douleur aiguë (autre que les maux de dos)	63	≤ 1

Remarque : Les effectifs inférieurs à dix et les pourcentages basés sur ces effectifs ont été supprimés.

^a Inclut les personnes ayant des antécédents pertinents de douleur pour lesquelles il n'a pas été possible d'établir si la douleur était aiguë ou chronique.

^b Inclut les personnes ayant des antécédents pertinents de douleur chronique ou de problème de santé lié à la douleur qui n'ont pas été incluses dans la catégorie « maux de dos » ou « douleur de type non spécifié ».

^c Les traitements opioïdes au long cours pour le soulagement de la douleur sont utilisés pour le traitement de la douleur chronique à court ou à long terme que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les autres analgésiques habituellement prescrits n'ont pas réussi à soulager.

source de revenus n'étaient pas disponibles pour 59 % des personnes atteintes de douleur chronique et pour 45 % des personnes sans douleur chronique et les renseignements sur l'emploi étaient manquants pour 84 % des personnes souffrant de douleur chronique et pour 71 % des personnes sans douleur chronique.

Problèmes de santé concomitants et autres facteurs de risque connus

Plus de la moitié (53 %) des personnes avec antécédents de douleur chronique avaient un problème de santé mentale alors que, chez les personnes sans douleur chronique, cette proportion était de 27 % (tableau 4). La dépression, l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique et les idées suicidaires étaient tous plus présents en proportion chez les personnes souffrant de douleur chronique.

Alors que des antécédents de consommation de substances étaient plus fréquents en proportion chez les personnes sans

antécédents de douleur chronique par rapport à celles avec antécédents (82 % contre 74 %), les troubles liés à la consommation de substances étaient plus fréquents en proportion chez les personnes atteintes de douleur chronique (31 % contre 22 % pour celles sans antécédents). Plus de la moitié (55 %) des personnes ayant des antécédents de douleur chronique avaient subi une blessure ou une intervention chirurgicale dans le passé, contre 13 % chez les personnes sans antécédents de douleur chronique. Environ une personne sur quatre avec antécédents de douleur chronique avait à la fois des antécédents de consommation de substances, des problèmes de santé mentale et un historique de blessure ou de chirurgie (figure 1). En outre, les personnes avec antécédents de douleur chronique étaient plus nombreuses en proportion que celles sans antécédents à avoir vécu un événement potentiellement traumatisant au cours de leur vie, selon l'information trouvée au dossier (51 % contre 36 %; tableau 4). Les personnes avec antécédents de douleur

chronique étaient moins nombreuses en proportion à être sans logement.

Circonstances du décès

La proportion de personnes ayant consommé des substances en présence d'autrui avant l'épisode d'intoxication aiguë ayant entraîné le décès était similaire dans les deux groupes (tableau 4). Toutefois, la présence d'un témoin au moment du décès était plus fréquente en proportion chez les personnes avec antécédents de douleur chronique (21 %, contre 10 % chez les personnes sans antécédents). De plus, les personnes avec antécédents de douleur chronique ont présenté plus souvent, en proportion, des signes d'intoxication aux opioïdes au cours de l'épisode ayant mené au décès (42 %) que celles sans antécédents (25 %).

De la naloxone a été administrée plus souvent, en proportion, aux personnes sans antécédents de douleur chronique qu'à celles avec antécédents (18 % contre 14 %).

Substances consommées

Les substances ayant contribué à plus de 10 % des décès à la fois chez les personnes avec antécédents de douleur chronique et chez celles sans antécédents sont le fentanyl, la cocaïne, l'éthanol (alcool), la méthamphétamine et la morphine (tableau 5). L'hydromorphone et l'oxycodone ont plus souvent contribué, en proportion, aux décès des personnes avec antécédents de douleur chronique tandis que la diacétylmorphine (héroïne) et l'amphétamine ont plus souvent contribué, en proportion, aux décès des personnes sans antécédents. Les opioïdes, fréquemment utilisés dans le traitement de la douleur chronique, ainsi que les autres médicaments couramment administrés pour soulager la douleur chronique font partie des substances qui ont joué le plus souvent un rôle direct dans les décès, et ce, dans les deux groupes. Des combinaisons potentiellement dangereuses d'opioïdes et de gabapentinoïdes ou de benzodiazépines ont été détectées dans les analyses toxicologiques de respectivement 20 % et 43 % des personnes avec antécédents de douleur chronique. Ces combinaisons avaient été prescrites à plus de la moitié des personnes décédées.

Pour toutes les substances et toutes les combinaisons étudiées, les personnes avec antécédents de douleur chronique étaient

TABLEAU 3
Interactions avec le système de santé et historique des médicaments prescrits chez les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance, selon la présence ou l'absence d'antécédents de douleur chronique, Canada, 2016-2017

	Avec antécédents de douleur chronique (N = 1 056)		Sans antécédents de douleur chronique (N = 6 366)	
	n (N) ^a	%	n (N) ^a	%
Interactions avec le système de santé				
Consultation, quel qu'en soit le motif, des services de santé dans l'année précédant le décès	984	93	4119	65
Consultation des services de santé motivée par la douleur dans l'année précédant le décès	315	30	999	16
Expérience négative avec les services de santé ou difficultés d'accès	45	4	36	≤1
Historique des médicaments prescrits				
Ordonnance d'opioïdes réduite ou refusée dans les six mois précédant le décès parmi les personnes s'étant fait prescrire ou ayant demandé à se faire prescrire des opioïdes	93 (747)	12	57 (666)	9
Acétaminophène	90	9	102	2
AINS ^b	228	22	216	3
Antidépresseurs ^c	270	26	273	4
Gabapentinoïdes ^d	381	36	279	4
Analgésiques topiques ^e	Valeur supprimée	Valeur supprimée	Valeur supprimée	Valeur supprimée
Opioïdes, tous types confondus	714	68	507	8
Opioïdes faibles ou atypiques ^f	63	6	93	2
Opioïdes forts ^g	237	22	201	3
Opioïdes non spécifiés	435	41	228	4
Myorelaxants ^h	69	7	39	≤1
Autres analgésiques divers ⁱ	162	15	234	4
Opioïde et gabapentinoïde	129	12	69	1
Opioïde et benzodiazépine	153	15	126	2

Abréviation : AINS, anti-inflammatoire non stéroïdien.

Remarques : Les effectifs inférieurs à dix et les pourcentages basés sur ces effectifs ont été supprimés.

Test du khi carré, $p < 0,05$.

^a La valeur N est indiquée lorsque l'échantillon disponible est un sous-ensemble de l'échantillon global, selon le sous-groupe étudié ou la présence de données manquantes.

^b Au moins une des substances suivantes : célécoxib, diclofénac, ibuprofène, méloxicam, nabumétone, acide méfénamique, kétoprofène, indométacine, étodolac ou naproxène.

^c Au moins une des substances suivantes : amitriptyline, nortriptyline, venlafaxine ou duloxétine.

^d Gabapentine, prégabaline ou les deux.

^e Au moins une des substances suivantes : capsïcine, lidocaïne ou maxilène.

^f Au moins une des substances suivantes : codéine, buprénorphine, tramadol, tapentadol ou variations (par ex. buprénorphine-naloxone).

^g Au moins une des substances suivantes : morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl ou méthadone.

^h Au moins une des substances suivantes : baclofène, cyclobenzaprine ou tizanidine.

ⁱ Au moins une des substances suivantes : trazodone, mirtazapine, carbamazépine ou nabilone.

plus nombreuses en proportion que celles sans antécédents à s'être fait prescrire la substance ayant été détectée dans les analyses toxicologiques (tableau 5). En ce qui concerne le fentanyl et l'amphétamine, le pourcentage inférieur de détection sous forme de substance d'origine non pharmaceutique chez les personnes sans antécédents de douleur chronique est probablement attribuable aux pourcentages supérieurs de substances d'origine inconnue, en l'absence d'information sur les antécédents médicaux de la personne (données non présentées). Des médicaments détournés

ont été détectés dans moins de 1 % des cas, et ce, pour les deux groupes (données non présentées).

Analyse

Le nombre durablement élevé de décès par intoxication aiguë liée à une substance au Canada est le reflet du rôle joué par l'offre de drogues toxiques et non réglementées¹, dans un contexte plus vaste où différents facteurs ont une influence sur la consommation de substances et ses méfaits connexes. Dans plusieurs provinces et

territoires du Canada, on remarque que, souvent, les personnes qui décèdent d'une intoxication aiguë due à une substance souffraient aussi de douleur chronique et avaient subi une blessure dans le passé^{4,5,10-12}. Ainsi, des antécédents de douleur chronique ont été recensés dans les dossiers des coroners et des médecins légistes chez au moins 13 % des personnes décédées d'intoxication aiguë accidentelle en 2016 et 2017.

Des différences notables dans les caractéristiques sociodémographiques et dans

TABLEAU 4

Caractéristiques sociodémographiques, problèmes de santé concomitants, autres facteurs de risque connus et circonstances du décès par intoxication aiguë accidentelle liée à une substance, selon la présence ou l'absence d'antécédents de douleur chronique, Canada, 2016-2017

	Avec antécédents de douleur chronique (N = 1 056)		Sans antécédents de douleur chronique (N = 6 366)		valeur p ^b
	n (N) ^a	%	n (N) ^a	%	
Caractéristiques sociodémographiques					
Sexe					
Homme	597	57	4 965	78	<0,05
Femme	459	44	1 401	22	
Groupe d'âge (ans)					
20 à 29	Valeur supprimée	Valeur supprimée	162	3	<0,05
30 à 39	63	6	1 350	21	
40 à 49	159	15	1 830	29	
50 à 59	243	23	1 386	22	
60 à 69	402	38	1 200	19	
70 et plus	150	14	396	6	
≥70	39	4	42	≤1	
Quintile de revenu du quartier^c					
Q1 (inférieur)	420 (942)	45	1 878 (4 614)	41	>0,05
Q2 (moyen-faible)	192 (942)	20	978 (4 614)	21	
Q3 (moyen)	144 (942)	15	714 (4 614)	16	
Q4 (moyen-élevé)	117 (942)	12	579 (4 614)	13	
Q5 (supérieur)	72 (942)	8	462 (4 614)	10	
Source de revenus^d					
Occupait un emploi au moment du décès	99	9	1 521	24	<0,05
Travaillait dans la construction et les métiers manuels	18 (99)	18	690 (1 521)	45	<0,05
Était à la retraite	30	3	54	≤1	<0,05
Recevait des prestations d'invalidité	114	11	333	5	<0,05
Problèmes de santé concomitants et autres facteurs de risque connus					
Antécédents de problèmes de santé mentale ou des symptômes suivants :	555	53	1 731	27	<0,05
Dépression ou symptômes de dépression	426	40	1 251	20	<0,05
Idées suicidaires	180	17	426	7	<0,05
Trouble d'anxiété	252	24	714	11	<0,05
TSPT	45	4	126	2	<0,05
Antécédents de consommation de substances (autres que l'alcool)	786	74	5 223	82	<0,05
Antécédents de troubles liés à la consommation de substances (incluant les troubles liés à l'usage d'alcool)	327	31	1 389	22	<0,05
Antécédents d'événements de vie potentiellement traumatisants	543	51	2 271	36	<0,05
Événement de vie potentiellement traumatisant dans les deux semaines précédant le décès	54 (543)	10	234 (2 271)	10	>0,05
Sans logement	51	5	621	10	<0,05
Antécédents de blessure ou de chirurgie	582	55	837	13	<0,05
Antécédents de démêlés avec les services correctionnels	63	6	471	7	<0,05
Circonstances immédiates du décès					
Substances consommées en présence d'autrui	204	19	1 344	21	>0,05
Présence d'un témoin au moment de l'épisode d'intoxication aiguë	216	21	621	10	<0,05
Constat par le témoin qu'un épisode d'intoxication aiguë était en train de se produire	63	6	354	6	>0,05
Présence de signes d'intoxication aux opioïdes chez la personne décédée	441	42	1 569	25	<0,05
Administration de naloxone	99 (441)	22	438 (1 569)	28	<0,05
Naloxone administrée par un témoin	Valeur supprimée	Valeur supprimée	66 (1 569)	4	–
Naloxone administrée par un premier répondant	63 (441)	14	276 (1 569)	18	>0,05

Remarque : Les effectifs inférieurs à dix et les pourcentages basés sur ces effectifs ont été supprimés.

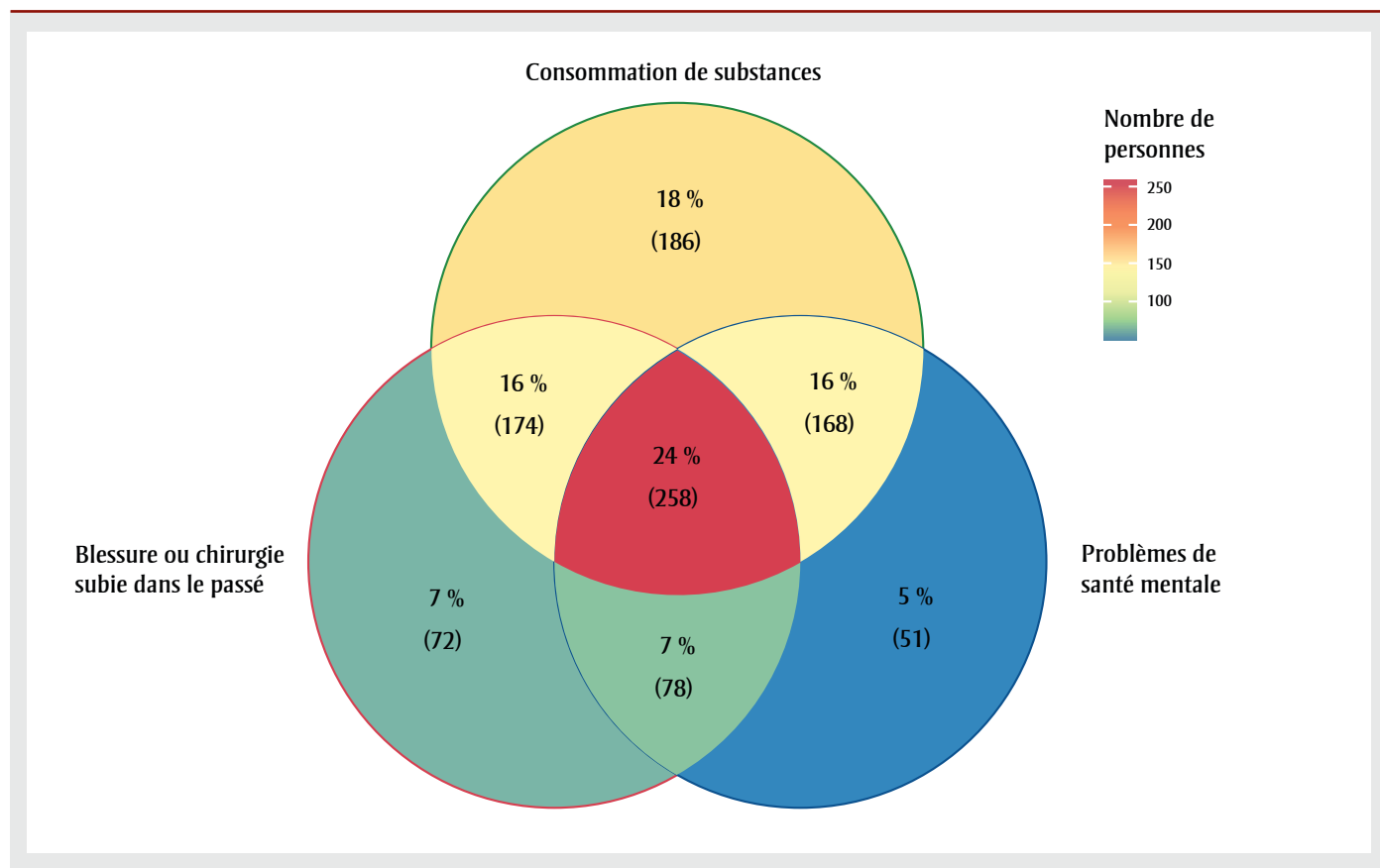
^a La valeur N est indiquée lorsque l'échantillon disponible est un sous-ensemble de l'échantillon global, selon le sous-groupe étudié ou la présence de données manquantes.

^b Valeur p du test du khi carré.

^c Les renseignements sur le quintile de revenu du quartier n'étaient pas disponibles pour 11 % des personnes avec douleur chronique et 28 % des personnes sans.

^d Les renseignements sur la source de revenus n'étaient pas disponibles pour 59 % des personnes avec douleur chronique et 45 % des personnes sans. Les renseignements sur l'emploi n'étaient pas disponibles pour 84 % des personnes avec douleur chronique et 71 % des personnes sans.

FIGURE 1
Diagramme de Venn illustrant la concomitance d'antécédents de consommation de substances (autres que l'alcool), de blessure ou de chirurgie et de problèmes de santé mentale chez les personnes avec antécédents de douleur chronique décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, Canada, 2016-2017 (N = 1 056)



Remarques : On considère que la personne décédée éprouvait des problèmes de santé mentale s'il était question d'au moins un des éléments suivants dans le dossier d'enquête sur le décès : dépression ou symptômes de dépression, idées suicidaires, anxiété ou trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Le diagramme de Venn a été produit à l'aide du package R `ggVennDiagram`²⁵.

d'autres facteurs liés à l'équité ont été observées entre les personnes avec antécédents de douleur chronique et celles sans antécédents. La plupart des personnes avec antécédents de douleur chronique étaient âgées de 40 ans et plus et vivaient dans un quartier à faible revenu ou à revenu moyen-faible et les personnes souffrant de douleur chronique étaient plus nombreuses en proportion que les personnes sans douleur chronique à ne pas occuper d'emploi, à recevoir des prestations d'invalidité ou à être à la retraite au moment de leur décès. Ces résultats concordent avec ceux de travaux antérieurs ayant porté sur l'association entre un âge avancé et un statut socioéconomique inférieur ainsi la prévalence accrue de la douleur chronique et de l'invalidité^{27,26}.

Bien que certaines études fassent état d'un lien entre les décès par intoxication aiguë à une substance et le fait de

travailler dans une industrie comportant un risque élevé de blessure^{4,10-13}, nous avons observé que les personnes sans antécédents de douleur chronique étaient plus nombreuses en proportion à travailler dans la construction et les métiers manuels que celles ayant des antécédents de douleur chronique. La prévalence globalement plus faible de l'emploi chez les personnes souffrant de douleur chronique pourrait expliquer ce constat. Cependant, comme cette étude était limitée par le manque important de renseignements sur l'historique d'emploi, le nombre réel de personnes ayant travaillé dans les métiers manuels (et ayant subi des blessures à l'origine d'une douleur chronique ou d'une invalidité) pourrait être sous-estimé. En outre, du fait de son caractère saisonnier et souvent limité dans le temps, le travail dans l'industrie de la construction pourrait constituer une source d'emploi accessible aux personnes consommatrices de substances¹³. Le lien entre les décès par

intoxication aiguë et un emploi dans la construction et les métiers manuels pourrait également s'expliquer par la concentration commune d'hommes dans les groupes d'âge plus jeunes dans les deux cas¹³. Afin de mieux caractériser l'association entre l'emploi dans la construction et les métiers manuels de même que les méfaits liés aux substances, il faut poursuivre les recherches et étudier le caractère récent ou non de l'emploi et sa durée.

Un étude approfondie du rôle transversal potentiel de plusieurs facteurs interdépendants a révélé qu'il existe un chevauchement considérable entre la consommation de substances, les problèmes de santé mentale et les antécédents de blessure ou de chirurgie chez les personnes souffrant de douleur chronique. En effet, les personnes ayant des antécédents de douleur chronique étaient beaucoup plus nombreuses en proportion à souffrir de problèmes de

TABLEAU 5

Répartition des substances qui ont contribué à la plupart des décès par intoxication aiguë accidentelle ou qui sont associées à la douleur chronique, détection lors des analyses toxicologiques, contribution au décès et origine de la substance, selon la présence ou l'absence d'antécédents de douleur chronique, Canada, 2016-2017

Substance ou combinaison de substances	Avec antécédents de douleur chronique (N = 1 056)					Sans antécédents de douleur chronique (N = 6 366)				
	Décès pour lesquels la substance ou la combinaison de substances a été détectée	Décès pour lesquels la substance ou la combinaison de substances a joué un rôle contributif	Proportion de détection sous forme de médicament prescrit ^a	Proportion de détection sous forme de substance d'origine non pharmaceutique ^a	Proportion de détection sous forme de substance d'origine inconnue ^a	Décès pour lesquels la substance ou la combinaison de substances a été détectée	Décès pour lesquels la substance ou la combinaison de substances a joué un rôle contributif	Proportion de détection sous forme de médicament prescrit ^a	Proportion de détection sous forme de substance d'origine non pharmaceutique ^a	Proportion de détection sous forme de substance d'origine inconnue ^a
Fentanyl	27	24	26	71	Valeur supprimée	53	52	1	46	53
Cocaïne	28	22	S.O.	100	0	45	38	S.O.	100	0
Hydromorphone	26	16	63	S.O.	0	7	4	14	S.O.	0
Oxycodone	23	16	71	S.O.	0	6	4	18	S.O.	0
Éthanol (alcool) ^b	29	15	S.O.	S.O.	0	34	23	S.O.	S.O.	0
Méthamphétamine	16	12	S.O.	100	0	28	24	S.O.	100	0
Morphine ^c	24	11	42	29	24	22	15	4	35	60
Polyintoxication ^d	S.O.	11	S.O.	S.O.	100	S.O.	4	S.O.	S.O.	100
Diacétylmorphine (héroïne)	6	6	S.O.	100	0	13	12	S.O.	100	0
Amphétamine ^c	13	2	11	83	7	24	15	3	47	51
Opioïde, tous types confondus	86	71	64	25	18	79	75	9	33	53
Médicament contre la douleur chronique, tous types confondus	90	72	70	23	14	79	70	14	33	62
Opioïde et gabapentinoïde	20	4	64	S.O.	0	4	1	16	S.O.	0
Opioïde et benzodiazépine	43	13	53	S.O.	0	17	6	12	S.O.	0

Abréviation : S.O., sans objet.

Remarques : Les pourcentages reposent sur des chiffres arrondis aléatoirement à un multiple de trois; les pourcentages basés sur des effectifs inférieurs à dix ont été supprimés.

Les substances détectées sont celles qui ont été trouvées dans les analyses toxicologiques, même en quantités infimes. Les substances sont détectées qu'elles aient été prises conformément aux directives du prescripteur ou non, et qu'elles aient été consommées intentionnellement ou non. Les substances détectées ne sont pas toujours en cause dans le décès; la cause du décès étant déterminée par le coroner ou le médecin légiste chargé de l'enquête. On a détecté une même substance à la fois prescrite et d'origine non pharmaceutique dans moins de dix décès au sein des deux groupes, données qui ne sont pas présentées dans le tableau. On a détecté une substance pharmaceutique détournée dans moins de 1 % des cas, et ce, pour les deux groupes, données qui ne sont pas présentées dans le tableau.

Une même substance peut avoir plus d'une origine (par ex. le fentanyl peut être prescrit ou obtenu sur le marché des drogues illégales). Certaines substances sont d'origine pharmaceutique seulement (hydromorphone, oxycodone, gabapentinoïdes) alors que d'autres sont purement d'origine non pharmaceutique (cocaïne, méthamphétamine). Dans les cas où l'origine du fentanyl est inconnue, il s'agit probablement de fentanyl d'origine non pharmaceutique étant donné que le fentanyl pharmaceutique n'est pas accessible à grande échelle.

^a Les dénominateurs dans ces colonnes correspondent au nombre de décès pour lesquels la substance ou la combinaison de substances a été détectée.

^b L'éthanol (alcool) provient de l'industrie des boissons alcoolisées; il n'est ni d'origine pharmaceutique, ni d'origine non pharmaceutique. Il est parfois détecté après décomposition lors des analyses toxicologiques.

^c La morphine et l'amphétamine étant des métabolites actifs d'autres substances (respectivement diacétylmorphine [héroïne] et méthamphétamine), leur présence peut être due soit au fait qu'elles ont été consommées en tant que telles, soit au fait que leur substance-mère a été consommée.

^d La polyintoxication fait référence aux cas où le décès est attribuable à plusieurs substances sans que les substances en cause soient identifiées précisément.

santé mentale, à avoir subi un traumatisme et à avoir subi une blessure ou une intervention chirurgicale dans le passé. Ces résultats ne sont pas étonnants compte tenu de l'association souvent bidirectionnelle entre la douleur, les problèmes de santé mentale et les troubles liés à la consommation de substances. Selon Rayner et ses collègues²⁷, les patients atteints de dépression sont plus susceptibles de signaler une interférence accrue de la douleur avec leur fonctionnement quotidien et une douleur généralisée plus prononcée. Les événements traumatisants sont également associés à une probabilité accrue de souffrir d'un syndrome somatique fonctionnel tel que la fibromyalgie²⁸. Un lien étroit a aussi été observé avec les antécédents de traumatisme (comme le fait d'avoir subi de la maltraitance durant l'enfance) et les problèmes de santé mentale, qui pourraient se traduire par une interférence plus importante de la douleur et par une douleur plus intense²⁹.

Le fentanyl s'est révélé la principale substance à l'origine des décès, et ce, tant chez les personnes avec antécédents de douleur chronique (24 % des décès) que chez celles sans antécédents (52 % des décès). Lorsque le fentanyl était la substance en cause dans le décès, les personnes avec antécédents de douleur chronique étaient plus nombreuses en proportion à s'être fait prescrire la substance (26 %) que les personnes sans antécédents (1 %). Ces données tendent à indiquer que l'utilisation du fentanyl pour le soulagement de la douleur était fréquente chez les personnes avec antécédents de douleur chronique. Il convient toutefois de noter que l'ensemble de données tiré de l'examen des dossiers ne contient pas d'information sur les indications pour lesquelles ces médicaments avaient été prescrits. Depuis 2017, soit la dernière année de la période à l'étude, les lignes directrices sur le traitement de la douleur chronique non cancéreuse déconseillent le traitement par opioïdes^{21,30,31} et depuis, comme on s'y attendait, on a constaté une diminution de la proportion de patients atteints de douleur chronique à qui l'on prescrit du fentanyl et d'autres opioïdes. En revanche, il y a eu jusqu'en 2021 au Canada une augmentation annuelle du nombre d'échantillons de drogues saisies par les forces de l'ordre dans lesquels du fentanyl a été détecté, et le pourcentage de détection demeure élevé encore aujourd'hui³².

Les substances qui ont contribué directement le plus fréquemment aux décès avaient été en proportion plus souvent prescrites aux personnes avec antécédents de douleur chronique qu'aux personnes sans antécédents, bien que des substances d'origine non pharmaceutique aient aussi été souvent détectées dans les analyses menées chez les personnes avec antécédents. Il ne faut pas nécessairement en conclure que les substances prescrites étaient inappropriées : la personne décédée peut avoir pris une dose supérieure à la dose prescrite ou encore avoir pris une autre substance, pharmaceutique ou non, en complément ou en association avec le médicament prescrit.

Dans cette étude, nous avons constaté qu'il était plus fréquent pour les personnes avec antécédents de douleur chronique de voir leur ordonnance d'opioïdes réduite ou refusée dans les six mois précédant leur décès que pour les personnes sans antécédents. On sait que le fait de restreindre l'accès aux analgésiques pharmaceutiques a pour effet d'amener les gens à se tourner vers des sources d'approvisionnement en drogues illégales, qui sont souvent plus toxiques et imprévisibles¹⁷. Fait important à noter, moins de 1 % des substances ayant le plus souvent contribué au décès étaient des médicaments prescrits détournés. On pourrait réduire le risque de décès accidentel si la prescription de médicaments aux personnes ayant des antécédents de douleur chronique se faisait selon une approche de réduction des méfaits qui privilégie l'éducation du patient à propos des substances qui lui sont prescrites et à propos des risques associés à l'utilisation d'autres substances en association avec les médicaments prescrits. Les personnes avec antécédents de douleur chronique présentaient des taux élevés (93 %) de consultation des services de santé dans l'année précédant leur décès. Dans près du tiers des cas, la consultation avait été motivée par la douleur, situation qui offre aux fournisseurs de soins de santé l'occasion de passer en revue la liste des médicaments prescrits au patient et de discuter avec lui de l'utilisation des analgésiques et des autres méthodes de traitement de la douleur.

Il est important de veiller à ce que les expériences négatives, comme la stigmatisation qui entoure la douleur chronique et la consommation de substances, ne viennent pas entraver les possibilités d'intervention.

Dans cette étude, les personnes avec antécédents de douleur chronique avaient vécu des expériences négatives en lien avec l'accès aux services de santé plus souvent en proportion que les personnes sans antécédents. Ces expériences négatives ne font qu'aggraver la marginalisation des personnes qui vivent avec des douleurs chroniques et des personnes consommatrices d'opioïdes ou d'autres substances, les empêchant potentiellement de recevoir des services adaptés. Nos résultats sont corroborés par ceux d'une étude qualitative portant sur les expériences vécues par les personnes consommatrices des substances : dans leur étude, Dassieu et ses collaborateurs³³ ont fait état, eux aussi, des difficultés d'accès à des services interdisciplinaires de prise en charge de la douleur, de l'inaccessibilité relative des traitements non pharmacologiques de la douleur (comme la physiothérapie) et du risque qui peut en découler que la personne décide, en dernier recours, de s'autotrainer en utilisant des drogues illégales.

Points forts et limites

Cette étude est fondée sur les dossiers des coroners et des médecins légistes, dont les formats et les protocoles d'enquête diffèrent selon les administrations. Les données des provinces et des territoires relativement aux variables d'intérêt que nous avons analysées ne sont pas toutes accessibles dans la même mesure, ce qui fait que nous ne pouvons présenter que des proportions minimales.

Les capacités en matière d'analyses toxicologiques sont également variables en fonction des administrations et au fil du temps. L'ensemble de données ne contient pas d'information sur la posologie ni sur la durée du traitement, deux facteurs dont on sait qu'ils contribuent au degré de risque d'intoxication aiguë. Toutefois, le coroner ou le médecin légiste responsable de l'enquête est censé avoir vérifié en détail les médicaments prescrits au moment d'établir la cause du décès. Certains médicaments ont plusieurs utilisations, prévues ou non sur l'étiquette : par exemple, la buprénorphine, la méthadone et la morphine à action prolongée peuvent être prescrites soit comme traitement de la douleur, soit comme traitement par agonistes opioïdes. Il est donc possible que ces opioïdes aient été classés à tort comme analgésiques, en l'absence d'information

sur les indications pour lesquelles ils ont été prescrits.

Les codes de diagnostic de la douleur chronique selon la CIM-11 ont été publiés en 2018, ce qui fait que les fournisseurs de soins de santé n'y avaient pas accès lors de la période à l'étude. En outre, certaines personnes vivant avec des douleurs chroniques pourraient ne pas avoir cherché à obtenir un diagnostic ou des soins en bonne et due forme, surtout s'il leur était déjà arrivé de faire face à des obstacles dans l'accès aux services de santé (comme de la stigmatisation). Il se peut également que les personnes sans contacts sociaux connus (membres de la famille ou amis) n'aient pas été incluses dans les statistiques, dans la mesure où personne n'a pu témoigner de leur expérience de douleur chronique ou d'obstacles à l'accès aux services de santé.

Certains problèmes de santé associés à la douleur chronique (comme l'endométriose) n'ont pas pu être isolés au sein des grandes catégories, et les personnes touchées n'ont donc pas été exclues du groupe sans antécédents de douleur chronique. De ce fait, certaines personnes ont été classées à tort parmi les personnes sans antécédents de douleur chronique. Par ailleurs, la présence d'antécédents documentés de douleur chronique pourrait avoir influencé la collecte d'autres données sur les antécédents médicaux et sur l'historique des médicaments prescrits. Compte tenu des limites susmentionnées, les différences observées entre les personnes ayant des antécédents de douleur chronique et les personnes sans antécédents sont susceptibles d'être biaisées. De plus, la nature transversale de l'étude empêche toute inférence causale.

Enfin, il est important de noter que la pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur les habitudes de consommation de substances et les méfaits connexes³⁴. Les décès par intoxication accidentelle aux opioïdes ont presque doublé au Canada depuis mars 2020, et les chiffres demeurent plus élevés qu'avant la pandémie, une situation explicable par différents facteurs, dont l'offre de drogues de fabrication illégale de plus en plus imprévisibles et toxiques³⁴. Cette étude porte sur une population jamais étudiée auparavant au Canada, et les recherches futures devraient s'intéresser au rôle de la douleur chronique dans l'augmentation soutenue du

nombre de décès par intoxication aiguë liée à une substance depuis la pandémie de COVID-19, de façon à orienter la planification des politiques et la prise de mesures stratégiques.

Conclusion

De nombreux facteurs transversaux et interdépendants sont susceptibles d'avoir une influence sur le fardeau des méfaits liés à la consommation de substances, dont les décès par intoxication aiguë, chez les personnes souffrant de douleur chronique. La quasi-totalité des personnes avec antécédents documentés de douleur chronique avaient consulté les services de santé avant leur décès, et près du tiers de ces interactions avaient été motivées par la douleur. Plus d'une personne sur dix souffrant de douleur chronique a vu son ordonnance d'opioïdes réduite ou refusée dans les six mois précédant son décès. Ces résultats témoignent de la présence d'une douleur non traitée et indiquent que des solutions de traitement de la douleur sécuritaires, adéquates et accessibles sont nécessaires.

Remerciements

Nous tenons à remercier nos collaborateurs des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef de tout le Canada, qui nous ont donné accès à leurs dossiers d'enquête sur les décès. Nous tenons également à remercier nos cochercheurs, qui ont contribué à l'élaboration de l'étude nationale d'examen des dossiers sur les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance : Brandi Abele, Matthew Bowes, Songul Bozat-Emre, Jessica Halverson, Dirk Huyer, Beth Jackson, Graham Jones, Fiona Kouyoumdjian, Jennifer Leason, Regan Murray, Erin Rees, Jenny Rotondo et Emily Schleihauf.

Ce rapport est fondé sur les données et les renseignements compilés et fournis par les bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef de tout le Canada.

Financement

Cette étude a reçu le soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

JV : conception, analyse formelle, enquête, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

AV : conception, analyse formelle, enquête, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

LY : conception, enquête, relectures et révisions.

KH : validation, enquête, relectures et révisions.

JFL : conception, enquête, relectures et révisions.

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

Références

1. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Infobase; [mise à jour en décembre 2023; consultation le 28 juillet 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
2. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2018;38(6):255-266. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.6.02f>
3. Organe international de contrôle des stupéfiants. Stupéfiants : Évaluation des besoins du monde pour 2018 – Statistiques pour 2016. New York (N.Y.) : Nations Unies; 2017. En ligne à : https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf
4. Alberta Health. Opioid-related deaths in Alberta in 2017: review of medical examiner data. Edmonton (AB): Government of Alberta; 2019. En ligne à : <https://open.alberta.ca/dataset/f9912915-bd4f-4b57-93bf-2a963cb99038/resource/a2857fb6-6663-491c-b9df-686e348bb456/download/070519-me-chart-review-final.pdf>

5. British Columbia Ministry of Public Safety and Solicitor General. Illicit drug overdose deaths in BC: findings of coroners' investigations. Victoria (BC): the Ministry; 2018. En ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicitdrugoverdosedeadths-inbc-findingsofcoronersinvestigations-final.pdf>
6. Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, Ozgoren AA, Abd-Allah F, Abera SF, et al.; GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015;386(10009):2145-2191. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)61340-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)61340-x)
7. Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington (DC): National Academies Press; 2011. <https://doi.org/10.17226/13172>
8. Hooten WM. Chronic pain and mental health disorders: shared neural mechanisms, epidemiology, and treatment. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(7):955-970. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.029>
9. Groupe de travail canadien sur la douleur. *La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action*. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2019. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2019/canadian-pain-task-force-june-2019-report-fr.PDF>
10. BC Coroners Service Death Review Panel. *A review of illicit drug toxicity deaths*. Victoria (BC): Office of the Chief Coroner of British Columbia; 2022. En ligne à : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/review_of_illicit_drug_toxicity_deaths_2022.pdf
11. Public Health Ontario; Office of the Chief Coroner; Ontario Forensic Pathology Service; Ontario Drug Policy Research Network. *Opioid mortality surveillance report: analysis of opioid-related deaths in Ontario July 2017–June 2018*. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2019. En ligne à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/O/2019/opioid-mortality-surveillance-report.pdf>
12. Gomes T, Murray R, Kolla G, Leece P, Bansal S, Besharah J, Cahill T, et al.; Ontario Drug Policy Research Network; Office of the Chief Coroner for Ontario; Public Health Ontario. *Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*. Toronto (ON): Ontario Drug Policy Research Network; 2021. En ligne à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf?sc_lang=en
13. Gomes T, Iacono A, Kolla G, Nunez E, Leece P, Wang T, et al. *Lives lost to opioid toxicity among Ontarians who worked in the construction industry*. Toronto (ON): Ontario Drug Policy Research Network; 2022. En ligne à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/O/2022/opioid-toxicity-ontario-construction-lives-lost-report.pdf>
14. Kennedy MC, Crabtree A, Nolan S, Mok WY, Cui Z, Chong M, et al. *Discontinuation and tapering of prescribed opioids and risk of overdose among people on long-term opioid therapy for pain with and without opioid use disorder in British Columbia, Canada: a retrospective cohort study*. *PLoS Med*. 2022;19(12):e1004123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004123>
15. Morasco BJ, Gritzner S, Lewis L, Oldham R, Turk DC, Dobscha SK. *Systematic review of prevalence, correlates, and treatment outcomes for chronic non-cancer pain in patients with comorbid substance use disorder*. *Pain*. 2011;152(3):488-497. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.009>
16. Yusufov M, Braun IM, Pirl WF. *A systematic review of substance use and substance use disorders in patients with cancer*. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;60:128-136. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.016>
17. Voon P, Callon C, Nguyen P, Dobrer S, Montaner JS, Wood E, et al. *Denial of prescription analgesia among people who inject drugs in a Canadian setting*. *Drug Alcohol Rev*. 2015;34(2):221-228. <https://doi.org/10.1111/dar.12226>
18. Rotondo J, VanSteelandt A, Kouyoumdjian F, Bowes MJ, Kakkar T, Jones G, et al. *Substance-related acute toxicity deaths in Canada from 2016 to 2017: protocol for a retrospective chart review study of coroner and medical examiner files*. *JMIR Public Health Surveill*. 2024:49981. <https://doi.org/10.2196/49981>
19. Statistique Canada. *Fichier de conversion des codes postaux^{OM} plus (FCCP+)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [mise à jour le 8 février 2023; consultation le 9 février 2023]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82F0086X>
20. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. *A classification of chronic pain for ICD-11*. *Pain*. 2015;156(6):1003-1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
21. RxFiles. *Pain management & opioids: addressing important challenges and introducing a chronic pain & opioids mini-book*. Saskatoon (SK): Saskatoon Health Region; 2017. En ligne à : <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Opioids-Pain-2017-Newsletter.pdf>
22. Huang LN, Flatow R, Biggs T, et al.; SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. En ligne à : https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

23. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [software]. Vienna (AT): R Foundation for Statistical Computing; 2022. En ligne à : <https://www.R-project.org/>
24. Allaire JJ. RStudio: integrated development for R. Boston (MA): RStudio; 2022.
25. Gao CH, Chen C, Akyol T, Duşa A, Yu G, Cao B, et al. ggVennDiagram: A 'ggplot2' implement of Venn Diagram. R package version 1.2.2 ed2022 [software]. 2023 [consultation le 28 juillet 2023]. En ligne à : <https://gaospecial.github.io/ggVennDiagram/>
26. Bonathan C, Hearn L, Williams AC. Socioeconomic status and the course and consequences of chronic pain. *Pain Manag.* 2013;3(3):159-162. <https://doi.org/10.2217/pmt.13.18>
27. Rayner L, Hotopf M, Petkova H, Matcham F, Simpson A, McCracken LM. Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *Pain.* 2016;157(7):1472-1479. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000542>
28. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2014;76(1):2-11. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000010>
29. Nicol AL, Sieberg CB, Clauw DJ, Hassett AL, Moser SE, Brummett CM. The association between a history of lifetime traumatic events and pain severity, physical function, and affective distress in patients with chronic pain. *J Pain.* 2016;17(12):1334-1348. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.09.003>
30. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ.* 2017;189(18):E659-666. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170363>
31. Korownyk CS, Montgomery L, Young J, Moore S, Singer AG, MacDougall P, et al. PEER simplified chronic pain guideline: management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. *Can Fam Physician.* 2022;68(3):179-190. <https://doi.org/10.46747/cfp.6803179>
32. Service d'analyse des drogues et Laboratoire Cannabis. Rapport sur les drogues. [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [consultation le 19 février 2024]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/service-analyse-drogues/rapport-drogues-analyses.html>
33. Dassieu L, Kaboré J-L, Choinière M, Arruda N, Roy É. Chronic pain management among people who use drugs: A health policy challenge in the context of the opioid crisis. *Int J Drug Policy.* 2019;71:150-156. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.023>
34. Livre blanc conjoint Canada-États-Unis : Consommation de substances et méfaits pendant la pandémie de COVID-19 et approches de la surveillance et réponses fédérales [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada; 2022 [modification le 27 septembre 2022; consultation le 19 février 2024]. Publication conjointe du Department of Health and Human Services des États-Unis. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/livre-blanc-canada-etats-unis-consommation-substances-mefaits-pendant-pandemie-covid-19-approches-surveillance-reponses-federales.html>

Recherche quantitative originale

Statut résidentiel et décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance au Canada, 2016-2017

Amanda VanSteelandt, Ph. D. (1); Brandi Abele (2); Raahyma Ahmad, M.S.P., MBA (1); Aganeta Enns, Ph. D. (1); Beth Jackson, Ph. D. (3); Tanya Kakkar, M.S.P. (1); Fiona Kouyoumdjian, M.D., M.P.S., Ph. D. (4)

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

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

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

Résumé

Introduction. Il existe une relation complexe entre le statut résidentiel et la consommation de substances. En effet, la consommation de substances réduit les perspectives de logement et le fait d'être sans logement augmente les raisons de consommer des substances ainsi que les risques et la stigmatisation qui y sont associés.

Méthodologie. Dans cette analyse descriptive des personnes sans logement qui ont perdu la vie en raison d'une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance au Canada, nous avons utilisé les données relatives aux enquêtes sur les décès tirées d'une étude nationale d'examen des dossiers concernant les décès par intoxication aiguë due à une substance en 2016 et 2017, afin de comparer les facteurs sociodémographiques, les antécédents médicaux, les circonstances du décès et les substances ayant contribué au décès des personnes sans logement et des personnes non identifiées comme sans logement, au moyen du test du khi carré de Pearson. Nous avons comparé le profil démographique des personnes décédées d'une intoxication aiguë aux données du Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes de 2016 et du Recensement de 2016.

Résultats. Les personnes sans logement étaient nettement surreprésentées parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë en 2016 et 2017 (8,9 % contre moins de 1 % de la population générale). L'intoxication aiguë ayant entraîné le décès des personnes sans logement a eu lieu plus souvent à l'extérieur (24 %); un opioïde ou un stimulant a plus fréquemment contribué à leur décès (68 % à 82 %; les deux substances ont été responsables de 59 % des décès) et ces personnes avaient plus souvent été libérées d'un établissement correctionnel ou été autorisées à sortir d'un établissement de soins de santé au cours du mois précédant leur décès (7 %).

Conclusion. Nous présentons plusieurs possibilités de réduire les décès attribuables à une intoxication aiguë chez les personnes sans logement, notamment lors de la prise de contact avec les services de santé et d'autres établissements, par des mesures de soutien à la réduction des méfaits liés à la consommation d'opioïdes et de stimulants ainsi que par la création d'environnements plus sûrs pour les personnes sans logement.

Mots-clés : *surdose de drogues, surdose d'opioïdes, intoxication, décès, personnes en situation d'itinérance, personnes sans logement, personnes sans-abri, itinérance*



Points saillants

- Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle due à une substance en 2016 et 2017, 8,9 % d'entre elles n'avaient pas de logement au moment de leur décès, contre moins de 1 % de la population générale au Canada.
- Un quart des intoxications aiguës ayant entraîné le décès a eu lieu à l'extérieur.
- Les personnes sans logement au moment de leur décès avaient plus souvent un opioïde ou un stimulant identifié comme cause de décès par rapport à celles ayant un logement.
- Les analyses toxicologiques ont détecté la présence d'opioïdes et de stimulants en combinaison chez plus de la moitié des personnes sans logement au moment de leur décès.

Introduction

La crise des surdoses au Canada constitue un enjeu de santé publique important. Entre janvier 2016 et décembre 2022, 36 442 décès ont été reliés à une intoxication apparente aux opioïdes¹. Les rapports provinciaux et municipaux montrent que

Rattachement des auteurs :

1. Division des méfaits liés aux substances, Agence de santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Canadian Association of People Who Use Drugs (CAPUD), Dartmouth (Nouvelle-Écosse), Canada
3. Division de la politique d'équité en matière de santé, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
4. Ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Amanda VanSteelandt, Division des méfaits liés aux substances, Agence de santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-294-5944; courriel : Amanda.VanSteelandt@phac-aspc.gc.ca

certaines populations ont été plus touchées que d'autres, notamment les personnes non logées²⁻⁵. On estime qu'environ 235 000 personnes étaient sans logement en 2016, ce qui inclut les 22 190 personnes se trouvant dans des refuges en moyenne chaque nuit^{6,7}.

Dans cet article, nous avons choisi d'employer les expressions « personnes non logées » ou « personnes sans logement » plutôt que « personnes en situation d'itinérance ». Un logement est un abri physique alors que l'itinérance englobe l'absence de foyer, lequel représente davantage qu'un lieu physique et revêt une signification personnelle et de liens sociaux⁸⁻¹¹. Une personne n'ayant pas accès à un abri physique stable ou sécuritaire peut tout de même trouver un foyer à travers les personnes de son entourage, les endroits où elle demeure et la communauté au sens plus large.

Les personnes non logées ont des taux de consommation de substances plus élevés que la population générale^{12,13}. La relation entre l'insécurité en matière de logement (« la perte, la menace ou l'incertitude face à un milieu domiciliaire sûr, stable et abordable »¹⁴, p.344 [traduction]), la consommation de substances et les méfaits qui y sont associés est complexe. La consommation de substances et les troubles qui y sont liés sont souvent les raisons qui expliquent la perte d'un logement, et les personnes non logées sont susceptibles d'avoir connu un traumatisme, un problème de santé mentale ou l'incarcération, des facteurs contribuant à accroître le risque de consommation de substances¹⁵⁻¹⁹. L'itinérance peut accroître la consommation comme moyen de composer avec les difficultés et les dangers de la vie en l'absence d'un logement privé et sécuritaire^{15,20-22}. Cette situation augmente aussi directement et indirectement les méfaits associés à la consommation de substances, notamment les intoxications aiguës²³. En raison de la stigmatisation et des obstacles logistiques dans l'accès aux services, les personnes non logées ont un accès plus restreint aux traitements et aux services de réduction des méfaits²⁴. Elles peuvent également ressentir le besoin de dissimuler leur consommation de substances ou de consommer rapidement, de consommer seules et de consommer de plus grandes quantités pour éviter d'être accusées de possession de drogues^{25,26}. Enfin, l'absence de logement peut placer les personnes dans des situations criminalisées,

et les périodes d'incarcération risquent de perturber la continuité du traitement et des services ainsi que l'approvisionnement en drogues, contribuant ainsi à accroître le risque d'intoxication aiguë à leur sortie, en partie à cause d'une tolérance moindre aux drogues²⁷⁻²⁹.

L'objectif de cette étude est de décrire les profils sociodémographiques, les antécédents médicaux, les substances mises en cause et les circonstances du décès dû à une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance chez les personnes non logées.

Méthodologie

Énoncé d'éthique

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé publique du Canada (REB 2018-027P), le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Manitoba (HS22710) et le Comité d'éthique de la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador (20 200 153) ont évalué cette étude et l'ont approuvée.

Principale source de données

Cette étude utilise des données provenant d'un examen national rétrospectif des dossiers d'enquêtes des coroners et des médecins légistes sur les décès par intoxication aiguë due à une substance survenue entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017. Même si les procédures d'enquête sur les décès varient d'une entité territoriale à l'autre au Canada, les dossiers d'enquête sur les décès contiennent généralement une combinaison de documents comme un certificat de décès, un rapport du coroner ou du médecin légiste, des déclarations de témoins, des dossiers médicaux, des rapports de police, des rapports toxicologiques ou des rapports d'autopsie.

Sont incluses dans la définition de cas toutes les personnes décédées au Canada entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017 d'une intoxication aiguë accidentelle résultant des effets directs de l'administration d'une ou de plusieurs substance(s) exogène(s), dont une drogue, un médicament ou de l'alcool. Les variables recueillies à partir des dossiers d'enquête sur les décès par les responsables de l'abstraction des données sont les facteurs de risque sociodémographiques, la consommation de substances et les antécédents médicaux documentés, les circonstances du

décès et les résultats d'analyses toxicologiques. Comme les antécédents de problèmes de santé physique ou mentale ou de symptômes sont tirés des dossiers médicaux ou des déclarations des témoins figurant dans les dossiers d'enquête sur les décès, ces problèmes ou symptômes ne constituent pas nécessairement des diagnostics cliniques. De même, l'étude n'a pris en compte que ce qui était accessible dans le dossier, ce qui pourrait ne pas inclure l'ensemble des antécédents médicaux ou des expériences de vie de la personne.

Les responsables de l'abstraction des données ont reçu une formation et des directives écrites sur le type de renseignements à sélectionner dans les dossiers d'enquête sur les décès et sur la manière de les coder ou de les décrire dans la base de données. Les événements potentiellement traumatisants recensés étaient un problème de santé d'un ami ou d'un membre de la famille, des difficultés avec le ou la partenaire intime (divorce, désaccord) ou autres difficultés relationnelles (comme un conflit familial), des problèmes professionnels ou scolaires, des problèmes financiers, le décès récent d'un ami ou d'un membre de la famille par suicide ou autre, des problèmes juridiques de nature criminelle (arrestation, prison, comparution devant un tribunal) ou autres problèmes juridiques (comme un litige portant sur la garde d'enfant, un procès civil), de la violence interpersonnelle (en tant que victime ou auteur), une expérience de maltraitance pendant l'enfance, une expérience en famille d'accueil, une expérience dans des pensionnats autochtones, le fait d'être victime de violence sexuelle, de subir de la violence physique ou d'être victime d'agression. Les responsables de l'abstraction des données peuvent également avoir saisi un autre événement en expliquant en quoi il répond à la définition d'un événement potentiellement traumatisant. Le protocole de l'étude d'examen des dossiers, la base de données et les définitions des variables sont décrits plus en détail ailleurs³⁰.

Définitions du statut résidentiel

Pour identifier les personnes non logées, cette étude fait appel à la définition de l'itinérance proposée par l'Observatoire canadien sur l'itinérance, à savoir « la situation d'un individu [...] qui n'a pas de logement stable, sécuritaire, permanent ou adéquat, ou qui n'a pas la possibilité, les moyens ou la capacité immédiate de

s'en trouver un »^{31,p.1}. Cela inclut les personnes qui vivent sans abri dans la rue, qui sont hébergées dans des refuges d'urgence et qui logent temporairement chez des amis ou de la famille ou qui échangent un emploi informel ou des ressources contre un logement. Cette définition englobe également les personnes qui présentent un risque imminent de se retrouver sans logement en raison d'une perte d'emploi ou d'une expulsion par un propriétaire, par exemple.

Dans l'ensemble de données nationales, les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle ont été identifiées comme étant « non logées au moment du décès » ou « non logées au cours des 6 mois précédant le décès » à partir des variables liées à leurs conditions de logement, à tout déménagement récent au cours des 6 mois précédant le décès et aux commentaires en texte libre formulés par les responsables de l'abstraction des données au sujet du dossier d'enquête. Une variable spécifique dans la base de données indique, dans le dossier d'enquête sur le décès, que la personne a connu une période d'instabilité résidentielle au cours de sa vie. Les personnes pour lesquelles on ne disposait d'aucune information suggérant qu'elles n'étaient pas logées à un quelconque moment de leur vie (c.-à-d. ne correspondant à aucune variable relative à l'absence de logement) ont été classées dans la catégorie « non identifiées comme étant non logées ». Puisque les dossiers des coroners et des médecins légistes ne constituent pas un dossier complet de la vie d'une personne, il est possible que certaines personnes « non identifiées comme étant non logées » n'aient pas été incluses dans la bonne catégorie.

Les personnes hospitalisées ou ayant été admises dans un établissement correctionnel ou un autre établissement au moment de leur décès ont été exclues des catégories « non logées au moment du décès » et « non identifiées comme étant non logées » et ne sont donc pas prises en compte dans les comparaisons entre ces deux groupes. Les données sur les conditions de logement étaient manquantes pour 10,9 % des personnes, ce qui fait que ces dernières ont également été exclues des analyses. Les comparaisons entre les personnes pour lesquelles il manquait des données sur les conditions de logement et celles sans données manquantes ont révélé des différences statistiquement significatives pour un sous-ensemble de variables clés

comprenant l'âge, le sexe, les antécédents de consommation de substances, les antécédents de troubles liés à la consommation de substances (sauf l'alcool) et des contacts avec le système de santé au cours de l'année précédant le décès.

Analyses statistiques

Nous avons choisi les variables à analyser en fonction de nos hypothèses sur les relations entre le logement et la consommation de substances ou car nous les avons considérées comme points d'intervention potentiels. Comme nous l'avons déjà mentionné, les protocoles d'enquête sur les décès varient d'une administration territoriale à l'autre. De nombreuses variables n'étaient pas accessibles dans la documentation source pour l'ensemble des provinces et territoires. Par conséquent, l'analyse descriptive porte sur des effectifs et des proportions minimaux de personnes décédées d'une intoxication aiguë pour lesquelles des renseignements ont été consignés pour une variable donnée. Nous avons effectué des tests du khi-carré de Pearson pour évaluer les différences statistiques entre les personnes non logées au moment de leur décès et celles non identifiées comme étant non logées ($p < 0,05$). Comme cette étude est descriptive et que les variables ont été présélectionnées en fonction des hypothèses de relations, aucun ajustement pour comparaisons multiples n'a été fait. Les substances et les combinaisons de substances les plus fréquentes à l'origine du décès des personnes des deux sous-groupes de population ont été identifiées à l'aide du progiciel ComplexUpset³².

Nous avons également comparé le profil démographique des deux groupes de personnes décédées d'une intoxication aiguë aux données du Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes de 2016²⁰ et du Recensement de 2016³³. Entre le 1^{er} janvier et le 30 avril 2016, 32 collectivités canadiennes ont participé à un dénombrement coordonné des personnes dans les refuges et dans les rues de leur collectivité. Certains dénombrements ont également inclus les personnes qui se trouvaient dans un établissement de santé ou un établissement correctionnel et qui n'avaient aucun endroit où aller à leur sortie. Tous les cinq ans, le recensement dresse un portrait statistique de la population du Canada. Les individus sont recensés à leur lieu de résidence habituel, qui peut être un logement privé ou collectif. Bien que

les logements collectifs incluent les refuges, le recensement comporte des limites dans sa capacité à saisir les personnes sans logement¹². Les tests de différence statistique n'ont pas été utilisés dans ces comparaisons, parce que les populations de ces trois sources de données ne sont pas indépendantes.

Pour des raisons de confidentialité, tous les effectifs provenant des données de l'examen des dossiers ont été arrondis aléatoirement à la base 3, et les proportions et les taux sont fondés sur ces nombres arrondis³⁰. Les analyses statistiques et les arrondissements aléatoires ont été effectués à l'aide du logiciel statistique R³⁴ et du logiciel RStudio (version 2022.02.0).

Résultats

Comparaison avec la population générale

D'après les données dont nous disposons pour 7 902 personnes décédées en raison d'une intoxication aiguë accidentelle en 2016 ou 2017 au Canada, 9,4 % ($n = 744$) d'entre elles au moins n'étaient pas logées au cours des 6 mois précédant leur décès et 8,9 % ($n = 702$) n'étaient pas logées au moment de leur décès (figure 1).

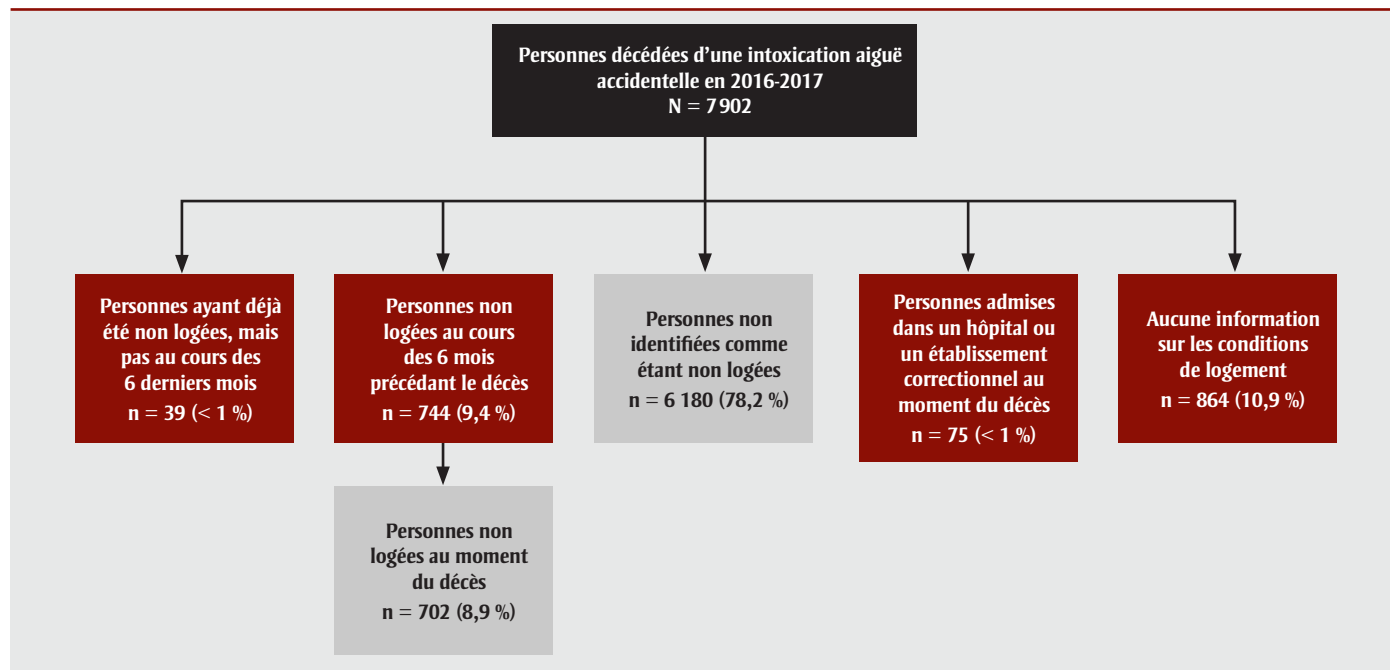
Comme 0,06 % à 0,10 % de la population canadienne était non logée à une date donnée en 2016 et que 0,67 % était non logée en tout temps en 2016^{11,12,33}, les personnes non logées sont donc surreprésentées parmi celles décédées d'une intoxication aiguë accidentelle.

Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, celles qui n'étaient pas logées avaient tendance à être plus jeunes (20 à 49 ans; $p < 0,001$) et de sexe masculin ($p < 0,05$) (tableau 1). Lorsqu'on les compare à la population générale canadienne³³ ou à la population générale canadienne non logée en 2016²¹, les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle non logées avaient plus souvent entre 30 et 59 ans et étaient plus souvent des hommes (tableau 1).

Interactions avec le système de soins de santé en fonction du statut résidentiel

La proportion minimale de personnes ayant eu un contact avec le système de soins de santé au cours de l'année précédant leur décès par intoxication aiguë accidentelle était plus élevée chez les personnes non

FIGURE 1
Statut résidentiel des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, Canada, 2016-2017



Remarque : Dans cette étude, nous comparons les groupes dans les encadrés gris. Les groupes dans les encadrés rouges ont été exclus des comparaisons.

identifiées comme étant non logées que chez celles sans logement (75 % contre 68 %; $p < 0,001$). Les personnes sans logement avaient plus souvent utilisé les services de soins ambulatoires et hospitaliers que celles non identifiées comme étant non logées (tableau 2). Elles avaient également cherché plus souvent à obtenir des soins pour une blessure aiguë (8 % contre 4 %; $p < 0,001$), une intoxication aiguë non mortelle (14 % contre 7 %; $p < 0,001$) ou une consommation de substances ou une dépendance (16 % contre 12 %; $p < 0,05$). Toutefois, la raison de la demande de soins est demeurée inconnue pour de nombreuses personnes, indépendamment de leur situation en matière de logement, et les différences entre les deux groupes sont susceptibles de relever de biais de déclaration plutôt que de véritables différences.

Antécédents de consommation de substances, de problèmes de santé mentale et d'événements de vie potentiellement traumatisants

Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, celles sans logement avaient plus souvent des antécédents de consommation de substances et de consommation chronique de substances que celles non identifiées comme étant non logées (respectivement 92 % contre 83 % et 63 % contre 54 %; $p < 0,001$)

(tableau 3). Les proportions de personnes ayant des antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances ou de troubles liés à l'utilisation d'alcool étaient similaires pour les deux populations. La dépression ou les symptômes dépressifs ont été répertoriés plus souvent chez les personnes non identifiées comme étant non logées que chez celles sans logement (26 % contre 15 %; $p < 0,001$). Les antécédents en matière de santé mentale sont demeurés inconnus pour 29 % des personnes sans logement et 22 % de celles non identifiées comme étant non logées ($p < 0,001$).

Parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, environ la moitié (53 %) de celles sans logement avaient des antécédents d'au moins un événement potentiellement traumatisant, contre environ un tiers (38 %) pour les personnes non identifiées comme étant non logées, soit une différence de 17 points de pourcentage ($p < 0,001$) (tableau 3). Les personnes sans logement étaient plus nombreuses à avoir vécu un événement de vie potentiellement traumatisant au cours des deux semaines précédant leur décès que leurs pairs non identifiés comme tels (6 % contre 4 %; $p < 0,05$).

Même si les problèmes juridiques de nature criminelle et les problèmes liés au partenaire

intime étaient les événements de vie potentiellement traumatisants les plus fréquemment identifiés pour les deux populations, les problèmes juridiques de nature criminelle étaient significativement plus fréquents chez les personnes sans logement (33 % contre 16 %; $p < 0,001$).

Séjour récent dans un établissement

Au moins 7 % des personnes décédées par intoxication aiguë accidentelle et sans logement avaient été libérées d'un établissement jusqu'à un mois avant leur décès ($p < 0,001$). La proportion de personnes libérées d'un établissement correctionnel était plus élevée chez les personnes sans logement que chez celles non identifiées comme étant non logées (3 % contre 1 %; $p < 0,001$) mais les proportions de personnes ayant reçu leur congé d'un hôpital étaient similaires (tableau 3).

Circonstances du décès

Le lieu de l'intoxication aiguë ayant conduit au décès accidentel différait considérablement selon le statut résidentiel (tableau 3). Dans le cas des personnes sans logement, l'intoxication aiguë a eu lieu le plus souvent en extérieur, dans une résidence privée ou au domicile d'une autre personne (environ 20 à 23 % des décès par intoxication aiguë pour chaque situation). Dans le cas des personnes non identifiées comme

TABEAU 1
Répartition par sexe et par groupe d'âge des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle selon le statut résidentiel au moment du décès (2016-2017) et pour l'ensemble de la population, Canada, 2016

Groupe d'âge (ans)	Personnes non logées (N = 702) n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées (N = 6 180) n (%)	Population sans logement (proportion estimée) (N = 4 266) n (%)	Population totale (N = 35 151 730) n (%)
Ensemble				
19 ou moins	Masqué	123 (2,0)	1 041 (24,4)	7 865 725 (22,4)
20 à 29	150 (21,4)	1 095 (17,7)	776 (18,2)	4 528 685 (12,9)
30 à 39	222 (31,6)	1 596 (25,8)	875 (20,5)	4 617 765 (13,1)
40 à 49	168 (23,9)	1 323 (21,4)	538 (12,6)	4 615 095 (13,1)
50 à 59	138 (19,7)	1 416 (22,9)	294 (6,9)	5 298 310 (15,1)
60 ou plus	18 (2,6)	627 (10,2)	747 (17,5)	8 226 145 (23,4)
Hommes				
Tous les âges	546 (77,8)	4 581 (74,1)	2 656 (62,3)	17 264 200 (49,1)
19 ou moins	Masqué	72 (1,2)	538 (12,6)	4 032 135 (11,5)
20 à 29	111 (15,8)	849 (13,7)	567 (13,3)	2 288 965 (6,5)
30 à 39	168 (23,9)	1 272 (20,6)	691 (16,2)	2 266 925 (6,4)
40 à 49	138 (19,7)	978 (15,8)	380 (8,9)	2 262 200 (6,4)
50 à 59	111 (15,8)	999 (16,2)	137 (3,2)	2 603 935 (7,4)
60 ou plus	15 (2,1)	411 (6,7)	346 (8,1)	3 810 035 (10,8)
Femmes				
Tous les âges	156 (22,2)	1 596 (25,8)	1 610 (37,7)	17 887 530 (50,9)
19 ou moins	Masqué	51 (0,8)	503 (11,8)	3 833 590 (10,9)
20 à 29	36 (5,1)	249 (4,0)	209 (4,9)	2 239 720 (6,4)
30 à 39	54 (7,7)	321 (5,2)	183 (4,3)	2 350 840 (6,7)
40 à 49	33 (4,7)	345 (5,6)	158 (3,7)	2 352 905 (6,7)
50 à 59	27 (3,9)	417 (6,7)	158 (3,7)	2 694 375 (7,7)
60 ou plus	Masqué	216 (3,5)	401 (9,4)	4 416 115 (12,6)

Sources des données : Étude nationale d'examen des dossiers sur les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance en 2016 et 2017, Agence de santé publique du Canada; Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes de 2016²⁰; Profil du recensement, 2016²¹.

Remarques : Les effectifs ont été arrondis aléatoirement à la base 3. Les effectifs des cellules comptant moins de 10 cas ont été supprimés pour protéger la vie privée. Les pourcentages sont fondés sur les nombres arrondis.

étant non logées, la plupart des intoxications aiguës mortelles ont eu lieu dans une résidence privée (74 %). Ainsi, environ un quart des intoxications aiguës subies par les personnes sans logement a eu lieu en extérieur (dans un lieu public extérieur, dans la cour avant ou arrière d'une résidence, sur un trottoir à côté d'un bâtiment), contre seulement 3 % pour les personnes non identifiées comme étant non logées ($p < 0,001$). Les personnes non identifiées comme étant non logées étaient plus souvent dans un lit ou à proximité lors de l'intoxication aiguë (29 %; $p < 0,001$).

Quel que soit le statut résidentiel, le lieu du décès était le même que le lieu de l'intoxication aiguë pour la plupart des personnes décédées, mais les personnes non

identifiées comme étant non logées sont plus souvent décédées au même endroit et les personnes sans logement sont plus souvent décédées à l'hôpital après avoir été transportées d'un autre endroit.

D'après les données dont nous disposons, quel que soit leur statut résidentiel, les personnes étaient majoritairement seules lors de la consommation de substances avant l'intoxication aiguë, mais les personnes sans logement étaient significativement plus susceptibles d'être en présence d'autres personnes (21 %; $p < 0,001$) (tableau 3).

Les personnes sans logement présentant un ou plusieurs symptômes d'intoxication aux opioïdes (ronflement/gargouillement, difficultés respiratoires, micropupilles,

inconscience/absence de réaction ou coloration bleue des lèvres, des ongles ou du visage) étaient plus susceptibles d'avoir reçu de la naloxone que les personnes non identifiées comme étant non logées (42 % contre 23 %; $p < 0,001$). Parmi celles qui présentaient au moins un symptôme d'intoxication aux opioïdes, les personnes sans logement étaient davantage susceptibles d'avoir reçu de la naloxone de la part des services médicaux d'urgence (SMU) (28 % contre 14 %), du personnel hospitalier (16 % contre 7 %) ou des passants (9 % contre 3 %) par rapport aux personnes non identifiées comme étant non logées ($p < 0,001$). Les SMU, les forces de l'ordre et le personnel hospitalier étaient tout autant susceptibles de se rendre sur les lieux pour intervenir auprès de personnes relevant des deux statuts résidentiels,

TABLEAU 2
Répartition des interactions avec le système de soins de santé des personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle en fonction du statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Variable	Personnes non logées n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées n (%)	Valeur p ^a
Nombre total de décès accidentels	N = 702	N = 6 180	
Contact avec le système de santé au cours de l'année précédant le décès	477 (68)	4 608 (75)	< 0,001
Contact avec le système de santé au cours de l'année précédant le décès	N = 477	N = 4 608	
A reçu un traitement ambulatoire	342 (72)	2 961 (64)	< 0,001
A reçu un traitement hospitalier	138 (29)	927 (20)	< 0,001
On ignore si le traitement reçu était ambulatoire ou hospitalier	81 (17)	1 323 (29)	< 0,001
A cherché à obtenir des soins pour une blessure aiguë	36 (8)	198 (4)	< 0,001
A cherché à obtenir des soins pour la douleur	105 (22)	1 197 (26)	> 0,05
A cherché à obtenir des soins pour une intoxication aiguë non mortelle	66 (14)	312 (7)	< 0,001
A cherché à obtenir des soins pour des problèmes de consommation de substances ou de dépendance	78 (16)	567 (12)	< 0,05
A cherché à obtenir des soins en santé mentale	45 (9)	513 (11)	> 0,05
A cherché à obtenir des soins chirurgicaux	12 (3)	135 (3)	> 0,05
Raison de la demande de soins inconnue	189 (40)	1 932 (42)	> 0,05

Remarques : Les pourcentages sont basés sur des effectifs arrondis aléatoirement à la base 3. Les valeurs *p* en caractères gras indiquent des données statistiquement significatives.

^a Valeur *p* du test du khi carré. Les valeurs *p* exactes ne sont pas présentées pour protéger l'arrondissement aléatoire.

mais le personnel des services d'incendie était davantage susceptible de se rendre sur les lieux dans le cas des personnes sans logement (20 %; *p* < 0,001).

Même si la proportion de personnes réputées comme étant encore vivantes au moment de leur découverte était similaire dans les deux groupes, une plus grande proportion de personnes non identifiées comme étant non logées étaient déjà décédées au moment de leur découverte (31 % contre 23 %). Pour une plus grande proportion de personnes sans logement, il était difficile ou impossible de savoir si elles étaient encore en vie au moment où elles ont été retrouvées.

Substances ayant contribué au décès

Plusieurs substances sont à l'origine de la plupart des décès, mais les décès causés par des substances multiples étaient significativement plus fréquents chez les personnes sans logement que chez celles non identifiées comme étant non logées (79 % contre 70 %; *p* < 0,001). Lorsque la substance (ou les substances) ayant contribué au décès était connue, son origine était moins souvent de nature pharmaceutique (25 % contre 37 %); *p* < 0,001) et elle avait été moins souvent prescrite à la personne

décédée (38 % contre 48 %; *p* < 0,05) chez les personnes sans logement (tableau 3).

Les substances le plus souvent à l'origine des décès par intoxication accidentelle étaient les mêmes quel que soit le statut résidentiel, mais leur degré de contribution était variable (tableau 4). Le fentanyl a contribué le plus souvent au décès des personnes relevant de chaque statut résidentiel, mais il a contribué significativement plus souvent au décès des personnes sans logement que de celles non identifiées comme étant non logées (*p* < 0,001). La cocaïne est responsable d'une proportion similaire de décès chez les personnes de chaque statut résidentiel, mais d'autres stimulants comme la méthamphétamine et l'amphétamine ont contribué à une plus grande proportion de décès chez les personnes sans logement (*p* < 0,001).

Si le fentanyl était plus souvent présent dans les combinaisons de substances ayant le plus fréquemment contribué au décès des personnes pour les deux statuts résidentiels, l'implication des stimulants s'est avérée variable (tableau 5). Chez les personnes sans logement, la méthamphétamine était plus répandue parmi les combinaisons de substances contribuant le plus au décès tandis que chez les personnes non

identifiées comme étant non logées, c'est la cocaïne qui était plus répandue.

Analyse

Les personnes sans logement sont nettement surreprésentées parmi les personnes décédées d'une intoxication aiguë en 2016 et 2017 (8,9 % des personnes décédées étaient non logées comparativement à moins de 1 % de la population générale du Canada). D'après les résultats de notre étude, plusieurs possibilités d'intervention et d'amélioration du soutien accordé aux personnes non logées ou risquant de l'être et aux personnes risquant de mourir d'une intoxication aiguë sont envisageables.

Au moins 7 % des personnes sans logement, soit environ le double de la proportion de personnes non identifiées comme étant non logées, avaient été libérées d'un établissement correctionnel ou autorisés à sortir d'un établissement de soins de santé au cours du mois précédant leur décès. Les séjours dans ces établissements peuvent avoir été liés ou non à la consommation de substances. Le risque de décès par intoxication aiguë est plus élevé après la sortie récente d'un établissement pour de nombreuses raisons. Ainsi, la tolérance d'une personne diminue après une période sans consommation de substances, le séjour

TABLEAU 3
Répartition des antécédents médicaux, des circonstances du décès et des substances ayant contribué au décès des personnes par intoxication aiguë accidentelle, selon le statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Variable	Personnes non logées n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées n (%)	Valeur p ^a
Santé mentale	N = 702	N = 6 180	–
Antécédents relatifs à la santé mentale inconnus	204 (29)	1 374 (22)	< 0,001
Dépression ou symptômes dépressifs	108 (15)	1 581 (26)	< 0,001
Antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances (sauf l'alcool)	135 (19)	1 221 (20)	> 0,05
Antécédents de troubles liés à la consommation d'alcool	57 (8)	564 (9)	> 0,05
Consommation de substances	N = 702	N = 6 180	
Antécédents de consommation de substances (sauf l'alcool)	642 (92)	5 106 (83)	< 0,001
Mention d'une consommation chronique de substances	444 (63)	3 312 (54)	< 0,001
Événements de vie potentiellement traumatisant^b	N = 702	N = 6 180	
Antécédents d'événements de vie potentiellement traumatisants	372 (53)	2 364 (38)	< 0,001
Difficulté avec le ou la partenaire intime (divorce, désaccord)	108 (15)	870 (14)	> 0,05
Problème juridique de nature criminelle (arrestation, prison, contribution devant un tribunal)	231 (33)	960 (16)	< 0,001
Tout événement potentiellement traumatisant survenu au cours des 2 semaines précédant le décès	42 (6)	231 (4)	< 0,05
Sortie d'un établissement au moins 1 mois avant le décès	N = 702	N = 6 180	
Établissement correctionnel ^c	24 (3)	66 (1)	< 0,001
Hôpital	24 (3)	129 (2)	> 0,05
N'importe quel établissement ^d	51 (7)	237 (4)	< 0,001
Lieu de l'intoxication aiguë ayant entraîné le décès	N = 702	N = 6 180	< 0,001
Lieu public extérieur	159 (22)	138 (2)	
Résidence privée ^e	138 (20)	4 572 (74)	
Domicile d'une autre personne	159 (23)	411 (7)	
Refuge	60 (9)	0	
Hôtel ou motel	33 (5)	246 (4)	
Bâtiment public	36 (5)	66 (1)	
Autre ou inconnu	120 (17)	744 (12)	
Localisation spécifique de l'intoxication aiguë ayant entraîné le décès	N = 702	N = 6 180	
À l'extérieur	171 (24)	210 (3)	< 0,001
Véhicule	24 (3)	141 (2)	> 0,05
Dans un lit ou à proximité	147 (21)	1 791 (29)	< 0,001
Lieu du décès	N = 702	N = 6 180	< 0,01
Le même que celui de l'intoxication aiguë	519 (74)	4 764 (77)	
Hôpital ^f	147 (21)	981 (16)	
Autre	39 (6)	435 (7)	
Consommation de substances en présence d'autres personnes avant l'intoxication aiguë	N = 702	N = 6 180	< 0,001
Oui	147 (21)	1 017 (16)	
Oui, alcool seulement	21 (3)	246 (4)	
Non	240 (34)	2 505 (41)	
Inconnu	297 (42)	2 409 (39)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Répartition des antécédents médicaux, des circonstances du décès et des substances ayant contribué au décès des personnes par intoxication aiguë accidentelle, selon le statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Variable	Personnes non logées n (%)	Personnes non identifiées comme étant non logées n (%)	Valeur p ^a
Décès en présence d'un témoin	N = 702	N = 6 180	< 0,001
La personne était vivante au moment de sa découverte	75 (11)	645 (10)	
La personne était décédée au moment de sa découverte	162 (23)	1 905 (31)	
On ne sait pas si la personne était encore vivante au moment de sa découverte	171 (24)	1 293 (21)	
Inconnu	294 (42)	2 337 (38)	
Intervention sur le lieu de l'intoxication aiguë	N = 702	N = 6 180	
Services médicaux d'urgence (SMU)	378 (54)	3 510 (57)	> 0,05
Services d'incendie	138 (20)	876 (14)	< 0,001
Forces de l'ordre	351 (50)	3 180 (51)	> 0,05
Personnel hospitalier	15 (2)	183 (3)	> 0,05
Personnes ayant présenté au moins un symptôme d'intoxication aux opioïdes^g	N = 207	N = 1 620	
La personne a reçu de la naloxone	87 (42)	375 (23)	< 0,001
Naloxone administrée par les SMU	57 (28)	234 (14)	< 0,001
Naloxone administrée par du personnel hospitalier	33 (16)	120 (7)	< 0,001
Naloxone administrée par des passants	18 (9)	45 (3)	< 0,001
Substances multiples ayant contribué au décès	N = 702	N = 6 180	
Oui	558 (79)	4 311 (70)	< 0,001
Types de substances ayant contribué au décès	N = 702	N = 6 180	
Un opioïde a contribué au décès	579 (82)	4 545 (74)	< 0,001
Un stimulant a contribué au décès	477 (68)	3 051 (49)	< 0,001
Un opioïde et un stimulant ont contribué au décès	411 (59)	2 250 (36)	< 0,001
Substance(s) ayant contribué au décès connue(s)	N = 675	N = 5 820	
Origine non pharmaceutique	573 (85)	4 065 (70)	< 0,001
Origine pharmaceutique	168 (25)	2 175 (37)	< 0,001
La substance ayant contribué au décès était d'origine pharmaceutique	N = 168	N = 2 175	
La substance avait été prescrite à la personne décédée	63 (38)	1 038 (48)	< 0,05

Remarque : Les valeurs p du test du khi carré en caractères gras indiquent des différences statistiquement significatives.

^a Lorsque les catégories sont mutuellement exclusives, le test du khi carré compare la répartition entre les catégories pour les personnes non logées et les personnes non identifiées comme étant non logées. Lorsque les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, le test du khi carré compare la présence et l'absence de cette catégorie pour les personnes non logées et les personnes non identifiées comme étant non logées.

^b Comprend les événements identifiés pour au moins 10 % des personnes d'un groupe.

^c Comprend les centres de détention provisoire et les centres pour jeunes délinquants.

^d Comprend les établissements correctionnels, les centres de détention provisoire, les centres pour jeunes délinquants, les hôpitaux, les établissements de santé mentale, les maisons de santé de longue durée (comme les maisons de soins infirmiers), les autres établissements de santé ou les établissements résidentiels supervisés.

^e Une personne en situation d'itinérance peut avoir un logement instable, précaire ou inadéquat²⁶.

^f Comprend uniquement les personnes ayant été transportées d'un autre lieu vers un hôpital. Si l'intoxication aiguë s'est produite à l'hôpital où la personne est décédée, elle sera classée dans la catégorie « même lieu que celui de l'intoxication aiguë ».

^g Comprend les événements identifiés pour au moins 5 % des personnes d'un groupe.

peut interrompre l'accès aux traitements et aux mesures de soutien ou la poursuite de ceux-ci (comme les traitements par agonistes opioïdes) et, selon la durée du séjour, les personnes peuvent éprouver des symptômes de sevrage, entraînant ainsi une consommation à plus haut risque, ou encore les substances accessibles et leur toxicité peuvent avoir changé³⁵⁻³⁷.

Les hôpitaux et les établissements correctionnels pourraient mieux planifier la transition de ces personnes avant leur sortie et mettre en relation celles qui se retrouvent sans logement ou risquant de l'être avec des services de réduction des méfaits fondés sur des données probantes, de traitement, de soins de santé et de logement afin de prévenir les intoxications

aiguës. Les personnes sans logement ont été en forte proportion en contact avec le système de soins de santé en général avant leur décès (par des soins ambulatoires ou hospitaliers), des interactions qui offre des opportunités de les mettre en relation avec les services sociaux et de santé nécessaires.

Si les personnes non logées et décédées d'une intoxication aiguë avaient plus

TABEAU 4
Origine et contribution d'autres substances pour les substances ayant contribué à au moins 10 % des décès accidentels en fonction
du statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Substances ayant contribué à plus de 10 % des décès	Personnes non logées (N = 702)						Personnes non identifiées comme étant non logées (N = 6 180)					
	Rang	Contribution aux décès % (n)	Origine non pharmaceutique % (n)	Origine pharmaceutique % (n)	Origine inconnue % (n)	Contribution avec d'autres substances % (n)	Rang	Contribution aux décès % (n)	Origine non pharmaceutique % (n)	Origine pharmaceutique % (n)	Origine inconnue % (n)	Contribution avec d'autres substances % (n)
Fentanyl ^a	1	60 (423)	51 (216)	1 (6)	48 (201)	89 (375)	1	47 (2 895)	46 (1 329)	4 (108)	50 (1 461)	81 (2 343)
Méthamphétamine ^a	2	48 (336)	100 (336)	s.o.	s.o.	96 (321)	4	19 (1 179)	100 (1 179)	s.o.	s.o.	90 (1 056)
Cocaïne	3	32 (225)	100 (225)	s.o.	s.o.	92 (207)	2	36 (2 196)	100 (2 196)	s.o.	s.o.	84 (1 848)
Amphétamine ^{a,*}	4	26 (183)	16 (30)	0	84 (153)	100 (183)	6	11 (684)	19 (129)	1 (9)	79 (543)	100 (684)
Éthanol (alcool)	5	21 (150)	s.o.	s.o.	s.o.	94 (141)	3	22 (1 347)	s.o.	s.o.	s.o.	86 (1 158)
Morphine ^a	6	15 (105)	17 (18)	6 (6)	14 (15)	97 (102)	5	14 (855)	16 (138)	13 (111)	71 (606)	94 (804)
Diacétylmorphine (héroïne) ^a	6	15 (105)	100 (105)	s.o.	s.o.	94 (99)	7	10 (597)	100 (597)	s.o.	s.o.	97 (579)

Abréviation : s.o., sans objet

^a L'amphétamine est un métabolite de la méthamphétamine et la morphine est un métabolite de la diacétylmorphine (héroïne). Leur présence dans les résultats toxicologiques indique soit qu'ils ont été consommés soit que leur substance-mère a été consommée.

* Différence significative selon le statut résidentiel, test du khi carré, $p < 0,05$.

TABLEAU 5
Substances exclusives et combinaisons de substances^a ayant contribué à la plupart des décès accidentels par intoxication aiguë en fonction du statut résidentiel au moment du décès, Canada, 2016-2017 (N = 7 902)

Personnes non logées (N = 702)			Substances et combinaisons de substances les plus courantes ^b	Personnes non identifiées comme étant non logées (N = 6 180)		
%	n	Rang		Rang	n	%
8	54	1	Fentanyl, méthamphétamine et amphétamine	6	144	2
7	48	2	Fentanyl	1	552	9
5	33	3	Fentanyl et cocaïne	2	354	6
3	24	4	Fentanyl et méthamphétamine	15	63	1
3	18	5	Cocaïne	3	345	6
3	18	5	Fentanyl, méthamphétamine , cocaïne et amphétamine	15	63	1
2	15	7	Méthamphétamine	8	120	2
2	15	7	Méthamphétamine et carfentanil	>17	21	0
2	15	7	Aucun renseignement toxicologique disponible	12	78	1
2	15	7	Polytoxicité	4	282	5
2	15	7	Fentanyl, méthamphétamine , amphétamine , morphine et diacétylmorphine (héroïne)	>17	27	0
2	12	12	Fentanyl et éthanol (alcool)	7	135	2
2	12	12	Méthamphétamine et amphétamine	17	57	1
2	12	12	Éthanol (alcool)	5	186	3
2	12	12	Fentanyl, méthamphétamine et diacétylmorphine (héroïne)	>17	24	0
2	12	12	Méthadone	9	117	2
2	12	12	Fentanyl, cocaïne et éthanol (alcool)	13	72	1

Remarques : L'amphétamine et la morphine sont des métabolites actifs de respectivement la méthamphétamine et la diacétylmorphine (héroïne). Leur présence dans les résultats toxicologiques est due soit à leur consommation, soit à la consommation de la substance-mère. Cette source de données ne permet pas de déterminer si ces substances ont été consommées intentionnellement ou non. Les effectifs sont arrondis aléatoirement à la base 3 et les valeurs inférieures à 10 ont été supprimées. Les proportions sont fondées sur les nombres arrondis.

^a Substances exclusives ou combinaisons de substances ayant contribué à au moins 10 décès de personnes non logées.

^b Opioides : carfentanil, diacétylmorphine (héroïne), fentanyl, morphine, méthadone. **Stimulants :** **amphétamine**, **cocaïne**, **méthamphétamine**.

souvent des antécédents connus de consommation de substances, leurs antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances et de problèmes de santé mentale étaient similaires à ceux des personnes non identifiées comme étant non logées. Cette constatation peut s'expliquer par l'absence d'antécédents confirmés pour les personnes non logées en raison d'un accès limité aux services de santé ou à une moindre accessibilité de l'information au cours des enquêtes sur les décès. Parmi les personnes décédées, une personne sur deux sans logement avait des antécédents confirmés d'au moins un événement potentiellement traumatisant survenu au cours de sa vie, une proportion beaucoup plus élevée que celle des personnes non identifiées comme étant non logées. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de mettre en place des services accessibles, inclusifs et tenant compte des traumatismes, conformes aux directives cliniques canadiennes, à l'intention des personnes sans logement qui vivent des situations médicales et sociales complexes³⁸.

Chez les personnes non identifiées comme étant non logées, l'intoxication aiguë a eu lieu dans une résidence privée dans trois cas sur quatre. Parmi les personnes sans logement, un quart des intoxications aiguës ont eu lieu à l'extérieur. La consommation de substances en extérieur peut accroître les chances qu'un témoin constate une situation d'urgence médicale. En revanche, elle peut aussi donner lieu à des pratiques visant à dissimuler la consommation (consommation précipitée ou en grandes quantités) pour éviter les rencontres avec les autorités policières et les accusations de possession de drogues. En outre, la consommation en extérieur ou dans des lieux publics est associée à un risque accru d'être victime d'intoxication aiguë^{25,26,39}.

Même si les personnes relevant des deux statuts résidentiels étaient plus souvent seules lors de la consommation de substances avant l'intoxication aiguë, la probabilité était plus forte pour les personnes sans logement d'avoir consommé des substances en présence d'autrui, ce qui offre

une possibilité d'intervention plus élevée. Les programmes de réduction des méfaits, les services de logement et les politiques d'application de la loi pourraient promouvoir des milieux plus sûrs d'hébergement et de consommation de substances, où l'assistance médicale et la naloxone seraient plus facilement accessibles. L'amélioration de l'intégration des services et de la disponibilité en services complets dans le cadre des ressources de soutien existantes (refuges/services de logement, programmes de traitement et de réduction des méfaits) permet également de réduire les méfaits et d'améliorer la situation des personnes sans logement, qui peuvent avoir des besoins complexes et interdépendants en matière de santé et de services sociaux.

Le profil des substances en cause dans les décès diffère selon le statut résidentiel. Les stimulants et les opioïdes sont des drogues de rue accessibles et la consommation de ces substances pour composer avec les traumatismes et les facteurs de stress situationnels a déjà été étudiée^{40,41}.

La consommation de stimulants comme les méthamphétamines peut aider les personnes à rester éveillées et alertes lorsqu'elles sont sans abri et qu'elles ne sont pas en sécurité^{42,43}. La demi-vie plus longue de plusieurs heures et le prix généralement plus bas expliquent sans doute pourquoi les méthamphétamines plutôt que la cocaïne ont plus souvent contribué au décès des personnes en situation d'itinérance et pourquoi la cocaïne a plus souvent contribué au décès des personnes ayant un logement⁴⁴. Il semble que l'utilisation simultanée d'opioïdes et de stimulants permet de calmer une personne après la consommation d'un stimulant, d'atténuer les symptômes de sevrage ou la paranoïa provoquée par un stimulant, d'éviter la somnolence lors de l'utilisation d'un opioïde, de créer une vague de stimulations et de sédations successives ou d'équilibrer les effets de chaque substance⁴⁵. Par ailleurs, la présence de ces deux substances peut également être involontaire et résulter d'une contamination. Consulter les personnes non logées ou risquant de l'être au sujet des substances qu'elles consomment et de leurs habitudes de consommation permettrait d'orienter la prestation de services de promotion de la santé et de réduction des méfaits, notamment en offrant des options d'approvisionnement plus sûres. Le fait de connaître les substances qui causent des préjudices peut aussi aider à adapter la formation des premiers intervenants et des passants qui interviennent en cas d'intoxication aiguë.

Points forts et limites

Les données des estimations nationales et de l'étude d'examen des dossiers concernant les personnes non logées reposent sur des dénombrements ponctuels (pour les estimations nationales, il s'agit du jour du dénombrement; pour l'étude d'examen des dossiers, il s'agit du jour du décès). Elles n'incluent pas toutes les personnes sans logement dans une collectivité au cours d'une période donnée. Souvent, les gens entrent dans le cycle de l'itinérance et en sortent, et ceux qui sont temporairement hébergés par des amis ou de la famille sont moins susceptibles d'être comptabilisés lors du dénombrement^{46,47}. Les personnes qui vivent dans l'insécurité sur le plan du logement ou qui courent un risque immédiat d'être sans logement sont également moins susceptibles d'être recensées.

L'objectif des enquêtes sur les décès est d'établir la cause et le mode du décès et, dans certains cas, de formuler des recommandations pour prévenir de futurs décès de même nature. Par conséquent, les coroners et les médecins légistes ne s'intéressent pas nécessairement aux variables sélectionnées pour notre étude. Les protocoles d'enquête sur les décès, les méthodes de collecte de données et l'accessibilité de certaines variables sont variables à l'échelle du Canada. Par exemple, la définition binaire du sexe s'est révélée toujours disponible, mais l'identité de genre l'a rarement été. En outre, les enquêtes sur les décès de personnes non logées contiennent généralement moins d'information parce qu'il peut être difficile de rencontrer des témoins, des amis, des membres de la famille ou des fournisseurs de services qui peuvent parler de leur histoire. Dans les dossiers d'enquête sur les décès, il n'est pas toujours évident de savoir si une personne vivait avec un ami ou un membre de la famille du fait d'une insécurité en matière de logement. L'itinérance, les antécédents de consommation de substances, les symptômes et les problèmes de santé mentale et les expériences potentiellement traumatisantes sont tous des éléments probablement sous-déclarés dans l'étude de l'examen des dossiers. Les données fournissent donc les proportions minimales de personnes ayant vécu ces expériences. Il est possible que les différences entre les personnes non logées au moment de leur décès et celles non identifiées comme étant non logées soient sous-estimées en raison d'erreurs de classification des personnes si l'enquête n'a pas permis d'obtenir l'information nécessaire.

Conclusion

Cette étude présente plusieurs possibilités de réduire le nombre de décès accidentels par intoxication aiguë parmi les personnes non logées, notamment lors des contacts avec les services de santé et par un renforcement de la planification de la transition avant la sortie d'un établissement, en tenant compte de la nécessité de mettre en place des services accessibles, inclusifs et adaptés aux traumatismes, en améliorant l'intégration des services aux ressources de soutien existantes, en créant des milieux plus sûrs d'hébergement et de consommation de substances et en adaptant les services de promotion de la santé et de réduction des méfaits à leurs besoins particuliers.

Depuis la période visée par l'étude, la pandémie de COVID-19 a contribué à une augmentation du nombre de personnes sans logement et à la multiplication des obstacles à l'accès aux services qui leur sont destinés⁴⁸. Des recherches sur les liens actuels entre le statut résidentiel et les méfaits liés aux substances ainsi que l'intégration de la participation de personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète d'itinérance seraient très utiles pour faire avancer les politiques et les programmes visant à prévenir d'autres décès accidentels dus à une intoxication aiguë.

Remerciements

Nous tenons à remercier nos collaborateurs des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef de l'ensemble du Canada, qui nous ont donné accès à leurs dossiers d'enquête sur les décès. Nous remercions également nos co-chercheurs pour leur contribution à l'élaboration de l'étude nationale d'examen des dossiers sur les décès attribuables à une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance : Matthew Bowes, Songul Bozat-Emre, Jessica Halverson, Dirk Huyer, Graham Jones, Jennifer Leason, Regan Murray, Erin Rees, Jenny Rotondo et Emily Schleihauf.

Financement

Cette étude a reçu le soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contribution des auteurs et avis

AV : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, supervision, administration du projet, curation des données, analyse formelle, recherche.

BA : méthodologie, conception, relectures et révisions.

RA : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, curation des données, analyse formelle, recherche.

AE : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit,

relectures et révisions, curation des données, analyse formelle.

BJ : méthodologie, conception, relectures et révisions.

TK : méthodologie, conception, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions, curation des données, analyse formelle, recherche.

FK : méthodologie, conception, relectures et révisions.

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

Références

1. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2023 [consultation le 23 juillet 2023]. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
2. Milaney K, Passi J, Zaretsky L, Liu T, O'Gorman CM, Hill L, et al. Drug use, homelessness and health: responding to the opioid overdose crisis with housing and harm reduction services. *Harm Red J.* 2021;18(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00539-8>
3. British Columbia Ministry of Public Safety and Solicitor General. Illicit drug overdose deaths in BC: findings of coroners' investigations. Victoria (BC): the Ministry; 2018. En ligne à : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicitdrugoverdosedeadsinbc-findingsofcoronersinvestigations-final.pdf>
4. Gomes T, Murray R, Kolla G, Leece P, Bansal S, Besharah J, Cahill T, et al.; Ontario Drug Policy Research Network; Office of the Chief Coroner for Ontario; Public Health Ontario. Changing circumstance surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic. *Toronto (Ont.) : Ontario Drug Policy Research Network; 2021.* En ligne à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf?sc_lang=en
5. Alberta Health. Opioid-related deaths in Alberta in 2017: review of medical examiner data. Edmonton (AB): Government of Alberta; 2019 [consultation le 14 avril 2022]. En ligne à : <https://open.alberta.ca/dataset/f9912915-bd4f-4b57-93bf-2a963cb99038/resource/a2857fb6-6663-491c-b9df-686e348bb456/download/070519-me-chart-review-final.pdf>
6. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. L'état de l'itinérance au Canada 2016. Toronto (Ont.) : Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016. En ligne à : <https://www.rondpointdelitinérance.ca/sites/default/files/attachments-fr/SOHC16FR.pdf>
7. McDermott S, Harding A, Randle J. Série de documents de recherche – Revenu : Les caractéristiques des résidents des refuges [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 15 avril 2019 [consultation le 14 avril 2022] [n° au catalogue : 75F0002M]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/75f0002m2019004-fra.htm>
8. Thistle J. Définition de l'itinérance chez les Autochtones au Canada. Toronto (Ont.) : Presse de l'Observatoire canadien sur l'itinérance; 2017. En ligne à : <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments-fr/INDS-Definition-FR-19-09-18-DO.pdf>
9. Kidd SA, Evans JD. Home is where you draw strength and rest: the meanings of home for houseless young people. *Youth & Society.* 2011;43(2):752-773. <https://doi.org/10.1177/0044118X10374018>
10. Parsell C. Home is where the house is: the meaning of home for people sleeping rough. *Hous Stud.* 2012; 27(2):159-173. <https://doi.org/10.1080/02673037.2012.632621>
11. Tomas A, Dittmar H. The experience of homeless women: An exploration of housing histories and the meaning of home. *Hous Stud.* 1995;10(4):493-515. <https://doi.org/10.1080/02673039508720834>
12. Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, Farrell S, Gogosis E, Aubry T, et al. Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. *PLoS one.* 2013;8(10):e75133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075133>
13. Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2012 [modification le 8 avril 2014]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie/statistiques-consommation-drogues-alcool/enquete-surveillance-canadienne-consommation-alcool-drogues-sommaire-resultats-2012.html>
14. DeLuca S, Rosen E. Housing insecurity among the poor today. *Ann Rev Soc.* 2022;48:343-371. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-090921-040646>
15. Quayum S, Hunter P, Rivier J, Cooper I, Baker N; Infrastructure Canada. Rapport sur la toxicomanie, consommation de substances et itinérance [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [modification le 21 avril 2022; consultation le 23 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/addiction-toxicomanie-fra.html>
16. McNaughton CC. Transitions through homelessness, substance use, and the effect of material marginalization and psychological trauma. *Drugs Educ Prev Policy.* 2008;15(2):177-188. <https://doi.org/10.1080/09687630701377587>
17. Webster LR. Risk factors for opioid-use disorder and overdose. *Anesth Analg.* 2017;125(5):1741-8. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002496>
18. Shelton KH, Taylor PJ, Bonner A, van den Bree M. Risk factors for homelessness: evidence from a population-based study. *Psychiatr Serv.* 2009;60(4):465-472. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.4.465>

19. Ibabe I, Stein JA, Nyamathi A, Bentler PM. Predictors of substance abuse treatment participation among homeless adults. *J Subst Abuse Treat*. 2014; 46(3):374-381. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.008>
20. Hunter P. Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance – Faits saillants – Dénombrement ponctuel coordonné de l'itinérance dans les collectivités canadiennes. Ottawa (Ont.) : Emploi et Développement social Canada; 2016. En ligne à : <https://publications.gc.ca/site/fr/9.827550/publication.html>
21. Didenko E, Pankratz N. Substance use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life. *Visions*. 2007; 4(1):9-10.
22. McVicar D, Moschion J, van Ours JC. From substance use to homelessness or vice versa? *Soc Sci Med*. 2015;136:7:89-98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.005>
23. Agence de la santé publique du Canada. Les intoxications liées à la consommation de substances et l'itinérance au Canada : une analyse descriptive des données d'hospitalisation. Ottawa (Ont.) : ASPC; [modification le 23 juin 2021; consultation le 14 avril 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/hospitalisations-intoxications-liees-substances-personnes-situation-itinerance.html>
24. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: a systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(1):1-11. <https://doi.org/10.1111/hsc.12857>
25. Small W, Kerr T, Charette J, Schechter MT, Spittal PM. Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation. *Int J Drug Policy*. 2006; 17(2):85-95. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.12.005>
26. Ti L, Wood E, Shannon K, Feng C, Kerr T. Police confrontations among street-involved youth in a Canadian setting. *Int J Drug Policy*. 2013;24(1): 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.008>
27. Adams L. In the public eye: addressing the negative impact of laws regulating public space on people experiencing homelessness. Canberra (AU): The Winston Churchill Memorial Trust of Australia; 2014.
28. World Health Organization. Preventing overdose deaths in the criminal-justice system. Copenhagen (DK): WHO; 2014. En ligne à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326483/9789289042048-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Thompson T, Rotondo J, Enns A, Leason J, Halverson J, Huyer D, et al. Exploration des facteurs de risque contextuels et des caractéristiques des personnes décédées des effets toxiques aigus d'opioïdes et d'autres substances illégales : prise en compte de l'avis des coroners et des médecins légistes. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(2):55-66. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.2.01f>
30. Rotondo J, VanSteelandt A, Kouyoumdjian F, Bowes MJ, Kakkar T, Jones G, et al. Substance-related acute toxicity deaths in Canada from 2016 to 2017: protocol for a retrospective chart review study of coroner and medical examiner files. *JMIR Public Health Surveill*. 2024;49981. <https://doi.org/10.2196/49981>
31. Gaetz S, Barr C, Friesen A, Harris B, Hill C, Kovacs-Burns K, et al. Définition canadienne de l'itinérance. Toronto (Ont.) : Canadian Observatory on Homelessness Press; 2017. En ligne à : <https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf>
32. Krassowski M, Arts M, Lager C, Max. *krassowski/complex-upset: v1.3.5* [software]. Geneva (CH): Zenodo; 2020. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3700590>
33. Statistique Canada. Profil du recensement, 2016. Profils d'une communauté ou d'une région : 98-316-X2016001 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 29 novembre 2017 [consultation le 21 avril 2022] [n° 98-316-X2016001]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/98-316-X2016001>
34. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [software]. Vienna (AT): R Foundation for Statistical Computing; 2021. En ligne à : <https://www.R-project.org/>
35. Joudrey PJ, Khan MR, Wang EA, Scheidell JD, Edelman EJ, McInnes DK, et al. A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addict Sci Clin Pract*. 2019;14(1):17. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0145-5>
36. Kinner SA, Gan W, Slaunwhite A. Fatal overdoses after release from prison in British Columbia: a retrospective data linkage study. *CMAJ Open*. 2021;9(3):E907-914. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200243>
37. Merrall EL, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, et al. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*. 2010;105(9):1545-1554. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x>
38. Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G, et al. Lignes directrices de pratique clinique pour les personnes sans-abri, logées précairement, ou ayant connu l'itinérance. *CMAJ*. 2020;192(41):E1225-1241. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190777-f>
39. Wallace B, Kennedy MC, Kerr T, Pauly B. Factors associated with non-fatal overdose during a public health emergency. *Subst Use Misuse*. 2019; 54(1):39-45. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1491051>
40. Gonzales R, Anglin MD, Beattie R, Ong CA, Glik DC. Understanding recovery barriers: youth perceptions about substance use relapse. *Am J Health Behav*. 2012;36(5):602-614. <https://doi.org/10.5993/AJHB.36.5.3>
41. Goldman-Hasbun J, Nosova E, Kerr T, Wood E, DeBeck K. Homelessness and incarceration associated with relapse into stimulant and opioid use among youth who are street-involved in Vancouver, Canada. *Drug Alcohol Rev*. 2019;38(4):428-434. <https://doi.org/10.1111/dar.12921>

-
42. Al-Tayyib A, Koester S, Langegger S, Raville L. Heroin and methamphetamine injection: an emerging drug use pattern. *Subst Use Misuse*. 2017;52(8): 1051-1058. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1271432>
 43. Papamihali K, Collins D, Karamouzian M, Purssell R, Graham B, Buxton J. Crystal methamphetamine use in British Columbia, Canada: A cross-sectional study of people who access harm reduction services. *PloS One*. 2021; 16(5):e0252090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252090>
 44. Washton A. Clinical aspects of cocaine and methamphetamine dependence. Dans : Brizer D, Castaneda R (dir.), *Clinical addiction psychiatry*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2010. p. 137-146. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511782107.016>
 45. Boileau-Falardeau M, Contreras G, Gariépy G, Laprise C. Tendances et motivations associées à la polyconsommation de substances : une revue rapide des données qualitatives. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022; 42(2):53-66. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01f>
 46. Echenberg H, Munn-Rivard L. L'itinérance au Canada : définitions et recensements. Ottawa (Ont.) : Bibliothèque du Parlement; 2020. [n° 2020-41-F].
 47. Rodrigue S. L'itinérance cachée au Canada. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2016. [n° 75-006-X]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2016001/article/14678-fra.htm>
 48. Quayum S, Love C, Chen L; Infrastructure Canada. Tout le monde compte 2020-2022 : Rapport préliminaire sur les faits saillants [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; [modification le 28 avril 2023; consultation le 4 juillet 2023]. En ligne à : <https://www.infrastructure.gc.ca/homelessness-sans-abri/reports-rapports/pit-counts-dp-2020-2022-highlights-fra.html>

Aperçu

Comparaison des caractéristiques des décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë due à une substance au Canada aux différents stades de la vie, 2016-2017

Grace Yi-Shin Chang, M.S.P. (1); Jingru Helen Ha, M.S.P. (1); Jacqueline Burt, M.S.P. (2); Fiona Kouyoumdjian, M.D., M.S.P., Ph. D. (3); Katherine McKenzie, M. Sc. (4); Shane Randell, M. Sc. (5); Amanda VanSteeleandt, Ph. D. (1)

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

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

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

Résumé

La crise des intoxications aiguës (parfois appelées « surdoses » ou « empoisonnements ») touche la population canadienne à toutes les étapes de vie, que ce soit les jeunes, les adultes ou les aînés. Les risques biologiques et l'exposition aux substances changent avec l'âge. Cette analyse, fondée sur une étude nationale portant sur l'examen des dossiers des coroners et des médecins légistes sur les décès attribuables à une intoxication aiguë en 2016 et 2017, compare le fardeau des décès et les circonstances du décès, le lieu de l'intoxication aiguë et du décès, les antécédents en matière de santé et les substances qui contribuent au décès des personnes, selon le sexe et le stade de la vie.

Mots-clés : consommation de substances, décès attribuables à une intoxication aiguë, jeunes, adultes, aînés, Canada

Introduction

La crise des intoxications aiguës (parfois appelées « surdoses » ou « empoisonnements ») touche la population canadienne de tous les milieux et de tous les âges : enfants, jeunes, adultes et aînés en décèdent. À l'échelle de la population, les risques biologiques liés à la consommation de substances changent avec l'âge : le cerveau n'est pas entièrement développé avant le milieu de la vingtaine¹ puis, avec le temps, les maladies et problèmes de santé divers risquent de s'accumuler² et enfin le métabolisme et la capacité de l'organisme à transformer les substances ralentissent avec l'âge³. Le type d'exposition aux substances évolue également avec l'âge : les premières expositions à des substances

non médicales surviennent souvent chez les jeunes⁴, la pression des pairs incitant à consommer des substances non médicales change ensuite avec le temps⁴ puis on est davantage susceptible de prendre plusieurs médicaments d'ordonnance plus tard dans la vie⁵.

Dans cette analyse, nous avons comparé les caractéristiques des décès attribuables à une intoxication aiguë à différents stades de la vie : chez les jeunes, chez les adultes et chez les aînés. Cette analyse fournit une base de référence importante correspondant au début de la crise des intoxications aiguës qui permettra d'en mesurer l'évolution. Elle vise à faire le pont entre les rapports approfondis déjà publiés sur



Points saillants

- Cette analyse présente les différences clés des caractéristiques des décès attribuables à une intoxication aiguë par sexe et stade de la vie, et propose des interventions possibles pour chaque groupe.
- Dans toutes les catégories démographiques, plusieurs personnes étaient seules au moment de consommer des substances avant l'intoxication aiguë, et plusieurs d'entre elles étaient seules au moment du décès. Les jeunes, et en particulier les jeunes femmes, sont décédées le plus souvent dans des circonstances où quelqu'un aurait pu être disponible pour aider en appelant le 911 ou en administrant les premiers soins et la naloxone.

Suite des points saillants à la page suivante

Rattachement des auteurs :

1. Division des méfaits liés aux substances, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Bureau de la recherche et de la surveillance des drogues, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. Ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
4. Division des maladies et affections chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
5. Centre des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Amanda VanSteeleandt, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1S 5H4; tél. : 613-294-5944; courriel : amanda.vansteelandt@phac-aspc.gc.ca

- Parmi les personnes qui étaient en contact avec le système de santé avant leur décès, environ le quart (24 % à 28 %) des adultes et des aînés ont sollicité de l'aide pour des raisons liées à la douleur. Les jeunes ont plus souvent sollicité de l'aide pour une intoxication aiguë non mortelle (13 % à 14 %) ou pour des raisons liées à la santé mentale (en particulier les jeunes femmes, 21 %) que les personnes à d'autres stades de la vie.
- La polyconsommation de substances était en cause pour la plupart des décès, et les substances pharmaceutiques et non pharmaceutiques étaient toutes deux des causes courantes de décès pour tous les stades de la vie et les sexes. Il existe des différences démographiques en lien avec les substances spécifiques ayant contribué aux décès.

les jeunes⁶ et les aînés⁷ et à comparer les stades de vie de manière globale plutôt que selon les tranches d'âge de 5 ou de 10 ans utilisés dans d'autres rapports portant sur le même ensemble de données^{8,9}.

Méthodologie

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé publique du Canada (REB 2018-027P), le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université du Manitoba (HS22710) et le Comité d'éthique de la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador (20200153) ont examiné et approuvé cette étude.

Dans cette recherche, les stades de la vie sont définis de la façon suivante : jeunes (de 12 à 24 ans), adultes (de 25 à 59 ans) et aînés (60 ans ou plus). Les substances étudiées sont l'alcool, les médicaments, les drogues non pharmaceutiques et les substances chimiques non approuvées pour la consommation humaine (drogues « de rue », inhalants non pharmaceutiques, produits chimiques industriels ou ménagers ou médicaments vétérinaires). En nous fondant sur une étude rétrospective nationale des données provenant des dossiers des coroners et des médecins légistes sur tous les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance survenus entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017^{8,10}, nous avons calculé

le fardeau des décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance et nous avons déterminé les caractéristiques des personnes décédées, selon leur sexe et leur stade de vie. Le tableau 1 présente les variables utilisées dans l'analyse et leur description.

Le fardeau a été déterminé à partir du nombre de décès, du taux de mortalité et du taux proportionnel de mortalité attribuables à une intoxication aiguë accidentelle liée à une substance. Dans le calcul des taux de mortalité, les chiffres du Recensement de la population de 2016¹¹ ont été utilisés comme dénominateur. Pour calculer les taux proportionnels de mortalité attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance, nous avons utilisé comme dénominateur les données de Statistique Canada sur le nombre de décès accidentels toutes causes confondues par groupe démographique. Nous avons inclus les décès toutes causes confondues correspondant aux codes de la CIM-10 suivants : V01-V99 (accidents de transport), W00-X59 (autres causes externes de lésion traumatique accidentelle), Y85 (séquelles d'un accident de transport) et Y86 (séquelles d'autres accidents).

Nous avons également analysé les circonstances du décès, le lieu de l'intoxication aiguë et du décès, les antécédents en matière de santé et les substances ayant contribué au décès par intoxication aiguë accidentelle, selon le sexe à la naissance et selon le stade de la vie, en utilisant les variables décrites dans le tableau 1. Nous avons calculé les proportions de chaque groupe présentant une caractéristique donnée et nous avons effectué des tests du khi carré de Pearson pour évaluer les différences statistiques entre les stades de la vie et entre les sexes ($p < 0,05$). Comme l'information sur les variables d'intérêt n'est pas toujours inscrite dans les dossiers d'enquête sur le décès, nos résultats ne fournissent qu'une proportion minimale des personnes présentant une caractéristique donnée.

Pour protéger la vie privée, tous les effectifs ont été arrondis aléatoirement à un multiple de trois (c.-à-d. que les valeurs avaient des chances différentes d'être arrondies au multiple de trois le plus proche) et les effectifs inférieurs à dix ont été supprimés¹⁰. Les totaux des tableaux ayant aussi été arrondis indépendamment à un multiple de trois, la somme des valeurs n'est

pas toujours égale au total. Ce sont les chiffres arrondis qui ont été utilisés pour le calcul des proportions et des taux de mortalité.

Résultats

Chacun des groupes démographiques a été touché différemment par la crise des intoxications aiguës. L'intoxication aiguë est à l'origine de 41 % à 60 % de l'ensemble des décès accidentels chez les jeunes et les adultes (tableau 2). Le taux de décès attribuable à une intoxication aiguë accidentelle s'est révélé beaucoup plus élevé chez les hommes adultes (30 décès pour 100 000 personnes) que chez les autres groupes démographiques (2,8 à 9,5 décès pour 100 000 personnes). Pour les personnes décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, les contacts avec le système de santé, les circonstances du décès et les substances ayant contribué au décès étaient variables selon le stade de la vie et le sexe.

Circonstances des décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë

- Les aînés consommaient moins souvent des substances en présence d'autres personnes avant leur décès que les autres groupes d'âge (12 % à 14 % contre 16 % à 28 %).
- Les aînés étaient également plus souvent déjà décédés lorsqu'ils ont été découverts que les jeunes et les adultes (38 % à 39 % contre 19 % à 29 %).
- De nombreuses personnes ont été trouvées dans un lit ou à proximité (24 % à 39 %), ce qui a pu faire en sorte que l'intoxication aiguë ait été interprétée à tort comme du sommeil. Les femmes ont plus souvent été découvertes dans un lit ou à proximité.
- Parmi les personnes dont le rapport indiquait qu'elles présentaient des signes d'intoxication aux opioïdes avant leur décès, la naloxone a été moins souvent administrée aux aînés (nombres et pourcentages supprimés en raison du petit nombre de cas).
- Pour tous les stades de la vie, l'endroit où l'intoxication aiguë entraînant le décès a eu lieu le plus fréquemment était le domicile de la personne (59 % à 87 %). Parmi les personnes dont l'intoxication aiguë a eu lieu au domicile,

TABEAU 1
Variables utilisées pour décrire le fardeau des décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance et les caractéristiques des personnes décédées, selon le sexe et le stade de vie, Canada, 2016-2017

Variable	Description
Fardeau	
Nombre de décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë	Dénombrement des décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance.
Taux de mortalité attribuable à une intoxication aiguë accidentelle pour 100 000 personnes	Nombre de décès par tranche de 100 000 personnes dans la population analysée. Permet d'ajuster pour les différences dans le nombre de personnes que comprend chaque catégorie démographique.
Taux proportionnel de mortalité attribuable à une intoxication aiguë accidentelle	Proportion des décès accidentels toutes causes confondues qui sont dus à une intoxication aiguë accidentelle.
Circonstances du décès	
Consommait des substances en présence d'autrui	Indique que la personne décédée a consommé des substances en présence d'autrui avant l'intoxication aiguë mortelle, c'est-à-dire que quelqu'un a été témoin de la consommation de substances.
Décédé(e) à sa découverte	Il n'y avait aucun témoin connu présent lors de l'intoxication aiguë mortelle et aucune intervention n'a été possible lorsque la personne décédée a été découverte.
Trouvé(e) dans un lit ou à proximité	La personne décédée se trouvait à un endroit ou près d'un endroit où on aurait pu croire qu'elle dormait. L'impression selon laquelle la personne était endormie (et non inconsciente) a pu retarder l'intervention.
Présentait des signes d'intoxication aux opioïdes	Un témoin ou un premier intervenant témoin de l'intoxication aiguë mortelle a observé un ou plusieurs signes d'intoxication aux opioïdes, par exemple ronflements ou gargouillements, difficultés respiratoires, micropupilles, état d'inconscience ou absence de réaction, et lèvres ou ongles bleus. Comme les témoins et les premiers intervenants n'ont pas un accès immédiat aux renseignements toxicologiques, ils se fondent sur des toxidromes, c'est-à-dire les symptômes d'une intoxication, pour déterminer la (ou les) substance(s) responsable(s) de l'intoxication aiguë et la façon d'intervenir.
Administration de naloxone	Nombre et proportion de personnes présentant des signes d'intoxication aux opioïdes qui ont reçu de la naloxone, un antidote contre l'intoxication aux opioïdes. La naloxone peut avoir été administrée par des témoins, par les services médicaux d'urgence, par la police, par les pompiers, par le personnel hospitalier ou par d'autres personnes.
Lieu de l'intoxication aiguë	Indique si l'intoxication aiguë mortelle s'est produite au domicile de la personne décédée, au domicile d'une autre personne ou ailleurs.
Vivait seul(e)	Nombre de personnes qui vivaient seules parmi les personnes dont l'intoxication aiguë mortelle s'est produite à leur domicile. Ces personnes étaient sans doute moins susceptibles d'avoir quelqu'un à proximité pour intervenir.
Lieu du décès	Indique si la personne a été transportée du lieu de l'intoxication aiguë vers un hôpital ou ailleurs avant son décès ou bien si elle est décédée là où l'intoxication aiguë a eu lieu.
Antécédents en matière de santé^a	
Antécédents de consommation de substances (autres que l'alcool)	Le dossier d'enquête sur le décès comprend des renseignements selon lesquels la personne avait des antécédents de consommation de substances en dehors de la consommation d'alcool et de la consommation de médicaments prescrits.
Antécédents de trouble lié à la consommation de substances (autres que l'alcool)	Le dossier d'enquête sur le décès indique explicitement que la personne souffrait d'un trouble lié à la consommation de substances.
Antécédents de trouble lié à la consommation d'alcool	Le dossier d'enquête sur le décès indique explicitement que la personne souffrait d'un trouble lié à la consommation d'alcool.
Antécédents de consommation chronique (quotidienne) de substances	Le dossier d'enquête sur le décès indique que la personne consommait des substances de façon chronique (c.-à-d. quotidiennement).
Antécédents à vie d'une intoxication aiguë non mortelle	Le dossier d'enquête sur le décès fait état d'une intoxication aiguë (surdose) non mortelle dans le passé.
Antécédents de dépression ou de symptômes dépressifs	Le dossier d'enquête sur le décès contient des renseignements selon lesquels la personne souffrait d'un trouble dépressif ou de symptômes de dépression.
Antécédents de trouble d'anxiété	Le dossier d'enquête sur le décès contient des renseignements selon lesquels la personne souffrait d'un trouble d'anxiété.
Contact avec le système de santé au cours de l'année précédant le décès	La personne a consulté les services de soins de santé au cours de l'année précédant son décès, qu'il s'agisse de services ambulatoires ou hospitaliers.
A demandé de l'aide pour...	Pour les personnes qui ont été en contact avec le système de soins de santé dans l'année précédant leur décès, le dossier d'enquête sur le décès indique la raison précise pour laquelle la personne a cherché à obtenir des soins de santé (douleur, intoxication aiguë non mortelle, consommation de substances ou dépendance, problèmes de santé mentale, etc.).

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Variables utilisées pour décrire le fardeau des décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance et les caractéristiques des personnes décédées, selon le sexe et le stade de vie, Canada, 2016-2017

Variable	Description
Substances ayant contribué au décès	
Origine des substances ayant contribué au décès	<p>L'origine des substances est classée selon les catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> substances non pharmaceutiques (drogues « de rue » et substances non destinées à un usage humain, telles que produits chimiques industriels ou ménagers ou médicaments à usage vétérinaire); médicaments (substances à usage humain produites par un fabricant pharmaceutique réglementé); éthanol (provenant de l'industrie des boissons alcoolisées ou d'alcool fait maison et n'entrant pas dans les autres catégories d'origine); origine inconnue (données insuffisantes pour déterminer l'origine de la substance). <p>Une substance peut avoir plusieurs origines.</p> <p>Il n'y a pas de données sur les décès dus uniquement à des médicaments prescrits ou à l'alcool pour la Colombie-Britannique.</p>
Au moins un médicament avait été prescrit	Nombre de personnes à qui au moins un médicament avait été prescrit parmi les personnes pour lesquelles au moins un médicament a contribué au décès.
Substances contribuant le plus souvent au décès	Substances précises qui ont contribué à au moins 10 % des décès pour l'un des groupes.
Polyintoxication, aucune substance précisée	Décès dont la cause relevait de plusieurs substances contributives, mais pour lesquels ces substances n'étaient pas indiquées.
Plusieurs substances ayant contribué au décès	Décès où plus d'une substance a été mentionnée comme ayant contribué au décès.

* Les responsables de l'abstraction des données ont inclus tout renseignement sur les antécédents en matière de santé qui se trouvait dans le dossier, qu'il s'agisse des observations médicales ou des déclarations de membres de la famille ou d'amis. Il est possible que les problèmes de santé mentionnés n'aient pas été diagnostiqués par un clinicien.

les aînés étaient plus nombreux en proportion à vivre seuls (31 % à 32 % contre 16 % ou moins).

- Les jeunes et les adultes étaient plus souvent, en proportion, au domicile d'une autre personne que les aînés (respectivement 14 % à 16 % et 9 % à 10 % contre 5 % ou moins), bien que cette situation ait été moins fréquente à tous les stades de la vie.
- La plupart des personnes sont décédées là où l'intoxication aiguë s'est produite (68 % à 84 %). Les jeunes femmes ont été plus souvent transportées à l'hôpital avant le décès (26 %), alors que les hommes aînés l'ont été moins souvent (10 %).

Antécédents en matière de santé et contacts antérieurs avec le système de santé des personnes décédées d'intoxication aiguë accidentelle

- La plupart des personnes décédées avaient des antécédents de consommation de substances (autres que l'alcool). Cet état de fait était moins fréquent chez les femmes aînées (55 %) que dans les autres groupes démographiques (71 % à 83 %).

- De même, les femmes aînées présentaient moins fréquemment des antécédents de troubles liés à la consommation de substances (autres que l'alcool) que les autres groupes démographiques (10 % contre 18 % à 22 %).
- La fréquence des troubles liés à la consommation d'alcool était plus élevée avec l'âge (5 % à 6 % chez les jeunes contre 12 % à 15 % chez les aînés).
- Les jeunes hommes (42 %) et les femmes aînées (43 %) présentaient moins souvent des antécédents de consommation chronique (quotidienne) de substances que les autres groupes démographiques (48 % à 59 %).
- Les femmes présentaient plus souvent des antécédents de dépression ou de symptômes dépressifs et de trouble d'anxiété que les hommes (respectivement 29 % à 39 % et 19 % à 22 % contre respectivement 19 % à 22 % et 11 % à 14 %).
- Les contacts avec le système de santé (soins ambulatoires ou hospitaliers) dans l'année précédant le décès étaient plus fréquents avec l'âge (58 % à 61 % chez

les jeunes contre 80 % à 91 % chez les aînés).

- Pour les personnes ayant eu des contacts avec le système de santé avant leur décès, il n'y avait aucune différence entre les groupes démographiques dans les demandes de soins pour consommation de substances ou pour dépendance. Environ le quart (24 % à 28 %) des adultes et des aînés ont demandé de l'aide pour des raisons liées à la douleur. Les jeunes ont plus souvent demandé de l'aide pour une intoxication aiguë non mortelle (13 % à 14 %) ou pour des problèmes de santé mentale (en particulier les jeunes femmes, 21 %) que les personnes aux autres stades de la vie.

Substances à l'origine des décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë

- Un médicament a contribué plus souvent au décès chez les aînées (63 % contre 28 % à 46 %).
- Une substance non pharmaceutique a contribué plus souvent au décès chez les jeunes et les hommes adultes (72 % à 74 %).

TABEAU 2
Fardeau, circonstances du décès, antécédents connus en matière de santé et substances ayant contribué au décès de personnes
décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, selon le sexe et le stade de vie, Canada, 2016-2017

	Jeunes (12 à 24 ans)		Adultes (25 à 59 ans)		Aînés (60 ans et plus)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Nombre total de décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë	N = 207	N = 525	N = 1 563	N = 4 896	N = 246	N = 462
Taux de mortalité attribuable à une intoxication aiguë accidentelle (pour 100 000 personnes)	3,9	9,5	9,2	30	2,8	6,0
Taux proportionnel de mortalité (%)	42	41	59	60	3,1	5,9
Circonstances du décès (% et n)						
Consommait des substances en présence d'autrui*	28 (57)	19 (102)	20 (315)	16 (783)	12 (30)	14 (63)
Décédé à sa découverte*	19 (39)	24 (126)	28 (435)	29 (1 419)	39 (96)	38 (177)
Trouvé dans un lit ou à proximité*	35 (72)	30 (156)	35 (543)	24 (1 191)	39 (96)	24 (111)
Présentait des signes d'intoxication aux opioïdes ^a	36 (75)	30 (159)	33 (519)	26 (1 263)	27 (66)	21 (96)
Administration de naloxone*	40 (30)	34 (54)	22 (114)	28 (357)	Valeur supprimée	Valeur supprimée
Lieu de l'intoxication aiguë* (% et n)						
Domicile de la personne	59 (123)	61 (321)	70 (1 092)	62 (3 021)	87 (213)	77 (354)
Vivait seul(e)	Valeur supprimée	7 (23)	16 (179)	15 (465)	32 (69)	31 (111)
Domicile d'une autre personne	16 (33)	14 (75)	10 (162)	9 (453)	Valeur supprimée	5 (21)
Autre	23 (48)	25 (129)	20 (309)	29 (1 419)	10 (24)	18 (84)
Lieu du décès* (% et n)						
Même endroit que l'intoxication aiguë	68 (141)	71 (375)	71 (1 113)	76 (3 735)	78 (192)	84 (390)
Hôpital ^b	26 (54)	22 (114)	22 (339)	17 (825)	17 (42)	10 (48)
Autre	6 (12)	7 (39)	7 (111)	7 (333)	5 (12)	5 (24)
Antécédents en matière de santé (% et n)						
Antécédents de consommation de substances (autres que l'alcool)*	83 (171)	81 (426)	78 (1 215)	83 (4 083)	55 (135)	71 (330)
Antécédents de troubles liés à la consommation de substances (autres que l'alcool)*	20 (42)	20 (105)	22 (339)	20 (966)	10 (24)	18 (81)
Antécédents de trouble lié à la consommation d'alcool*	6 (12)	5 (27)	9 (135)	9 (426)	12 (30)	15 (69)
Antécédents de consommation chronique (quotidienne) de substances*	48 (99)	42 (219)	50 (783)	54 (2 646)	43 (105)	59 (273)
Antécédents d'intoxication aiguë non mortelle	17 (36)	17 (87)	15 (234)	12 (585)	15 (36)	9 (42)
Antécédents de dépression ou de symptômes dépressifs*	29 (60)	19 (99)	33 (516)	20 (963)	39 (96)	19 (90)
Antécédents de trouble d'anxiété*	22 (45)	14 (72)	19 (300)	11 (528)	21 (51)	11 (51)
Contact avec le système de santé dans l'année précédant le décès* (% et n)	61 (126)	58 (306)	80 (1 254)	66 (3 249)	91 (225)	80 (369)
A demandé de l'aide pour des problèmes de douleur*	14 (18)	17 (51)	26 (321)	25 (810)	24 (54)	28 (105)
A demandé de l'aide à la suite d'une intoxication aiguë non mortelle*	14 (18)	13 (39)	7 (90)	8 (249)	7 (15)	7 (24)
A demandé de l'aide pour des problèmes de consommation de substances ou de dépendance	19 (24)	17 (51)	13 (165)	14 (444)	9 (21)	9 (33)
A demandé de l'aide pour des problèmes de santé mentale*	21 (27)	14 (42)	13 (165)	11 (342)	11 (24)	6 (21)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Fardeau, circonstances du décès, antécédents connus en matière de santé et substances ayant contribué au décès de personnes
décédées d'une intoxication aiguë accidentelle, selon le sexe et le stade de vie, Canada, 2016-2017

	Jeunes (12 à 24 ans)		Adultes (25 à 59 ans)		Aînés (60 ans et plus)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Origine des substances ayant contribué au décès^c (% et n)						
Au moins une substance non pharmaceutique*	72 (150)	73 (384)	55 (861)	74 (3 624)	18 (45)	55 (255)
Au moins un médicament*	32 (66)	29 (150)	46 (720)	28 (1 347)	63 (156)	40 (186)
Au moins un médicament prescrit*	18 (12)	16 (24)	56 (402)	40 (537)	66 (99)	56 (102)
Substances contribuant le plus souvent au décès (% et n)						
Fentanyl*	57 (117)	55 (291)	36 (555)	53 (2 562)	16 (39)	32 (150)
Cocaïne*	28 (57)	30 (156)	30 (474)	39 (1 887)	10 (24)	36 (165)
Méthamphétamine*	22 (45)	17 (87)	22 (339)	24 (1 170)	5 (12)	11 (51)
Éthanol (alcool)*	16 (33)	15 (81)	21 (330)	23 (1 107)	18 (45)	26 (120)
Amphétamine* ^d	13 (27)	11 (57)	7 (117)	14 (678)	Valeur supprimée	6 (30)
Morphine ^d	12 (24)	14 (72)	14 (219)	14 (696)	11 (27)	17 (78)
Alprazolam*	10 (21)	10 (51)	2 (27)	2 (78)	Valeur supprimée	Valeur supprimée
Diacétylmorphine (héroïne)*	6 (12)	12 (63)	6 (99)	12 (606)	Valeur supprimée	6 (30)
Méthadone*	6 (12)	7 (36)	11 (168)	8 (378)	5 (12)	8 (39)
Polyintoxication, aucune substance précisée*	Valeur supprimée	3 (18)	8 (120)	4 (201)	15 (36)	6 (27)
Oxycodone*	Valeur supprimée	6 (30)	7 (114)	5 (258)	12 (30)	6 (30)
Plusieurs substances ayant contribué au décès	68 (141)	64 (336)	72 (1 122)	71 (3 480)	55 (135)	64 (297)

Sources : Étude nationale portant sur l'examen des dossiers de décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance (2016-2017)^{8,10}; Recensement de 2016¹¹.

Remarques : Il n'y avait pas de données sur les décès dus uniquement à des médicaments prescrits ou à l'alcool pour la Colombie-Britannique, ce qui fait que toutes les données présentées dans le tableau précédent constituent vraisemblablement des sous-estimations. Le dénominateur de chaque groupe est tiré du Recensement de 2016¹¹. Les effectifs de décès toutes causes confondues par groupe démographique utilisés pour calculer la proportion du taux de décès pour toutes causes d'intoxication aiguë ont été fournis par Statistique Canada. Pour obtenir le nombre total de décès accidentels, les codes de la CIM-10 suivants ont été utilisés : V01-V99, W00-W99, X00-X59, Y85 et Y86.

Afin de protéger la vie privée, les effectifs tirés de l'étude nationale des dossiers d'intoxication aiguë liée à une substance ont été arrondis aléatoirement à un multiple de trois, et les proportions et les taux ont été calculés à partir de ces nombres aléatoires. Les effectifs inférieurs à dix et les proportions et les taux fondés sur des effectifs inférieurs à dix ont été supprimés. Les statistiques de test et les valeurs de *p* exactes ne sont pas fournies pour protéger l'arrondissement aléatoire.

^a Les ronflements/gargouillements, les difficultés respiratoires, les micropupilles, l'état d'inconscience ou l'absence de réaction et les lèvres ou ongles bleus sont des signes d'intoxication aux opioïdes.

^b La catégorie « hôpital » regroupe uniquement les personnes qui ont été transportées à l'hôpital depuis un autre endroit. Si une intoxication aiguë entraînant le décès s'est produite dans un hôpital et que la personne est décédée à l'hôpital, ce décès a été classé dans la catégorie « Même endroit que l'événement d'intoxication aiguë ». Moins de 1 % des intoxications aiguës mortelles se sont produites dans un hôpital. Il convient de souligner que la plupart des intoxications aiguës mortelles qui se sont produites à l'hôpital ont touché des adultes de sexe masculin (33 des 45 événements, données non présentées).

^c Les catégories d'origine des substances sont les suivantes : origine non pharmaceutique (drogues « de rue » et substances non destinées à un usage humain, telles que produits chimiques industriels ou ménagers ou médicaments à usage vétérinaire); médicaments (substances à usage humain produites par un fabricant pharmaceutique réglementé); éthanol (provenant de l'industrie des boissons alcoolisées ou d'alcool fait maison et n'entrant pas dans les autres catégories d'origine); origine inconnue (données insuffisantes pour déterminer l'origine de la substance). Une substance peut avoir plusieurs origines.

^d Les amphétamines et la morphine sont des métabolites actifs d'autres substances susceptibles d'avoir contribué au décès : l'amphétamine est un métabolite de la méthamphétamine et la morphine est un métabolite de l'héroïne. La présence de ces substances dans les résultats d'analyse toxicologique correspond soit à la présence des substances elles-mêmes, soit à la présence de la substance-mère.

* *p* < 0,05.

- Les jeunes avaient moins souvent d'ordonnance pour des médicaments ayant contribué à leur décès que les autres groupes (16 % à 18 % contre 40 % à 66 %).
- Dans la plupart des décès, plusieurs substances étaient en cause (55 % à 72 %).
- Les substances ayant le plus souvent contribué au décès chez les jeunes étaient les mêmes pour les deux sexes (fentanyl, cocaïne, méthamphétamine, éthanol [alcool] et amphétamine), mais on a constaté des différences entre les sexes pour les autres groupes d'âge. Par exemple, le fentanyl a contribué à une plus grande proportion de décès chez les hommes adultes (53 %) que chez les femmes adultes (36 %) et chez les hommes aînés (32 %) que chez les femmes aînées (16 %).
- Le fentanyl était en cause dans plus de la moitié des intoxications aiguës mortelles

chez les jeunes (55 % à 57 %) et chez les hommes adultes (53 %).

Analyse

Notre analyse révèle d'importantes différences dans les caractéristiques des décès attribuables à une intoxication aiguë selon le sexe et le stade de vie et elle propose des pistes d'intervention potentielles pour chaque groupe. De nombreuses personnes décédées d'une intoxication aiguë ont été en contact avec le système de santé dans l'année précédant leur décès. Ces interactions avec le système de soins de santé offrent des occasions de cerner et de gérer le risque d'intoxication aiguë mortelle ultérieure ainsi que de tenir compte des besoins non comblés en matière de santé et de relations sociales susceptibles de contribuer à la consommation de substances. Environ un adulte ou un aîné sur quatre avait consulté pour des raisons liées à la douleur. Ces consultations offrent une occasion de discuter de la gestion de la douleur, dont l'utilisation sécuritaire des analgésiques, le recours à d'autres substances pour tenter d'obtenir un soulagement et l'existence d'autres services et options de traitement pour aider à atténuer la douleur.

Les jeunes, en particulier les jeunes femmes, sont décédés plus souvent dans des circonstances où quelqu'un aurait pu intervenir pour les aider en composant le 911 ou en leur administrant des premiers soins et de la naloxone (tableau 2). Il est important que les témoins potentiels d'intoxication aiguë soient en mesure de reconnaître l'urgence et d'intervenir, et qu'ils disposent des bons outils pour aider (trousse de naloxone, téléphone pour composer le 911, etc.). Dans tous les groupes démographiques, de nombreuses personnes étaient seules lors de la consommation de substances avant l'intoxication aiguë, et bon nombre d'entre elles étaient seules également lorsqu'elles sont décédées. Il est important d'éliminer la stigmatisation liée à la consommation de substances afin que les personnes qui consomment seules des substances puissent se sentir davantage en sécurité avec d'autres personnes. L'établissement de liens avec des non-professionnels formés à la prévention des surdoses ou avec des services officiels de consommation supervisée pourrait aider à prévenir ces décès.

Plusieurs substances étaient en cause dans la plupart des décès, et les médicaments

ainsi que les substances non pharmaceutiques étaient des causes courantes de décès à tous les stades de vie et chez les deux sexes (tableau 2). Lorsqu'un médicament a contribué au décès, dans de nombreux cas, en particulier chez les aînés et chez les femmes adultes, la substance qui a causé le décès avait été prescrite. La contribution de plusieurs substances à une intoxication aiguë est la norme et les méfaits potentiels combinés des substances sont un facteur important à prendre en compte dans les pratiques de prescription (en particulier la gestion d'ordonnances multiples), dans l'éducation des patients, dans les programmes de réduction des méfaits, dans les services de vérification des drogues et dans les alertes au sujet des drogues.

Dans cette étude, nous n'avons pas été en mesure de déterminer si les substances multiples en cause avaient été consommées intentionnellement ou non. Les initiatives visant à s'attaquer à l'approvisionnement en drogues toxiques profiteraient à tous les groupes démographiques, tout comme une approche de prescription visant la réduction des méfaits qui mette l'accent sur l'éducation des patients au sujet des risques liés à leurs médicaments d'ordonnance, des risques liés à ces médicaments lorsqu'ils sont utilisés en association avec d'autres substances et des risques de détournement^{12,13}.

Points forts et limites

L'examen des dossiers d'enquête sur les décès a permis une analyse détaillée des tendances relatives aux décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance pour différents groupes démographiques. Cela est particulièrement vrai pour les circonstances entourant le décès, car l'information contextuelle saisie dans d'autres systèmes de déclaration est limitée.

Les protocoles d'enquête sur les décès varient à l'échelle du Canada et les données sur ces variables ne figurent pas systématiquement dans les dossiers d'enquête sur les décès. L'âge, le sexe et le mode de décès sont inscrits dans tous les dossiers, mais pour d'autres caractéristiques, les données présentées correspondent à la proportion minimale de personnes décédées d'une intoxication aiguë liée à une substance et possédant une caractéristique donnée. Ces chiffres sont donc susceptibles de constituer des sous-estimations.

Conclusion

L'intoxication aiguë est une cause majeure, et entièrement évitable, de décès accidentels chez les jeunes et les adultes au Canada. Les renseignements contextuels provenant des dossiers des coroners et des médecins légistes, même lorsque certains des renseignements que nous recherchons n'y figurent pas, révèlent des tendances et des possibilités de prévenir d'autres décès liés à l'intoxication aiguë pour des groupes démographiques précis, en particulier au moyen d'interventions ciblées en fonction du stade de vie. Ces tendances peuvent avoir changé depuis la période d'étude (2016-2017), en particulier pendant la pandémie de COVID-19, mais ces résultats constituent une base de référence importante pour mesurer les répercussions des interventions mises en œuvre dans les années ultérieures.

Remerciements

Nous tenons à remercier nos collaborateurs des bureaux des coroners en chef et des médecins légistes en chef de tout le Canada, qui nous ont donné accès à leurs dossiers d'enquête sur les décès. Nous voulons également remercier Brandi Abele, Matthew Bowes, Songul Bozat-Emre, Jessica Halverson, Dirk Huyer, Beth Jackson, Graham Jones, Jennifer Leason, Regan Murray, Erin Rees, Jenny Rotondo et Emily Schleihauf pour avoir contribué à l'élaboration de l'étude nationale d'examen des dossiers concernant les décès attribuables à une intoxication aiguë liée à une substance.

Financement

Cette étude a reçu le soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs et avis

GC : conception, organisation des données, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

JH : conception, organisation des données, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

JB : conception, organisation des données, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

FK : conception, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

KM : conception, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

SR : conception, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

AV : conception, organisation des données, analyse formelle, administration du projet, supervision, rédaction de la première version du manuscrit, révisions et corrections.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; les points de vue ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada, des fournisseurs de données ou des bailleurs de fonds.

Références

1. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adolesc Health*. 2009;45(3): 216-221. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.05.016>
2. Boss GR, Seegmiller JE. Age-Related physiological changes and their clinical significance. *West J Med*. 1981; 135(6):434-440.
3. Klein-Schwartz W, Oderda GM. Poisoning in the elderly. *Drugs Aging*. 1991;1(1):67-89. <https://doi.org/10.2165/00002512-199101010-00008>
4. Keyzers A, Lee SK, Dworkin J. Peer pressure and substance use in emerging adulthood: a latent profile analysis. *Subst Use Misuse*. 2020;55(10): 1716-1723. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1759642>
5. Huang AR, Mallet L. Prescribing opioids in older people. *Maturitas*. 2013; 74(2):123-129. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.002>
6. Chang YS, VanSteelandt A, McKenzie K, Kouyoumdjian F. Décès accidentels attribuables à une intoxication aiguë due à une substance chez les jeunes au Canada : analyse descriptive d'une étude nationale portant sur l'examen des dossiers des données de coroners et de médecins légistes. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024; 44(3):84-96. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.3.02f>
7. Ha H, Burt J, Randell S, VanSteelandt A. Décès accidentels liés à une intoxication aiguë due à une substance chez les aînés en 2016 et en 2017 : une étude nationale d'examen des dossiers. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(3):97-109. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.3.03f>
8. Agence de la santé publique du Canada. Décès attribuables à une toxicité aiguë liée à une substance au Canada de 2016 à 2017 : Examen des dossiers des coroners et des médecins légistes. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022. En ligne à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/opioids/data-surveillance-research/substance-related-acute-toxicity-deaths-canada-2016-2017-review-coroner-medical-examiner-files/deces-attribuables-toxicite-aigue-liee-substance-canada-20>
9. Baddeliyanage R, Enns A, VanSteelandt A, Abele B, Kouyoumdjian F, Schleichauf E, et al. Substance-related acute toxicity deaths by area-based characteristics: a descriptive analysis of a national chart review study of coroner and medical examiner data. *Int J Ment Health Addiction*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01259-3>
10. Rotondo J, VanSteelandt A, Kouyoumdjian F, Bowes MJ, Kakkar T, Jones G, et al. Substance-related acute toxicity deaths in Canada from 2016 to 2017: protocol for a retrospective chart review study of coroner and medical examiner files. *JMIR Public Health Surveill*. 2024;49981. <https://doi.org/10.2196/49981>
11. Statistique Canada. Âge (en années), âge moyen et âge médian et genre : Canada, provinces et territoires, divisions de recensement et subdivisions de recensement : Tableau 98-10-0022-01 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 4 octobre 2022]. <https://doi.org/10.25318/9810002201-fra>
12. Drucker E, Anderson, K, Haemmig R, Heimer R, Small D, Walley A, et al. Treating addictions: harm reduction in clinical care and prevention. *J Bioeth Inq*. 2016;13:239-249. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9720-6>
13. Hawk KF, Vaca FE, D'Onofrio G. Reducing fatal opioid overdose: prevention, treatment and harm reduction strategies. *Yale J Biol Med*. 2015;88(3): 235-245.

Recherche quantitative originale

Utilisation des médias sociaux et santé du sommeil chez les adolescents au Canada

Florence Lafontaine-Poissant, M. Sc. (1,2); Justin J. Lang, Ph. D. (3,4,5); Britt McKinnon, Ph. D. (2,6); Isabelle Simard, Ph. D. (2); Karen C. Roberts, M. Sc. (3); Suzy L. Wong, Ph. D. (7); Jean-Philippe Chaput, Ph. D. (5,8); Ian Janssen, Ph. D. (9,10); Meyran Boniel-Nissim, Ph. D. (11); Geneviève Gariépy, Ph. D. (1,2,3)

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

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

Résumé

Introduction. Les effets de l'utilisation des médias sociaux sur la santé des adolescents soulèvent de plus en plus de préoccupations en matière de santé publique. Nous avons exploré la relation entre cette utilisation et la santé du sommeil chez les adolescents du Canada de 11 à 17 ans.

Méthodologie. Des données de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire de 2017-2018 étaient disponibles pour 12 557 participants (dont 55,2 % de sexe féminin). Des catégories d'utilisation des médias sociaux ont été établies en fonction de la fréquence (utilisation non active, active ou intensive) et de la présence de symptômes évoquant une dépendance (utilisation problématique). Des modèles de régression logistique à effets mixtes ont révélé des associations entre l'utilisation des médias sociaux et sept indicateurs de la santé du sommeil (symptômes d'insomnie, somnolence diurne, utilisation d'un écran avant de se coucher, respect des recommandations sur la durée du sommeil, variabilité du sommeil, heure de coucher tardive les jours d'école et heure de coucher tardive les jours de repos).

Résultats. Comparativement à une utilisation active des médias sociaux, une utilisation non active a été associée à de meilleurs résultats des indicateurs de la santé du sommeil, sauf en ce qui concerne les symptômes d'insomnie. Une utilisation intensive des médias sociaux a été associée à un risque accru d'indicateurs défavorables de la santé du sommeil (rapport de cotes ajusté [RCa] de 1,09 à 2,24) et une utilisation problématique a été associée au RCa le plus élevé (1,67 à 3,24). Les associations avec une utilisation problématique des médias sociaux étaient plus marquées chez les filles que chez les garçons, en particulier en ce qui concerne l'heure de coucher tardive les jours d'école (RCa = 3,74 vs 1,84) et les jours de repos (RCa = 4,13 vs 2,18). Les associations entre l'utilisation des médias sociaux et les résultats en matière de sommeil ne variaient pas selon la tranche d'âge.

Conclusion. Une utilisation intensive et une utilisation problématique des médias sociaux ont été associées à un risque accru de troubles du sommeil chez les adolescents du Canada, avec des associations plus marquées chez les filles que chez les garçons. D'autres recherches doivent être menées pour éclaircir les mécanismes à l'origine des associations entre l'utilisation des médias sociaux et le sommeil, de manière à orienter les recommandations en matière de santé publique.

Rattachement des auteurs :

- École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
- Région de Québec, Opérations régionales, Agence de la santé publique du Canada, Montréal (Québec), Canada
- Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
- École d'épidémiologie et de santé publique, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
- École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
- Centre pour la promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
- Groupe de recherche sur les saines habitudes de vie et l'obésité, Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario), Canada
- Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
- École de kinésiologie et d'études sur la santé, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
- Département des sciences de la santé publique, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
- Département d'orientation scolaire, The Max Stern Academic College of Emek Yezreel, Israël

Correspondance : Geneviève Gariépy, Centre de surveillance et de recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-952-7608; courriel : genevieve.gariepy@phac-aspc.gc.ca



Points saillants

- Une utilisation intensive et une utilisation problématique des réseaux sociaux ont toutes deux été associées à une moins bonne santé du sommeil, comparativement à une utilisation active des médias sociaux.
- La probabilité la plus élevée de présenter des indicateurs défavorables de la santé du sommeil (rapport de cotes ajusté de 1,67 à 3,24) a été associée à une utilisation problématique des médias sociaux selon la définition de l'échelle des troubles liés aux médias sociaux (Social Media Disorder Scale; SMDS).
- Une utilisation non active des médias sociaux a été associée à une meilleure santé du sommeil.
- Les associations entre les indicateurs défavorables de la santé du sommeil et l'utilisation des médias sociaux se sont révélées plus marquées chez les filles que chez les garçons.
- Les rapports de cotes pour les indicateurs défavorables de la santé du sommeil n'ont pas varié selon la tranche d'âge.

Mots-clés : *adolescents, utilisation des médias sociaux, sommeil, insomnie, éveil diurne, durée du sommeil, variabilité du sommeil*

Introduction

L'utilisation des médias sociaux, définie comme le fait de passer du temps sur les plateformes de médias sociaux (comme Facebook, Twitter, TikTok) pour communiquer avec d'autres utilisateurs et échanger du contenu généré par les utilisateurs, fait partie intégrante de la vie des adolescents partout dans le monde^{1,2}. Aux États-Unis, le pourcentage d'adolescents ayant fait état d'une utilisation intensive des médias sociaux (à savoir être en ligne presque constamment) est passé de 25 % à 45 %³. Selon une étude multinationale, près de 40 % des adolescents de 15 à 19 ans ont augmenté leur utilisation des médias sociaux durant la pandémie de COVID-19⁴.

Dans la littérature dont on dispose, une distinction est faite entre une utilisation intensive et une utilisation problématique. L'utilisation intensive est définie comme le fait de passer beaucoup de temps sur les médias sociaux, tandis que l'utilisation problématique implique la présence de symptômes comportementaux et psychologiques de dépendance qui affectent le fonctionnement quotidien^{2,5}. Bien que les médias sociaux offrent des occasions d'approfondir des amitiés, de favoriser le soutien social et de réduire l'isolement, leur utilisation intensive ou problématique peut avoir des conséquences négatives sur la santé et le bien-être des adolescents, notamment sur le plan du sommeil^{2,5,6}.

Le sommeil est essentiel à la santé et au développement des adolescents et il contribue à leur bien-être par son influence sur l'apprentissage, la régulation des émotions et la mémoire⁷. La santé du sommeil englobe non seulement la durée du sommeil, mais aussi sa qualité et sa régularité, la satisfaction à l'égard du sommeil, un horaire de sommeil approprié, l'état de veille durant la journée et les comportements favorisant le sommeil^{8,9}. Il a été proposé d'intégrer ces aspects du sommeil dans un modèle de la santé du sommeil appelé Peds B-SATED (pour Behaviour [comportements liés au sommeil], Satisfaction/Quality [satisfaction/qualité], Alertness/Sleepiness [vigilance/somnolence/sieste], Timing [heures de coucher/lever], Efficiency

[efficacité et continuité du sommeil] et Duration [durée de sommeil])⁹. Au Canada, le tiers des enfants et des adolescents ne respectent pas les recommandations sur la durée du sommeil^{10,11}, et au moins 25 % d'entre eux souffrent de symptômes d'insomnie et de problèmes de somnolence diurne¹⁰.

De nombreuses études ont établi des liens entre l'utilisation des médias sociaux et une mauvaise santé du sommeil chez les adolescents^{12,13}. On pense que l'utilisation des médias sociaux affecte le sommeil par quatre mécanismes : 1) l'exposition à la lumière bleue, qui perturbe le rythme circadien, 2) l'activation psychophysiologique découlant de la teneur émotionnelle des médias sociaux, 3) la nature « sans fin » de l'utilisation et 4) les alertes constantes qui perturbent le sommeil^{2,6,14}. La plupart des études s'intéressant au lien entre l'utilisation des médias sociaux et le sommeil ont porté sur un seul aspect du sommeil : sa durée. Toutefois, on s'intéresse de plus en plus à l'association entre l'utilisation des médias sociaux et les autres caractéristiques du sommeil chez les adolescents, comme la qualité du sommeil et les comportements favorisant le sommeil^{8,9,15}. Selon un sondage mené en 2019 aux États-Unis sur l'utilisation des médias sociaux par les enfants et les adolescents de 8 à 18 ans, seulement 14 % des participants ont indiqué que leurs parents surveillaient le temps qu'ils passaient sur les médias sociaux¹⁶.

Les associations entre l'utilisation des médias sociaux et le sommeil sont susceptibles de varier selon le sexe et l'âge. Une étude menée auprès d'adolescents américains et britanniques a révélé que l'association entre le temps passé sur les médias sociaux et un faible degré de bien-être était plus marquée chez les filles que chez les garçons¹⁷. Une autre étude a fait ressortir des différences importantes sur le plan de l'utilisation des médias sociaux par tranche d'âge : les enfants de 11 ans étaient moins nombreux que les adolescents de 13 et 15 ans à avoir fait état d'une utilisation intensive des médias sociaux et ils présentaient une meilleure santé mentale selon la plupart des mesures². Il est donc nécessaire d'explorer de plus près les différences selon l'âge. L'étude des différences selon le sexe et l'âge en ce qui a trait aux associations entre l'utilisation des médias sociaux et différents indicateurs de la santé du sommeil peut aider à éclaircir les facteurs qui interviennent dans la relation entre cette utilisation et le sommeil.

Cette étude visait à explorer l'association entre l'utilisation des médias sociaux et plusieurs indicateurs de la santé du sommeil chez les adolescents du Canada, ainsi que les différences éventuelles selon le sexe et l'âge. Nous avons mesuré l'utilisation des médias sociaux à l'aide d'une échelle développée antérieurement² qui combine l'intensité et les symptômes problématiques. Nous avons émis deux hypothèses : une utilisation intensive et une utilisation problématique seront associées à une moins bonne santé du sommeil par rapport à une utilisation active, et les associations seront plus marquées chez les filles que chez les garçons et chez les adolescents plus âgés que chez les adolescents plus jeunes.

Méthodologie

Données et participants

Les données utilisées proviennent de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire de 2017-2018, une étude multinationale collaborative dirigée par l'Organisation mondiale de la santé qui collecte tous les 4 ans dans le milieu scolaire des données auprès d'un échantillon représentatif d'élèves de la 6^e à la 10^e année. Le volet canadien de l'enquête visait un échantillon aléatoire en grappes en deux étapes constitué d'élèves de l'ensemble des provinces et de deux territoires (Yukon et Territoires du Nord-Ouest). Les données ont été collectées entre janvier et mai 2018. La participation était volontaire et anonyme. L'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada a obtenu le consentement des élèves ainsi que le consentement actif ou passif des parents, selon les exigences de chaque commission scolaire.

Le Comité général d'éthique de la recherche de l'Université Queen's (GMISC-062-13) et le Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada ont fourni leur approbation éthique.

Au total, 21 745 élèves de 287 écoles ont participé à l'enquête. Pour les besoins de notre étude, nous avons exclu les adolescents de 5^e année (n = 40) et de 11^e année (n = 163), car l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire est représentative des élèves de la 6^e à la 10^e année. Nous avons aussi exclu les adolescents qui ont répondu « Aucun des deux termes ne me décrit » (n = 325) à la

question binaire sur le sexe, étant donné leur faible nombre, ainsi que ceux à propos desquels il manquait des données concernant l'utilisation des médias sociaux (n = 6226) ou concernant les variables analysées (n = 2434). Notre échantillon final est constitué des 12557 élèves pour lesquels nous disposons des données complètes.

Mesures

Utilisation des médias sociaux

Pour l'évaluation de l'intensité de l'utilisation des médias sociaux, les participants devaient indiquer à quelle fréquence ils avaient des contacts en ligne avec les quatre catégories de personnes suivantes : amis proches; amis et connaissances; amis connus par Internet et autres personnes (camarades de classe, frères et sœurs, enseignants ou autres). Les choix de réponse étaient les suivants : « jamais ou presque jamais », « au moins une fois par semaine », « tous les jours ou presque tous les jours », « plusieurs fois par jour » et « presque tout le temps, tout au long de la journée ». La plus grande fréquence déclarée parmi les quatre catégories a été utilisée pour établir trois niveaux d'utilisation : 1) utilisation non active (jamais ou une fois par semaine au maximum), 2) utilisation active (tous les jours ou plusieurs fois par jour) et 3) utilisation intensive (presque tout le temps), conformément aux travaux de Boniel-Nissim et ses collaborateurs².

Nous avons évalué l'utilisation problématique des médias sociaux à l'aide de l'échelle des troubles liés aux médias sociaux (Social Media Disorder Scale; SMDS)¹⁸. La validité de cette échelle a été établie antérieurement auprès d'un vaste échantillon international d'adolescents¹⁹. L'échelle comporte neuf questions fermées (réponses par oui ou par non) portant sur les symptômes suggérant la dépendance liés à l'utilisation des médias sociaux durant la dernière année (en particulier conflits avec la famille, mensonges à propos du temps passé sur les médias sociaux ou émotions négatives lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser les médias sociaux). Les participants ayant répondu par l'affirmative à au moins six des questions ont été classés comme utilisateurs problématiques, indépendamment de leur niveau d'utilisation².

Les participants ont été répartis entre quatre catégories mutuellement exclusives

d'utilisation des médias sociaux : utilisation non active (utilisation à la fois non active et non problématique), utilisation active (utilisation à la fois active et non problématique), utilisation intensive (utilisation à la fois intensive et non problématique) et utilisation problématique (utilisation problématique, quelle qu'en soit l'intensité)².

Santé du sommeil

Nous avons sélectionné sept indicateurs de la santé du sommeil, qui ont été retenus en raison de leur disponibilité dans l'ensemble de données : symptômes d'insomnie, éveil diurne, utilisation d'un écran avant de se coucher, durée du sommeil, variabilité du sommeil, heure de coucher tardive les jours d'école et heure de coucher tardive les jours de repos (fins de semaine et jours de congé). La plupart de ces mesures de la santé du sommeil correspondent au modèle Peds B-SATED, qui englobe quatre de ces six domaines⁹. Nous n'avons pas pu mesurer la satisfaction à l'égard du sommeil ou la qualité et l'efficacité du sommeil avec la source de données dont nous disposons.

Symptômes d'insomnie

Les participants ont été interrogés sur la fréquence à laquelle ils avaient de la difficulté à s'endormir ou à rester endormis. Cinq choix de réponse étaient possibles : « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps » et « tout le temps ». Cette variable a été dichotomisée entre « symptômes d'insomnie » (« la plupart du temps » et « tout le temps ») et « aucun symptôme d'insomnie » (« jamais », « rarement » et « parfois »), conformément aux travaux antérieurs en la matière²⁰.

Problèmes de somnolence diurne

Les participants ont été interrogés sur la fréquence à laquelle ils avaient de la difficulté à rester éveillés durant le jour lorsqu'ils souhaitaient être éveillés. Cinq choix de réponse étaient possibles : « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps » et « tout le temps ». Les sujets ayant répondu « jamais » ou « rarement » ont été regroupés de manière à établir une variable dichotomique, définie comme l'absence de problèmes de somnolence diurne.

Utilisation d'un écran avant de se coucher

Pour l'évaluation des comportements favorisant le sommeil, les participants devaient indiquer à quelle fréquence ils regardaient la télévision ou utilisaient un téléphone, un ordinateur ou une tablette dans leur

chambre durant la dernière heure avant de se coucher. Cinq choix de réponse étaient possibles : « jamais », « 1 ou 2 soirs par semaine », « 3 ou 4 soirs par semaine », « 5 ou 6 soirs par semaine » et « tous les soirs ». Les participants ayant répondu « jamais » ou « 1 ou 2 soirs par semaine » ont été classés dans le groupe utilisant des écrans avant de se coucher moins de 2 soirs par semaine et tous les autres ont été classés dans le groupe utilisant des écrans avant de se coucher 3 soirs ou plus par semaine.

Durée du sommeil

Pour l'évaluation de la durée du sommeil, les participants devaient indiquer l'heure à laquelle ils se couchaient et l'heure à laquelle ils se levaient habituellement à la fois les jours d'école et les jours de repos (fins de semaine et jours de congé). Les participants pouvaient répondre en tranches de 15 minutes. La durée du sommeil les jours d'école et la durée de sommeil les jours de repos ont été calculées et utilisées pour déterminer la durée moyenne du sommeil et celle-ci a ensuite été comparée aux recommandations sur la durée du sommeil pour les adolescents. Les recommandations sur la durée du sommeil varient selon l'âge : elles sont de 9 à 11 heures par nuit pour les 11 à 13 ans et de 8 à 10 heures par nuit pour les 14 à 17 ans²¹. Nous avons classé les participants en deux catégories : ceux qui respectaient les recommandations sur la durée du sommeil pour leur âge et ceux qui ne les respectaient pas.

Variabilité du sommeil

Pour évaluer la variabilité ou la régularité du sommeil, nous avons calculé pour chaque participant s'il y avait une différence de plus de 2 heures entre l'heure du coucher en semaine et l'heure du coucher la fin de semaine²². Les participants qui présentaient une différence de moins de 2 heures entre l'heure du coucher en semaine et l'heure du coucher la fin de semaine ont été classés comme présentant une variabilité du sommeil faible ou nulle.

Heure du coucher

Comme l'heure du lever est susceptible de dépendre en grande partie de l'heure du début des classes, nous avons utilisé l'heure du coucher à titre d'indicateur de la santé du sommeil. Nous avons établi des tertiles pour l'heure du coucher les jours d'école et les jours de repos pour chaque tranche d'âge (11 à 13 ans et 14 à 17 ans), étant donné l'heure du coucher

plus tardive durant l'adolescence à cause des changements biologiques du rythme circadien. Nous avons ensuite classé les participants selon s'ils avaient une heure de coucher précoce ou modérée (premier et deuxième tertiles) ou une heure de coucher tardive (troisième tertile) les jours d'école par rapport à leurs pairs. Pour les participants de 11 à 13 ans, une heure de coucher tardive a été définie comme après 22 h 30 les jours d'école et après minuit les jours de repos. Pour les participants de 14 à 17 ans, une heure de coucher tardive a été définie comme après minuit les jours d'école et après 1 h les jours de repos.

Variables sociodémographiques

Nous avons pris en compte les données sur le sexe (garçon ou fille), le groupe culturel ou ethnoracial (catégorisé en Blanc ou non-Blanc) et l'aisance familiale. Pour évaluer l'aisance familiale, nous avons utilisé l'Échelle d'aisance familiale [Family Affluence Scale], une mesure fiable et valide du statut socioéconomique²³. Cette échelle produit un score global fondé sur les caractéristiques du foyer, incluant le nombre d'automobiles, de salles de bain et d'ordinateurs, le fait d'avoir sa propre chambre à coucher et le nombre de vacances en famille à l'étranger durant la dernière année. Les participants ont été répartis en trois groupes d'après les scores de leurs réponses (0 à 6 : « faible aisance »; 7 à 10 : « aisance moyenne »; et 11 à 13 : « aisance élevée »).

Analyse statistique

Nous avons commencé par mener des analyses descriptives de l'échantillon en fonction des quatre catégories d'utilisation des médias sociaux. Pour étudier les associations entre ces quatre catégories et les variables liées au sommeil, nous avons utilisé des modèles de régression logistique à effets mixtes, avec des modèles distincts pour chacun des sept résultats en matière de santé du sommeil. Nous avons établi des rapports de cotes et des intervalles de confiance (IC) à 95 % fondés sur ces modèles de régression logistique. Tous les modèles ont été ajustés pour le sexe, le groupe culturel ou ethnoracial, l'âge et l'aisance familiale.

Nous avons ensuite mené des analyses exploratoires supplémentaires pour étudier les différences selon le sexe et l'âge en réexécutant les modèles stratifiés par sexe et par tranche d'âge. Tous les modèles

ont été ajustés pour le regroupement par école à l'aide de modèles mixtes, et des facteurs de pondération ont été appliqués aux résultats de l'enquête pour assurer la représentativité des élèves de la 6^e à la 10^e année à l'échelle du Canada. Nous avons utilisé une valeur alpha de 0,05 pour détecter les résultats statistiquement significatifs.

Nous avons réalisé les analyses à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Caractéristiques descriptives

La catégorie d'utilisation des médias sociaux la plus fréquente était l'utilisation active (43,7 %), suivie de l'utilisation intensive (35,4 %), de l'utilisation non active (14,2 %) et de l'utilisation problématique (6,7 %). Les répondants relevant des catégories d'utilisation problématique et d'utilisation intensive étaient plus nombreux à être de sexe féminin et non blancs que les participants relevant de la catégorie d'utilisation active. Inversement, les participants relevant de la catégorie d'utilisation non active étaient plus nombreux à être des garçons et à être généralement plus jeunes que les participants relevant de la catégorie d'utilisation active (tableau 1).

Avec 9,0 (IC à 95 % : 8,9 à 9,1) heures de sommeil par nuit, les élèves de 11 à 13 ans avaient une durée de sommeil considérablement plus longue que celle des élèves de 14 à 17 ans (moyenne de 8,1; IC à 95 % : 8,0 à 8,3; $p < 0,001$) (données non présentées). Nous avons aussi constaté qu'il y avait davantage d'élèves de 11 à 13 ans que d'élèves de 14 à 17 ans à relever de la catégorie d'utilisation non active (66,2 % contre 33,8 %) par rapport à la catégorie d'utilisation active (49,2 % contre 50,8 %) des médias sociaux (tableau 1).

Association entre l'utilisation des médias sociaux et les indicateurs de la santé du sommeil

L'utilisation non active des médias sociaux a été associée à une probabilité réduite de présenter des indicateurs de troubles de santé du sommeil comparativement à l'utilisation active (RCa de 0,42 à 0,78), sauf dans le cas des symptômes d'insomnie, où l'association n'était pas significative. L'utilisation intensive des médias sociaux a été

associée à un sommeil significativement moins bon pour tous les indicateurs de la santé du sommeil, sauf les symptômes d'insomnie (RCa de 1,14 à 2,24). Enfin, l'utilisation problématique des médias sociaux a été associée au nombre maximal d'indicateurs défavorables de la santé du sommeil (RCa de 1,67 à 3,24). Tous les RCa de l'utilisation problématique et des symptômes d'insomnie étaient plus élevés que les RCa de l'utilisation intensive, mais ils ne l'étaient pas tous de manière significative (tableau 2).

Analyses stratifiées

Dans la catégorie d'utilisation problématique des médias sociaux, les filles étaient plus nombreuses que les garçons à présenter des indicateurs défavorables de la santé du sommeil comparativement à la catégorie d'utilisation active des médias sociaux, ces indicateurs étant les symptômes d'insomnie (RCa = 4,13 et 2,18 respectivement), les problèmes de somnolence diurne (RCa = 3,09 et 2,11 respectivement), l'utilisation d'écrans 3 soirs ou plus par semaine (RCa = 3,23 et 2,21 respectivement), le non-respect des recommandations sur la durée du sommeil (RCa = 2,83 et 1,86 respectivement), la variabilité du sommeil (RCa = 2,71 et 1,65 respectivement), une heure de coucher tardive les soirs d'école (RCa = 3,74 et 1,84 respectivement) et une heure de coucher tardive les jours de repos (RCa = 4,13 et 2,18 respectivement) (figure 1).

Une relation similaire a été constatée chez les garçons et les filles utilisant de manière intense les médias sociaux comparativement à leurs pairs les utilisant de manière active en ce qui concerne les symptômes d'insomnie (RCa = 2,33 et 2,19 respectivement), les problèmes de somnolence diurne (RCa = 1,20 et 1,05 respectivement), le non-respect des recommandations sur la durée du sommeil (RCa = 1,77 et 1,62 respectivement), la variabilité du sommeil (RCa = 1,99 et 1,66 respectivement) et de l'heure de coucher tardive les jours d'école (RCa = 2,06 et 1,72 respectivement) et les jours de repos (RCa = 2,33 et 2,19 respectivement). Les rapports de cotes des indicateurs défavorables de la santé du sommeil ne présentaient pas de différence significative chez les garçons et les filles utilisant de manière non active les médias sociaux par rapport à ceux et celles les utilisant de manière active.

Dans l'ensemble, les rapports de cotes des indicateurs défavorables de la santé du

TABLEAU 1
Caractéristiques descriptives de l'échantillon global et par catégorie d'utilisation des médias sociaux (n = 12 557)

Caractéristique	Utilisation des médias sociaux % pondéré ou moyenne (IC à 95 %)				
	Total (n = 12 557)	Utilisation non active (n = 1 787)	Utilisation active (n = 5 486)	Utilisation intensive (n = 4 441)	Utilisation problématique (n = 843)
Sexe					
Masculin	44,8 (42,8 à 46,8)	56,5 (52,6 à 60,3)	46,0 (43,5 à 48,5)	39,6 (36,7 à 42,5)	35,9 (30,7 à 41,2)
Féminin	55,2 (53,2 à 57,2)	43,5 (39,7 à 47,4)	54,0 (51,5 à 56,5)	60,4 (57,5 à 63,3)	64,1 (58,8 à 69,3)
Tranche d'âge					
11 à 13 ans	49,4 (43,8 à 55,0)	66,2 (59,9 à 72,4)	49,2 (43,5 à 55,0)	41,6 (35,5 à 47,7)	42,1 (34,1 à 50,1)
14 à 17 ans	50,6 (45,0 à 56,2)	33,8 (27,6 à 40,1)	50,8 (45,0 à 56,5)	58,4 (52,3 à 64,5)	57,9 (49,9 à 65,9)
Groupe culturel ou ethnoracial					
Blanc	71,7 (66,8 à 76,6)	74,2 (68,8 à 79,7)	74,1 (69,1 à 79,1)	68,9 (63,8 à 74,0)	60,9 (53,9 à 68,0)
Non-Blanc	28,3 (23,4 à 33,2)	25,8 (20,3 à 31,2)	25,9 (20,9 à 30,9)	31,1 (26,0 à 36,2)	39,1 (32,0 à 46,1)
Affluence familiale relative					
Faible	13,1 (11,6 à 14,5)	14,9 (12,5 à 17,2)	11,6 (9,9 à 13,3)	13,4 (11,4 à 15,3)	15,3 (11,6 à 19,1)
Moyenne	59,0 (56,8 à 61,2)	62,7 (59,5 à 65,9)	61,7 (59,3 à 64,2)	53,5 (50,9 à 56,2)	55,0 (50,1 à 59,9)
Élevée	27,9 (25,2 à 30,6)	22,4 (18,8 à 26,0)	26,6 (23,7 à 29,6)	33,1 (30,1 à 36,1)	29,7 (24,3 à 35,0)
Symptômes d'insomnie					
Aucun symptôme d'insomnie	76,0 (74,6 à 77,4)	78,4 (75,7 à 81,1)	77,1 (75,4 à 78,7)	75,2 (72,8 à 77,7)	66,5 (61,9 à 71,1)
Symptômes d'insomnie	24,0 (22,6 à 25,4)	21,6 (18,9 à 24,3)	22,9 (21,3 à 24,6)	24,8 (22,3 à 27,2)	33,5 (28,9 à 38,1)
Problèmes de somnolence diurne					
Non	62,2 (60,2 à 64,3)	73,1 (70,3 à 75,9)	64,6 (62,2 à 66,9)	59,5 (56,9 à 62,0)	38,7 (33,4 à 44,0)
Oui	37,8 (35,7 à 39,8)	26,9 (24,1 à 29,7)	35,4 (33,1 à 37,8)	40,5 (38,0 à 43,1)	61,3 (56,0 à 66,6)
Utilisation d'un écran avant de se coucher, soirs de semaine					
< 2	15,3 (13,6 à 16,9)	33,5 (29,4 à 37,7)	15,8 (13,8 à 17,8)	8,0 (6,7 à 9,2)	6,1 (4,0 à 8,2)
≥ 3	84,7 (83,1 à 86,4)	66,5 (62,3 à 70,6)	84,2 (82,2 à 86,2)	92,0 (90,8 à 93,3)	93,9 (91,8 à 96,0)
Recommandations sur la durée du sommeil					
Respect des recommandations	63,5 (60,4 à 66,7)	75,0 (71,5 à 78,5)	68,2 (64,9 à 71,4)	55,4 (52,2 à 58,5)	45,5 (40,0 à 51,0)
Non-respect des recommandations	36,5 (33,3 à 39,6)	25,0 (21,5 à 28,5)	31,8 (28,6 à 35,1)	44,6 (41,5 à 47,8)	54,5 (49,0 à 60,0)
Variabilité du sommeil					
Faible ou nulle	63,7 (62,0 à 65,5)	74,2 (71,3 à 77,2)	68,8 (66,7 à 70,8)	55,0 (52,5 à 57,6)	49,7 (44,6 à 54,8)
Présente	36,3 (34,5 à 38,0)	25,8 (22,8 à 28,7)	31,2 (29,2 à 33,3)	45,0 (42,4 à 47,5)	50,3 (45,2 à 55,4)
Heure du coucher les jours d'école					
Précoce ou modérée	80,1 (77,9 à 82,4)	88,1 (85,8 à 90,4)	83,4 (81,1 à 85,6)	74,9 (71,9 à 77,9)	65,9 (59,5 à 72,4)
Tardive	19,9 (17,6 à 22,1)	11,9 (9,6 à 14,2)	16,6 (14,4 à 18,9)	25,1 (22,1 à 28,1)	34,1 (27,6 à 40,5)
Heure du coucher les jours de repos					
Précoce ou modérée	74,0 (71,9 à 76,1)	86,5 (84,0 à 89,0)	79,9 (77,9 à 81,9)	64,1 (61,6 à 66,6)	54,7 (49,6 à 59,9)
Tardive	26,0 (23,9 à 28,1)	13,5 (11,0 à 16,0)	20,1 (18,1 à 22,1)	35,9 (33,4 à 38,4)	45,3 (40,1 à 50,4)
Durée du sommeil					
Moyenne les jours de semaine	8,5 (8,4 à 8,6)	9,0 (8,9 à 9,1)	8,7 (8,6 à 8,8)	8,3 (8,1 à 8,4)	8,0 (7,8 à 8,2)
Moyenne les jours de repos	9,7 (9,6 à 9,7)	10,0 (9,9 à 10,1)	9,8 (9,7 à 9,8)	9,6 (9,5 à 9,6)	9,3 (9,2 à 9,5)

Remarque : les proportions qui diffèrent de façon significative ($p < 0,01$) de la catégorie de référence (utilisation active des médias sociaux) figurent en caractères gras.

TABEAU 2
Rapports de cotes ajustés des indicateurs de la santé du sommeil, par catégorie d'utilisation des médias sociaux (n = 12 557)

Intensité de l'utilisation des médias sociaux	Indicateurs de la santé du sommeil, RCa (IC à 95 %)						
	Symptômes d'insomnie	Problèmes de somnolence diurne	Utilisation d'un écran avant de se coucher	Non-respect des recommandations sur la durée du sommeil	Variabilité du sommeil	Heure de coucher tardive les jours d'école	Heure de coucher tardive les jours de repos
Non active	0,98 (0,83; 1,14)	0,78 (0,68; 0,90)	0,42 (0,34 à 0,50)	0,68 (0,58 à 0,81)	0,73 (0,62 à 0,87)	0,53 (0,42 à 0,67)	0,58 (0,48 à 0,72)
Active	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Valeur de référence	Reference Valeur de référence
Intensive	1,09 (0,94; 1,27)	1,14 (1,03; 1,26)	2,07 (1,73 à 2,48)	1,70 (1,50 à 1,93)	1,82 (1,60 à 2,07)	1,89 (1,63 à 2,18)	2,24 (1,97 à 2,55)
Problématique	1,67 (1,31; 2,12)	2,67 (2,15; 3,31)	2,76 (1,86 à 4,08)	2,43 (2,01 à 2,93)	2,23 (1,79 à 2,77)	2,89 (2,20 à 3,79)	3,24 (2,61 à 4,02)

Abbréviations : IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté.

Remarques : Tous les modèles de régression sont ajustés pour le sexe, l'âge, le groupe culturel ou ethnoracial et l'aisance familiale et ont été pondérés à l'aide des facteurs de pondération de l'enquête.

Les proportions qui diffèrent de façon significative ($p < 0,01$) par rapport à la catégorie de référence (utilisation active des médias sociaux) figurent en caractères gras.

sommeil ne variaient pas de façon notable entre les élèves de 11 à 13 ans et ceux de 14 à 17 ans dans les diverses catégories d'utilisation des médias sociaux (figure 2).

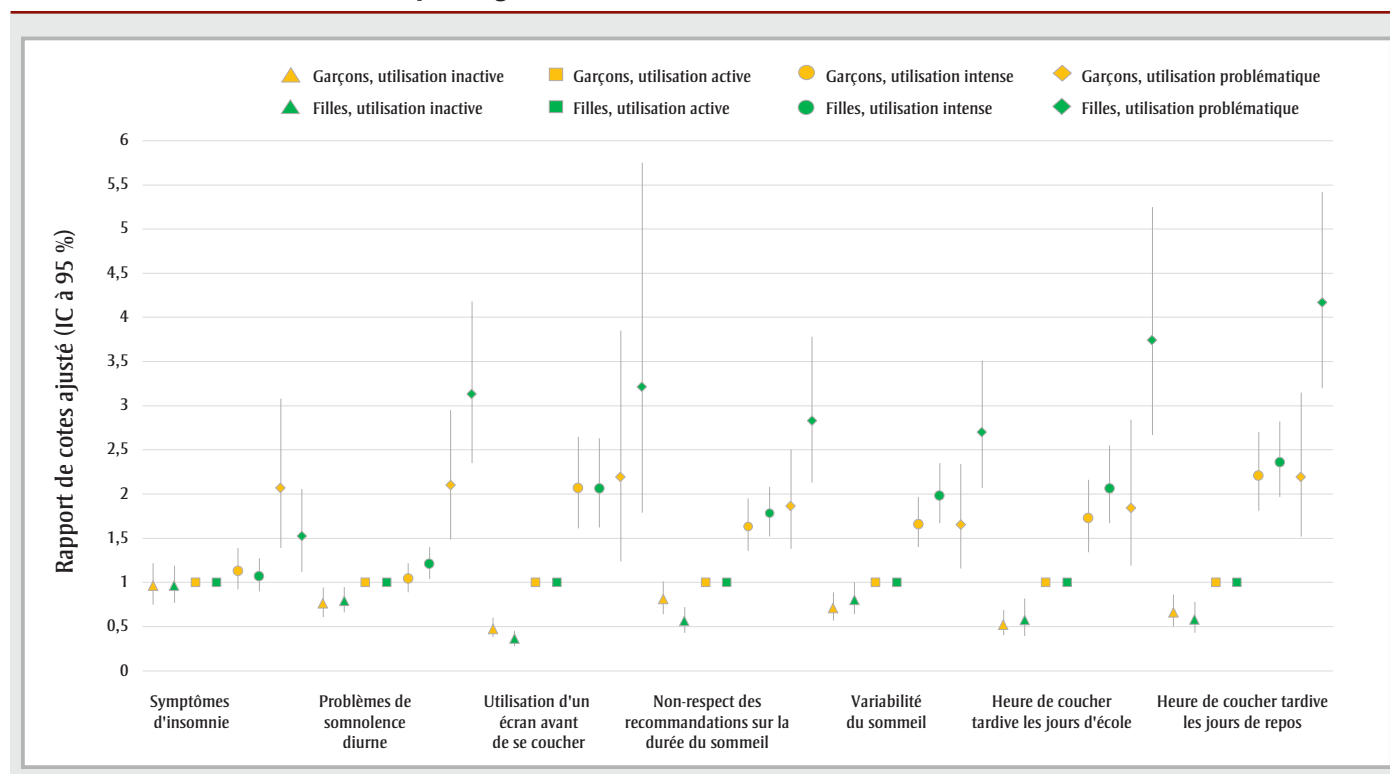
Analyse

Dans le cadre de cette étude, nous avons exploré les associations entre l'utilisation

des médias sociaux et sept indicateurs de la santé du sommeil au sein d'un échantillon représentatif d'adolescents à l'échelle du Canada. D'après nos résultats, l'utilisation intensive et l'utilisation problématique des médias sociaux sont associées à une moins bonne santé du sommeil comparativement à l'utilisation active de la santé du sommeil selon une gamme

d'indicateurs et, inversement, une utilisation non active des médias sociaux est associée à une meilleure santé du sommeil. La présence de symptômes d'insomnie est le seul indicateur à ne pas être associé à l'utilisation des médias sociaux. Les associations se sont révélées plus marquées chez les filles que chez les garçons mais elles n'ont pas varié en fonction de

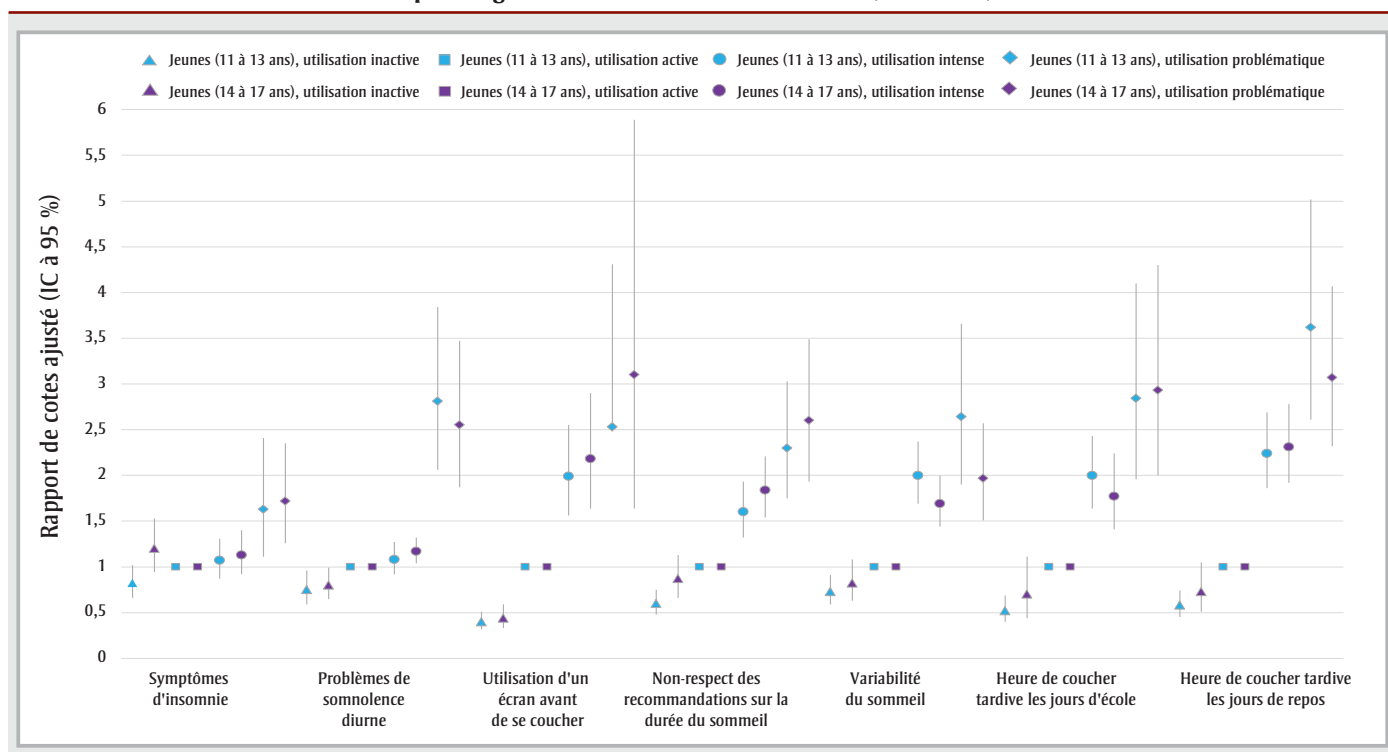
FIGURE 1
Rapports de cotes ajustés stratifiés selon le sexe de sept indicateurs de la santé du sommeil, par catégorie d'utilisation des médias sociaux (n = 12 557)



Abbréviations : IC, intervalle de confiance.

Remarque : Tous les modèles de régression sont ajustés en fonction de l'âge, du groupe culturel ou ethnoracial et de l'aisance familiale et ils sont pondérés à l'aide des facteurs de pondération de l'enquête.

FIGURE 2
Rapports de cotes ajustés stratifiés selon l'âge de sept indicateurs de la santé du sommeil,
par catégorie d'utilisation des médias sociaux (n = 12 557)



Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarque : Tous les modèles de régression sont ajustés en fonction du sexe, du groupe culturel ou ethnoracial et de l'aisance familiale et ils sont pondérés à l'aide des facteurs de pondération de l'enquête.

la tranche d'âge. De façon générale, les associations avec une utilisation problématique des médias sociaux se sont révélées plus fortes que celles avec une utilisation intensive, et ce, pour tous les indicateurs de la santé du sommeil.

Comparativement aux recherches antérieures ayant porté sur la relation entre l'utilisation des médias sociaux et le sommeil^{12,24-26}, notre étude propose une analyse exhaustive de la relation entre cette utilisation et plusieurs indicateurs de la santé du sommeil. Peu d'études ont fait la différence entre l'utilisation intensive et l'utilisation problématique des médias sociaux et leurs associations respectives avec le sommeil. D'après nos résultats, à la fois l'utilisation intensive et l'utilisation problématique affectent de nombreux aspects de la santé du sommeil. On a proposé plusieurs explications à ces associations. Premièrement, les appareils électroniques (téléphones cellulaires, tablettes, écrans d'ordinateur) émettent une lumière bleue qui affecte la production de mélatonine, hormone responsable de la régulation du rythme circadien et du sommeil^{6,7}. Deuxièmement, les activités sur les médias sociaux peuvent susciter une activation

psychophysologique, en partie à cause de la teneur émotionnelle des médias sociaux, et entraîner de ce fait une difficulté à s'endormir^{14,27}. Troisièmement, la nature « sans fin » des médias sociaux fait qu'il est difficile de cesser de les utiliser le soir, particulièrement chez les adolescents dont la capacité à se réguler n'est pas encore pleinement développée^{14,24}. Quatrièmement, les alertes constantes peuvent perturber le sommeil du grand nombre d'adolescents qui gardent leur téléphone dans leur chambre pendant la nuit^{14,24}. Des recherches ont révélé que 15 % des adolescents français ont signalé avoir eu le sommeil perturbé à cause d'alertes de messages textes²⁸. De plus, l'anxiété de ratage (syndrome FOMO, « fear of missing out »), caractérisée par la peur constante de manquer une expérience, peut dissuader les jeunes de fermer leur téléphone le soir et de décrocher des médias sociaux au moment de se coucher¹⁵. Cette crainte peut contribuer à une activation psychophysologique avant l'heure du coucher et retarder le moment de se coucher¹⁵.

Des résultats antérieurs sur le lien entre l'utilisation des médias sociaux et divers résultats en matière de santé (dont la

santé mentale et l'activité physique) font état d'une relation curviligne, où l'utilisation non active et l'utilisation problématique sont toutes deux associées à des risques plus élevés pour la santé en comparaison d'une utilisation active, ce qui relève du principe de Boucles d'Or²⁹. Or nous avons constaté qu'une utilisation non active était corrélée à de meilleurs indicateurs de la santé du sommeil qu'une utilisation active, ce qui laisse entrevoir une relation monotone entre utilisation des médias sociaux et mauvaise santé du sommeil. En particulier, les élèves utilisant de manière intensive les médias sociaux ont obtenu de moins bons résultats en matière de santé du sommeil que les élèves les utilisant de manière active ou de manière non active, même si cette utilisation n'était pas problématique.

Nous avons constaté que l'association entre une utilisation problématique des médias sociaux et les indicateurs de la santé du sommeil était plus prononcée chez les filles que chez les garçons. Des travaux antérieurs ont montré que, même en passant moins de deux heures par jour devant des écrans, les filles étaient plus nombreuses que les garçons à avoir un

manque de sommeil³⁰. Cependant, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux différences entre les sexes sur le plan du lien entre, d'une part, l'utilisation intensive et problématique des médias sociaux et, d'autre part, le sommeil. D'après certaines données, les filles et les garçons utilisent les médias sociaux différemment et les filles sont plus vulnérables que les garçons aux effets négatifs de cette utilisation¹⁴. Par exemple, les filles sont plus nombreuses à faire des comparaisons sociales et à demander une rétroaction sur les médias sociaux, ce qui pourrait avoir une influence sur leurs préoccupations liées à l'image corporelle et expliquer pourquoi leur sommeil est affecté davantage que celui des garçons^{17,31}. Il est aussi possible que les filles soient plus sensibles que les garçons aux effets d'activation psychophysiologique des médias sociaux : en effet, elles ont fait état d'un investissement émotionnel plus grand et d'un stress accru en lien avec l'utilisation des médias sociaux²⁶. Une étude longitudinale menée sur des adolescents aux Pays-Bas a révélé que le stress découlant des médias sociaux était associé à une augmentation de la somnolence diurne chez les filles mais pas chez les garçons²⁶. Des recherches indiquent aussi qu'il existe une différence entre une utilisation active (par exemple publier ou commenter des publications) et une utilisation passive (consulter ou faire défiler des publications) des médias sociaux. Une utilisation passive est associée à une diminution du bien-être, et ce, de manière plus marquée chez les filles³², ce qui pourrait faire en sorte que les filles passent plus de temps sur les médias sociaux le soir et soient davantage touchées par des troubles du sommeil.

Dans l'ensemble, nous n'avons constaté aucune différence statistiquement significative entre les élèves de 11 à 13 ans et ceux de 14 à 17 ans sur le plan des associations entre l'utilisation des médias sociaux et les indicateurs du sommeil. À notre connaissance, cette étude est la première à s'intéresser aux variations selon l'âge de l'association entre les catégories d'utilisation des médias sociaux et les indicateurs de la santé du sommeil. La santé du sommeil évolue en fonction de l'âge : plus les adolescents sont âgés, moins ils dorment et plus ils se couchent tard, en partie à cause de facteurs biologiques^{7,11}. Le temps passé sur les médias sociaux augmente aussi en fonction de l'âge, ce qui pourrait expliquer pourquoi les associations entre

la catégorie d'utilisation et la santé du sommeil sont similaires à tous les âges.

Points forts et limites

Cette étude comporte plusieurs points forts. D'abord, elle utilise des données représentatives à l'échelle nationale, avec une collecte de données qui suit un protocole normalisé. De plus, notre étude a établi une distinction entre une utilisation intensive et une utilisation problématique des médias sociaux. Une échelle validée a été utilisée pour définir l'utilisation problématique, et sept indicateurs de la santé du sommeil ont été évalués pour brosser un portrait global de la santé du sommeil.

Il importe également de souligner quelques limites. L'utilisation de données transversales empêche de tirer des inférences causales. Il est aussi possible que des facteurs de confusion non mesurés n'aient pas été pris en compte dans notre analyse. De plus, les données étaient autodéclarées. Certaines études laissent penser que la durée du sommeil autodéclarée présente une corrélation modérée avec la durée du sommeil mesurée par actigraphie, les participants étant nombreux à surestimer la durée de leur sommeil, ce qui est susceptible de conduire à des erreurs de mesure³³. Par ailleurs, nous avions des données complètes pour seulement 58 % des participants à l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada, et nos analyses ont porté uniquement sur ces participants. Lorsque nous avons comparé les caractéristiques de notre échantillon à celles des échantillons exclus, nous avons constaté des différences notables sur le plan du sexe, des tranches d'âge, du groupe culturel ou ethnoracial, de l'utilisation des médias sociaux et de l'utilisation d'un écran avant de se coucher, ce qui peut avoir comme effet que notre étude comporte un biais d'échantillonnage affectant l'applicabilité des résultats (données disponibles sur demande auprès des auteurs). Un grand nombre de mesures parmi celles utilisées dans cette étude n'ont pas été validées, ce qui constitue un domaine de recherche important pour l'avenir. La mesure de l'utilisation des médias sociaux n'indiquait pas si cette utilisation était active (par exemple communiquer avec des amis, créer du contenu) ou passive (par exemple faire défiler des publications), et notre étude n'a pas non plus permis d'établir une distinction entre l'utilisation des médias sociaux et l'exposition aux écrans en général. Nous ne

disposons pas de données sur le type d'appareil utilisé (téléphone, tablette, ordinateur), alors qu'il s'agit d'un facteur susceptible d'avoir une influence sur les associations avec la santé du sommeil. Pour mieux comprendre comment l'utilisation des médias sociaux affecte le sommeil, d'autres études devront être menées, en particulier pour faire la différence entre une utilisation active et une utilisation passive des médias sociaux. Ces études devront tenir compte des diverses formes d'utilisation des écrans.

Conclusion

Dans notre étude, l'utilisation intensive et l'utilisation problématique des médias sociaux ont été associées toutes deux à une moins bonne santé du sommeil que l'utilisation active, tandis que l'utilisation non active a été associée à une meilleure santé du sommeil. Ces associations se sont révélées plus marquées chez les filles que chez les garçons.

D'autres recherches doivent être menées pour éclaircir les mécanismes à l'origine de l'association entre l'utilisation des médias sociaux et le sommeil ainsi que les différences potentiellement importantes entre les sexes. D'autres études devraient recueillir des données sur les activités exactes liées aux médias sociaux et utiliser des mesures objectives du sommeil et de l'utilisation des médias sociaux (comme le temps passé sur les applications de médias sociaux), de manière à orienter les recommandations en matière de santé publique. Durant la pandémie de COVID-19, le temps passé par les adolescents sur les médias sociaux a grandement augmenté⁴. À la lumière de nos observations, il sera important d'étudier comment l'évolution de l'utilisation des médias sociaux par les adolescents a affecté leur sommeil.

Remerciements

L'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire est une étude internationale menée en collaboration avec le Bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Pour l'Enquête de 2018, la coordonnatrice à l'échelle internationale était Jo Inchley (Université de Glasgow, Écosse) et le gestionnaire de la banque de données était Oddrun Samdal (Université de Bergen, Norvège). Les chercheurs principaux de l'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada sont Wendy Craig

(Université Queen's) et William Pickett (Université Brock et Université Queen's). Le coordonnateur à l'échelle nationale est Matthew King (Université Queen's).

Financement

L'Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada est financée par l'Agence de la santé publique du Canada (6D016-204692/001/SS).

Conflits d'intérêts

Aucun.

Justin J. Lang est l'un des rédacteurs scientifiques associés de cette revue, mais il s'est retiré du processus d'évaluation de l'article.

Contribution des auteurs et avis

FLP : conception, analyse formelle, curation des données, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

JJL : analyse formelle, curation des données, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

BM : curation des données, relectures et révisions.

IS : curation des données, relectures et révisions.

KCR : curation des données, relectures et révisions.

SLW : curation des données, relectures et révisions.

JPC : curation des données, relectures et révisions.

IJ : curation des données, relectures et révisions.

MBN : curation des données, relectures et révisions.

GG : conception, curation des données, analyse formelle, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

Tous les auteurs ont approuvé la version finale du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les

auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Carr CT, Hayes RA. Social media: defining, developing, and divining. *Atl J Commun.* 2015;23(1):46-65. <https://doi.org/10.1080/15456870.2015.972282>
2. Boniel-Nissim M, van den Eijnden RJ, Furstova J, Marino C, Lahti H, Inchley J, et al. International perspectives on social media use among adolescents: implications for mental and social well-being and substance use. *Comput Hum Behav.* 2022;129:107144. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107144>
3. Anderson M, Jiang J. Teens, social media and technology 2018. Washington (DC) : Pew Research Center; 2018.
4. Marciano L, Ostroumova M, Schulz PJ, Camerini AL. Digital media use and adolescents' mental health during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2022;9:793868. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.793868>
5. Boer M, van den Eijnden RJ, Boniel-Nissim M, Wong SL, Inchley JC, Badura P, et al. Adolescents' intense and problematic social media use and their well-being in 29 countries. *J Adolesc Health.* 2020;66(6S):S89-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.014>
6. Woods HC, Scott H. #Sleepyteens: social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *J Adolesc.* 2016;51:41-49. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>
7. Owens J; Adolescent Sleep Working Group; Committee on Adolescence. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics.* 2014;134(3):e921-932. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1696>
8. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep.* 2014;37(1):9-17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>
9. Meltzer LJ, Williamson AA, Mindell JA. Pediatric sleep health: it matters, and so does how we define it. *Sleep Med Rev.* 2021;57:101425. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101425>
10. Chaput JP, Janssen I. Sleep duration estimates of Canadian children and adolescents. *J Sleep Res.* 2016;25(5):541-548. <https://doi.org/10.1111/jsr.12410>
11. Gariépy G, Danna S, Gobina I, Rasmussen M, Gaspar de Matos M, Tynjala J, et al. How are adolescents sleeping? Adolescent sleep patterns and sociodemographic differences in 24 European and North American countries. *J Adolesc Health.* 2020;66(6S):S81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.013>
12. Bartel KA, Gradisar M, Williamson P. Protective and risk factors for adolescent sleep: a meta-analytic review. *Sleep Med Rev.* 2015;21:72-85. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.08.002>
13. Levenson JC, Shensa A, Sidani JE, Colditz JB, Primack BA. The association between social media use and sleep disturbance among young adults. *Prev Med.* 2016;85:36-41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.01.001>
14. van den Eijnden RJ, Geurts SM, Ter Bogt TF, van der Rijst VG, Koning IM. Social media use and adolescents' sleep: a longitudinal study on the protective role of parental rules regarding internet use before sleep. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):1346. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031346>
15. Scott H, Biello SM, Woods HC. Social media use and adolescent sleep patterns: cross-sectional findings from the UK millennium cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(9):e031161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031161>
16. Rideout VR, Robb MB. The Common Sense Census: media use by tweens and teens, 2019. San Francisco (CA): Common Sense Media; 2019. En ligne à : <https://www.commonsensemedia.org/sites/default/files/research/report/2019-census-8-to-18-full-report-updated.pdf>

17. Twenge JM, Martin GN. Gender differences in associations between digital media use and psychological well-being: evidence from three large datasets. *J Adolesc.* 2020;79:91-102. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.018>
18. Van den Eijnden RJ, Lemmens JS, Valkenburg PM. The social media disorder scale. *Comput Human Behav.* 2016;61:478-487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>
19. Boer M, van den Eijnden RJM, Finkenauer C, Boniel-Nissim M, Marino C, Inchley J, et al. Cross-national validation of the social media disorder scale: findings from adolescents from 44 countries. *Addiction Abingdon Engl. mars 2022*;117(3):784-795. <https://doi.org/10.1111/add.15709>
20. Chaput JP, Yau J, Rao DP, Morin CM. Prévalence de l'insomnie chez les Canadiens âgés de 6 à 79 ans. *Rapports sur la santé.* 2018;29(12):17-22.
21. Tremblay MS, Carson V, Chaput JP, Connor Gorber S, Dinh T, Duggan M, et al. Canadian 24-Hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6 Suppl 3):S311-327. <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151>
22. Leger D, Beck F, Richard JB, Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. *PloS One.* 2012;7(10):e45204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045204>
23. Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, Schnohr C, Mazur J, Niclasen B, et al.; FAS Development Study Group. Psychometric validation of the Revised Family Affluence Scale: a latent variable approach. *Child Indic Res.* 2016; 9:771-784. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9339-x>
24. Alonzo R, Hussain J, Stranges S, Anderson KK. Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: a systematic review. *Sleep Med Rev.* 2021;56:101414. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101414>
25. Sampasa-Kanyinga H, Hamilton HA, Chaput JP. Use of social media is associated with short sleep duration in a dose-response manner in students aged 11 to 20 years. *Acta Paediatr.* 2018;107(4):694-700. <https://doi.org/10.1111/apa.14210>
26. van der Schuur WA, Baumgartner SE, Sumter SR. Social media use, social media stress, and sleep: examining cross-sectional and longitudinal relationships in adolescents. *Health Commun.* 2019;34(5):552-559. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1422101>
27. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open.* 2015;5(1):e006748. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006748>
28. Royant-Parola S, Londe V, Tréhout S, Hartley S. Nouveaux médias sociaux, nouveaux comportements de sommeil chez les adolescents. *L'Encéphale.* 2018; 44(4):321-328. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9339-x>
29. Przybylski AK, Weinstein N. A large-scale test of the Goldilocks hypothesis: quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents. *Psychol Sci.* 2017;28(2):204-15. <https://doi.org/10.1177/0956797616678438>
30. Xu F, Adams SK, Cohen SA, Earp JE, Greaney ML. Relationship between physical activity, screen time, and sleep quantity and quality in US adolescents aged 16 – 19. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(9):1524. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091524>
31. Hogue JV, Mills JS. The effects of active social media engagement with peers on body image in young women. *Body Image.* 2019;28:1-5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.002>
32. McManus B, Underhill A, Mrug S, Anthony T, Stavrinou D. Gender moderates the relationship between media use and sleep quality. *J Sleep Res.* 2021;30(4):e13243. <https://doi.org/10.1111/jsr.13243>
33. Lauderdale DS, Knutson KL, Yan LL, Liu K, Rathouz PJ. Self-reported and measured sleep duration: how similar are they? *Epidemiology.* 2008;19(6): 838-845. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e318187a7b0>

Lettre à la rédaction

Réponse à l'article « Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative »

Chandrakant P. Shah, M.D., FRCPC, SM (Hyg), D. Sc. (H.C.), O. Ont. (1,2)

J'ai lu l'article de G. Barbo et S. Alam intitulé « Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative », qui a été publié dans le numéro d'avril de votre revue¹. En tant que personne ayant participé à la prestation de soins primaires aux communautés autochtones du nord-ouest de l'Ontario et à Anishnawbe Health Toronto, j'ai trouvé cet article instructif. Il a réaffirmé des faits généralement connus concernant les problèmes auxquels sont confrontés les peuples autochtones dans le domaine des soins de santé, comme les enjeux relatifs à la protection de la vie privée, le racisme, la discrimination et l'absence de soins respectueux de la culture². Bien que des organismes comme l'Association de médecins indigènes du Canada aient défini les compétences essentielles que doivent posséder les professionnels de la santé³ et que l'Agence provinciale des services de santé de la Colombie-Britannique ait élaboré des cours pour fournir des soins respectant la culture, le rythme d'évolution demeure lent, et on continue toujours à entendre des récits de racisme et de discrimination subis encore aujourd'hui par les peuples autochtones.

Quelle est la cause profonde de ces problèmes? À la fin des années 1980, lorsque j'enseignais la santé autochtone à des étudiants en sciences de la santé à l'Université de Toronto, j'ai demandé à ma classe de décrire les Autochtones et un autre groupe racial, comme les Italiens ou les Japonais du Canada. J'ai été consterné de constater que près de 90 % des adjectifs mentionnés pour décrire les Autochtones étaient des stéréotypes négatifs, comparativement à seulement 10 % pour l'autre groupe racial. La plupart des élèves n'avaient jamais rencontré d'Autochtones et

fondaient leur opinion sur des reportages dans les médias⁴. Je me suis rendu compte que les élèves avaient des « préjugés inconscients » et, pour y remédier, ils avaient besoin de cours sur le respect de la culture autochtone donnés par des enseignants autochtones « ayant une expérience vécue » de ces phénomènes. J'ai également effectué une analyse contextuelle pour évaluer la prestation de cours sur la santé autochtone dans l'ensemble des programmes de sciences de la santé des collèges et universités de l'Ontario : j'ai constaté qu'en raison de l'absence d'enseignants autochtones, la plupart de ces établissements n'offraient pas de cours à ce sujet⁵. Avec l'aide de professionnels autochtones, nous avons élaboré un cours sur le respect de la culture autochtone et formé des précepteurs autochtones pour offrir ces cours dans différentes régions de l'Ontario dans le cadre des programmes de sciences de la santé. Nous avons constaté des changements positifs dans les attitudes des élèves à l'égard des peuples autochtones⁶.

Il est essentiel d'éduquer tous les Canadiens et Canadiennes, jeunes et vieux, ainsi que les nouveaux arrivants et les citoyens naturalisés, au sujet de l'histoire autochtone et des répercussions de la colonisation, des pensionnats, de la rafle des années 1960 et de nos politiques postcoloniales (comme la *Loi sur les Indiens*) sur la santé et le bien-être des peuples autochtones. Pour commencer, je vous recommande de lire le rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada intitulé *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir*⁷.

Merci d'avoir mis en lumière cette problématique.

Lettre à la rédaction par Shah CP dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



Références

1. Barbo G, Alam S. Expériences des Autochtones en matière de soins de santé primaires au Canada : revue systématique qualitative. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2024;44(4):143-166. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.4.01f>
2. Conseil canadien de la santé. Empathie, dignité et respect : créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain [Internet]. Toronto (Ont.) : Conseil canadien de la santé; 2012. En ligne à : <https://publications.gc.ca/site/fra/9.642014/publication.html>
3. Association de médecins indigènes du Canada (AMIC), Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). Les compétences essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations. Winnipeg (Man.) : AMIC; 2008. En ligne à : <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsExternalview.aspx?sortcode=1.19.0.0&id=984>
4. Shah CP. Programme de conférenciers invités en santé amérindienne de l'Université de Toronto : s'attaquer aux préjugés inconscients. Toronto (Ont.) : Fondation canadienne des relations raciales; 2020. En ligne à : https://issuu.com/crrf-fcrr/docs/directions9_shah_mai2020_fr

Rattachement de l'auteur :

1. Professeur émérite, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Médecin-conseil honoraire, Anishnawbe Health Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Chandrakant P. Shah; courriel : c.shah@utoronto.ca

-
5. Shah CP, Reeves A. Increasing Aboriginal cultural safety among healthcare practitioners. [Letter to the Editor.] *Can J Public Health*. 2012;103(5)e397: <https://doi.org/10.1007/BF03404450>
 6. Shah CP, Reeves A. The Aboriginal Cultural Safety Initiative: an innovative health sciences curriculum in Ontario colleges and universities. *Int J Indig Health*. 2015;10(2):117-128. <https://doi.org/10.18357/ijih.102201514388>
 7. Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR). Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. CVR. 2015. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf

Avis de publication

Outil de données sur les indicateurs de la santé périnatale (ISP)

Stephanie Metcalfe, M. Sc.; Jennifer Lye, M.S.P.; Hongbo Liang, Ph. D.; Holly Arscott, M. Sc. P. H.; Chantal Nelson, Ph. D.; Wei Luo, M. Sc.

[Avis de publication](#) par Metcalfe S et al. dans la Revue PSPMC mis à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



La Section de la santé maternelle et infantile de l'agence de la santé publique du Canada (ASPC) a le plaisir d'annoncer une mise à jour de données sur les indicateurs de la santé périnatale (ISP).

L'outil de données interactif se trouve sur le site Web de l'Infobase de l'ASPC et présente les statistiques sur la santé maternelle, fœtale et infantile au Canada fondées sur les données de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et de la Base canadienne de données de l'état civil (bases de données sur les naissances, les mortinaissances et les décès).

Les données comprennent 20 indicateurs regroupés en quatre principaux domaines de la santé: comportements et pratiques en santé, services de santé, santé maternelle et santé infantile. Dans le cadre de cette mise à jour, cinq nouveaux indicateurs ont été ajoutés et trois indicateurs existants ont été modifiés.

Pour accéder au plus récent outil de données sur les indicateurs de la santé périnatale, consultez le : <https://sante-infobase.canada.ca/isp/>.

Rattachement des auteurs :

Centre de surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques

[Appel à contributions](#)
dans la Revue PSPMC mis à disposition selon
les termes de la [licence internationale](#)
[Creative Commons Attribution 4.0](#)

Rédacteurs invités : Stephanie Prince Ware, Ph. D. (Agence de la santé publique du Canada), Gavin McCormack, Ph. D. (Université de Calgary)



Rédacteurs de la revue PSPMC : Robert Geneau et Margaret de Groh (Agence de la santé publique du Canada)

L'endroit où nous travaillons, apprenons, jouons, mangeons et vivons a des répercussions importantes sur la santé. L'environnement bâti est associé au développement des maladies chroniques, et les comportements liés à la santé sont souvent considérés comme les voies critiques menant à cette relation^{1,2}. L'environnement bâti désigne tout élément de l'environnement physique créé ou modifié par l'humain et inclut les structures et les bâtiments, les installations de loisir, les espaces verts et les parcs, les infrastructures de transport et l'aménagement des collectivités.

Les expériences naturelles sont des interventions qui se produisent sans que le chercheur ne puisse interférer sur l'intervention ou l'exposition à cette intervention^{3,4}. Elles offrent la possibilité d'évaluer les effets des interventions « naturelles », comme les modifications apportées à l'environnement bâti (p. ex. la création d'une nouvelle piste cyclable, l'amélioration des parcs, la modification des infrastructures dans les écoles ou les lieux de travail, la construction d'une nouvelle installation de loisirs ou d'une nouvelle épicerie) sur les comportements liés à la santé et les risques de maladies chroniques. Les expériences naturelles s'avèrent souvent plus pratiques pour étudier les effets des interventions environnementales sur la santé par rapport aux études expérimentales classiques (p. ex. les essais contrôlés randomisés). Comparativement aux études transversales, les expériences naturelles permettent de générer des données probantes rigoureuses pour mieux établir la causalité et de comprendre la mise en œuvre des interventions dans des situations du « monde réel ».

Ce numéro spécial se veut une réponse à l'appel à l'action lancé par l'administratrice en chef de la santé publique dans son rapport annuel de 2017 en vue d'évaluer davantage les effets des caractéristiques de l'aménagement des collectivités sur la santé au Canada⁵. Il fait écho à l'intérêt grandissant des milieux universitaires et décisionnels pour l'utilité des expériences naturelles en tant qu'outil essentiel pour faire progresser l'ensemble des données probantes et pour guider les interventions visant à améliorer la santé publique et des populations^{6,7}. Plus précisément, ce numéro spécial sur les expériences naturelles a pour objectif de fournir en temps opportun des données probantes pour mieux comprendre l'efficacité des interventions touchant les environnements bâtis sur les comportements liés à la santé et la prévention des maladies chroniques dans le contexte canadien.

Les rédacteurs de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* sollicitent des articles de recherche d'actualité pertinents qui présentent de nouvelles conclusions ou qui résument ou examinent les données probantes actuelles sur des expériences naturelles touchant l'environnement bâti (ou des politiques connexes) qui influent sur les comportements en matière de santé ayant des répercussions sur la prévention des maladies chroniques au Canada.

Ces sujets pertinents peuvent comprendre ce qui suit :

- les environnements bâtis, notamment les collectivités ou les quartiers, les lieux de travail, les écoles, les infrastructures de transport, les milieux de vie, les environnements de loisirs, les parcs, les terrains de jeux, les espaces verts, les espaces publics ouverts, les environnements naturels et les résidences pour personnes âgées;
- tous les comportements liés à la santé, notamment l'activité physique, le comportement sédentaire, le sommeil, la consommation alimentaire, le tabagisme et l'utilisation de substances;
- les maladies chroniques et les résultats liés à la santé, notamment l'indice de masse corporelle, la condition physique, la tension artérielle, les lipides sanguins, la glycémie, les blessures, les chutes, la santé mentale, le stress, la dépression, l'anxiété, la maladie d'Alzheimer, la démence, l'obésité, le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires.

Les soumissions internationales seront prises en compte si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (p. ex. dans le cadre d'études multipays ou de comparaisons mondiales) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé de la collectivité ou de la population au Canada.

Veuillez consulter le site Web de la revue pour de plus amples renseignements sur les types d'articles et les lignes directrices pour la soumission d'articles à l'intention des auteurs. Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement.

Tous les manuscrits doivent être soumis au moyen du système en ligne ScholarOne Manuscripts de la revue. Pour toute question liée au processus de soumission ou à la portée ou la pertinence d'un article, veuillez communiquer par courriel avec l'équipe de rédaction à l'adresse HPCDP.Journal-Revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca.

Échéance pour les soumissions : 30 novembre 2024

Références

1. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. *Circulation*. 2012;125(5):729-737. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022>
2. Frank LD, Iroz-Elardo N, MacLeod KE, Hong A. Pathways from built environment to health: a conceptual framework linking behavior and exposure-based impacts. *J Transp Health*. 2019;12:319-335. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2018.11.008>
3. Leatherdale ST. Natural experiment methodology for research: a review of how different methods can support real-world research. *Int J Soc Res Methodol*. 2019;22(1):19-35. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1488449>
4. Craig P, Cooper C, Gunnell D, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(12):1182-1186. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200375>
5. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
6. Ogilvie D, Adams J, Bauman A, et al. Using natural experimental studies to guide public health action: turning the evidence-based medicine paradigm on its head. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(2):203-208. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213085>
7. Craig P, Campbell M, Bauman A, et al. Making better use of natural experimental evaluation in population health. *BMJ*. 2022; 379:e070872. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070872>

Autres publications de l'ASPC

Annonce dans la Revue PSPMC
mis à disposition selon les termes
de la [licence internationale](#)
[Creative Commons Attribution 4.0](#)



Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues et livres. Voici quelques articles publiés en 2024.

Apelian H, Aho J, Wong E, Cox J. The impact of the COVID-19 pandemic on social determinants of health, mental health, and substance use among key populations affected by sexually transmitted and blood-borne infections in Canada. *Can J Public Health.* 2024;115(3):432-42. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00888-4>

Batesole J, Tomkinson GR, Erickson KI, Jurivich D, **Lang JJ**, McGrath BM, et al. Weakness thresholds are differentially linked to cognitive function by obesity status in older Americans. *J Alzheimers Dis Rep.* 2024;8(1):601-8. <https://doi.org/10.3233/ADR-230190>

Bitarafan S, Zhu F, Mirza A, Bernstein CN, **Van Domselaar G**, Marrie RA, et al. Assessment of dietary intake and its inflammatory potential in persons with pediatric-onset multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord.* 2024;86:105599. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2024.105599>

Brazo-Sayavera J, Silva DR, **Lang JJ**, Tomkinson GR, Agostinis-Sobrinho C, Andersen LB, et al. Physical fitness surveillance and monitoring systems inventory for children and adolescents: a scoping review with a global perspective. *Sports Med.* À venir 2024. <https://doi.org/10.1007/s40279-024-02038-9>

Brenner DR, Gillis J, **Demers AA**, Ellison LF, Billette JM, Zhang SX, et al.; Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. Projected estimates of cancer in Canada in 2024. *CMAJ.* 2024;196(18):E615-23. <https://doi.org/10.1503/cmaj.240095>

Carter ED, Stewart DE, **Rees EE**, Bezuidenhout JE, **Ng V**, Lynes S, et al. Surveillance system integration: reporting the results of a global multicountry survey. *Public Health.* 2024;231:31-8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.03.004>

Chaput JP, Tomfohr-Madsen L, Carney CE, Robillard R, Sampasa-Kanyinga H, **Lang JJ**. Examining sleep characteristics in Canada through a diversity and equity lens. *Sleep Health.* 2024;10(3):316-20. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2024.02.001>

De Rubeis V, Griffith LE, Duncan L, **Jiang Y, de Groh M**, Anderson LN. Self-reported chronic conditions and COVID-19 public health measures among Canadian adults: an analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Public Health.* 2024;231:99-107. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.03.015>

Garritty C, Nussbaumer-Streit B, Hamel C, Devane D. Rapid reviews methods series: assessing the appropriateness of conducting a rapid review. *BMJ Evid Based Med.* À venir 2024. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112722>

Gholi Zadeh Kharrat F, Gagne C, Lesage A, **Gariépy G**, Pelletier JF, Brousseau-Paradis C, et al. Explainable artificial intelligence models for predicting risk of suicide using health administrative data in Quebec. *PLoS One.* 2024;19(4):e0301117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301117>

Lang JJ, Prince SA, Merucci K, Cadenas-Sanchez C, Chaput JP, Fraser BJ, et al. Cardiorespiratory fitness is a strong and consistent predictor of morbidity and mortality among adults: an overview of meta-analyses representing over 20.9 million observations from 199 unique cohort studies. *Br J Sports Med.* 2024;58(10):556-66. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001884>

Liu L, Pollock NJ, Contreras G, Xu Y, Thompson W. Hospitalizations and emergency department visits for self-harm in Canada during the first two years of the COVID-19 pandemic: a time series analysis. *J Affect Disord.* 2024;355:505-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.123>

MacNeil A, Cottagiri SA, Villeneuve PJ, **Jiang Y, de Groh M**, Fuller-Thomson E. Incident functional limitations among older adults with diabetes during the COVID-19 pandemic: an analysis of prospective data from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can J Diabetes.* 2024;S1499-2671(24)00057-1. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2024.02.005>

Nelson CRM, Dzakpasu S, Moore AM, Darling EK, Edwards W, Murphy P, et al. Diabetes mellitus in pregnancy across Canada. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):349. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06534-8>

Pillay J, Rahman S, Klarenbach S, Reynolds DL, **Tessier LA**, Thériault G, [...] **Garritty C, Traversy G**, et al. Screening for lung cancer with computed tomography: protocol for systematic reviews for the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Syst Rev*. 2024; 13(1):88. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02506-3>

Ricci C, Subburaj D, Lim K, **Shukla N, Kaur J, Xie L, Laverty M, Zakaria D**, et al. Second malignant neoplasms within 5 years from first primary diagnosis in pediatric oncology patients in Canada: a population-based retrospective cohort study. *Front Oncol*. 2024; 14:1376652. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1376652>

Scott MM, Ménard A, Sun AH, Murmann M, Ramzy A, Rasaputra P, et al. Building evidence to advance health equity: a systematic review on care-related outcomes for older, minoritised populations in long-term care homes. *Age Ageing*. 2024;53(4):afae059. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae059>

Shephard R, Uy J, Otterman V, Betker C, Sandhu HS, Tjaden L, [...] **Payne E, Fang L**. The Core Competencies for Public Health in Canada: opportunities and recommendations for modernization. *J Public Health Manag Pract*. 2024;30(3):432-41. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001884>

Vanhelst J, **Lang JJ**, Matelot D, Carré F, Mercier D, Ulmer Z, et al. Cardiorespiratory fitness has declined among French children since 1999, although the decline appears to be getting smaller. *Scand J Med Sci Sports*. 2024;34(5):e14641. <https://doi.org/10.1111/sms.14641>

Weiler HA, Rana H, McCrea J, Loukine L, Bonvalot Y, Nguyen L, [...] **Vercammen K, Luo W, Nicholson C**, et al. Adherence to vitamin D supplementation recommendations for breastfed infants and young children: an analysis of Canadian Community Health Survey data cycles from 2015 to 2018. *J Nutr*. 2024;154(5):1665-75. <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2024.03.016>

Zahan R, Osgood ND, **Plouffe R, Orpana H**. A dynamic model of opioid overdose deaths in Canada during the co-occurring opioid overdose crisis and COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(4):442. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040442>

