

Rapports sur la santé

Caractéristiques sociales et économiques des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes

par Gisèle Carrière, Rochelle Garner et Claudia Sanmartin

Date de diffusion : le 17 octobre 2018



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada 

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2018

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une version HTML est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Avis de correction

Le 17 octobre 2018, dans l'article « Caractéristiques sociales et économiques des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes », nous avons révisé les estimations des taux et les ratios des taux des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes. Des erreurs de données ont été découvertes dans : Tableau 1 (Taux bruts et normalisés selon l'âge des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes, selon des caractéristiques démographiques, géographiques et identitaires, Canada, à l'exception du Québec, de 2011 au 31 décembre 2016); Tableau 2 (Taux bruts et normalisés selon l'âge des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes, selon des caractéristiques du revenu, de la scolarité et de l'emploi, Canada, à l'exception du Québec, de 2011 au 31 décembre 2016); Tableau 3 (Taux bruts et normalisés selon l'âge des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes, selon des caractéristiques du ménage et du logement, Canada, à l'exception du Québec, de 2011 au 31 décembre 2016). Les données de ces tableaux ont été corrigées et remplacées dans les versions HTML et PDF.

Le texte a été révisé comme suit afin de refléter ces corrections:

Résultats

Emploi

Premier paragraphe dans cette section (page 27) :

Les taux d'HIO étaient les plus élevés chez les personnes en chômage (20,4 pour 100 000 habitants) et les personnes âgées de moins de 65 ans qui font partie de la population inactive (32,5 pour 100 000 habitants). Des variations ont été observées selon le type d'emploi. Les taux bruts étaient les plus élevés chez les personnes oeuvrant dans les domaines des « métiers, transport, machinerie et domaines apparentés », des « ventes et services » et de la « santé ». Cependant, le taux normalisé selon l'âge le plus élevé a été observé parmi les personnes oeuvrant dans les domaines de la fabrication et des services d'utilité publique (12,7 pour 100 000 habitants) (tableau 2).

Nous regrettons des inconvénients que cette situation peut avoir causé.

Caractéristiques sociales et économiques des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes

par Gisèle Carrière, Rochelle Garner et Claudia Sanmartin

Résumé

Le nombre d'hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes augmente. Bien qu'il existe beaucoup de renseignements sur la répartition démographique et géographique des événements liés aux opioïdes, les données nationales sur les conditions sociales et économiques des personnes qui ont subi ces événements sont limitées. La présente étude s'appuie sur les données de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 couplées à la Base de données sur les congés des patients (de 2011 à 2016) pour fournir les premières estimations nationales des caractéristiques socioéconomiques des personnes faisant l'objet d'hospitalisations liées aux opioïdes. Les résultats révèlent des taux d'hospitalisation plus élevés chez les personnes dont le niveau de revenu et le niveau de scolarité sont inférieurs, qui sont en chômage ou qui font partie de la population inactive, qui se définissent comme des Autochtones, qui vivent dans des ménages monoparentaux et qui consacrent plus de 50 % du revenu du ménage au logement. Le fait de comprendre les circonstances des personnes qui subissent des événements indésirables relatifs aux opioïdes aidera à élaborer des politiques tenant compte de déterminants potentiels.

Mots clés : données couplées sur la santé, hospitalisation, intoxication aux opioïdes

Une crise des opioïdes sévit actuellement au Canada. Le nombre de décès liés aux opioïdes continue d'augmenter et il a presque atteint le chiffre de 4 000 en 2017¹. La consommation problématique d'opioïdes a aussi une incidence sur l'utilisation des services hospitaliers². Selon un rapport produit par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le taux d'hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes (HIO) a augmenté de 56 %, de l'exercice de 2007-2008 à celui de 2016-2017, pour s'établir à 15,6 personnes pour 100 000 habitants. Près de la moitié de la hausse a été observée au cours des trois dernières années. Les taux étaient les plus élevés parmi les personnes âgées de 45 ans ou plus (environ 20 personnes pour 100 000 habitants), mais la hausse la plus marquée a été observée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, soit de 6,5 à 13,3 personnes pour 100 000 habitants. Au cours de la dernière décennie, les taux ont été plus élevés chez les femmes que chez les hommes jusqu'à l'exercice 2016-2017. À ce moment, le taux chez les hommes (15,8 personnes pour 100 000 habitants) a dépassé celui chez les femmes (15,5 personnes pour 100 000 habitants). Les taux étaient plus élevés dans les provinces de l'Ouest (Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) et dans les territoires que dans les provinces de l'Est³.

Il existe des renseignements sur la répartition démographique et géographique des événements liés aux opioïdes au Canada. Cependant, les données nationales sur les conditions sociales et économiques des personnes subissant ces événements sont limitées. Selon un examen récent des rapports de surveillance provinciaux et territoriaux de l'Agence de la santé publique du Canada, la crise des opioïdes a des répercussions plus importantes sur plusieurs groupes, notamment les itinérants, les détenus et les personnes issues d'une Première Nation⁴. Dans l'ensemble, l'accent a été mis sur le besoin immédiat de faire de la prévention

et d'offrir des traitements, mais on se penche désormais sur les déterminants potentiels de cette crise^{5,6}, comme la pauvreté, le logement, le chômage. Le fait de comprendre les circonstances des personnes qui subissent des événements indésirables relatifs aux opioïdes aidera à élaborer des politiques tenant compte des facteurs en amont.

La présente étude s'appuie sur les données nouvellement couplées qui regroupent de l'information socioéconomique complète et des données administratives des hôpitaux pour décrire les caractéristiques des personnes faisant l'objet d'hospitalisations liées aux opioïdes.

Méthodes

Couplage des données

Les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011 ont été couplées à la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'ICIS et à la Base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, au moyen de l'Environnement de couplage de données sociales (ECDS) de Statistique Canada. L'ECDS aide à créer des fichiers de données couplés sur la population en vue d'une analyse sociale par l'intermédiaire du couplage avec le Dépôt d'enregistrements dérivés (DED), une base de données relationnelle dynamique qui contient uniquement des identificateurs personnels de base⁷. Les données de l'enquête et les données administratives sont couplées au DED au moyen de G-Coup, un logiciel SAS de couplage d'enregistrements généralisé qui soutient le couplage déterministe et probabiliste créé à Statistique Canada⁸. Le couplage a été approuvé par la haute direction de Statistique Canada⁹ et il est régi par la Directive sur le couplage de microdonnées¹⁰.

L'ENM est une enquête volontaire, réalisée en mai 2011, auprès d'environ 4,5 millions (30 %) de logements privés choisis aléatoirement à partir du Recensement de la population de 2011. L'ENM porte sur toutes les personnes qui vivent habituellement au Canada, y compris les résidents permanents et non permanents, ainsi que les personnes qui vivent dans une réserve des Premières Nations, dans un établissement métis ou dans une communauté inuite. Lors de l'ENM de 2011, 36 réserves des Premières Nations ont été partiellement dénombrées¹¹. Dans 13 de ces réserves, le dénombrement a été retardé en raison des feux de forêt dans le nord de l'Ontario. Il a eu lieu à une date ultérieure. L'ENM exclut les résidents d'établissements institutionnels (comme les hôpitaux, les établissements de soins infirmiers et les établissements correctionnels) et de logements collectifs (comme les campements de chantier, les hôtels et les refuges). Parmi les renseignements fournis par l'enquête, mentionnons la participation à la vie active, la scolarité, le revenu, le logement, l'appartenance à une minorité visible et l'identité autochtone autodéclarée¹¹.

Les enregistrements d'environ 6,7 millions de répondants à l'ENM étaient admissibles au couplage; 97 % des données ont été couplées au DED au moyen d'une approche probabiliste fondée sur le numéro de téléphone, les noms de famille, les prénoms, la date de naissance et le lieu de résidence¹². Aucune différence concernant les taux de couplage n'a été observée par mode de collecte, province, sexe ou décennie de naissance¹². Pour assurer la représentativité de la cohorte couplée, des poids ont été calculés après correction en fonction du non-couplage.

La BDCP contient des données démographiques, administratives et cliniques pour toutes les sorties d'un hôpital de soins de courte durée (et pour certaines sorties d'un hôpital psychiatrique, d'un hôpital de réadaptation chronique ou d'un hôpital de chirurgie ambulatoire) dans l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec¹³.

L'ICIS fournit les données chaque année à Statistique Canada. Les sorties qui se sont produites entre le 1^{er} avril 1994 et le 31 mars 2017 étaient admissibles au couplage (n = 84,8 millions); 91 % des données ont été couplées au DED au moyen d'une approche probabiliste fondée sur la date de naissance, le code postal, le sexe et le numéro d'assurance-maladie. L'analyse des enregistrements couplés et non couplés de la BDCP n'a pas permis de prouver la présence d'un biais, mais la répartition des caractéristiques individuelles était similaire (âge, sexe, et province et territoire de résidence¹⁴).

La Base de données sur les décès de la Statistique de l'état civil contient de l'information sur tous les décès qui se sont produits au Canada. Les données sont obtenues tous les ans auprès des bureaux de la statistique de l'état civil provinciaux et territoriaux¹⁵. Les enregistrements de décès faits jusqu'au 31 décembre 2016 étaient admissibles au couplage; 90 % des données ont été couplées au DED au moyen d'une approche probabiliste fondée sur les noms de famille, les prénoms, la date de naissance et la géographie (province, ville et code postal)¹⁶.

Cohorte à l'étude

La cohorte à l'étude est constituée de tous les répondants à l'ENM (à l'exception des résidents du Québec) couplés au DED (n = 4 900 320). Le nombre d'hospitalisations liées aux opioïdes des membres de la cohorte entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 décembre 2016 (n = 3 200, soit 17 480 hospitalisations au cours de la période de six ans) a été déterminé au moyen d'un protocole établi par l'ICIS qui comprenait les codes suivants de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Canada, dixième version (CIM-10-CA), qui déterminent les intoxications associées aux opioïdes : T40.0, T40.1, T40.2, T40.3, T40.4 et T40.6. D'autres codes de diagnostic ont été utilisés pour veiller à ce que seules les hospitalisations liées à une intoxication importante aux opioïdes soient comprises¹⁷. Le nombre de décès des membres de la cohorte à l'étude

(toutes les causes) entre 2011 et 2016 (n = 159 105) a été utilisé pour censurer le dénominateur dans le calcul des taux.

Covariables

Les caractéristiques socioéconomiques des personnes ayant été hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes ont été tirées de l'ENM de 2011.

Le lieu de résidence a été catégorisé en fonction de la taille de la population : grande région urbaine (100 000 habitants ou plus), région urbaine de moyenne taille (de 30 000 à 99 999 habitants), région urbaine de petite taille (moins de 30 000 habitants) et région rurale.

Des répondants ont déclaré faire partie des minorités visibles, comme le définit la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* (à l'exception des Autochtones). De manière distincte, des répondants se sont définis comme des Premières Nations, des Métis ou des Inuits. L'emplacement géographique a servi à catégoriser les personnes issues d'une Première Nation en deux groupes : celles vivant dans une réserve ou celles vivant hors réserve.

Les quintiles de revenu ont été obtenus par région métropolitaine de recensement, selon le revenu après impôts total corrigé en fonction de la taille du ménage. On entend par « scolarité » le plus haut niveau de scolarité atteint par les personnes âgées de 15 ans ou plus.

La participation à la vie active (répondants âgés de 15 ans ou plus) était fondée sur l'emploi au cours de la semaine précédant l'enquête : personne occupée (travail contre rémunération ou travail autonome), personne en chômage (sans travail rémunéré ou sans travail autonome, mais disponible pour travailler) ou personne inactive (qui n'est pas une personne occupée ni une personne en chômage). La dernière catégorie a été subdivisée selon l'âge (moins de 65 ans et 65 ans ou plus) pour identifier les personnes possiblement à la retraite. Parmi les personnes occupées, le groupe d'occupation a été déterminé au moyen des codes de la Classification nationale des professions de 2011.

Tableau 1

Taux bruts et normalisés selon l'âge des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes, selon des caractéristiques démographiques, géographiques et identitaires, Canada, à l'exception du Québec, de 2011 au 31 décembre 2016

Caractéristiques démographiques, géographiques et identitaires	Taux brut pour 100 000 habitants	Intervalle de confiance à 95 %		Taux normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	Intervalle de confiance à 95 %		Ratio du taux normalisé selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Canada, à l'exception du Québec	11,8	11,1	12,5	12,0	11,3	12,7	...	...	...
Sexe									
Hommes	10,0	9,1	11,0	10,2	9,3	11,2	†	...	...
Femmes	13,5	12,4	14,6	13,6	12,5	14,7	1,3	1,2	1,5
Groupe d'âge									
Moins de 15 ans	3,1	2,2	3,9	...	...	...	...	...	...
15 à 24 ans	10,5	8,8	12,3	...	...	...	...	...	...
25 à 44 ans	10,0	8,8	11,2	...	...	...	...	...	...
45 à 64 ans	16,8	15,1	18,5	...	...	...	...	...	...
65 ans ou plus	17,7	15,2	20,2	...	...	...	...	...	...
Lieu de résidence									
Grand centre de population urbain	9,3	8,5	10,1	9,6	8,8	10,5	†	...	...
Centre de population urbain de moyenne taille	23,1	19,3	26,8	23,4	19,6	27,3	2,4	2,2	2,7
Centre de population de petite taille	14,0	11,9	16,1	14,2	12,1	16,3	1,5	1,3	1,6
Région rurale	13,0	11,3	14,8	12,7	11,1	14,4	1,3	1,2	1,4
Minorité visible									
Personnes qui font partie d'une minorité visible	2,6	2,0	3,1	2,9	2,2	3,5	0,2	0,2	0,2
Personnes qui ne font pas partie d'une minorité visible	13,2	12,3	14,2	13,0	12,0	13,9	†	...	...
Groupe d'identité autochtone (réponse unique)									
Premières Nations	34,1	29,7	38,5	41,7	36,2	47,3	3,8	3,6	4,1
Dans une réserve	47,6	42,7	52,5	61,2	54,5	68,0	5,6	5,3	6,0
Hors réserve	26,4	20,2	32,6	30,9	23,2	38,6	2,8	2,7	3,0
Métis	24,8	15,3	34,3	34,3	15,0	53,6	3,2	2,9	3,4
Inuits	22,7	-1,8	47,2	35,1	-9,3	79,5	3,2	3,0	3,5
Non-Autochtones	10,8	10,1	11,5	10,9	10,1	11,6	†	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

†catégorie de référence

Source : Enquête nationale auprès des ménages de 2011 couplée à la Base de données sur les congés des patients (de l'exercice 2011-2012 à l'exercice 2016-2017).

On entend par « situation des particuliers » le lien entre les membres du ménage.

Le ratio des coûts d'habitation par rapport au revenu du ménage total a été calculé. Un ratio de 0,30 ou plus montrait le prix inabordable du logement. Pour faciliter l'interprétation, des catégories pour ce ratio ont été créées à 15 %, à 30 % et à 50 %. Plus de renseignements sur les concepts des variables de l'ENM sont accessibles ailleurs¹⁸.

Méthodes statistiques

Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) et bruts pour 100 000 habitants et les ratios de taux ont été calculés. Les taux étaient fondés sur le dénombrement total des HIO pour tous les exercices financiers (numérateur) et le nombre total de répondants à l'ENM par exercice financier moins les décès

(dénominateur). La normalisation selon l'âge a observé la méthode directe, et la structure par âge du Recensement de la population de 2011 a été appliquée aux groupes d'âge suivants : moins de 15 ans, de 15 à 24 ans, de 25 à 44 ans, de 45 à 64 ans et 65 ans ou plus. Toutes les analyses ont été pondérées en fonction des effets de l'échantillon et du couplage.

Résultats

Sexe, âge et résidence

Les taux d'HIO bruts et normalisés selon l'âge étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, ainsi que parmi les personnes âgées de 45 ans ou plus, par rapport aux groupes d'âge plus jeunes (tableau 1). Les taux étaient relativement élevés dans les provinces de l'Ouest (Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) et dans les territoires, et ils étaient relativement faibles au

Manitoba et à Terre-Neuve-et-Labrador (données non présentées). Les taux étaient 2,4 fois supérieurs parmi les personnes vivant dans des régions urbaines de taille moyenne par rapport à celles vivant dans de grandes régions urbaines (tableau 1).

Minorité visible et identité autochtone

Les taux d'HIO normalisés selon l'âge étaient plus faibles chez les minorités visibles par rapport aux personnes qui ne faisaient pas partie des minorités visibles (2,9 contre 13,0 pour 100 000 habitants). Par rapport à la population non autochtone, les taux étaient plus élevés dans toutes les populations autochtones, plus particulièrement chez les personnes issues d'une Première Nation vivant dans des réserves (taux 5,6 fois

supérieur à celui de la population non autochtone) (tableau 1).

Revenu et scolarité

Le taux brut d'HIO était inversement associé au revenu du ménage, les taux variant de 23,4 personnes pour 100 000 habitants chez les personnes du quintile de revenu le plus bas à 6,6 personnes pour 100 000 habitants chez les personnes du quintile de revenu le plus élevé (tableau 2). Le taux parmi les personnes se classant dans le quintile de revenu le plus bas a augmenté légèrement lorsqu'il était corrigé selon l'âge (25,8 personnes pour 100 000 habitants), tout comme

le taux des personnes dans le deuxième quintile de revenu le plus bas (13,6 personnes pour 100 000 habitants).

En outre, le niveau de scolarité était inversement associé au taux d'HIO; le THNA chez les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires était 2,1 fois supérieur au THNA chez les personnes ayant un diplôme collégial ou ayant fait des études universitaires sans avoir obtenu de baccalauréat (tableau 2).

Emploi

Les taux d'HIO étaient les plus élevés chez les personnes en chômage (20,4 pour 100 000 habitants) et les personnes

âgées de moins de 65 ans qui font partie de la population inactive (32,5 pour 100 000 habitants). Des variations ont été observées selon le type d'emploi. Les taux bruts étaient les plus élevés chez les personnes œuvrant dans les domaines des « métiers, transport, machinerie et domaines apparentés », des « ventes et services » et de la « santé ». Cependant, le taux normalisé selon l'âge le plus élevé a été observé parmi les personnes œuvrant dans les domaines de la fabrication et des services d'utilité publique (12,7 pour 100 000 habitants) (tableau 2).

Tableau 2

Taux bruts et normalisés selon l'âge des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes, selon des caractéristiques du revenu, de la scolarité et de l'emploi, Canada, à l'exception du Québec, de 2011 au 31 décembre 2016

Caractéristiques du revenu, de la scolarité et de l'emploi	Taux brut pour 100 000 habitants	Intervalle de confiance à 95 %		Taux normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	Intervalle de confiance à 95 %		Ratio du taux normalisé selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		
		de	à		de	à		de	à	
Quintile du revenu du ménage										
Quintile 1 (le plus faible)	23,4	21,0	25,8	25,8	23,2	28,5	3,9	3,4	4,6	
2	12,7	10,9	14,5	13,6	11,5	15,6	2,1	1,8	2,4	
3	9,0	7,6	10,4	9,3	7,8	10,7	1,4	1,2	1,6	
4	7,0	5,9	8,1	7,2	6,0	8,4	1,1	0,9	1,3	
Quintile 5 (le plus élevé)	6,6	5,5	7,8	6,6	5,6	7,6	†	...	...
Plus haut niveau de scolarité atteint (15 ans ou plus)										
Aucun certificat, diplôme ou grade	23,0	20,4	25,7	26,3	23,0	29,6	2,1	1,9	2,4	
Diplôme d'études secondaires (ou équivalent) ou certificat d'une école de métiers	14,3	12,8	15,8	14,6	13,0	16,1	1,2	1,0	1,3	
Diplôme collégial ou certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	12,7	11,1	14,4	12,4	10,7	14,1	†	...	...
Grade universitaire	5,5	4,3	6,7	5,8	4,4	7,2	0,5	0,4	0,5	
Situation d'activité (15 ans ou plus)										
Personnes occupées	6,5	5,8	7,2	6,6	5,9	7,4	†	...	...
Personnes en chômage	20,1	14,5	25,6	20,4	13,9	26,9	3,1	2,8	3,5	
Personnes inactives (moins de 65 ans)	30,8	27,8	33,7	32,5	29,3	35,7	4,8	3,0	7,5	
Personnes inactives (65 ans ou plus)	19,6	16,6	22,5	19,6	16,6	22,5	3,0	2,6	3,3	
Profession (selon la Classification nationale des professions de 2011) (15 ans ou plus)										
Gestion	5,1	2,8	7,4	6,4	3,6	9,2	0,7	0,6	0,9	
Affaires, finance et administration	7,3	5,6	8,9	7,0	5,4	8,6	0,8	0,6	0,9	
Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés	3,0	1,9	4,0	2,8	1,6	4,0	0,3	0,2	0,4	
Santé	9,2	5,7	12,8	8,3	5,1	11,4	0,9	0,7	1,1	
Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	6,8	5,0	8,6	6,6	4,9	8,3	0,7	0,6	0,9	
Arts, culture, sports et loisirs	6,1	3,6	8,6	7,0	3,5	10,5	0,8	0,6	0,9	
Vente et services	9,5	7,7	11,3	9,1	7,2	11,0	†	...	...
Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés	9,7	7,9	11,5	9,5	7,7	11,3	1,0	0,9	1,3	
Ressources naturelles, agriculture et production connexe	6,7	3,8	9,7	6,6	3,5	9,6	0,7	0,6	0,9	
Fabrication et services d'utilité publique	8,2	5,2	11,2	12,7	2,4	23,1	1,4	1,1	1,7	

... n'ayant pas lieu de figurer

† catégorie de référence

Source : Enquête nationale auprès des ménages de 2011 couplée à la Base de données sur les congés des patients (de l'exercice 2011-2012 à l'exercice 2016-2017).

Tableau 3

Taux bruts et normalisés selon l'âge des hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes, selon des caractéristiques du ménage et du logement, Canada, à l'exception du Québec, de 2011 au 31 décembre 2016

Caractéristique du ménage et du logement	Taux brut pour 100 000 habitants	Intervalle de confiance à 95 %		Taux normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	Intervalle de confiance à 95 %		Ratio du taux normalisé selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		
		de	à		de	à		de	à	
Situation des particuliers dans le ménage										
Époux ou partenaire en union libre (avec ou sans enfants)	9,8	8,9	10,7	9,8	8,5	11,1	†	...	...
Parent seul	25,5	21,1	30,0	27,8	22,0	33,7	2,9	2,5	3,3	
Enfant d'un couple	5,5	4,6	6,5	16,9	6,6	27,2	1,7	1,5	2,0	
Enfant d'un parent seul	12,6	9,5	15,8	25,1	14,2	36,0	2,6	2,2	2,9	
Personne vivant seule	25,1	21,2	29,0	23,5	19,0	27,9	2,4	2,1	2,7	
Personne vivant avec d'autres personnes	20,2	16,7	23,7	21,0	16,8	25,1	2,1	1,9	2,5	
Mode d'occupation du logement										
Logement de bande	53,8	47,2	60,4	71,9	61,9	82,0	8,4	7,8	9,0	
Logement possédé par un membre du ménage	8,6	7,9	9,3	8,6	7,9	9,2	†	...	...
Logement loué	21,3	19,0	23,5	24,0	21,3	26,6	2,8	2,6	3,0	
Rapport des frais de logement au revenu										
Moins de 15 %	8,7	7,8	9,6	8,5	7,6	9,4	0,7	0,6	0,8	
De 15 % à moins de 30 %	11,0	9,8	12,1	12,0	10,7	13,3	†	...	...
De 30 % à moins de 50 %	14,3	11,9	16,8	15,6	12,9	18,3	1,3	1,2	1,4	
De 50 % à moins de 100 %	23,9	18,8	28,9	26,2	20,6	31,8	2,2	2,0	2,4	
100 % ou plus	18,3	13,5	23,0	18,9	12,6	25,2	1,6	1,4	1,8	

... n'ayant pas lieu de figurer

†catégorie de référence

Source : Enquête nationale auprès des ménages de 2011 couplée à la Base de données sur les congés des patients (de l'exercice 2011-2012 à l'exercice 2016-2017).

Situation des particuliers dans le ménage et logement

Les taux d'HIO normalisés selon l'âge ont été les plus élevés parmi les parents et les enfants de ménages monoparentaux. Le THNA des locataires était 2,8 fois supérieur à celui des propriétaires. Un lien positif a été observé entre les THNA et les frais de logement par rapport au revenu (tableau 3).

Discussion

La présente étude fournit les premiers renseignements nationaux sur les caractéristiques socioéconomiques des personnes vivant dans des logements privés qui ont été hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes en fonction des données de l'enquête et des données couplées des hôpitaux. Les répartitions démographiques et géographiques sont semblables aux conclusions publiées par l'ICIS en fonction des données des hôpitaux seulement. Cette constatation donne à penser que les données couplées sont une source valide d'information dans l'étude des hospitalisations liées aux opioïdes.

Les taux d'HIO plus élevés chez les Autochtones et les personnes à faible revenu vont de pair avec les tendances observées en ce qui concerne les surdoses et les décès dans les provinces sélectionnées. Par exemple, en Colombie-Britannique, les personnes issues d'une Première Nation étaient cinq fois plus susceptibles de faire une surdose d'opioïdes et trois fois plus susceptibles de mourir d'une surdose apparente d'opioïdes, par rapport aux personnes qui ne sont pas issues d'une Première Nation¹⁹. Des tendances semblables ont été observées en Alberta²⁰. Des taux plus élevés de toxicomanie dans les communautés autochtones ont été associés aux effets de la colonisation, du racisme, des traumatismes intergénérationnels et d'un accès réduit aux services de santé mentale^{19,21}. En Alberta, des taux plus élevés de décès liés aux opioïdes ont été observés dans les quartiers à revenu inférieur et à revenu moyen²².

Il existe très peu de renseignements sur le lien entre la consommation problématique d'opioïdes et le statut d'emploi. Les résultats de la National Survey on Drug Use and Health aux États-Unis ont

montré que les personnes en chômage et celles qui font partie de la population inactive avaient des cotes supérieures concernant la consommation à des fins non médicales d'opioïdes sur ordonnance et de stimulants, respectivement, par rapport aux personnes occupées²³. Dans le même ordre d'idées, l'analyse a montré des taux plus élevés d'HIO corrigés en fonction de l'âge chez les personnes en chômage et les personnes âgées de moins de 65 ans qui font partie de la population inactive. Il est évident qu'il faut obtenir davantage de données pour mieux comprendre ces associations.

Limites

Les résultats de la présente étude doivent être examinés dans le contexte de plusieurs limites.

Tout d'abord, l'analyse est fondée sur l'hospitalisation de résidents de logements privés en 2011. Les HIO chez les résidents d'établissements institutionnels, les détenus, les personnes vivant dans des logements collectifs (refuges, établissements de soins infirmiers), les itinérants, les personnes arrivées au

Canada ou nées après mai 2011 ne sont pas prises en considération. Ainsi, les taux d'HIO peuvent être sous-estimés parmi des sous-groupes clés (p. ex. les personnes à faible revenu) qui sont plus susceptibles d'être représentés dans les populations exclues.

Ensuite, il n'était pas possible de coupler les données des hôpitaux du Québec. L'absence de telles données aura une incidence sur la présente étude dans la mesure où les facteurs associés à l'HIO diffèrent au Québec par rapport au reste du pays.

Troisièmement, les caractéristiques des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes sont fondées sur les valeurs de 2011; les analyses ne tiendront pas compte des

changements durant le suivi (p. ex. le lieu de résidence ou le revenu).

Finalement, la présente étude porte uniquement sur les personnes admises à l'hôpital; les surdoses ou les décès liés aux opioïdes qui ne faisaient pas partie des données des hôpitaux ne seront pas pris en considération.

Conclusion

Il est essentiel de comprendre les déterminants sociaux associés à la consommation problématique d'opioïdes pour établir des politiques visant à s'attaquer aux causes fondamentales. Quoique les données administratives en santé, y compris les dossiers d'hospitalisation et les statistiques sur la mortalité, dressent un portrait complet des dimensions

démographiques et géographiques de la situation, elles ne comportent pas d'information sur les caractéristiques sociales et économiques. Grâce au couplage des données de l'enquête et de celles des hôpitaux, il est possible de tenir compte de cette lacune.

La présente étude est la première d'une série d'études qui s'appuient sur des données couplées pour examiner les déterminants sociaux des hospitalisations liées aux opioïdes au moyen de données couplées. D'autres études mettront l'accent sur la surveillance des tendances au fil du temps et sur les analyses multivariées pour comprendre l'incidence d'un ensemble de facteurs sur le risque de résultats négatifs et connaître les principaux facteurs qui contribuent à la situation. ■

Références

- Gouvernement du Canada, *Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes*, document consulté le 1er août 2018, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioïdes/deces-lies-opioïdes.html>.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014), Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Préjudices liés aux opioïdes au Canada (Recueil de graphiques)*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2017, document consulté le 13 août 2018, disponible à l'adresse https://secure.cihi.ca/free_products/opioid-harms-chart-book-fr.pdf
- L. Balzak et J. Halverson, « Synthèse des données probantes – La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 38(6), 2018, p. 255–266.
- A. Kolodny, D.T. Courtwright, C.S. Hwang et al., « The prescription opioid and heroin crisis: A public health approach to an epidemic of addiction », *Annual Review of Public Health*, 36(3), 2015, p. 559–574. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122957.
- N. Dasgupta, L. Beletsky et D. Ciccarone, « Opioid crisis: No easy fix to its social and economic determinants », *American Journal of Public Health*, 108(2), 2018, p. 182–186. doi: 10.2105/AJPH.2017.304187.
- Statistique Canada, *Environnement de couplage de données sociales (ECDS)*, document consulté le 1er août 2018, disponible à l'adresse <https://www.statcan.gc.ca/eng/sdle/index>.
- Statistique Canada. *G-Link Version 3.0 User Guide* (document interne).
- Statistique Canada, *Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) : couplages des recensements de la population de 2011 et de 2016 et de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 à des fichiers administratifs sur la mortalité, le cancer et les hospitalisations et au fichier sur la famille T1 (072-2017)*, document consulté le 1er août 2018, disponible à l'adresse <https://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/2017>.
- Statistique Canada, *Directive sur le couplage de microdonnées*, document consulté le 1er août 2018, disponible à l'adresse <https://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/politique4-1>.
- Statistique Canada, *Guide de l'utilisateur de l'ENM : Enquête nationale auprès des ménages 2011* (n° 99-001-X2011001 au catalogue) Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2013, disponible à l'adresse https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/nhs-enm_guide/99-001-x2011001-fra.pdf
- Statistique Canada, *Social Data Linkage Environment (SDLE) Methodology Report Linkage between the 2011 Census and National Household Survey and the SDLE Derived Record Depository* (version 9), Rapport interne, octobre 2017.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDCP)*, document consulté le 1er août 2018, disponible à l'adresse <https://www.cihi.ca/en/discharge-abstract-database-metadata>.
- Statistique Canada, *Social Data Linkage Environment (SDLE) Methodology Report Linkage between the DAD (Discharge Abstract Database, 1994 to 2016) and the SDLE Derived Record Depository* (versions 13 and 14), Rapport interne, janvier 2018.
- Statistique Canada, *Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès (BCDECD)*, document consulté le 8 août 2018, disponible à l'adresse http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=433426&dis=1
- Statistique Canada, *Social Data Linkage Environment (SDLE) Methodology Report: Linkage between the Canadian Mortality Database (CMDB 2013-14) and the SDLE Derived Record Depository* (version 12), Rapport interne, décembre 2017.
- Institut canadien d'information sur la santé, Canadian Centre on Substance Abuse, *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2016, document consulté le 4 août 2018, disponible à l'adresse https://secure.cihi.ca/free_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20%20EN.pdf
- Statistique Canada, *Dictionnaire de l'Enquête nationale auprès des ménages, 2011*, document consulté le 13 août 2018, disponible à l'adresse <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/99-000-x2011001-fra.pdf>
- First Nations Health Authority, *Overdose Data and First Nations in BC: Preliminary Findings*, document consulté le 6 août 2018, disponible à l'adresse http://www.fnha.ca/newsContent/Documents/FNHA_OverdoseDataAndFirstNationsInBC_PreliminaryFindings_FinalWeb_July2017.pdf
- Alberta Health, *Opioids and Substances of Misuse among First Nations People in Alberta*, document consulté le 11 août 2018, disponible à l'adresse <https://open.alberta.ca/dataset/cb00bdd1-5d55-485a-9953-724832f373c3/resource/31c4f309-26d4-46cf-b8b2-3a990510077c/download/Opioids-Substances-Misuse-Report-FirstNations-2017.pdf>
- Thunderbird Partnership Foundation, *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada* (no H14-65/2011E au catalogue), Ottawa, Ministère de la Santé, 2011.
- Alberta Health, Opioids and substances of misuse: Alberta report, 2018 Q1, document consulté le 6 août 2018, disponible à l'adresse <https://open.alberta.ca/dataset/1cfed7da-2690-42e7-97e9-da175d36f3d5/resource/dcb5da36-7511-4cb9-ba11-1a0f065b4d8c/download/opioids-substances-misuse-report-2018-q1.pdf>
- A.S. Perlmutter, S.C. Conner, M. Savone et al., « Is employment status in adults over 25 years old associated with nonmedical prescription opioid and stimulant use? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 2017, p. 291–298, doi: 10.1007/s00127-016-1312-6.