

Rapports sur la santé

Facteurs déterminants associés à l'usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes au sein de la population à domicile, Canada, 2018

par Gisèle Carrière, Rochelle Garner et Claudia Sanmartin

Date de diffusion : le 15 décembre 2021



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 infostats@statcan.gc.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 |

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 2021

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.

Facteurs déterminants associés à l'usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes au sein de la population à domicile, Canada, 2018

par Gisèle Carrière, Rochelle Garner et Claudia Sanmartin

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202101200002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Le recours aux opioïdes pour gérer la douleur a augmenté au fil du temps, tout comme la morbidité et les décès liés aux opioïdes. En 2018, 12,7 % des Canadiens ont déclaré avoir pris des médicaments antidouleur contenant des opioïdes (MACO) au cours de l'année précédente. La consommation de 9,6 % de ces personnes était problématique et pouvait nuire à leur santé. Bien que des caractéristiques socioéconomiques associées aux méfaits liés aux opioïdes aient déjà été mentionnées, les données probantes sur la santé fondées sur des données administratives au niveau de la population ne comportent pas certains renseignements comportementaux et psychosociaux importants. La présente analyse vise à élargir la portée des travaux de recherche antérieurs au moyen de la modélisation dans le but de rendre compte des facteurs liés à l'usage problématique de MACO au sein de la population à domicile âgée de 15 ans et plus au Canada.

Données et méthodologie

La présente analyse s'appuie sur les réponses recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2018, afin de déterminer les facteurs associés de façon significative (après correction à l'aide de modèles de régression logistique multivariés) à une probabilité élevée d'usage problématique de MACO.

Résultats

Le modèle entièrement corrigé a confirmé que le fait d'être un homme, d'être jeune (âgé de 20 à 24 ans), d'avoir une santé mentale passable ou mauvaise, d'avoir des besoins d'aide insatisfaits concernant des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, d'être fumeur ou d'être hors famille tout en vivant avec d'autres personnes était fortement lié à un usage problématique de MACO.

Interprétation

Dans la présente étude, les perceptions subjectives liées de façon significative à l'usage problématique de MACO, indépendamment des circonstances socioéconomiques, ont été examinées. Bien que des études antérieures fondées sur des données administratives relatives à la santé aient grandement contribué aux connaissances quant aux facteurs associés aux méfaits des opioïdes, des résultats modélisés ont révélé que les facteurs d'expérience autodéclarés méritaient également d'être pris en considération, car ils sont associés de façon significative à un usage problématique. Le fait de déclarer une santé mentale passable ou mauvaise, d'avoir des besoins d'aide insatisfaits et d'être hors famille en ce qui concerne les arrangements familiaux était lié à un usage problématique de MACO, même après correction pour tenir compte des covariables socioéconomiques et d'autres problèmes de santé. La présente étude présente des profils de risque qui pourraient être utilisés pour informer les fournisseurs de soins de santé et éclairer des stratégies visant à appuyer la gestion sûre de la douleur.

Mots clés

crise de surdoses d'opioïdes, douleur, mauvais usage, opioïdes, usage problématique.

AUTEURS

Gisèle Carrière (gisele.carriere@statcan.gc.ca) et Rochelle Garner travaillent à la Division de l'analyse de la santé de la Direction des études analytiques et de la modélisation de Statistique Canada, à Ottawa. Claudia Sanmartin travaille à la Division de l'analyse stratégique, des publications et de la formation de la Direction des études analytiques de Statistique Canada, à Ottawa.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet ?

- En 2018, 12,7 % des Canadiens (environ 3,7 millions) âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir utilisé des médicaments analgésiques aux opioïdes au cours des 12 mois précédents.
- En tout, 9,7 % (environ 351 000) des personnes ayant utilisé des médicaments antidouleur contenant des opioïdes en ont fait un usage problématique.
- Le Canada continue de faire face à une urgence de santé publique liée aux opioïdes dans le cadre de laquelle la hausse des empoisonnements et les décès liés aux opioïdes se poursuit.
- La crise des opioïdes au Canada a des répercussions disproportionnées sur certaines régions du pays et des populations particulières, comme les personnes à faible revenu ou les hommes travaillant dans certaines industries (p. ex. la construction).

Ce qu'apporte l'étude ?

- Les résultats présentés démontrent l'importance des facteurs d'expérience autodéclarés et soulignent que ces facteurs méritent d'être pris en considération dans les travaux de recherche à venir sur les méfaits des opioïdes au niveau de la population.
- Au sein de la population à domicile âgée de 15 ans et plus consommant des médicaments antidouleur contenant des opioïdes, la probabilité d'un usage problématique était plus de deux fois et demie plus élevée (rapport de cotes = 2,61) chez les personnes ayant indiqué avoir des besoins d'aide insatisfaits concernant des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, par rapport aux personnes n'ayant pas de tels besoins. Ces constats sont observés après correction pour tenir compte des circonstances socioéconomiques et d'autres problèmes de santé.
- L'usage problématique était plus probable (rapport de cotes = 1,90) chez les personnes ayant déclaré une santé mentale passable ou mauvaise que chez celles indiquant une meilleure santé mentale perçue, après prise en compte de facteurs de confusion d'ordre socioéconomique et autres.
- La présente étude a permis de confirmer que le fait d'être hors famille et de vivre avec d'autres était également lié de façon indépendante à la probabilité accrue d'un usage problématique de médicaments opioïdes (rapport de cotes = 2,25).

La douleur et sa gestion sont à la base de la crise des surdoses d'opioïdes, ce qui incite certains à demander une stratégie nationale de lutte contre la douleur¹. Cette urgence de santé publique persistante a été exacerbée par la pandémie de COVID-19 au Canada^{2,3,4}, qui a perturbé les initiatives de réduction des méfaits des opioïdes et les services de soins de santé⁵. La gestion de la douleur repose principalement sur le traitement par opioïdes d'ordonnance, qui a contribué à l'apparition de la crise des opioïdes au Canada^{6,7}. L'usage d'opioïdes d'ordonnance a augmenté au cours des deux dernières décennies en Amérique du Nord^{6,8}, tout comme les surdoses, les empoisonnements et les décès liés à l'usage d'opioïdes délivrés sur ordonnance ou sans ordonnance (illicites)^{9,10}.

Le taux de méfaits des opioïdes est plus élevé dans certaines régions du pays^{10,11} et au sein de certains groupes de population particuliers. Ces groupes comprennent les personnes gagnant un faible revenu^{12,13} ou connaissant des périodes d'instabilité d'emploi¹⁴, ou étant employées dans l'industrie de la construction¹⁴. Les Premières Nations, en particulier les Premières Nations vivant dans des réserves, enregistrent également des taux plus élevés de méfaits liés aux opioïdes¹⁵⁻¹⁸.

Des inégalités relatives aux déterminants socioéconomiques de la santé (p. ex. le revenu personnel ou le revenu du ménage) et des services de santé discriminatoires sur le plan racial découlant des répercussions historiques et actuelles de la colonisation^{19,20} auraient entraîné, par exemple, un traitement insuffisant des Autochtones, leur traitement sans leur consentement ou un traitement de piètre qualité²⁰. Des services discriminatoires et des déterminants de la santé ont entraîné des traumatismes, des traumatismes intergénérationnels et une vulnérabilité accrue à la douleur invalidante chez les Autochtones^{4,21}.

Des analyses antérieures, fondées sur des données administratives relatives à la santé, des caractéristiques des personnes victimes d'empoisonnement aux opioïdes ont révélé une tendance croissante chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans²². Toutefois, les renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques générales des personnes faisaient défaut dans ces analyses. Des descripteurs plus complets des personnes ayant été victimes d'une surdose liée aux opioïdes (mortelle ou non) ont permis d'élargir la recherche pour combler certaines lacunes en matière d'information au moyen de couplages d'enregistrements de données administratives sur la population

Tableau 1
Prévalence de la consommation de médicaments antidouleur contenant des opioïdes (MACO) et usage problématique de MACO chez les consommateurs de MACO au cours des 12 mois précédant l'interview, selon certaines caractéristiques démographiques et géographiques et l'identité autochtone, personnes de 15 ans et plus, Canada (sauf les territoires), 2018

	Tout usage de MACO au cours des 12 mois précédents				Usage problématique de MACO chez les consommateurs de MACO			
	Estimation	Intervalle de confiance à 95 %			Estimation	Intervalle de confiance à 95 %		
		%	de	à		%	de	à
Total	3 670 200	12,7	12,2	13,2	351 300	9,6	8,4	11,0
Caractéristiques démographiques et géographiques et identité autochtone ou non autochtone								
Sexe								
Hommes	1 616 700	11,4	10,8	12,1 **	182 500	11,3	9,2	13,9 *
Femmes [†]	2 053 500	13,9	13,3	14,7	168 800	8,2	6,9	9,8
Groupe d'âge								
15 à 19 ans	159 500	8,5	7,1	10,2 **	17 900	11,2	6,5	18,8 ^E
20 à 24 ans	265 200	12,7	10,5	15,3	42 500	16,1	10,1	24,6 ^{E*}
25 à 29 ans	278 300	11,4	9,7	13,3 **	22 700	8,1	5,0	13,0 ^E
30 à 39 ans	570 400	11,3	10,2	12,5 **	57 700	10,1	7,5	13,6 ^E
40 à 49 ans	605 100	13,2	12,0	14,5	66 300	11,0	7,3	16,2 ^E
50 à 59 ans [†]	737 500	15,0	13,7	16,3	56 600	7,7	6,0	9,8
60 à 64 ans	381 100	15,9	14,3	17,6	34 000	8,9	6,3	12,5 ^E
65 ans et plus	673 000	12,2	11,4	13,0 **	53 800	8,1	6,0	10,7 ^E
Identité autochtone								
Identité autochtone	238 500	23,1	20,0	26,5 **	30 900	13,1	8,7	19,1 ^E
Identifié non autochtone [†]	2 717 500	13,5	13,0	14,0	261 100	9,6	8,2	11,3
Province								
Terre-Neuve-et-Labrador	46 300	11,1	9,0	13,5 *	7 100	15,3	8,4	26,3 ^E
Île-du-Prince-Édouard	15 600	12,8	10,5	15,5	X	X	X	X
Nouvelle-Écosse	113 800	15,0	13,2	17,0	X	X	X	X
Nouveau-Brunswick	79 800	13,3	11,4	15,6	X	X	X	X
Québec	663 900	9,9	9,1	10,8 **	57 000	8,6	6,5	11,3
Ontario [†]	1 528 900	13,5	12,6	14,4	169 900	11,2	8,9	13,9
Manitoba	138 200	14,0	12,1	16,1	11 000	8,0	4,4	14,0 ^E
Saskatchewan	104 000	12,2	10,4	14,2	9 600	9,3	5,7	14,8 ^E
Alberta	438 600	13,1	11,9	14,4	40 800	9,3	6,8	12,6 ^E
Colombie-Britannique	541 200	14,2	13,0	15,5	44 300	8,2	5,8	11,5 ^E
Classification des centres de population ou des régions rurales								
Région rurale (moins de 1 000 habitants)	691 200	14,0	13,0	14,9 **	70 500	10,2	8,1	12,9
Petit centre de population (de 1 000 à 29 999 habitants)	518 200	14,9	13,8	16,2 **	35 700	6,9	5,2	9,1 *
Centre de population moyen (30 000 à 99 999 habitants)	415 200	15,0	13,8	16,3 **	48 800	11,8	8,8	15,6 ^E
Grand centre urbain de population (100 000 habitants ou plus)	2 045 600	11,6	10,9	12,2	196 300	9,6	7,8	11,8

x confidentiel en vertu des dispositions de la Loi sur la statistique

E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,01)

[†] catégorie de référence

Note : MACO signifie médicaments antidouleur contenant des opioïdes.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018.

au niveau de la personne. Par exemple, un couplage permettant de rassembler des renseignements sur la situation économique d'une personne au cours des années précédant une surdose d'opioïdes fournit ainsi des données probantes pouvant éclairer les interventions prévues^{14,23}.

L'urgence liée aux opioïdes a entraîné la mise en œuvre de lignes directrices canadiennes sur les pratiques de prescription d'opioïdes en 2017²⁴. Ces lignes directrices visaient à réduire l'exposition aux opioïdes d'ordonnance en faveur d'autres modes de traitement de la douleur dans les populations à venir, afin de réduire ainsi les méfaits futurs des opioïdes. Toutefois, les experts ont jugé qu'il était peu probable que les nouvelles lignes directrices résolvent tous les problèmes liés à ces méfaits pour toutes les personnes souffrant d'une douleur chronique et recevant déjà un traitement aux opioïdes; ils ont plutôt préconisé une stratégie nationale de lutte contre la douleur¹. Plus particulièrement, les résultats des traitements contre la douleur représentent toujours une importante lacune pour ce qui est de l'élaboration d'une stratégie de gestion de la douleur^{4,21}. La présente étude vise à relever les facteurs déterminants liés à

l'un des effets de la gestion de la douleur sur la base d'opioïdes, à savoir leur usage problématique.

À l'heure actuelle, au Canada, les médicaments antidouleur contenant des opioïdes (MACO), comme la codéine, peuvent encore être obtenus sur ordonnance ou sans ordonnance (c.-à-d. en vente libre). En 2018, 12,7 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé des MACO au cours de l'année précédente; 9,7 % (3,7 millions de personnes) d'entre eux ont adopté des modèles de comportement indiquant un usage problématique²⁵.

D'importantes lacunes demeurent en matière d'information liée à la prévalence de la douleur et à l'utilisation problématique de MACO pour gérer la douleur^{4,21,26}. Statistique Canada a, par exemple, publié un rapport sur la prévalence nationale de la douleur chronique²⁷ et d'autres personnes ayant effectué des méta-analyses ont conclu qu'une importante proportion (c.-à-d. environ 1 Canadien sur 5) éprouvait une douleur chronique²⁵⁻²⁹. Cependant, il est difficile de saisir la prévalence de la douleur de façon exhaustive en raison de l'absence de consensus

Tableau 2

Prévalence de la consommation de médicaments antidouleur contenant des opioïdes (MACO) et usage problématique de MACO chez les consommateurs de MACO au cours des 12 mois précédant l'interview, selon certaines caractéristiques socioéconomiques et caractéristiques relatives à l'interdépendance sociale, personnes de 15 ans et plus, Canada (sauf les territoires), 2018

	Tout usage de MACO au cours des 12 mois précédents				Usage problématique de MACO chez les consommateurs de MACO			
	Estimation	Intervalle de confiance à 95 %			Estimation	Intervalle de confiance à 95 %		
		%	de	à		%	de	à
Total	3 670 200	12,7	12,2	13,2	351 300	9,6	8,4	11,0
Caractéristiques socioéconomiques								
Niveau de scolarité du répondant								
Sans diplôme d'études secondaires	457 100	12,1	11,0	13,3	57 800	12,7	9,8	16,4 *
Diplôme d'études secondaires, sans études postsecondaires	950 400	14,2	13,1	15,4 **	109 200	11,5	8,6	15,3 ^E
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires ou grade universitaire [†]	2 192 900	12,2	11,6	12,8	180 400	8,3	7,0	9,8
Situation de travail au cours de la semaine précédant l'enquête								
A occupé un emploi ou a travaillé dans une entreprise [†]	1 893 500	11,2	10,6	11,8	163 300	8,6	6,9	10,7
Absent du travail ou de l'entreprise	262 700	17,3	15,0	19,9 **	29 000	11,0	6,2	18,9 ^E
N'avait pas d'emploi ou ne travaillait pas dans une entreprise	1 290 500	15,3	14,4	16,2 **	133 500	10,4	8,7	12,4
Hors du champ de l'enquête (plus de 75 ans)	195 400	11,3	10,0	12,7	16 900	8,7	5,1	14,3 ^E
Quintile de revenu total du ménage (répartition à l'échelle provinciale)								
Quintile 1 (revenu le plus faible)	812 400	14,4	13,3	15,6 **	91 000	11,2	9,2	13,7 *
Quintile 2	728 700	12,8	11,8	14,0	73 700	10,2	7,9	13,2
Quintile 3	703 400	12,1	11,0	13,3	63 900	9,1	6,6	12,5 ^E
Quintile 4	718 200	12,3	11,3	13,3	69 000	9,6	6,4	14,2 ^E
Quintile 5 (revenu le plus élevé) [†]	707 600	11,9	10,9	13,0	53 600	7,6	5,4	10,6 ^E
Caractéristiques relatives à l'interdépendance sociale								
Situation des particuliers dans le ménage								
Personne hors famille vivant seule	622 800	13,8	12,9	14,7 *	66 000	10,6	8,9	12,7 *
Personne hors famille vivant avec d'autres	176 500	12,4	10,5	14,5	32 800	18,6	12,8	26,2 ^{E**}
Personne vivant avec un conjoint ou un partenaire (avec ou sans enfants) [†]	1 937 100	12,4	11,7	13,0	153 500	8,0	6,3	10,0
Parent seul vivant avec ses enfants ou enfant vivant avec un parent seul (avec ou sans frères et sœurs)	329 900	14,3	12,5	16,3	33 600	10,2	7,1	14,4 ^E
Enfant vivant avec deux parents (avec ou sans frères et sœurs)	265 600	9,7	8,1	11,5 **	28 200	10,7	6,0	18,2 ^E
Autre	335 600	15,4	13,2	17,9 *	37 200	11,1	7,1	17,0 ^E
Degré perçu d'appartenance à la communauté								
Très fort ou plutôt fort [†]	2 277 100	11,8	11,3	12,4	169 600	7,5	6,4	8,8
Plutôt faible ou très faible	1 350 200	14,6	13,7	15,6 **	177 700	13,2	10,7	16,1 **

^E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,01)

[†] catégorie de référence

Note : MACO signifie médicaments antidouleur contenant des opioïdes.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018.

international sur les définitions et d'idiosyncrasies inhérentes à la douleur^{21,26}. En outre, bien que Statistique Canada ait déclaré une prévalence élevée de la douleur au sein de populations particulières (p. ex. la population autochtone³⁰), cette information n'est pas disponible pour chaque année.

De plus, les données probantes existantes sur la situation des personnes subissant des méfaits liés aux opioïdes sont en grande partie fondées sur des données administratives, qui ne donnent pas de renseignements concernant certains comportements pertinents ayant une incidence sur la santé (p. ex. l'usage du tabac, la consommation d'alcool)^{8,31,32}, les facteurs psychosociaux, l'identité ou les particularités sociodémographiques. Certains de ces renseignements peuvent être liés à des différences culturelles dans la façon dont la douleur est vécue, comprise et traitée^{33,34}. Les facteurs psychosociaux jouent un rôle dans les processus de perception de la douleur^{35,36}, y compris les traumatismes historiques et actuels³⁷ qui peuvent catalyser les expériences de douleur. Malgré une grande diversité de circonstances et de cultures, la prévalence de l'expérience de la douleur chez les Autochtones est généralement plus élevée qu'au sein de la population générale, les taux se situant à 17,7 % pour les Premières Nations et à 20,6 % pour les Métis, comparativement à 13,8 % chez les personnes non autochtones³⁰. Étant donné le recours général aux opioïdes d'ordonnance pour gérer la douleur^{6,7}, les Autochtones

peuvent ainsi être également exposés à un plus grand risque de subir des méfaits liés aux opioïdes. On a mentionné qu'en 2018, 12,8 % de tous les décès par surdose en Colombie-Britannique étaient survenus chez des membres de Premières Nations¹⁶. Ce taux est 4,2 fois plus élevé que celui des autres résidents et a, de plus, augmenté par rapport au taux de 3,4 % en 2017¹⁶. Toutefois, des lacunes subsistent en matière d'information (tant au sein de la population générale que parmi des groupes de population particuliers) quant à des enjeux tels que les facteurs de risque psychosociaux en matière de douleur et l'efficacité de la gestion de la douleur. Le Groupe de travail canadien sur la douleur a désigné ces lacunes comme étant des priorités nécessitant des recherches supplémentaires^{4,21,26}.

En 2019, Statistique Canada a fait état d'associations descriptives entre des descripteurs démographiques et géographiques, certains troubles de la santé mentale et l'usage problématique de MACO au sein de la population âgée de 15 ans et plus consommant des MACO au Canada²⁵. La présente analyse vise à élargir la portée de cette étude antérieure en examinant les associations permettant d'obtenir un plus large éventail de caractéristiques. Elle vise à préciser les facteurs socioéconomiques, les comportements ayant une incidence sur la santé et les facteurs psychosociaux associés de façon indépendante et significative à une plus grande probabilité

d'usage problématique de MACO, après prise en compte d'autres descripteurs.

Méthodes

Sources des données

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête transversale qui recueille des renseignements sur l'état de santé, les déterminants de la santé et l'utilisation des soins de santé par la population canadienne âgée de 12 ans et plus. L'ESCC de 2018 comprenait un module facultatif concernant l'utilisation des médicaments antidouleur et les données qu'il comporte ont été recueillies de janvier à décembre 2018. Son taux de réponse global s'est élevé à 58,8 %, ce qui s'est traduit par un échantillon définitif de 55 600 répondants³⁸. En 2018, Statistique Canada a utilisé le terme « Autochtone » dans ses produits de collecte et de diffusion de données. Depuis, le terme « Autochtone » a été adopté comme terminologie privilégiée. La présente analyse désigne, ci-après, comme ayant une identité autochtone, les répondants à l'ESCC de 2018 qui se sont identifiés dans l'enquête comme étant membres des Premières Nations, Métis ou Inuits. Les membres des Premières Nations peuvent comprendre les personnes ayant déclaré être membres d'une Première Nation inscrits ou non. Une des limites de l'ESCC est que les personnes vivant dans une réserve ou un peuplement autochtone dans les provinces ne font pas partie de la population cible de l'ESCC et ne sont pas incluses. Il en va de même pour les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les jeunes âgés de 12 ans et plus vivant dans un foyer d'accueil, les personnes placées en établissement ou les personnes vivant dans les régions sociosanitaires de la Région du Nunavik et de la Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, au Québec. Ces exclusions représentent moins de 3 % de la population cible, soit la population canadienne à domicile âgée de 12 ans et plus. Étant donné que les Autochtones sont reconnus comme l'une des principales sous-populations touchées par la douleur^{4,30} et compte tenu de cette limite observée, les Autochtones n'ont probablement pas adéquatement fait l'objet de la présente étude.

De plus, puisque la présente étude ne repose que sur les données recueillies dans le cadre de l'ESCC pour une année et que l'ESCC est considérée comme représentative des territoires seulement lorsqu'un fichier de deux ans est utilisé (c.-à-d. un fichier reposant sur les cycles combinés de l'ESCC de 2017 et de 2018), les résidents des territoires n'ont pas été inclus dans le fichier de données annuelles de l'ESCC de 2018. Cette limitation concerne particulièrement les résultats déclarés concernant la covariable d'identité autochtone, puisque les Inuits comprennent principalement la population du Nunavut et qu'ailleurs, 50,7 % de la population des Territoires du Nord-Ouest a déclaré une identité autochtone. Par conséquent, le fait d'exclure les populations des réserves et des territoires donne lieu à une population autochtone non représentative.

L'échantillon analytique était en outre limité aux répondants âgés de 15 ans et plus, alors que les analyses de modèles étaient également limitées aux répondants ayant déclaré avoir consommé des MACO au cours des 12 mois précédents.

Définitions

Usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes

On a demandé aux répondants s'ils avaient pris des MACO au cours des 12 mois précédant l'enquête; il leur a été demandé d'inclure les médicaments contenant de la codéine, mais d'exclure les analgésiques ne contenant pas d'opioïdes (p. ex. ceux de type Advil). L'usage problématique de MACO a été défini comme la déclaration de l'un ou l'autre des comportements suivants par les consommateurs de MACO : 1) prendre le médicament en quantité ou selon une fréquence supérieures à la prescription; 2) utiliser intentionnellement des MACO pour l'expérience, l'effet qu'ils faisaient ou pour « se geler »; 3) utiliser les MACO pour des problèmes autres que le contrôle de la douleur, par exemple, se sentir mieux (améliorer l'humeur) ou faire face au stress ou à des problèmes; 4) modifier un produit avant de le prendre (p. ex. écraser des comprimés pour les avaler, les inhaler ou les injecter).

Covariables

La sélection des covariables a été guidée par des études publiées sur des facteurs connus comme étant liés à un usage problématique de MACO et à des événements indésirables liés aux opioïdes^{13,14,22,23,25}. Les comportements en matière d'usage du tabac sont liés à la douleur^{31,32}. Des mécanismes neurologiques ont été mentionnés lorsqu'il s'agissait d'associer un usage élevé du tabac ou une dépendance à la nicotine et la douleur à un risque accru de dépendance aux opioïdes d'ordonnance³¹. On a démontré que l'interdépendance sociale protégeait la santé³⁹. L'instabilité des liens, y compris le chômage (c.-à-d. une période sans contact habituel avec un lieu de travail, un employeur, des collègues ou des clients), a été associée à la dépendance à une drogue ou à l'alcool, à leur mauvais usage et à leurs méfaits^{23,40}. Lors d'un examen distinct à partir des ressources financières, d'autres études montrent le lien entre le risque d'usage problématique d'opioïdes et un faible revenu, le chômage⁴¹ ainsi que de piètres réseaux sociaux ou un faible soutien³⁹. Par conséquent, en plus du revenu du ménage et de la situation d'activité, les renseignements sur le degré perçu d'appartenance à la communauté et la situation des particuliers dans le ménage ont été utilisés comme indicateurs de l'interdépendance sociale.

Données démographiques et géographiques

L'âge du répondant a été classé comme suit : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 64 ans et 65 ans et plus.

Tableau 3
Prévalence de la consommation de médicaments antidouleur contenant des opioïdes (MACO) et usage problématique de MACO chez les consommateurs de MACO au cours des 12 mois précédant l'interview, selon certains déterminants de la santé, personnes de 15 ans et plus, Canada (sauf les territoires), 2018

	Tout usage de MACO au cours des 12 mois précédents				Usage problématique de MACO parmi les consommateurs de MACO			
	Estimation	Intervalle de confiance à 95 %			Estimation	Intervalle de confiance à 95 %		
		%	de	à		%	de	à
Total	3 670 200	12,7	12,2	13,2	351 300	9,6	8,4	11,0
Déterminants de la santé								
Degré autoperçu de stress dans la vie								
Vie pas du tout, pas tellement ou un peu stressante [‡]	2 536 100	11,2	10,7	11,7	190 000	7,5	6,4	8,8
Vie ssez ou extrêmement stressante	1 117 200	18,2	16,9	19,4 **	157 900	14,2	11,2	17,7 **
Santé générale (autoévaluée)								
Excellente ou très bonne [‡]	1 675 700	9,5	8,9	10,1	123 000	7,4	5,8	9,4
Bonne	1 100 300	13,5	12,6	14,5 **	106 100	9,7	7,3	12,9 ^E
Passable ou mauvaise	889 100	29,4	27,6	31,4 **	119 900	13,5	11,4	15,9 **
Santé mentale générale (autoévaluée)								
Excellente ou très bonne [‡]	2 132 300	10,8	10,3	11,4	139 700	6,6	5,4	7,9
Bonne	970 300	14,0	13,1	15,0 **	90 300	9,4	7,5	11,7 [†]
Passable ou mauvaise	560 600	25,0	22,6	27,6 **	118 300	21,2	16,4	26,9 **
Blessure limitant les activités au cours des 12 mois précédents								
Oui	951 400	24,9	23,2	26,6 **	114 500	12,1	9,0	15,9 ^E
Non [‡]	2 714 800	10,8	10,4	11,3	236 800	8,8	7,6	10,1
Nombre de problèmes de santé chroniques (10 au maximum)								
Aucun [‡]	1 282 600	8,3	7,7	8,8	89 300	7,0	5,4	8,9
1 problème de santé chronique	958 800	13,2	12,4	14,2 **	78 400	8,2	6,2	10,8
2 problèmes de santé chroniques ou plus	1 428 800	23,4	22,1	24,7 **	183 600	12,9	10,7	15,5 **
Problèmes de santé chroniques déclarés individuellement								
Arthrite								
Oui	1 232 800	23,1	21,8	24,5 **	133 700	10,9	8,6	13,6
Non [‡]	2 420 000	10,3	9,8	10,8	216 400	9,0	7,6	10,5
Cancer (au cours de sa vie)								
Oui	286 500	17,6	15,4	20,0 **	30 800	10,9	7,2	16,3 ^E
Non [‡]	3 381 300	12,4	11,9	12,9	320 200	9,5	8,2	10,9
Cancer (actuellement)								
Oui	127 700	29,2	25,2	33,6 **	12 400	9,7	5,9	15,6 ^E
Non [‡]	3 534 800	12,4	12,0	12,9	338 600	9,6	8,4	11,1
Diabète								
Oui	390 800	19,1	17,3	21,0 **	35 400	9,1	6,5	12,5 ^E
Non [‡]	3 275 400	12,2	11,7	12,7	315 700	9,7	8,4	11,2
Trouble intestinal								
Oui	367 100	25,3	22,7	28,1 **	28 700	7,8	5,4	11,3 ^E
Non [‡]	3 283 400	12,0	11,5	12,5	320 700	9,8	8,5	11,3
Trouble dû à un accident vasculaire cérébral								
Oui	67 500	22,6	17,9	28,1 **	7 100	10,6	6,1	17,6 ^E
Non [‡]	3 600 300	12,6	12,1	13,1	344 100	9,6	8,4	11,0
Maladie cardiaque								
Oui	232 000	19,4	17,1	22,0 **	22 700	9,8	6,5	14,5 ^E
Non [‡]	3 420 800	12,4	11,9	12,9	322 800	9,5	8,2	10,9
Hypertension artérielle								
Oui	813 100	16,4	15,3	17,5 **	77 000	9,5	7,4	12,1
Non [‡]	2 852 300	12,0	11,4	12,5	273 900	9,6	8,2	11,3
Asthme								
Oui	481 500	20,4	18,4	22,5 **	47 000	9,8	7,2	13,3 ^E
Non [‡]	3 183 300	12,0	11,5	12,5	303 100	9,6	8,2	11,1
Trouble de l'humeur								
Oui	691 300	26,8	24,6	29,0 **	132 200	19,2	15,2	24,0 **
Non [‡]	2 970 300	11,3	10,9	11,8	217 500	7,3	6,3	8,5
Trouble anxieux								
Oui	614 300	24,3	22,4	26,4 **	104 700	17,1	13,7	21,2 **
Non [‡]	3 034 800	11,5	11,1	12,0	232 500	7,7	6,6	8,9
Type de consommateur d'alcool								
Consommation régulière	2 266 300	12,7	12,1	13,3 **	226 900	10,0	8,4	12,0
Consommation occasionnelle	722 100	14,7	13,4	16,1 **	66 500	9,2	7,0	12,0
Aucune consommation d'alcool [‡]	670 500	11,1	10,2	12,1	57 800	8,7	6,5	11,4 ^E
Situation d'usage du tabac								
Fumeur (actuel ou ancien)	2 033 000	17,0	16,2	17,8 **	239 200	11,8	10,1	13,8 **
Fumeur expérimental	433 200	11,1	10,0	12,4 **	46 800	10,8	7,3	15,8 ^{E†}
N'a jamais fumé [‡]	1 197 400	9,3	8,6	9,9	65 300	5,5	4,1	7,2
Besoin perçu d'aide pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, et satisfaction des besoins ou non								
Aucun besoin perçu [‡]	2 581 100	11,0	10,6	11,6	169 400	6,6	5,6	7,7
Tous les besoins perçus ont été comblés	572 200	20,0	18,3	21,9 **	68 000	11,9	9,0	15,6 **
Satisfaction partielle des besoins perçus	281 400	24,7	21,6	28,2 **	67 100	23,9	16,2	33,9 ^{E**}
Besoins perçus non comblés	187 900	16,8	14,4	19,6 **	36 700	19,6	13,1	28,1 ^{E**}

E à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,01)

[‡] catégorie de référence

Note : MACO signifie médicaments antidouleur contenant des opioïdes.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018.

Tableau 4

Covariables statistiquement significatives ou non ($p < 0,05$) liées à un usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes (MACO) dans des analyses brutes (c.-à-d. bivariées), un modèle logistique corrigé en fonction de l'âge et du sexe et un modèle logistique entièrement corrigé, personnes de 15 ans et plus ayant déclaré avoir eu recours à des MACO au cours des 12 mois précédant l'interview, Canada (sauf les territoires), 2018

	Analyse brute	Correction en fonction de l'âge et du sexe	Correction complète
Caractéristiques démographiques et géographiques et identité autochtone			
Sexe	Oui	Oui	Oui
Groupe d'âge	Oui	Oui	Oui
Identité autochtone	Non	...	...
Province	Non	Oui	Oui
Classification des centres de population	Oui	Non	...
Caractéristiques socioéconomiques			
Niveau de scolarité (répondant)	Oui	Oui	Non
Situation de travail au cours de la semaine précédant l'enquête	Non	Oui	Non
Quintile de revenu total du ménage (répartition à l'échelle provinciale)	Oui	Oui	Non
Caractéristiques relatives à l'interdépendance sociale			
Situation des particuliers dans le ménage	Oui	Oui	Oui
Degré perçu d'appartenance à la communauté	Oui	Oui	Non
Déterminants de la santé			
Degré autopercu de stress dans la vie	Oui	Oui	Non
Santé générale (autoévaluée)	Oui	Oui	Non
Santé mentale générale (autoévaluée)	Oui	Oui	Oui
Blessure limitant les activités au cours des 12 mois précédents	Non	Non	Non
Nombre de problèmes de santé chroniques	Oui	Oui	Non
Arthrite	Non	Oui	Non
Cancer (au cours de sa vie)	Non	Non	...
Cancer (actuellement)	Non	Non	...
Diabète	Non	Non	...
Trouble intestinal	Non	Non	...
Trouble dû un accident vasculaire cérébrale	Non	Non	...
Maladie cardiaque	Non	Non	...
Hypertension artérielle	Non	Non	...
Asthme	Non	Non	...
Trouble de l'humeur	Oui	Oui	Non
Trouble anxieux	Oui	Oui	Non
Type de consommateur d'alcool	Non	Non	...
Situation quant à l'usage du tabac	Oui	Oui	Oui
Besoin perçu d'aide pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues et satisfaction des besoins ou non	Oui	Oui	Oui
... n'ayant pas lieu de figurer			

Notes : MACO signifie médicaments antidouleur contenant des opioïdes. Les estimations ont été désignées comme ne s'appliquant pas lorsque la covariable n'était pas significativement associée ($p < 0,05$) à l'usage problématique de MACO dans les modèles corrigés en fonction de l'âge et du sexe; elle n'a donc pas été incluse dans le modèle final.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018.

Les répondants ont été classés en fonction de leur province de résidence au moment de l'enquête. Au sein des provinces, les répondants ont été classés en fonction de la taille du centre de population de leur lieu de résidence, selon le Recensement de 2016 : petits centres de population (de 1 000 à 29 999 habitants), centres de population moyens (de 30 000 à 99 999 habitants) et grands centres de population urbains (100 000 habitants ou plus)⁴². Les régions à l'extérieur des centres de population ont été classées comme des régions rurales.

Données socioéconomiques

Le niveau de scolarité le plus élevé des répondants a été classé comme suit : sans diplôme d'études secondaires; diplôme d'études secondaires, sans études postsecondaires; certificat ou diplôme d'études postsecondaires ou grade universitaire.

La situation d'emploi des répondants au cours de la semaine précédant l'enquête a été classée comme suit : a occupé un emploi ou a travaillé dans une entreprise; avait un emploi, mais était absent du travail ou de l'entreprise (p. ex. en vacances); n'avait pas d'emploi ou ne travaillait pas dans une entreprise, était âgé de 75 ans ou plus (c.-à-d. hors du champ de l'enquête pour ce point).

Le quintile de revenu total du ménage représente le ratio corrigé du revenu du ménage du répondant par rapport au seuil de faible revenu pour la taille du ménage et de la collectivité, divisé en quintiles selon les répartitions provinciales. En l'absence de données (environ 10 % des répondants), le revenu total du ménage a été imputé lors du traitement de l'enquête³⁸.

Interdépendance sociale

Selon la situation des particuliers dans le ménage, les répondants ont été classés comme suit : personnes hors famille vivant seules; personnes hors famille vivant avec d'autres personnes; personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire (avec ou sans enfants); parent seul vivant avec des enfants ou enfant vivant avec un parent seul (avec ou sans frères et sœurs); enfant vivant avec deux parents (avec ou sans frères et sœurs); autre.

On a demandé aux répondants d'évaluer leur niveau perçu d'appartenance à la communauté sur une échelle de quatre points. Les réponses ont été regroupées en deux catégories pour distinguer les répondants dont le sentiment d'appartenance à la communauté était très fort ou plutôt fort de ceux dont le sentiment d'appartenance était plutôt faible ou très faible.

Tableau 5

Rapports de cotes ajustés associant certaines caractéristiques à l'usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes (MACO), population à domicile âgée de 15 ans et plus ayant déclaré avoir consommé des MACO dans les 12 mois précédant l'interview, Canada (sauf les territoires), 2018

Caractéristique	Modèle 1			Modèle 2			Modèle entièrement corrigé		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Groupe d'âge									
15 à 19 ans	1,57	0,60	4,08	1,77	0,67	4,70	1,56	0,58	4,21
20 à 24 ans	2,88 **	1,37	6,07	3,08 **	1,44	6,56	2,66 *	1,22	5,76
25 à 29 ans	1,20	0,61	2,38	1,25	0,63	2,49	1,12	0,56	2,27
30 à 39 ans	1,66 *	1,04	2,67	1,65 *	1,02	2,66	1,51	0,93	2,46
40 à 49 ans	1,46	0,89	2,39	1,46	0,89	2,40	1,39	0,86	2,24
50 à 59 ans [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
60 à 64 ans	1,00	0,59	1,70	0,98	0,57	1,66	1,01	0,59	1,74
65 ans et plus	1,11	0,64	1,93	1,09	0,63	1,91	1,15	0,66	2,00
Sexe									
Hommes	1,55 **	1,13	2,12	1,45 *	1,06	1,97	1,55 **	1,13	2,12
Femmes [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Province									
Terre-Neuve-et-Labrador	1,00	0,44	2,24	0,93	0,40	2,13	1,02	0,45	2,33
Île-du-Prince-Édouard	0,39	0,11	1,37	0,37	0,10	1,35	0,37	0,09	1,46
Nouvelle-Écosse	0,33 **	0,15	0,73	0,32 **	0,14	0,71	0,32 **	0,14	0,72
Nouveau-Brunswick	0,62	0,29	1,35	0,63	0,29	1,38	0,66	0,30	1,46
Québec	0,82	0,55	1,23	0,80	0,53	1,21	0,83	0,56	1,24
Ontario [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Manitoba	0,65	0,29	1,46	0,64	0,29	1,44	0,64	0,28	1,45
Saskatchewan	0,57	0,29	1,14	0,54	0,26	1,10	0,55	0,27	1,11
Alberta	0,70	0,45	1,10	0,70	0,44	1,11	0,69	0,43	1,09
Colombie-Britannique	0,70	0,44	1,12	0,69	0,44	1,09	0,70	0,44	1,11
Quintile de revenu total du ménage (répartition à l'échelle provinciale)									
Quintile 1 (revenu le plus faible)	0,88	0,51	1,54	0,86	0,50	1,51	0,87	0,50	1,52
Quintile 2	1,00	0,59	1,69	0,98	0,58	1,64	0,97	0,57	1,64
Quintile 3	1,01	0,56	1,80	1,01	0,57	1,79	1,00	0,57	1,76
Quintile 4	1,17	0,66	2,05	1,17	0,67	2,04	1,12	0,64	1,97
Quintile 5 (revenu le plus élevé) [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Niveau de scolarité (répondant)									
Sans diplôme d'études secondaires	1,35	0,91	2,02	1,26	0,85	1,88	1,30	0,87	1,94
Diplôme d'études secondaires, sans études postsecondaires	1,19	0,82	1,72	1,14	0,79	1,65	1,12	0,78	1,61
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires ou grade universitaire [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Santé générale (autoévaluation)									
Excellente ou très bonne [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bonne	0,98	0,66	1,45	0,97	0,66	1,43	0,95	0,64	1,40
Passable ou mauvaise	0,94	0,57	1,55	0,95	0,58	1,54	0,97	0,60	1,58
Santé mentale (autoévaluation)									
Excellente ou très bonne [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bonne	1,18	0,82	1,71	1,13	0,78	1,63	1,00	0,69	1,46
Passable ou mauvaise	2,56 **	1,61	4,06	2,44 **	1,54	3,89	1,90 **	1,18	3,04
Degré autopercu de stress dans la vie									
Vie pas du tout, pas tellement ou un peu stressante [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Vie assez ou extrêmement stressante	1,38	1,00	1,90	1,38 *	1,00	1,89	1,30	0,94	1,80
Nombre de problèmes de santé chroniques (10 au maximum)									
Aucun [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
1 problème de santé chronique	1,40	0,87	2,24	1,38	0,86	2,20	1,32	0,83	2,10
2 problèmes de santé chroniques ou plus	1,74 *	1,07	2,83	1,62 *	1,01	2,60	1,47	0,92	2,34
Situation de travail au cours de la semaine précédant l'enquête									
A occupé un emploi ou a travaillé dans une entreprise [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Absent du travail ou de l'entreprise	1,27	0,64	2,51	1,26	0,65	2,44	1,21	0,63	2,30
N'avait pas d'emploi ou ne travaillait pas dans une entreprise	1,16	0,83	1,61	1,17	0,84	1,64	1,14	0,81	1,60
Hors du champ de l'enquête (plus de 75 ans)	1,12	0,49	2,56	1,17	0,51	2,68	1,22	0,54	2,77
Degré perçu d'appartenance à la communauté									
Très ou plutôt fort [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Plutôt ou très faible	1,34	0,97	1,85	1,33	0,96	1,83	1,24	0,92	1,68
Situation des particuliers dans le ménage									
Personne hors famille vivant seule	1,23	0,88	1,72	1,22	0,87	1,71	1,17	0,83	1,65
Personne hors famille vivant avec d'autres	2,36 **	1,26	4,44	2,28 **	1,23	4,24	2,25 *	1,21	4,18
Personne vivant avec un conjoint ou partenaire (avec ou sans enfants) [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Parent seul vivant avec ses enfants ou enfant vivant avec un parent seul (avec ou sans frères et sœurs)	1,00	0,58	1,73	1,03	0,60	1,76	0,99	0,57	1,72
Enfant vivant avec deux parents (avec ou sans frères et sœurs)	0,83	0,36	1,93	0,92	0,40	2,11	0,94	0,40	2,16
Autre	1,32	0,69	2,55	1,30	0,67	2,54	1,37	0,71	2,66
Situation quant à l'usage du tabac									
Fumeur expérimental	...	...	...	2,11 **	1,24	3,58	2,02 **	1,21	3,39
N'a jamais fumé [†]	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Besoin perçu d'aide pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues et satisfaction des besoins ou non									
Aucun besoin perçu [†]	1,00	1,00	1,00
Tous les besoins perçus ont été comblés	...	...	...	...	...	...	1,28	0,82	1,99
Satisfaction partielle des besoins perçus	...	...	...	...	...	...	2,18 **	1,28	3,70
Besoins perçus non comblés	...	...	...	...	...	...	2,61 **	1,42	4,81

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,01)

[†] catégorie de référence

Note : MACO signifie médicaments antidouleur contenant des opioïdes.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018.

Mesures de la santé

Les répondants ont évalué leur santé générale ainsi que leur santé mentale sur une échelle de Likert de cinq points. Les réponses ont été regroupées pour refléter trois niveaux de santé générale et mentale autoperçues : excellente ou très bonne, bonne et passable, mauvaise.

On a demandé aux répondants d'évaluer le stress dans leur vie sur une échelle de Likert à cinq points. Les réponses ont été regroupées en deux catégories pour rendre compte des personnes percevant leur vie comme n'étant pas du tout, pas tellement ou un peu stressante, comparativement à celles déclarant que leur vie était assez ou extrêmement stressante.

On a demandé aux répondants s'ils avaient reçu le diagnostic d'un des problèmes de santé chroniques suivants par un professionnel de la santé : souffre des effets d'un accident vasculaire cérébral, arthrite, maladie cardiaque, hypertension artérielle, diabète, cancer (au cours de leur vie), cancer (actuellement), asthme, maladies intestinales inflammatoires (p. ex. colite, syndrome du côlon irritable), trouble de l'humeur et trouble anxieux. Le nombre de problèmes de santé chroniques déclarés par un répondant a également été additionné et examiné par catégorie : aucun des problèmes de santé chroniques, un problème de santé chronique, deux problèmes de santé chroniques ou plus.

On a demandé aux répondants s'ils avaient subi, au cours des 12 derniers mois, des blessures suffisamment graves pour limiter leurs activités normales, à l'exclusion des lésions attribuables à des mouvements répétitifs. Cette variable a été analysée de façon dichotomique (oui ou non).

La situation des répondants quant à leur usage du tabac au cours des 12 mois précédant l'interview a été classée comme suit : fumeur (c.-à-d. fumeur quotidien ou occasionnel ancien ou actuel); fumeur expérimental (c.-à-d. ayant fumé au moins une cigarette au cours de sa vie, mais ne fumant pas au moment de la tenue de l'enquête); personne n'ayant jamais fumé (c.-à-d. n'ayant jamais fumé une cigarette entière).

De même, la consommation d'alcool des répondants au cours des 12 mois précédant l'enquête a été utilisée pour décrire leur type de consommation d'alcool : consommateur régulier (consommation d'alcool au moins une fois par mois), consommateur occasionnel (consommation d'alcool moins d'une fois par mois) et non consommateur (comprenant les anciens buveurs et les personnes n'ayant jamais consommé d'alcool).

On a posé aux répondants une série de questions pour déterminer les besoins insatisfaits en matière de soins de santé concernant la santé mentale ou la consommation d'alcool ou de drogues. Les réponses à ces questions ont permis de classer les répondants dans l'une des catégories suivantes : aucun besoin perçu en matière de soins de santé mentale et aucun problème de consommation d'alcool ou de drogues; tous les besoins

perçus ont été comblés; les besoins perçus ont été satisfaits en partie; les besoins perçus n'ont pas été comblés.

Techniques d'analyse

La prévalence de deux résultats (la consommation de MACO et un usage problématique parmi les personnes consommant des MACO) a été examinée en fonction de certaines caractéristiques de la population, et un test d'hypothèse a notamment été effectué pour l'ensemble des covariables (tableaux 1 à 3). Les caractéristiques qui se sont révélées avoir un lien significatif avec l'usage problématique de MACO après correction en fonction de l'âge et du sexe (tableau 4) ont été incluses dans un modèle logistique multivarié (tableau 5). Un modèle de régression logistique multivarié a été utilisé pour déterminer les facteurs indépendamment associés à l'usage problématique chez les personnes consommant des MACO après correction complète.

Des poids d'échantillonnage ont été appliqués pour rendre les résultats généralisables à la population canadienne à domicile âgée de 15 ans et plus, tandis que des poids bootstrap ont été appliqués dans SAS EG 7.1 avec le logiciel SUDAAN 11.0 exécutable par SAS pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types découlant du plan de sondage complexe⁴³. Les intervalles de confiance pour chaque point d'estimation sont indiqués et les notes des coefficients de variation sont présentées dans les tableaux lorsque l'interprétation justifie une certaine prudence en raison d'un plus grand manque de fiabilité attribuable aux petits nombres d'unités dans l'échantillon.

Résultats

Les tableaux 1 à 3 font état de la prévalence de l'usage de MACO et de l'usage problématique de MACO parmi les consommateurs de MACO au cours des 12 mois précédant l'enquête en fonction de certaines covariables de répondants. Au sein des consommateurs de MACO, l'usage problématique était significativement plus fréquent chez les hommes (11,3 %) que chez les femmes (8,2 %), chez les répondants âgés de 20 à 24 ans (16,1 %) que chez ceux de 50 à 59 ans (7,7 %), chez les répondants sans diplôme d'études secondaires (12,7 %) que chez ceux ayant fait des études postsecondaires (8,3 %) et chez ceux vivant dans un ménage à faible revenu (11,2 %) que chez ceux vivant dans un ménage du quintile de revenu le plus élevé (7,6 %). À l'inverse, l'usage problématique était nettement plus faible chez les personnes vivant dans de petits centres de population (6,9 %) que chez celles vivant dans les grands centres de population (9,6 %).

En ce qui concerne les caractéristiques relatives à l'interdépendance sociale, la prévalence de l'usage problématique était beaucoup plus élevée chez les personnes hors famille vivant seules (10,6 %) ou avec d'autres personnes (18,6 %) que chez les personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire (8,0 %), et chez les personnes ayant un sentiment d'appartenance à la communauté plutôt faible ou très faible

(13,2 %) par rapport à celles ayant un sentiment d'appartenance à la communauté plutôt fort ou très fort (7,5 %).

Selon les circonstances et les conditions liées à la santé, la prévalence d'un usage problématique de MACO était plus élevée chez les personnes percevant leur vie comme étant assez ou extrêmement stressante (14,2 %) que chez celles la percevant comme un peu, pas tellement ou pas du tout stressante (7,5 %); chez les personnes dont l'état de santé général était passable ou mauvais (13,5 %) que chez celles le jugeant très bon ou excellent (7,4 %); chez celles dont la santé mentale était passable ou mauvaise (21,2 %) ou bonne (9,4 %) que chez celles ayant une très bonne ou une excellente santé mentale (6,6 %); et chez les personnes ayant déclaré deux problèmes de santé chroniques ou plus (12,9 %) que chez celles n'en ayant déclaré aucun (7,0 %) (tableau 3). La prévalence d'un usage problématique de MACO était plus de deux fois plus élevée chez les personnes ayant déclaré un trouble de l'humeur (19,2 %) ou un trouble anxieux (17,1 %) que chez les autres (respectivement 7,3 % et 7,7 %). De plus, les fumeurs (11,8 %) et les fumeurs expérimentaux (10,8 %) enregistraient une prévalence d'usage problématique de MACO presque deux fois plus élevée que les personnes n'ayant jamais fumé (5,5 %).

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé et l'accès à ces derniers, les personnes consommant des MACO et celles pour lesquelles des besoins d'aide en raison de problèmes liés aux émotions ou à la santé mentale ou à une consommation d'alcool ou de drogues étaient insatisfaits (19,6 %) ou partiellement satisfaits (23,9 %) étaient au moins trois fois plus susceptibles de déclarer un usage problématique que celles n'ayant pas perçu ces besoins (6,6 %).

Il convient de mentionner que, même si la consommation de MACO variait selon certaines des caractéristiques examinées et selon le groupe d'identité autochtone, l'usage problématique de MACO n'était pas associé aux facteurs individuels suivants : l'identité autochtone, la situation d'emploi, le fait d'avoir subi une blessure limitant les activités au cours des 12 mois précédents et le type de buveur (tableaux 1 à 3).

À l'aide de covariables d'identification significativement liées à un usage problématique de MACO après correction selon l'âge et le sexe (tableau 4), le modèle entièrement corrigé (tableau 5) a permis de confirmer des cotes exprimant le risque sensiblement élevées d'usage problématique de MACO au cours des 12 mois précédents chez les personnes présentant les caractéristiques suivantes : être âgées de 20 à 24 ans (rapport de cotes [RC] = 2,66), être de sexe masculin (RC = 1,55), avoir une santé mentale passable ou mauvaise (RC = 1,90), être une personne hors famille vivant avec d'autres personnes (RC = 2,25), être un fumeur (RC = 2,06) ou un fumeur expérimental (RC = 2,02), avoir des besoins insatisfaits (RC = 2,61) ou partiellement satisfaits (RC = 2,18) en matière de soins de santé mentale (c.-à-d. des problèmes de santé liés aux émotions ou à la santé mentale ou à la consommation d'alcool et de drogues).

Discussion

Dans le cadre de la présente étude, la correction multivariée a été utilisée pour faire état de nouveaux renseignements à l'échelle de la population du Canada concernant des descripteurs psychosociaux, sanitaires et socioéconomiques clés liés à une probabilité élevée de déclarer un usage problématique de MACO en 2018 chez les personnes âgées de 15 ans et plus ayant consommé des MACO au cours des 12 mois précédents. Même si la prévalence de la consommation de MACO variait selon l'identité autochtone et toutes les caractéristiques sélectionnées examinées dans la présente étude, la prévalence de l'usage problématique de MACO ne différait pas toujours entre tous les facteurs. Un modèle de régression logistique entièrement corrigé a confirmé que le fait d'être un homme, d'être jeune (de 20 à 24 ans), d'être hors famille tout en vivant avec d'autres personnes, d'être fumeur ou fumeur expérimental, de déclarer une santé mentale passable ou mauvaise et, plus particulièrement, d'avoir des besoins d'aide insatisfaits concernant des problèmes de santé liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, était significativement lié à un risque élevé d'usage problématique de MACO.

Contrairement aux études antérieures s'appuyant sur des données administratives sur la santé afin d'examiner les facteurs associés aux méfaits des opioïdes, l'un des points forts de la présente étude était l'inclusion de déterminants de la santé psychosociaux et comportementaux mesurés par l'ESCC. Les résultats modélisés ont révélé des relations indépendantes et significatives entre des mesures subjectives, comme les besoins insatisfaits perçus, qui donnent à penser que les déterminants psychosociaux sont des facteurs importants au-delà de l'incidence du revenu, de l'emploi et de l'éducation. De plus, l'étude a permis d'obtenir de nouveaux renseignements sur la mesure dans laquelle le fait d'être déconnecté des autres (mesuré en tant que personnes hors famille vivant seules), de déclarer une santé mentale passable ou mauvaise et d'indiquer des besoins d'aide insatisfaits était lié indépendamment à une probabilité élevée d'usage problématique de MACO.

L'association significative entre le fait d'être une personne hors famille vivant avec d'autres personnes et un usage problématique élevé de MACO constatée dans la présente étude concorde avec des travaux antérieurs ayant démontré que ce mode de vie était lié à un taux d'hospitalisations associées à un empoisonnement aux opioïdes plus de deux fois plus élevé que celui de personnes vivant avec un conjoint ou un partenaire¹³. Bien qu'une étude effectuée aux États-Unis ait révélé que le fait de vivre seul n'était pas associé à une mauvaise utilisation d'opioïdes ou de diazépine, une mauvaise utilisation était trois fois plus probable chez les adultes non mariés⁴⁴. De plus, un examen systématique a révélé une forte corrélation négative entre un soutien social sous la forme d'une relation et une surdose d'opioïdes¹².

L'une des explications de la relation significative entre le comportement en matière d'usage du tabac et l'usage problématique de MACO relevée dans la présente étude est que l'exposition à la nicotine provoquée par l'usage du tabac peut être analgésique, bien que ces effets puissent différer selon le sexe³¹. Fumer peut ainsi représenter un autre comportement lié au soulagement de la douleur.

Le fait de déclarer un besoin d'aide insatisfait ou partiellement comblé en matière de problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues (y compris des médicaments) était associé à une probabilité plus de deux fois plus élevée d'usage problématique de MACO par rapport aux personnes ne ressentant pas ces besoins, après prise en compte de facteurs de confusion socioéconomiques. De plus, le modèle a démontré que la probabilité d'un usage problématique de MACO n'était pas différente entre les personnes ne déclarant pas ces besoins et celles déclarant ces besoins, mais pour lesquelles les besoins étaient pleinement satisfaits. Une future étude pourrait étudier les mécanismes sous-jacents à ces associations en examinant plus en détail les types d'aide nécessaires ou les raisons pour lesquelles certaines personnes n'ont pas demandé l'aide nécessaire. Même si l'enquête a permis de recueillir certains de ces renseignements, une enquête sur les associations entre des types particuliers d'aide nécessaires dépassait la portée de la présente étude.

La constatation selon laquelle des besoins partiellement comblés étaient également associés à une probabilité élevée d'usage problématique de MACO soulève la possibilité que les besoins en matière de soulagement de la douleur persistaient chez les personnes utilisant des analgésiques et éprouvant des problèmes de santé mentale parallèlement à d'autres comorbidités. On sait que bon nombre des problèmes de santé chroniques particuliers examinés dans la présente étude, comme l'arthrite, sont associés à une douleur physique⁴⁵, à de l'anxiété mentale ou à une incapacité⁴⁶⁻⁴⁷. La concomitance de problèmes de santé mentale, de douleurs chroniques et de consommation d'alcool ou de drogues est une intersection bien reconnue de problèmes de santé et de comportements⁴⁸. Le fait d'avoir des antécédents de toxicomanie ou de problèmes de santé mentale, en particulier des troubles anxieux, s'est, par exemple, avéré être associé de façon prospective à un mauvais usage d'opioïdes chez les adultes ressentant une douleur chronique non liée à un cancer⁴⁹. D'autres personnes ont également indiqué des associations entre des troubles anxieux et une douleur chronique^{46,49-51}. Par conséquent, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent avoir simultanément un plus grand besoin de soulager leur douleur en raison d'autres comorbidités qui ne sont pas entièrement prises en compte ici. Il convient de mentionner que 35 % des consommateurs de MACO et 25 % des répondants utilisant des MACO de façon problématique n'ont déclaré aucun des 10 problèmes de santé chroniques examinés. Ces répondants peuvent avoir utilisé des MACO pour des problèmes de santé aigus ou chroniques n'étant pas été examinés dans le cadre de la présente étude. Bien que l'ESCC de 2018 n'ait pas permis d'évaluer les niveaux de

douleur des répondants, de futurs travaux de recherche pourraient permettre d'examiner les raisons pour lesquelles des personnes ont déclaré avoir utilisé des MACO et de déterminer si ces usages étaient associés de façon différentielle à un usage problématique.

Dans la présente étude, 13 % des répondants consommant des MACO et 30 % des utilisateurs ayant déclaré un usage problématique de MACO ont déclaré avoir des besoins d'aide partiellement ou entièrement satisfaits. D'autres travaux ont indiqué que les opioïdes peuvent avoir une efficacité limitée pour gérer la douleur entièrement ou pour une durée prolongée^{6,7} ou que les données probantes sont insuffisantes pour déterminer leur efficacité⁵². De futures études pourraient permettre d'examiner de façon plus détaillée les raisons pour lesquelles ces personnes utilisent des analgésiques, les types d'aide nécessaire, mais non reçue (p. ex. la consultation pour des problèmes de santé émotionnelle), les raisons pour lesquelles certaines personnes n'ont pas tenté d'obtenir les soins nécessaires et le lien entre ces facteurs et l'usage problématique de MACO. De telles enquêtes pourraient répondre en partie à certaines des priorités énoncées par le Groupe de travail canadien sur la douleur, comme les lacunes en matière de preuves dans les résultats axés sur les patients^{4,21}.

Malgré ses points forts, la présente étude comportait plusieurs limites. Premièrement, la stigmatisation entourant la consommation d'opioïdes, en particulier son usage problématique, a peut-être entraîné une sous-déclaration dans l'étude. Ensuite, puisque l'ESCC est une enquête transversale et qu'il n'a pas été possible d'examiner l'ordre temporel des événements déclarés, les associations mentionnées ne doivent pas être interprétées comme étant causales. L'ESCC s'est appuyé sur des catégories de réponse par échelle de Likert pour mesurer la plupart des covariables examinées (plutôt que des mesures continues). Pour la présente analyse, ces échelles ont été regroupées, passant d'une échelle de cinq points à une échelle de deux ou de trois points. Les résultats pourraient également ne pas être généralisables aux personnes de moins de 15 ans ou aux populations exclues de l'ESCC de 2018, comme la population vivant dans les réserves ou les résidents des territoires. Même si l'identité autochtone n'était pas liée à une plus grande prévalence d'usage problématique de MACO dans la présente étude, il est reconnu que les Autochtones ont disproportionnellement subi davantage de méfaits liés aux opioïdes¹⁵⁻¹⁷. La discordance entre ces faits et les résultats présentés peut être en partie attribuable à la portée limitée de l'ESCC. Les données sur la gestion de la douleur culturellement sécuritaire parmi les groupes de population autochtones continuent de présenter des lacunes très importantes qu'il faut combler pour décrire de façon exhaustive et précise les sujets liés à la douleur^{8,15,26}.

Conclusion

La présente étude fournit de nouveaux renseignements sur des facteurs psychosociaux, sanitaires et socioéconomiques subjectifs déterminants associés à l'usage problématique de

MACO. Au-delà des effets du revenu et de l'éducation sur l'usage problématique de MACO, les besoins d'aide insatisfaits perçus concernant des problèmes de santé liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues étaient associés de façon significative et indépendante à un risque élevé d'usage problématique. Il en était également de même pour une santé mentale passable ou mauvaise, le fait d'être hors famille et de vivre avec d'autres, d'être jeune, d'être

fumeur et d'être un homme. De futurs travaux de recherche sont justifiés pour examiner les types de besoins d'aide insatisfaits, les obstacles perçus à la recherche d'aide et les différentes raisons de consommer des MACO. Les résultats de la présente étude pourraient, à l'avenir, servir à informer les fournisseurs de soins de santé et à appuyer des stratégies sûres de prescription et de gestion de la douleur.

Références

1. A.D. Furlan et O.D. Williamson, « Commentary. New Canadian guidance on opioid use for chronic pain: necessary but not sufficient », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 189(18), 2017, p. E650-1, doi:10.1503/cmaj.170431.
2. Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2020, *Illicit Drug Death Count Remains High in British Columbia During Dual Health Emergencies*, communiqué de presse, 23 septembre 2020, disponible à l'adresse <https://news.gov.bc.ca/releases/2020PSSG0056-001846> (document consulté en décembre 2020).
3. Santé publique Ontario, Gouvernement de l'Ontario, *Examen rapide, 28 juillet 2020, Méfaits et facteurs de risque liés à la toxicomanie pendant les périodes de perturbations*, disponible à l'adresse <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/main/2020/08/substance-use-related-harms-disruption.pdf?la=fr> (document consulté en janvier 2021).
4. Santé Canada, *Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur : Mars 2021, Un plan d'action pour la douleur au Canada*, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2021.html> (document consulté en mai 2021).
5. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, *Alerte du RCCET, mai 2020, Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés*, disponible à l'adresse <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-CCENDU-19-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-fr.pdf> (document consulté en décembre 2020).
6. B. Fischer, J. Rhem et M. Tyndall, « Effective Canadian policy to reduce harms from prescription opioids: learning from past failures », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 188(17-18), 2016, p. 1240-1244, doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.160356>.
7. D.N. Juurlink, « Rethinking “doing well” on chronic opioid therapy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 189, 2017, p. E1222-E1223, doi:10.1503/cmaj.170628.
8. N. Sehgal, L. Manchikanti et H.S. Smith, « Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse », *Pain Physician*, 15, 2012, p. ES67-92.
9. Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, *Déclaration commune des coprésidentes du Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes - Dernières données nationales sur les méfaits liés aux opioïdes*, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-commune-des-copresidentes-du-comite-consultatif-special-sur-lepidemie-de-surdoses-dopioïdes---dernieres-donnees-nationales-sur-les-mefa.htm> (document consulté en février 2021).
10. Agence de la santé publique du Canada, Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2020, disponible à l'adresse <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioïdes-stimulants> (document consulté en février 2021).
11. British Columbia Coroners Service, *Illicit Drug Toxicity Deaths in British Columbia: January 1, 2010–September 30, 2020*, disponible à l'adresse <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf> (document consulté en décembre 2020).
12. J. van Draanen, C. Tsang, S. Mitra et al., « Socioeconomic marginalization and opioid-related overdose: a systematic review », *Drug and Alcohol Dependence*, 214, 2020, 108127.
13. G. Carrière, R. Garner et C. Sanmartin, « Caractéristiques sociales et économiques des personnes hospitalisées en raison d'une intoxication aux opioïdes », *Rapports sur la santé*, 29(10), 2018, p. 24-30.
14. G. Carrière, C. Sanmartin et R. Garner, « Comprendre le profil socioéconomique des personnes qui ont fait une surdose d'opioïdes en Colombie-Britannique, 2014 à 2016 », *Rapports sur la santé*, 32(2), 2021, p. 29-42.
15. First Nations Health Authority, *Overdose Data and First Nations in BC: Preliminary Findings*, 2017, disponible à l'adresse https://www.fnha.ca/AboutSite/NewsAndEventsSite/NewsSite/Document/s/FNHA_OverdoseDataAndFirstNationsInBC_PreliminaryFindings_FinalWeb_July2017.pdf (document consulté le 9 septembre 2020).
16. First Nations Health Authority, *The Impact of the Opioid Crisis on First Nations in BC*, 2019, disponible à l'adresse <https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/first-nations-opioid-overdose-deaths-rise-in-2018> (document consulté le 13 mai 2021).
17. Alberta Health, *Opioids and Substances of Misuse Among First Nations People in Alberta*, 2017, 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>.
18. C. Russell, M. Firestone, L. Kelly et al., article de synthèse, « Prescription opioid prescribing, use/misuse, harms and treatment among Aboriginal people in Canada: a narrative review of available data and indicators », *Rural and Remote Health*, 16, 2016, p. 3974, disponible à l'adresse <https://www.rrh.org.au/journal/article/3974>.
19. British Columbia First Nations Health Authority, *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care, Addressing Racism Review Summary Report*, 2020.
20. W. Phillips-Beck, R. Eni, J.G. Lavoie et al., « Confronting racism within the Canadian healthcare system: systemic exclusion of First Nations from quality and consistent care », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2020, p. 8343.

21. Santé Canada, Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur : octobre 2020, Ce que nous avons entendu : Travailler ensemble pour mieux comprendre, prévenir et gérer la douleur chronique, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2020.html> (document consulté en octobre 2020).
22. Institut canadien d'information sur la santé, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Hospitalisations et visites à l'urgence en raison d'un empoisonnement aux opioïdes au Canada, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2016.
23. G. Schellenberg, Y. Zhang et C. Schimmele, « Emploi et prestations d'aide sociale chez les personnes décédées d'une surdose en Colombie-Britannique », *Aperçus économiques* (no 11-626-X au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2019, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-005-x/2018001/article/54981-fra.htm>.
24. J.W. Busse, S. Craigie, D.N. Juurlink et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 189, p. E659-666, disponible à l'adresse <https://www.cmaj.ca/content/189/18/E659> (document consulté le 29 novembre 2019).
25. Statistique Canada, « Médicaments antidouleur contenant des opioïdes, 2018 », Feuilles d'information sur la santé (no 82-625-X au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2019, disponible à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00008-fra.htm> (document consulté le 6 septembre 2019).
26. Santé Canada, Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur : juin 2019, La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme action, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2019.html>.
27. Statistique Canada, Tableau 13-10-0451-01 Indicateurs de la santé, estimations annuelles, 2003-2014, disponible à l'adresse https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310045101&request_locale=fr (document consulté le 30 octobre 2020).
28. D. Schlopflocher, P. Taenzer et R. Jovey, « The prevalence of chronic pain in Canada », *Pain Research and Management*, 16(6), 2011, p. 445-456.
29. M.L. Reitsma, J.E. Tranmer, D.M. Buchanan et E.G. Vandekerckhof, « The prevalence of chronic pain and pain-related interference in the Canadian population from 1994 to 2008 », *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 11(4), 2011, p. 157-64.
30. Statistique Canada, Tableau 13-10-0457-01 Indicateurs de la santé, selon l'identité autochtone, estimations pour une période de quatre ans, disponible à l'adresse https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310045701&request_locale=fr.
31. Y. Shi, T.N. Weingarten, C.B. Mantilla et al., « Pathophysiology and clinical implications », *Anesthesiology*, 113, 2010, p. 977-992.
32. E.L. Zale, M.L. Dorfman, W.M. Hooten et al., « Tobacco smoking, nicotine dependence, and patterns of prescription opioid misuse: results from a nationally representative sample », *Nicotine and Tobacco Research*, 17(9), 2015, p. 1096-1103.
33. D.E. Weissman, D. Gordon et S. Bidar-Sielaff, « Cultural aspects of pain management », *Journal of Palliative Medicine*, 7(5) 2004, disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1089/jpm.2004.7.715> (document consulté le 29 avril 2021).
34. R. Buchbinder, M. Underwood, J. Hartvigsen et C.G. Maher, « The Lancet Series call to action to reduce low value care for low back pain: an update », *Pain*, 16(1), 2020, p. S57-64.
35. S.J. Linton et W.S. Shaw, « Impact of psychological factors in the experience of pain », *Physical Therapy*, 91(5), 2011, p. 700-711.
36. R.J. Gatchel, Y.B. Peng, M.L. Peter et al., « The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions », *Psychological Bulletin*, 133(4), 2007, p. 581-624.
37. A. Bombay, K. Matheson et H. Anisman, « The intergenerational effects of Indian Residential Schools: implications for the concept of historical trauma », *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 2014, p. 320-338.
38. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC), Guide de l'utilisateur, fichiers de microdonnées de 2018, Ottawa, Statistique Canada, 2019.
39. H. Bosma, M. Jansen, S. Schefman et K.J. Hajema, « Lonely at the bottom: a cross-sectional study on being ill, poor and lonely », *Public Health*, 129(2), 2015, p. 186-187, disponible à l'adresse <https://www.academischewerkplaatslimburg.nl/wp-content/uploads/Bosma-et-al2015-Lonely-at-the-bottom.pdf>.
40. D. Henkel, « Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010) », *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 2011, p. 4-27, disponible à l'adresse <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cdar/2011/00000004/0000001/art00002>.
41. B. Han, W. Compton, C. Blanco et al., « Prescription opioid use, misuse and use disorders in U.S. adults: 2015 National Survey on drug use and health », *Annals of Internal Medicine*, 167(5), 2017, p. 293-301.
42. Statistique Canada, 2017, Série « Perspective géographique », Recensement de 2016 (no 98-404-X au catalogue), Ottawa, disponible à l'adresse <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-pr-fra.cfm?LANG=Fra&GK=PR&GC=61&TOPIC=9>.
43. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 283-310.
44. B.F. Day et G.L. Rosenthal, « Social isolation proxy variables and prescription opioid and benzodiazepine misuse among older adults in the U.S.: a cross-sectional analysis of data from the National Survey on Drug Use and Health, 2015-2017 », *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 2019, 107518.

45. E.G. VanDenKerkhof, E.G. Mann, N. Torrance et al., « An epidemiological study of neuropath pain symptoms in Canadian adults », *Pain Research and Management*, 2016, disponible à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1155/2016/9815750> (document consulté le 30 octobre 2020).
46. C.H. Dominick, F.M. Blyth et M.K. Nicholas, « Unpacking the burden: understanding the relationships between chronic pain and comorbidity in the general population », *Pain*, 153, 2012, p. 293-304.
47. B. Nicholson et S. Verma, « Comorbidities and chronic neuropathic pain », *Pain Medicine*, 5 (Suppl. 1), 2004, p. S9-27.
48. S.H. Stewart et P.J. Conrod, « Anxiety disorder and substance use disorder comorbidity: common themes and future directions », dans *Anxiety and Substance Use Disorder: The Vicious Cycle of Co-morbidity*, publié sous la direction de S.H. Stewart et P.J. Conrod, New York, Springer, 2008, p. 239-257.
49. G. Campbell, F. Noghrehchi, S. Neilsen et al., « Risk factors for indicators of opioid-related harms amongst people living with chronic non-cancer pain: findings from a 5-year prospective cohort study », *EClinicalMedicine*, 2020, disponible à l'adresse [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30336-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30336-9/fulltext) (document consulté le 20 novembre 2020).
50. J.G. Asmundson et J.K. Katz, « Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art », *Depression and Anxiety*, 26, 2009, p. 888-901.
51. L.A. McWilliams, B.J. Cox et M.W. Enns, « Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample », *Pain*, 106(1-2), 2003, p. 127-133.
52. R. Chou, A. Turner, E.B. Devine et al., « The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop », *Annals Internal Medicine*, 162, 2015, p. 276-86.