



Centre canadien de lutte  
contre les toxicomanies  
Canadian Centre  
on Substance Abuse

Collaboration. Connaissance. Changement.  
Partnership. Knowledge. Change.

[www.cclt.ca](http://www.cclt.ca) • [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

# Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers

Rapport technique

Novembre 2014

**Matthew M. Young, Ph. D.**

Analyste principal, Recherche et politiques, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

**Rebecca Jesseman**

Analyste, Recherche et politiques, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

# Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers

## Rapport technique

Novembre 2014

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Young, M.M., et R.J. Jesseman. *Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers*, Ottawa (ON), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014

CCLT, 500-75, rue Albert  
Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
Tél. : 613-235-4048  
Courriel : info@ccsa.ca

La production de ce document a été rendue possible grâce à une aide financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à [www.cclt.ca](http://www.cclt.ca).

This document is also available in English under the title:

*The Impact of Substance Use Disorders on Hospital Use*

ISBN 978-1-7718-212-8



# Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	<b>1</b>
Contexte .....	1
Méthodologie .....	1
Résultats .....	1
Implications .....	3
Conclusions et prochaines étapes .....	4
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
Méthodologie .....	5
Recueillir de l'information sur les troubles liés aux substances .....	6
Indicateurs de l'utilisation des services hospitaliers .....	7
Stratégie analytique .....	8
<b>Résultats</b> .....	<b>9</b>
Séjours à l'hôpital .....	9
Nombre de séjours à l'hôpital .....	9
Pourcentage de séjours à l'hôpital .....	11
Durée du séjour .....	11
Jours passés à l'hôpital en raison de l'alcool .....	13
Jours passés à l'hôpital en raison des opiacés .....	14
Jours passés à l'hôpital en raison des cannabinoïdes .....	16
Jours passés à l'hôpital en raison de la cocaïne .....	17
Coûts .....	18
<b>Analyse</b> .....	<b>20</b>
Alcool .....	20
Opiacés .....	21
Augmentation des hospitalisations chez les personnes âgées .....	21
Cannabinoïdes .....	22
Cocaïne .....	22
Drogues multiples et autres substances psychoactives .....	22
Implications .....	23
Limites .....	24
Futures recherches .....	24
Conclusions .....	25
<b>Bibliographie</b> .....	<b>27</b>
<b>Annexe A : Glossaire</b> .....	<b>30</b>



## Remerciements

Les auteurs du rapport et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies tiennent à remercier les personnes suivantes d'avoir révisé et commenté le rapport et d'y avoir contribué :

**Debra Chen**

Chef de programme, Réadaptation et santé mentale  
Institut canadien d'information sur la santé

**Debbie Ernest, M.S.S., T.S.A.**

Clinicienne en pratique avancée, Programme de traitement des maladies mentales complexes  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

**Anyk Glussich**

Chef de programme, Base de données canadienne sur les coûts par patient  
Institut canadien d'information sur la santé

**Nawaf Madi, Ph. D.**

Gestionnaire, Réadaptation et santé mentale  
Institut canadien d'information sur la santé

**Bohdan Nosyk, Ph. D.**

Professeur agrégé, Faculté des sciences de la santé  
Chaire de recherche sur l'économie de la santé VIH/sida  
Université Simon Fraser

**Gerald Thomas, Ph. D.**

Associé  
Centre canadien de lutte contre les toxicomanies



# Sommaire

## Contexte

Mieux comprendre les répercussions des troubles liés aux substances sur les hôpitaux canadiens permettra d'orienter la prise de décisions et l'allocation des ressources pour la prévention, la sensibilisation et le traitement, et ce, afin d'améliorer les soins à la clientèle et de réduire les coûts du système. Plusieurs études ont déjà évalué ce type de répercussions (Institut canadien d'information sur la santé, 2008, 2012, 2013b), mais jusqu'à présent elles abordaient les troubles liés aux substances comme une seule entité indifférenciée, plutôt que d'examiner chaque substance individuellement. N'oublions pas que les méfaits ainsi que les tendances et habitudes de consommation de chaque substance fluctuent beaucoup. Le présent rapport est le premier à se pencher sur l'utilisation des services hospitaliers selon la substance (p. ex. alcool, opiacés, cannabis et solvants).

## Méthodologie

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) collecte des données et de l'information sur les séjours ou les sorties de patients hospitalisés. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) a analysé les données relatives au nombre de séjours à l'hôpital, au nombre de jours passés à l'hôpital et aux coûts associés à l'hospitalisation en cas de diagnostic principal de trouble lié aux substances, pour les six années financières allant de 2006-2007 à 2011-2012. L'analyse ventile ensuite les données en fonction de la substance, de l'âge et du sexe.

Le présent rapport examine les sorties de patients hospitalisés principalement pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, aussi appelés troubles liés aux substances, ou TLS. L'analyse exclut les séjours à l'hôpital où l'état du patient serait indirectement attribuable à un TLS (p. ex. une personne hospitalisée pour une maladie du foie résultant d'un usage chronique d'alcool recevrait un diagnostic principal de maladie du foie, et non de trouble mental et du comportement lié à l'alcool). Résultat : les chiffres contenus ici sous-estiment les répercussions de la consommation de substances sur les services hospitaliers. L'ampleur de cette sous-estimation est inconnue, mais elle est probablement considérable.

## Résultats

En 2011, environ 1,2 % des séjours à l'hôpital résultaient d'un diagnostic principal de troubles liés aux substances.

Depuis 2011, les TLS qui accaparent les plus grandes ressources hospitalières, au chapitre du nombre de séjours, du nombre de jours passés à l'hôpital et des coûts, sont ceux liés à l'alcool, aux opiacés, aux cannabinoïdes, à la cocaïne et à d'autres stimulants (par ordre décroissant)<sup>1</sup>.

Dans le cas des TLS, les hospitalisations se font en majorité dans des hôpitaux généraux, et les séjours en hôpitaux psychiatriques sont en moyenne environ trois fois plus longs que ceux dans des hôpitaux généraux.

---

<sup>1</sup> Ce classement exclut les diagnostics de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives », car cette catégorie manque de spécificité et est difficile à interpréter. Se référer à la section Méthodologie pour en savoir plus sur les motifs d'exclusion de cette catégorie.





- Les séjours à l'hôpital pour des troubles liés à la cocaïne ont **diminué de plus de 55 %**.
- Le nombre de jours passés à l'hôpital pour des troubles liés à la cocaïne a **diminué de 48 %**.
- Ces diminutions étaient principalement attribuables à une baisse du nombre d'admissions chez les 25 à 44 ans.

## Coûts

Les coûts associés à l'hospitalisation des personnes avec un diagnostic principal de trouble lié aux substances ont **augmenté de 22 %**, passant d'environ 219 millions de dollars en 2006 à 267 millions en 2011.

- La plus grande partie de ce montant est attribuable aux hospitalisations pour des troubles liés à l'alcool (plus de 140 millions de dollars en 2011).
- Les estimations ne représentent qu'une portion minimale des coûts directs en soins de santé imputables aux TLS.

## Utilisation de drogues multiples

Les données analysées indiquent que le nombre de séjours à l'hôpital pour des troubles liés à l'utilisation de drogues multiples était important et arrivait au deuxième rang, après l'alcool. Cela dit, compte tenu du mode de collecte des données (combinaison de l'utilisation de drogues multiples à celle d'autres substances non identifiées), cette catégorie était ambiguë et rendait impossible l'évaluation précise du nombre de séjours à l'hôpital dus à l'utilisation de drogues multiples.

## Implications

La manière la plus efficace d'atténuer les répercussions des TLS sur les ressources hospitalières, c'est d'empêcher les méfaits qu'ils causent d'atteindre un niveau de gravité nécessitant une hospitalisation.

### Alcool

- Il a été clairement démontré que le modèle Dépistage, intervention rapide et orientation vers le traitement est efficace, en milieu de soins primaires, pour prévenir ou réduire les graves méfaits à long terme associés à la consommation excessive d'alcool.
- Les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* sont un autre outil visant à réduire les méfaits associés à l'alcool qui établit entre autres des limites de consommation pour les hommes et les femmes.

### Opiacés

- Le présent rapport souligne la nécessité de cibler les interventions sur les adultes âgés de 25 à 44 ans et ceux de 65 ans et plus, compte tenu de leur taux accru d'hospitalisations pour des troubles liés aux opiacés. Il met aussi en lumière l'importance d'adapter les interventions à l'âge et à la substance.

### Cannabinoïdes

- Le jeune âge des personnes hospitalisées pour des troubles liés aux cannabinoïdes confirme l'importance des programmes ciblés. Malheureusement, il existe des lacunes considérables au chapitre des connaissances et des capacités pour prévenir et traiter l'usage de drogue chez les jeunes. Ces lacunes dans les connaissances sont notamment comblées par la création de



normes pour des programmes de prévention efficaces, la validation d'instruments de dépistage pour les jeunes et les recherches faites sur les besoins propres aux jeunes en transition entre les services pour les enfants, les jeunes et les adultes (p. ex. les *Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes* du CCLT; Chaim et Henderson, 2013).

## Conclusions et prochaines étapes

Le présent rapport se veut une première étape vers une meilleure compréhension des répercussions qu'ont les troubles liés aux substances sur les hôpitaux canadiens. L'information qu'il contient pourra servir à cibler plus précisément et efficacement les efforts, pour nous permettre d'empêcher les méfaits de la toxicomanie d'atteindre un niveau de gravité nécessitant une hospitalisation.

Les données de l'ICIS sur les hospitalisations liées à la consommation de substances s'ajoutent aux sources existantes, comme l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et les indicateurs nationaux de traitement, afin de dresser un portrait complet de la situation à l'échelle nationale. Le CCLT prévoit poursuivre sa collaboration avec l'ICIS et d'autres partenaires pour procéder à des analyses plus poussées, p. ex. sur les taux de réadmissions et les surdoses, qui contribueront à une approche proactive, efficace et factuelle de la réduction des méfaits de la toxicomanie au Canada.





## Introduction

Les Canadiens sont tous touchés par la consommation de substances, que ce soit par une expérience personnelle ou celle d'un ami, d'un collègue ou d'un proche, ou alors par la part du fardeau économique sur la santé, la justice pénale et la perte de productivité qu'ils doivent porter. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012, 4,4 % des Canadiens de 15 ans et plus satisfaisaient aux critères de troubles liés aux substances (TLS) au cours des 12 mois précédents (Statistique Canada, 2013). Ces personnes n'accèdent pas toutes à des services de traitement spécialisés, mais celles qui le font sont plus portées à accéder aux services dans la communauté. Des données tirées d'indicateurs nationaux de traitement sur la toxicomanie montrent qu'en 2011-2012, environ 63 % des épisodes de traitement ont eu lieu en milieu externe; ce chiffre augmente à 87 % quand on exclut la prise en charge du sevrage (Pirie, Jesseman, Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2014).

Ajoutons que certains Canadiens s'adressent au milieu hospitalier pour obtenir de l'aide pour des problèmes d'abus de substances. Dans un rapport sur les services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) signale que les personnes avec un diagnostic principal ou secondaire de troubles liés aux substances représentaient près de 4 % des séjours dans des hôpitaux généraux en 2009-2010 (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Ce rapport indiquait aussi que, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles mentaux, les TLS présentaient le troisième nombre en importance de séjours à l'hôpital, après les troubles de l'humeur et les troubles schizophréniques et psychotiques.

Plusieurs études ont déjà évalué les répercussions des TLS sur l'utilisation des services hospitaliers (Institut canadien d'information sur la santé, 2008, 2012, 2013b), mais jusqu'à présent elles n'abordaient pas ces répercussions pour chaque substance individuellement. N'oublions pas que les méfaits ainsi que les tendances et habitudes de consommation de chaque substance fluctuent beaucoup. Le présent rapport est le premier à se pencher sur des variables relatives à l'utilisation des services hospitaliers, comme le nombre et la durée des séjours à l'hôpital, pour chaque substance. Mieux comprendre les répercussions des différentes substances sur les hôpitaux canadiens permettra d'orienter la prise de décisions et l'allocation des ressources pour la prévention, la sensibilisation et le traitement, et ce, afin d'améliorer les soins à la clientèle et de réduire les coûts du système.

## Méthodologie

Le rapport repose principalement sur de l'information tirée de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH), pour les six années financières allant de 2006-2007 à 2011-2012<sup>5</sup>. Il s'agit d'une base de données pancanadienne et exhaustive administrée par l'ICIS qui regroupe des données démographiques et des renseignements sur les diagnostics médicaux relativement aux séjours à l'hôpital de patients en psychiatrie dans les hôpitaux généraux et psychiatriques. Ses données proviennent de quatre sources à l'ICIS : la Base de données sur les congés des patients (BDPC), la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) et l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier (ESMH). Des renseignements supplémentaires sur la BDSMMH peuvent être trouvés ailleurs (Institut canadien d'information sur la santé, 2011, 2013a).

---

<sup>5</sup> Il est possible de consulter la BDSMMH sur le site Web de l'ICIS : [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types-of-care/specialized-services/mental+health+and+addictions/hmhdb\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/types-of-care/specialized-services/mental+health+and+addictions/hmhdb_metadata).





principalement en cause dans le trouble. La catégorie doit également être utilisée quand la nature exacte de certaines, voire de l'ensemble, des substances psychoactives consommées est incertaine ou inconnue (CIM-10-CA; Institut canadien d'information sur la santé, 2001). Combiner ainsi l'utilisation de drogues multiples et l'utilisation d'autres substances rend cette catégorie ambiguë, et interpréter ce que signifie la catégorie pour la présentation de données est difficile.

## **Indicateurs de l'utilisation des services hospitaliers**

### **Séjours à l'hôpital**

Les analyses faites dans le présent rapport reposent sur les sorties de l'hôpital, et non sur les personnes. « Sortie de l'hôpital » se définit comme la sortie de l'hôpital d'un patient hospitalisé, en raison d'un congé ou d'un décès (Institut canadien d'information sur la santé, 2012, p. 31). L'année de sortie des patients hospitalisés fait référence à l'année financière<sup>8</sup>. Les analyses excluent les nouveaux-nés, les donneurs décédés et les mortinaissances. Le calcul des sorties inclut les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques (des définitions se trouvent à l'annexe A). À moins d'indication contraire, les données sur les hôpitaux généraux et psychiatriques sont présentées ensemble.

Les sorties de patients hospitalisés incluses dans le présent rapport font référence aux séjours à l'hôpital pour un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives, aussi appelé trouble lié aux substances, ou TLS. Ces sorties concernent plus précisément les personnes présentant les états cliniques suivants : intoxication aiguë, utilisation nocive pour la santé, syndrome de dépendance, syndrome de sevrage, syndrome de sevrage avec délirium, trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive, syndrome amnésique, autres troubles et sans précision.

L'analyse exclut les séjours à l'hôpital où l'état du patient serait indirectement attribuable à un TLS (p. ex. une personne souffrant d'une maladie du foie résultant d'un usage chronique d'alcool serait hospitalisée avec un diagnostic principal de maladie du foie, et non de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation d'alcool). De même, une personne qui se casse un bras dans un accident de la route survenu alors que ses facultés étaient affaiblies par le cannabis serait hospitalisée pour le bras cassé, et non pour un TLS pour cannabinoïdes. Résultat : les chiffres présentés ici sous-estiment les répercussions de la consommation de substances sur l'utilisation des services hospitaliers. L'ampleur de cette sous-estimation est inconnue, mais elle est probablement considérable.

### **Durée du séjour**

La BDSMMH recueille de grandes quantités de renseignements, outre ceux sur le nombre de séjours et la raison principale de chaque séjour. Deux éléments d'information clés permettent d'évaluer l'impact sur les ressources hospitalières, soit le nombre de jours passés à l'hôpital et la durée moyenne du séjour. Le nombre de jours passés à l'hôpital a été calculé en additionnant le nombre de jours passés à l'hôpital de chaque séjour individuel; la durée moyenne du séjour, elle, a été calculée en divisant cette somme par le nombre de séjours. Ces calculs incluent les jours passés dans des niveaux de soins alternatifs et les interruptions de service. Ce mode de calcul pourrait toutefois gonfler la durée du séjour dans le cas de certaines maladies et populations (p. ex. troubles organiques chez les personnes âgées)<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> L'année financière s'étend du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars inclusivement. Pour la suite du rapport, on utilisera seulement « 2006 » pour parler de l'année financière 2006-2007, « 2007 » pour l'année 2007-2008, et ainsi de suite.

<sup>9</sup> Outre la possibilité que la durée du séjour soit gonflée pour certaines maladies et populations, il existe un risque de surdénombrement des dossiers et de sous-estimation de la durée du séjour. Le SIOSM enregistre les dossiers des patients admis dans un lit en santé



## Coûts

Les montants indiqués dans ce rapport ont été calculés à partir d'estimations des coûts des services hospitaliers, d'après l'indicateur sur le coût par cas pondéré de la Base de données canadienne SIG (BDCS) et de la BDCP de l'ICIS. L'ICIS a fourni ces estimations pour les patients appartenant à des groupes précis de maladies analogues (GMA; voir l'annexe A)<sup>10</sup>; ces groupes de patients présentent des caractéristiques similaires et font une utilisation semblable des ressources<sup>11</sup>. Les populations étudiées proviennent de la BDCP de l'ICIS et regroupent les patients soignés dans des hôpitaux canadiens, puis ayant reçu leur congé.

Les patients de chaque groupe de maladies analogues ont ensuite été répartis selon leur tranche d'âge (0 à 14 ans, 15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et +). L'ensemble de données sous-jacent sur les patients incluait non seulement des estimations des coûts, mais aussi la durée totale du séjour, ce qui a permis de calculer les coûts quotidiens moyens par groupe de maladies analogues et par tranche d'âge. Faire une moyenne pour des groupes de maladies analogues précis a permis d'estimer les coûts quotidiens associés à la consommation de substances psychoactives selon la tranche d'âge pour l'ensemble du pays.

Les estimations quotidiennes pour les groupes de maladies analogues ont été calculées pour les années financières 2009, 2010 et 2011, et celles pour les années financières 2006, 2007 et 2008 ont été calculées en appliquant aux coûts quotidiens un facteur d'extension de 2 % par année. Ce facteur d'extension a été calculé en examinant les différences dans les coûts quotidiens des trois premières années de données. Les estimations des coûts quotidiens incluent l'ensemble des frais relatifs à un séjour à l'hôpital, y compris les frais directs (c.-à-d. les soins aux patients) et indirects (c.-à-d. l'administration), mais excluent ceux pour les services dispensés par les médecins.

## Stratégie analytique

Le rapport repose sur des statistiques descriptives. Comme les chiffres présentés sont une très bonne approximation de toute la population connue, il n'était pas nécessaire de procéder à des tests de signification statistique pour décrire la population avec précision pour les six années que couvre le rapport. À moins d'indication contraire, c'est en comparant les chiffres de 2006 à ceux de 2011 que s'est fait le calcul des hausses ou des baisses. Pour chaque indicateur de résultat, les données sur l'alcool sont d'abord présentées, puis comparées à celles des autres catégories. Les catégories « trouble lié à l'utilisation d'une substance indéterminée » et « tabac » sont exclues de l'analyse des résultats pour chaque substance.

---

mentale. Si un patient admis dans un lit non réservé en santé mentale est ensuite dirigé vers un lit en santé mentale (dans les situations où tous les lits en santé mentale étaient occupés au moment de l'admission), ce patient pourrait se retrouver avec deux dossiers : l'un dans la BDCP/BDMH et l'autre dans le SIOSM. Le même patient et sa maladie seraient alors comptés deux fois, ce qui aurait un effet sur la durée du séjour.

10 Sont inclus dans ces groupes de maladies analogues ceux relatifs à l'intoxication aiguë, à l'utilisation nocive pour la santé, au syndrome de dépendance, au syndrome de sevrage, au syndrome de sevrage avec délirium, au trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive et au syndrome amnésique/autres troubles/sans précision.

11 Voici les groupes de maladies analogues utilisés dans la présente étude : (1) utilisation de substances psychoactives : intoxication aiguë; (2) utilisation de substances psychoactives : utilisation nocive pour la santé; (3) utilisation de substances psychoactives : syndrome de dépendance; (4) utilisation de substances psychoactives : syndrome de sevrage; (5) utilisation de substances psychoactives : syndrome de sevrage avec délirium; (6) utilisation de substances psychoactives : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive; (7) utilisation de substances psychoactives : syndrome amnésique/autres troubles/sans précision.



# Résultats

## Séjours à l'hôpital

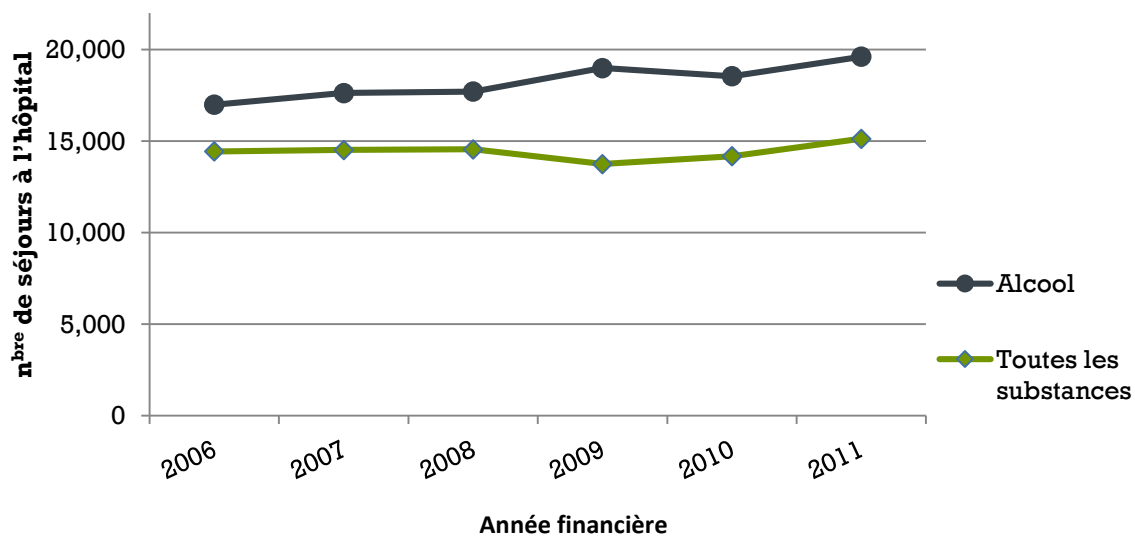
### Nombre de séjours à l'hôpital

En 2011, on a dénombré au total 34 746 séjours à l'hôpital pour des troubles liés aux substances (TLS) (une hausse de 10,53 % par rapport aux 31 437 de 2006). Le nombre de séjours à l'hôpital des personnes ayant un TLS pour l'alcool représentait plus de la moitié de toutes les hospitalisations pour des TLS, pour toutes les années étudiées. Autrement dit, le nombre de séjours liés à l'alcool était plus important que le nombre de séjours imputables à toutes les autres substances couvertes par les codes de diagnostic utilisés (c.-à-d. cocaïne, drogues multiples et autres substances psychoactives, opiacés, cannabinoïdes, autres stimulants, sédatifs ou hypnotiques, hallucinogènes et solvants volatils), pour toutes les années concernées, et plus de dix fois plus important que le nombre de séjours attribuables à toute autre substance individuelle.

Le nombre de séjours à l'hôpital pour les personnes ayant un trouble lié à l'alcool a augmenté de plus de 15 %, passant de 16 996 en 2006 à 19 617 en 2011 (voir la Figure 1), alors que le nombre de séjours imputables à des troubles liés aux substances autres que l'alcool a, lui, augmenté d'environ 5 %, passant de 14 441 en 2006 à 15 129 en 2011, soit un tiers de la hausse pour les troubles liés à l'alcool.

Environ 90 % des séjours pour des troubles liés à l'alcool et environ 80 % des séjours pour des troubles liés à d'autres substances se sont faits dans des hôpitaux généraux, plutôt que dans des hôpitaux psychiatriques, pour toutes les années d'analyse.

**Figure 1. Nombre de séjours à l'hôpital pour un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, par rapport à toutes les autres substances**

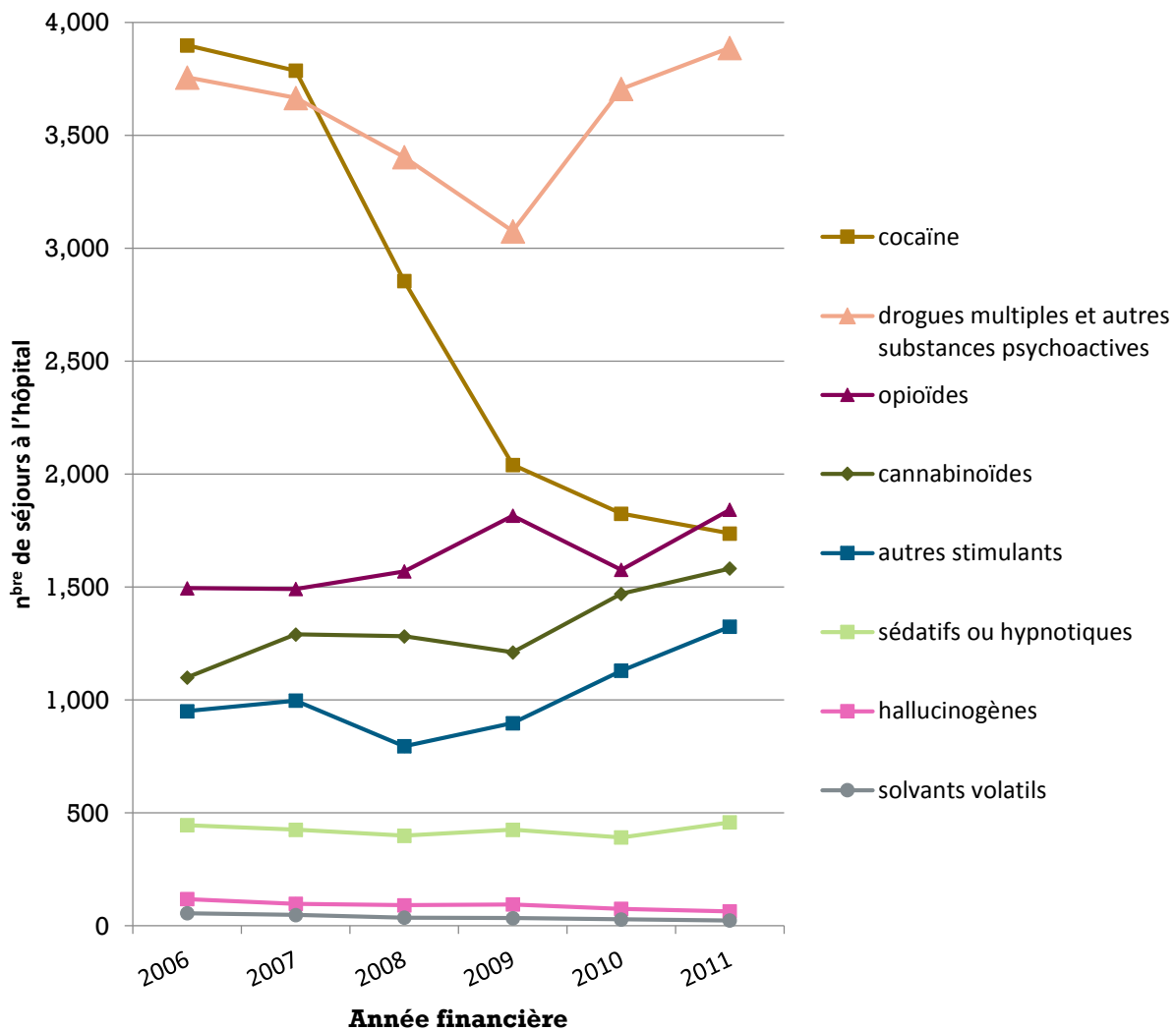


**Note.** Le nombre de séjours pour toutes les autres substances, sauf l'alcool, inclut toutes les catégories de troubles abordées dans le présent rapport (cocaïne, opiacés, cannabinoïdes, autres stimulants, sédatifs ou hypnotiques, hallucinogènes et solvants volatils), de même que les catégories « trouble lié à l'utilisation d'une substance indéterminée » et « tabac ».



Certaines tendances marquées ressortent quand on regarde les substances autres que l'alcool. Ainsi, le nombre de séjours à l'hôpital attribuables à l'utilisation de drogues multiples et d'autres substances psychoactives a diminué d'environ 18 %, de 3 757 en 2006 à 3 076 en 2009, puis a connu une hausse de 26 % de 2009 à 2011 (3 888). Le nombre de séjours à l'hôpital pour des troubles liés à la cocaïne a subi une baisse de plus de 55 %, passant de 3 899 en 2006 à 1 737 en 2011 (Figure 2). En revanche, le nombre de séjours pour les personnes avec un diagnostic principal de troubles liés à l'utilisation d'opiacés, de cannabinoïdes et d'autres stimulants s'est accru pendant la même période. Le nombre de séjours à l'hôpital pour des troubles liés aux opiacés est resté relativement stable en 2006 et 2007, à environ 1 500, puis de 2006 à 2011, on remarque une hausse de 23 %, de 1 495 à 1 842, ce qui dépasse le nombre de séjours liés à la cocaïne et place les opiacés au deuxième rang, derrière l'alcool.

**Figure 2. Nombre de séjours à l'hôpital pour un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, de drogues multiples et d'autres substances psychoactives, d'opiacés, de cannabinoïdes, d'autres stimulants, de sédatifs ou hypnotiques, d'hallucinogènes et de solvants volatils**



















### Jours passés à l'hôpital en raison de la cocaïne

La diminution du nombre de jours passés à l'hôpital pour des troubles liés à la cocaïne (51,5 %) s'est principalement opérée chez les 25 à 44 ans, passant de 20 598 en 2006 à 9 984 en 2011 (Figure 11). Cette baisse s'est remarquée tant chez les hommes (47,0 %, de 20 209 en 2006 à 10 712 en 2011) que chez les femmes (49,5 %, de 11 026 en 2006 à 5 571 en 2011) (Figure 12).

Figure 11. Durée du séjour à l'hôpital pour les personnes avec un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, selon l'âge

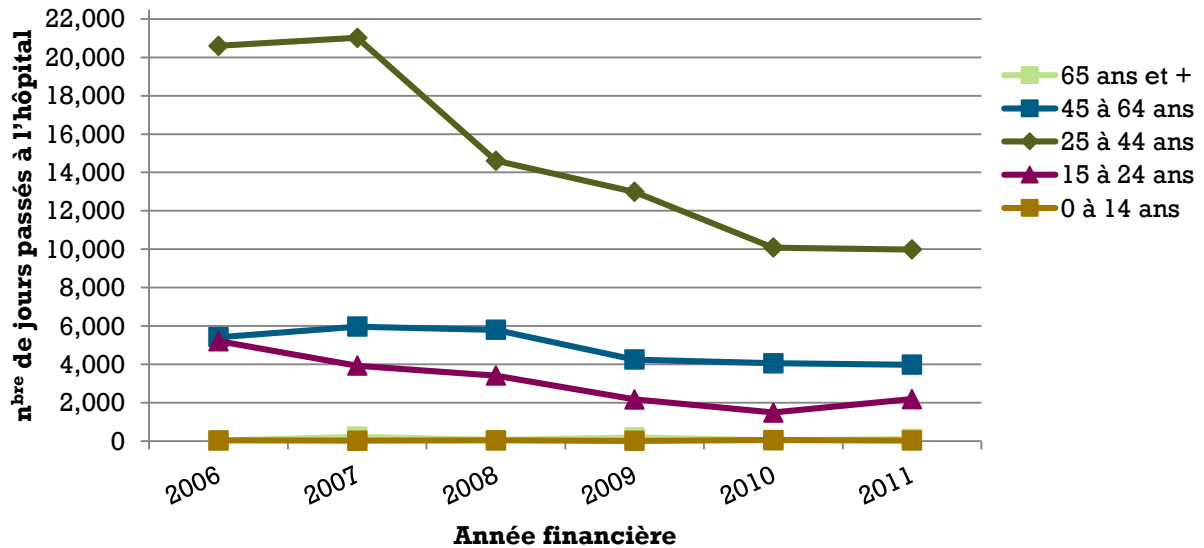
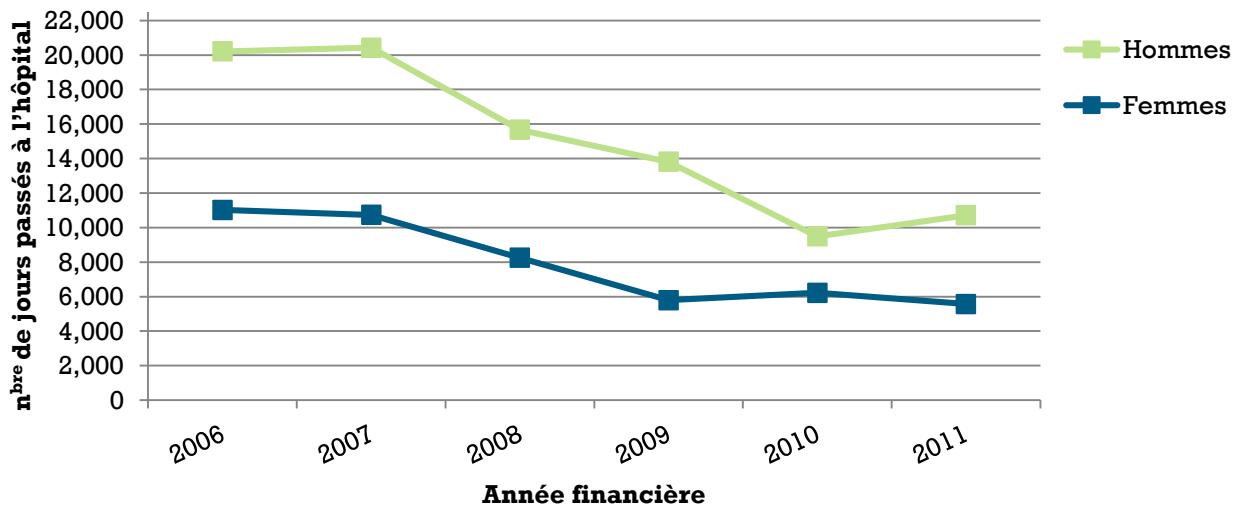


Figure 12. Durée du séjour à l'hôpital pour les personnes avec un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, selon le sexe

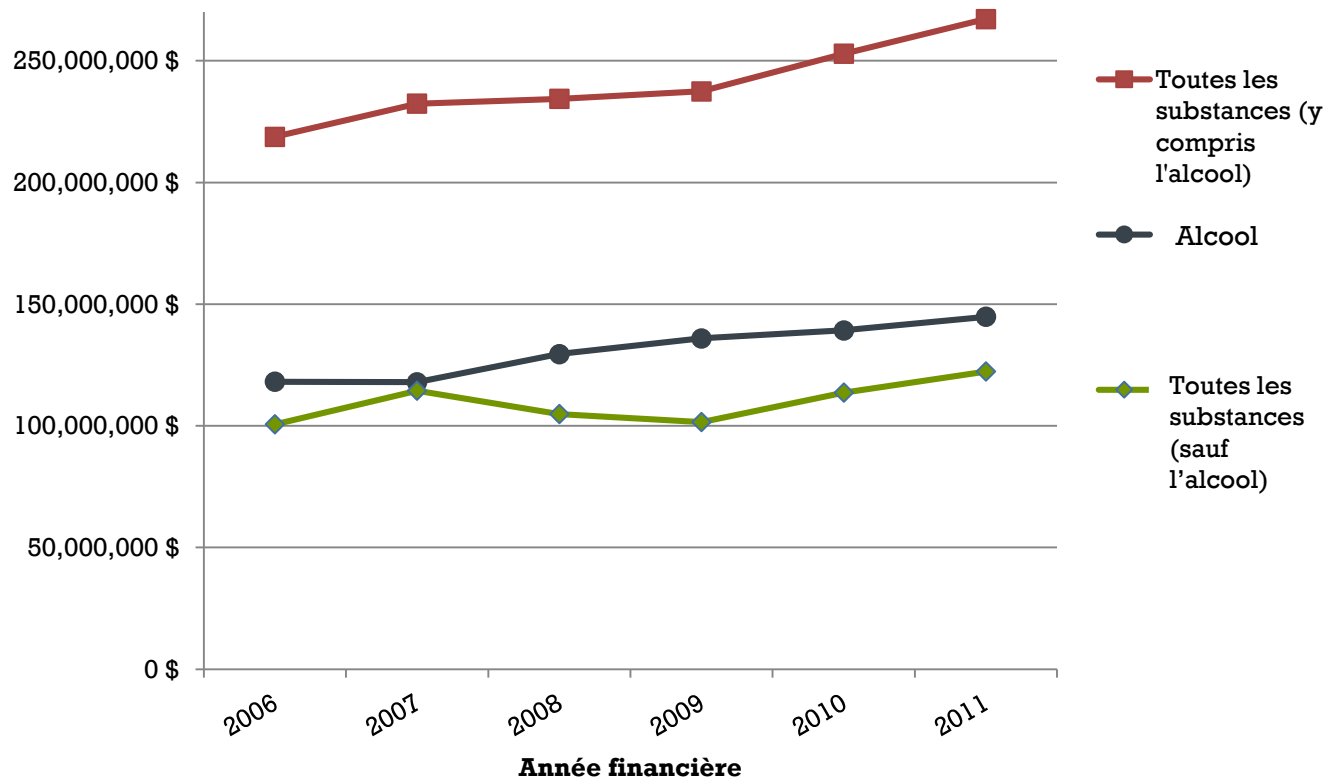




## Coûts

Les coûts associés à l'hospitalisation des personnes avec un diagnostic principal de trouble lié aux substances ont augmenté de 22 %, passant d'environ 219 millions de dollars en 2006 à 267 millions en 2011 (Figure 13). La plus grande partie de ce montant (54 %) est attribuable aux hospitalisations pour des troubles liés à l'alcool. Parmi les substances restantes, les troubles liés à la cocaïne, aux opiacés et aux cannabinoïdes représentaient la part des coûts la plus importante, et les troubles liés aux hallucinogènes et aux solvants volatils, la plus faible.

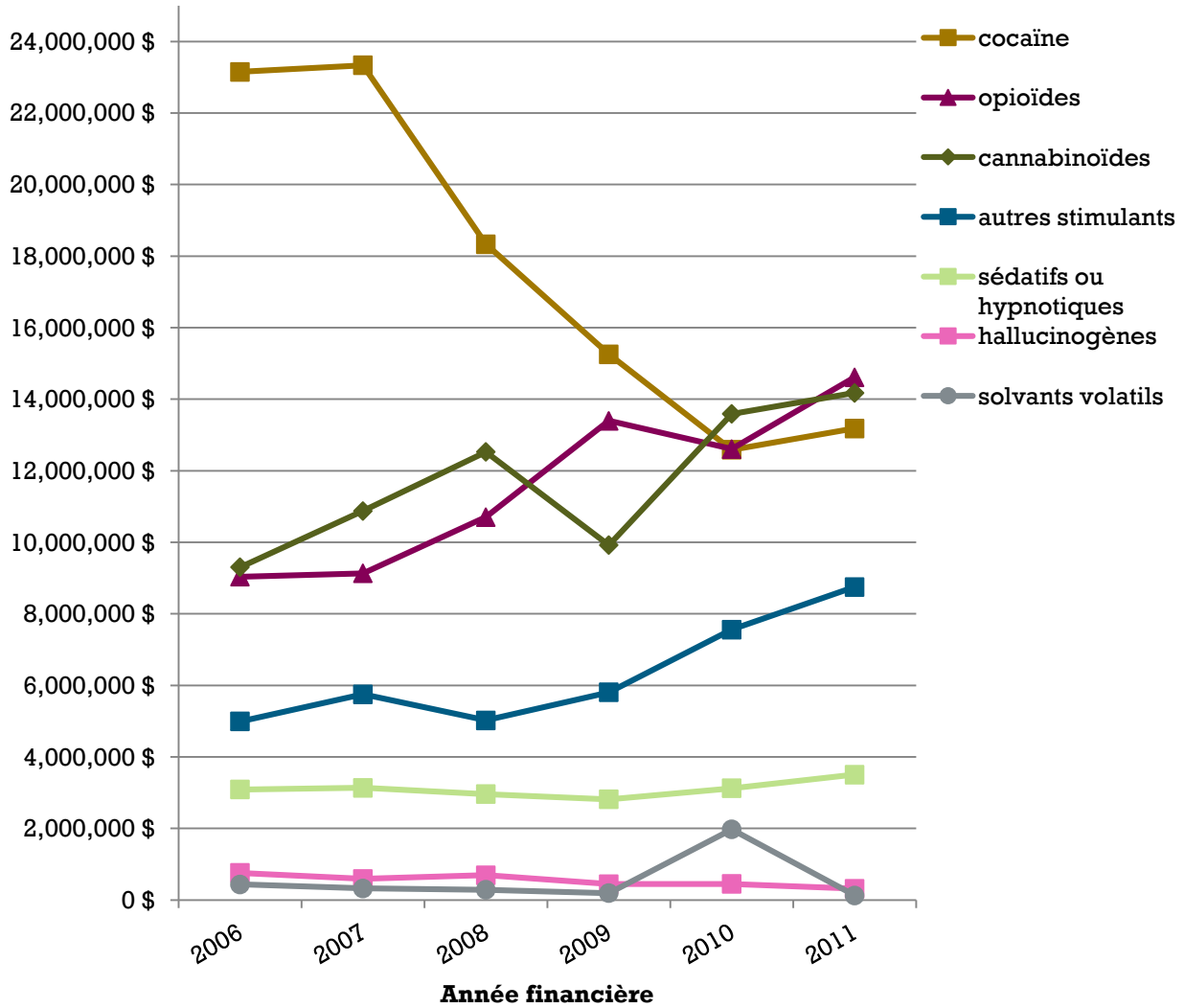
**Figure 13. Coûts associés à l'hospitalisation des personnes avec un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, par rapport à toutes les autres substances sauf l'alcool**



Comme le montrent d'autres indicateurs de l'utilisation des services hospitaliers, les coûts associés à l'hospitalisation pour des troubles liés à la cocaïne ont chuté, passant de plus de 23 millions de dollars en 2006 à un peu plus de 13 millions en 2011, soit une diminution de plus de 43 %. Cela dit, cette baisse a été neutralisée par des augmentations des coûts pour les opiacés (61 %, d'environ 9 millions de dollars à près de 15 millions), les cannabinoïdes (52 %, d'environ 9 millions de dollars à 14 millions) et les autres stimulants (75 %, de près de 5 millions de dollars à près de 9 millions) (Figure 14).



Figure 14. Coûts associés à l'hospitalisation des personnes avec un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, d'opiacés, de cannabinoïdes, d'autres stimulants, de sédatifs ou hypnotiques, d'hallucinogènes et de solvants volatils





## Analyse

Le présent rapport décrit les tendances observées dans les substances consommées par les personnes hospitalisées avec un diagnostic principal de trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substances. En 2011, environ **1,2 % des séjours à l'hôpital au Canada** correspondaient à un tel diagnostic principal. Certes, ce pourcentage semble faible, mais il représente **34 746 séjours, pour un montant estimé de façon prudente à 267 millions de dollars**. Ajoutons que ces chiffres concernent la faible proportion de Canadiens qui subissent les méfaits les plus directs et graves associés à la consommation. Dans la plupart des cas, les personnes qui vivent des méfaits dus à leur consommation ne demandent pas d'aide, demandent l'aide de proches ou d'amis ou se font traiter dans la communauté, avant que les méfaits ne s'aggravent au point de nécessiter une hospitalisation.

À partir de 2011, les substances psychoactives qui mobilisaient la plus grande part des ressources hospitalières étaient, par ordre décroissant, l'alcool, les opiacés, les cannabinoïdes, la cocaïne et les autres stimulants. Par rapport à ces substances, les troubles liés aux sédatifs ou hypnotiques, aux hallucinogènes ou aux solvants volatils ne représentaient qu'une portion négligeable des services utilisés. En 2011, l'alcool était responsable, de loin, du plus grand recours aux services hospitaliers. Le nombre de séjours à l'hôpital pour des troubles liés à l'alcool était plus de dix fois plus important que celui pour des troubles liés aux opiacés, qui se classaient au deuxième rang.

### Alcool

L'alcool est la substance psychoactive responsable de la plus grande utilisation des ressources hospitalières pour les six années couvertes ici. C'est aussi la substance la plus consommée : en effet, 78 % des Canadiens ont dit en avoir bu dans la dernière année en 2011 (Santé Canada, 2012). Ajoutons qu'en plus d'être la substance à l'origine des plus grandes répercussions et des plus importantes dépenses pour le système de santé, l'alcool a aussi connu les augmentations les plus fortes dans l'utilisation des services hospitaliers de 2006 à 2011. Pendant cette période, le nombre de séjours à l'hôpital en raison de l'alcool a augmenté de plus de 15 %, hausse qui est trois fois plus grande que le nombre d'hospitalisations pour d'autres TLS.

Selon la plus récente estimation nationale sur l'abus d'alcool, à savoir le cycle 2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 3,2 % des Canadiens de 15 ans et plus avaient fait un usage abusif ou étaient dépendant à l'alcool au cours des 12 derniers mois (Statistique Canada, 2013). Sans compter que le pourcentage de Canadiens qui ont dépassé les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada<sup>12</sup> dans la semaine précédant l'enquête est resté relativement stable, autour de 14 à 15 %, de 2004 à 2011 (Santé Canada, 2012).

Il se peut que le nombre accru d'hospitalisations dues à l'alcool ne résulte pas d'un plus grand nombre de personnes ayant une consommation risquée, mais bien d'un plus grand nombre de buveurs à risque subissant des méfaits plus généralisés, en particulier chez les 45 à 64 ans; la durée des séjours à l'hôpital pour cette tranche d'âge a d'ailleurs augmenté de 29 % de 2006 à 2011. En dépit d'un taux autodéclaré d'abus d'alcool ou de dépendance à l'alcool plus faible que la moyenne (2 % par rapport à 3,2 %), cette tranche d'âge comptait un plus grand nombre de personnes en 2011, comparée à d'autres. Les personnes de cette tranche d'âge commencent peut-être aussi à ressentir les

---

<sup>12</sup> Voir Butt et coll. (2011) pour un complément d'information sur les directives.





contrecoups d'un usage d'alcool à long terme. La conjonction de ces deux facteurs pourrait expliquer, du moins en partie, la hausse du nombre d'hospitalisations chez les 45 à 64 ans.

## Opiacés

De 2006 à 2011, le nombre de séjours à l'hôpital pour des troubles liés aux opiacés a augmenté de 23 %, mais de 15 % pour l'alcool. Ajoutons que pendant la même période, le nombre de jours passés à l'hôpital pour des troubles liés aux opiacés s'est accru de plus de 40 %. En dépassant ainsi le nombre de séjours liés à la cocaïne, les opiacés sont devenus le groupe de substances ayant la plus grande incidence sur les ressources hospitalières, après l'alcool.

À l'échelle nationale, le taux de consommation d'héroïne dans la dernière année est stable et très faible. Sauf que l'achat au détail de médicaments opiacés pour chaque Canadien a plus que doublé de 1998 à 2007 (Rehm, Fischer et Gittins, 2009). En 2010, le Canada était le deuxième consommateur mondial par personne d'opiacés sur ordonnance (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2010). Sans surprise, de 2008 à 2011, le taux d'usage d'analgésiques pharmaceutiques dans la dernière année était relativement élevé, avec plus de 8 Canadiens de 15 ans et plus sur 50 qui en prenaient (Santé Canada, 2012).

Ce recours accru aux analgésiques sur ordonnance, de même que le mésusage d'autres médicaments sur ordonnance, a mené à la création de *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* (Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, 2013), stratégie pancanadienne visant à répondre à cette crise. Compte tenu du nombre de Canadiens qui prennent des opiacés sur ordonnance et des opiacés illicites, il est raisonnable de penser que les opiacés sur ordonnance sont à l'origine de la majorité des séjours à l'hôpital pour ces substances. Toutefois, ce que l'on ignore, c'est le pourcentage de Canadiens qui, plutôt que de suivre les indications de leur médecin, font un usage abusif des opiacés sur ordonnance et dans quelle mesure ces deux groupes de substances sont responsables des séjours à l'hôpital.

Il reste que la tendance dans l'usage d'opiacés sur ordonnance ne suit pas celle dans les séjours à l'hôpital, car la proportion de Canadiens ayant déclaré avoir pris des analgésiques sur ordonnance dans la dernière année a diminué, passant de 21,6 % en 2008 à 16,7 % en 2011 (Santé Canada, 2012). Comme dans le cas de l'alcool, l'augmentation des hospitalisations liées aux opiacés pourrait découler d'un plus grand nombre de personnes vivant des méfaits, et ce, malgré une baisse du pourcentage total de Canadiens prenant des analgésiques pharmaceutiques.

## Augmentation des hospitalisations chez les personnes âgées

Le nombre de jours passés à l'hôpital pour des troubles liés aux opiacés a augmenté dans la plupart des tranches d'âge, mais c'est chez les 65 ans et plus que la hausse était la plus marquée (142 % de 2006 à 2011). Même si les données sur la prévalence du mésusage d'opiacés sur ordonnance chez les personnes âgées sont limitées, on suppose que ces personnes se font probablement prescrire des analgésiques opiacés parce qu'elles souffrent souvent de douleurs chroniques (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013). Ces analgésiques opiacés causeront des méfaits pour certaines des personnes à qui ils sont prescrits. Compte tenu du nombre d'ordonnances délivrées à des personnes âgées et du vieillissement de la population canadienne, les chercheurs prévoient une hausse du nombre d'aînés qui, suite au mauvais usage de médicaments sur ordonnance, subiront de méfaits et pourraient nécessiter des soins pour des problèmes d'abus (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013). Les données actuelles viennent étayer cette prévision.



## Cannabinoïdes

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée au Canada. En 2011, environ 9 % des Canadiens avaient consommé du cannabis dans la dernière année. Même si la consommation de cannabis est en baisse dans la population (Santé Canada, 2012), les hospitalisations résultant de l'usage de cannabinoïdes ont, elles, progressivement augmenté de 2006 à 2011. Pendant cette période, les séjours à l'hôpital pour des troubles liés aux cannabinoïdes ont augmenté d'environ 44 %, et le nombre de jours passés à l'hôpital, de 40 %.

Le taux de consommation des jeunes Canadiens est bien plus élevé que celui des adultes : 21,6 % des 15 à 24 ans ont dit en avoir consommé dans la dernière année, par rapport à 6,7 % des 25 ans et plus (Santé Canada, 2012). En 2007, près d'un élève canadien du 2<sup>e</sup> cycle du secondaire sur 20 déclaraient consommer du cannabis tous les jours ou presque (Young et coll., 2011). En 2009, les jeunes Canadiens de 15 ans présentaient la plus forte prévalence d'usage de cannabis dans les 30 derniers jours (18 %) parmi les jeunes des 37 pays ayant pris part à l'Étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (Currie et coll., 2012). Comme on pouvait s'y attendre, ce sont les jeunes de 15 à 24 ans qui ont passé le plus grand nombre de jours à l'hôpital pour des troubles liés aux cannabinoïdes.

## Cocaïne

De 2006 à 2011, le nombre de séjours à l'hôpital pour des troubles liés à la cocaïne a diminué de plus de 55 % et le nombre de jours passés à l'hôpital, lui, de 48 %. Cette constatation va de pair avec une baisse dans l'usage de cocaïne rapportée par les répondants à des enquêtes nationales. Ainsi, l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2012 révèle une baisse dans l'usage de cocaïne dans la dernière année, qui est passé de 1,9 % en 2004 à 0,9 % en 2011 (Santé Canada, 2012). Toutefois, il convient de noter que les séjours pour la consommation d'autres stimulants ont augmenté de 39 %, passant de 950 en 2006 à 1 324 en 2011. On assiste peut-être à un effet de substitution, c.-à-d. que d'autres stimulants sont consommés au lieu de la cocaïne, et cette substitution pourrait expliquer la hausse, du moins en partie.

Comme pour les opiacés, il faut toutefois noter que les données disponibles ne reflètent pas toute la consommation de cocaïne qui se fait, en particulier chez les groupes marginalisés, comme les personnes vivant dans la rue et celles ayant un risque élevé de consommer. Comme ces groupes manquent de soutien social et ont des besoins en santé plus criants, et qu'ils ont une consommation à risque élevé, ils pourraient nécessiter davantage d'interventions faites en milieu hospitalier.

## Drogues multiples et autres substances psychoactives

L'utilisation de drogues multiples est un phénomène courant chez les consommateurs de drogue (Leri, Bruneau et Stewart, 2003; Roy, Richer, Arruda, Vandermeerschen et Bruneau, 2013). Selon une enquête faite en 2012 auprès des clients de centres de réduction des méfaits en Colombie-Britannique, plus de 70 % ont dit consommer plusieurs substances simultanément (Kuo, Shamsian, Tzemis et Buxton, 2014). L'analyse de données laisse croire à un nombre élevé de séjours à l'hôpital pour des troubles liés à la polyconsommation (au deuxième rang, après l'alcool), sauf que le mode de collecte des données rend impossible une évaluation précise du nombre de séjours à l'hôpital pour l'utilisation de drogues multiples.



## Implications

La manière la plus efficace d'atténuer les répercussions des TLS sur l'utilisation des services hospitaliers, c'est d'empêcher les méfaits qu'ils causent d'atteindre un niveau de gravité nécessitant une hospitalisation. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012, 4,4 % des Canadiens satisfont aux critères de troubles liés aux substances. Cela dit, le *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement* indique que seule une faible minorité d'entre eux ont recours à des services publics de traitement dispensés à l'extérieur du milieu hospitalier (Pirie et coll., 2014). L'idéal serait d'offrir à tous les Canadiens un système complet et factuel de services et soutiens qui couvrirait l'ensemble du continuum, de la prévention aux services spécialisés (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008). Ce système permettrait la prise en charge des TLS avant qu'ils ne prennent des proportions de crise rendant nécessaire une hospitalisation, ce qui diminuerait les répercussions pour la personne et le système de santé.

Dans un contexte où les ressources fiscales et de programmes sont limitées, le présent rapport montre une réduction possible des coûts hospitaliers, grâce à des mesures efficaces de prévention et de réduction des méfaits liés à la consommation et à un éventail d'options thérapeutiques. Les données hospitalières présentées selon l'âge, le sexe et le profil de consommation soulignent l'importance de cibler les services pour répondre aux besoins des divers groupes.

Le présent rapport indique clairement que c'est en réduisant le nombre d'hospitalisations pour des troubles liés à l'alcool que l'on produira les retombées les plus notables. Le modèle Dépistage, intervention rapide et orientation vers le traitement (DIROT) est une approche de santé publique axée sur l'intervention précoce qui permet d'offrir un traitement aux personnes ne demandant pas d'aide ou non susceptibles d'en demander quand elles subissent les premiers méfaits de leur consommation ou risquant de subir de tels méfaits (Babor et coll., 2007). L'efficacité du modèle DIROT en milieu de soins primaires a été largement démontrée en tant que moyen d'empêcher ou de réduire les graves méfaits à long terme associés à la consommation excessive d'alcool (Kahan, Wilson et Becker, 1995; Reid, Fiellin et O'Connor, 1999; Wilk, Jensen et Havighurst, 1997).

Les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* sont un autre outil visant à réduire les méfaits de la consommation d'alcool. Fondées sur des données probantes, les directives ont été élaborées par une équipe d'experts canadiens et internationaux indépendants afin de cerner les profils de consommation qui permettront de réduire les méfaits aigus (p. ex. le calage d'alcool) et à long terme (p. ex. la dépendance) pouvant entraîner une hospitalisation (Butt et coll., 2011).

L'augmentation des hospitalisations liées aux opiacés fait ressortir l'importance de mieux comprendre et aborder le problème du mésusage de ces substances au Canada. La stratégie présentée dans *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* émet des recommandations visant à renforcer notre capacité à prévenir le mésusage d'opiacés sur ordonnance et à intervenir (Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, 2013). La stratégie insiste sur l'importance de la recherche et d'une meilleure collecte de données. Selon le présent rapport, il importe aussi de mettre l'accent sur les personnes de 25 à 44 ans et celles de 65 ans et plus, compte tenu de leurs taux accrus d'hospitalisations pour des troubles liés aux opiacés. Le rapport souligne en outre l'importance d'offrir des interventions adaptées à l'âge et à la substance, étant donné le profil plus âgé des personnes hospitalisées pour des troubles liés aux opiacés.

D'un autre côté, le profil plus jeune des personnes hospitalisées pour des troubles liés aux cannabinoïdes atteste encore une fois de l'importance de cibler les programmes. Malheureusement, il existe de graves lacunes dans la lutte contre l'usage de cannabis chez les jeunes en termes de connaissances et de capacités. L'efficacité du modèle DIROT n'a pas été démontrée de manière



fiable pour des substances autres que l'alcool (Young et coll., 2014). On comble ces lacunes dans les connaissances notamment par l'élaboration de normes pour des programmes de prévention efficaces, la validation d'outils de dépistage pour les jeunes et des recherches sur les besoins propres aux jeunes en transition entre les services pour les enfants, les jeunes et les adultes (p. ex. les *Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes* du CCLT; Chaim et Henderson, 2013). Des ressources seront toutefois nécessaires pour appliquer les enseignements tirés de ces recherches. L'information fournie dans le présent rapport appuie l'investissement dans des activités visant à réduire les coûts liés aux TLS encourus par les hôpitaux.

Enfin, ce rapport enrichit les renseignements disponibles au sujet des Canadiens devant faire traiter un problème de consommation. Le projet d'indicateurs nationaux de traitement est la seule source de données pancanadiennes sur le traitement (Pirie et coll., 2014), mais les indicateurs n'incluent pas encore les données hospitalières citées ici. En comparant les deux ensembles de données, on voit que la plupart des Canadiens accèdent aux services pour des TLS en dehors du milieu hospitalier : les indicateurs nationaux de traitement recensent 236 193 épisodes dans des services publics en 2011<sup>13</sup> par rapport aux 19 617 séjours à l'hôpital attribuables aux TLS relevés dans le présent rapport.

## Limites

L'analyse faite sur les répercussions des TLS sur l'utilisation des services hospitaliers fournit une **estimation très prudente**, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, les données présentées ici montrent qu'en 2011, les coûts directs associés aux personnes avec un diagnostic principal de troubles liés à l'alcool étaient estimés à près de 145 millions de dollars. L'étude complète la plus récente sur les coûts de l'abus de substances, effectuée en 2002, évalue le coût total des méfaits liés à l'alcool pour les Canadiens à 14,6 milliards de dollars par année, dont 3,3 milliards en coûts directs de soins de santé (Rehm et coll., 2006). Selon l'hypothèse prudente voulant que ce montant soit demeuré stable, les coûts établis dans le présent rapport ne constituent qu'une faible fraction (4 % environ) des coûts directs en soins de santé attribuables à l'alcool. Ce qui signifie qu'une large proportion des dépenses en santé associées à l'alcool – et peut-être aussi à d'autres substances – sont faites dans des services de traitement externes et communautaires et dans des hôpitaux pour des maladies comme le cancer et les maladies du foie, ou suite à des accidents où l'état du patient serait indirectement imputable à l'alcool.

## Futures recherches

C'est la première fois que des données de l'ICIS sur les séjours à l'hôpital pour un diagnostic principal de TLS sont analysées selon la substance et les caractéristiques démographiques. L'analyse a néanmoins soulevé de nombreuses questions auxquelles il a été impossible de répondre dans le présent document. Ainsi, les données pourraient éventuellement servir, par exemple, à analyser les taux de réadmission. D'autres études sur les codes de la CIM pourraient aussi être utiles, comme regrouper les séjours dus à des surdoses pour brosser un tableau plus complet des répercussions des TLS sur les hôpitaux canadiens.

Les tendances globales, qui indiquent une augmentation des hospitalisations pour des troubles liés à l'alcool, aux opiacés et aux cannabinoïdes et une baisse marquée de celles pour les troubles liés à la cocaïne, pointent vers des secteurs à étudier davantage. Ces études pourraient, par exemple, se

---

<sup>13</sup> Ce chiffre exclut les données du Québec, du Nouveau-Brunswick, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. L'épisode correspond à une admission dans un service de traitement donné. Une personne peut, au cours d'une même année, accéder soit à plusieurs services, soit à un même service plus d'une fois, et connaître ainsi de nombreux épisodes.



pencher sur le lien entre la prévalence de la consommation et l'hospitalisation. À l'avenir, grâce à l'expansion des indicateurs nationaux de traitement, il sera possible de comparer le nombre de séjours à l'hôpital à celui d'épisodes de traitement associés à des substances précises. Ajoutons que certaines irrégularités dans les tendances, notamment la baisse notée en 2009 du nombre de jours passés à l'hôpital pour des troubles liés aux cannabinoïdes, mettent en évidence des secteurs nécessitant un examen plus approfondi.

Mieux comprendre les trajectoires que suivent les personnes avant et après leur hospitalisation a des implications importantes pour la planification et l'évaluation du système. Ces personnes se sont-elles fait traiter dans la communauté? Dans la négative, est-ce parce qu'elles ignoraient que ces services existaient ou parce que les services ne sont pas disponibles ou accessibles (p. ex. pour des groupes précis définis selon le sexe, les origines ethnoculturelles, l'âge, etc.)? Ces personnes se font-elles traiter dans la communauté après leur hospitalisation?

Étudier plus en détail la nature du séjour à l'hôpital permettra aussi de mieux comprendre les répercussions des TLS. Par exemple, le sevrage de l'alcool ou des opiacés est un processus extrêmement difficile et dangereux physiquement, alors qu'aucune hospitalisation n'est généralement nécessaire pour un sevrage du cannabis. Cela dit, il arrive souvent que même un sevrage médicalement assisté puisse se faire, en toute sécurité, chez soi ou dans la communauté (Ministry of Health NSW, 2008; Stockwell et coll., 1991). Connaître la proportion de séjours à l'hôpital pour des sevrages ferait ressortir le potentiel d'économie qu'offre un plus grand recours au milieu non hospitalier.

Les données présentées ici pourront aussi contribuer à une meilleure compréhension des troubles concomitants. En 2010-2011, près d'un tiers des patients psychiatriques ont reçu un diagnostic de maladie mentale concomitante (c.-à-d. un trouble lié aux substances, de même qu'un trouble de l'anxiété/de l'humeur ou encore un trouble schizophrénique/psychotique) (Institut canadien d'information sur la santé, 2013b). Comparer le taux de concomitance entre divers TLS (p. ex. troubles liés à l'alcool ou au cannabis) et divers troubles de santé mentale dégagerait certaines tendances précises et permettrait de mieux comprendre des liens déjà établis. Par exemple, est-ce que des données corroborent la récente prise de conscience du lien entre la génétique, l'usage de cannabis et des troubles mentaux comme des symptômes psychotiques et la schizophrénie?

Un autre sujet à explorer davantage est la différence notée dans la durée des séjours dans des hôpitaux généraux par rapport aux hôpitaux psychiatriques. Les patients admis dans des hôpitaux psychiatriques éprouvent peut-être des besoins plus complexes, notamment des traumatismes et des troubles concomitants de santé mentale comme l'anxiété, la dépression ou la psychose. Il faut, pour répondre à ces besoins complexes de santé physique et mentale, des ressources différentes de celles nécessaires pour répondre aux méfaits aigus de la consommation, notamment des programmes de traitement opportuns, ciblés et intégrés (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2009).

## Conclusions

Le présent rapport se veut une première étape vers une meilleure compréhension des répercussions qu'ont les diverses substances sur le milieu hospitalier. Les bases de données de l'ICIS sont une mine d'information inexploitée sur les répercussions de la consommation sur l'utilisation des services hospitaliers. Les données relatives aux coûts illustrent concrètement les économies que pourraient permettre des investissements dans la prévention, l'intervention précoce, le traitement et les programmes visant à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Grâce à ces investissements, la nécessité d'hospitaliser pourrait être réduite.



La capacité à suivre les tendances à long terme, en fonction de la substance, permettra aux chercheurs d'identifier les secteurs de la prévention et du traitement à cibler afin de réduire les méfaits individuels et les coûts pour le système. Cette information pourrait soulever des questions et donner l'alerte par rapport à des méfaits de la consommation qui ne sont pas forcément abordés dans les enquêtes démographiques. Par exemple, pour quelles raisons les séjours à l'hôpital pour des troubles liés aux cannabinoïdes sont-ils en hausse, alors que l'usage de cannabis dans la population est en baisse? D'autres recherches seront nécessaires pour définir et aborder des questions de ce genre, et le CCLT prévoit poursuivre sa collaboration avec l'ICIS et d'autres partenaires pour procéder à des analyses plus poussées.

Le présent rapport s'ajoute aux sources de données existantes, comme les rapports précédents de l'ICIS, l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et les indicateurs nationaux de traitement, afin de dresser un portrait national complet. Ce portrait est essentiel à l'adoption d'une démarche proactive, efficace et factuelle de réduction des méfaits de la consommation au Canada.





## Bibliographie

- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (quatrième édition, texte révisé), Arlington (VA), American Psychiatric Publishing, 2000.
- Babor, T.F., B.G. McRee, P.A. Kassebaum, P.L. Grimaldi, K. Ahmed et J. Bray. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse, *Substance Abuse*, vol. 28, n° 3, 2007, p. 7-30.
- Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa (ON), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2011.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2009.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Opioides d'ordonnance*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2013.
- Chaim, G.H., et J. Henderson. *National Youth Screening Project Report*, Toronto (ON), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*, Ottawa (ON), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Currie, C., C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts ... et V. Barnekow. *Déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes. Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) : rapport international sur l'étude de 2009/2010*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012.
- Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement. *Approche systématique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa (ON), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorations canadiennes à la CIM-10*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2001.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2005-2006*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2008.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Dictionnaire de données de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, exercice 2006-2007 et 2008-2009*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2011.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2009-2010*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2012.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Dictionnaire de données de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier de l'exercice 2011-2012*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2013a.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale en milieu hospitalier pour maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes au Canada*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2013b.



- Kahan, M., L. Wilson et L. Becker. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 152, n° 6, 1995, p. 851–859.
- Kuo, M., A. Shamsian, D. Tzemis et J.A. Buxton. A drug use survey among clients of harm reduction sites across British Columbia, Canada, 2012, *Harm Reduction Journal*, vol. 11, n° 13, 2014.
- Leri, F., J. Bruneau et J. Stewart. Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use, *Addiction*, vol. 98, n° 1, 2003, p. 7–16.
- Ministry of Health, New South Wales. *Drug and alcohol withdrawal clinical practice guidelines – NSW (GL2008\_011)*, North Sydney, NSW, chez l'auteur, 2008. Consulté à l'adresse : [http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/pdf/gl2008\\_011.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2008/pdf/gl2008_011.pdf).
- Organe international de contrôle des stupéfiants. *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international : assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques*, Vienne, chez l'auteur, 2010.
- Pirie, T., R. Jesseman, L. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2011–2012*, Ottawa (ON), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, ... et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006.
- Rehm, J., B. Fischer et J. Gittins. *Aperçu de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance et des questions de justice pénale au Canada*, article présenté à l'Université technique, Dresde (Allemagne), 2009.
- Reid, M.C., D.A. Fiellin et P.G. O'Connor. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care, *Archives of Internal Medicine*, vol. 159, n° 15, 1999, p. 1681–1689.
- Roy, E., I. Richer, N. Arruda, J. Vandermeerschen et J. Bruneau. Patterns of cocaine and opioid co-use and polyroutes of administration among street-based cocaine users in Montreal, Canada, *International Journal of Drug Policy*, vol. 24, n° 2, 2013, p. 142–149.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)*, Ottawa (ON), chez l'auteur, 2012.
- Statistique Canada. *Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces*, base de données CANSIM, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1051101&searchTypeByValue=1&pattern=1051101&retrLang=fra&lang=fra>.
- Stockwell, T., L. Bolt, I. Milner, G. Russell, H. Bolderston et P. Pugh. Home detoxification from alcohol: Its safety and efficacy in comparison with inpatient care, *Alcohol and Alcoholism*, vol. 26, n° 5-6, 1991, p. 645–650.
- Wilk, A.I., N.M. Jensen et T.C. Havighurst. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 12, n° 5, 1997, p. 274–283.
- Young, M.M., E. Saewyc, A. Boak, J. Jahrig, B. Anderson, Y. Doiron-Brun ... et H. Clark. *Rapport pancanadien sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves*, Ottawa (ON), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2011.





Young, M.M., A. Stevens, J. Galipeau, T. Pirie, C. Garritty, K. Singh... et D. Moher. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review, *Systematic Reviews*, vol. 3, n° 50, 2014. Consulté à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4042132/>.



## Annexe A : Glossaire

À moins d'indication contraire, les définitions qui suivent sont tirées directement du glossaire se trouvant dans le rapport de l'ICIS, *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2009-2010*, à consulter sur le <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1927>.

### Diagnostic principal à la sortie

Il s'agit du diagnostic qui correspond à la raison principale justifiant le séjour à l'hôpital au moment de l'obtention du congé ou du décès.

### Durée moyenne du séjour

La durée moyenne du séjour représente le nombre moyen de jours passés à l'hôpital. Elle se calcule en divisant le nombre total de jours-présence par le nombre de sorties connexes.

### Groupes de maladies analogues (GMA)

Système canadien de classification des patients permettant de regrouper et décrire des types de patients ayant obtenu leur congé d'un hôpital pour soins de courte durée. L'ICIS a créé les GMA en s'inspirant des diagnostics regroupés pour la gestion utilisés aux États-Unis. Pour en savoir plus sur les GMA, consulter le [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/standards+and+data+submission/standards/case+mix/casemix\\_cmj](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/standards+and+data+submission/standards/case+mix/casemix_cmj) et le <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewConcept.php?conceptID=1094>.

### Hôpital général

Hôpital financé par le secteur public qui dispense des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés et aux clients souffrant d'un vaste éventail de maladies et de blessures. Les services d'un hôpital général ne se limitent pas à un groupe d'âge précis, ni à un des deux sexes. La base de sondage de la BDSMMH englobe les types d'établissements comme les hôpitaux généraux qui ne dispensent pas de programmes d'enseignement et qui disposent ou non d'unités de soins de longue durée, les hôpitaux pédiatriques, les hôpitaux généraux d'enseignement et les établissements spécialisés (établissements de traitement contre le cancer, de cardiologie, de maternité, de soins prolongés et pour maladies chroniques, les hôpitaux de réadaptation, les instituts de neurologie, les hôpitaux d'orthopédie, etc.).

### Hôpital psychiatrique

Au Canada, il n'existe pas de définition normalisée des hôpitaux psychiatriques. Dans le cas du présent rapport et de la collecte de données de l'ICIS, les hôpitaux psychiatriques sont des établissements de soins médicaux qui dispensent des services psychiatriques aux patients hospitalisés ou en consultation externe, et que les provinces ont désignés comme hôpitaux psychiatriques spécialisés.

### Jours d'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation depuis la date d'admission jusqu'à la date de sortie.

### Séjour à l'hôpital

Mieux connue sous le terme technique de sortie de l'hôpital, une sortie est un départ de l'hôpital en raison d'un congé ou d'un décès.



### Trouble lié aux substances (TLS)

Trouble en cause quand la principale raison du séjour à l'hôpital est un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives. À noter que pour le présent rapport, cette définition exclut les séjours à l'hôpital où l'état du patient était indirectement attribuable à la consommation (p. ex. une maladie du foie résultant d'un usage chronique d'alcool ou une blessure subie dans un accident de la route survenu alors que les facultés du patient étaient affaiblies par le cannabis).