



Centre canadien sur  
les dépendances et  
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

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

# Une évaluation sur les substances psychoactives qui amènent les jeunes à l'urgence

Pleins feux sur l'alcool, le cannabis et les opioïdes

2022

## Partenaires du projet

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke*

Québec 



**DALHOUSIE**  
UNIVERSITY



UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN

College of Medicine

DEPARTMENT OF EMERGENCY MEDICINE  
[MEDICINE.USASK.CA](http://MEDICINE.USASK.CA)

# Une évaluation sur les substances psychoactives qui amènent les jeunes à l'urgence

Pleins feux sur l'alcool, le cannabis et les opioïdes

## Partenaires du projet

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie – Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke

Québec 



**DALHOUSIE**  
UNIVERSITY



UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN

College of Medicine

DEPARTMENT OF EMERGENCY MEDICINE  
MEDICINE.USASK.CA

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : King, S., C. Paradis et J. Reynolds. *Une évaluation sur les substances psychoactives qui amènent les jeunes à l'urgence*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500  
Ottawa (Ont.) K1P 5E7  
613 235-4048  
info@ccsa.ca

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

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

This document is also available in English under the title:

*An Evaluation of Psychoactive Substances that Bring Youth to the Emergency Department: Focus on Alcohol, Cannabis and Opioids*

ISBN 978-1-77871-035-3



# Table des matières

Notes terminologiques.....	1
Synthèse générale .....	3
Contexte .....	3
Méthodes .....	4
Résultats.....	4
Conclusion et implications.....	5
Introduction .....	6
Crise des surdoses .....	6
Légalisation du cannabis .....	6
Dangers de l'alcool.....	6
Priorités de recherche .....	7
COVID-19 et usage de substances.....	7
Public cible.....	8
Objectifs de l'étude .....	8
Méthodes .....	9
Sources des données .....	9
Éthique .....	10
Analyses statistiques.....	10
Résultats.....	11
Prévalence des visites à l'urgence pour usage d'alcool, de cannabis ou d'opioïdes.....	11
Cas par catégories de substances .....	11
Cas par catégories de substances, par année et région .....	12
Prévalence des visites à l'urgence par catégories de substances .....	13
Cas liés à l'alcool, par année et région.....	13
Cas liés au cannabis, par année et région .....	14
Cas liés aux opioïdes, par année et région.....	15
Polyconsommation.....	15
Catégories de substances et combinaisons.....	15
Information contextuelle .....	18
Type de produits alcoolisés consommés .....	18



Type de produits de cannabis consommés.....	18
Type de produits d'opioïdes consommés.....	19
Endroit où se fait l'usage de substances .....	19
Renseignements démographiques sur les cas .....	20
Répartition des répondants selon l'âge .....	20
Répartition des répondants selon le sexe .....	20
Catégories de substances, par sexe et région.....	21
Polyconsommation, par sexe et région.....	22
Conditions de vie .....	23
Fréquentation scolaire .....	24
Présentation clinique .....	25
Moyen de transport .....	25
Scores au triage.....	25
Taux d'alcoolémie .....	26
Principales raisons de la visite à l'hôpital.....	28
Moment de l'arrivée à l'urgence selon la substance .....	29
Parcours en établissement hospitalier .....	31
Issues.....	31
Prise de contact avec un tiers .....	32
Antécédents médicaux .....	33
Soins reçus par le passé .....	33
Visites antérieures à l'urgence pour des problèmes liés à l'usage de substances .....	33
Comorbidités connues .....	34
<b>Analyse .....</b>	<b>36</b>
Davantage d'investissements sont nécessaires .....	36
Les hommes, les femmes et le cannabis .....	36
Polyconsommation et sources de soutien .....	37
Moment de l'arrivée à l'urgence .....	37
Groupes les plus à risque de méfaits graves .....	37
Tendances dans les services reçus précédemment.....	38
Davantage de services en santé mentale et en dépendance sont nécessaires ....	38
L'importance d'établir le contact.....	39
Initiatives communautaires .....	39
Le contexte pandémique .....	40
Limites .....	40
Données pré-pandémiques .....	40
Pratiques de collecte de données.....	41



Manque de valeurs sur la diversité dans les données .....	41
Présentations uniques seulement .....	41
<b>Conclusion</b> .....	<b>43</b>
Des approches axées sur la communauté sont nécessaires .....	43
La relance postpandémique et son lot d'incertitudes .....	43
<b>Bibliographie</b> .....	<b>44</b>
<b>Annexe A : définition de cas</b> .....	<b>51</b>
<b>Annexe B : formulaire de déclaration de cas</b> .....	<b>54</b>



## Remerciements

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) tient à remercier sincèrement les hôpitaux et partenaires suivants pour leur collaboration, leur contribution aux données et leur expertise dans l'interprétation des données présentées dans le rapport.

Urgence de l'Hôpital Royal University (Saskatoon, Sask.) et Département de médecine d'urgence, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan

Hôpital Fleurimont, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Sherbrooke, Qc)

Hôpital Hôtel-Dieu, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Sherbrooke, Qc)

Queen Elizabeth II Health Sciences Centre (Halifax, N.-É.)

Cobequid Community Health Centre (Sackville, N.-É.)

Hôpital général de Dartmouth (Dartmouth, N.-É.)

IWK Health Centre (Halifax, N.-É.)

Université Dalhousie (Halifax, N.-É.)

Nous tenons aussi à remercier le Dr Phil Davis (Sask.), Mark Asbridge (N.-É.) et le Dr Claude Cyr (Qc), ainsi que Lauréanne Fleury-Dufour, Aimee Goss, Savanna Boutin et Kathleen MacNabb, qui ont extrait les données de dossiers médicaux dans leur établissement respectif.

## Conflit d'intérêts

Samantha King n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Catherine Paradis n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Jennifer Reynolds n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Le Dr Phil Davis n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Mark Asbridge n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Le Dr Claude Cyr n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.



## Notes terminologiques

Ce rapport inclut des termes couramment utilisés par les médecins et les personnes qui étudient les données administratives en santé. Afin de faciliter la lecture pour le grand public, voici les définitions de quelques termes clés.

**Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, Canada (CIM-10-CA) :** Système de classification des maladies, des traumatismes, des causes de décès ainsi que des causes extérieures de traumatisme et d'empoisonnement. La classification comprend également des troubles et des situations qui ne sont pas des maladies, mais qui représentent des facteurs de risque pour la santé, comme les facteurs professionnels et environnementaux, les habitudes de vie et les circonstances psychosociales.

**Comorbidité :** Maladies ou problèmes de santé concomitants chez un patient.

**Désintoxication :** Le terme « désintoxication » et toutes ses variantes peuvent désigner autant les résultats d'un séjour en établissement hospitalier que l'endroit où l'on envoie un jeune patient à sa sortie de l'hôpital pour la prise en charge de son sevrage. De façon générale, le CCDUS n'utilise plus le terme stigmatisant « désintoxication » à cause de sa connotation, à savoir que la personne doit être lavée de son usage de substances; toutefois, parce que ce terme est connu du grand public, nous avons choisi d'utiliser « prise en charge du sevrage ("désintoxication") » dans le présent rapport (Shatterproof, 2022). Pour préserver l'intégrité des données d'origine, nous avons utilisé certains termes tels quels, mais entre guillemets pour indiquer que nous ne les cautionnons pas.

**Échelle canadienne de triage et de gravité :** On utilise cette échelle dans les services d'urgence du Canada pour refléter le niveau de soins requis par un patient lors de son admission. On donne le score en fonction du problème initial et de la nature et de la gravité des symptômes observés (Murray, 2003; Gravel et coll., 2009; Bullard et coll., 2017).

**Échelle de Glasgow :** L'Échelle de Glasgow a été conçue pour évaluer la profondeur et la durée d'un coma ou des troubles de conscience. Elle se base sur la réponse motrice, la réponse verbale et l'ouverture des yeux pour mesurer l'intensité des blessures ou autres urgences médicales. Un traumatisme crânien grave correspond à un score égal ou inférieur à 8; un traumatisme crânien modéré, à un score situé entre 9 et 12; et un traumatisme crânien léger, à un score de 13 à 15.

**Jeunes adultes :** Termes définis dans cette étude comme les personnes âgées de 18 à 24 ans.

**Jeunes ou adolescents :** Termes définis dans cette étude comme les personnes âgées de 12 à 17 ans.

**Polyconsommation :** Ce terme renvoie à la consommation simultanée ou concomitante de plus d'une substance.

**Surdose :** Ce terme renvoie aux méfaits fatals et non fatals qui surviennent chez les personnes faisant usage de substances potentiellement toxiques. On parle de crise des surdoses pour faire référence au nombre saisissant et croissant de décès liés à la toxicité des drogues illicites causés par les opioïdes, leurs analogues et d'autres substances (B.C. Centre for Disease Control, 2021).

**Taux d'alcoolémie :** La mesure de la quantité d'alcool dans le sang. Par exemple, 50 millimoles d'alcool dans 1 litre de sang correspondent à une alcoolémie de 0,05 % (Mothers Against Drunk Driving Canada, s.d.).

**Trouble lié à l'usage de substances :** Ce problème de santé est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques associés à la consommation d'une substance



psychoactive et subis par le sujet qui continue à consommer malgré l'apparition de problèmes. Quelques exemples de ces problèmes : conséquences négatives pour la santé physique ou mentale de la personne ou le bien-être des autres, conséquences sociales préjudiciables (comme l'incapacité à remplir des obligations professionnelles, familiales ou scolaires), conflits interpersonnels ou problèmes juridiques (American Psychiatric Association, 2013). Certaines personnes trouvent le terme « trouble » stigmatisant, mais nous l'utilisons dans le présent rapport pour parler spécifiquement de directives cliniques et de planification de traitements. Il ne s'agit pas d'une étiquette qu'on attribue à une personne.

**Usage ou consommation de substances :** Le terme « substances » regroupe l'ensemble des substances licites et illicites et des substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac.





## Synthèse générale

### Grands constats

- Dans toutes les communautés qui ont fourni des données, les adolescents et les jeunes adultes admis à l'urgence pour usage de substances ont majoritairement déclaré avoir consommé de l'alcool ou ont été identifiés comme ayant consommé cette substance; le cannabis et les opioïdes viennent au deuxième et au troisième rang.
- Les taux d'alcoolémie moyens rapportés dans l'ensemble des régions étaient supérieurs à la limite toxique de 0,3 %. Beaucoup de cas de consommation d'alcool impliquaient des spiritueux, soit seuls ou en combinaison avec d'autres substances.
- Plus du quart (28 %) des jeunes qui ont visité l'urgence n'avaient pas encore atteint l'âge légal de consommation et d'achat d'alcool en vigueur dans leur région.
- Dans toutes les communautés, les cas admis à l'urgence pour consommation de cannabis étaient plus fréquemment des hommes que des femmes.
- La polyconsommation était en cause dans près de 40 % des cas; la ville de Saskatoon a rapporté la plus grande prévalence, suivie de la ville de Sherbrooke et du Grand Halifax.
- Lorsque des jeunes étaient admis à l'urgence pour usage d'alcool, de cannabis ou d'opioïdes, c'était le plus souvent pour des blessures accidentelles (45,1 %), suivies des blessures intentionnelles (13,9 %).
- L'heure d'arrivée à l'urgence différait selon la substance; les cas impliquant l'alcool se présentaient principalement la nuit, et les cas impliquant le cannabis et les opioïdes, le jour.
- Une grande proportion des jeunes qui se sont présentés à l'urgence y avaient déjà séjourné pour une urgence liée à l'usage de substances. Ils avaient aussi déjà consulté un professionnel de la santé, le plus souvent un psychiatre. Chez 40 % des jeunes, on observait aussi une comorbidité.
- Dans beaucoup de cas, on n'a pas communiqué avec un tiers pour l'informer de la consultation du jeune à l'urgence.

### Contexte

Notre étude de cas précédente avec Sherbrooke Ville en santé, qui évaluait la consommation excessive d'alcool chez les jeunes à Sherbrooke, au Québec, a montré que les séjours à l'urgence pour une toxicité liée à l'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes étaient communs. Les cas, graves, se présentaient habituellement tous les deux jours, souvent après la consommation de boissons à forte teneur en alcool dans des bars, des fêtes ou lors de célébrations locales (Paradis, Goupil et coll., 2018; Paradis, Cyr et coll., 2018). En réponse à cette étude, la communauté a prévu des mesures préventives, dont plusieurs qu'elle a pu mettre en œuvre (Paradis et coll., 2018). La loi a aussi été modifiée pour interdire la vente de certains produits à très forte concentration d'alcool dans les dépanneurs du Québec (Québec, *Projet de loi n° 170*).



En voyant les retombées de cette étude, nous avons voulu l'étendre à deux autres communautés : Saskatoon, en Saskatchewan, et la région du Grand Halifax, en Nouvelle-Écosse. Par ailleurs, en raison de la légalisation du cannabis en 2018 et de la crise des surdoses qui sévit au Canada, nous avons décidé d'y inclure aussi les séjours à l'urgence liés à l'usage de cannabis et d'opioïdes. Le présent rapport décrit les tendances observées dans les visites à l'urgence par des adolescents et de jeunes adultes et le contexte qui entoure ces hospitalisations.

Le présent rapport s'adresse aux responsables des politiques et vise à aider leurs équipes à définir leurs priorités en ce qui concerne les initiatives de recherche et les programmes de prévention. Il vise aussi à aider les professionnels de la santé travaillant à l'urgence à mieux comprendre les tendances dans leur communauté et l'importance d'une telle surveillance, afin qu'ils puissent améliorer leur approche de soins avec les jeunes adultes qui visitent l'urgence pour des problèmes liés à l'usage de substances.

## Méthodes

Pour mener cette vaste étude, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a travaillé avec des représentants de sept urgences situées dans trois communautés du Canada. Nous avons adopté une approche rétrospective pour la collecte, l'extraction et l'analyse des données dans chaque établissement. Notre principal objectif était de comptabiliser et de documenter toutes les consultations dans chacune des urgences entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2019 qui concernaient des adolescents (12 à 17 ans) et de jeunes adultes (18 à 24 ans) et qui étaient liées à l'usage de substances psychoactives entrant dans l'une des trois catégories suivantes : alcool, cannabis ou opioïdes. Notre objectif secondaire était d'évaluer la gravité des cas au moyen de diverses mesures (p. ex. Échelle de Glasgow, Échelle canadienne de triage et de gravité, données d'hospitalisations) et du contexte entourant les consultations à l'urgence.

## Résultats

L'étude, d'une durée de quatre ans, s'est penchée sur 4 634 cas impliquant des jeunes de trois communautés. Voici certains de ses principaux constats :

- La consommation d'alcool demeure la principale raison des consultations à l'urgence chez les adolescents et les jeunes adultes, dépassant le cannabis et les opioïdes. Les trois communautés étudiées présentaient des profils semblables. Les produits les plus souvent en cause étaient les spiritueux à forte teneur en alcool (lorsque le type d'alcool est connu).
- Plus du quart des jeunes s'étant présentés à l'urgence n'avaient pas l'âge légal de consommation d'alcool en vigueur dans leur région respective.
- Nombre des cas de jeunes hospitalisés à l'urgence étaient des problèmes présentant une menace pour la vie.
- La polyconsommation était en cause dans le tiers de l'échantillon. Toutefois, la plupart des cas rapportaient l'usage d'une seule substance, dans la vaste majorité des cas l'alcool. La combinaison de substances la plus fréquente, parmi les trois substances étudiées, était l'alcool et le cannabis.
- La ville de Sherbrooke présentait significativement moins de cas ayant abouti à l'urgence en raison de l'alcool et du cannabis en 2019, alors que la tendance inverse a été observée à Saskatoon et dans la région du Grand Halifax, dont les nombres de cas étaient stables ou en augmentation. Cela laisse penser que les changements instaurés dans la communauté de Sherbrooke après la première étude ont eu des effets.



## Conclusion et implications

La présente étude montre l'importance de comprendre le rôle que joue l'alcool dans les cas d'urgence médicale grave chez les jeunes. Il demeure la cause principale de ces hospitalisations, particulièrement dans les cas qui n'impliquent qu'une seule substance.

Lorsque des adolescents ou de jeunes adultes se rendent à l'urgence à cause de l'usage de substances, il y a de quoi s'inquiéter. Toutefois, c'est aussi une occasion de faire du dépistage, des interventions brèves et de la sensibilisation ciblée. Il n'existe pas qu'une seule approche en matière de prévention et de réduction des méfaits. Comme le montre notre étude, les tendances et caractéristiques des hospitalisations à l'urgence varient d'une communauté à l'autre, ce qui révèle le besoin de données à l'échelle des communautés, puisque les tendances locales ne reflètent pas toujours la réalité nationale.

La prévention des urgences médicales liées à la consommation d'alcool, de cannabis et d'opioïdes chez les jeunes au Canada constituera un enjeu pressant de la relance postpandémique et au-delà. Pour protéger les jeunes des conséquences graves liées à l'usage de substances, dont les consultations à l'urgence, de nombreuses initiatives pourraient se révéler utiles, notamment :

- Faciliter l'échange d'information dans chacune des trois communautés dans une optique de connaissance des tendances locales et améliorer les pratiques à l'urgence, du moment de l'arrivée au suivi des jeunes patients, pour garantir des services et du soutien adéquats;
- Augmenter la variété des données et l'efficacité de la surveillance des cas à l'échelle communautaire pour guider et personnaliser les initiatives de prévention locales et les programmes, politiques et pratiques de réduction des méfaits.



# Introduction

## Crise des surdoses

La crise des surdoses d'opioïdes continue de s'aggraver au Canada, et les jeunes ne sont pas épargnés. Entre 2010 et 2016, le nombre d'hospitalisations liées aux opioïdes chez les jeunes de 15 à 24 ans est monté en flèche, passant de 7,1 à 12,4 cas par 100 000 (Administrateur en chef de la santé publique du Canada, 2018). En Alberta, les visites à l'urgence liées à la crise des opioïdes chez les adolescents et les jeunes adultes de 18 à 29 ans ont augmenté plus rapidement que les visites de personnes des autres groupes d'âge entre 2011 et 2015 (Moe et coll., 2018).

Selon les données de l'Agence de la santé publique du Canada, d'avril 2020 à mars 2021, les décès liés à la toxicité des opioïdes ont grimpé de 88 % chez les 15 ans et plus (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2021; gouvernement du Canada, 2021). Cette tendance est accélérée par l'augmentation de la toxicité des drogues et de la prévalence des maladies mentales et par le manque de disponibilité et d'accessibilité des services de soutien en matière de méfaits liés à l'usage de substances.

## Légalisation du cannabis

La légalisation du cannabis à des fins récréatives est une autre question de santé qui fait la manchette depuis quelques années et qui souligne l'importance de surveiller cette consommation chez les jeunes au Canada. En effet, selon les données disponibles, les jeunes sont plus susceptibles de consommer du cannabis que les adultes (Rottermann, 2021; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS], 2022), et une consommation hebdomadaire ou plus fréquente chez les adolescents sur une longue période peut accroître le risque de trouble lié à l'usage de substances ou de problèmes de santé mentale plus tard dans la vie (DeWit et coll., 2000; Patton, 2002; Hall, 2015; CCDUS, 2022).

L'expérience des États-Unis montre que, dans certains États, la légalisation du cannabis a entraîné d'importants risques pour la santé publique. Des données nationales sur les services d'urgence montrent une hausse annuelle de 7 % du nombre de visites à l'urgence associées au cannabis au cours des 10 dernières années et indiquent que les adolescents forment le groupe qui risque le plus d'aller à l'urgence en raison du cannabis (Shen et coll., 2018). Au Canada, des résultats préliminaires provenant de l'Ontario reflètent ces tendances et montrent que les visites à l'urgence liées à la consommation de cannabis chez les patients âgés de 18 à 29 ans ont augmenté de 56 % dans les six mois qui ont suivi la légalisation au pays (Baraniecki et coll., 2021). Des analyses menées par l'ICIS en 2017-2018 ont aussi montré que les séjours à l'hôpital liés à la consommation de cannabis étaient plus fréquents que les hospitalisations liées à toute autre substance chez les hommes et les femmes âgées de 10 à 24 ans (ICIS, 2019). Par rapport aux estimations de 2015, le nombre de personnes de 15 ans ou plus qui consomment du cannabis quotidiennement ou presque a augmenté; en effet, 7,9 % d'entre elles rapportaient une telle consommation en 2020 (Rottermann, 2021).

## Dangers de l'alcool

Quand on les compare à ceux des opioïdes et du cannabis, les risques associés à l'alcool sont souvent banalisés. Et pourtant, avant la pandémie, un nombre de plus en plus grand de jeunes au Canada étaient hospitalisés à la suite d'une intoxication alcoolique aiguë. Selon l'Institut national de



santé publique du Québec, entre 2014 et 2016, le taux d'intoxication alcoolique aiguë est passé à 365 cas par 100 000 chez les 18 et 19 ans, le taux le plus élevé dans le groupe que forment les 12 à 25 ans (April et coll., 2018). Des données recueillies dans des villes collégiales et universitaires canadiennes de 2012 à 2017 indiquent que, chaque semaine, au moins trois jeunes se rendent à leur hôpital local pour une urgence médicale liée à l'alcool et que la vie d'au moins 25 % de ces jeunes est en danger au moment de leur arrivée à l'hôpital (Paradis et coll., 2018).

Malgré ces constats et le fait que la consommation d'alcool est très fréquente chez les jeunes et les jeunes adultes, il existe peu de données sur la fréquence de leurs visites à l'urgence pour un problème médical lié à une substance. Pourtant, une seule visite à l'urgence pour une intoxication aiguë à l'alcool est un important prédicteur de problèmes avec l'alcool à long terme, le taux de mortalité de ces patients étant 3,5 fois plus important dans les cinq ans suivant cette visite (Davidson et coll., 1997).

## Priorités de recherche

Les données sur les visites à l'urgence sont essentielles non seulement pour identifier les populations les plus à risque de subir des méfaits liés à l'usage de substances, mais aussi pour déterminer les priorités concernant les initiatives de recherche, les programmes de prévention, les règlements et les politiques. Au Canada, il serait particulièrement important de disposer de données sur cette question pour compléter :

- les données existantes sur la consommation, qui portent sur le risque de méfaits
- les données sur les hospitalisations, qui représentent une forme grave, mais rare, de méfaits.

En effet, une fois dotée des résultats de la première étude de cas menée localement ([La consommation d'alcool et ses méfaits chez les jeunes - Étude de cas dans la communauté de Sherbrooke](#)), la communauté de Sherbrooke a pu mettre en œuvre plusieurs mesures, tant dans les services d'urgence qu'à l'extérieur (Paradis et coll., 2018). Ces mesures incluaient la communication avec un membre de la famille ou un ami d'un jeune après une visite à l'urgence, et le changement des lois, comme dans l'exemple des modifications au *Projet de loi n° 70* du Québec, ce qui a mené à l'interdiction de la vente de produits alcoolisés très sucrés dans les dépanneurs à l'échelle provinciale.

La première étude de cas s'est penchée sur la consommation excessive d'alcool chez les jeunes à Sherbrooke. Les boissons à forte teneur en alcool consommées lors de fêtes, dans les bars et dans les célébrations communautaires étaient souvent en cause dans les visites à l'urgence pour une toxicité alcoolique, souvent avec de graves conséquences. En raison des résultats et des retombées générales de l'étude à Sherbrooke, nous avons cherché à travailler avec d'autres communautés canadiennes et à inclure dans l'étude les trois catégories de substances (alcool, cannabis et opioïdes) qui jouent un grand rôle, partout au pays, dans les hospitalisations des jeunes.

## COVID-19 et usage de substances

La déclaration officielle de la pandémie en mars 2020 a entraîné une série de décrets, qui varient selon l'emplacement, visant toutes les personnes vivant au Canada. En voici quelques exemples :

- Décrets ordonnant le confinement à domicile;
- Décrets interdisant les rassemblements sociaux à l'extérieur de son domicile;
- Fermeture temporaire de nombreux établissements publics.



Les données contenues dans ce rapport portent sur les quatre années qui ont précédé la pandémie; les répercussions de la crise sanitaire sur les visites à l'urgence liées à l'usage de substances chez les jeunes ne sont pas négligeables et font l'objet d'une analyse à la fin de ce rapport.

## Public cible

Le présent rapport s'adresse à divers publics, particulièrement :

- Les responsables des politiques qui pourront utiliser les résultats de l'étude pour définir les priorités en matière d'initiatives de recherche, de programmes de prévention et de réglementation et de politiques de prévention visant à réduire les conséquences associées à l'usage de substances psychoactives chez les jeunes;
- Les professionnels de la santé qui travaillent dans les services d'urgence qui pourront utiliser les résultats de l'étude pour améliorer l'approche thérapeutique auprès des jeunes qui se rendent à l'urgence à cause de l'usage de substances, notamment en matière de counseling et de suivi.

## Objectifs de l'étude

1. Déterminer quelles substances psychoactives amènent les jeunes à l'urgence, dans le but de documenter l'ampleur du problème et la gravité des cas dans les communautés canadiennes.
2. Décrire les consultations à l'urgence liées à la consommation d'alcool, de cannabis ou d'opioïdes chez les adolescents et jeunes adultes en fonction des éléments suivants :
  - Présentation clinique
  - Caractéristiques cliniques et biologiques lors de l'admission
  - Contexte de consommation
  - Exposition à plusieurs substances
  - Prise en charge du patient
3. Influencer sur les priorités relatives aux programmes de prévention et de réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool, de cannabis et d'opioïdes dans chaque communauté.



## Méthodes

Pour évaluer quelles substances psychoactives amènent les jeunes à l'urgence, le CCDUS a collaboré avec un groupe de professionnels de la santé et d'épidémiologistes pour mener une analyse rétrospective des données cliniques. Pour ce projet se déroulant dans de multiples établissements, nous avons recueilli, extrait et analysé les données de plusieurs centres médicaux localisés à Sherbrooke, à Saskatoon et dans la région du Grand Halifax.

Notre principal objectif était de comptabiliser et de documenter toutes les visites à l'urgence dans chaque établissement entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2019. Nous avons examiné les séjours d'adolescents (12 à 17 ans) et de jeunes adultes (18 à 24 ans) qui impliquaient au moins une substance entrant dans l'une des trois catégories de substances psychoactives suivantes : alcool, cannabis et opioïdes. Notre objectif secondaire était d'évaluer la gravité des cas au moyen de diverses mesures (p. ex. Échelle de Glasgow, Échelle canadienne de triage et de gravité, hospitalisations). Ce type de données peut être utilisé pour examiner les tendances régionales des visites à l'urgence liées à l'usage de substances afin d'adapter les efforts de prévention et de réduction des méfaits à la réalité de chacune des communautés.

## Sources des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, compilés dans chaque service d'urgence par un assistant de recherche. Les données provenant du Système national d'information sur les soins ambulatoires ont été utilisées, notamment :

- les données de base de chaque hospitalisation (c.-à-d. date et heure, mode d'arrivée, gravité);
- les caractéristiques démographiques des patients;
- les soins reçus à l'urgence;
- les résultats.

Toutes autres données pertinentes figurant au dossier ont également été utilisées. Voir l'annexe A pour les codes de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version, Canada (CIM-10-CA)* utilisés à des fins d'inclusion (ICIS, 2009). L'annexe B présente le formulaire de déclaration de cas rempli pour chaque cas, en fonction des données disponibles.

Nos analyses incluent les consultations à l'urgence d'adolescents ou de jeunes adultes répondant aux critères suivants :

- Les visites liées à la consommation d'alcool comprenaient :
  - les termes diagnostiques communs rendus par les codes de la CIM-10-CA exclusivement liés à l'alcool (p. ex. intoxication alcoolique);
  - les codes de la CIM-10-CA qui pourraient être partiellement attribués à l'alcool et aux taux d'alcoolémie > 0, ou qui rapportent une consommation d'alcool dans les 24 heures précédentes.
- Les visites liées à une consommation de cannabis comprenaient :
  - les termes diagnostiques communs rendus par les codes de la CIM-10-CA liés à la consommation de cannabis (p. ex. troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aiguë par les dérivés du cannabis), que ce soit le problème principal ou secondaire. Cela comprend les blessures, notamment lors d'accidents de la route où le cannabis est en cause;



- les hospitalisations et les visites à l'urgence pour des troubles mentaux ou comportementaux liés à la polyconsommation, dont le cannabis;
- les tests positifs au dépistage du tétrahydrocannabinol (THC, principale substance psychoactive du cannabis).
- Les visites liées à une consommation d'opioïdes comprenaient :
  - les termes diagnostiques communs rendus par la CIM-10-CA dans la catégorie « troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation d'opiacés »;
  - tout code de la catégorie « intoxication par narcotiques et psychodysléptiques ».

En plus de la compilation des dossiers contenant les codes liés à chacune des catégories de substances, il était important d'inclure les mots « cannabis », « alcool » ou « opioïdes » dans les entrées (p. ex. « T439 cannabis »). En n'analysant que des dossiers qui contenaient des codes F100, il était possible de rater des dossiers qui auraient pu entrer dans les catégories à l'étude. Par exemple, le diagnostic principal pouvait être soit une psychose, soit l'usage de cannabis. La recherche par diagnostic principal seulement aurait donc pu entraîner des lacunes en matière de collecte de données.

## Éthique

Dans chaque établissement, des comités d'éthique de recherche interne ont approuvé les travaux de recherche réalisés dans le cadre du présent rapport. Le financement de la recherche s'inscrit dans une entente de contribution entre le CCDUS et le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. Les renseignements d'identification ont été retirés de toutes les données avant que les chercheurs ne puissent les recueillir et les analyser. On a aussi assigné un identifiant unique à chaque dossier.

## Analyses statistiques

Les données présentées dans ce rapport sont principalement issues d'analyses descriptives. Des tests du chi carré ont été menés pour les variables catégorielles et des tests de Student ont permis de détecter les différences moyennes entre les groupes pour les variables continues. Une valeur  $p$  de moins de 0,05 a été utilisée pour déterminer la signification statistique.

Il est important de souligner que certaines variables préétablies présentées dans notre formulaire de déclaration de cas n'étaient pas disponibles dans tous les établissements. Des pratiques différentes en matière de tenue de dossiers et de sources de données freinent la capacité des chercheurs à obtenir l'ensemble des données ou à mener des analyses statistiques pour toutes les variables. Cette situation fait l'objet d'une mention dans le rapport lorsqu'elle s'applique.





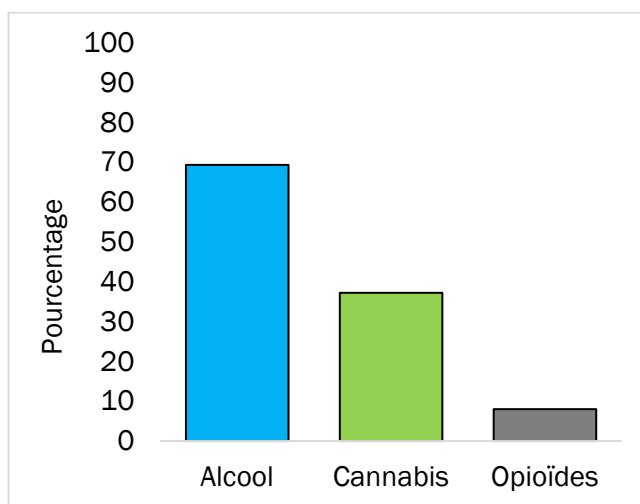
## Résultats

### Prévalence des visites à l'urgence pour usage d'alcool, de cannabis ou d'opioïdes

#### Cas par catégories de substances

La figure 1 ( $n = 4\,634$ ) montre le pourcentage de cas associés à chaque catégorie de substances pour l'ensemble des services d'urgence. L'alcool était en cause dans la plupart des cas (69,3 %), suivi du cannabis (37,2 %) et des opioïdes (8,0 %).

**Figure 1. Pourcentage de cas rapportant l'implication de chaque catégorie de substances**



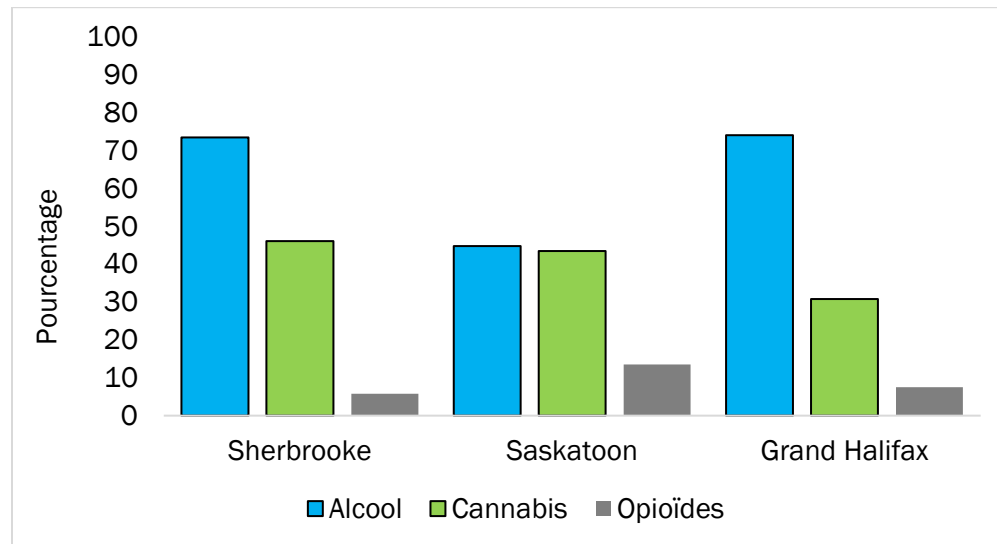
**Note :** Le total est supérieur à 100 %, chaque cas pouvant impliquer plus d'une catégorie de substances.

La figure 2 montre le pourcentage de cas associés à chaque catégorie de substances par région. Les tendances générales sont semblables d'une région à l'autre :

- L'alcool est rapporté le plus fréquemment dans toutes les régions (73,5 % à Sherbrooke, 44,8 % à Saskatoon et 76,8 % dans le Grand Halifax).
- Le cannabis vient au deuxième rang (46,1 % à Sherbrooke, 43,5 % à Saskatoon et 27,7 % dans le Grand Halifax);
- Les opioïdes sont en cause dans la plus faible proportion de cas (5,8 % à Sherbrooke, 13,5 % à Saskatoon et 7,8 % dans le Grand Halifax).



Figure 2. Répartition des visites, toutes catégories de substances confondues, dans chaque communauté



Note : Le total est supérieur à 100 %, chaque cas pouvant impliquer plus d'une catégorie de substances.

### Cas par catégories de substances, par année et région

Sherbrooke a enregistré 1 342 visites à l'urgence dans ses deux hôpitaux (Hôpital Fleurimont – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke [CHUS] et Hôpital Hôtel-Dieu – CHUS) qui étaient liées à la consommation d'alcool, de cannabis et d'opioïdes. De ce nombre :

- 336 (25 %) ont eu lieu en 2016
- 370 (27,6 %) ont eu lieu en 2017
- 346 (25,8 %) ont eu lieu en 2018
- 290 (21,6 %) ont eu lieu en 2019

De son côté, l'Hôpital Royal University de Saskatoon a recensé 728 visites à l'urgence en lien avec la consommation d'alcool, de cannabis et d'opioïdes. De ce nombre :

- 125 (17,2 %) ont eu lieu en 2016
- 166 (22,8 %) ont eu lieu en 2017
- 203 (27,9 %) ont eu lieu en 2018
- 234 (32,1 %) ont eu lieu en 2019

Dans les quatre urgences du Grand Halifax (Queen Elizabeth II Health Sciences Centre, Halifax; Cobequid Community Health Centre, Sackville; Hôpital général de Dartmouth, Dartmouth; IWK Health Centre, Halifax), il y a eu un total de 2 564 visites à l'urgence liées à l'alcool, au cannabis et aux opioïdes. De ce nombre :

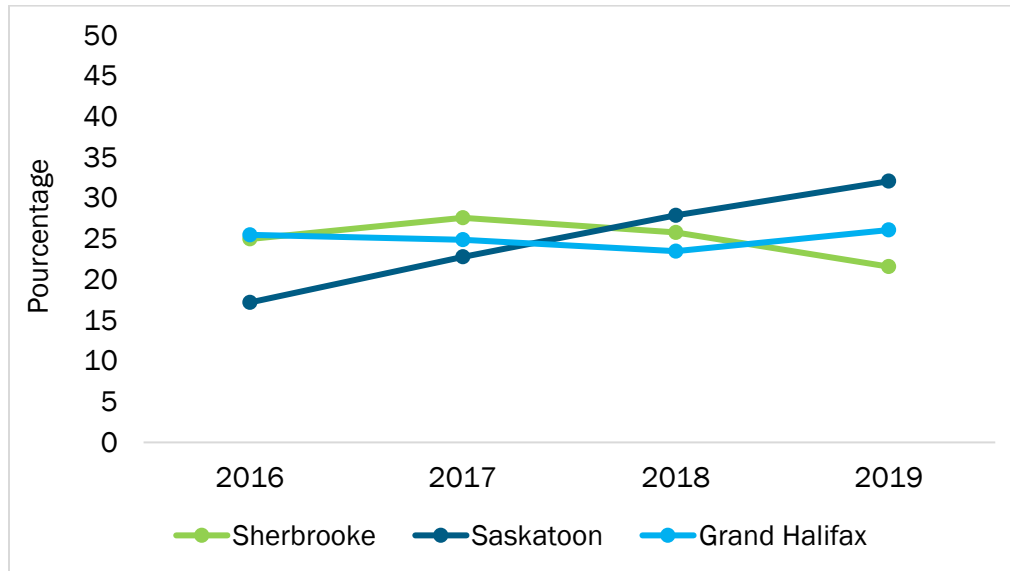
- 655 (25,5 %) ont eu lieu en 2016
- 638 (24,9 %) ont eu lieu en 2017
- 603 (23,5 %) ont eu lieu en 2018
- 668 (26,1 %) ont eu lieu en 2019

La figure 3 montre la répartition des cas au cours de cette période; les proportions varient grandement d'une région à l'autre ( $\chi^2_{(6)} = 47\,526$ ,  $p < 0,001$ ) :



- Les services d'urgence de la ville de Sherbrooke ont connu moins de visites en 2019 par rapport aux années précédentes;
- Saskatoon a connu une tendance à la hausse après 2016, avec une augmentation régulière de la proportion des cas année après année;
- Le Grand Halifax a connu un plus faible pourcentage de cas en 2017 et en 2018 qu'en 2016 et en 2019.

Figure 3. Répartition des cas, toutes catégories de substances confondues, dans chaque communauté, par année



## Prévalence des visites à l'urgence par catégories de substances

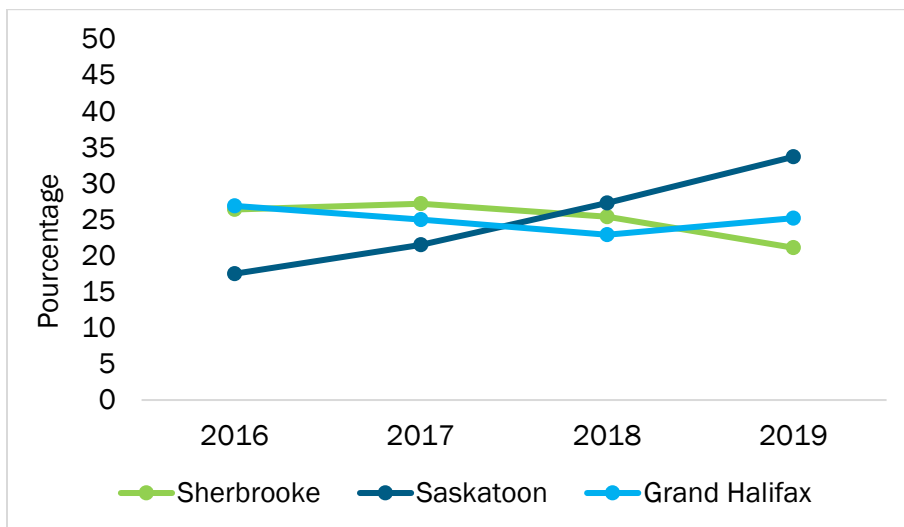
### Cas liés à l'alcool, par année et région

Les tendances associées aux cas liés à la consommation d'alcool pendant la période d'étude varient d'une région à l'autre ( $\chi^2_{(6)} = 32,42, p < 0,001$ ) :

- À Sherbrooke, la proportion de cas était plus faible en 2019 que durant la période de 2016 à 2018;
- À Saskatoon, la proportion de cas n'était pas significativement plus élevée en 2017 qu'en 2016, mais elle l'était en 2018 et en 2019;
- Dans la région du Grand Halifax, la proportion de cas était plus faible en 2018 qu'en 2016, mais l'année 2018 ressemblait à 2017 et à 2019 (figure 4).



Figure 4. Proportion du nombre total de cas liés à l'alcool, dans chaque communauté, par année

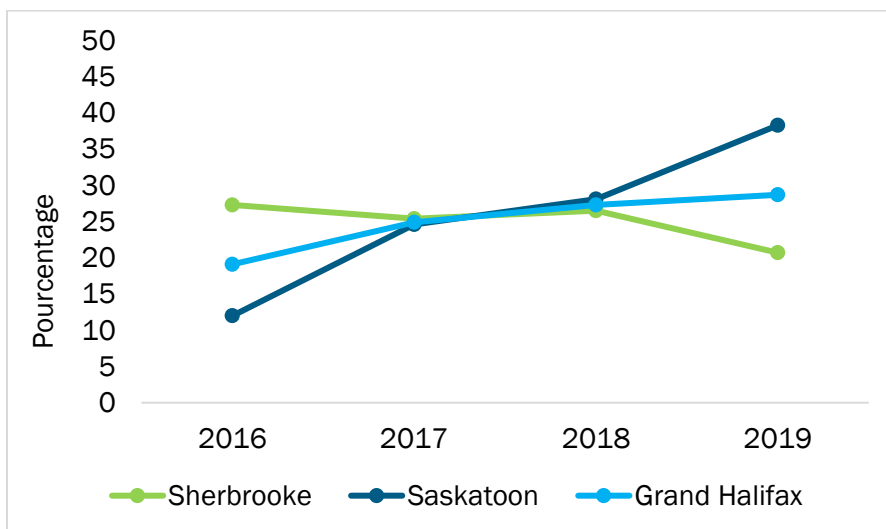


### Cas liés au cannabis, par année et région

Les tendances associées aux cas liés à la consommation de cannabis pendant la période d'étude varient au sein des régions elles-mêmes ( $\chi^2_{(6)} = 32,42, p < 0,001$ ) :

- À Sherbrooke, la proportion de cas a diminué d'année en année de 2016 à 2019;
- À Saskatoon, la proportion de cas a augmenté d'année en année de 2016 à 2019;
- Dans le Grand Halifax, la proportion de cas est demeurée stable tout au long de la période d'étude (figure 5).

Figure 5. Proportion du nombre total de cas liés au cannabis, pour chaque communauté, par année



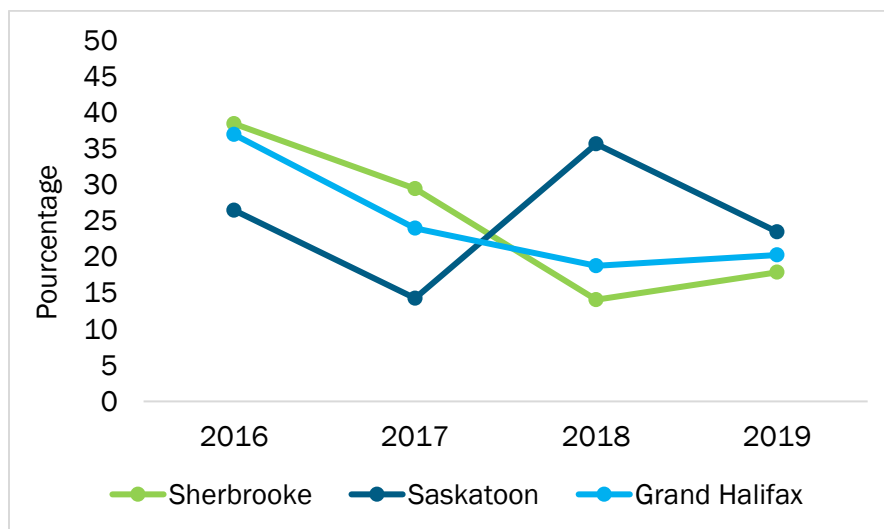


## Cas liés aux opioïdes, par année et région

Les tendances associées aux cas liés à la consommation d'opioïdes pendant la période d'étude varient au sein des régions elles-mêmes ( $\chi^2_{(6)} = 19,32, p = 0,004$ ) :

- À Sherbrooke, la proportion de cas a diminué significativement entre 2017 et 2018, seul changement significatif observé;
- À Saskatoon, la proportion de cas a augmenté entre 2017 et 2018, et a aussi connu une augmentation en 2019 par rapport à 2017;
- Dans le Grand Halifax, la proportion de cas n'a pas changé significativement au cours de la période d'étude (figure 6).

Figure 6. Proportion du nombre total de cas liés aux opioïdes, pour chaque communauté, par année



## Polyconsommation

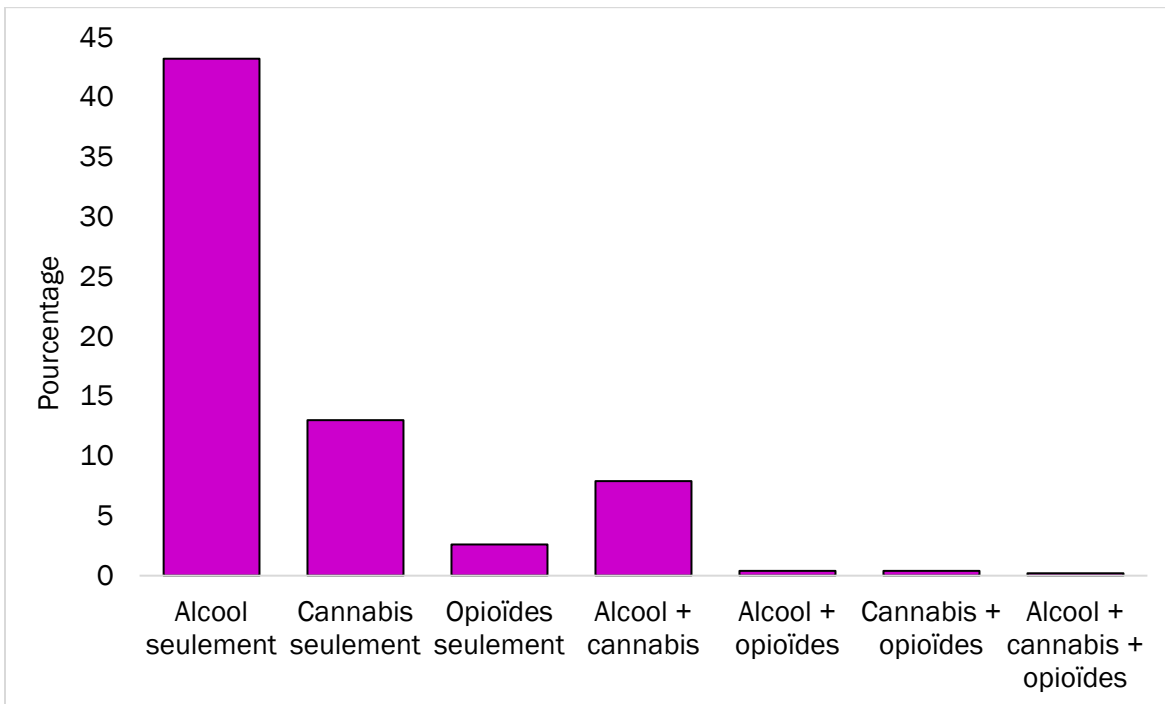
### Catégories de substances et combinaisons

La figure 7 montre la répartition des cas impliquant chacune des catégories de substances, seules ou en combinaison. La plupart des cas liés à une seule catégorie de substances impliquaient, en ordre décroissant, l'alcool (43,2 %), le cannabis (13,0 %) et les opioïdes (2,6 %). Parmi les trois catégories de substances étudiées<sup>1</sup>, la combinaison la plus souvent rapportée était l'alcool et le cannabis (7,9 %); les autres combinaisons de substances représentaient moins de 1 % de l'échantillon.

<sup>1</sup> D'autres catégories de substances ont souvent été rapportées, mais ne sont pas présentées à la figure 7 pour faciliter l'interprétation. Des analyses plus poussées sur la polyconsommation seront incluses dans de futurs rapports.



Figure 7. Catégories de substances consommées seules ou en combinaison



Dans tout l'échantillon, l'implication de plus d'une substance (dont font partie les catégories de substances étudiées) était commune et se voyait dans 37 % ( $n = 1\,739$ ) des cas. Selon les données disponibles, le reste des cas étudiés ne semblaient impliquer qu'une seule substance (62,3 %,  $n = 2\,888$ ), le plus souvent l'alcool.

Si l'on examine la situation par région, le pourcentage de cas rapportant l'implication de plus d'une substance varie :

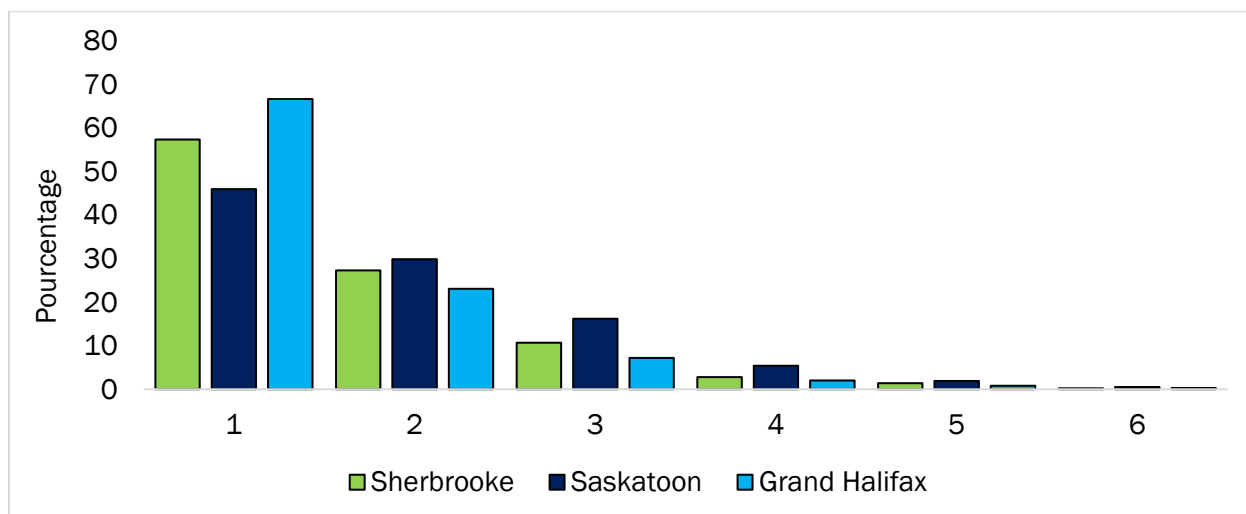
- 42,5 % des cas à Sherbrooke;
- 54 % des cas à Saskatoon;
- 31,6 % des cas dans le Grand Halifax.

Un peu plus du tiers des jeunes de notre échantillon avaient plusieurs substances inscrites à leur dossier. Dans chaque région, la plupart des dossiers indiquaient l'implication d'une seule substance<sup>2</sup>, dans une plus grande proportion dans le Grand Halifax, puis à Sherbrooke et à Saskatoon (figure 8).

<sup>2</sup> Ces données pourraient être sous-représentatives et devraient être interprétées avec prudence. Un jeune qui visite l'urgence pourrait ne pas déclarer toutes les substances qu'il a consommées ou pourrait ne pas avoir subi de dépistage pour les substances rapportées ou non rapportées.

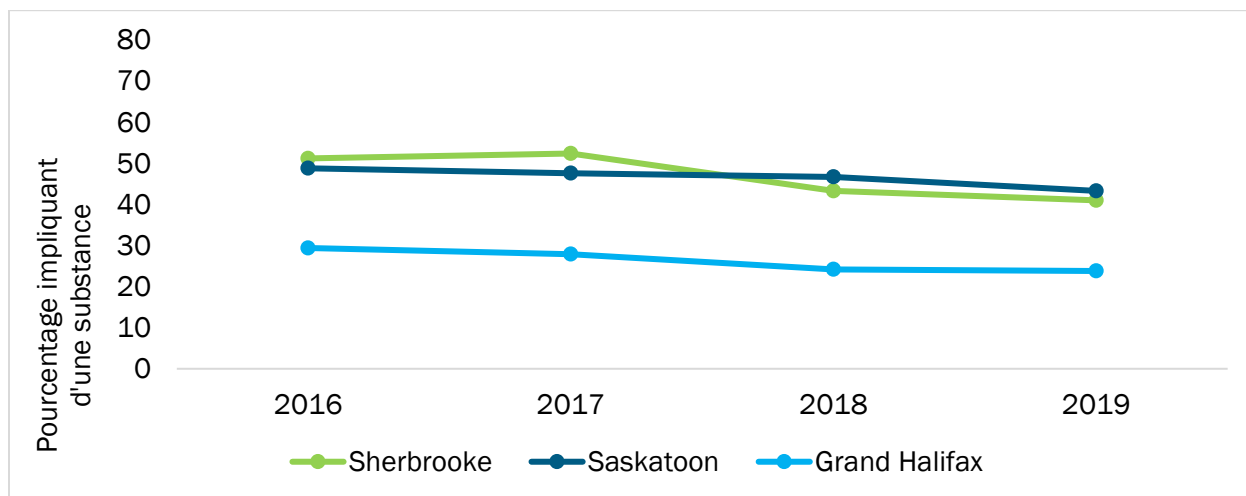


Figure 8. Nombre total de substances impliquées, par région



Aucune tendance notable n'a été observée pendant les quatre années d'étude concernant le nombre de cas impliquant de multiples substances à Sherbrooke ( $\chi^2_{(3)} = 6,155$ ,  $p = 0,104$ ), à Saskatoon ( $\chi^2_{(3)} = 7,011$ ,  $p = 0,072$ ) ou dans le Grand Halifax ( $\chi^2_{(3)} = 6,29$ ,  $p = 0,101$ ) (figure 9).

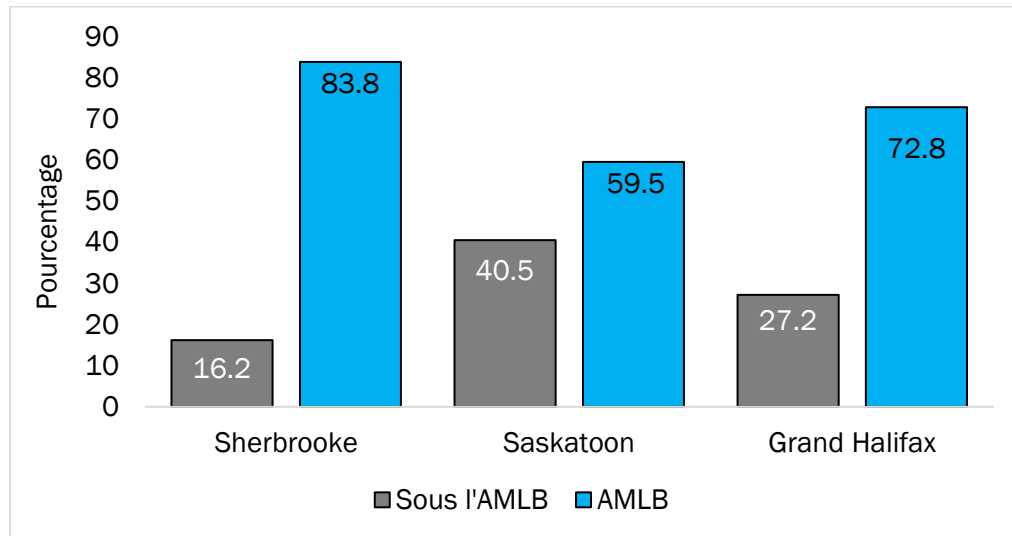
Figure 9. Nombre de cas rapportant l'implication de plus d'une substance, par année et région



Les personnes ayant l'âge minimum légal pour boire étaient plus susceptibles de présenter une polyconsommation que les plus jeunes, et ce, dans toutes les régions (figure 10).



Figure 10. Nombre de cas impliquant la consommation de plus d'une substance, par région et âge minimum légal pour boire (AMLB)



## Information contextuelle

### Type de produits alcoolisés consommés<sup>3</sup>

La ville de Sherbrooke a fourni les données les plus étoffées en ce qui a trait au type d'alcool consommé; 73,5 % des cas qui impliquaient de l'alcool en rapportaient le type. Parmi ceux-ci, ce sont les spiritueux qui étaient le plus souvent impliqués dans les visites à l'urgence (44,1 %), suivis de la bière (32,5 %), du vin (10,2 %) et des boissons alcoolisées purifiées et aromatisées<sup>4</sup> (4,6 %).

Dans le Grand Halifax, des précisions sur le type d'alcool étaient fournies dans 99,7 % des cas impliquant de l'alcool, même si une proportion significative des valeurs correspondait à « inconnu » (69,0 %). Des 31 % de cas où l'on connaissait le type d'alcool, les plus rapportés étaient les spiritueux (73,2 %), suivis de la bière (25,1 %), du vin (8,8 %) et des boissons alcoolisées purifiées et aromatisées (5,0 %).

### Type de produits de cannabis consommés<sup>5</sup>

Dans tout l'échantillon, seulement 23,2 % des cas associés au cannabis en précisaient le type. Ci-dessous, on liste les données pour chaque région (lorsque disponibles).

À Sherbrooke, le type de cannabis consommé était rapporté dans environ 50 % des cas qui impliquaient cette substance. Dans ce sous-échantillon, le type de cannabis le plus courant était le

<sup>3</sup> Parce que le type d'alcool consommé n'était pas précisé pour la plupart des cas à Saskatoon, nous n'avons pas rapporté cette variable pour cette région. Les estimations s'appliquent aux types d'alcool inscrits dans les dossiers et sur le fait qu'ils sont consommés seuls ou avec d'autres types d'alcool.

<sup>4</sup> Les boissons alcoolisées purifiées et aromatisées sont fabriquées avec de l'alcool purifié par un processus autre que la distillation. Cela enlève le goût et l'odeur caractéristiques de fermentation; on y ajoute ensuite des saveurs artificielles (exemple de boisson : Four Loko<sup>MC</sup>).

<sup>5</sup> Comme le type de produits de cannabis consommé n'était pas précisé dans 98 % des cas à Saskatoon, nous n'avons pas rapporté cette variable pour cette région.





cannabis séché (84,4 %), suivi des produits comestibles (9,1 %), de l'huile (3,2 %) et d'autres types de produits (concentrés, extraits et hashish) (< 2 %).

Dans le Grand Halifax, seulement 7,6 % des cas liés au cannabis précisaient le type de cannabis impliqué<sup>6</sup>. Parmi ces cas, la majorité était des produits comestibles (86,7 %), suivis des concentrés (10 %). Les huiles et autres types de cannabis ont été rapportés dans moins de 2 % des cas qui comportaient une valeur.

### **Type de produits d'opioïdes consommés**

Dans l'échantillon, 81,3 % des cas associés aux opioïdes en rapportaient le type. Ci-dessous, on liste les données pour chaque région (lorsque disponibles).

À Sherbrooke, on pouvait accéder à des données sur le type d'opioïdes impliqués dans 62,8 % des cas liés aux opioïdes. Les opioïdes semi-synthétiques (hydromorphone, oxycodone) étaient les plus rapportés (59,2 %), suivis des opiacés naturels (héroïne, codéine, morphine) (36,7 %). Les opioïdes synthétiques (fentanyl, carfentanil, méthadone) étaient le moins souvent en cause (4,1 %).

À Saskatoon, on trouvait des données sur le type d'opioïdes impliqués dans environ 96 % des cas liés aux opioïdes. Le type le plus fréquemment rapporté était les opiacés naturels (héroïne, codéine, morphine) (50,0 %), suivi des opioïdes synthétiques (fentanyl) (26,6 %). Les opioïdes semi-synthétiques étaient un peu moins souvent en cause que les synthétiques (23,4 %).

Dans le Grand Halifax, environ 81 % des cas liés aux opioïdes précisaient le type d'opioïdes impliqué. Parmi ces cas, la majorité rapportait l'utilisation d'opioïdes semi-synthétiques (hydromorphone, oxycodone) (50,6 %), suivis par les opiacés naturels (28,2 %) et, enfin, les opioïdes synthétiques (21,2 %).

### **Endroit où se fait l'usage de substances**

Seulement 6,2 % de l'échantillon a fourni de l'information sur l'endroit où s'était fait l'usage d'une ou plusieurs substances des catégories à l'étude.

À Sherbrooke, 13,6 % des cas ont fourni de l'information sur l'endroit où s'était fait l'usage de la substance. Les jeunes ont dit avoir consommé des substances à ces endroits :

- Un bar, un pub ou une boîte de nuit (71,4 %)
- À la maison (14,3 %)
- Une fête ou un événement (9,9 %)
- Une école (4,4 %)

À Saskatoon, 14,3 % des cas ont fourni de l'information sur l'endroit où s'était fait l'usage de la substance :

- À la maison (44,2 %)
- Une fête ou un événement (19,2 %)
- Un bar, un pub ou une boîte de nuit (10,5 %)
- D'autres endroits, comme un parc, un milieu de travail ou une école (moins de 3 %)

---

<sup>6</sup> Dans le grand Halifax, il est possible que le type de cannabis n'ait été rapporté que dans les cas qui n'impliquaient pas de cannabis séché, mais on ne peut le confirmer avec un examen rétrospectif des données.



Dans le Grand Halifax, 35,4 % des cas ont fourni de l'information sur l'endroit où s'était fait l'usage de la substance :

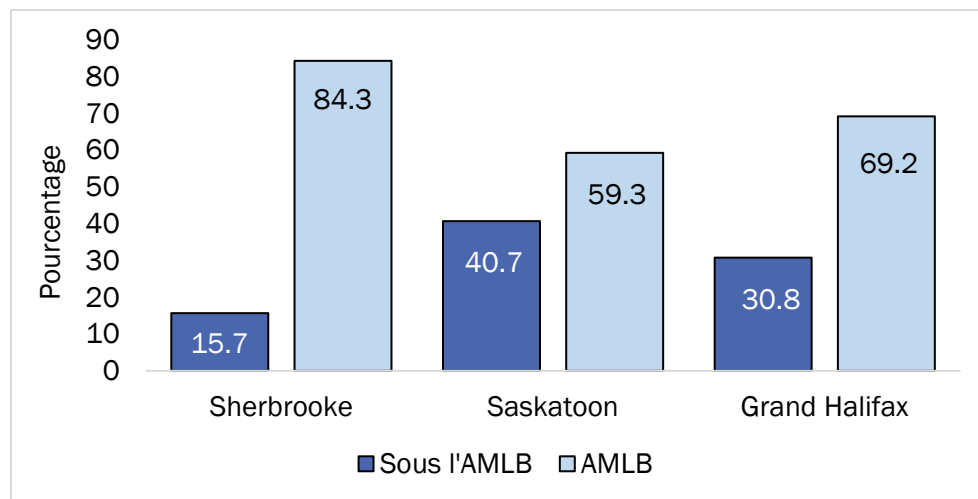
- À la maison (31,5 %)
- Un bar, un pub ou une boîte de nuit (29,5 %)
- La maison d'un tiers (24,6 %)
- Un espace public extérieur (5,2 %)
- Une école (3,9 %)
- Un festival ou un événement (1,5 %)
- Un refuge (1,7 %)

## Renseignements démographiques sur les cas

### Répartition des répondants selon l'âge

Parmi les cas des services d'urgence sélectionnés dans le cadre de l'étude, la majorité avait l'âge légal pour acheter et consommer de l'alcool dans leur région (72 %), comparativement à ceux qui n'avaient pas encore atteint cet âge (28 %) <sup>7</sup>. Cette tendance était observable dans chaque communauté étudiée, où plus de jeunes avaient atteint l'âge légal pour boire que l'inverse ( $\chi^2(6) = 47\,526, p < 0,001$ ; figure 11).

Figure 11. Arrivées à l'urgence, selon l'âge minimum légal pour boire (AMLB) dans chaque communauté



### Répartition des répondants selon le sexe<sup>8</sup>

Parmi les cas à l'étude, un nombre légèrement plus élevé de jeunes hommes que de jeunes femmes ont visité l'urgence (54,5 % contre 45,5 %). À Sherbrooke et dans le Grand Halifax, il y avait

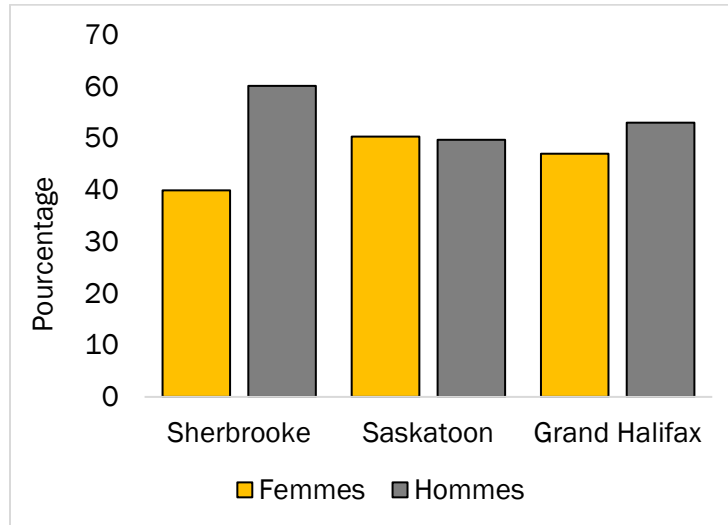
<sup>7</sup> Au Québec, l'âge légal pour boire est de 18 ans, et pour consommer du cannabis, de 21 ans. Toutefois, jusqu'au 21 décembre 2019, l'âge minimum de consommation, tant pour l'alcool que le cannabis, était de 18 ans. Comme ce rapport couvre la période de 2016 à 2019, les données du Québec ont été analysées en fonction du fait que les patients avaient plus ou moins de 18 ans.

<sup>8</sup> Le sexe de la personne qui se présente à l'urgence figure au dossier. Les choix se limitent à homme ou femme. De plus, les données sur le genre et l'orientation sexuelle n'étaient pas fournies.



beaucoup plus d'hommes que de femmes qui se rendaient à l'urgence, tandis que Saskatoon enregistrait légèrement plus de femmes que d'hommes dans les visites à l'urgence (figure 12).

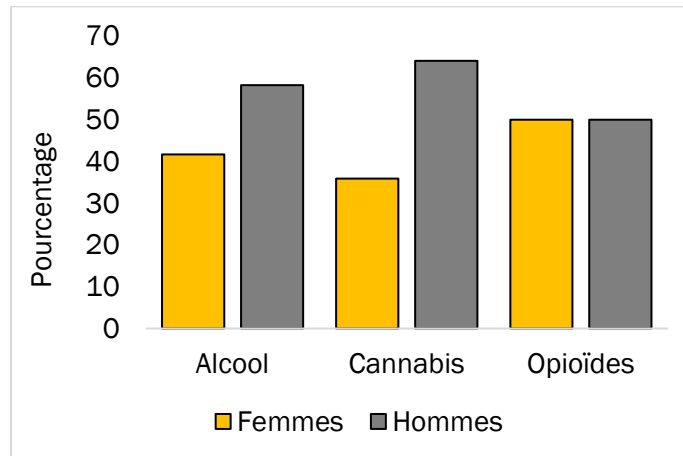
Figure 12. Arrivées à l'urgence, par sexe et communauté



### Catégories de substances, par sexe et région

Parmi tous les cas de visites à l'urgence liées à l'alcool à Sherbrooke, on comptait une majorité d'hommes (58,3 %). Même son de cloche du côté du cannabis (64,1 %). On n'a pas observé de différence entre les sexes dans les cas liés aux opioïdes (figure 13).

Figure 13. Cas par catégories de substances, par sexe, à Sherbrooke

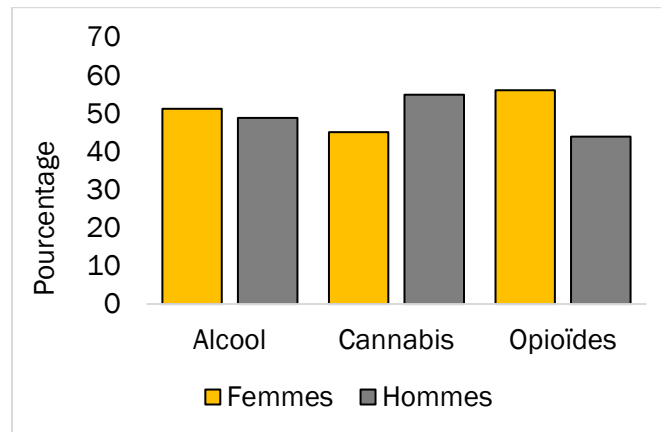


**Note :** Les pourcentages peuvent inclure les mêmes personnes pour plus d'une substance; en effet, beaucoup de jeunes rapportent consommer plus d'une catégorie de substances (p. ex. alcool et cannabis).

À Saskatoon, plus de femmes se sont présentées à l'urgence à cause d'une consommation d'alcool et d'opioïdes (51,2 % et 56,1 % respectivement), tandis que plus d'hommes s'y sont rendus à cause du cannabis (54,9 %; figure 14).



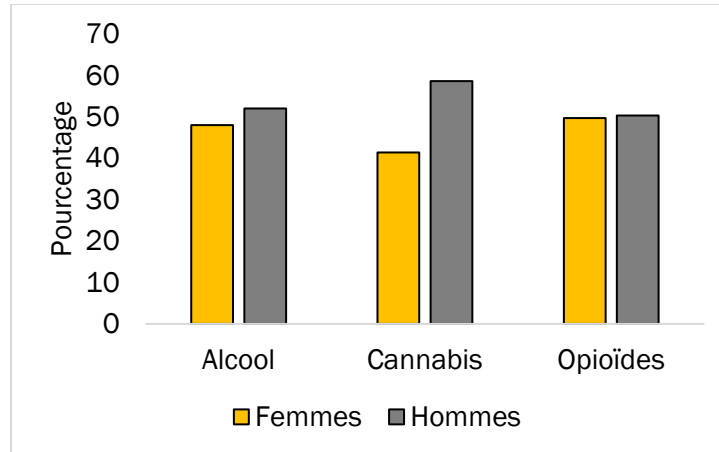
Figure 14. Cas par catégories de substances, par sexe, à Saskatoon



Note : Les pourcentages peuvent inclure les mêmes personnes pour plus d'une substance; en effet, beaucoup de jeunes rapportent consommer plus d'une catégorie de substances (p. ex. alcool et cannabis).

Les tendances dans le Grand Halifax sont semblables à celles observées à Sherbrooke : on y a rapporté plus d'hommes que de femmes qui visitent l'urgence à cause de l'alcool et du cannabis (52 % et 58,6 % respectivement). On n'observe aucune différence entre les sexes dans les cas liés aux opioïdes (figure 15).

Figure 15. Cas par catégories de substances, par sexe, dans le Grand Halifax



Note : Les pourcentages peuvent inclure les mêmes personnes pour plus d'une substance; en effet, beaucoup de jeunes rapportent consommer plus d'une catégorie de substances (p. ex. alcool et cannabis).

### ***Polyconsommation, par sexe et région***

L'analyse des cas de polyconsommation a révélé des différences entre les sexes, qui varient en fonction des régions. À Sherbrooke, plus d'hommes que de femmes ont rapporté s'adonner à la polyconsommation (58,7 % contre 41,3 %); c'était toutefois l'inverse à Saskatoon (53,2 % de femmes contre 46,8 % d'hommes). On n'a noté aucune différence entre les sexes dans les cas impliquant la polyconsommation dans le Grand Halifax.



## Conditions de vie<sup>9</sup>

Les conditions de vie du patient étaient rapportées dans 61,5 % ( $n = 1\,274$ ) des cas de Sherbrooke et de Saskatoon combinés. Dans ces deux régions, voici les cinq situations de résidence les plus fréquentes : au domicile du ou des parents biologiques (27,6 %); avec un partenaire ou un conjoint (9,2 %); seul (5,9 %); en situation d'itinérance ou sans domicile fixe (4,2 %); avec d'autres membres de la famille (3,5 %). Toutefois, dans la plus grande proportion des cas, les conditions de vie étaient inconnues (34,9 %).

À l'examen de cette variable en fonction de l'âge légal pour boire en vigueur dans chaque région, on a noté des différences entre les personnes qui avaient et qui n'avaient pas encore atteint l'âge légal pour boire à Sherbrooke ( $\chi^2_{(12)} = 198,57$ ,  $p < 0,001$ ) et à Saskatoon ( $\chi^2_{(11)} = 54\,407$ ,  $p < 0,001$ ). À Sherbrooke, les personnes mineures étaient plus susceptibles de vivre avec leur famille, dans un centre de gestion du sevrage (« désintox ») ou en famille d'accueil. Les personnes ayant atteint l'âge légal pour boire étaient plus susceptibles de vivre seules, dans un foyer de groupe, un refuge ou un établissement psychiatrique, avec un partenaire ou un conjoint, avec des enfants ou en situation d'itinérance ou sans domicile fixe (tableau 1).

À Saskatoon, les personnes qui n'avaient pas encore atteint l'âge légal étaient plus susceptibles de vivre avec leur famille, leurs parents, dans un centre de gestion du sevrage (« désintox ») ou en famille d'accueil. Les personnes ayant atteint l'âge légal étaient plus susceptibles de vivre seules, avec un partenaire ou un conjoint, avec des enfants ou en situation d'itinérance ou sans domicile fixe (tableau 1).

Tableau 1. Conditions de vie, selon l'âge minimum légal pour boire (AMLB)

Variable	Sherbrooke Sous l'AMLB, %	Sherbrooke AMLB, %	Saskatoon Sous l'AMLB, %	Saskatoon AMLB, %
Avec colocataire(s)	10,5	89,5*	27,3	72,7
Avec la famille	61,0	39,0*	61,0	39,0*
Seul(e)	0,0	100,0*	0,0	100,0*
Avec un ou des parents	48,6	51,4*	53,2	43,8*
Dans un foyer de groupe, un refuge ou un établissement psychiatrique	48,1	51,9*	54,8	45,2
Avec un partenaire ou un conjoint	4,2	95,8*	11,1	88,9*
Dans un centre de gestion du sevrage (« désintox »)	100,0	0,0*	100,0	0,0*
Avec des enfants	0,0	100,0*	0,0	100,0*
Dans une maison de consommation ou avec un revendeur	50,0	50,0	50,0	50,0
Avec une famille d'accueil	83,3	16,7*	100,0	0,0*
En situation d'itinérance ou sans domicile fixe	12,7	87,3*	26,1	73,9*
Autre	33,3	66,7	0,0	0,0
Inconnu	36,4	63,6	36,4	63,6

<sup>9</sup> Aucune donnée sur les conditions de vie n'était disponible pour le grand Halifax, car cette information n'est pas recueillie dans trois des quatre hôpitaux à l'étude.

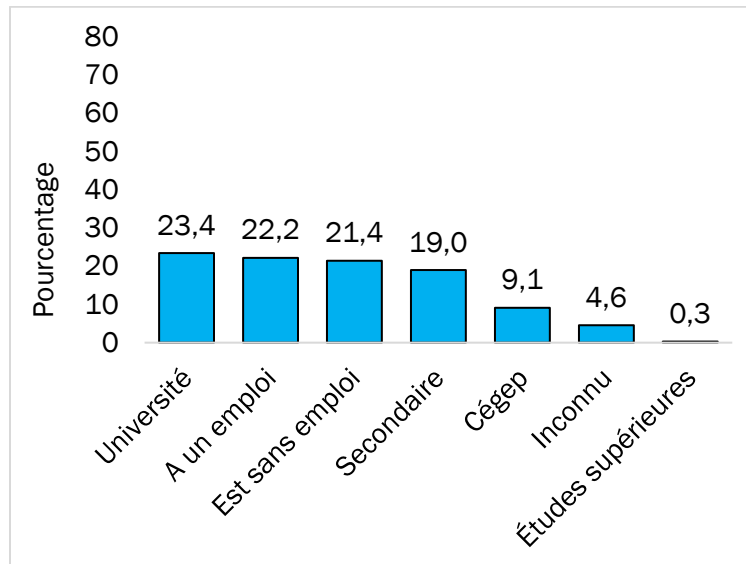


\*Valeur significativement différente de celle de l'autre groupe d'âge ( $p < 0,05$ ).

## Fréquentation scolaire<sup>10</sup>

À Sherbrooke, 49 % des dossiers étudiés indiquaient si la personne fréquentait un établissement scolaire. De ces personnes, 64,1 % étaient aux études, la majorité fréquentant l'université, suivie de l'école secondaire et du cégep (figure 16).

Figure 16. Fréquentation scolaire, Sherbrooke



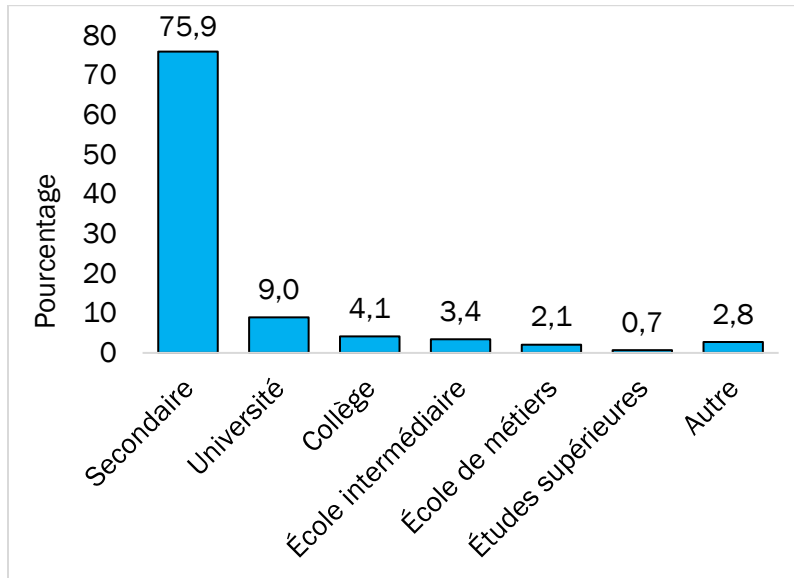
**Note :** Ce tableau pourrait être sous-représentatif du nombre d'étudiants dans l'échantillon de Sherbrooke, car ce pourcentage reflète seulement les cas pour lesquels il y avait une valeur à l'entrée « niveau d'étude actuel ».

Bien que 99,8 % des cas de Saskatoon comportaient une valeur pour le niveau d'étude actuel, un grand pourcentage d'entre elles portaient la mention « inconnu » (79,9 %). Parmi les cas ayant rapporté la fréquentation d'un établissement scolaire (19,6 %), il s'agissait majoritairement de l'école secondaire. L'université et le collège venaient au deuxième et troisième rang (figure 17).

<sup>10</sup> Aucune donnée sur la fréquentation scolaire des jeunes n'était disponible pour la région du Grand Halifax, car cette information n'était pas recueillie dans trois des quatre services d'urgence étudiés. De plus, l'étude ne fournit aucune description pour l'échantillon global, comme les systèmes scolaires de la Saskatchewan et du Québec sont différents.



Figure 17. Niveau d'étude actuel, Saskatoon



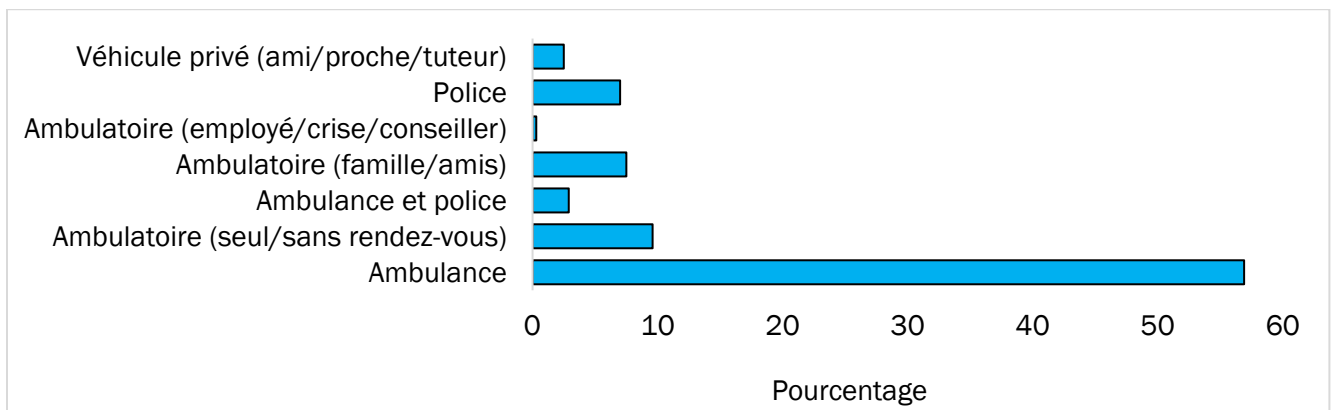
Note : Ce tableau pourrait être sous-représentatif du nombre d'étudiants dans l'échantillon de Saskatoon, car ce pourcentage reflète seulement les cas pour lesquels il y avait une valeur à l'entrée « niveau d'étude actuel ».

## Présentation clinique

### Moyen de transport

La plupart des jeunes de l'échantillon sont arrivés à l'urgence en ambulance (56,9 %), à pied seuls (9,6 %) ou accompagnés de membres de la famille ou d'amis (7,5 %) (figure 18).

Figure 18. Moyen de transport utilisé pour se rendre à l'urgence, dans tout l'échantillon



### Scores au triage

À l'examen des scores à l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) en fonction de l'âge légal pour boire pour tout l'échantillon, on constate que 49 % des jeunes qui n'avaient pas atteint l'âge légal dans leur région sont arrivés à l'urgence dans un état potentiellement mortel (score de 2 à



l'ETG, très urgent) requérant des soins immédiats, et que 3,9 % avaient besoin d'une réanimation, ce qui correspond à un score de 1 à l'ETG.

Les jeunes qui avaient l'âge légal pour boire dans leur région respective étaient plus susceptibles de recevoir un score de 3 (urgent, 40,3 %), ce qui laisse penser que si des mesures immédiates n'avaient pas été prises, leur état aurait pu progresser vers une situation qui demandait des interventions d'urgence. La distribution complète de l'ETG en fonction de l'âge légal pour boire figure au tableau 2.

**Tableau 2. Niveaux de priorité selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité, en fonction de l'âge minimum légal pour boire (AMLB)**

Niveaux de gravité à l'ETG	Sous l'AMLB, n (%)	AMLB, n (%)
Réanimation (1)	3,9	4,7
Très urgent (2)	49,0	38,4
Urgent (3)	34,7	40,3
Moins urgent (4)	11,4	14,8
Non urgent (5)	1,1	1,9

**Note :** Le score de l'ETG comporte une part de subjectivité liée à la discrétion du personnel d'accueil et au contexte qui entoure l'arrivée du jeune à l'urgence.

Sur l'ensemble de l'échantillon, 77,6 % ( $n = 3\,594$ ) des dossiers comportaient une valeur pour l'Échelle de Glasgow. À Sherbrooke et à Saskatoon, les personnes qui avaient et qui n'avaient pas atteint l'âge légal pour boire étaient réparties en proportions égales dans chaque catégorie de l'Échelle de Glasgow (tableau 3). Dans le Grand Halifax, les personnes qui avaient l'âge légal étaient plus susceptibles de rapporter un score léger à l'Échelle de Glasgow (contre modéré ou grave) que les personnes qui n'avaient pas atteint l'âge légal.

**Tableau 3. Scores à l'Échelle de Glasgow, en fonction de l'âge minimum légal pour boire (AMLB)**

Région et catégorie	Sous l'AMLB, n (%)	AMLB, n (%)
Sherbrooke, léger	118 (79,7)	635 (79,7)
Sherbrooke, modéré	14 (9,5)	89 (11,2)
Sherbrooke, grave	16 (10,8)	73 (9,2)
Saskatoon, léger	237 (89,8)	326 (84,7)
Saskatoon, modéré	6 (2,3)	11 (2,9)
Saskatoon, grave	21 (8,0)	48 (12,5)
Grand Halifax, léger	331 (80,0)	1,414 (89,2)*
Grand Halifax, modéré	53 (12,8)	108 (6,8)*
Grand Halifax, grave	30 (7,2)	64 (4,0)*

\*Valeur significativement différente de celle de l'autre groupe d'âge ( $p < 0,05$ ).

## Taux d'alcoolémie

Pour déterminer la gravité de l'intoxication chez les jeunes qui ont rapporté avoir consommé de l'alcool récemment (ou chez qui on soupçonne une consommation d'alcool et qui ont subi un test de





dépistage de l'alcoolémie), nous avons examiné les taux d'alcoolémie les plus élevés rapportés dans les dossiers médicaux.

Sur tout l'échantillon :

- 37 % ( $n = 1\,713$ ) des cas ont rapporté une valeur allant de 0 à 108 millimoles par litre (mmol/l);
- le taux d'alcoolémie moyen était de 37,88 mmol/l (erreur-type :  $\pm 0,473$ ).

À titre de référence, 17 mmol/l correspond à peu près à la limite légale, > 33 mmol/l correspond à peu près à la limite toxique et > 90 mmol/l correspond à peu près à la limite mortelle.

Les taux d'alcoolémie les plus élevés en fonction de l'âge légal pour boire dans chacune des régions se déclinent ainsi :

À Sherbrooke

- Sous l'AMLB : 36,72 mmol/l ( $\pm 1,54$ )
- AMLB : 41,99 mmol/l ( $\pm 0,78$ )

Il est important de souligner la différence significative à Sherbrooke, où les personnes ayant atteint l'âge légal présentaient des taux d'alcoolémie beaucoup plus élevée que celles qui n'avaient pas atteint cet âge. Par ailleurs, aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes d'âge des autres régions.

À Saskatoon

- Sous l'AMLB : 37,95 mmol/l ( $\pm 2,50$ )
- AMLB : 41,21 mmol/l ( $\pm 2,16$ )

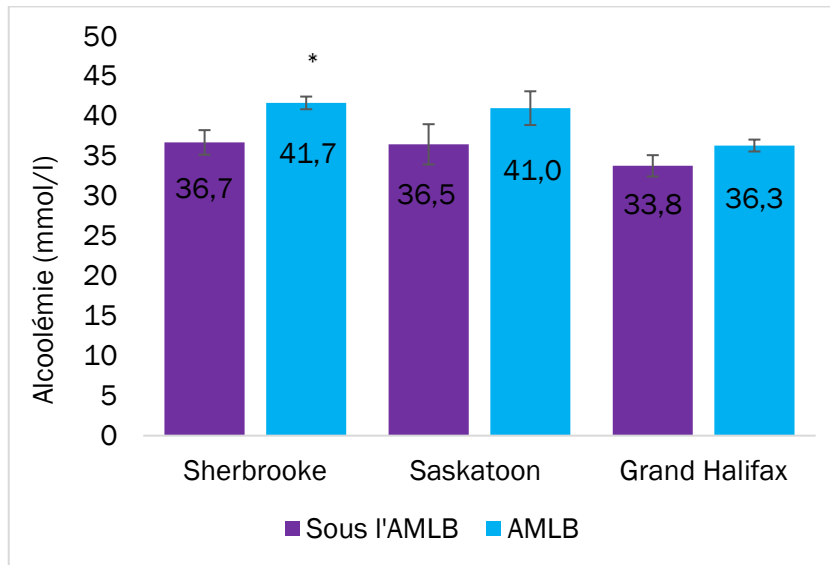
Dans le Grand Halifax

- Sous l'AMLB : 38,07 mmol/l ( $\pm 1,37$ )
- AMLB : 36,49 mmol/l ( $\pm 0,75$ )

Les taux d'alcoolémie moyens pour les deux groupes d'âge étaient tous supérieurs à la limite toxique de 33 mmol/l, ce qui correspond à une alcoolémie de 0,30 % (figure 19).



Figure 19. Taux d'alcoolémie moyen le plus élevé, par communauté, selon l'âge minimum légal pour boire (AMLB)



\*Valeur significativement différente de celle de l'autre groupe d'âge ( $p < 0,05$ ).

### Principales raisons de la visite à l'hôpital<sup>11</sup>

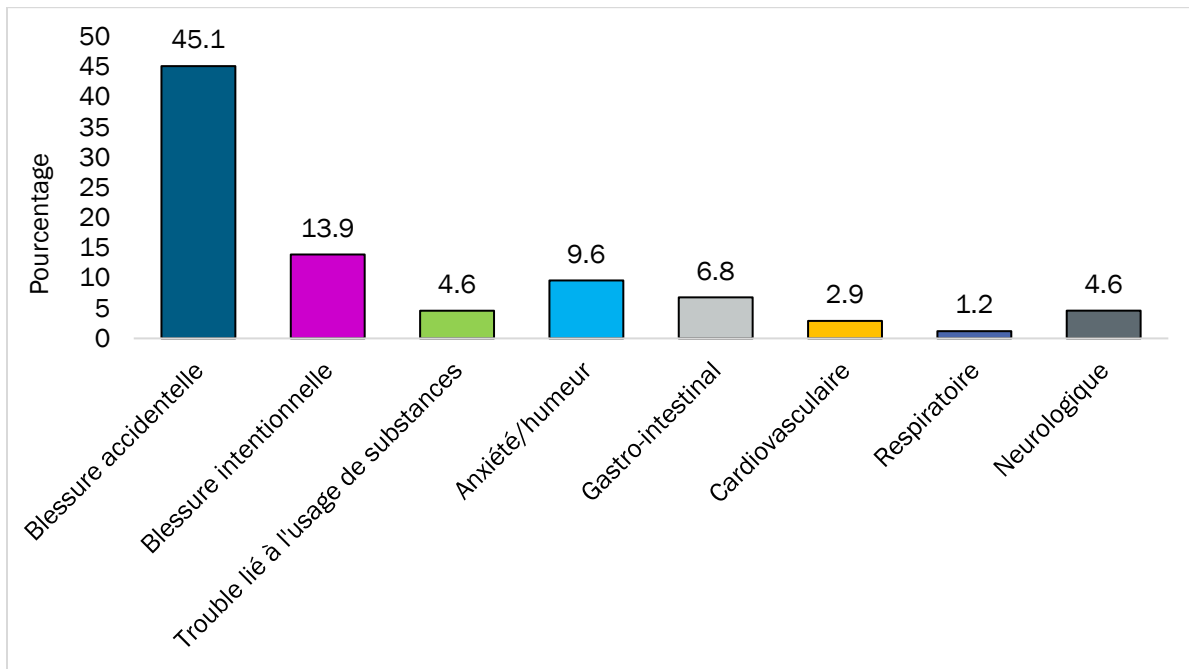
Les motifs les plus fréquents de visite à l'urgence étaient les blessures accidentelles liées à l'une ou plus des substances étudiées (alcool, cannabis, opioïdes), comptant pour 45,1 % des cas. Les blessures accidentelles peuvent être des chutes, des accidents de la route et des blessures dues à la violence ou aux agressions.

Au deuxième rang (13,9 %) viennent les blessures intentionnelles. Elles comprennent toutes les formes de comportements autodestructeurs, dont l'idéation suicidaire et la tentative de suicide. La troisième raison la plus fréquente (9,6 %) de visites à l'urgence est l'anxiété ou les troubles de l'humeur (figure 20).

<sup>11</sup> Pour des raisons d'accessibilité, le terme « principales raisons » est employé dans ce rapport au lieu de « motif de consultation » (utilisé dans l'étude elle-même).



Figure 20. Principale raison de la visite à l'urgence, dans tout l'échantillon



### **Moment de l'arrivée à l'urgence selon la substance**

On a observé l'heure d'arrivée à l'urgence pour déterminer si les jeunes étaient plus susceptibles de vivre des situations urgentes liées à l'usage de substances le jour ou la nuit (jour : 7 h à 21 h 59; nuit : 22 h à 6 h 59) (Sherk et coll., 2018).

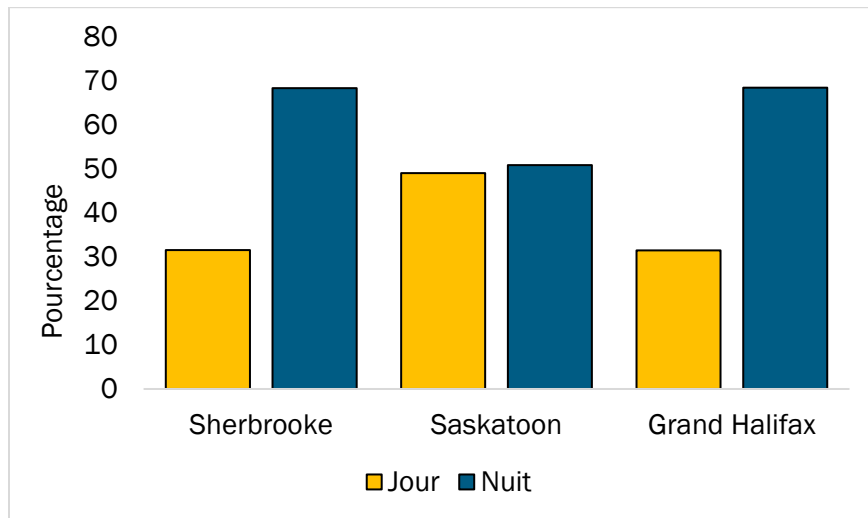
Dans tout l'échantillon, les visites étaient plus fréquentes la nuit que le jour (55,3 % contre 44,7 %). Il n'y a aucune différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'heure d'arrivée à l'urgence. Toutefois, les personnes qui n'avaient pas atteint l'âge légal pour boire étaient plus susceptibles de se présenter pendant la journée que pendant la nuit (53,4 % contre 46,6 %), et inversement, les personnes ayant atteint l'âge légal étaient plus susceptibles d'arriver la nuit que le jour (58,7 % contre 41,3 %).

À l'échelle régionale, les visites de nuit étaient plus fréquentes à Sherbrooke et dans le Grand Halifax; il se présentait plus de cas de jour à Saskatoon.

Dans toutes les régions, l'heure d'arrivée variait selon la substance. Les cas liés à l'alcool étaient plus susceptibles d'arriver la nuit (figure 21); les cas liés au cannabis ou aux opioïdes étaient plus susceptibles de se présenter pendant la journée (figures 22 et 23, respectivement).



**Figure 21. Moment de l'arrivée à l'urgence pour les cas impliquant l'alcool**



**Figure 22. Moment de l'arrivée à l'urgence pour les cas impliquant le cannabis**

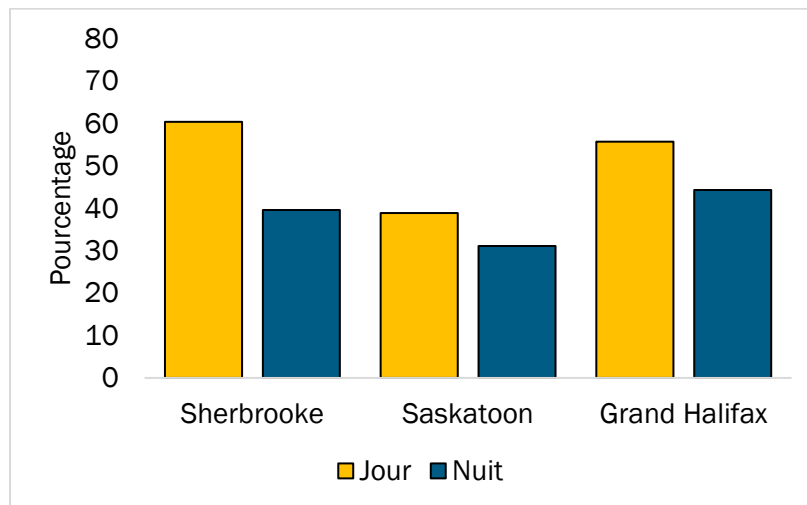
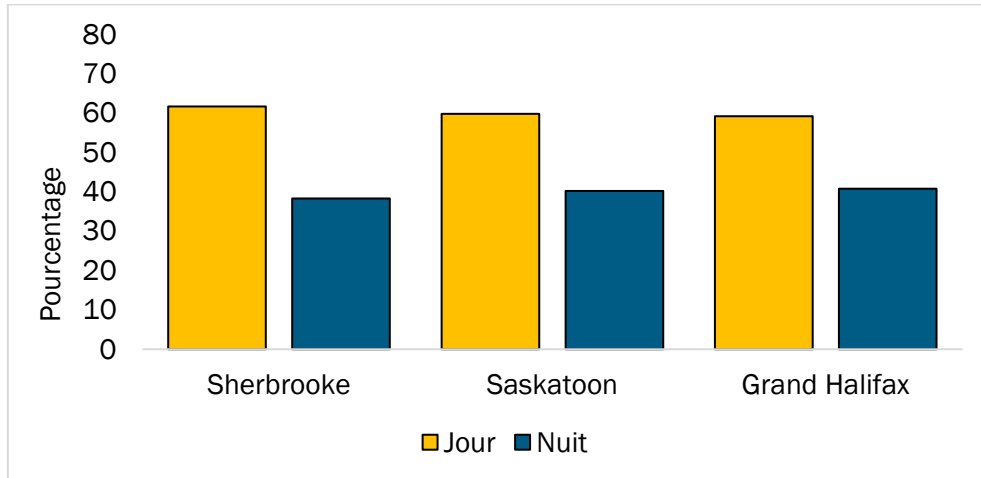




Figure 23. Moment de l'arrivée à l'urgence pour les cas impliquant des opioïdes

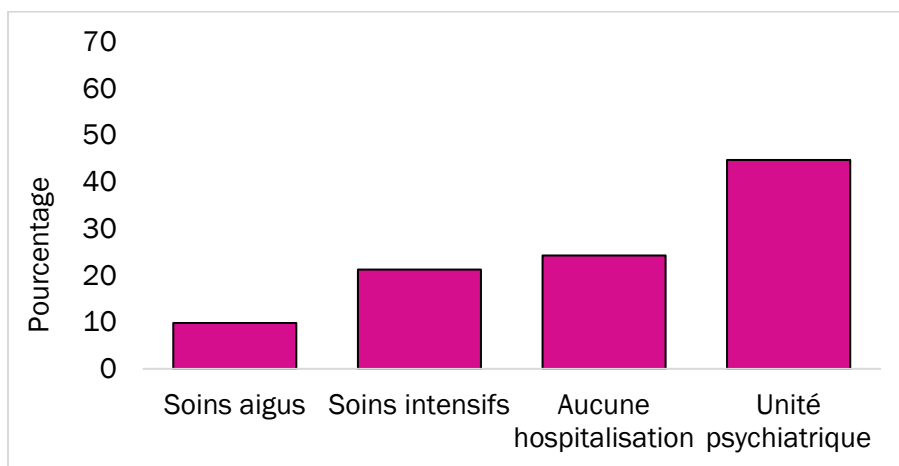


## Parcours en établissement hospitalier

### Issues<sup>12</sup>

À Sherbrooke, 27,3 % ( $n = 367$ ) des cas indiquaient l'issue de la visite à l'urgence. Parmi eux, 44,7 % ont été transférés en unité psychiatrique, 24,2 % n'ont pas eu besoin d'hospitalisation, 21,3 % ont été envoyés aux soins intensifs et 9,8 % ont été hospitalisés dans une autre unité de soins (figure 24). Il est possible que les 72,7 % de jeunes restants n'aient pas été hospitalisés, mais on ne peut l'affirmer avec certitude.

Figure 24. Issues des visites à l'urgence, Sherbrooke



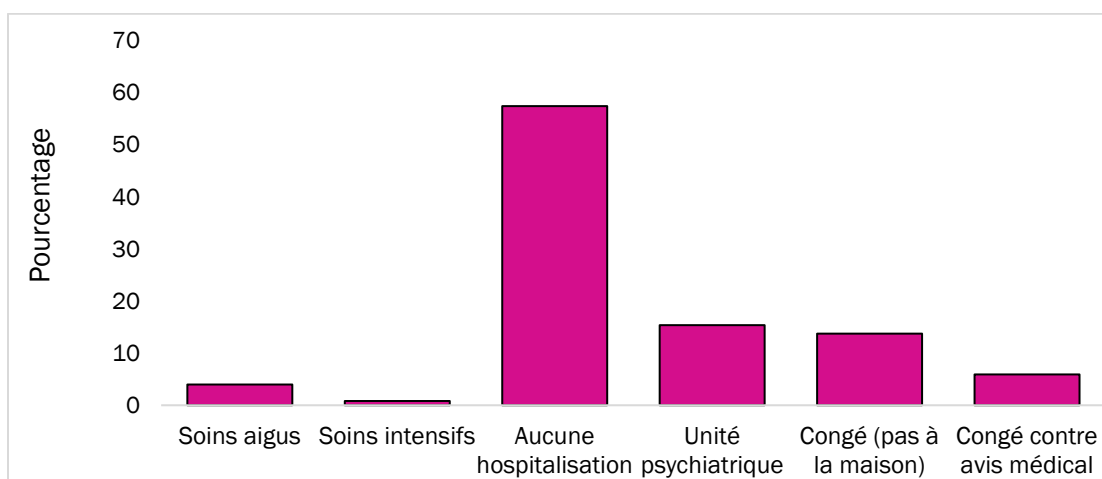
À Saskatoon, 100 % des cas ( $n = 726$ ) indiquaient l'issue de la visite à l'urgence (figure 25). Parmi ceux-ci :

<sup>12</sup> Dans le Grand Halifax, les données concernant l'hospitalisation ou le congé subséquent à la visite à l'urgence n'étaient pas disponibles dans trois des quatre services d'urgence étudiés; c'est pourquoi elles ne sont pas présentées ici.



- 57,4 % n'ont pas eu besoin d'hospitalisation;
- 15,4 % ont dû être transférés pour hospitalisation dans une unité psychiatrique;
- 13,7 % ont obtenu un congé de l'hôpital, mais ont dû se rendre dans un autre lieu que leur domicile (p. ex. foyer de groupe, « désintox », poste de police);
- près de 6 % ont quitté l'hôpital contre l'avis médical;
- environ 4 % ont été admis dans une autre unité de soins;
- moins de 1 % ont été transférés dans un service de soins intensifs ou une unité des soins intensifs pédiatriques;
- 2,5 % ont été dirigés vers d'autres services de santé mentale ou communautaires.

Figure 25. Issues des visites à l'urgence, Saskatoon



### Prise de contact avec un tiers<sup>13</sup>

De tout l'échantillon, seulement 28,3 % de tous les cas rapportaient que les services d'urgence avaient contacté un tiers pendant la visite à l'urgence d'un jeune patient<sup>14</sup>. À Sherbrooke, 44,8 % des dossiers indiquaient qui avait été contacté :

- Un membre de la famille (81,7 %);
- Un ami (17,2 %);
- Une personne « inconnue » (1,2 %).

À Saskatoon, 93,4 % des dossiers indiquaient qui avait été contacté par les services d'urgence, mais dans beaucoup de cas, on avait inscrit la mention « personne » dans le champ prévu (41,5 %) ou encore la mention « personne inconnue » (17,3 %). Dans seulement 4,3 % des cas, on rapportait une tentative de contacter un membre de la famille ou un ami.

<sup>13</sup> Dans le Grand Halifax, aucun des formulaires de déclaration de cas ne précisait l'identité de la personne contactée par les services d'urgence; c'est pourquoi ces données ne sont pas présentées ici.

<sup>14</sup> À Sherbrooke, on ne peut confirmer que les coordonnées de la personne à contacter en cas d'urgence étaient disponibles dans tous les cas. Il est possible que l'absence de ces coordonnées, plutôt que les pratiques du personnel, soit responsable du fait que moins de personnes aient été contactées à la suite d'une visite à l'urgence.



## Antécédents médicaux

Il est important d'avoir une bonne compréhension des antécédents médicaux des patients, tant pour favoriser la justesse du traitement dans un milieu de soins aigus (p. ex. services d'urgence) que pour anticiper les troubles de santé mentale futurs et les problèmes qui découlent de l'usage de substances. Ces connaissances peuvent également aider les intervenants à faire des dépistages et des interventions brèves.

### *Soins reçus par le passé<sup>15</sup>*

À Sherbrooke, 27,6 % des cas rapportaient avoir précédemment eu recours à des soins en médecine générale, en pédiatrie, en psychiatrie ou en psychologie. Parmi ceux-ci, une plus grande proportion de cas rapportait une consultation en psychiatrie (69,2 %). À Saskatoon, un peu plus du tiers des cas (34,1 %) ont rapporté avoir déjà reçu des soins, en psychiatrie pour 90 % d'entre eux.

### *Visites antérieures à l'urgence pour des problèmes liés à l'usage de substances<sup>16</sup>*

De tout l'échantillon, seulement 32,6 % des formulaires de déclaration de cas précisait si le patient avait ou non visité l'urgence dans le passé pour un problème lié à l'usage de substances. Parmi ces cas, 28,0 % avaient visité l'urgence à cause de l'usage de substances, contre 4,6 %. Les 67,4 % de cas restants ne précisait pas si une visite antérieure avait eu lieu.

De façon générale, la proportion de cas totaux varie entre les régions. La figure 26 montre, par région, la proportion de cas rapportant au moins une visite antérieure. C'est le Grand Halifax qui domine (34,8 %), suivi de Saskatoon (24,2 %) et de Sherbrooke (17,2 %) (figure 26).

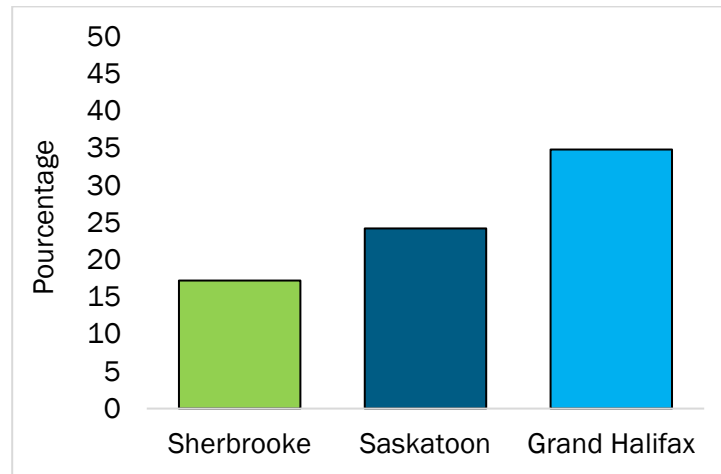
---

<sup>15</sup> Aucun des établissements hospitaliers du Grand Halifax ne fournissait de données sur les visites antérieures pour recevoir d'autres soins de santé professionnels avant la visite à l'urgence.

<sup>16</sup> Dans trois des quatre services d'urgence du Grand Halifax, les données sur les visites antérieures à cause d'urgences liées à l'usage de substances n'étaient disponibles qu'à partir de 2011 et uniquement pour les visites liées aux catégories de substances étudiées.<sup>17</sup> Le terme « problématique » est utilisé dans plusieurs enquêtes menées dans le suivi des tendances en usage de substances au Canada. Il fait référence à des habitudes de consommation qui ne sont pas recommandées sur le plan médical et qui peuvent augmenter la probabilité de subir des méfaits.

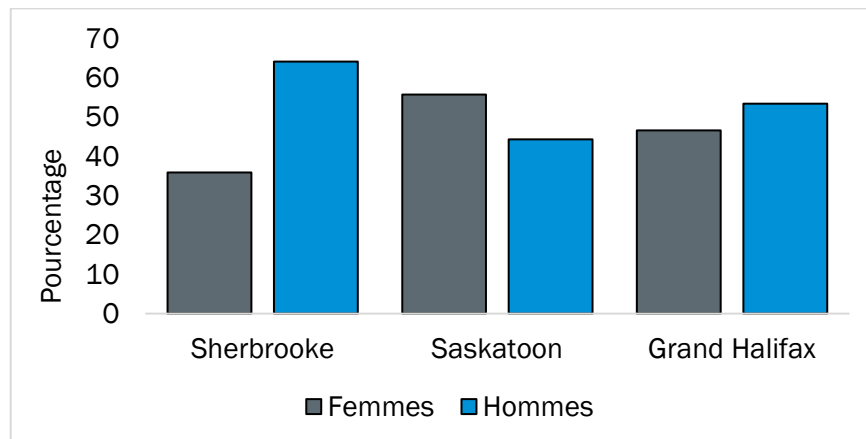


**Figure 26. Cas ayant déclaré une visite antérieure à l'urgence pour des problèmes liés à l'usage de substances**



L'analyse des différences entre les hommes et les femmes dans chaque région a montré qu'à Sherbrooke, une plus grande proportion d'hommes ont rapporté une visite antérieure à l'urgence pour un problème lié à l'usage de substances (64,1 %). C'est l'inverse à Saskatoon, où davantage de femmes sont dans cette situation (55,7 %). Il ne semble y avoir aucune différence significative entre les sexes dans le Grand Halifax (figure 27).

**Figure 27. Cas ayant déclaré une visite antérieure à l'urgence pour des problèmes liés à l'usage de substances, selon le sexe**



## Comorbidités connues

Dans l'ensemble de l'échantillon, 40 % ( $n = 1\,846$ ) des jeunes se rendant à l'urgence avaient au moins une comorbidité connue :

- 34,1 % des cas liés à l'alcool
- 51,2 % des cas liés au cannabis
- 53,0 % des cas liés aux opioïdes





Parmi les comorbidités les plus courantes, notons les troubles comportementaux ou psychiatriques (p. ex. trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, anxiété, dépression). Les comorbidités physiques (p. ex. troubles cardiaques, troubles gastro-intestinaux) étaient moins fréquentes.



## Analyse

Malgré la hausse continue des urgences liées aux surdoses d'opioïdes (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2022) et des avertissements répétés prévenant que la légalisation du cannabis en 2018 mènerait à une hausse dramatique de l'usage de cette substance chez les jeunes (Kelsall, 2017), l'alcool continue d'être la cause principale des visites à l'urgence chez les adolescents et les jeunes adultes. Nos données, recueillies dans sept services d'urgence répartis dans trois communautés, pointent dans cette direction dans toutes les régions étudiées.

Ce constat correspond aux tendances de la dernière année en matière de consommation d'alcool, de cannabis et d'opioïdes chez les élèves de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année. C'est la prévalence de l'alcool qui domine (44,1 %) chez cette population depuis 2016-2017 (Santé Canada, 2020). On observe aussi des tendances quant à l'usage de ces substances chez les étudiants postsecondaires, comme le rapporte l'*Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire* (Santé Canada, 2021). Enfin, les visites à l'urgence liées à l'alcool ont augmenté de 175 % en Ontario entre 2003 et 2016, ce qui montre à quel point les méfaits de la consommation d'alcool sont devenus courants (Myran et coll., 2019).

## Davantage d'investissements sont nécessaires

S'il est important de surveiller les méfaits liés à la consommation de cannabis et d'opioïdes, de grands investissements sont nécessaires pour réduire et prévenir les problèmes liés à l'alcool chez les jeunes. Dans une optique de santé et de sécurité publique, les professionnels de la santé et les responsables des politiques doivent placer l'usage d'alcool au cœur de leurs préoccupations. Rien qu'en 2019, parmi les personnes qui disaient avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, une grande proportion (38 %) de jeunes âgés de 15 à 19 ans et de jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans (40 %) rapportaient des problèmes liés à leur usage d'alcool, contre une proportion moindre (18 %) des personnes âgées de 25 ans et plus (Statistique Canada, 2021).

À l'instar de précédentes recherches sur l'alcool (Acker et coll., 2019; Paradis et coll., 2018a; Paradis et coll., 2018b), la présente étude montre que cette substance, en particulier les boissons fortement alcoolisées, est une raison importante des visites à l'urgence par de jeunes patients. À Sherbrooke et à Saskatoon, par exemple, les dossiers médicaux précisaient le type d'alcool consommé, et les spiritueux étaient le plus souvent en cause lors d'intoxication alcoolique grave.

## Les hommes, les femmes et le cannabis

De façon générale, il semble qu'une majorité d'hommes se rendent à l'urgence, le plus souvent à cause du cannabis, ce qui correspond aux données qui montrent que les hommes sont plus susceptibles de consommer cette substance que les femmes (Santé Canada, 2021). Dans d'autres régions du Canada, ce sont également les jeunes hommes qui tendent à se retrouver à l'urgence à cause du cannabis, comme l'a montré la recherche (Moe et coll., 2018; Bechard et coll., 2022).

Ce constat signifie que les campagnes de sensibilisation et de prévention en matière de méfaits liés au cannabis devraient cibler principalement les jeunes hommes, comme ils sont plus susceptibles de se rendre à l'urgence après avoir consommé cette substance. Il est toutefois recommandé que la surveillance des visites à l'urgence en fonction du sexe, mais aussi en fonction du genre, se poursuive, particulièrement en raison de données récentes qui indiquent que les femmes consomment plus de produits comestibles de cannabis que les hommes (gouvernement du Canada, 2021). En raison du plus grand potentiel de surdoses alimentaires lié à ces produits (en



raison de l'effet tardif), cette situation pourrait mener à des complications médicales nécessitant des soins d'urgence (Monte et coll., 2019).

## Polyconsommation et sources de soutien

Bien que d'autres études aient indiqué que la polyconsommation est en hausse chez les élèves du secondaire au Canada (Zuckermann et coll., 2019), ce n'est pas le cas dans notre échantillon. Ce dernier demeure stable tout au long de la période d'étude dans toutes les régions, quoiqu'un peu moins dans la région du Grand Halifax. Même si les cas de polyconsommation représentent un peu plus du tiers de notre échantillon, la plupart des cas rapportaient l'usage d'une seule substance, le plus souvent l'alcool. Lorsque celui-ci, le cannabis ou les opioïdes étaient utilisés en concomitance, la combinaison la plus fréquente était l'alcool et le cannabis.

En général, les jeunes ont tendance à consommer un plus grand nombre de substances à mesure qu'ils vieillissent (Choi et coll., 2018); toutefois, il existe peu de programmes ou de politiques qui ciblent particulièrement la polyconsommation chez les jeunes au Canada (Akbar et coll., 2011; Butt et coll., 2011; Das et coll., 2016; Fischer et coll., 2017; Xuan et coll., 2015). Nos résultats montrent que beaucoup de jeunes développent des problèmes liés à l'usage de multiples substances; des ressources de soutien ciblées devraient leur être offertes à la suite d'une visite à l'urgence. On en connaît actuellement peu sur le transfert des services d'urgence aux services de soutien au Canada, mais certaines recherches ont été menées récemment en Colombie-Britannique (Glowacki et coll., 2022).

## Moment de l'arrivée à l'urgence

De manière intéressante, l'heure arrivée à l'urgence est différente selon la substance consommée, et les tendances sont similaires d'une région à l'autre. Les cas liés à la consommation d'alcool sont plus susceptibles de se présenter aux urgences la nuit (de 22 h à 6 h 59), tandis que les cas liés au cannabis ou aux opioïdes sont plus susceptibles de se présenter pendant la journée (7 h à 21 h 59). La probabilité accrue de cas liés à la consommation d'alcool arrivant tard dans la nuit correspond aux constats de la précédente étude réalisée à Sherbrooke (Paradis et coll., 2018).

L'heure à laquelle les jeunes se présentent à l'urgence à cause de l'usage de substances n'est pas souvent étudiée, et ce contexte a été mentionné de manière anecdotique (et avant l'analyse des données) en fonction de l'expérience des médecins d'urgence impliqués dans la présente étude. Toutefois, ce type de données pourrait avoir d'importants effets sur la compréhension du contexte qui entoure l'usage de substances, et pourrait ainsi aider les acteurs du milieu à cibler les mesures de réduction des méfaits et de prévention (p. ex. conduite avec facultés affaiblies chez les jeunes).

## Groupes les plus à risque de méfaits graves

La présente étude a révélé une autre situation inquiétante en ce qui concerne la gravité des problèmes qui amènent les jeunes à l'urgence. Dans toutes les régions, beaucoup de patients étaient arrivés par ambulance avec des taux d'alcoolémie supérieurs à la limite toxique. Les personnes plus jeunes que l'âge légal pour boire étaient les plus nombreuses à vivre une situation potentiellement mortelle requérant une intervention médicale rapide (score de 1 ou de 2 sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité), tandis que les personnes ayant l'âge légal étaient plus susceptibles de recevoir un score de 3 sur la même échelle, indiquant un degré de gravité moindre. Ainsi, même si la majorité des visites implique des personnes ayant l'âge légal pour boire, les personnes n'ayant pas encore atteint cet âge sont plus susceptibles de se présenter à l'urgence



dans un état plus grave. D'où l'importance de la sensibilisation avant l'âge légal et de conversations franches sur les problèmes liés à la consommation excessive d'alcool et les risques élevés associés à l'usage d'autres substances.

De plus, ces constatations vont dans le même sens que les recommandations appliquées à Sherbrooke (Paradis et coll., 2018) au sujet de la création d'un réseau de soutien autour de chaque jeune. L'objectif de cette initiative était de faire en sorte que les jeunes sachent qu'ils ne sont pas seuls et de les informer, de même que les autres membres de leur entourage, des services qui existent s'ils devaient en avoir besoin, notamment les services d'information sur l'usage de substances et ceux en réduction des méfaits et en prévention.

## **Tendances dans les services reçus précédemment**

Près du tiers de tous les jeunes ayant participé à l'étude avaient précédemment eu recours à des services de santé professionnels. À Sherbrooke et à Saskatoon, il s'agissait le plus souvent de services psychiatriques, révélant les taux élevés de comorbidité entre la maladie mentale ou les troubles de santé mentale et l'usage de substances pouvant entraîner des méfaits (Rush et coll., 2008). Beaucoup des patients ayant visité l'urgence et qui ont participé à l'étude s'y étaient déjà rendus à cause de l'usage de substances, ce qui laisse penser que ces visites ne sont pas exceptionnelles.

En effet, des études récentes ont montré que 16,5 % à 21,9 % des personnes qui visitent fréquemment l'urgence s'inscrivent dans une dynamique à long terme (Moe et coll., 2021; Moe et coll., 2022) et tendent à présenter davantage de troubles de santé mentale et d'usage de substances que les personnes qui s'y rendent de façon ponctuelle (Kanzaria et coll., 2017; Chiu et coll., 2020). On observe des tendances semblables chez les jeunes, d'où l'importance de leur offrir les services appropriés après leur sortie de l'hôpital pour prévenir leur retour à l'urgence.

## **Davantage de services en santé mentale et en dépendance sont nécessaires**

Bien que ce ne soit pas nécessairement possible dans tous les établissements en raison de restrictions liées aux capacités et au financement, il est fortement recommandé d'établir des cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances pour aider les personnes qui se présentent à l'urgence avec des symptômes liés à l'usage de substances (Hann et coll., 2020). Des services de soutien adaptés, et idéalement intégrés, pour les adolescents et les jeunes adultes sont essentiels pour prévenir des urgences médicales répétées liées à l'usage de substances.

En Alberta, un modèle novateur d'approche de soins centrés sur le patient est actuellement en rodage et en évaluation (Freedman et coll., 2020). Cette approche permet de prodiguer rapidement des soins et un suivi appropriés à des enfants et à des adolescents s'étant rendus à l'urgence pour des raisons de santé mentale et d'usage de substances. Les résultats de cette initiative influenceront sans aucun doute les recommandations futures.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, beaucoup de jeunes qui se présentent à l'urgence pour des problèmes liés à l'usage de substances présentaient également des situations de comorbidité en santé mentale ou des problèmes psychiatriques. Cette réalité n'est pas surprenante : des données récentes portant sur de jeunes adultes d'âge postsecondaire indiquent que des 11 % qui disent consommer du cannabis pour des raisons médicales, environ 78 % l'utilisent pour soulager un problème de santé mentale (Smith et coll., 2019). De plus, des 15 % de jeunes de



l'Ontario ayant rapporté en 2019 un usage de substances problématique<sup>17</sup> dans le cadre du Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, un maigre 0,7 % avait dit avoir eu accès à un programme de traitement au cours des 12 derniers mois (Boak et coll., 2020). De meilleures connaissances sur le sujet et une meilleure accessibilité et disponibilité à des services et à des ressources de soutien externes dans les établissements communautaires sont nécessaires pour aider les jeunes à trouver et à recevoir du soutien en santé mentale et pour leurs problèmes liés à l'usage de substances.

Ce n'est pas un problème nouveau : les visites à l'urgence liées à la santé mentale et à la dépendance chez les jeunes de 10 à 24 ans ont déjà grimpé de 33 % entre 2006 et 2011 (Gandhi et coll., 2016). Ainsi, une visite à l'urgence est une occasion qui doit être utilisée comme point de départ pour fournir le soutien approprié et favoriser la réduction des méfaits chez les jeunes.

## L'importance d'établir le contact

L'établissement d'un contact avec la famille, le tuteur ou le réseau de soutien d'un jeune à la suite d'une visite à l'urgence liée à l'usage de substances est important; dans beaucoup de cas, cela pourrait aider à prévenir d'autres problèmes. Selon nos découvertes toutefois, cette démarche est peu fréquente (ou mal documentée). Les retombées de cette pratique peuvent s'observer dans les données recueillies à Sherbrooke, où, dans les cas qui précisent l'identité de la personne contactée, presque tous impliquent un membre de la famille ou un ami. Il s'agit d'une amélioration notable par rapport aux 59 % de cas contactés pour une visite à l'urgence relevés lors de notre précédente étude de cas (Paradis, Cyr et Cyr, 2018). C'est vraisemblablement grâce à des pratiques d'urgence améliorées, des modifications à la réglementation et de la sensibilisation communautaire auprès des jeunes au sujet des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool.

De plus, devant la grande proportion de jeunes qui souffrent de lésions auto-infligées et d'idéation suicidaire, il est essentiel d'assurer un soutien adéquat après la visite à l'urgence et de diriger les patients vers les ressources appropriées (Bennett et coll., 2015). Bien que les jeunes perçoivent moins de stigmatisation par rapport à la santé mentale que la population générale (Léger, 2021), il est extrêmement important que les soins en milieu hospitalier et les autres sources de soutien soient exempts de stigmatisation, puisque cette réalité a été ciblée comme l'un des obstacles majeurs à l'accessibilité et à la continuité des soins (Velasco et coll., 2020).

## Initiatives communautaires

Depuis la prise de conscience de l'étendue des méfaits liés aux spiritueux à la suite de la publication de notre première étude, [La consommation d'alcool et ses méfaits chez les jeunes - étude de cas dans la communauté de Sherbrooke](#), la communauté a mis en place des mesures pour limiter la consommation de boissons à forte teneur en alcool (Paradis, Goupil et coll., 2018). Une campagne a été élaborée pour informer les parents et la communauté dans son ensemble des risques accrus liés à ce type de boissons; des efforts ont également été déployés pour offrir une sélection de boissons à faible teneur en alcool lors d'activités présentant un haut risque, notamment les activités liées à la rentrée universitaire (Paradis, Cyr et coll., 2018; Paradis, Goupil et coll., 2018). De telles initiatives

---

<sup>17</sup> Le terme « problématique » est utilisé dans plusieurs enquêtes menées dans le suivi des tendances en usage de substances au Canada. Il fait référence à des habitudes de consommation qui ne sont pas recommandées sur le plan médical et qui peuvent augmenter la probabilité de subir des méfaits.



pourraient être poussées encore plus loin par des leaders communautaires désireux de réduire les méfaits liés à l'usage d'alcool chez les jeunes.

## Le contexte pandémique

Le type de surveillance améliorée dans les services d'urgence tel que celui utilisé pour la présente étude sera d'autant plus important à l'avenir, en raison du contexte pandémique, puisque la COVID-19 continuera d'avoir des effets sur la santé mentale et l'usage de substances chez les jeunes vivant au Canada.

Nos données montrent que les blessures intentionnelles sont une raison importante des visites à l'urgence par des jeunes ayant consommé des substances. Dans ce contexte pandémique, les trois quarts des personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale n'ont pu avoir accès à des services de soutien (Léger, 2021). La considération sérieuse du suicide a également augmenté de 17 % chez les jeunes au cours de la pandémie, comparativement à 9 % dans la population générale (Léger, 2021).

Les tendances dans l'usage de substances chez les jeunes ont varié pendant la pandémie. Dans les premiers temps, 40 % des jeunes qui disaient consommer de l'alcool ou du cannabis (seul ou ensemble) rapportaient aussi une hausse de leur fréquence de consommation (Léger, 2021). Malgré des données préliminaires qui laissent penser que l'usage de cannabis par les jeunes depuis la légalisation n'a pas augmenté dans la mesure anticipée (Leyton, 2019; Haines-Saah et Fischer, 2021), il reste important de surveiller les tendances actuelles tout au long de la pandémie et au-delà pour prévenir les méfaits, notamment les visites à l'urgence.

Avant la fin de la première année pandémique, l'usage autodéclaré de substances chez les jeunes a diminué de façon considérable (Boak et coll., 2022). Toutefois, le trouble lié à l'usage de substances est demeuré au quatrième rang des raisons de séjours à l'hôpital au Canada en 2020-2021 (ICIS, 2022). La diminution de l'usage de substances vers la fin de la première année pandémique pourrait également ne pas persister à mesure qu'on lève les restrictions de santé publique. Beaucoup de jeunes pourraient recommencer à consommer de l'alcool ou d'autres substances dans des établissements publics et des rassemblements sociaux, ce qui pourrait causer une recrudescence des visites à l'urgence ou d'autres méfaits. Pour cette raison, la surveillance devrait se poursuivre à mesure que les jeunes, et particulièrement les jeunes adultes, reprennent leurs activités sociales. Comme l'ont montré nos données, pour maximiser la portée des efforts déployés, l'alcool, le cannabis et les opioïdes doivent être surveillés à l'échelle communautaire.

## Limites

### Données pré-pandémiques

La plus grande limite de cette étude est probablement la datation pré-pandémique des données. Les données sur l'usage de substances chez les jeunes pendant la pandémie de COVID-19 aux États-Unis (Johnston et coll., 2022) montrent que l'usage de beaucoup de substances a connu le plus fort déclin jamais enregistré. Certaines rapportent même une réduction des méfaits chez les jeunes au Canada, notamment en ce qui concerne les visites à l'urgence, mais la portée des méfaits varie en fonction des régions et des substances (ICIS, 2022). Les jeunes consomment peut-être moins de substances en raison d'une baisse de disponibilité, d'une plus grande proximité des personnes à charge lors des obligations de rester au domicile et, possiblement, d'une diminution de la pression des pairs. Quelles que soient les raisons, il vaut la peine d'explorer quels aspects des mesures



préventives liées à la pandémie pourraient prévenir un usage de substances dangereux chez les jeunes à cette échelle.

Inversement, la pandémie a aussi mené à une hausse substantielle du besoin de services et de soutien en santé mentale, et ces derniers devraient être intégrés aux services et au soutien en usage de substances (p. ex. Foundry et Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario; Halsall et coll., 2019; Mathias et coll., 2021). Cette hausse de la demande pour des services en santé mentale pourrait occasionner une recrudescence de l'usage de substances (pour composer avec la situation), puisque beaucoup de jeunes ayant une maladie mentale sont peu susceptibles de recevoir le soutien qu'ils désirent et dont ils ont besoin. Nous devons nous pencher sur les fondements complexes des troubles concomitants et sur les meilleures façons de les prendre en charge, particulièrement chez les jeunes.

### **Pratiques de collecte de données**

Les pratiques de collecte de données varient selon les régions et même au sein des divers services d'urgence de communautés avoisinantes. Par exemple, l'un des objectifs du présent projet était de quantifier et de contextualiser les admissions de jeunes à l'urgence pour usage de substances. Notre formulaire de déclaration de cas comprenait une question sur le lieu d'acquisition de chaque substance (voir annexe B). Malheureusement, ces données n'ont pas été recueillies de façon uniforme, particulièrement dans le cas du cannabis et des opioïdes. La disponibilité des données sur le contexte entourant les visites était sommaire dans toutes les régions; une surveillance plus prospective et plus minutieuse dans ce secteur permettrait de soutenir les efforts de prévention et de réduction des méfaits, comme ç'a été le cas à Sherbrooke (Paradis et coll., 2018).

De plus, certains établissements ont recueilli des copies papier des dossiers des patients, ce qui pourrait avoir potentiellement mené à des erreurs dans l'entrée des données. Le risque est moins élevé dans les établissements où les données sont tirées de répertoires de données électroniques existants.

### **Manque de valeurs sur la diversité dans les données**

La collecte des données était également lacunaire et hétérogène en matière de race, d'ethnicité et de genre, données qui pourraient nous aider à mieux comprendre l'expérience vécue par diverses populations de jeunes devant se rendre à l'urgence à cause de l'usage de substances. Les renseignements sur le sexe faisaient partie du formulaire de déclaration de cas; toutefois, les médecins pourraient avoir documenté le genre plutôt que le sexe biologique dans les dossiers médicaux. À l'avenir, il faudrait user de meilleures pratiques en matière de collecte de données personnelles liées au sexe et au genre des patients. Les analyses tenant compte du sexe, du genre et de la diversité (ACSG+) devraient aussi s'appliquer dans tout projet concernant l'usage de substances et ses méfaits.

Certaines données, notamment l'appartenance au groupe LGBTQ2+, les incapacités et le statut socioéconomique (souvent associé aux troubles d'usage de substances et de santé mentale) n'étaient pas disponibles dans notre ensemble de données.

### **Présentations uniques seulement**

De façon générale, les données du présent rapport représentent le nombre de présentations uniques dans chaque service d'urgence étudié au cours de la période d'étude, mais ne reflètent pas le nombre réel de personnes qui pourraient l'avoir visité. Un jeune pourrait avoir visité un service



d'urgence à de multiples reprises pendant la période d'étude, ou encore se rendre à une autre urgence pour un problème semblable. Nous n'avons pu documenter ces renseignements ici. Le fait que la personne ait déjà visité un service d'urgence avant la visite actuelle pour un problème lié à l'usage de substances est le meilleur indicateur que nous ayons pour déterminer si elle a fait des visites à répétition. Il est donc possible que les chiffres rapportés dans le présent rapport sous-représentent le portrait réel de la situation.





## Conclusion

Il est toujours alarmant de voir des adolescents ou des jeunes adultes se présenter à l'urgence à cause de l'usage de substances. Toutefois, il s'agit également d'une occasion de faire du dépistage, de la sensibilisation et des interventions brèves et de faire le lien avec d'autres services de soutien.

### **Des approches axées sur la communauté sont nécessaires**

Il n'existe pas qu'une seule approche en matière de prévention et de réduction des méfaits. Comme le constate notre étude, les tendances et les caractéristiques des visites à l'urgence varient sur beaucoup d'aspects selon les communautés. D'où l'importance de recueillir des données à l'échelle communautaire; la réalité nationale n'est pas nécessairement la même que la réalité locale. Pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool, de cannabis et d'opioïdes chez les jeunes, les communautés doivent concevoir des initiatives adaptées à leurs enjeux locaux.

En ce sens, l'exemple de Sherbrooke est inspirant. Après la publication de notre première étude sur les admissions à l'urgence (Paradis et coll., 2018; Paradis et coll., 2018), la communauté a élaboré des mesures préventives et a su en déployer quelques-unes. Cela a vraisemblablement contribué à la tendance à la baisse des visites à l'urgence liées à l'alcool à Sherbrooke. De plus, la communauté a changé son approche clinique de l'intoxication aiguë en contactant systématiquement les parents et les amis des jeunes patients pour veiller à ce qu'ils ne soient pas seuls et que quelqu'un qui tient à eux sache ce qui leur arrive et leur offre du soutien.

### **La relance postpandémique et son lot d'incertitudes**

Des initiatives de prévention des urgences médicales impliquant l'alcool, le cannabis et les opioïdes chez les jeunes du Canada seront rapidement nécessaires pendant la relance postpandémique et au-delà. Malgré un déclin des visites à l'urgence liées à l'alcool chez les jeunes au cours de la première année de la pandémie, les hospitalisations, elles, ont augmenté. De plus, les visites à l'urgence et les hospitalisations à cause du cannabis et des opioïdes ont augmenté, selon des tendances différentes selon le genre (ICIS, 2021). En outre, les troubles de santé mentale chez les jeunes ont augmenté pendant la pandémie (Léger, 2022), situation que l'on peut associer à une hausse de l'usage de substances et qui pourrait avoir des implications à long terme. Ensemble, ces éléments pointent vers une possible recrudescence de la consommation d'alcool et d'autres substances, à mesure que les restrictions de santé publique sont levées au pays.

Il reste à voir si les problèmes liés à l'alcool et à d'autres substances retourneront à des niveaux prépandémiques après la réouverture des bars et des boîtes de nuit, ainsi que des campus des établissements secondaires et postsecondaires, qui tiennent souvent des activités sociales à grande échelle. Le suivi et la surveillance à l'échelle nationale et à l'échelle locale devraient se poursuivre à mesure que les jeunes, et particulièrement les jeunes adultes, reprennent leurs activités sociales, car cela pourrait entraîner une recrudescence des urgences médicales liées à l'usage de substances. Pour toutes ces raisons, il sera plus important que jamais de documenter quelles substances et quels facteurs contextuels sont associés aux visites à l'urgence.



## Bibliographie

- Acker, A., M.L. Norris, D. Coo, A. Santos, D. Allain et K. Dow. « Severe alcohol intoxication among Canadian youth: A 2- year surveillance study », *Paediatrics & Child Health*, 2019, p. e82–88. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz152>
- Acker, A. et K. Thomas. « Severe alcohol intoxication in adolescents ». Dans *2015 Results, Canadian Paediatric Surveillance Program*, Ottawa (Ont.), Société canadienne de pédiatrie, 2015, p. 30–32. <https://doi.org/10.1093/pch/20.5.e40>
- Adlaf, E.M. et A. Paglia-Boak. *Drug use among Ontario students: Detailed OSDUS findings, 1977–2019*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005. [https://www.camh.ca/-/media/files/pdf--osduhs/drugusereport\\_2019osduhs-pdf.pdf](https://www.camh.ca/-/media/files/pdf--osduhs/drugusereport_2019osduhs-pdf.pdf)
- Administrateur en chef de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2018 : prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes*, 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.html>
- Akbar, T., A. Baldacchino, J. Cecil, M. Riglietta, B. Sommer et G. Humphris. « Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings », *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, vol. 35, n° 5, 2011, p. 1186–1202. <https://10.1016/j.neubiorev.2010.12.002>
- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5<sup>e</sup> édition)*, Washington (D.C.), chez l'auteur, 2013.
- April, N., C. Paradis, A. Maurice, M. Niquette, C. Cyr et R. Morin. *Intoxications aiguës à l'alcool et boissons sucrées alcoolisées*, 2018. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2360\\_intoxications\\_aigues\\_alcool\\_boissons\\_sucres\\_alcolisees.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2360_intoxications_aigues_alcool_boissons_sucres_alcolisees.pdf)
- Baraniecki, R., P. Pandhal, D.D. Malhotra, A. Aliferis et A. Zia. « Acute cannabis intoxication in the emergency department: The effect of legalization », *BMC Emergency Medicine*, vol. 21, article 32, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00428-0>
- B.C. Centre for Disease Control. *Dual public health emergencies: Overdose in BC during COVID-19*, 2021. [http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/2021.04.16\\_Infographic\\_OD%20Dashboard.pdf](http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/2021.04.16_Infographic_OD%20Dashboard.pdf)
- Bechard, M., P. Cloutier, I. Lima, M. Salamatmanesh, R. Zemek, M. Bhatt, ... et W. Gardner. « Cannabis-related emergency department visits by youths and their outcomes in Ontario: A trend analysis », *CMAJ Open*, vol. 10, n° 1, 2022, p. E100-E108. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210142>
- Bennett, K., A.E. Rhodes, S. Duda, A.H. Cheung, K. Manassis, P. Links, ... et P. Szatmari. « A youth suicide prevention plan for Canada: A systematic review of reviews », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 60, n° 6, 2015, p. 245–257. <https://doi.org/10.1177/070674371506000603>
- Boak, A., T. Elton-Marshall et H.A. Hamilton. *The Well-being of Ontario students: Findings from the 2021 Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS)*, Toronto (Ont.), Centre de



- toxicomanie et de santé mentale, 2022. <https://www.camh.ca/-/media/files/pdf--osduhs/2021-osduhs-report-pdf.pdf>
- Boak, A., T. Elton-Marshall, R.E. Mann et H.A. Hamilton. *Drug use among Ontario students, 1977–2019: Detailed findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS)*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020. [https://www.camh.ca/-/media/files/pdf--osduhs/drugusereport\\_2019osduhs-pdf.pdf](https://www.camh.ca/-/media/files/pdf--osduhs/drugusereport_2019osduhs-pdf.pdf)
- Bullard, M.J., E. Musgrave, D. Warren, B. Unger, T. Skeldon, R. Greierson, ... et J. Swain. « Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) guidelines 2016 », *CJEM*, vol. 19, n° S2, 2017, p. S18–S27. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>
- 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 (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-alcohol-and-health-in-canada.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : points saillants (version de mai 2022)*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022. [https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-05/CCSA-Clearing-the-Smoke-on-Cannabis-Highlights-2022-fr\\_0.pdf](https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-05/CCSA-Clearing-the-Smoke-on-Cannabis-Highlights-2022-fr_0.pdf)
- Chiu, Y.M., A. Vanasse, J. Courteau, M.-C. Chouinard, M.-F. Dubois, N. Dubuc, ... et C. Hudon. « Persistent frequent emergency department users with chronic conditions: A population-based cohort study », *PLOS ONE*, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229022>
- Choi, H.J., M. Lu, M. Schulte et J.R. Temple. « Adolescent substance use: Latent class and transition analysis », *Addictive Behaviours*, vol. 77, 2018, p. 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.022>
- Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2022. <https://sante-infobase.canada.ca/mefais-associes-aux-substances/opioïdes-stimulants>
- Das, J.K., R.A. Salam, A. Arshad, Y. Finkelstein et Z.A. Bhutta. « Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews », *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, n° 4, 2016, p. S61–S75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>
- Davidson, P., J. Koziol-McLain, L. Harrison, D. Timken et S.R. Lowenstein. « Intoxicated ED patients: A 5-year follow-up of morbidity and mortality », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 30, n° 5, 1997, p. 593–597. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(97\)70074-x](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(97)70074-x)
- DeWit, D.J., J. Hance, D.R. Offord et A. Ogborne. « The influence of early and frequent use of marijuana on the risk of desistance and of progression to marijuana-related harm », *Preventive Medicine*, vol. 31, n° 5, 2000, p. 455–464. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0738>
- Fischer, B., C. Russell, P. Sabioni, W. van den Brink, B. Le Foll, W. Hall, ... et R. Room. « Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations », *American Journal of Public Health*, vol. 107, n° 8, 2017, p. E1–E12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303818>
- Freedman, S., J. Thull-Freedman, T. Lightbody, K. Prinsie, B. Wright, A. Coulombe, ... et A. Newton. « Introducing an innovative model of acute pediatric mental health and addictions care to



- paediatric emergency departments: A protocol for a multicentre prospective cohort study », *BMJ Open Quality*, vol. 9, 2020, article e001106. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2020-001106>
- Gandhi, S., M. Chiu, K. Lam, J.C. Cariney, A. Guttman et P. Kurdyak. « Mental health service use among children and youth in Ontario: Population-based trends over time », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 61, n° 2, 2016, p. 119–124. <https://doi.org/10.1177/0706743715621254>
- Glowacki, K., M. Whyte, J. Weinstein, K. Marchand, D. Barbic, F. Scheuermeyer, ... et S. Barbic. « Exploring how to enhance are pathways between the emergency department and integrated youth services for young people with mental health and substance use concerns », *BMC Health Serv Res*, vol. 22, n° 1, 2022, p. 615. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07990-8>
- Gouvernement du Canada. *Enquête canadienne sur le cannabis de 2020 : sommaire*, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2020-sommaire.html>
- Gravel, J., S. Manzano et M. Arsenault. « Validity of the Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital », *CJEM*, vol. 11, n° 1, 2009, p. 23–28. <https://doi.org/10.1017/s1481803500010885>
- Haider, A.H., D.A. Risucci, S.B. Omer, T. Sullivan, S.M. DiRusso, J.A. Savino et C.N. Paidas. « Injury prevention priority score: A new method for trauma centers to prioritize injury prevention initiatives », *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 198, n° 6, 2004, p. 906–913. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2004.02.013>
- Haines-Saah, R.J. et B. Fischer. « Youth cannabis use and legalization in Canada - Reconsidering the fears, myths and facts three years in », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, n° 3, 2021, p. 191–196. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8315217/pdf/ccap30\\_p0191.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8315217/pdf/ccap30_p0191.pdf)
- Hall, W. « What has research over the past two decades revealed about the adverse health effect of recreational cannabis use? », *Addiction*, vol. 110, n° 1, 2015, p. 19–35. <https://doi.org/10.1111/add.12703>
- Halsall, T., I. Manion, S.N. Iyer, S. Mathias, R. Purcell et J. Henderson. « Trends in mental health system transformation: Integrating youth services within the Canadian context », *Healthcare Management Forum*, vol. 32, n° 2, 2019, p. 51–55. <https://doi.org/10.1177/0840470418808815>
- Hann, J., H. Wu, A. Gauri, K. Dong, N. Lam, J.A. Bakal et A. Kirkham. « Identification of emergency department patients for referral to rapid-access addiction services », *CJEM*, vol. 22, n° 2, 2020, p. 170–177. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.453>
- Hingson, R.W., T. Heeren et M.R. Winter. « Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.7.739>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2009.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/ED\\_Report\\_ForWeb\\_FR\\_Final.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_FR_Final.pdf)



- Institut canadien d'information sur la santé. *Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances chez les jeunes de 10 à 24 ans*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hsu-youth-report-2019-fr-web.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : méfaits causés par l'utilisation de substances*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/unintended-consequences-covid-19-substance-use-report-fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/unintended-consequences-covid-19-substance-use-report-fr.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé. *Séjours hospitaliers au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022. <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada>
- Jansen, A.C., E.S. van Aalst-Cohen, B.A. Hutten, H.R. Büller, J.J. Kastelein et M.H. Prins. « Guidelines were developed for data collection from medical records for use in retrospective analyses », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 58, n° 3, 2005, p. 269–274. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.07.006>
- Johnston, L.D., R.A. Miech, P.M. O'Malley, J.G. Bachman, J.E. Schulenberg et M.E. Patrick. « Monitoring the Future national survey results on drug use 1975-2021: Overview, key findings on adolescent drug use », Ann Arbor, Institute for Social Research, University of Michigan, 2022. <http://www.monitoringthefuture.org//pubs/monographs/mtf-overview2021.pdf>
- Kanzaria, H.K., M. Niedzwiecki, C.L. Cawley, C. Chapman, S.H. Sabbagh, E. Riggs, ... et M.C. Raven. « Frequent emergency department users: Focusing solely on medical utilization misses the whole person », *Health Affairs*, vol. 38, n° 11, 2019, p. 1866–1875. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00082>
- Kelsall, D. « Cannabis legalization fails to protect Canada's youth », *JAMC*, vol. 189, n° 29, 2017, p. E737–38. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170555>
- Kutcher, S.P. et M. Szumilas. « Youth suicide prevention », *JAMC*, vol. 178, n° 3, 2008, p. 282–285. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071315>
- Léger. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : rapport sommaire 4 : les jeunes, les aînés et la stigmatisation*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Commission de la santé mentale du Canada, 2021. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/12/sondage-leger-les-jeunes-les-aines-et-la-stigmatisation.pdf>
- Léger. *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : rapport sommaire 5 : les idées suicidaires et l'usage de substances*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Commission de la santé mentale du Canada, 2022. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2022/05/sondage-leger-les-idees-suicidaires-et-lusage-de-substances-1.pdf>
- Leyton, M. « Cannabis legalization: Did we make a mistake? Update 2019 », *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, vol. 44, n° 5, 2019, p. 291–293. <https://doi.org/10.1503/jpn.190136>
- Mathias, S., K. Tee, W. Helfrich, K. Gerty, G. Chan et S.P. Barbic. « Foundry: early learnings from the implementation of an integrated youth service network », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 16, n° 4, 2021, p. 410–418. <https://doi.org/10.1111/eip.13181>
- Merrin, G.J., K. Thompson et B.J. Leadbeater. « Transitions in the use of multiple substances from adolescence to young adulthood », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 189, n° 1, 2018, p. 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.015>



- Moe, J., C.A. Camargo, S. Jelinski, S. Erdelyi, J. Brubacher et B. Rowe. « Epidemiologic trends in substance and opioid misuse-related emergency department visits in Alberta: A cross-sectional time-series analysis », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 109, 2018, p. 164–173. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0053-6>
- Moe, J., F. O'Sullivan, M.J. McGregor, M.J. Schull, K. Dong, B.R. Holroy, ... et K.M. McGrail. « Characteristics of frequent emergency department users in British Columbia, Canada: A retrospective analysis », *CMAJ open*, vol. 9, n° 1, 2021, p. E134–E141. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200168>
- Moe, J., E.Y. Wang, M.J. McGregor, M.J. Schull, K. Dong, B.R. Holroyd, ... et K.M. McGrail. « People who make frequent emergency department visits based on persistence of frequent use in Ontario and Alberta: A retrospective cohort study », *CMAJ Open*, vol. 10, n° 1, 2022, p. E220–E231. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210131>
- Monte, A.A., S.K. Shelton, E. Mills, J. Saben, A. Hopkinson, B. Sonn, ... et D. Abbott. « Acute illness associated with cannabis use by route of exposure: An observational study », *Annals of Internal Medicine*, vol. 170, n° 8, 2019, p. 531–537. <https://doi.org/10.7326/M18-2809>
- Mothers Against Drunk Driving (MADD) Canada. *Taux d'alcoolémie*, sans date. <https://madd.ca/pages/conduite-avec-facultes-affaiblies/aperçu/taux-dalcoolemie/?lang=fr>
- Murray, M.J. « The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage », *Emergency Medicine*, vol. 15, n° 1, 2003, p. 6–10. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2003.00400.x>
- Myran, D.T., A.T. Hsu, G. Smith et P. Tanuseputro. « Rates of emergency department visits attributable to alcohol use in Ontario from 2003 to 2016: A retrospective population-level study », *JAMC*, vol. 191, 2019, p. E804–10. <https://doi.org/10.1503/cmaj.181575>
- Paradis, C., L.O. Cyr et C. Cyr. « Alcohol-related emergency department visits among adolescents and young adults in Sherbrooke, Canada », *Journal canadien d'addiction*, vol. 9, n° 4, 2018, p. 25–31. <https://doi.org/10.1097/CXA.0000000000000033>
- Paradis, C., J.P. Goupil, C. Cyr et C. Proulx. *La consommation d'alcool et ses méfaits chez les jeunes : étude de cas dans la communauté de Sherbrooke*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/PEP-AH-Youth-Alcohol-Use-Harms-Sherbrooke-Case-Study-Report-2018-fr.pdf>
- Patton, G.C., C. Coffey, J.B. Carlin, L. Degenhardt, M. Lynskey et W. Hall. « Cannabis use and mental health in young people: Cohort study », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7374, 2002, p. 1195–1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1195>
- Rottermann, M. « Regard rétrospectif en 2020, l'évolution de la consommation de cannabis et des comportements connexes au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 32, n° 4, 2021, p. 3–14. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202100400001-fra>
- Rush, B., K. Urbanoski, D. Bassani, S. Castel, T.C. Wild, C. Strike, ... et J. Somers. « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 53, n° 12, 2008, p. 800–809. <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
- Santé Canada. *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire 2019/2020 : tableaux de données*, Ottawa



- (Ont.), chez l'auteur, 2019. <https://sante-infobase.canada.ca/alcool/eccadeep/tableaux-donnees.html>
- Santé Canada. *L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2018-2019*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-tableaux-detaillies.html>
- Santé Canada. *Enquête canadienne sur le cannabis de 2019 : sommaire des résultats*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/medicaments-et-produits-sante/enquete-canadienne-cannabis-2019-sommaire.html>
- Sarkar, S. et D. Seshadri. « Conducting record review studies in clinical practice », *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, vol. 8, n° 9, 2014, p. JG01–JG04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8301.4806>
- Shatterproof. *Addiction Language Guide. National Movement to End Addiction Stigma*, 2022. <https://www.shatterproof.org/sites/default/files/2021-02/Stigma-AddictionLanguageGuide-v3.pdf>
- Shen, J.J., G. Shan, P.C. Kim, J.W. Yoo, C. Dodge-Francis et Y.J. Lee. « Trends and related factors of cannabis-associated emergency department visits in the United States: 2006–2014 », *Journal of Addiction Medicine*, 2018. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000479>
- Sherk, A., T. Stockwell et R.C. Callaghan. « The effect on emergency department visits of raised alcohol minimum prices in Saskatchewan, Canada », *Drug and Alcohol Review*, vol. 37, suppl. 1, 2018, p. S357–S365. <https://doi.org/10.1111/dar.12670>
- Simon, R., R. Snow et S. Wakeman. « Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: A qualitative study », *Substance Abuse*, vol. 41, 2020, p. 519–525. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671942>
- Smith, J.M., J. Mader, A.C. Szeto, A.M. Arria, K.C. Winters et T.C. Wilkes. « Cannabis use for medicinal purposes among Canadian university students », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 64, n° 5, 2019, p. 351–355. <https://doi.org/10.1177/0706743718818420>
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : tableaux détaillés de 2019*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019/tableaux-detaillies.html>
- Velasco, A.A., I.S. Santa Cruz, J. Billings, M. Jimenez et S. Rowe. « What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review », *BMC Psychiatry*, vol. 20, 2020, article 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Xuan, Z., J.G. Blanchette, T.F. Nelson, T.H. Nguyen, S.E. Hadland, N.L. Oussayef, ... et T.S. Naimi. « Youth drinking in the United States: Relationships with alcohol policies and adult drinking », *Pediatrics*, vol. 136, n° 1, 2015, p. 18–27. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0537>
- Zuckermann, A.M.E., K.V. Battista, R.E. Belanger, S. Haddad, A. Butler, M.J. Costello et S.T. Leatherdale. « Trends in youth cannabis use across cannabis legalization: Data from the COMPASS prospective cohort study », *Preventive Medicine Reports*, vol. 22, 2021, article 101351. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101351>



Zuckermann, A.M.E., G. Williams, K. Battista, M. de Groh, Y. Jiang et S.T. Leatherdale. « Trends of poly-substance use among Canadian youth », *Addictive Behaviours*, vol. 10, 2019, article 100189. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100189>





## Annexe A : définition de cas

Toute consultation ayant eu lieu entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2019 par des adolescents et de jeunes adultes (> 12 à < 25 ans) dans vos services d'urgence et répondant aux critères suivants :

**A) Déterminants d'une visite à l'urgence liée à l'alcool**

1. Codes CIM-10-CA pour des causes aiguës et chroniques entièrement attribuables à l'alcool (tableau 1), que ce soit le diagnostic principal, le problème principal ou une comorbidité.
2. Codes CIM-10-CA pour i) agressions, ii) chutes, iii) collisions avec un véhicule à moteur et iv) nombre total de visites pour blessures liées à l'alcool (tableau 2).

ET

Consommation d'alcool dans les 24 heures qui précèdent la visite

OU

Taux d'alcoolémie > 0

**Tableau 1**

<b>Causes aiguës – entièrement attribuables à l'alcool</b>	<b>Codes CIM-10</b>
Intoxication à l'alcool	X45, Y15, T51.0, T51.1, T51.9
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	X65
Alcoolémie excessive	R78.0
<b>Causes chroniques – entièrement attribuables à l'alcool</b>	<b>Codes CIM-10</b>
Psychose alcoolique	F10.3-F10.9
Abus d'alcool	F10.0, F10.1
Syndrome de dépendance	F10.2
Polynévrite alcoolique	G62.1
Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool	G31.2
Myopathie alcoolique	G72.1
Myocardiopathie alcoolique	I42.6
Gastrite alcoolique	K29.2
Maladie alcoolique du foie	K70-K70.4, K70.9
Pancréatite chronique alcoolique	K86.0



Tableau 2

Catégorie de visites à l'urgence	Sous-catégorie	Codes CIM-10
Agressions	Agressions	X85-Y09, Y87.1
Chutes	Lésions provoquées par une chute	W00-W19
Collisions avec un véhicule à moteur	Collisions avec un véhicule à moteur (circulation)	V02(.1, .9), V03(.1, .9), V04(.1, .9), V09.2, V12-V14(.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28(.3-.9), V29.4-V29.9, V30-V39(.4-.9), V40-V49(.4-.9), V50-V59(.4-.9), V60-V69(.4-.9), V70-V79(.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2
Nombre total de visites pour blessures liées à l'alcool	Agressions + chutes + collisions avec un véhicule à moteur + codes ci-dessous	
Aéronefs	Transport aérien	V95-V97
Aspiration	Aspiration	W78-W79
Noyade	Lésions provoquées par une noyade	W65-W74
Feu	Exposition à la fumée, au feu et aux flammes	X00-X09
Arme de poing	Décharge d'arme de poing	W32-W34
Hypothermie	Exposition à un froid naturel excessif	X31
Collisions avec un véhicule à moteur (non circulation)	Collisions avec un véhicule à moteur (circulation)	V02.0, V03.0, V04.0, V09.0, V12-V14(.0-.2), V19.0-V19.3, V20-V28(.0-.2), V29.0-V29.3, V30-V39(.0-.3), V40-V49(.0-.3), V50-V59(.0-.3), V60-V69(.0-.3), V70-V79(.0-.3), V81.0, V82.0, V83-V86(.4-.9), V88.0-V88.8, V89.0
Contact	Lésions provoquées par un contact avec des appareils	W24-W31, W45
Autre véhicule	Autres accidents de véhicules à moteur	V01, V05-V06, V09.1, V09.3, V09.9, V10-V11, V15-V18, V19.3, V19.8-V19.9, V80.0-V80.2, V80.6-V80.9, V81.2-V81.9, V82.2-V82.9, V87.9, V88.9, V89.1, V89.3, V89.9
Eau	Accidents de bateau	V90-V94
Autre intoxication	Intoxication (pas à l'alcool)	X40-X49 (sauf X45)
Autres lésions auto-infligées	Lésions auto-infligées intentionnelles	X60-X84 (sauf X65), Y87.0



**B) Déterminants d'une visite à l'urgence liée au cannabis**

1. Codes CIM-10-CA pour des intoxications attribuables au cannabis ou pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, que ce soit le diagnostic principal, le problème principal ou une comorbidité (tableau 3).  
OU
2. Dépistage toxicologique urinaire positif au tétrahydrocannabinol (THC).

Tableau 3

Catégorie de visites à l'urgence liées au cannabis	Codes CIM-10
Intoxication	T40.7
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	F12, F19 (si le cannabis est l'une des substances)

**C) Déterminants d'une visite à l'urgence liée au mésusage d'opioïdes**

1. Codes CIM-10 pour des intoxications attribuables aux narcotiques et psychodysléptiques ou pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, que ce soit le diagnostic principal, le problème principal ou une comorbidité (tableau 4).  
OU
2. Dépistage toxicologique urinaire positif aux opiacés.

Tableau 4

Catégorie de visites à l'urgence liées aux opiacés	Codes CIM-10
Intoxication	T40.1, T40.2, T40.6
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	F11, F19 (si les opiacés sont l'une des substances)



## Annexe B : formulaire de déclaration de cas

### Section 1 – renseignements démographiques

Date de naissance – JJ MM AAAA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sexe

Homme

Femme

Inconnu

Code postal du lieu de résidence; trois premiers caractères seulement : \_\_ \_\_ \_\_

Ethnicité (cochez tout ce qui s'applique)

Autochtone/Métis

Asiatique

Noir

Caucasien

Latino-américain

Moyen-oriental

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Inconnu

Avec qui vit le patient? (Cochez tout ce qui s'applique)

Parent(s) biologique(s)

Beau(x)-parents(s)

Famille d'accueil

Foyer de groupe

Résidence (université, collège, cégep)

Colocataire(s)

Conjoint(e)

Enfant(s)

Seul

Sans adresse fixe



Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Inconnu

Le patient fréquente quel type d'établissement scolaire :

Secondaire

Cégep/collège

Université (premier cycle)

Université (cycles supérieurs)

Inconnu

Quel établissement fréquente-il? \_\_\_\_\_

Inconnu

## Section 2 – présentation clinique

Moment de l'arrivée

Date de l'arrivée – JJ MM AAAA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Heure de l'arrivée – HH:MM : \_\_\_\_: \_\_\_\_

Date de sortie – JJ MM AAAA : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Heure de sortie – HH:MM : \_\_\_\_: \_\_\_\_

Principale raison de la visite à l'hôpital (cochez la réponse la plus appropriée)

Blessure accidentelle                      Si oui :  Avec un véhicule à moteur

Si oui :  Voiture  VTT  Moto  Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Chute  Coupure  Noyade ou quasi-noyade

Agression/violence  Agression sexuelle

Empoisonnement/intoxication (alcool)

Empoisonnement/intoxication (cannabis)

Empoisonnement/intoxication (opioïdes)

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Blessure intentionnelle                      Si oui :  Tentative de suicide  Lésions auto-infligées  Incertain

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_



- Trouble lié à l'usage de substances (DSM-5) Si oui :  Intoxication à l'alcool  Sevrage de l'alcool  
 Intoxication au cannabis  Sevrage du cannabis  
 Intoxication aux opioïdes  Sevrage des opioïdes  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Psychose Si oui :  Psychose induite par la drogue Si oui :  Premier épisode  
 Récurrence
- Schizophrénie  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Trouble affectif/anxieux Si oui :  Dépression  Bipolaire  Anxiété  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Problème gastro-intestinal Si oui :  Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Problème respiratoire Si oui :  Crise d'asthme (bronchospasme)  
 Détresse respiratoire  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Problème cardiovasculaire Si oui :  Syncope  Ischémie/infarctus  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Problème neurologique Si oui :  Convulsion  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Mode d'arrivée à l'urgence

Ambulatoire (seul/à pied)

Ambulatoire (amis/famille)

Ambulance

Police

Ambulance et police

Score ETG au triage

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Taux d'alcoolémie le plus élevé : \_\_\_\_\_ g/l (si connu)

### Section 3 – information contextuelle

TYPE de substance consommée avant l'arrivée à l'urgence (cochez tout ce qui s'applique)

Substance	Alcool	Cannabis	Opioides
Spiritueux			
Produits à base de spiritueux			
Alcool purifié aromatisé			
Bière			
Vin			
Cidre			
Marijuana (feuilles et bourgeons déchiquetés)			
Hashish			
Huile de cannabis			
Huile de hash (dont huile de haschich extraite au butane)			
« Dabs » (éclat, cire, « budder »)			
Teinture/extrait de cannabis			
Comestibles de cannabis (aliments, bonbons)			
Opiacés naturels			
Opioides semi-synthétiques/synthétiques			
Synthétiques			
Autre (veuillez préciser) :			
Inconnu			
Nom du ou des produits :			

Où la substance a-t-elle été ACQUISE?

	Alcool	Cannabis	Opioides
Magasin d'État (NSLC, SAQ, SQDC, SLGA), y compris en ligne			s. o.



Magasin de détail légal et privé (épicerie, dépanneur, magasin de cannabis)		S. O.
Bar/pub/boîte de nuit		S. O.
Festival/événement (activité sportive, événement à l'université et fête)	S. O.	S. O.
Culture à domicile/production légale	S. O.	S. O.
Pharmacie	S. O.	
Parent/tuteur		
Amis		
Membres de la famille		
Sources illégales		
Autre (veuillez préciser)		
Inconnu		

#### Où la substance a-t-elle été CONSOMMÉE?

	Alcool	Cannabis	Opioïdes
Domicile			
Maison d'un tiers			
Bar/pub/boîte de nuit			
Festival/événement (musique, sport)			
Université/collège/cégep, activité sur le campus/fête			
Activité scolaire (graduation, tournoi sportif)			
Lieu public en plein air (parc, plage, sentier public)			
Autre (veuillez préciser) :			
Inconnu			

#### Section 4 – séjour à l'hôpital

Résultats attribuables à l'affection déclarée (cochez tout ce qui s'applique)

- Hospitalisation Si oui : (cochez tout ce qui s'applique) :  Soins aigus  
 Soins intensifs/soins intensifs pédiatriques  Psychiatrie

Préciser : Durée du séjour : \_\_\_\_\_h ou \_\_\_\_\_ jours

Échelle de Glasgow dans le dossier des ambulanciers :

\_\_\_\_\_/15





Amnésie

Altération de l'état de conscience

Inconnu

Test? (Cochez tout ce qui s'applique)

Investigation

Analyse toxicologique urinaire

Dépistage de drogue dans le sérum

ECG

Gazométrie sanguine

Imagerie du SNC

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Inconnu

Complications médicales associées?

Blessures; veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Affection comportementale/psychiatrique; veuillez préciser :  
\_\_\_\_\_

Cardiaque; veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Respiratoire; veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Neurologique; veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Métabolique; veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Gastro-intestinale; veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Autre affection; veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Inconnu

L'affection primaire est le résultat de : (cochez tout ce qui s'applique)

Blessure     Bagarre     Violence sexuelle     Inconnu

Type de traitement ou suivi? (cochez tout ce qui s'applique)

Physique    Si oui : (cochez tout ce qui s'applique)

Consultation en médecine de l'adolescence

Ventilation mécanique    Si oui :  Intubation     Non invasive



Mental/psychosocial Si oui :  Consultation en psychiatrie  Autre professionnel en santé mentale

Si oui : (cochez tout ce qui s'applique)  Psychologue  Travailleur social  
 Intervenant en dépendance  Intervenant en protection de la jeunesse

Juridique Si oui : (cochez tout ce qui s'applique)  Sécurité de l'hôpital  Policier

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Inconnu

L'urgence a-t-elle communiqué avec?

Famille

Amis

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Inconnu

### Section 5 – antécédents

Le patient a-t-il déjà reçu des services de (cochez tout ce qui s'applique) :

Médecin de famille

Pédiatre

Psychologue

Psychiatre

Inconnu

Visites à l'urgence pour des troubles d'usage de substances par le passé?

Non

Oui

Inconnu

Comorbidités connues (physiques ou mentales/psychosociales) :  
\_\_\_\_\_

Consommation de substances par le passé (cochez tout ce qui s'applique) :

Aucun



Alcool

Cannabis

Opioïdes

Cocaïne

Méthamphétamine

Ecstasy

LSD

GHB

Kétamine, autres drogues de club

Stéroïdes

Médicaments d'ordonnance (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Inconnu

Le patient prend-il des médicaments?

Non

Oui (veuillez indiquer lesquels)

\_\_\_\_\_

Inconnu