



# Méfaisants aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs



PROTOCOLE

## Investigateurs principaux

Matthew Carwana, MD, MHP, FRCPC, FAAP, pédiatre, BC Children's Hospital, professeur adjoint de clinique, Université de la Colombie-Britannique, chercheur, BC Children's Hospital Research Institute, [matthew.carwana@cw.bc.ca](mailto:matthew.carwana@cw.bc.ca)

Nicholas Chadi, MD, MHP, FRCPC, FAAP, médecin de l'adolescence et toxicomanie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, professeur adjoint de clinique, département de pédiatrie, Université de Montréal, [nicholas.chadi.med@ssss.gouv.qc.ca](mailto:nicholas.chadi.med@ssss.gouv.qc.ca)

Eva Moore, MD, MSPH, FRCPC, FAAP, médecine de l'adolescence, BC Children's Hospital, professeure adjointe de clinique, département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique, [eva.moore@cw.bc.ca](mailto:eva.moore@cw.bc.ca)

## Co-investigateurs

Richard Bélanger, MD, FRCPC, médecin de l'adolescence, Université Laval

Daniel Brody, MD, FRCPC, urgentiste pédiatre, Université McGill

Sara Citron, MD, FRCPC, pédiatre, Klondyke Medical

Camille Fournier, MD, FRCPC, pédiatre, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, et professeure adjointe de clinique, département de pédiatrie, Université de Montréal

Jessica Foulds, MD, FRCPC, pédiatre, Université d'Ottawa

Laurie Horricks, M. Sc. inf., infirmière praticienne en pédiatrie, service de liaison pour les consultations en psychiatrie, McMaster Children's Hospital

Sarah Gander, MD, FRCPC, pédiatre, pédiatrie sociale du Nouveau-Brunswick

Christina Grant, MD, FRCPC, médecin de l'adolescence, Université McMaster

Karen Leslie, MD, M. Éd., FRCPC, médecin de l'adolescence, Université de Toronto

Charlotte Moore Hepburn, MD, MHP, FRCPC, pédiatre, Université de Toronto

Hasina Samji, Ph. D., épidémiologiste, Université Simon Fraser

Tatiana Sotindjo, MD, FRCPC, médecin de l'adolescence, BC Children's Hospital, professeure adjointe de clinique, département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique

Laurence Truchon, MD, FRCPC, médecin de l'adolescence, Université de Sherbrooke

Trisha Tulloch, MD, MS, FRCPC, FAAP, professeure adjointe, département de pédiatrie, Université de Toronto, médecin de l'adolescence, The Hospital for Sick Children, service de toxicomanie, Centre de toxicomanie et de santé mentale



## Collaborateurs

Bridget Maloney-Hall, MHP, épidémiologiste principale, Division des méfaits liés aux substances, Agence de la santé publique du Canada

## Historique

Les surdoses de drogue représentent une urgence sanitaire au Canada (1). Les effets syndémiques de la COVID-19 ont exacerbé les résultats indésirables des surdoses et accru les taux de mortalité (2). Même si le trouble de l'usage des opiacés est surtout perçu comme un trouble médical touchant les adultes, un nombre croissant de jeunes du Canada souffrent de surdoses aiguës au potentiel mortel. C'est désormais la principale cause de décès chez les jeunes de dix à 18 ans dans l'Ouest canadien, en raison de la forte prévalence de fentanyl et d'autres opioïdes puissants sur le marché des drogues (3,4). Selon les données de l'Agence de la santé publique du Canada, environ 2 % des décès par surdose et 5 % des hospitalisations à cause de surdoses au Canada surviennent chez des jeunes de 19 ans et moins (5).

Un sondage ponctuel du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) réalisé en 2022 par la présente équipe de chercheurs a démontré les effets des surdoses aiguës et au potentiel mortel sur les enfants et les adolescents canadiens. Les résultats ont révélé que 115 professionnels de la santé avaient soigné au moins un adolescent victime d'une surdose au potentiel mortel sur une période de deux ans et décrit 263 événements : 65 surdoses d'opioïdes exigeant un antidote, 74 complications découlant d'une surdose de stimulants, 76 complications découlant d'une surdose de sédatifs et 48 jeunes ayant un trouble de l'usage des opiacés qui ont reçu une pharmacothérapie. Ces résultats font ressortir non seulement les conséquences des surdoses et des épisodes de soins liés aux opioïdes, mais également la prévalence des conséquences aiguës et au potentiel mortel du mésusage des sédatifs et des stimulants.

Malgré l'urgence de cet enjeu clinique, les données probantes sont limitées au sujet des facteurs de risque, des pratiques exemplaires et des résultats cliniques de cette population marginalisée. Les données probantes sont majoritairement qualitatives et d'origine communautaire (perspectives de l'utilisateur) ou tirées de données administratives (6-9). Ces sources de données sont importantes, mais on constate également un manque flagrant sur le plan des données cliniques fondées sur des cas. Le peu d'information disponible démontre que les jeunes sont susceptibles de recevoir des soins de second ordre après une surdose (10,11).

La présente étude s'inspire du sondage ponctuel réalisé par le PCSP en 2022 sur les effets graves ou au potentiel fatal de l'utilisation d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs. Elle permettra de recueillir des données importantes sur les cas afin d'éclairer les futures recherches et les futures pratiques qui aideront les jeunes qui utilisent des opioïdes, des stimulants ou des sédatifs. Elle permettra aussi d'accumuler des données importantes et à fort impact pour améliorer les soins de cette population digne d'équité, de même que les résultats cliniques des jeunes du Canada.



## Méthodologie

Par la méthodologie établie du PCSP, environ 2 700 pédiatres et pédiatres surspécialisés du Canada recevront un formulaire de déclaration électronique mensuel. Ils seront invités à indiquer volontairement s'ils ont observé un cas de méfait aigu au potentiel mortel lié à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs dans les 30 jours précédents. Les cliniciens qui déclareront avoir observé un cas seront invités à remplir un questionnaire détaillé en ligne. Les répondants se verront également demander s'ils acceptent qu'on prenne contact avec eux pour leur poser des questions afin de préciser leurs réponses (au besoin).

Afin de saisir un maximum de cas, la présente étude fera appel aux deux tactiques suivantes :

**1) Des déclarants rattachés à l'étude** seront nommés dans le réseau des co-investigateurs de l'étude. Il s'agira de cliniciens qui ne participent pas au PCSP, mais qui travaillent dans des milieux où il y a une forte probabilité de cas, tels que des urgentistes d'hôpitaux pour adultes de centres urbains, des infirmières praticiennes et des médecins de famille de milieux ruraux. Jusqu'à 15 déclarants rattachés à l'étude s'ajouteront à la liste de distribution du PCSP dans le cadre de la présente étude; ils respecteront les directives du PCSP en matière de déclaration de cas. Ils signaleront seulement les cas qu'ils auront soignés en pratique clinique. Ils ne solliciteront ni ne déclareront les cas soignés par d'autres professionnels de la santé avec qui ils travaillent.

**2) Des porte-parole des établissements** seront formés de cliniciens de centres pédiatriques qui travaillent dans des milieux où il y a une forte probabilité de cas, y compris l'urgence, l'unité de soins intensifs et les unités de patients hospitalisés. Ils soutiendront l'étude en la faisant connaître à leurs collègues en pédiatrie et en les encourageant à déclarer des cas. Ils ne signaleront pas de cas au nom de leurs collègues.

## Définition de cas

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18<sup>e</sup> anniversaire) qui a besoin de l'une ou l'autre ou des deux interventions suivantes :

- Soins à l'urgence, hospitalisation ou admission en soins intensifs
- Réanimation (p. ex., naloxone) hors de l'hôpital\*

En raison de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Utilisation d'un opioïde, d'un stimulant ou d'un sédatif illicite ou non prescrit
- Utilisation non médicale d'un opiacé (p. ex., codéine, hydromorphone, oxycodone), d'un stimulant (p. ex., psychostimulants), ou d'un sédatif (p. ex., benzodiazépines, barbituriques) sur ordonnance (p. ex., utilisation d'un médicament sur ordonnance d'une autre façon que celle prescrite, utilisation d'un médicament sur ordonnance prescrit à quelqu'un d'autre)



### Critères d'exclusion

- Une affection causée par l'exposition accidentelle aux substances d'une autre personne (p. ex., un enfant qui ingère par erreur les substances d'un adulte)
- Une affection causée par l'utilisation d'une substance illicite pendant la grossesse ou l'allaitement (information déjà saisie ailleurs)
- Une affection découlant de l'utilisation indiquée de médicaments prescrits au patient à des fins médicales
- Une affection découlant du mésusage accidentel de médicaments prescrits au patient à des fins médicales
- Une affection découlant uniquement de l'utilisation d'alcool, de cannabis, de produits de vapotage, de cigarettes ou de produits du tabac, seuls ou combinés

*\* Les enfants et les adolescents victimes d'un incident de toxicité critique qui ont reçu seulement une réanimation d'urgence hors de l'hôpital (p. ex., administration de naloxone dans la communauté) sont admissibles à la présente étude s'ils se rendent à une première visite en clinique après une réanimation dans la communauté.*

### Objectifs

- 1) Décrire le taux d'événements chez les patients de moins de 18 ans qui consultent à cause de méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs au Canada.
- 2) Décrire les tableaux cliniques, les substances utilisées, les maladies connexes, le contexte social et les résultats cliniques des patients de moins de 18 ans qui ont demandé des soins à cause de méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs au Canada.
- 3) Décrire les soins médicaux (niveau de soins, pharmacothérapie, etc.) et les autres interventions (p. ex., counseling, orientation vers l'équipe spécialisée en utilisation de substances) qu'ont reçus les patients de moins de 18 ans qui ont consulté à cause de méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs au Canada.

### Durée

Octobre 2024 à septembre 2027

### Nombre prévu de cas

Même si les statistiques récentes laissent croire que le nombre de jeunes qui consultent à cause d'une surdose d'opioïdes augmente au Canada, l'incidence actuelle de méfaits aigus au potentiel mortel liés à l'utilisation illicite ou non médicale d'opioïdes, de stimulants ou de sédatifs chez les Canadiens de moins de 18 ans demeure largement inconnue, car seule une fraction des jeunes éprouvant ces problèmes demande des soins médicaux.



D'après les données tirées du récent sondage ponctuel du PCSP, on estime que, pour chacune des substances suivantes, le nombre maximal approximatif de cas suivant sera déclaré chaque année au PCSP :

- Opioïdes : de 50 à 75
- Stimulants : de 60 à 80
- Sédatifs : de 60 à 80

### **Limites de l'étude**

Comme tout système de surveillance à déclaration volontaire, le PCSP convient que son système de surveillance comporte certaines limites, y compris la sous-représentation de l'affection dans la population. Il se peut qu'on passe à côté de certains groupes d'enfants et d'adolescents, y compris ceux qui habitent en région rurale ou éloignée, car ils sont moins susceptibles de recevoir des soins pédiatriques spécialisés, et ceux qui consultent à un hôpital pour adultes sans consulter en pédiatrie. De plus, certains éléments des données, y compris des aspects de l'histoire médicale et sociale souhaités dans le cadre de l'étude ne seront peut-être pas obtenus pendant les soins cliniques des patients et, par conséquent, seront absents des données de surveillance.

Notamment dans le cadre de la présente étude, l'équipe de chercheurs sait que l'accès aux soins pédiatriques peut être limité en région rurale ou éloignée ou au sein de certaines populations (p. ex., les populations autochtones) et que des cas admissibles consulteront peut-être des professionnels de la santé non pédiatriques. Il s'agit d'une limite importante de cette étude, qui pourrait donner lieu à une sous-estimation des méfaits au potentiel mortel liés à l'utilisation d'opioïdes, de sédatifs ou de stimulants chez les moins de 18 ans. Pour contribuer à corriger cette situation, l'équipe de chercheurs nommera des « déclarants rattachés à l'étude » (voir la section intitulée « Méthodologie ») dans les régions rurales et éloignées et dans les milieux qui s'occupent principalement d'adultes. Ces déclarants signaleront les cas lorsque les professionnels de la santé pédiatrique qui participent au PCSP ne soignent peut-être pas directement les jeunes. On espère que cette stratégie contribuera à atténuer la possibilité de passer à côté de données en raison de l'accès limité aux professionnels de la santé pédiatriques.

Enfin, on sait que dans certaines localités, les adolescents plus âgés (de 16 à 17 ans) peuvent obtenir des soins dans des hôpitaux pour adultes ou y être orientés. Comme on l'a souligné plus haut, des déclarants rattachés à l'étude seront nommés dans des hôpitaux pour adultes clés où il est fort probable que des adolescents aillent consulter. Il faudra tenir compte de cette limite durant la phase d'analyse du projet. Par ailleurs, l'équipe de chercheurs s'associera à l'Agence de la santé publique du Canada pour trianguler les données du PCSP avec d'autres sources de données (p. ex., données sur la mortalité par surdose).



### **Approbation déontologique**

- Comité d'éthique de la recherche de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada
- Comité d'éthique de la recherche de l'Institut de recherche du BC Children's Hospital

### **Analyse et publication**

Les investigateurs principaux analyseront les données avec l'appui des infrastructures de leurs instituts de recherche respectifs qui utiliseront les logiciels Stata, R ou les deux. L'analyse sera majoritairement descriptive (moyennes et écarts types ou médianes et plages interquartiles dans le cas des variables continues, pourcentages dans celui des variables nominales). La logistique multivariée et la régression de Poisson peuvent être utilisées pour obtenir les résultats secondaires, soit la description des variables démographiques liées de manière indépendante au risque de consultations à cause de surdoses ou d'états graves.

### **Application des connaissances**

Les résultats et les conclusions seront diffusés lors de réunions universitaires, dans des publications scientifiques et par des réseaux professionnels pour orienter les soins cliniques, la recherche et la prestation des soins. Les investigateurs principaux collaboreront avec la direction de la Société canadienne de pédiatrie pour créer du matériel (p. ex., points de pratique, documents de principes, présentations lors de congrès ou conférences) en fonction des résultats pertinents en pédiatrie. Les résultats seront également transmis à des membres de la communauté et à des organisations communautaires.

Par ailleurs, les résultats de l'étude seront transmis à des partenaires de la santé publique pour orienter la création de politiques et d'interventions préventives. Les activités d'application du savoir cibleront les décideurs du gouvernement et de la société civile, afin d'apporter des améliorations substantielles au financement et à la prestation des services dans cette population.

### **Références**

1. Pearce LA, Min JE, Piske M, Zhou H, Homayra F, Slaunwhite A, Irvine M, McGowan G, Nosyk B. Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: population based retrospective cohort study. *BMJ* Le 31 mars 2020;368:m772. doi : 10.1136/bmj.m772.
2. Holland KM, Jones C, Vivolo-Kantor AM et coll. Trends in US Emergency Department Visits for Mental Health, Overdose, and Violence Outcomes Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry* 2021;78(4):372–9. doi :10.1001/jamapsychiatry.2020.4402.
3. BC Centre for Disease Control. Top ten causes of death by age group in BC for March 2020 to February 2022. Communication personnelle avec Reka Gustafson, le 21 juin 2022.



4. British Columbia Coroners Service Death Review Panel: A Review of Illicit Drug Toxicity Deaths. Report to the Chief Coroner of British Columbia; Mars 2022. [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/review\\_of\\_illicit\\_drug\\_toxicity\\_deaths\\_2022.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/review_of_illicit_drug_toxicity_deaths_2022.pdf)
5. Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. Ottawa (ON). Agence de la santé publique du Canada; Mars 2022. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
6. Canêdo J, Sedgemore KO, Ebbert K, Anderson H, Dykeman R, Kincaid K, Dias C, Silva D, conseil consultatif sur la santé des jeunes, Charlesworth R, Knight R, Fast D. Harm reduction calls to action from young people who use drugs on the streets of Vancouver and Lisbon. *Harm Reduct J* Le 4 mai 2022;19(1):43. doi : 10.1186/s12954-022-00607-7.
7. Goodyear T, Mniszak C, Jenkins E, Fast D, Knight R. “Am I gonna get in trouble for acknowledging my will to be safe?”: Identifying the experiences of young sexual minority men and substance use in the context of an opioid overdose crisis. *Harm Reduct J* Le 30 mars 2020;17(1):23. doi : 10.1186/s12954-020-00365-4.
8. Friedman J, Godvin M, Shover CL et coll. Trends in drug overdose deaths among US adolescents, January 2010 to June 2021. *JAMA* 2022;327(14):1398–400. doi :10.1001/jama.2022.2847.
9. Gilley M, Sivilotti MLA, Juurlink DN, Macdonald E, Yao Z, Finkelstein Y. Trends of intentional drug overdose among youth: a population-based cohort study. *Clin Toxicol (Phila)* Juillet 2020;58(7):711–5. doi : 10.1080/15563650.2019.1687900. Publication en ligne le 24 novembre 2019.
10. Krausz M, Westenberg JN, Tsang V et coll. Towards an International Consensus on the Prevention, Treatment, and Management of High-Risk Substance Use and Overdose among Youth. *Medicina* 2022;58(4):539. doi : 10.3390/medicina58040539.
11. Alinsky RH et coll. Receipt of addiction treatment after opioid overdose among Medicaid-enrolled adolescents and young adults. *JAMA Pediatrics* 2020;174(3):e195183. doi : 10.1001/jamapediatrics.2019.5183.



PROTODCOLE