



Une production du

**BiESP**

BUREAU D'INFORMATION  
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ  
DES POPULATIONS

## Les troubles liés aux substances psychoactives – Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016



# **Les troubles liés aux substances psychoactives – Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016**

Bureau d'information et d'études en santé des populations

Février 2019

## **AUTEURS**

Christophe Huynh,  
Institut universitaire sur les dépendances du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal et  
Unité surveillance des troubles mentaux et des maladies neurologiques  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Institut national de santé publique du Québec

Louis Rochette,  
Éric Pelletier,  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Institut national de santé publique du Québec

Didier Jutras-Aswad,  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Alexandre Larocque,  
Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Mc Gill University Health Center  
Centre antipoison du Québec, Montréal

Marie-Josée Fleury,  
Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal  
Douglas Institut universitaire en santé mentale, Montréal

Steve Kisely,  
Departments of Community Health and Epidemiology, Dalhousie University, Halifax  
School of Medicine, University of Queensland

Alain Lesage  
Institut universitaire en santé mentale de Montréal et  
Unité surveillance des troubles mentaux et des maladies neurologiques  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Institut national de santé publique du Québec

## **MISE EN PAGE**

Sylvie Muller  
Bureau d'information et d'études en santé des populations  
Institut national de santé publique du Québec

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs remercient Serge Brochu, David Luckow, Marilou Pelletier et Marie-Claire Thomassin pour leurs contributions aux travaux ayant menés à cette publication.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 1<sup>er</sup> trimestre 2019  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-83486-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

## Table des matières

<b>Liste des figures.....</b>	<b>VII</b>
<b>Faits saillants.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Méthodologie.....</b>	<b>7</b>
2.1 Sources de données.....	7
2.2 Identification des cas et mesures de prévalence et d'incidence .....	7
2.3 Périodes couvertes .....	10
<b>3 Résultats .....</b>	<b>11</b>
3.1 L'ensemble des troubles liés aux substances psychoactives (TLS) .....	11
3.2 Les troubles de l'utilisation d'alcool .....	14
3.3 Les troubles de l'utilisation d'une drogue .....	16
3.4 Les troubles induits par l'alcool.....	18
3.5 Les troubles induits par une drogue.....	21
3.6 Les intoxications à l'alcool.....	23
3.7 Les intoxications à une drogue.....	25
<b>4 Discussion.....</b>	<b>27</b>
4.1 Comment se comparent les prévalences obtenues à partir des indicateurs proposés par rapport à celles rapportées dans la littérature scientifique? .....	27
4.1.1 Les troubles de l'utilisation de substances psychoactives .....	27
4.1.2 Les troubles induits par les substances psychoactives .....	28
4.1.3 Les intoxications .....	29
4.1.4 Prévalences plus élevées chez les hommes que les femmes : généralités .....	30
4.2 Est-ce que les indicateurs identifient seulement une minorité d'individus ayant réellement un TLS? .....	30
4.3 Est-ce que les indicateurs proposés catégorisent bien les différents concepts liés aux TLS? .....	31
4.4 Quels sont les gains si les TLS sont considérés comme des maladies chroniques?.....	34
<b>5 Conclusions .....</b>	<b>35</b>
<b>6 Bibliographie.....</b>	<b>37</b>
<b>Annexe 1        Les codes CIM-9/CIM-10 qui composent les six grands indicateurs.....</b>	<b>43</b>



## Liste des figures

Figure 1	Le spectre des troubles liés aux substances psychoactives .....	3
Figure 2	Chevauchement des TLS chez les individus diagnostiqués de 12 ans et plus, prévalence (pour 1 000) cumulée sur 15 ans, Québec, 2015-2016 .....	11
Figure 3	Prévalence ajustée annuelle et cumulée sur 15 ans des TLS diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, selon le sexe, Québec, 2001-2002 à 2015-2016 .....	13
Figure 4	Prévalence ajustée annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016 .....	14
Figure 5	Prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool diagnostiqués chez les individus 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe....	15
Figure 6	Prévalence ajustée annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016 .....	16
Figure 7	Prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe .....	17
Figure 8	Prévalence ajustée annuelle des troubles induits par l'alcool diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016 .....	18
Figure 9	Prévalence annuelle du sevrage d'alcool chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe.....	19
Figure 10	Prévalence annuelle des maladies physiques induites par d'alcool chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe .....	20
Figure 11	Prévalence ajustée annuelle des troubles induits par une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016 .....	21
Figure 12	Prévalence annuelle des troubles psychotiques induits par une drogue chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe.....	22
Figure 13	Prévalence ajustée annuelle et cumulée sur 15 ans des intoxications à l'alcool diagnostiquées chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016 .....	23
Figure 14	Prévalence annuelle des intoxications à l'alcool chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe.....	24
Figure 15	Prévalence ajustée annuelle et cumulée sur 15 ans des intoxications à une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016 .....	25
Figure 16	Prévalence annuelle des intoxications à une drogue chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe.....	26



## Faits saillants

Ce rapport présente la prévalence annuelle et cumulée des troubles liés aux substances psychoactives (TLS). Il démontre la capacité du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) à étudier les TLS à partir des fichiers médico-administratifs. Les prévalences ont été obtenues à partir des données administratives du 1<sup>er</sup> avril 2001 au 31 mars 2016 pour toute personne admissible à la couverture de la Régie de l'assurance maladie du Québec et âgée de 12 ans et plus. Pour être considéré comme ayant un TLS, l'individu devra avoir eu au moins une visite médicale ou une hospitalisation avec un diagnostic principal ou secondaire de TLS.

- Sur une période de 15 ans, 40 individus pour 1 000 ont reçu un diagnostic pour un trouble lié à l'alcool et 39 sur 1 000 pour un trouble lié à une drogue. Environ 13 pour 1 000 ont reçu à la fois un diagnostic lié à l'alcool et un diagnostic lié à une drogue. Ainsi, 66 individus pour 1 000 ont reçu au moins un diagnostic de TLS.
- La prévalence annuelle des TLS est restée stable durant la période étudiée (9 sur 1 000 individus en 2015-2016), avec un taux annuel de 12 sur 1 000 chez les hommes et de 7 sur 1 000 chez les femmes.
- La prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool est restée stable de 2001-2002 à 2015-2016 chez les femmes de 18 ans et plus, alors qu'elle a diminué chez les hommes de 25 ans et plus pour la même période.
- La prévalence annuelle de la dépendance à l'alcool a légèrement diminué de 4 à 3 pour 1 000 au cours des 15 dernières années, alors que celle de l'abus d'alcool est demeurée stable (autour de 1 pour 1 000).
- La prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue a oscillé entre 3 et 4 pour 1 000 de 2001-2002 à 2015-2016. Ce sont surtout les individus de 18-49 ans qui présentent les prévalences les plus élevées parmi toutes les tranches d'âge. Le taux annuel semble être à la baisse pour les 18-49 ans depuis les dernières années; en revanche, une augmentation de la prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue est observée chez les adolescents.
- La prévalence du sevrage d'alcool a augmenté jusqu'en 2010-2011 et elle était la plus élevée parmi les 65 ans et plus : de 2 sur 1 000 femmes en 2001-2002 à 3 sur 1 000 en 2010-2011 et de 2 sur 1 000 hommes (2001-2002) à 4 sur 1 000 (2010-2011). La prévalence est stable depuis.
- La prévalence annuelle des maladies physiques induites par l'alcool est demeurée stable et elle était la plus élevée chez les hommes (2 pour 1 000 hommes de 50-64 ans et 3 pour 1 000 hommes de 65 ans et plus).
- Les troubles psychotiques induits par une drogue ont connu une légère augmentation dans la prévalence annuelle (de 0,4 à 0,7 sur 1 000 individus sur 15 ans), surtout chez les hommes et chez les personnes de 18-24 ans et de 25-49 ans; en revanche, le taux annuel est demeuré stable chez les adolescents pour ce sous-indicateur (autour de 0,3 pour 1 000 adolescents).
- La prévalence annuelle des intoxications à l'alcool est passée de 0,3 à 0,6 pour 1 000 sur une période de 15 ans. L'augmentation est surtout notable parmi les 18-24 ans, où elle est passée de 0,3 à 1,0 pour 1 000 chez les hommes et de 0,2 à 0,8 pour 1 000 chez les femmes de 2001-2002 à 2015-2016.
- Parmi toutes les intoxications à l'alcool de 2001-2002 à 2015-2016, environ la moitié auront ou ont déjà eu un autre trouble lié à l'alcool.

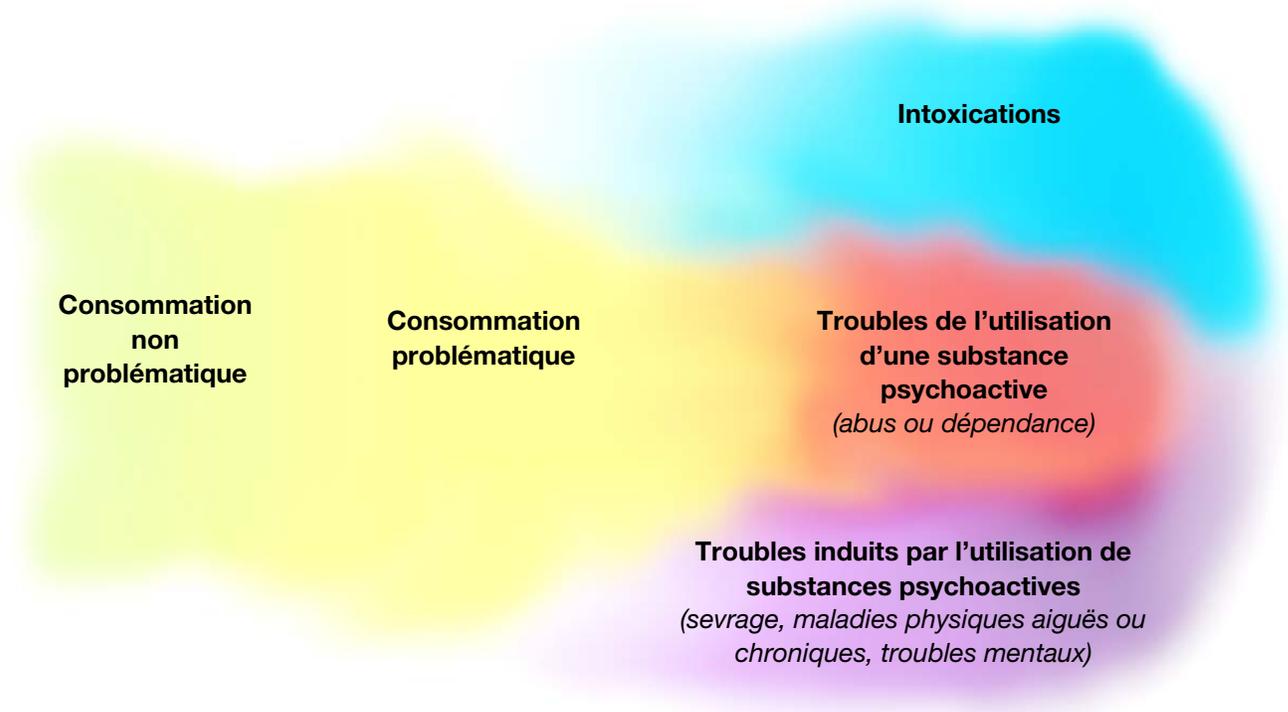
- La prévalence des intoxications à une drogue a oscillé entre 0,5 et 0,7 au cours de la même période.

L'information issue de ce rapport permet de dresser un portrait inédit des TLS au Québec sur la base des nouveaux indicateurs de surveillance développés dans le cadre du SISMACQ. Elle pourra éventuellement mener à des analyses plus approfondies, notamment la charge que représentent les TLS sur le système de la santé, les comorbidités physiques et psychiatriques associées, ainsi que l'excès de mortalité découlant d'une consommation chronique et problématique de substances psychoactives.

## 1 Introduction

La consommation de substances psychoactives peut être associée à de multiples problèmes de santé. En 2016, la consommation d'alcool et de drogues était classée au huitième rang des facteurs de risque de décès et d'invalidité à l'échelle mondiale (Gakidou *et al.*, 2017). Or, le fait d'utiliser des substances psychoactives ne génère pas systématiquement des méfaits. La majorité de gens qui consomment ne présente pas de problèmes et n'en développera probablement jamais. Néanmoins, certains individus peuvent développer un trouble lié aux substances psychoactives (TLS). Ainsi, des intoxications peuvent survenir lors d'une seule ou de plusieurs occasions dans leur vie. La consommation peut aussi faire l'objet d'excès répétés, pouvant mener à de l'abus ou de la dépendance (ces deux concepts constituent le trouble de l'utilisation de substances). D'autres problèmes, en plus de ceux associés au mode d'utilisation, peuvent également survenir : sevrage, maladies physiques secondaires, troubles mentaux induits, etc. Ainsi, l'utilisation de substances psychoactives représente un vaste phénomène hétérogène se déclinant sur un large spectre, allant de la consommation récréative non problématique à des manifestations cliniques sévères (figure 1). Il faut aussi souligner que la consommation de substances et ses conséquences sont des phénomènes dynamiques et qui évoluent dans le temps; une même personne pourra, tout au long de sa vie, s'inscrire dans différentes parties de ce spectre.

**Figure 1 Le spectre des troubles liés aux substances psychoactives**



Les données des enquêtes épidémiologiques les plus récentes appuient l'affirmation que des TLS ne se développent pas chez tous les consommateurs. Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015, 94 % des Québécois de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà bu de l'alcool, 42 % avoir consommé du cannabis et 16 % une autre substance psychoactive<sup>1</sup> au cours de leur vie. En ce qui concerne les 12 derniers mois, 82 % auraient bu de l'alcool, 10 % auraient consommé du cannabis et 2 % une autre substance psychoactive (Gouvernement du Canada, 2015b). En revanche, en s'appuyant sur les données de 2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – volet santé mentale (ESCC), 13 % des Québécois âgés de 15 et plus auraient présenté un trouble de l'utilisation d'alcool (abus ou dépendance), 6 % un trouble de l'utilisation de cannabis et 4 % un trouble de l'utilisation d'une autre drogue (excluant alcool et cannabis) au cours de leur vie. Pour la prévalence au cours des 12 derniers mois, 3 % auraient présenté un trouble de l'utilisation d'alcool, 1,4 % un trouble de l'utilisation de cannabis et 0,5 % un trouble de l'utilisation d'une autre drogue (Baraldi, Joubert, & Bordeleau, 2015). La prévalence des TLS autres que l'abus ou la dépendance ne font malheureusement pas l'objet de ces enquêtes au Québec.

Même si toute consommation ne mène pas à des méfaits, les TLS représentent néanmoins un lourd fardeau sanitaire en ce qui a trait à la prévention et aux soins des individus et des populations (Rehm *et al.*, 2009). En plus des impacts négatifs sur la personne qui consomme, l'utilisation problématique de substances psychoactives est aussi associée à une dégradation du fonctionnement social, à des problèmes familiaux, professionnels et juridiques, ainsi qu'à un fardeau économique important pour la société. Au Canada, les coûts liés aux méfaits de l'alcool et des drogues<sup>2</sup> étaient estimés respectivement à 14,6 milliards de dollars et à 11,8 milliards de dollars en 2014; concernant les coûts directs en soins de santé<sup>3</sup>, ceci représentait 4,2 milliards de dollars pour l'alcool et 989,8 millions de dollars pour les drogues (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018). Ces estimations englobent l'ensemble des soins et des services sociosanitaires offerts pour toute condition attribuable aux substances psychoactives. Ainsi, les soins ne constituent même pas la moitié des dépenses dans la gestion des TLS.

Selon l'ESCC de 2012, 58 % des Québécois ayant présenté un épisode dépressif majeur, un trouble bipolaire ou un trouble d'anxiété généralisée au cours des 12 derniers mois ont consulté des professionnels du domaine de la santé ou des services sociaux<sup>4</sup> ou ont été hospitalisés au cours de la même année. Cette proportion diminue à seulement 21 % pour les personnes remplissant les critères d'un abus ou d'une dépendance à une substance psychoactive (12 derniers mois) (Baraldi *et al.*, 2015). La même enquête souligne que 38 % des Québécois présentant les critères d'un abus ou d'une dépendance avaient recours à des ressources informelles<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Cocaïne, crack, amphetamine, méthamphetamine, méthamphetamine cristallisée, ecstasy, hallucinogènes (excluant salvia), héroïne.

<sup>2</sup> Dans le rapport du Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, les drogues incluent le cannabis, les opioïdes, les autres déprimeurs du système nerveux central (comme les benzodiazépines et les barbituriques), la cocaïne, les autres stimulants du système nerveux central (comme les amphétamines, la méthamphetamine et l'ecstasy), ainsi que les autres drogues psychoactives (comme les hallucinogènes et les produits inhalés).

<sup>3</sup> Ces chiffres excluent les coûts liés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence pour le Québec.

<sup>4</sup> Dans l'ESCC de 2012, les professionnels consultés pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation de substances (selon la problématique de la personne) incluent les omnipraticiens, les psychiatres, les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les conseillers, les psychothérapeutes.

<sup>5</sup> Membre de la famille, ami, Internet, groupe d'entraide, ligne téléphonique, collègue de travail, superviseur, patron, enseignant, directeur d'école ou programme d'aide aux employés.

Présentement, les connaissances au Québec portant sur la prévalence des TLS et l'utilisation des soins et des services qui en découlent dépendent principalement de deux sources : les enquêtes populationnelles et les recherches cliniques. Ainsi, bien que riches en information, ces études ne peuvent pas fournir, en temps opportun, de données propres à la surveillance des changements de leur prévalence ou celles de leurs complications. L'exploitation de la banque de données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques<sup>6</sup> du Québec (SISMACQ) permet d'identifier les individus ayant reçu un diagnostic de TLS par un médecin au Québec. En couvrant la quasi-totalité de la population québécoise sur une période de 15 ans et en mettant à jour les données sur une base annuelle, le SISMACQ complète les informations obtenues par les autres sources (enquêtes populationnelles et recherches cliniques). En somme, l'exploitation d'une banque de données administratives telle que le SISMACQ permet d'évaluer la représentation des TLS dans le système de santé québécois (Kisely *et al.*, 2009) et de surveiller l'amélioration souhaitée dans la prise en charge et le traitement des TLS vers de meilleurs résultats de santé.

Ainsi, l'objectif principal du présent rapport est de calculer la prévalence des différents TLS diagnostiqués à partir du SISMACQ et de les comparer avec les autres sources de données québécoises. Ce texte portera aussi sur les forces et les limites des banques de données administratives dans l'identification des cas de TLS basés sur le diagnostic posé par un médecin.

---

<sup>6</sup> Pour certaines associations et organismes nationaux et internationaux, les TLS constituent une condition chronique (American Society of Addiction Medicine, 2011) et les services devraient s'organiser de la même manière qu'une maladie chronique. De plus, par sa forte concomitance avec d'autres troubles et maladies chroniques, les TLS mériteraient une attention particulière dans le cadre de la surveillance des maladies chroniques.



## 2 Méthodologie

### 2.1 Sources de données

---

Les estimations de la prévalence ont été produites à partir de données issues du jumelage de fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), qui composent le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (Blais *et al.*, 2014). Ces fichiers sont le fichier d'inscription des personnes assurées à l'assurance maladie (FIPA), le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO et le fichier des décès du Registre des événements démographiques. Le FIPA renseigne sur les données démographiques (âge, sexe) ainsi que sur les périodes d'éligibilité à l'assurance maladie. Le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte compile tous les diagnostics principaux posés par un médecin à la RAMQ, alors que le fichier des hospitalisations recense les diagnostics principaux et secondaires associés à une admission hospitalière. Les codes de la 9<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) sont utilisés pour la codification des diagnostics dans le fichier des services médicaux pour toute la période d'observation ainsi que dans le fichier MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006, alors que ceux de la 10<sup>e</sup> révision (CIM-10) sont utilisés dans le fichier MED-ÉCHO depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006.

### 2.2 Identification des cas et mesures de prévalence et d'incidence

---

Pour être considéré comme ayant un TLS, un individu devait avoir reçu au cours de l'année financière (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars) un diagnostic principal ou secondaire de TLS au fichier des services médicaux ou au fichier des hospitalisations. Pour la prévalence cumulée, le diagnostic peut avoir été posé à n'importe quel moment depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001 jusqu'à l'année à l'étude. Les codes diagnostiques associés aux TLS sont les suivants :

- a) **Trouble de l'utilisation d'alcool.** Cet indicateur définit l'abus ou la dépendance à l'alcool, où le trouble réside dans le mode de consommation même de la substance. Ceci inclut les codes 303, 305.0 en CIM-9 et F10.1, F10.2 en CIM-10;
- b) **Trouble de l'utilisation d'une drogue.** Cet indicateur définit l'abus ou la dépendance à une drogue, où le trouble réside dans le mode de consommation même de la substance. Ceci inclut les codes 304.0-304.9, 305.2-305.7, 305.9 en CIM-9 et F11.1, F12.1, F13.1, F14.1, F15.1, F16.1, F18.1, F19.1, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2, F19.2 en CIM-10;
- c) **Trouble induit par l'alcool.** Cet indicateur inclut les troubles et les maladies qui découlent directement et principalement de la consommation problématique d'alcool. Il permet de capter les individus qui ont un trouble induit 100% attribuable à l'alcool<sup>7</sup>, comme le sevrage, le delirium tremens, la cirrhose alcoolique du foie, etc. Il est composé des codes suivants : 291, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-571.3 en CIM-9 et F10.3-F10.9, K70.0-K70.4, K70.9, G62.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86.0, E24.4, G31.2, G72.1, O35.4 en CIM-10;

---

<sup>7</sup> Il est entendu que de nombreuses autres maladies physiques, comme certains types de cancers, peuvent être la conséquence d'une consommation problématique d'alcool. Cependant, cet indicateur vise uniquement à identifier des personnes qui ont un trouble lié à une substance et non à représenter l'ensemble des conséquences de la consommation. Ainsi, le libellé du code de la CIM doit explicitement faire mention du rôle de la substance dans l'étiologie du trouble induit. Par exemple, on retiendra le code de la CIM-10 « K70.3 Cirrhose alcoolique du foie », alors qu'on va exclure le code « K74.6 Cirrhose sans autre indication » qui peut caractériser des cas qui ne sont aucunement induits par l'alcool.

- d) **Trouble induit par une drogue** : Cet indicateur inclut les qui découlent directement et principalement de la consommation problématique d'une drogue. Ceci comprend notamment le sevrage et les psychoses toxiques. Il est composé des codes suivants : 292 en CIM-9 et F11.3-F11.9, F12.3-F12.9, F13.3-F13.9, F14.3-F14.9, F15.3-F15.9, F16.3-F16.9, F18.3-F18.9, F19.3-F19.9 en CIM-10;
- e) **Intoxication à l'alcool**. Cet indicateur définit les états de perturbations physiques et cognitives, comme le coma éthylique, qui sont directement consécutifs à un épisode de consommation d'alcool. Il englobe des codes suivants : 980.0, 980.1, 980.8, 980.9 en CIM-9 et F10.0, T51.0, T51.1, T51.8, T51.9 en CIM-10;
- f) **Intoxication à une drogue**. Cet indicateur définit les états de perturbations physiques et cognitives, comme les « bad trips » et les surdoses, qui sont directement consécutifs à un épisode de consommation d'une drogue. Il englobe des codes suivants : 965.0, 965.8, 967.0, 967.6, 967.8, 967.9, 969.4-969.9, 970.8, 982.0, 982.8 en CIM-9 et F11.0, F12.0, F13.0, F14.0, F15.0, F16.0, F18.0, F19.0, T40, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.5, T43.7-T43.9, T50.9, T52.8, T52.9 en CIM-10.

La méthodologie détaillée qui a permis l'élaboration des indicateurs fait l'objet d'une autre publication (Huỳnh, Rochette, Pelletier, & Lesage, *accepted*). Brièvement, les indicateurs ont été élaborés en trois grandes étapes : 1) identification de tous les codes de la CIM pouvant définir un TLS; 2) sélection des codes pertinents; 3) regroupement des codes pour bâtir les algorithmes qui sous-tendent les indicateurs. À chaque étape, une proposition initiale basée sur une recension des publications scientifiques antérieures et de la littérature grise était proposée à une équipe de travail composée de chercheurs, de psychiatres, de médecins de famille et d'un urgentologue, possédant une expertise dans les TLS. Les échanges entre les membres de l'équipe avaient lieu jusqu'à ce qu'un consensus soit obtenu. Une fois la proposition acceptée unanimement, la prochaine étape était amorcée. Il faut noter que tous les codes retenus correspondent soit à des diagnostics faisant référence à un TLS, soit à des maladies physiques, chroniques ou aiguës entièrement attribuables à l'utilisation régulière d'une substance psychoactive.

L'alcool a été différencié des autres substances par son omniprésence dans la société, son statut légal et réglementé, ainsi que son poids médico-économique. À l'inverse, le groupe d'experts a choisi de regrouper toutes les autres substances psychoactives ensemble, soit le cannabis, les opioïdes, la cocaïne et les autres psychostimulants, les sédatifs et hypnotiques, les hallucinogènes et les solvants volatils. La première raison est la cotation fréquente à la RAMQ des codes associés à l'utilisation de drogues multiples ou de drogues non spécifiées. Ceci s'explique par le fait qu'il est difficile pour les médecins d'établir ce que les patients peuvent avoir consommé précisément; ces derniers peuvent ignorer ce qu'ils ont réellement consommé (p. ex. pureté du produit). De plus, les études montrent que la polyconsommation représente plus souvent la règle que l'exception. La seconde raison vient du fait que le codage en CIM-9, encore utilisé dans les actes médicaux rémunérés à l'acte, ne permet pas toujours de spécifier quelle substance était associée au trouble diagnostiqué.

Compte tenu d'une éventuelle sous-détection des TLS par les professionnels de la santé (Marshall & Deane, 2004, Rehm *et al.*, 2015), le groupe a jugé pertinent d'élargir la définition au-delà des diagnostics cliniques décrits dans les nosographies classiques comme l'abus, la dépendance, le sevrage et le trouble psychotique induit. L'inclusion de codes d'intoxication permettait de capturer en partie une consommation problématique chronique, puisque l'intoxication était suffisamment sévère pour qu'elle mène un individu à utiliser des services de santé. Un diagnostic d'intoxication peut aussi être privilégié par rapport à un autre TLS, surtout dans les cas, particulièrement aux urgences, où le

problème médical immédiat à traiter est l'intoxication et non la dépendance dans sa globalité. En revanche, une intoxication peut aussi être un événement unique qui ne se répétera pas ou qui ne mènera pas à des conséquences à long terme. Ce choix mène possiblement à une baisse de spécificité, au profit d'une meilleure sensibilité.

Si les TLS sont considérés comme des conditions chroniques, l'utilisation de la prévalence cumulée, qui correspond à la présence d'un diagnostic à n'importe quel moment sur une période de 15 ans de 2001 à 2016, est préconisée pour évaluer l'ampleur des TLS diagnostiqués dans la population. C'est le choix qui est fait avec les autres maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, la maladie d'Alzheimer et récemment pour le trouble du spectre de l'autisme et les troubles de la personnalité. L'individu doit répondre aux critères d'inclusion d'une année précédente ou de l'année en cours, pour être considéré comme un cas prévalent de trouble diagnostiqué. Le mode de définition pour les troubles mentaux ou les TLS diffère légèrement des autres maladies chroniques du SISMACQ, car une seule occurrence suffit pour déclarer un cas, alors que deux occurrences en deux ans étaient requises pour les autres maladies chroniques comme le diabète par exemple. Ce choix a été guidé par le fait que les personnes ayant un TLS consultent moins ou peuvent être difficiles à maintenir en traitement, et que si la définition reposait sur une assiduité minimale aux services, nous manquerions d'identifier des cas et de suivre leur évolution. La prévalence cumulée sur 15 ans comprend ainsi les cas récents et ceux de longue date.

La prévalence annuelle a aussi été estimée et elle ne comprend que les individus ayant répondu à la définition de cas au cours de l'année. Elle permet de mieux représenter le fardeau sur les services de santé, mais minimise la démonstration du caractère chronique et plus étendu dans la population. La prévalence annuelle est aussi plus appropriée pour refléter les conséquences des TLS sur les services de santé, comme les troubles induits par les TLS. C'est une évolution par rapport aux premiers feuillets sur les troubles mentaux de l'INSPQ (Caihol *et al.*, 2015, Lesage, Émond, & Rochette, 2012) et par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans ses deux premiers rapports sur la surveillance des troubles mentaux et les troubles anxio-dépressifs (Agence de la santé publique du Canada, 2015). Cependant, dans ses travaux sur les troubles du spectre de l'autisme, sur la schizophrénie et la mortalité associée aux troubles mentaux, l'ASPC utilise tant la prévalence annuelle que la prévalence cumulée, et va préférer cette dernière pour aussi estimer la prévalence populationnelle de ces maladies chroniques.

L'annexe 1 détaille tous les codes CIM-9, ainsi que leur correspondance approximative avec ceux de la CIM-10, qui composent les six indicateurs des TLS. Onze sous-indicateurs sont également proposés, permettant aux intéressés de mener une analyse plus fine du phénomène. Il est important de signaler qu'il y a eu des modifications lors du passage de la CIM-9 à la CIM-10, entraînant une concordance imparfaite entre les deux classifications. Certains codes de la CIM-9 sont maintenant divisés en plusieurs différents codes de la CIM-10, qui, à leur tour, ne correspondent que partiellement à ceux de la CIM-9. La transition de la CIM-9 à la CIM-10 a été effectuée le 1<sup>er</sup> avril 2006 dans les fichiers d'hospitalisation, tout changement brusque de la prévalence au cours de cette année peut refléter le changement de système plutôt qu'une réelle hausse ou baisse de la condition dans la population.

## 2.3 Périodes couvertes

---

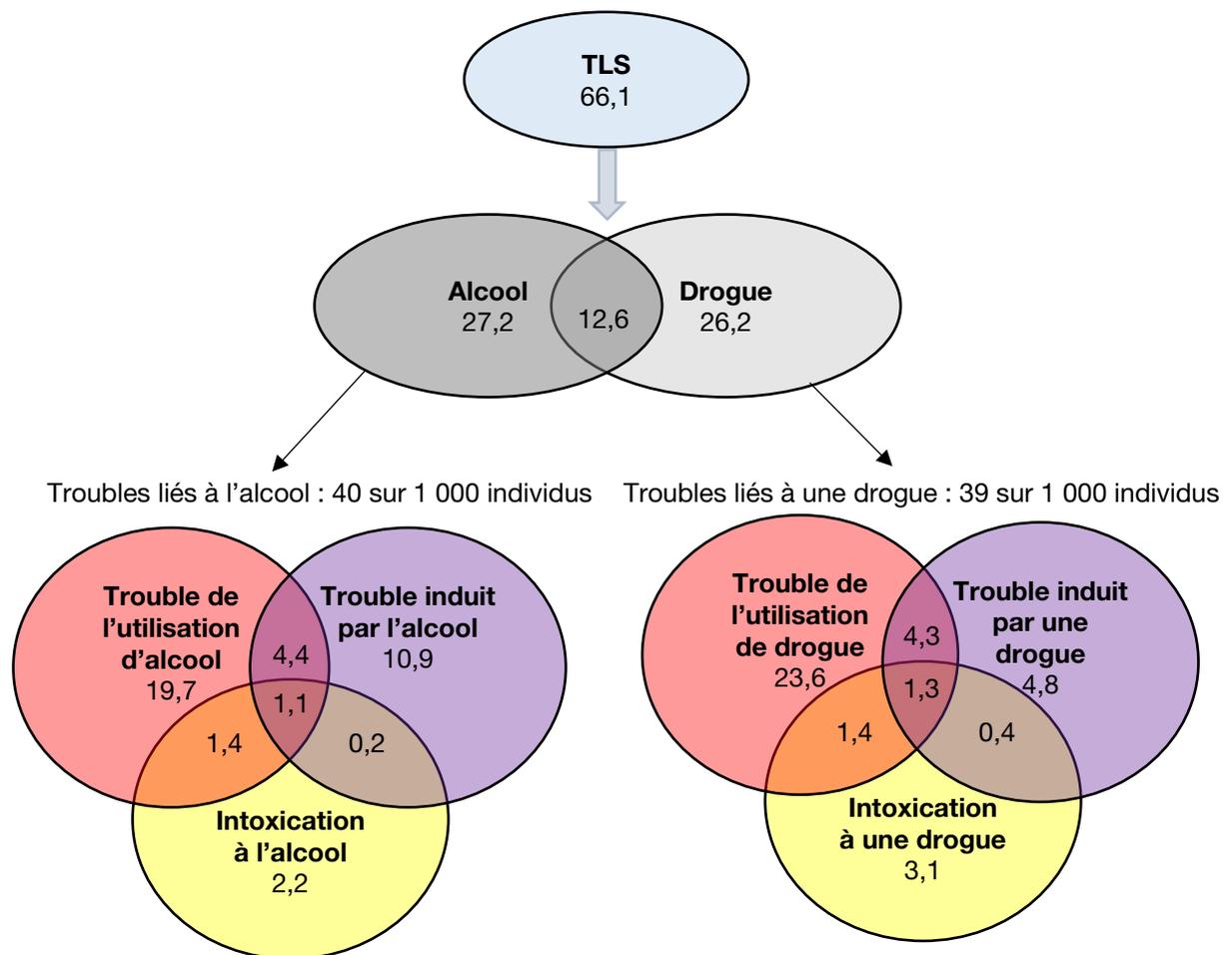
Les estimations ont été obtenues à partir de données compilées sur une période de 15 ans. La période d'analyse débute le 1<sup>er</sup> avril 2001 et se termine le 31 mars 2016. Les comparaisons dans le temps sont effectuées au moyen de mesures ajustées pour l'âge. Ces mesures sont obtenues par la méthode de standardisation directe à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2006. Les services rendus hors Québec ne sont pas couverts par les données du SISMACQ.

### 3 Résultats

#### 3.1 L'ensemble des troubles liés aux substances psychoactives (TLS)

La **figure 2** illustre la cooccurrence de plusieurs TLS diagnostiqués pour un même individu sur une période cumulée de 15 ans. Par exemple, environ 1 individu sur 1 000 en 2015-2016 a reçu à la fois un diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'alcool et un de trouble induit par l'alcool au cours des 15 dernières années. De plus, 13 individus sur 1 000 ont eu un diagnostic lié à l'alcool et un autre lié à une drogue entre 2001-2002 et 2015-2016.

**Figure 2** Chevauchement des TLS chez les individus diagnostiqués de 12 ans et plus, prévalence (pour 1 000) cumulée sur 15 ans, Québec, 2015-2016

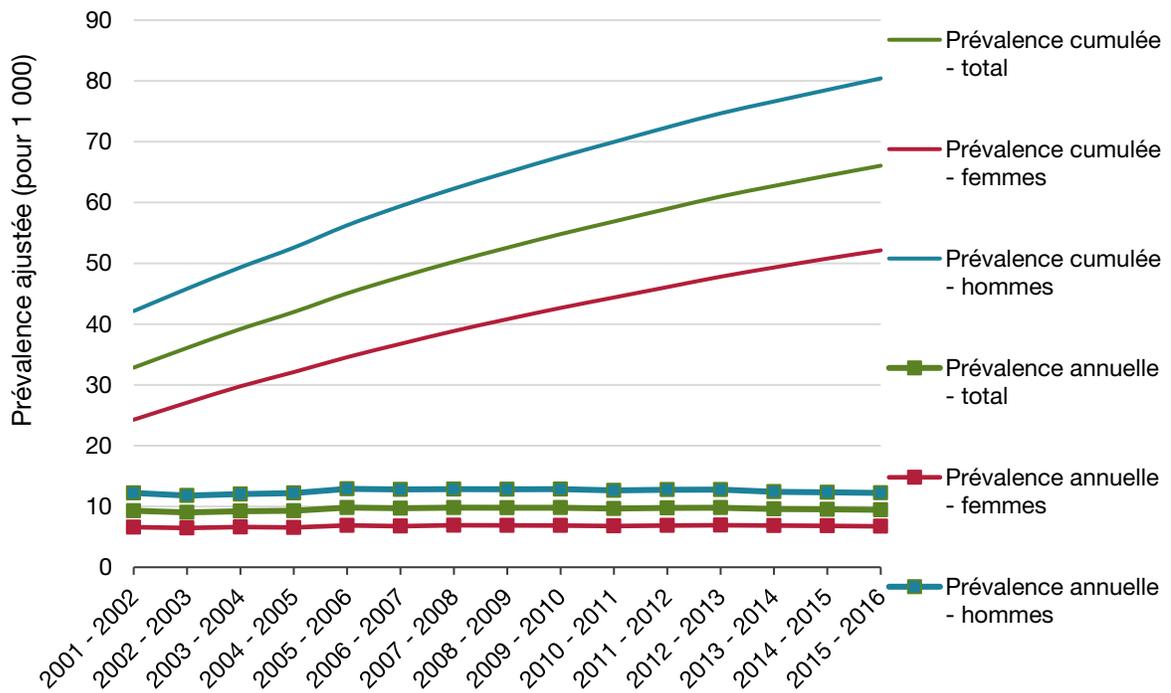


Le **tableau 1** présente le nombre d'individus de 12 ans et plus ayant un TLS diagnostiqué, ainsi que la prévalence ajustée et cumulée sur 15 ans, pour l'année 2015-2016. À titre de rappel, un même individu peut recevoir plus d'un diagnostic dans la même année ou au cours des 15 dernières années. Nous observons que 14 % des personnes ayant un TLS au cours des 15 dernières années ont été vues pour un TLS dans la dernière année à l'étude.

**Tableau 1** Nombre et prévalence ajustée, annuelle et cumulée sur 15 ans, des TLS diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2015-2016

	Prévalence annuelle			Prévalence cumulée		
	Nombre	Prévalence pour 1 000	IC à 99 %	Nombre	Prévalence pour 1 000	IC à 99 %
<b>TROUBLES LIÉS AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES</b>	68 520	9,4	9,3-9,5	480 515	66,1	65,8-66,3
<b>1. Trouble de l'utilisation d'alcool</b>	22 400	3,0	2,9-3,0	198 465	26,5	26,3-26,6
1a. Abus d'alcool	7 760	1,1	1,1-1,1	81 085	11,5	11,4-11,6
1b. Dépendance à l'alcool	16 400	2,1	2,1-2,1	147 775	19,0	18,9-19,1
<b>2. Trouble de l'utilisation de drogue</b>	23 845	3,6	3,5-3,7	209 420	30,6	30,4-30,7
2a. Abus de drogue	5 070	0,8	0,7-0,8	76 010	11,1	11,0-11,2
2b. Dépendance à une drogue	19 965	3,0	3,0-3,0	164 530	24,1	24,0-24,3
<b>3. Trouble induit par l'alcool</b>	21 370	2,7	2,6-2,7	128 875	16,5	16,4-16,6
3a. Sevrage à l'alcool avec ou sans delirium	7 180	0,8	0,8-0,9	42 915	5,1	5,0-5,1
3b. Trouble psychotique induit par l'alcool	6 805	1,0	0,9-1,0	63 285	8,8	8,7-8,9
3c. Autre trouble mental ou du comportement induit par l'alcool	1 725	0,2	0,2-0,2	9 160	1,2	1,2-1,2
3d. Maladies physiques induites par l'alcool	7 390	0,9	0,9-1,0	34 145	4,1	4,0-4,1
<b>4. Trouble induit par une drogue</b>	8 405	1,3	1,2-1,3	73 880	10,7	10,6-10,8
4a. Sevrage à une drogue	1 805	0,3	0,2-0,3	19 900	2,8	2,7-2,8
4b. Trouble psychotique induit par une drogue	4 645	0,7	0,7-0,7	44 075	6,5	6,4-6,6
4c. Autre trouble mental ou du comportement induit par une drogue	2 490	0,4	0,4-0,4	19 080	2,9	2,8-2,9
<b>5. Intoxication à l'alcool</b>	3 885	0,6	0,5-0,6	34 100	4,8	4,8-4,9
<b>6. Intoxication à une drogue</b>	3 475	0,5	0,5-0,5	44 710	6,2	6,1-6,3

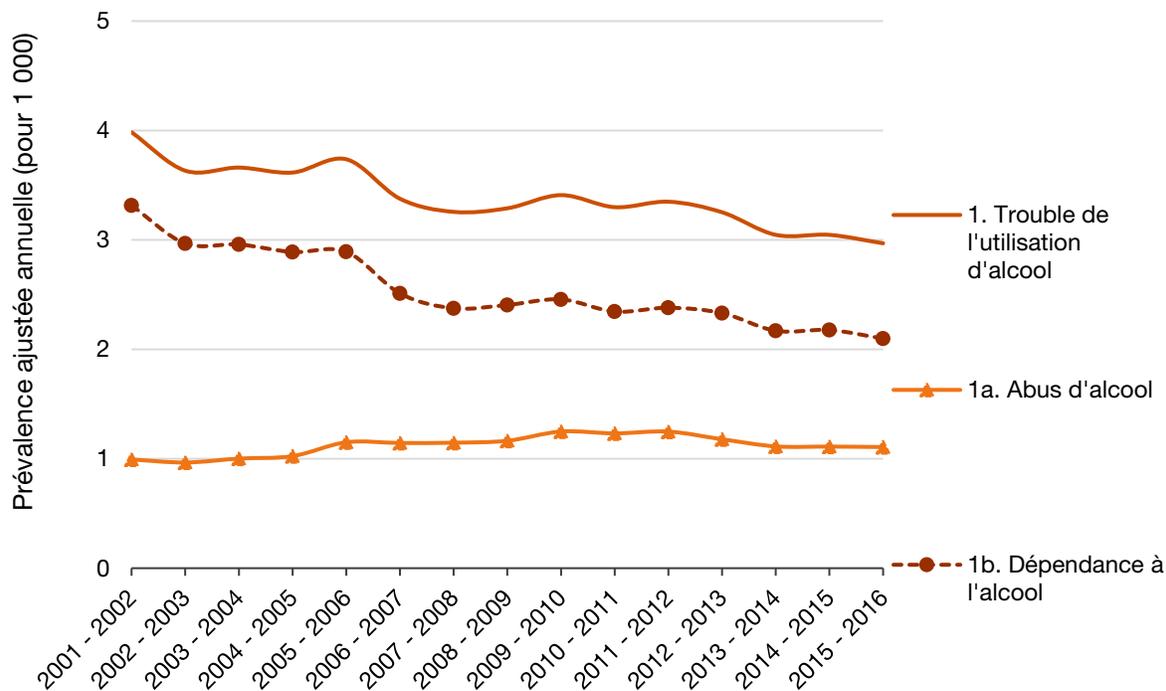
**Figure 3** Prévalence ajustée annuelle et cumulée sur 15 ans des TLS diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, selon le sexe, Québec, 2001-2002 à 2015-2016



La figure 3 présente l'évolution temporelle de la prévalence ajustée annuelle et cumulée sur 15 ans de l'ensemble des TLS diagnostiqués. Ainsi, la prévalence annuelle des TLS chez les individus âgés de 12 ans et plus est restée stable de 2001-2002 à 2015-2016, autant chez les hommes que chez les femmes. Deux fois plus d'hommes ( $n = 41\ 595$ ) que de femmes ( $n = 22\ 940$ ) ont été diagnostiqués pour un TLS au cours de l'année 2015-2016. En revanche, la prévalence cumulée de l'ensemble des TLS augmente dans le temps de façon constante chaque année, autant chez les femmes que les hommes. En 2015-2016, il est estimé que 48 sur 1 000 femmes et 77 sur 1 000 hommes ont été diagnostiqués pour un TLS au cours de leur vie. Ceci équivaut à un ratio de près deux hommes pour une femme. Le plateau attendu dans une population ne semble pas encore avoir été atteint après 15 ans de suivi.

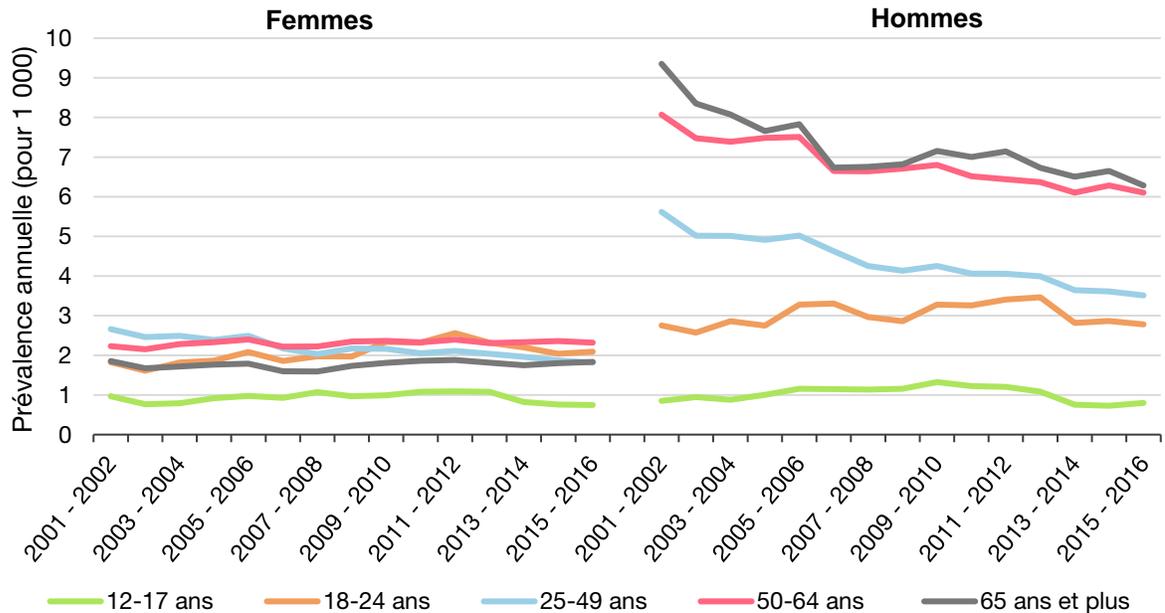
### 3.2 Les troubles de l'utilisation d'alcool

**Figure 4** Prévalence ajustée annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016



La prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool diagnostiqués a légèrement diminué depuis les dernières années (de 3,3 pour 1 000 en 2001-2002 à 2,1 pour 1 000 en 2015-2016). Cette tendance semble être expliquée par une baisse similaire observable pour le sous-indicateur de dépendance à l'alcool (de 4,0 pour 1 000 en 2001-2002 à 3,0 pour 1 000 en 2015-2016). Quant à l'abus d'alcool, le taux de diagnostic reste relativement stable depuis 2001 à aujourd'hui (de 1,0 à 1,2 pour 1 000).

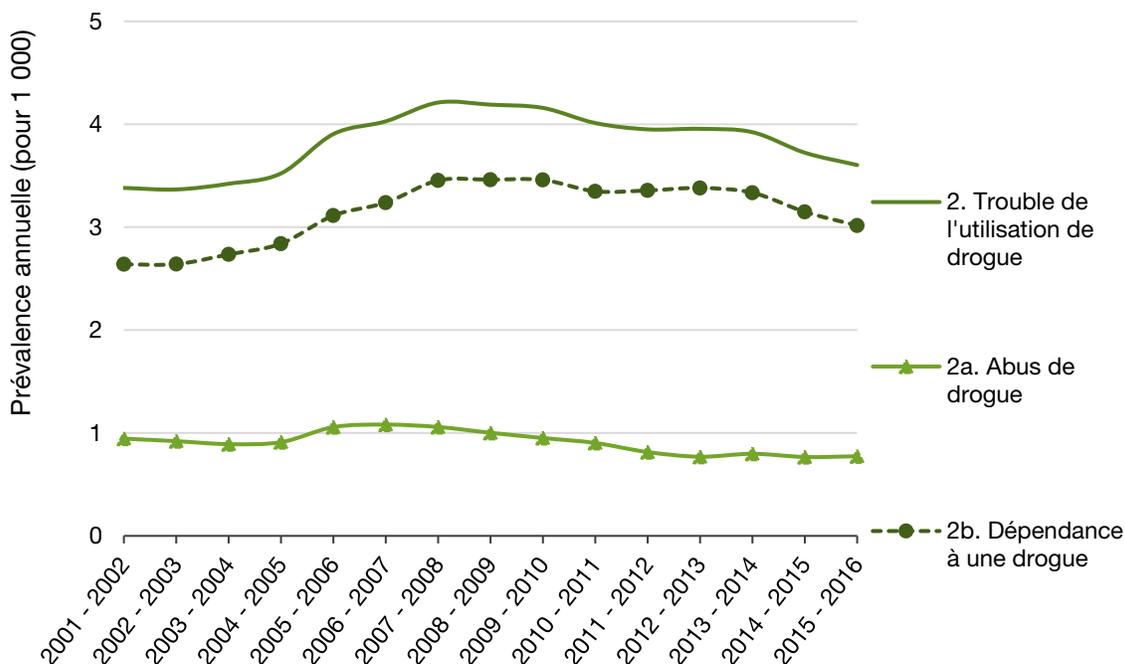
**Figure 5** Prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool diagnostiqués chez les individus 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



La prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'alcool diagnostiqués est demeurée stable (autour de 1 pour 1 000) chez les 12-17 ans de 2001 à aujourd'hui et elle est comparable dans les deux sexes. En revanche, dans les groupes d'âge adulte (18 ans et plus), la prévalence annuelle devient plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cet écart devient plus marqué avec l'âge. De plus, alors que la prévalence chez les femmes demeure relativement stable, celle des hommes de 25 ans et plus a diminué de 2001 à aujourd'hui (de 5,6 à 3,5 hommes de 25 à 49 ans pour 1 000 de 8,1 à 6,1 hommes de 50 à 64 ans pour 1 000 et de 9,3 à 6,3 hommes de 65 ans et plus pour 1 000).

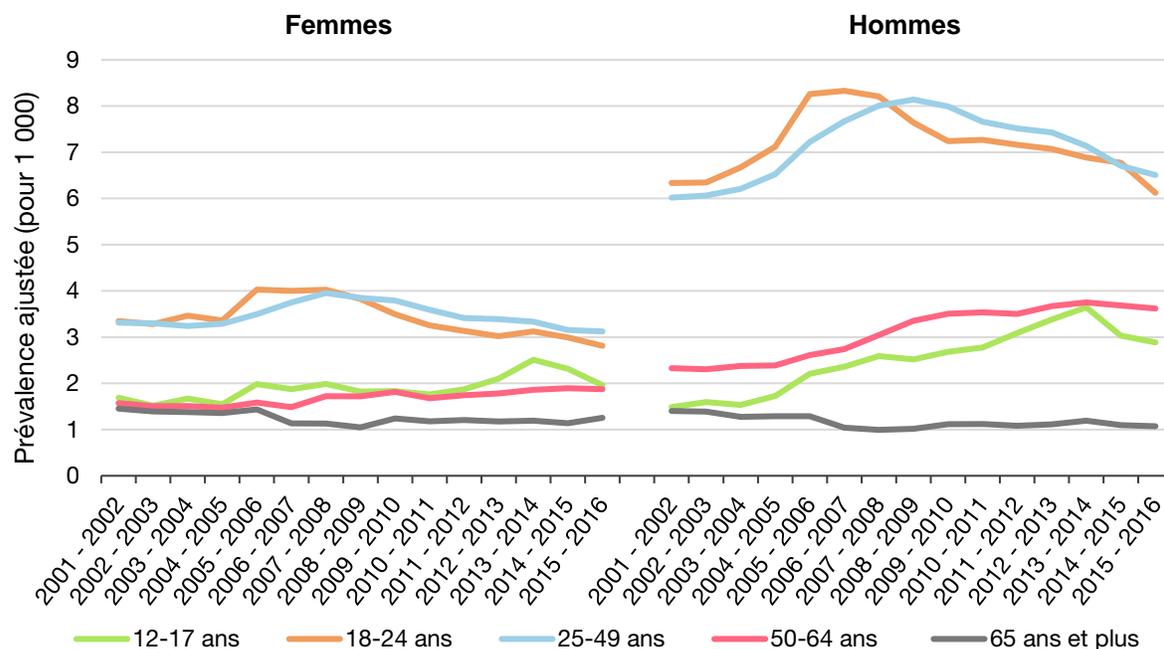
### 3.3 Les troubles de l'utilisation d'une drogue

**Figure 6** Prévalence ajustée annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016



La prévalence annuelle des troubles de l'utilisation de drogues diagnostiqués a augmenté de 2004-2005 (3,4 pour 1 000) à 2007-2008 (4,2 pour 1 000), pour diminuer par la suite jusqu'en 2015-2016 (3,6 pour 1 000). Cette tendance semble similaire à la baisse observable pour la dépendance à une drogue (de 2,6 pour 1 000 en 2001-2002 à 3,5 pour 1 000 en 2007-2008, suivi d'une légère baisse de 2013-2014 à 2015-2016, soit à 3,0 pour 1 000). Quant à l'abus d'alcool, le taux de troubles diagnostiqués reste relativement stable depuis 2001 à aujourd'hui (autour de 1 pour 1 000).

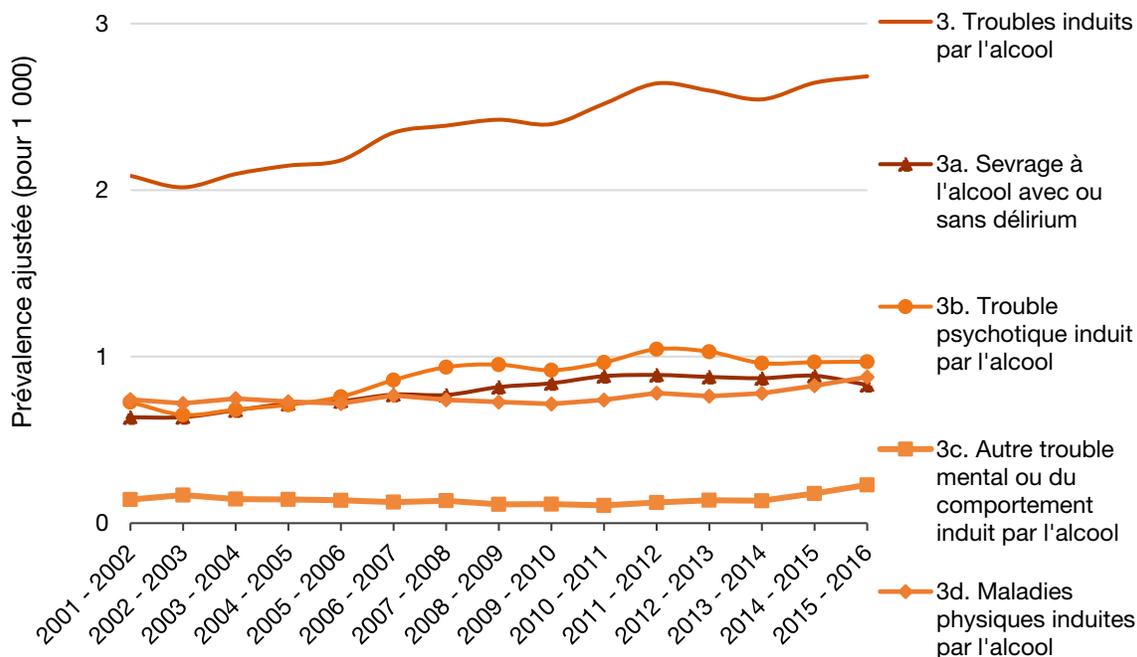
**Figure 7** Prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



Chez les 12 à 17 ans, la prévalence des troubles liés à l'utilisation d'une drogue diagnostiqués a oscillé entre 1,5 et 2,0 pour 1 000 filles de 2001-2002 à 2011-2012. Chez les garçons du même âge, la prévalence a augmenté de façon linéaire au cours de la même période (de 1,5 à 3,1 pour 1 000). Pour les deux sexes, la plus haute prévalence a été observée en 2013-2014 (2,6 pour 1 000 filles et 3,8 pour 1 000 garçons) avant de diminuer à nouveau (2,0 pour 1 000 filles et 2,9 pour 1 000 garçons). Les 18-24 ans et les 25-49 ans, autant chez les hommes que les femmes, présentent les prévalences annuelles les plus élevées comparativement aux autres groupes d'âge. Chez les femmes de 18 à 49 ans, une augmentation est observée de 2001-2002 (3,3 pour 1 000 femmes) à 2007-2008 (4,0 pour 1 000 femmes) suivie d'une diminution qui se poursuit jusqu'en 2015-2016 (2,8 pour 1 000 femmes de 18-24 ans et 3,1 pour 1 000 femmes de 25-49 ans). Chez les hommes de 18 à 24 ans, il y a eu une augmentation de 2001-2002 (6,3 pour 1 000) à 2006-2007 (8,3 pour 1 000), suivie d'une diminution constante jusqu'en 2015-2016 (6,1 pour 1 000). La même tendance s'observe chez les hommes de 25 à 49 ans : augmentation de 6,0 pour 1 000 en 2001-2002 à 8,1 en 2008-2009 et diminution constante jusqu'à 6,5 pour 1 000 en 2015-2016. Pour les 50 à 64 ans, la prévalence annuelle a légèrement augmenté chez les femmes (1,5 pour 1 000 en 2001-2002 à 1,9 pour 1 000 en 2015-2016), alors qu'elle a beaucoup augmenté chez les hommes (2,3 pour 1 000 en 2001-2002 à 3,6 pour 1 000 en 2015-2016). Finalement, la prévalence annuelle des troubles de l'utilisation d'une drogue est la plus faible chez les 65 ans et plus et elle a légèrement diminué de 2001 (1,4 pour 1 000) à aujourd'hui (1,0 pour 1 000). Elle est comparable chez les hommes et chez les femmes.

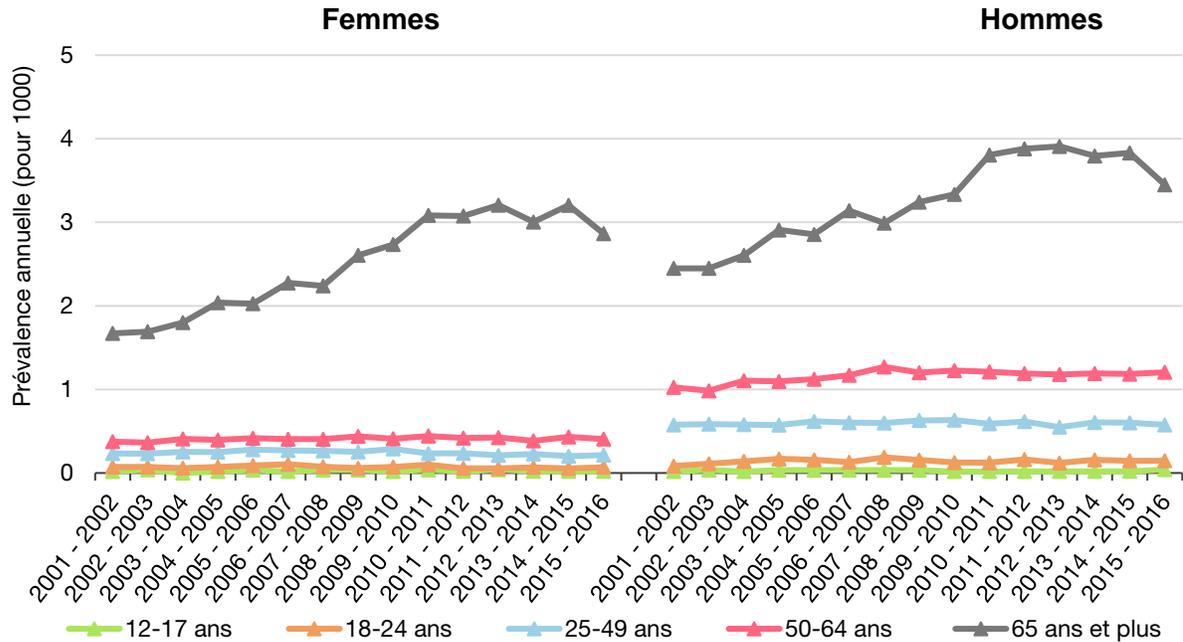
### 3.4 Les troubles induits par l'alcool

**Figure 8** Prévalence ajustée annuelle des troubles induits par l'alcool diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016



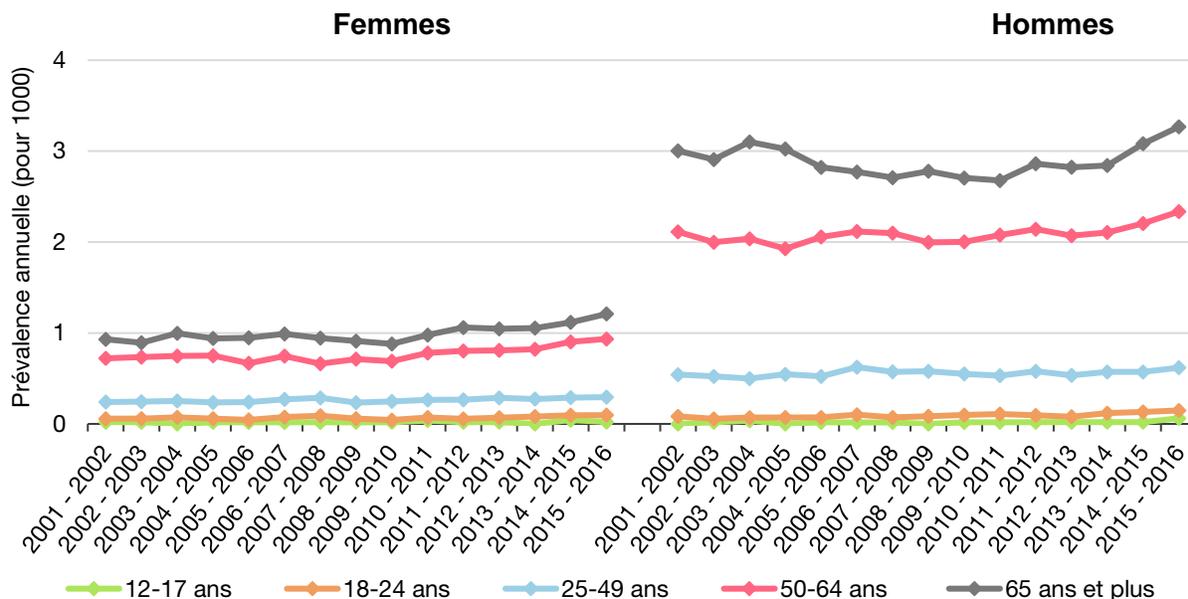
La prévalence annuelle de l'ensemble des troubles induits par l'alcool diagnostiqués a légèrement augmenté de 2001-2002 (2,1 pour 1 000 habitants) à 2015-2016 (2,7 pour 1 000). Le sevrage, les troubles psychotiques induits et les maladies physiques partagent une prévalence similaire de 0,6 à 0,7 pour 1 000 en 2001-2002. En 2015-2016, la prévalence du sevrage était à 0,8 pour 1 000, les troubles psychotiques à 1,0 et les maladies physiques induites à 0,9. Pour les autres troubles mentaux ou du comportement induits par l'alcool, le taux est autour de 0,1 pour 1 000 en 2001-2002 à 0,2 pour 1 000 en 2015-2016.

**Figure 9** Prévalence annuelle du sevrage d'alcool chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



La prévalence annuelle du sevrage d'alcool est plus élevée plus on avance dans les tranches d'âge, avec un écart plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Chez les 65 ans et plus, la prévalence annuelle a augmenté de 1,7 femme sur 1 000 en 2001-2002 à 3,1 femmes sur 1 000 en 2010-2011 et de 2,4 hommes sur 1 000 (2001-2002) à 3,8 hommes sur 1 000 (2010-2011). Pour les deux sexes dans ce groupe d'âge, la prévalence annuelle s'est stabilisée au cours des années subséquentes jusqu'en 2015.

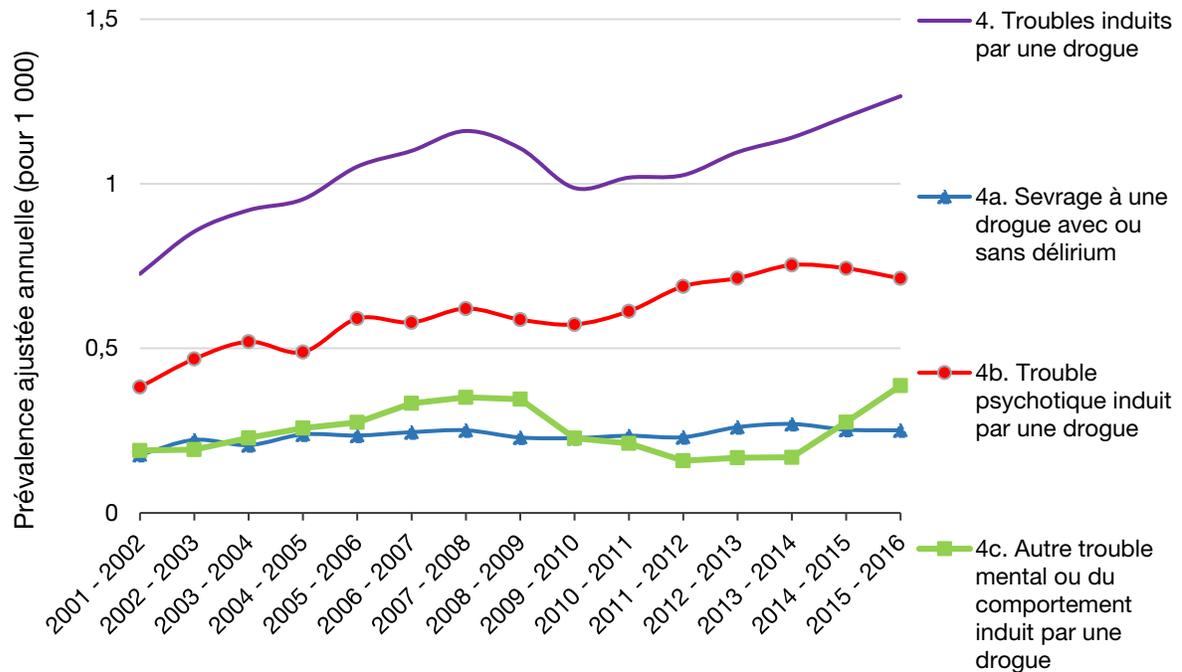
**Figure 10** Prévalence annuelle des maladies physiques induites par d'alcool chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



Les diagnostics de maladies physiques induites par l'alcool sont relativement rares chez les femmes et les hommes de 24 ans et moins. Chez les 25-49 ans, la prévalence annuelle est plus élevée chez les hommes (0,5 à 0,6 pour 1 000) que chez les femmes (0,2 à 0,3 pour 1 000) et elle est demeurée relativement stable au cours des 15 dernières années. Une tendance similaire est observée chez les 50-64 ans (1,9 à 2,3 pour 1 000 hommes ; 0,7 à 0,9 pour 1 000 femmes) et chez les 65 ans et plus (2,7 à 3,3 pour 1 000 hommes ; 0,9 à 1,2 pour 1 000 femmes).

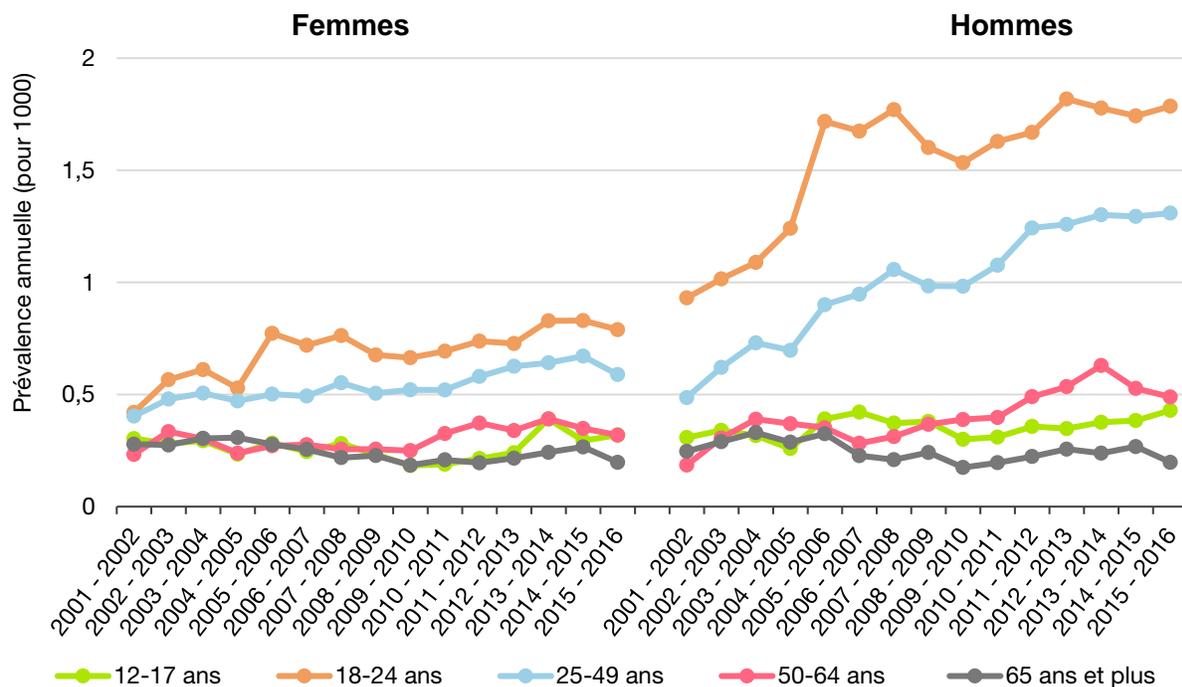
### 3.5 Les troubles induits par une drogue

**Figure 11** Prévalence ajustée annuelle des troubles induits par une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016



La prévalence annuelle de l'ensemble des troubles induits par la drogue diagnostiqués a légèrement augmenté de 2001-2002 (0,7 pour 1 000 individus) à 2015-2016 (1,2 pour 1 000). Le sevrage et les autres troubles mentaux ou du comportement induits par une drogue partagent une prévalence similaire de 0,2 pour 1 000 en 2001-2002; en 2015-2016, elle était à 0,3 pour 1 000. Pour ce qui est du trouble psychotique induit par la drogue, le taux a légèrement augmenté sur une période de 15 ans (de 0,4 à 0,7 pour 1 000).

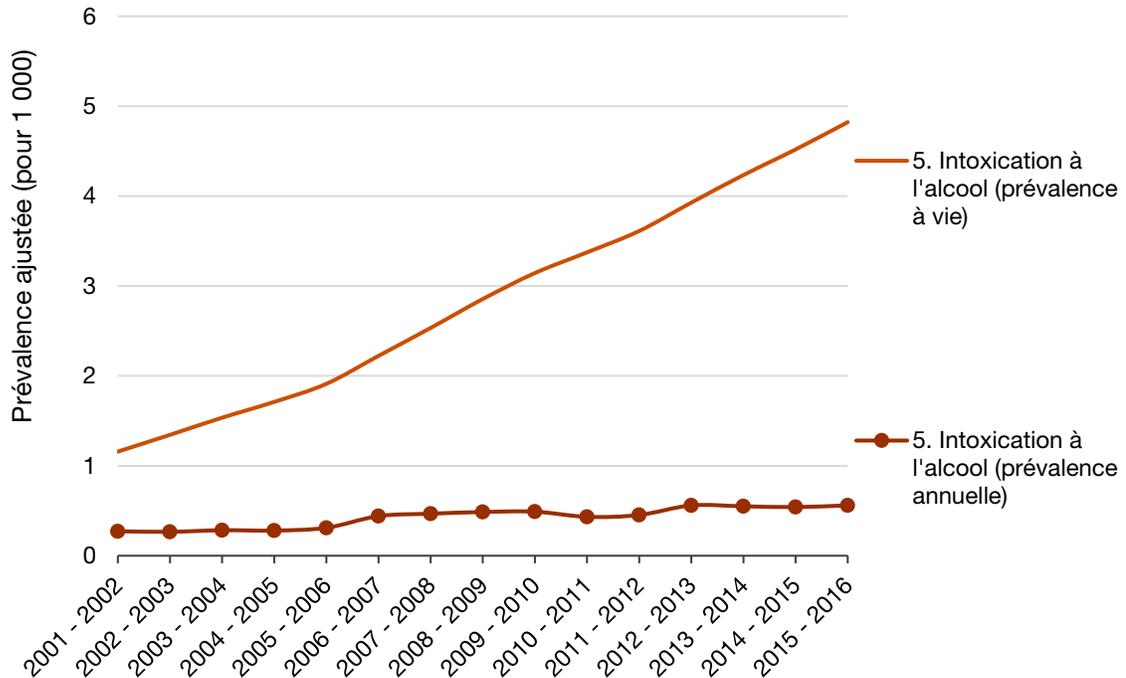
**Figure 12** Prévalence annuelle des troubles psychotiques induits par une drogue chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



La prévalence annuelle des troubles psychotiques induits par une drogue est la plus élevée chez les 18-24 ans (hommes : de 0,9 à 1,8 sur 1 000 de 2001 à 2016; femmes : de 0,4 à 0,8 sur 1 000 de 2001 à 2016), suivis des 25-49 ans (0,5 à 1,3 sur 1 000 hommes de 2001 à 2016; 0,4 à 0,6 sur 1 000 femmes de 2001 à 2016). Dans ces deux groupes d'âge, les hommes présentent un taux plus élevé que les femmes; la prévalence chez les hommes a augmenté plus rapidement que chez les femmes de 2001-2002 à 2015-2016. Un changement de prévalence en 2006, surtout visible chez les 18-24 ans, suggère une influence du passage de la CIM-9 à la CIM-10 dans les fichiers d'hospitalisation.

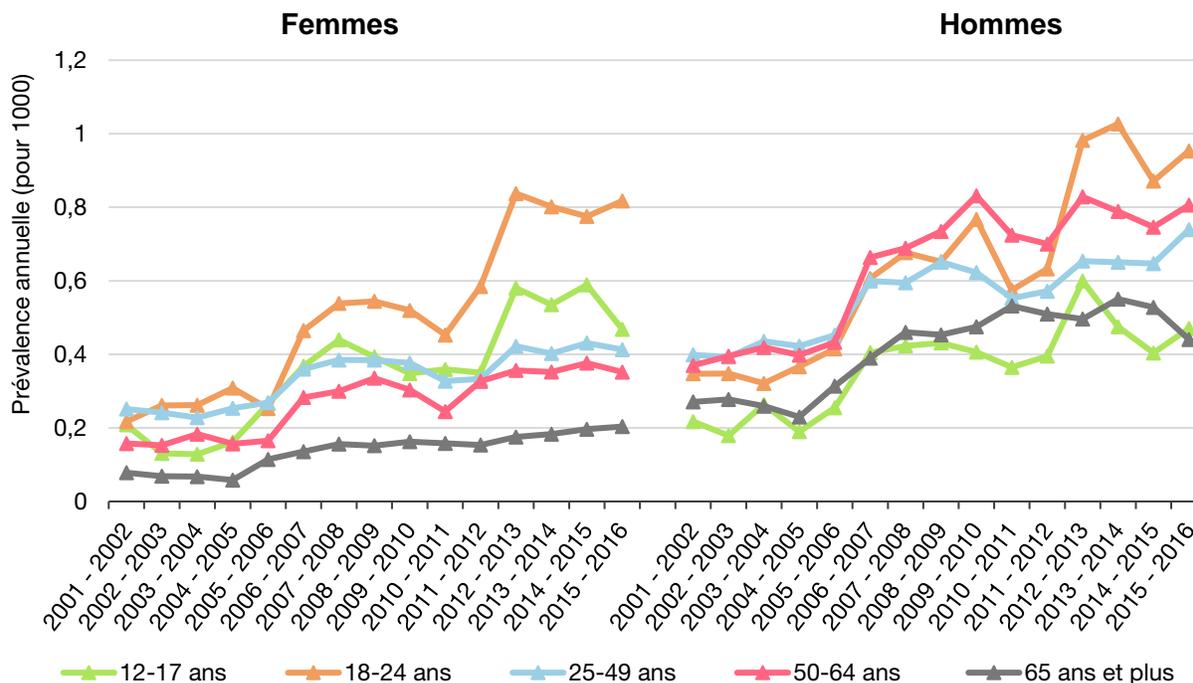
### 3.6 Les intoxications à l'alcool

**Figure 13** Prévalence ajustée annuelle et cumulée sur 15 ans des intoxications à l'alcool diagnostiquées chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016



La prévalence cumulée de diagnostics d'intoxication à l'alcool a augmenté de manière constante de 2001-2002 (1,2 pour 1 000) à 2015-2016 (4,8 pour 1 000). Pour ce qui de la prévalence annuelle, elle est passée de 0,3 pour 1 000 en 2001-2002 à 0,6 en 2015-2016.

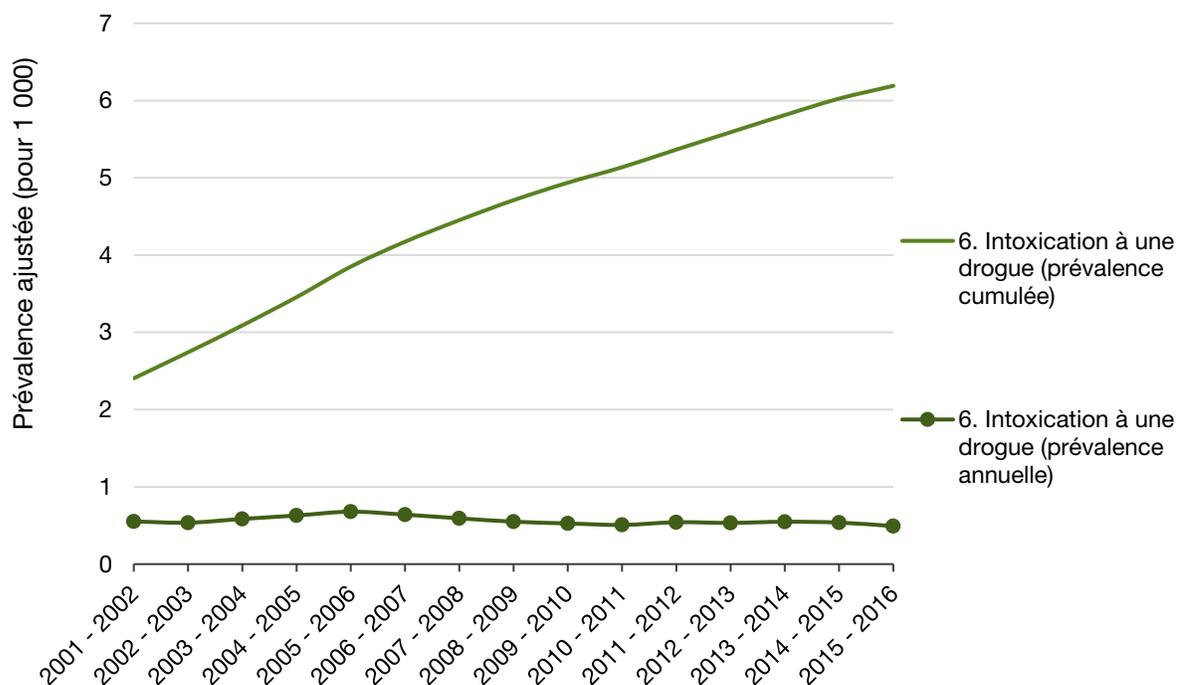
**Figure 14** Prévalence annuelle des intoxications à l'alcool chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



En 2015-2016, les taux les plus élevés d'intoxication à l'alcool étaient observés d'abord chez les femmes de 18-24 ans, ensuite les adolescentes de 12-17 ans et les femmes de 25-49 ans. Chez les hommes, ce sont également les 18-24 ans, mais suivis des 50-64 ans et des 25-49 ans; les adolescents masculins présentent des taux similaires aux hommes de 65 ans et plus. Chez les femmes de 18-24 ans, la prévalence annuelle est passée de 0,2 à 0,8 pour 1 000 de 2001-2002 à 2015-2016. Chez les hommes du même groupe d'âge, le taux a augmenté de 0,3 à 1,0 pour 1 000 de 2001-2002 à 2015-2016.

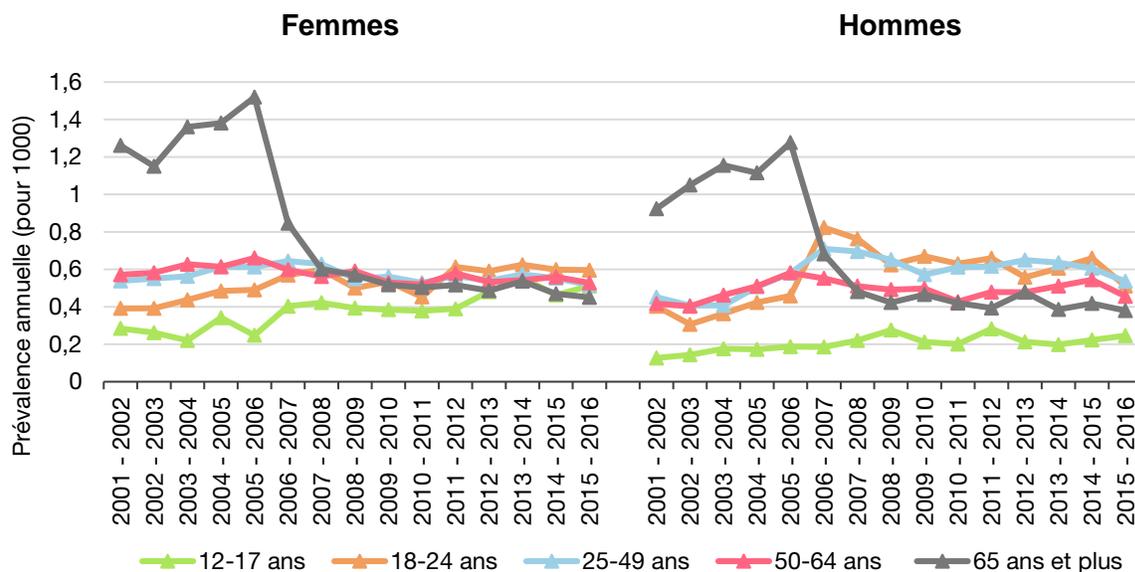
### 3.7 Les intoxications à une drogue

**Figure 15** Prévalence ajustée annuelle et cumulée sur 15 ans des intoxications à une drogue diagnostiqués chez les individus de 12 ans et plus, Québec, 2001-2002 à 2015-2016



La prévalence cumulée de diagnostics d'intoxication à une drogue a augmenté de manière constante de 2001-2002 (2,4 pour 1 000) à 2015-2016 (6,2 pour 1 000). Elle monte moins rapidement que celle observée pour les intoxications à l'alcool, mais elle reste plus élevée que cette dernière. Pour ce qui est de la prévalence annuelle, elle est restée relativement stable de 2001-2002 à 2015-2016, oscillant entre 0,5 à 0,7 pour 1 000.

**Figure 16** Prévalence annuelle des intoxications à une drogue chez les 12 ans et plus, Québec, 2000-2001 à 2015-2016, selon l'âge et le sexe



En 2015-2016, les taux les plus élevés d'intoxication à une drogue étaient observés d'abord chez les femmes de 18-24 ans. Chez les hommes, ce sont plutôt les 25-49 ans, mais suivis de très près par les 18-24 ans. Chez les femmes de 18-24 ans, la prévalence annuelle est passée de 0,4 à 0,6 pour 1 000 de 2001-2002 à 2015-2016. Chez les hommes du même groupe d'âge, le taux a augmenté de 0,4 à 0,8 pour 1 000 de 2001-2002 à 2006-2007 pour revenir à 0,5 pour 1 000 en 2015-2016. Pour les hommes de 25-49 ans, le taux est passé de 0,4 pour 1 000 en 2001-2002 à 0,7 pour 1 000 en 2006-2007 pour redescendre à 0,5 pour 1 000 en 2015-2016. Chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus, des taux élevés sont observés jusqu'en 2005-2006, où les prévalences ont chuté drastiquement de 2006 à 2008 pour se stabiliser les années subséquentes. L'explication la plus plausible serait le passage de la CIM-9 à la CIM-10 en 2006 pour les fichiers d'hospitalisation. Cette transition aurait éliminé l'emploi de certains codes de la CIM-9 qui étaient surtout posés chez les 65 ans et plus.

## 4 Discussion

Par le présent rapport, le SISMACQ devient le premier système de surveillance au Canada à proposer des indicateurs de TLS élaborés à partir des codes de la CIM-9 et de la CIM-10 afin d'obtenir les prévalences annuelle et cumulée de cas diagnostiqués dans la population générale. La première partie de la discussion comparera les prévalences annuelle et cumulée présentées dans ce rapport à celles provenant de la littérature. La deuxième partie abordera différentes questions entourant l'identification de cas de TLS à partir de diagnostics extraits de banques de données administratives.

### 4.1 Comment se comparent les prévalences obtenues à partir des indicateurs proposés par rapport à celles rapportées dans la littérature scientifique?

---

#### 4.1.1 LES TROUBLES DE L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Selon les données de 2012 de l'ESCC, 2,7 % des Québécois avaient un trouble de l'utilisation d'alcool et 1,9 % un trouble de l'utilisation d'une drogue au cours des 12 derniers mois (Baraldi *et al.*, 2015). Considérant que, selon la même enquête, 21 % de ceux présentant les critères diagnostiques de ces troubles rapportent avoir consulté les services professionnels, il serait attendu que la prévalence annuelle de cas diagnostiqués de troubles de l'utilisation d'alcool par un médecin se situe à 0,6 % et celle des troubles de l'utilisation d'une drogue à 0,4 % (Baraldi *et al.*, 2015). Dans le SISMACQ, 4 individus pour 1 000 (soit 0,4 %) présentaient un trouble de l'utilisation d'une drogue au cours des 12 derniers mois en 2015-2016. Ainsi, les prévalences annuelles obtenues à partir des algorithmes proposés ne divergent pas des calculs estimés à partir des enquêtes épidémiologiques. En revanche, seulement la moitié de la prévalence annuelle attendue pour les troubles de l'utilisation de l'alcool a été observée pour l'année 2015-2016, soit 3 individus pour 1 000 (0,3 %). Comme il est question uniquement ici de troubles de l'utilisation d'alcool, il est probable que les cas identifiés dans les enquêtes populationnelles comme ayant un abus ou une dépendance se retrouvent vraisemblablement dans une autre catégorie de TLS, notamment les troubles induits et les intoxications, dans nos fichiers médico-administratifs. Comme les taux sont équivalents ou plus faibles que les chiffres calculés à partir du pourcentage d'individus qui consultent principalement pour leurs problèmes d'abus ou de dépendance, il pourrait être supposé que les cas diagnostiqués sont ceux dont le motif principal de consultation était la consommation en soi. Ceci est d'autant plus vrai si aucun diagnostic secondaire ne peut être posé comme c'est le cas dans le fichier des actes médicaux.

En ce qui concerne spécifiquement les troubles de l'utilisation d'alcool, la proportion de cas diagnostiqués par groupe d'âge augmente avec le vieillissement. Ce résultat semble être en contradiction avec l'ESCC de 2012, qui rapporte une prévalence annuelle décroissante de troubles de l'utilisation d'alcool selon l'âge dans la population générale québécoise, soit 9 % pour les moins de 25 ans, 2,1 % pour les 24-44 ans, 1,8 % pour les 45-64 ans et 0,5 % pour les 65 ans et plus (Baraldi *et al.*, 2015). Cependant, puisque les données du SISMACQ représentent la population traitée, cette observation pourrait dès lors s'expliquer par un taux plus faible de demande d'aide pour les troubles de l'utilisation d'alcool chez les adultes émergents; la recherche de traitement augmenterait par la suite avec l'âge. En effet, la consommation excessive d'alcool est souvent perçue de manière moins problématique lorsqu'un individu est dans la jeune vingtaine que lorsqu'il est plus âgé, puisqu'il existe une normalisation de ce comportement chez les adultes émergents dans nos sociétés nord-américaines (Lee, Geisner, Patrick, & Neighbors, 2010, Roberson, McKinney, Walker, & Coleman, 2018). En d'autres mots, par les opportunités festives qui se présentent souvent

lors des études collégiales et universitaires, par le marketing qui cible cette tranche d'âge et par une charge plus faible de responsabilités familiales et professionnelles retrouvée dans cette phase du développement adulte, les méfaits liés à l'utilisation d'alcool passent davantage inaperçus lors de l'âge adulte en émergence, alors qu'ils paraissent plus importants chez les adultes plus âgés (Arnett, 2014, Gates, Corbin, & Fromme, 2016, Roberson *et al.*, 2018). En outre, les adultes émergents ont moins tendance à consulter pour des problèmes de santé mentale que les adultes plus âgés (Huỳnh, Caron, & Fleury, 2016, Huỳnh, Caron, Pelletier, Liu, & Fleury, 2017, Pottick, Bilder, Vander Stoep, Warner, & Alvarez, 2008). Lorsque les adultes plus jeunes consultent, ce sont souvent des contacts brefs à l'urgence pour une raison connexe où le trouble d'utilisation ne constituera pas le problème principal. Dans cette situation, le trouble d'utilisation des substances ne sera souvent pas identifié comme tel dans les banques de données administratives. Comme les effets de l'alcool sur le corps, par exemple les cirrhoses et les cancers gastro-intestinaux, peuvent prendre des années à se manifester, il est probable que les individus attendent d'atteindre ce niveau de sévérité avant de consulter ou bien que les médecins décèlent un abus ou une dépendance tardivement dans la vie du patient seulement lorsque les complications physiques se manifestent (Levola *et al.*, 2014, World Health Organization, 2014). De façon plus générale, le fait de vieillir amène son lot de maladies physiques chroniques chez les adultes plus âgés, ce qui augmente leur probabilité d'être en contact régulier avec le système médical et donc celle d'avoir le diagnostic de TLS lorsque celui-ci est réellement présent. Aussi, après l'âge de 65 ans, le risque de se retrouver en CHSLD augmente. Le dépistage des TLS se fera alors plus aisément par l'observation des soignants ou simplement par le diagnostic d'admission.

Pour les troubles de l'utilisation d'une drogue, ceux-ci sont plus prévalents chez les adultes émergents (18-24 ans) et les jeunes adultes (25-49 ans). Contrairement à l'alcool, les drogues relèvent davantage d'un monde méconnu et marginalisé, ce qui restreint sa consommation auprès d'individus plus enclins à la découverte et à l'expérimentation, traits plus prononcés chez les plus jeunes que chez les plus vieux (Arnett, 2005). Notamment, la consommation annuelle de cannabis en 2015 chute de 29,4 % chez les Canadiens de 20-24 ans à 9,0 % chez les 25 ans et plus; dans la même lignée, la consommation des autres drogues diminue de 8,8 % chez les 20-24 ans à 1,5 % chez les 25 ans et plus (Gouvernement du Canada, 2015b). Comme les complications liées à la drogue arrivent rapidement, telles que les maladies infectieuses transmissibles par partage de matériel ou les décompensations psychotiques, les troubles liés à l'utilisation d'une drogue seraient décelés alors à un plus jeune âge (Caton, Drake, Hasin, & *et al.*, 2005, Roy *et al.*, 2008).

#### **4.1.2 LES TROUBLES INDUITS PAR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

Les cas de delirium tremens lors du sevrage tendent à survenir après plusieurs années de consommation excessive et chronique d'alcool. Ainsi, il n'est pas étonnant de voir, dans les données rapportées, une augmentation importante du taux de sevrage d'alcool chez les adultes plus âgés. En revanche, l'augmentation progressive de 2001 à 2016 dans le groupe des 65 ans et plus, autant chez les hommes que chez les femmes, peut sembler surprenante. Une explication peut être tentée en lien avec l'implantation de services intégrés pour la population vieillissante, de sorte que davantage de médecins rémunérés à l'acte se retrouvent en contact avec cette clientèle.

Plusieurs maladies physiques sont aussi connues pour être induites par une consommation chronique d'alcool s'étalant sur plusieurs années (Cargiulo, 2007). Selon les données du SISMACQ, ceci correspond environ à plus de 7 000 patients au Québec chaque année. Ce nombre peut paraître très faible, mais ceci s'explique par le fait que le sous-indicateur des maladies physiques induites par l'alcool est composé uniquement de diagnostics portant la mention spécifique d'alcool dans le libellé du code. Par exemple, si un patient ayant une dépendance d'alcool et une cirrhose du foie recevait le diagnostic spécifique de « cirrhose alcoolique du foie », il était comptabilisé dans les TLS; à l'inverse,

s'il recevait le diagnostic « cirrhose du foie non spécifié », il n'était pas identifié comme ayant un TLS. À travers le Canada, les archivistes doivent coder exactement ce que les médecins inscrivent comme diagnostic sur le bordereau ou sur la feuille de route et ils ne peuvent pas faire la correction nécessaire même si l'alcool est mentionné dans les rapports plus détaillés dans le dossier médical (Tang, Lucyk, & Quan, 2017).

Une observation inquiétante réside dans le fait que plusieurs de ces individus auraient reçu un diagnostic de trouble induit par l'alcool sans jamais avoir reçu un code diagnostique lié au trouble de l'utilisation ou d'intoxication au cours des 15 dernières années. Tel qu'expliqué précédemment, il est probable que le problème d'alcool a été détecté seulement lors de l'apparition de complications physiques, surtout dans les cas où le patient n'a pas accédé auparavant à des services médicaux spécifiquement pour des raisons de TLS, qu'il ait nié des problèmes en lien avec l'alcool, qu'il ait refusé de l'aide ou les traitements offerts ou que le médecin n'a pas diagnostiqué cet aspect au cours des suivis annuels.

En ce qui concerne les troubles psychotiques induits par l'alcool, nos données suggèrent une prévalence cumulée de 8,8 pour 1 000 pour l'ensemble de la population traitée; les rares données d'études antérieures rapportent, quant à elles, des prévalences cumulées de 0,4 à 0,7 % parmi les personnes hospitalisées et ayant une dépendance à l'alcool, soit une population de référence plus restreinte et cliniquement sévère que la nôtre (Musalek, Scheibenbogen, & Schuster, 2016, Soyka, 2008). Pour ce qui est des troubles psychotiques induits par une drogue, il est probable que notre indicateur ne capte pas tous les troubles psychotiques induits, puisque certains pourraient être classés dans la catégorie des troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques, considérant la difficulté de distinguer un trouble psychotique induit par une drogue d'un trouble psychotique concomitant avec un TLS (Caton *et al.*, 2005).

#### **4.1.3 LES INTOXICATIONS**

Les prévalences annuelles et cumulées de l'intoxication à l'alcool ou à une drogue représentent la proportion la plus petite de tous les TLS. Selon les études antérieures, le taux d'intoxications à l'alcool observées à l'urgence varie de 0,6 % à 40 % de toutes les visites (Pletcher, Maselli, & Gonzales, 2004, Vardy *et al.*, 2016, Verelst, Moonen, Desruelles, & Gillet, 2012). Ce large intervalle s'explique par des divergences méthodologiques, dont la définition même de ce que représente une intoxication. Il faut souligner que l'intoxication est souvent une raison secondaire de la consultation. La conséquence de l'intoxication, par exemple une fracture, constitue donc le motif principal et c'est le trauma qui sera alors le diagnostic retenu et codifié dans les banques de données. Lorsque la prévalence annuelle des intoxications à l'alcool est déclinée selon l'âge, il appert qu'elle est la plus élevée chez les 18-24 ans par rapport aux autres groupes d'âge. Ceci converge avec des études antérieures qui rapportent que ce groupe d'âge est celui qui présente le plus haut taux de consommation excessive d'alcool, notamment en lien avec la culture festive dans les milieux collégiaux et universitaires (Arnett, 2005, Joubert & Baraldi, 2016, Weitzman, Nelson, & Wechsler, 2003). Autrement, toujours chez les 18-24 ans, la prévalence annuelle des intoxications à l'alcool semble avoir doublé à partir de 2012. Une interprétation serait un effet de cohorte, c'est-à-dire que la dernière génération d'adultes émergents boirait plus que les précédentes. Selon les données de l'ESCC pour le Québec, une augmentation statistiquement significative a été observée entre 2007-2008 et 2013-2014 pour la consommation régulière et la consommation excessive d'alcool au cours des 12 dernières années dans cette même tranche d'âge (Joubert & Baraldi, 2016). Une explication complémentaire serait une meilleure sensibilisation de la population aux problèmes de santé liés à la consommation excessive d'alcool depuis les cinq dernières années, ce qui inciterait l'entourage à amener plus promptement à l'urgence la personne en état d'intoxication. En effet, Éduc'Alcool a lancé sa grande campagne de sensibilisation à la consommation modérée et des effets de l'usage

excessif en 2012; leur enquête de 2017 révèle que les Québécois sondés se sont sentis mieux informés qu'il y a cinq ans sur les risques liés à la consommation excessive d'alcool, notamment l'impact sur la santé (Éduc'Alcool, 2017).

#### 4.1.4 PRÉVALENCES PLUS ÉLEVÉES CHEZ LES HOMMES QUE LES FEMMES : GÉNÉRALITÉS

Pour chacun des indicateurs examinés, la prévalence, qu'elle soit annuelle ou cumulée, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, allant jusqu'à un ratio de deux hommes pour une femme. Selon les enquêtes épidémiologiques, une plus grande proportion d'hommes que de femmes consomment de l'alcool ou des drogues, à l'exception des médicaments psychotropes, dans la population générale (Camirand, Traoré, & Baulne, 2016, Gouvernement du Canada, 2015a), et il existe une prédominance masculine dans les prévalences annuelles ou à vie pour les troubles de l'utilisation tels que l'abus ou la dépendance (Goldstein, Dawson, Chou, & Grant, 2012). De plus, la clientèle masculine est surreprésentée dans les services de réadaptation en dépendance (Montanari *et al.*, 2011). Une des explications de ce constat se situe dans les perceptions et les normes sociales de la consommation de substances psychoactives (Hunt & Antin, 2017). Alors que la consommation d'alcool ou d'autres substances, particulièrement si elle devient excessive, permet aux hommes de valoriser et d'affirmer leur masculinité (de Visser & Smith, 2007, Peralta, 2007), chez les femmes, cette même consommation est perçue négativement, bien que cette norme tend à s'amenuiser depuis les dernières décennies (Hutton, Griffin, Lyons, Niland, & McCreanor, 2016). La prévalence plus élevée de TLS chez les hommes peut aussi être partiellement expliquée par une « discrimination statistique » induite par la formation des médecins où ceux-ci sont alors amenés à sonder davantage les hommes sur d'éventuels problèmes de consommation (Smith, Mouzon, & Elliott, 2018). En particulier, les hommes tendent à exprimer leur détresse psychologique et à réagir aux situations négatives ou stressantes par des comportements extériorisés, notamment l'abus de substances (Dawson, Grant, & Ruan, 2005), ce qui amène à une évaluation plus fréquente de la problématique chez les hommes que chez les femmes (Smith *et al.*, 2018).

## 4.2 Est-ce que les indicateurs identifient seulement une minorité d'individus ayant réellement un TLS?

---

Actuellement, ces indicateurs ne représentent pas encore la prévalence réelle de la population générale, mais ils permettront néanmoins de suivre les cas diagnostiqués avec un TLS dans les systèmes de soins et services à travers le temps. D'emblée, il est attendu que les prévalences rapportées à partir des indicateurs proposés soient en deçà de celles obtenues par les enquêtes épidémiologiques. D'une part, 31 % des Québécois n'ont pas consulté un médecin au cours de l'année 2016 (Statistique Canada, 2017) et, parmi la faible proportion d'individus présentant un TLS ayant utilisé des services professionnels (21 %), tous n'ont pas forcément eu recours à un médecin (Baraldi *et al.*, 2015). En ce qui concerne les prévalences annuelles, ceci signifie qu'une proportion non négligeable d'individus ayant un TLS ne sera pas « détectée » par les indicateurs puisqu'ils ne sont pas du tout en contact avec un médecin au cours d'une année donnée. En revanche, l'utilisation d'une prévalence cumulée pourrait permettre de se rapprocher des données des enquêtes épidémiologiques, puisque la proportion d'individus n'ayant eu aucun contact avec un médecin sur une période de 15 ans est potentiellement très faible.

D'autre part, avoir consulté un médecin ne garantit pas forcément la détection et le diagnostic de TLS. En effet, le TLS peut passer inaperçu si la consommation problématique ne constitue pas le motif principal de la visite ou si elle n'est pas considérée comme un facteur de risque connu pour la maladie ou le trouble qui fait l'objet de la consultation. En effet, seulement 18 % des patients québécois ont affirmé avoir discuté de leur consommation d'alcool à un médecin ou un autre

membre de l'équipe médicale au cours des deux dernières années (Institut canadien d'information sur la santé, 2017). Il faut souligner que l'absence de discussion formelle ne signifie pas que le médecin n'ait pas perçu qu'il y avait une consommation problématique. Aussi, bien que la majorité des patients estiment que l'évaluation de la consommation d'alcool devrait être effectuée lors d'une consultation médicale, plusieurs avouent nier ou déformer la réalité s'ils sentent que le médecin force trop la question ou adopte une attitude moralisante (Tam, Leong, Zwar, & Hespe, 2015). Du point de vue des médecins, la détection de la consommation de substances est aussi moins susceptible de se produire ou n'est pas souhaitable dans certaines circonstances : le manque de temps, les périodes difficiles dans la vie des patients où l'évaluation de l'anxiété ou la dépression domine par rapport à celle de la consommation problématique, le déni du patient, l'impression qu'aborder la question ne changera pas les habitudes du patient, la crainte de provoquer la colère du patient et la peur de nuire à l'alliance thérapeutique (Lid & Malterud, 2012, Mules *et al.*, 2012). D'autres raisons peuvent expliquer cette non-détection, mais il faut comprendre que certains contextes de consultation ne permettent effectivement pas au médecin d'effectuer un dépistage approfondi et systématique.

Au-delà des cas passés inaperçus, il faut souligner que l'absence de diagnostic de TLS dans les banques de données administratives ne signifie pas forcément que le problème n'a pas été détecté, mais plutôt qu'il a été un motif secondaire à la consultation. Dans le cas du fichier des services rémunérés à l'acte de la RAMQ, qui comprend notamment les consultations à l'urgence qui n'ont pas mené à une hospitalisation, seul le diagnostic principal est codifié. Ainsi, une fracture au crâne avec hémorragie sera le seul diagnostic posé lors d'une visite à l'urgence puisqu'elle a été la raison principale motivant la personne à rencontrer un urgentologue même si elle est arrivée sous l'effet d'une substance. Améliorer le moyen d'encodage des diagnostics, par exemple en permettant l'inscription des diagnostics secondaires, pourrait rapprocher la prévalence observée à partir des banques de données à celle qui est véritablement vue par les médecins. Toujours dans les cas d'une visite à l'urgence, il arrive souvent que le médecin rencontre un patient qu'il ne connaît pas lors d'une intervention brève. Ainsi, certains médecins peuvent être réticents à étiqueter d'emblée un individu avec un diagnostic témoignant d'une utilisation problématique d'une substance à moins que ça ne soit flagrant. Inscrire au dossier un TLS après une visite de quelques minutes pour un trauma mineur peut avoir des conséquences pour l'individu (p. ex. assurances, etc.). La prudence est privilégiée avant d'évoquer ces diagnostics en se basant sur un contact unique. Poser un réel diagnostic est dès lors fortement influencé par le contexte de la consultation.

### 4.3 Est-ce que les indicateurs proposés catégorisent bien les différents concepts liés aux TLS?

---

Les résultats montrent que les troubles liés à l'alcool présentent une prévalence tout aussi élevée que celle des troubles liés à une drogue, que ce soient les troubles liés à l'utilisation (abus/dépendance) ou les maladies physiques et psychiatriques induites; ceci témoigne de la pertinence de dissocier l'alcool des autres substances psychoactives dans le cadre de l'exploitation du SISMACQ. En termes de ratio entre les troubles liés à l'alcool et ceux liés aux drogues, ceci converge avec les données de l'ESCC en 2012 : au cours de leur vie, environ 13 % des Québécois ont répondu aux critères d'un trouble de l'utilisation de l'alcool et près de 12 % à un trouble de l'utilisation d'une drogue. Cette proportion importante dans les diagnostics médicaux des troubles liés à l'alcool, comparativement aux troubles liés aux autres drogues, démontre qu'il n'est pas une substance bénigne, malgré son statut légal et son acceptation sociale. En effet, bien que l'alcool soit la substance psychoactive la plus consommée au Québec et qu'il soit facilement accessible (Gouvernement du Canada, 2015a), il est aussi responsable de 5,9 % des décès dans le monde en 2012 et il se classe parmi les substances causant le plus de dommages à la personne qui consomme (Nutt, King, & Phillips, 2010,

World Health Organization, 2014). De plus, cette proportion élevée des troubles liés à l'alcool, comparée à celle des troubles liés aux drogues, s'expliquerait aussi par le fait qu'ils sont plus facilement détectés par les médecins étant donné la myriade de maladies physiques qui peuvent découler d'une consommation problématique d'alcool, ce qui accroît leur perception d'avoir les connaissances, ainsi que la pertinence et l'autorité d'intervenir (Edelman & Fiellin, 2016, Wilson *et al.*, 2011). En ce qui concerne la proportion que représentent les autres substances dans l'ensemble de tous les TLS, certains médecins disent avoir une connaissance assez superficielle des drogues illicites; d'autres affirment peu vouloir traiter les troubles liés à une drogue, puisque ces patients sont perçus comme difficiles et manipulateurs (Fucito, Gomes, Murnion, & Haber, 2003). Cette impression d'avoir les connaissances nécessaires, ainsi que d'avoir la confiance à intervenir en cas d'intoxication aiguë, diminuent d'autant plus pour les nouvelles substances psychoactives, telles que les cathinones, les pipérazines et les cannabinoïdes synthétiques, par rapport aux drogues dites classiques comme le cannabis, la cocaïne ou les amphétamines (Wood, Ceronie, & Dargan, 2016). La reconnaissance d'un trouble lié à une drogue devient dès lors plus difficile que celle d'un trouble lié à l'alcool. Une autre explication du taux similaire entre les troubles liés à l'alcool et les troubles liés aux drogues pourrait résider dans ce que les patients osent avouer. Selon une étude américaine réalisée dans les unités d'urgence, malgré que la détection ait été effectuée, un écart important est observé entre la prévalence obtenue selon les déclarations du patient et celle calculée à partir des tests toxicologiques (réalisés chez les mêmes individus) pour le cannabis, les opioïdes et les benzodiazépines, alors que la différence est minime pour l'alcool (Rockett, Putnam, Jia, & Smith, 2006). Ainsi, le diagnostic de troubles liés aux drogues est plus difficile à effectuer si le patient nie la consommation et si aucun test toxicologique n'a été effectué<sup>8</sup>.

Créer deux grands indicateurs de trouble de l'utilisation, l'un pour l'alcool, l'autre pour les drogues, et qui englobent à la fois l'abus et la dépendance, a été suggéré pour tenir compte de la frontière floue qui existe entre ces deux concepts et qui a été reconnue récemment dans la version 5 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, soit le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Comme la distinction entre l'abus et la dépendance a été longtemps présente dans la littérature et les nosographies psychiatriques antérieures au DSM-5, deux sous-indicateurs ont été proposés néanmoins pour tenir compte de cette pratique. Considérant que la dépendance, par sa définition, est un trouble considéré plus sévère que l'abus dans le spectre des troubles de l'utilisation, il était attendu que des taux plus élevés d'abus que de dépendance soient observés. Or, les données du SISMACQ suggèrent un portrait contraire, autant pour les troubles de l'utilisation d'alcool que les troubles de l'utilisation d'une drogue. Une explication possible serait que les individus ne consultent pas leur médecin spécifiquement pour des problèmes d'abus, car ils ne pensent pas que leur consommation soit suffisamment problématique ou nécessite une intervention médicale. Autrement, il est aussi probable que les médecins détectent le problème seulement lorsque la consommation a atteint une gravité importante, soit celle de la dépendance. Aussi, les personnes ayant un TLS peuvent être suivies par d'autres professionnels de la santé qu'un médecin et dans des centres à vocation autre que médicale : au Québec, on dénombre 16 centres de réadaptation en dépendance, 91 centres privés ou communautaires certifiés, plus de 200 psychologues/psychothérapeutes qui traitent les troubles liés à l'alcool et plus de 300 psychologues/psychothérapeutes pour les troubles liés aux drogues, sans oublier les groupes d'entraide (Fleury, Perreault, Grenier, Imboua, & Brochu, 2016). De plus, une explication à valider serait que les médecins dont les TLS ne constituent pas leur spécialité ne parviennent pas à bien distinguer l'abus de la dépendance. Ainsi, ces médecins pourraient coder une dépendance, alors

<sup>8</sup> Il faut souligner qu'en raison du motif de consultation, il n'est pas toujours pertinent de procéder à des tests toxicologiques. De plus, les tests habituellement disponibles pour les drogues de rue sont des dépistages faits sur l'urine. Ce type de tests est peu recommandé, puisqu'ils ont été développés il y a plusieurs décennies et ciblent des substances qui ne représentent pas bien les nouvelles substances disponibles. De plus, ces tests génèrent un grand nombre de faux positifs et de faux négatifs.

qu'ils sont en présence d'un cas d'abus. Il faut également souligner qu'au Québec, le terme « dépendance » est souvent utilisé pour décrire un ensemble de problématiques liées aux substances autre que la dépendance en soi, comme le signale l'appellation de plusieurs de nos institutions et services publics (p. ex. les centres de réadaptation en dépendance, l'Institut universitaire sur les dépendances, la Direction des services en dépendance et en itinérance au MSSS, etc.). En bref, l'usage d'un grand indicateur de trouble de l'utilisation, qui englobe à la fois l'abus et la dépendance, est préconisé par rapport aux sous-indicateurs spécifiques, particulièrement devant la probabilité de mauvaises classifications dans la distinction entre l'abus et la dépendance dans les fichiers administratifs.

Parmi les troubles induits, le sevrage et les maladies physiques constituent les principaux troubles liés à l'alcool. Ces résultats convergent avec les conséquences médicales de l'alcool. En effet, le sevrage d'alcool, contrairement à certaines autres substances, constitue une condition potentiellement très sévère qui est accompagnée de plusieurs problèmes physiques (convulsions, nausées, tachycardie, déséquilibre des électrolytes, etc.) et qui nécessite une supervision médicale (Perry, 2014). Autrement, selon les données du présent rapport, un taux non négligeable d'individus ont reçu un diagnostic de sevrage sans avoir celui de dépendance. Ceci pourrait s'expliquer par le contexte de soins dans lequel le médecin a vu le patient. Par exemple, un patient ayant une dépendance pourrait être vu pour un sevrage comme motif principal et c'est ce diagnostic qui sera retenu. Le sevrage sous-entend aussi l'existence d'une dépendance, ce qui peut devenir redondant aux yeux des médecins de l'expliquer. La présence d'un sous-indicateur spécifique pour les troubles psychotiques induits s'explique par le fait que plusieurs drogues telles que les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes et le cannabis peuvent mener à des états psychotiques (Fiorentini *et al.*, 2011, Thirhalli & Benegal, 2006). Il a été précédemment rapporté que plus de la moitié des personnes ayant une dépendance à ces différentes substances avaient déjà présenté des symptômes psychotiques lors de l'utilisation ou lors du sevrage (Smith, Thirhalli, Abdallah, Murray, & Cottler, 2009).

Des critiques peuvent être émises que des indicateurs pour l'intoxication soient proposés dans ce rapport, alors que le SISMACQ se situe dans un cadre de travail focalisé sur les problèmes de santé chroniques. Il peut être argumenté qu'un épisode d'intoxication pourrait être le « drapeau rouge » d'un problème plus sévère; en effet, nos analyses démontrent qu'environ la moitié des individus ayant reçu un diagnostic d'intoxication avaient également eu un diagnostic d'abus ou dépendance sur une période de 15 ans. Soulignons aussi que le même individu peut recevoir de manière répétée un diagnostic d'intoxication à l'alcool au fil des années à chaque visite à l'urgence, même si le problème sera discuté à répétition avec le patient et de l'aide sera proposée. En théorie, un diagnostic d'abus ou de dépendance aurait possiblement été plus adéquat dans certains cas. Or, dû à une limite du système de données, le diagnostic retenu et consigné sera celui qui a mené à la visite spécifique, soit l'intoxication. Dans un autre ordre d'idées, mais qui revient sur les éléments linguistiques, il est probable que certains « vrais » cas d'intoxications soient classés comme de l'abus à cause d'un glissement de langage. Au Québec, les médecins se réfèrent à une conception du DSM pour les TLS, où les termes « abus » et « dépendance » sont davantage utilisés comparativement à « intoxication ». Ainsi, le terme employé « abus » définirait en réalité une intoxication. Selon les normes de l'Institut canadien d'information sur la santé, les archivistes médicaux doivent reprendre les termes exacts utilisés par le médecin pour codifier et ils ne peuvent pas apporter la correction nécessaire, même si celle-ci peut paraître évidente et facile à effectuer (Tang *et al.*, 2017).

Malgré que les indicateurs proposés pour les TLS comportent plusieurs limites, ils semblent parvenir à identifier une bonne majorité des personnes ayant un TLS qui ont consulté un médecin. En effet, les prévalences calculées dans ce rapport se rapprochent de l'estimation établie à partir des enquêtes épidémiologiques, même si elles demeurent probablement une sous-estimation du véritable taux de

TLS parmi les patients traités. Néanmoins, les indicateurs proposés dans ce rapport pourraient être utilisés dans une perspective de surveillance, tout en comprenant qu'ils comportent quelques limites, comme c'est le cas pour tout indicateur.

#### 4.4 Quels sont les gains si les TLS sont considérés comme des maladies chroniques?

---

Lorsqu'une condition est prise en charge de la même manière que les maladies chroniques sont gérées, les risques de complication et de rechute peuvent être réduits grâce au dépistage standardisé, aux évaluations régulières étalées sur le long terme et aux soins continus à intensité variable. L'ancien ministre de la santé publique des États-Unis, le docteur Vivek Murthy, exhortait en 2016 qu'il fallait « changer notre approche des dépendances, non pas comme une faiblesse morale, mais comme une maladie chronique qui doit être traitée avec compétence, urgence et compassion<sup>9</sup> ». Cette vision est partagée par l'*American Society for Dependence Medicine* et le *National Institute on Drug Abuse*. Bien que cette vision ne fasse pas l'unanimité, la littérature souligne que, dans plusieurs cas, les TLS se manifestent à tout le moins *comme* des maladies chroniques (Fleury, Djouini, *et al.*, 2016). Dans la perspective d'améliorer la condition des personnes, les TLS devraient être considérés de la même manière qu'on traite les maladies chroniques. En effet, ils peuvent souvent prendre une trajectoire similaire à celle de l'hypertension ou du diabète, avec une récurrence des problèmes au cours de la vie qui, lorsqu'ils ne sont pas bien pris en charge, peuvent mener à des complications médicales et sociales importantes.

Nous formulons l'hypothèse que cette approche pourrait avoir un impact positif sur le dépistage et la détection des TLS. Pour appuyer cette affirmation, un parallèle peut être fait avec l'hypertension. En 1992, 43 % des Canadiens présentant de l'hypertension ne savaient pas qu'ils en souffraient puisqu'ils n'étaient pas diagnostiqués; en 2007-2009, ce nombre a diminué à 17 % à la suite d'efforts intensifs pour considérer l'hypertension comme elle se doit, c'est-à-dire comme une maladie chronique (McAlister *et al.*, 2011). Parallèlement, la prévalence de personnes diagnostiquées dans les banques de données administratives du Système national de surveillance des maladies chroniques de l'ASPC a augmenté de 14 % en 1998-1999 à 23 % en 2006-2007, pour devenir équivalente au taux d'hypertension mesurée dans la population générale<sup>10</sup> (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Comme dans le cas de l'hypertension et des autres maladies chroniques capturées par le SISMACQ, les taux de TLS représentent les personnes qui ont été diagnostiquées dans la période d'observation. Pour que s'amenuise l'écart entre les prévalences diagnostiquées de TLS et les prévalences en population générale, il faudrait déployer les mêmes efforts que pour une maladie chronique. Ainsi, il est nécessaire de poursuivre les efforts de sensibilisation auprès des médecins de continuer à dépister et à traiter les TLS comme ils le feraient pour une maladie chronique si l'objectif sociétal visé est de réduire les méfaits engendrés lorsqu'une consommation problématique n'est ni gérée ni suivie sur le long terme. La détection n'étant pas le seul enjeu dans l'identification des cas dans les banques de données administratives, il faudrait également mettre en place un système permettant aux répondants de première ligne, ainsi qu'aux urgences, de consigner plus d'un diagnostic ou de préciser que le diagnostic principal est survenu dans un contexte de consommation. Ceci augmenterait aussi vraisemblablement la qualité des données et donnerait un reflet plus juste de la réalité.

---

<sup>9</sup> Traduction libre de la phrase: "It's time to change how we view addiction, not as a moral failing but as a chronic illness that must be treated with skill, urgency and compassion".

<sup>10</sup> La prévalence d'hypertension mesurée dans la population adulte canadienne était de 22 % en 1992, 21 % en 2006 et 20 % en 2009 (McAlister *et al.*, 2011).

## 5 Conclusions

L'exploitation de banques de données administratives jumelées permet d'obtenir un portrait de la représentation des TLS diagnostiqués dans le système de santé québécois. Les prévalences calculées dans ce rapport se rapprochent de l'estimation établie à partir des enquêtes épidémiologiques, mais elles demeurent une sous-estimation du véritable taux de TLS parmi les patients traités. La qualité de ces données repose, notamment, sur une meilleure sensibilisation des médecins sur l'importance de coder explicitement les TLS, puisque ceux-ci ont un impact sur les diagnostics, le pronostic et le traitement des autres problèmes de santé. Néanmoins, les indicateurs proposés semblent capter une bonne majorité des usagers ayant un TLS qui ont rencontré un médecin. Les prochaines étapes de consolidation de ce premier travail consisteront à examiner leur utilisation dans d'autres juridictions canadiennes, notamment en Ontario, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse, et de comparer les résultats interprovinciaux. Même si ces indicateurs ne caractérisent que ceux ayant reçu un diagnostic, ils s'avéreront utiles pour dresser éventuellement un portrait plus précis des comorbidités physiques et psychiatriques qui se manifestent à travers le temps, pour mieux comprendre l'excès de mortalité associé à certains TLS, pour évaluer la correspondance entre le fonctionnement actuel du système de soins et les recommandations de bonnes pratiques, et pour analyser leurs trajectoires d'utilisation des services médicaux.



## Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2010). Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : L'hypertension au Canada, 2010 (pp. 1-28). Ottawa (Ontario): Agence de la santé publique du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015 (pp. 1-39). Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA.
- American Society of Addiction Medicine. (2011). Public Policy Statement: Definition of Addiction. Retrieved March 8, 2016, from <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction>
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235-254.
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging Adulthood : The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Baraldi, R., Joubert, K., & Bordeleau, M. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. In I. d. I. s. d. Québec (Ed.), (pp. 1-135). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Blais, C., Jean, S., Sirois, C., Rochette, L., Plante, C., Larocque, I., ... Émond, V. (2014). Le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice *Maladies chroniques et blessures au Canada (MCBC)* (Vol. 34, pp. 247-256). Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada.
- Caihol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, É., Villeneuve, É., Laporte, L., & David, P. (2015). Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services (pp. 1-20). Québec (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Camirand, H., Traoré, I., & Baulne, J. (2016). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition (pp. 1-208). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Cargiulo, T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(5 Suppl 3), S5-11.
- Caton, C. M., Drake, R. E., Hasin, D. S., & et al. (2005). Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 137-145.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., & Ruan, W. J. (2005). The association between stress and drinking: modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism*, 40(5), 453-460.
- de Visser, R. O., & Smith, J. A. (2007). Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychology & Health*, 22(5), 595-614.

Edelman, E. J., & Fiellin, D. A. (2016). In the Clinic. Alcohol Use. *Ann Intern Med*, 164(1), 11c1-16.

Éduc'Alcool. (2017). Les Québécois et l'alcool 2017 (pp. 1-71).

Fiorentini, A., Volonteri, L. S., Dragogna, F., Rovera, C., Maffini, M., Mauri, M. C., & Altamura, C. A. (2011). Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev*, 4(4), 228-240.

Fleury, M. J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J. M., & Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 168(Supplement C), 293-306.

Fleury, M. J., Perreault, M., Grenier, G., Imboua, A., & Brochu, S. (2016). Implementing Key Strategies for Successful Network Integration in the Quebec Substance-Use Disorders Programme. *Int J Integr Care*, 16(1), 7.

Fucito, U. M., Gomes, B. S., Murnion, B., & Haber, P. S. (2003). General practitioners' diagnostic skills and referral practices in managing patients with drug and alcohol-related health problems: implications for medical training and education programmes. *Drug and Alcohol Review*, 22(4), 417-424.

Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345-1422.

Gates, J. R., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2016). Emerging adult identity development, alcohol use, and alcohol-related problems during the transition out of college. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(3), 345-355.

Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2012). Sex Differences in Prevalence and Comorbidity of Alcohol and Drug Use Disorders: Results From Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(6), 938-950.

Gouvernement du Canada. (2015a). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015. Retrieved 26 octobre 2017, from <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>

Gouvernement du Canada. (2015b). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux supplémentaires. Retrieved 15 septembre 2017, 2017, from <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/2015-tableaux-supplementaires.html>

Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. (2018). Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014). Ottawa (Ont.) : Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Hunt, G., & Antin, T. (2017). Gender and intoxication: from masculinity to intersectionality. *Drugs : Education, Prevention and Policy*, 1-9.

- Hutton, F., Griffin, C., Lyons, A., Niland, P., & McCreanor, T. (2016). "Tragic girls" and "crack whores": Alcohol, femininity and Facebook. *Feminism & Psychology, 26*(1), 73-93.
- Huỳnh, C., Caron, J., & Fleury, M.-J. (2016). Mental health services use among adults with or without mental disorders: Do development stages matter? *Int J Soc Psychiatry.*
- Huỳnh, C., Caron, J., Pelletier, M., Liu, A., & Fleury, M.-J. (2017). A Developmental Perspective in Mental Health Services Use Among Adults with Mental Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research.*
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, É., & Lesage, A. (accepted). Définir les troubles liés aux substances psychoactives à partir de données administratives. *Santé mentale au Québec.*
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017). Résultats du Canada : Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays — rapport en format accessible. (pp. 1-43). Ottawa, ON: ICIS.
- Joubert, K., & Baraldi, R. (2016). La santé des Québécois : 25 indicateurs pour en suivre l'évolution de 2007 à 2014. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (pp. 1-143). Québec: Institut de la statistique du Québec,.
- Kisely, S., Lin, E., Lesage, A., Gilbert, C., Smith, M., Campbell, L. A., & Vasiladis, H.-M. (2009). Use of Administrative Data for the Surveillance of Mental Disorders in 5 Provinces. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(8), 571-575.
- Lee, C. M., Geisner, I. M., Patrick, M. E., & Neighbors, C. (2010). The social norms of alcohol-related negative consequences. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(2), 342-348.
- Lesage, A., Émond, V., & Rochette, L. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services (pp. 1-16). Québec (Québec): Institut national de santé publique du Québec.
- Levola, J., Kaskela, T., Holopainen, A., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A., & Pitkanen, T. (2014). Psychosocial difficulties in alcohol dependence: A systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation, 36*(15), 1227-1239.
- Lid, T. G., & Malterud, K. (2012). General practitioners' strategies to identify alcohol problems: A focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 30*(2), 64-69.
- Marshall, K., & Deane, F. (2004). General practitioners' detection and management of patients with a dual diagnosis: Implications for education and training. *Drug and Alcohol Review, 23*(4), 455-462.
- McAlister, F. A., Wilkins, K., Joffres, M., Leenen, F. H. H., Fodor, G., Gee, M., ... Campbell, N. (2011). Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *Canadian Medical Association Journal, 183*(9), 1007-1013.
- Montanari, L., Serafini, M., Maffii, E., Busch, M., Kontogeorgiou, K., Kuijpers, W., ... Gyarmathy, V. A. (2011). Gender and regional differences in client characteristics among substance abuse treatment clients in the Europe. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 18*(1), 24-31.
- Mules, T., Taylor, J., Price, R., Walker, L., Singh, B., Newsam, P., ... Jenkin, G. (2012). Addressing patient alcohol use: a view from general practice. *J Prim Health Care, 4*(3), 217-222.

- Musalek, M., Scheibenbogen, O., & Schuster, A. (2016). Alcohol-Induced Psychotic Disorders. In G. Stanghellini et A. Aragona (Eds.), *An Experiential Approach to Psychopathology: What is it like to Suffer from Mental Disorders?* (pp. 149-161). Suisse: Springer International Publishing.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
- Peralta, R. L. (2007). College Alcohol Use and the Embodiment of Hegemonic Masculinity among European American Men. *Sex Roles*, 56(11), 741-756.
- Perry, E. C. (2014). Inpatient Management of Acute Alcohol Withdrawal Syndrome. *CNS Drugs*, 28(5), 401-410.
- Pletcher, M. J., Maselli, J., & Gonzales, R. (2004). Uncomplicated alcohol intoxication in the emergency department: An analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *The American Journal of Medicine*, 117(11), 863-867.
- Pottick, K. J., Bilder, S., Vander Stoep, A., Warner, L. A., & Alvarez, M. F. (2008). US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(4), 373-389.
- Rehm, J., Allamani, A., Vedova, R. D., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Landsmane, I., ... Probst, C. (2015). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Ann Fam Med*, 13.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223-2233.
- Roberson, A. A., McKinney, C., Walker, C., & Coleman, A. (2018). Peer, social media, and alcohol marketing influences on college student drinking. *J Am Coll Health*, 1-11.
- Rockett, I. R. H., Putnam, S. L., Jia, H., & Smith, G. S. (2006). Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction*, 101(5), 706-712.
- Roy, É., Haley, N., Godin, G., Boivin, J.-F., Claessens, C., & Vincelette, J. (2008). L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport final. (pp. 1-23). Montréal (Québec): Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Smith, D. T., Mouzon, D. M., & Elliott, M. (2018). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 78-89.
- Smith, M. J., Thirhalli, J., Abdallah, A. B., Murray, R. M., & Cottler, L. B. (2009). Prevalence of psychotic symptoms in substance users : a comparison across substances. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 245-250.
- Soyka, M. (2008). Prevalence of alcohol-induced psychotic disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(5), 317-318.
- Statistique Canada. (2017). Tableau 13-10-0096-17 Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge. Retrieved 6 juin 2018, from <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009617>

- Tam, C., Leong, L., Zwar, N., & Hespe, C. (2015). Alcohol enquiry by GPs – Understanding patients' perspectives: A qualitative study. *Australian Family Physician*, 44, 833-838.
- Tang, K. L., Lucyk, K., & Quan, H. (2017). Coder perspectives on physician-related barriers to producing high-quality administrative data: a qualitative study. *CMAJ Open*, 5(3), E617-E622.
- Thirhalli, J., & Benegal, V. (2006). Psychosis among substance users. *Curr Opin Psychiatry*, 19(3), 239-245.
- Vardy, J., Keliher, T., Fisher, J., Ritchie, F., Bell, C., Chekroud, M., ... Connelly, R. (2016). Quantifying alcohol-related emergency admissions in a UK tertiary referral hospital: a cross-sectional study of chronic alcohol dependency and acute alcohol intoxication. *BMJ Open*, 6(6).
- Verelst, S., Moonen, P.-J., Desruelles, D., & Gillet, J.-B. (2012). Emergency Department Visits Due to Alcohol Intoxication: Characteristics of Patients and Impact on the Emergency Room. *Alcohol and Alcoholism*, 47(4), 433-438.
- Weitzman, E. R., Nelson, T. F., & Wechsler, H. (2003). Taking up binge drinking in college: the influences of person, social group, and environment. *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 26-35.
- Wilson, G. B., Lock, C. A., Heather, N., Cassidy, P., Christie, M. M., & Kaner, E. F. S. (2011). Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GPs' Attitudes and Practices in England 10 Years On. *Alcohol and Alcoholism*, 46(5), 570-577.
- Wood, D. M., Ceronie, B., & Dargan, P. I. (2016). Healthcare professionals are less confident in managing acute toxicity related to the use of new psychoactive substances (NPS) compared with classical recreational drugs. *QJM: An International Journal of Medicine*, 109(8), 527-529.
- World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. In World Health Organization (Ed.), (pp. 1-86). Genève, Suisse: World Health Organization,.



## **Annexe 1**

**Les codes CIM-9/CIM-10 qui  
composent les six grands indicateurs**



### Indicateur 1 : Trouble de l'utilisation d'alcool

Description CIM-9	Code CIM-9	Description CIM-10	Code CIM-10
Abus d'alcool chez une personne non dépendante	305.0	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'alcool nocive pour la santé	F101
Ivresse aiguë chez un alcoolique	303.0	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance	F102
Syndrome de dépendance alcoolique	303.9		

L'indicateur 1 englobe deux (2) sous-indicateurs :

1.1. Abus d'alcool :  
305.0, F101

1.2. Dépendance à l'alcool :  
303.0, 303.9, F102

## Indicateur 2 : Trouble de l'utilisation d'une drogue autre que l'alcool

Description CIM-9	Code CIM-9	Description CIM-10	Code CIM-10
Pharmacodépendance, type morphinique	304.0	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance	F112
Pharmacodépendance, type barbiturique	304.1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance	F132
Pharmacodépendance, type cocaïnique	304.2	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance	F142
Pharmacodépendance, type cannabisme	304.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance	F122
Pharmacodépendance, type amphétaminique/autres psychostimulants	304.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, syndrome de dépendance	F152
Pharmacodépendance, hallucinogènes	304.5	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, syndrome de dépendance	F162
Autres pharmacodépendances	304.6	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, syndrome de dépendance	F182
Pharmacodépendance, association drogue morphinique et autre substance	304.7	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance	F192
Pharmacodépendance, association sans drogue type morphinique	304.8		
Pharmacodépendance, sans autre indication	304.9		
Abus de cannabis chez une personne non dépendante	305.2	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de dérivés du cannabis nocive pour la santé	F121
Abus de drogues hallucinogènes, personne non dépendante	305.3	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'hallucinogènes nocive pour la santé	F161
Abus de barbituriques/tranquillisants, personne non dépendante	305.4	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques nocive pour la santé	F131
Abus de drogues de type morphinique, personne non dépendante	305.5	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation d'opiacés nocive pour la santé	F111
Abus de drogues de type cocaïnique, personne non dépendante	305.6	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de cocaïne nocive pour la santé	F141
Abus de drogues de type amphétaminique, personne non dépendante	305.7	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation nocive pour la santé d'autres stimulants, y compris la caféine	F151

## Indicateur 2 : Trouble de l'utilisation d'une drogue autre que l'alcool (suite)

Description CIM-9	Code CIM-9	Description CIM-10	Code CIM-10
Abus de drogues autres/associés/SAI, personne non dépendante	305.9	Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de solvants volatils nocive pour la santé	F181
		Troubles mentaux et du comportement liés à une utilisation de drogues multiples nocive pour la santé, et troubles liés à une utilisation d'autres substances psychoactives nocive pour la santé	F191
		Abus de substances n'entraînant pas de dépendance	F55

L'indicateur 2 englobe deux (2) sous-indicateurs :

2.1. Abus d'une drogue autre que l'alcool :

305.2, 305.3, 305.4, 305.5, 305.6, 305.7, 305.9, F111, F121, F131, F141, F151, F161, F181, F191, F55

2.2. Dépendance à une drogue autre que l'alcool :

304.0, 304.1, 304.2, 304.3, 304.4, 304.5, 304.6, 304.7, 304.8, 304.9, F112, F122, F132, F142, F152, F162, F182, F192

### Indicateur 3 : Troubles induits par l'alcool

Description CIM-9	Code CIM-9	Description CIM-10	Code CIM-10
Delirium tremens	291.0	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage avec delirium	F104
Psychose de Korsakov alcoolique	291.1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome amnésique	F106
Autres démences alcooliques	291.2	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, autres troubles mentaux et du comportement	F108
Ivresse pathologique	291.4		
Délire alcoolique de jalousie	291.5		
Autres états hallucinatoires alcooliques	291.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, trouble psychotique	F105
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F107
Autres psychoses alcooliques (sevrage alcoolique)	291.8	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage	F103
Psychose alcoolique, sans autre indication	291.9	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, troubles mentaux et du comportement non précisés	F109
		Pseudosyndrome de Cushing dû à l'alcool	E244
		Dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool	G312
Polynévrite alcoolique	357.5	Polynévrite alcoolique	G621
		Myopathie alcoolique	G721
Myocardie éthylique	425.5	Myocardiopathie alcoolique	I426
Gastrite alcoolique avec/sans hémorragie	535.3	Gastrite alcoolique	K292
Cirrhose alcoolique graisseuse du foie	571.0	Stéatose hépatique alcoolique	K700
Hépatite aiguë alcoolique	571.1	Hépatite alcoolique	K701
		Fibrose et sclérose alcooliques du foie	K702
Cirrhose alcoolique du foie	571.2	Cirrhose alcoolique du foie	K703
		Insuffisance hépatique alcoolique	K704
Lésion alcoolique du foie, SAI	571.3	Maladie alcoolique du foie, sans précision	K709
		Pancréatite aiguë induite par l'alcool	K852
		Pancréatite chronique induite par l'alcool	K860
		Soins maternels pour lésions fœtales (présumées) dues à l'alcoolisme	O354

L'indicateur 3 englobe quatre (4) sous-indicateurs :

3.1. Sevrage à l'alcool (avec ou sans délirium) :

291.0, 291.8, F103, F104

3.2. Trouble psychotique induit par l'alcool :

291.3, 291.5, 291.9, F105, F107

3.3. Autre trouble mental ou du comportement induit par l'alcool (excluant le sevrage et les troubles psychotiques) :

291.1, 291.2, 291.4, F106, F108, F109

3.4. Maladies physiques induites par l'alcool :

357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, K700, K701, K702, K703, K704, K709, G621, I426, K292, K852, K860, E244, G312, G721, O354

#### Indicateur 4 : Troubles induits par une drogue autre que l'alcool

Description CIM-9	Code CIM-9	Description CIM-10	Code CIM-10
Syndrome de sevrage de drogue	292.0	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de sevrage	F113
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de sevrage avec delirium	F114
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de sevrage	F123
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de sevrage avec delirium	F124
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de sevrage	F133
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de sevrage avec delirium	F134
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de sevrage	F143
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de sevrage avec delirium	F144
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, syndrome de sevrage	F153
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, syndrome de sevrage avec delirium	F154
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, syndrome de sevrage	F163
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, syndrome de sevrage avec delirium	F164
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, syndrome de sevrage	F183
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, syndrome de sevrage avec delirium	F184
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de sevrage	F193
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de sevrage avec delirium	F194

**Indicateur 4 : Troubles induits par une drogue autre que l'alcool (suite)**

<b>Description CIM-9</b>	<b>Code CIM-9</b>	<b>Description CIM-10</b>	<b>Code CIM-10</b>
États délirants et hallucinatoires dus aux drogues	292.1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, trouble psychotique	F115
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F117
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, trouble psychotique	F125
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F127
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, trouble psychotique	F135
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F137
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, trouble psychotique	F145
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F147
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, trouble psychotique	F155
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F157
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, trouble psychotique	F165
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F167
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, trouble psychotique	F185
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F187
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, trouble psychotique	F195		
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, trouble psychotique résiduel ou de survenue tardive	F197		

**Indicateur 4 : Troubles induits par une drogue autre que l'alcool (suite)**

<b>Description CIM-9</b>	<b>Code CIM-9</b>	<b>Description CIM-10</b>	<b>Code CIM-10</b>
Forme pathologique d'intoxication par les drogues	292.2	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome amnésique	F116
Autres psychoses dues aux drogues	292.8	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, autres troubles mentaux et du comportement	F118
Psychose due aux drogues, SAI	292.9	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, troubles mentaux et du comportement non précisés	F119
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome amnésique	F126
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, autres troubles mentaux et du comportement	F128
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, troubles mentaux et du comportement non précisés	F129
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome amnésique	F136
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome amnésique	F138
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, troubles mentaux et du comportement non précisés	F139
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome amnésique	F146
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, autres troubles mentaux et du comportement	F148
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, troubles mentaux et du comportement non précisés	F149
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, syndrome amnésique	F156
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, autres troubles mentaux et du comportement	F158
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, troubles mentaux et du comportement non précisés	F159

**Indicateur 4 : Troubles induits par une drogue autre que l'alcool (suite)**

Description CIM-9	Code CIM-9	Description CIM-10	Code CIM-10
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, syndrome amnésique	F166
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, troubles mentaux et du comportement non précisés	F168
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, troubles mentaux et du comportement non précisés	F169
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, syndrome amnésique	F186
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, autres troubles mentaux et du comportement	F188
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, troubles mentaux et du comportement non précisés	F189
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, syndrome amnésique	F196
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, autres troubles mentaux et du comportement	F198
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, troubles mentaux et du comportement non précisés	F199

L'indicateur 4 englobe trois (3) sous-indicateurs :

4.1. Sevrage à une drogue autre que l'alcool (avec ou sans délirium) : 292.0, F113, F114, F123, F124, F133, F134, F143, F144, F153, F154, F163, F164, F183, F184, F193, F194

4.2. Trouble psychotique induit par une drogue autre que l'alcool : 292.1, 292.8, 292.9, F115, F117, F125, F127, F135, F137, F145, F147, F155, F157, F165, F167, F185, F187, F195, F197

4.3. Autre trouble mental ou du comportement induit par une drogue autre que l'alcool (excluant le sevrage et les troubles psychotiques) : 292.2, F116, F118, F119, F126, F128, F129, F136, F138, F139, F146, F148, F149, F156, F158, F159, F166, F168, F169, F186, F188, F189, F196, F198, F199

**Indicateur 5 : Intoxication à l'alcool**

<b>Description CIM-9</b>	<b>CIM-9</b>	<b>Description CIM-10</b>	<b>CIM-10</b>
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë	F100
Effets toxiques de l'alcool éthylique	980.0	Effet toxique de l'éthanol	T510
Effets toxiques de l'alcool méthylique	980.1	Effet toxique du méthanol	T511
Effets toxiques d'autres alcools	980.8	Effet toxique d'autres alcools	T518
Effets toxiques de l'alcool, SAI	980.9	Effet toxique de l'alcool, sans précision	T519

**Indicateur 6 : Intoxication à une substance psychoactive ou à potentiel d'abus (autre que l'alcool)**

Description CIM-9	CIM-9	Description CIM-10	CIM-10
Intoxication par opiacés et narcotiques	965.0	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, intoxication aiguë	F110
		Intoxication par l'opium	T400
		Intoxication par l'héroïne	T401
		Intoxication par d'autres opiacés	T402
Intoxication par la méthadone		Intoxication par la méthadone	T403
		Intoxication par d'autres narcotiques synthétiques	T404
		Intoxication par des narcotiques, autres et sans précision	T406
Intoxication par autres analgésiques, antipyrétiques, antirhumatismaux	965.8	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, intoxication aiguë	F130
		Intoxication par les barbituriques	T423
Intoxication par barbituriques	967.0		
Intoxication par sédatifs mixtes, NCA	967.6		
Intoxication par autres sédatifs et hypnotiques	967.8	Intoxication par d'autres antiépileptiques, sédatifs et hypnotiques	T426
Intoxication par sédatifs et hypnotiques, SAI	967.9	Intoxication par les antiépileptiques, les sédatifs et les hypnotiques, sans précision	T427
Intoxication par benzodiazépines	969.4	Intoxication par les benzodiazépines	T424
Intoxication par autres tranquillisants	969.5	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, intoxication aiguë	F140
		Intoxication par la cocaïne	T405
Intoxication par psychostimulants	969.7		
Intoxication par autres stimulants du système nerveux central	970.8	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine, intoxication aiguë	F150
		Intoxication par les psychostimulants présentant un risque d'abus	T436
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, intoxication aiguë	F120
Intoxication par le cannabis (dérivés)		Intoxication par le cannabis (dérivés)	T407
		Intoxication par psychodysléptiques (hallucinogènes)	969.6

<b>Description CIM-9</b>	<b>CIM-9</b>	<b>Description CIM-10</b>	<b>CIM-10</b>
		Intoxication par le lysergide [LSD]	T408
		Intoxication par des psychodysléptiques [hallucinogènes], autres et sans précision	T409
Intoxication par autres produits psychotropes	969.8	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples, et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, intoxication aiguë	F190
Intoxication par agents psychotropes, SAI	969.9	Intoxication par d'autres antipsychotiques et neuroléptiques, autres et sans précision	T435
		Intoxication par d'autres médicaments psychotropes, non classés ailleurs	T438
		Intoxication par un médicament psychotrope, sans précision	T439
		Intoxication par des drogues, des médicaments et des substances biologiques, autres et sans précision	T509
		Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, intoxication aiguë	F180
Effets toxiques du benzène et homologues	982.0	Effet toxique d'autres solvants organiques	T528
Effets toxiques d'autres solvants non dérivés du pétrole	982.8	Effet toxique d'un solvant organique, sans précision	T529



[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)