



# Consommation problématique de drogues à Ottawa

## Rapport technique

Juin 2016

RÉVISÉ conformément à la motion 10/05, adoptée par le Conseil de santé d'Ottawa le 20 juin 2016.



# Table des matières

Table des matières .....	i
Listes des figures .....	ii
Listes des tableaux.....	iv
Introduction .....	2
Résumé .....	3
Résumé des conclusions .....	4
Prévalence de la consommation problématique d'alcool et de drogues .....	7
Morbidité liée à la drogue.....	10
Visites à l'urgence pour des surdoses .....	10
Visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues .....	12
Mortalité liée à la drogue .....	15
Consommation de drogues injectables .....	21
Répartition géographique de la consommation de drogues et des consommateurs.....	25
Interventions paramédicales liées aux surdoses à Ottawa .....	25
Demandes de services au Programme sur les aiguilles et les seringues SITE de SPO .....	27
Visites à l'urgence pour des surdoses de drogues .....	29
Visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues .....	31
Consommation de drogues injectables chez les personnes atteintes d'infections transmissibles par le sang.....	33
Itinérance chez les consommateurs de drogues .....	35
Consommation problématique d'alcool et de drogues chez les personnes dans une situation de logement instable.....	36
Traitement de la consommation problématique, résultats et réduction des méfaits.....	37
Services offerts .....	37
Résultats du traitement et de la réduction des méfaits .....	41
Références .....	43
Appendice 1 : Sigles et Glossaire .....	45
Sigles.....	45
Glossaire .....	46
Appendice 2 : Quartiers .....	48
Appendice 3 : Tableaux de données .....	49

## Listes des figures

Figure 1 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires, par année, Ottawa et Ontario, 2003-2015 .....	11
Figure 2 : Nombre et taux de visites à l'urgence annuels pour des surdoses involontaires selon l'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2013 -2015.....	12
Figure 3 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues selon l'âge et le sexe, par année, Ottawa et Ontario, 2003-2015 .....	13
Figure 4 : Nombre annuel et taux de visites à l'urgence pour des troubles mentaux ou du comportement causés par la consommation de drogues selon le groupe d'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2003-2015.....	14
Figure 5 : Taux de mortalité et nombre de décès par surdose involontaire à Ottawa et en Ontario, 2000-2014.....	16
Figure 6 : Nombre de décès par surdose involontaire de drogues en fonction du sexe, Ottawa, 2000-2014.....	17
Figure 7 : Proportion des surdoses involontaires mortelles d'opioïdes par groupe d'âge et par année, Ottawa, 2010-2014 .....	19
Figure 8 : Surdoses mortelles involontaires par opioïdes en comparaison aux non opioïdes, par année, Ottawa, 2003-2014 .....	20
Figure 9 : Carte de densité par quartier illustrant les interventions paramédicales liées aux appels pour surdoses, par kilomètre carré, Ottawa, 2015 .....	26
Figure 10 : Carte illustrant les visites des fourgonnettes du Programme SITE par quartier, Ottawa, 2015.....	27
Figure 11 : Nombre et taux de visites des fourgonnettes du Programme SITE par quartier, Ottawa, 2015.....	28
Figure 12 : Carte de densité par quartier illustrant le nombre annuel moyen de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires par kilomètre carré, Ottawa, 2013-2015 .....	29
Figure 13 : Nombre annuel moyen de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires par quartier, Ottawa, 2013-2015.....	30
Figure 14 : Carte de densité illustrant le nombre annuel de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychoactives selon le code postal; nombre de visites à l'urgence par kilomètre carré, avec les limites des quartiers, Ottawa, moyenne, 2013-2015 .....	31
Figure 15 : Nombre annuel et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychoactives, par quartier, Ottawa, moyenne, 2013-2015.....	32

Figure 16 : Carte de densité illustrant le nombre annuel de personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C ou de VIH et indiqué consommer des drogues injectables selon le code postal, avec les limites des quartiers, Ottawa, moyenne, 2011-2014 .....	33
Figure 17 : Nombre annuel moyen de personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C ou de VIH et indiqué consommer des drogues injectables par quartier, Ottawa, 2011-2014 .....	34
Figure 18 : Carte des centres de services de traitement et de réduction des méfaits par type de service, Ottawa, 2016 .....	40

## Listes des tableaux

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de diverses substances, Ottawa.....	8
Tableau 2 : Décès par surdose involontaire en fonction de la drogue, Ottawa, 2005-2014.....	18
Tableau 3 : Comportements associés à la consommation de drogues injectables .....	21
Tableau 4 : Mode d'administration des drogues les plus consommées par les personnes qui consomment des drogues injectables, 2014 .....	22
Tableau 5 : Prévalence mesurée de l'infection par le VIH et de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues injectables, Ottawa, 2003 -2015.....	23
Tableau 6 : Prévalence mesurée de l'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables, Montréal, Ottawa et Toronto, 2011 .....	24
Tableau 7 : Pourcentage des consommateurs de drogues dans une situation de logement instable.....	35
Tableau 8 : Lieu et capacité des refuges d'urgence pour personnes seules, Ottawa .....	35
Tableau 9 : Capacité et temps d'attente des programmes, Ottawa.....	37
Tableau 10 : Résultats de certains services de traitement et de réduction des méfaits en matière de consommation problématique d'alcool et de drogues.....	41
Tableau 11 : Population par quartier, Ottawa .....	48
Tableau 12 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires, par année, Ottawa et Ontario, 2003 à 2015 .....	49
Tableau 13 : Nombre et taux de visites à l'urgence annuels pour des surdoses involontaires selon l'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2013 à 2015.....	50
Tableau 14 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues selon l'âge et le sexe, par année, Ottawa et Ontario, 2003 à 2015 .....	51
Tableau 15 : Nombre annuel et taux de visites à l'urgence pour des troubles mentaux ou du comportement causés par la consommation de drogues selon le groupe d'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2003 à 2015 .....	52
Tableau 16 : Taux de mortalité et nombre de décès par surdose involontaire à Ottawa et en Ontario, 2000 à 2014 .....	53
Tableau 17 : Nombre de décès par surdose involontaire de drogues en fonction du sexe, Ottawa, 2000 à 2014. S.O. : Sans objet. Les données non rapportées dû au risque d'identification.....	54
Tableau 18 : Proportion des surdoses involontaires mortelles d'opioïdes par groupe d'âge et par année, Ottawa, 2010-2014.....	54

Tableau 19 : Surdoses mortelles involontaires par opioïdes comparé aux non-opioïdes, par année, Ottawa, 2003 à 2014.....	55
Tableau 20 : Nombre et taux de visites des fourgonnettes du Programme SITE par quartier, Ottawa, 2015 .....	56
Tableau 21 : Nombre annuel moyen de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires de drogues par quartier, Ottawa, moyenne, 2013 à 2015. S.O.= sans objet, données non rapportées.....	57
Tableau 22 : Nombre annuel et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychoactives, par quartier, Ottawa, moyenne, 2013 à 2015. ....	58
Tableau 23 : Nombre annuel moyen de personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C ou de VIH et indiqué consommer des drogues injectables, par quartier, Ottawa, 2011 à 2014.....	59



## Remerciements

### **Ce rapport a été rédigé par :**

Dara Spatz Friedman, Jacqueline Willmore, Cameron McDermaid et Amira Ali, épidémiologistes, Santé publique Ottawa.

Plusieurs personnes ont contribué à la publication du présent rapport. Nous aimerions remercier les personnes suivantes :

Warren Bedford, Service des parcs, des loisirs et de la culture, pour les cartes de densité.

Anne Bouillon, Santé publique Ottawa, pour la révision du contenu en français.

Muy Labrecque, Santé publique Ottawa, pour la mise en page générale.

### **Nous tenons à remercier tout particulièrement les pairs examinateurs suivants pour leurs conseils et examens techniques :**

Jayne Caldwell, Analyse des politiques, Secrétariat de la Stratégie antidrogues, Bureau de santé publique de Toronto

Joseph Eibl, Ph. D., chercheur associé, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Programme de recherche en santé mentale et en toxicomanie, École de médecine du Nord de l'Ontario

Paul Lavigne, Tamatha Trenholm et Shelley Vanbuskirk, Direction des services de logement, Ville d'Ottawa

Rod Olfert, spécialiste principal de l'intégration, Réseau local d'intégration de Champlain

Andrew Stephen, responsable de la gestion de l'information, Bureau du coroner en chef de l'Ontario

Les données sur la consommation des élèves utilisées dans cette publication proviennent de la Surveillance des facteurs de risque en Ontario du SCDSEO, le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, réalisé par Robert Mann du CTSM. Le contenu et l'interprétation du présent rapport relèvent entièrement des auteures et ne représentent pas forcément la position officielle du CTSM.

### **Tout renvoi au présent document doit être formulé ainsi :**

Santé publique Ottawa. *Consommation problématique de drogues à Ottawa : Rapport technique*, juin 2016. Ottawa (ON): Santé publique Ottawa, 2016.

Pour obtenir copie de ce rapport, visitez [ottawa.ca/rapportsante](http://ottawa.ca/rapportsante)

Pour en savoir plus, communiquez avec Amira Ali au 613-580-6744, poste 23484, ou à l'adresse [amira.ali@ottawa.ca](mailto:amira.ali@ottawa.ca)

## Introduction

La consommation problématique d'alcool et de drogues s'entend de l'utilisation nocive de toute substance, comme l'alcool, le tabac, les drogues illicites<sup>1</sup>, les médicaments en vente libre et les médicaments sur ordonnance. Elle peut affecter les personnes, les familles et les communautés de différentes façons : maladies mentales, dépendance, maladies infectieuses comme l'infection au VIH et l'hépatite C, maladies chroniques comme le cancer et les maladies cardio-vasculaires, violence, actes autodestructeurs, suicide et blessures accidentelles.

Chez les résidents d'Ottawa, la consommation problématique d'alcool est plus fréquente et représente un plus lourd fardeau de morbidité et de mortalité que l'abus de drogues illicites ou d'analgésiques opioïdes sur ordonnance (Abus d'alcool et de drogues à Ottawa, Rapport technique, mars 2013). Le mésusage de certaines de ces substances est toutefois plus susceptible de provoquer le décès ou de requérir l'hospitalisation, de sorte qu'il engendre des répercussions pour la santé et d'ordre social importantes malgré sa prévalence plus faible.

Divers programmes et services sont offerts à Ottawa pour répondre aux besoins des personnes, peu importe la nature de leur consommation, notamment des programmes de prévention visant à prévenir la consommation ou à favoriser une intervention précoce, ou encore des services de traitement axés entre autres sur la réduction des méfaits, dont l'objectif est de prévenir les blessures, les maladies et les décès chez les personnes qui consomment des drogues injectables. L'augmentation des cas de surdose ailleurs au Canada ainsi que de nombreuses discussions à Ottawa quant à l'approche à adopter concernant le mésusage de drogues nous ont poussés à étudier l'épidémiologie de la consommation problématique de drogues illicites et d'opioïdes sur ordonnance à Ottawa. Un rapport complémentaire (Services optimisés de réduction des méfaits à Ottawa, 2016) explore plus à fond les résultats du présent rapport.

Le présent rapport porte principalement sur la prévalence de l'utilisation problématique de drogues illicites, à l'exception du cannabis, et d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales, ainsi que sur la morbidité (maladies et blessures) et la mortalité (décès) qui en découlent. Il contient des données probantes qui favoriseront l'établissement d'un dialogue dans notre communauté qui favorisera l'amélioration des services de traitement et de réduction des méfaits. Le rapport se penche sur 1) la prévalence de la consommation de drogues, 2) la morbidité liée à la drogue (soit le nombre de visites à l'urgence dues aux surdose involontaires et les conditions reliées à la santé mentale), 3) la mortalité liée à la drogue (mortalité par surdose involontaire), 4) la consommation de drogues injectables, 5) la répartition géographique de la consommation de drogues ainsi que 6) le traitement et la réduction des méfaits de la consommation problématique de drogues et les résultats.

---

<sup>1</sup> P. ex., cocaïne, crack, ecstasy, héroïne, méthamphétamine en cristaux (*crystal meth*).

## Résumé

Le mésusage de certaines drogues illicites et de certains analgésiques opioïdes sur ordonnance s'accompagne d'un risque élevé d'hospitalisation ou de décès. On estime qu'entre 23 600 et 46 900 personnes à Ottawa consomment des drogues illicites (à l'exception du cannabis) ou prennent des opioïdes à des fins non médicinales.

Depuis 2009, le nombre de visites à l'urgence liées à la consommation de drogues de même que le nombre de décès par surdose accidentelle d'opioïdes sont en hausse à Ottawa. Il y a eu environ 1 750 visites à l'urgence liées à la consommation de drogues en 2015 et 36 décès par surdose en 2014 à Ottawa. Les deux tiers des surdoses mortelles ont été causées par des opioïdes comme le fentanyl et l'oxycodone.

Entre 1 200 et 5 600 personnes s'injectent des drogues à Ottawa, dont 10 % sont infectées par le VIH et 70 % par le virus de l'hépatite C, et dont 44 % consomment dans des lieux publics. En tout, 74 % de ces personnes auraient recours aux services d'un centre d'injection supervisée s'il y en avait un.

La consommation de drogues est concentrée au centre-ville, comme l'illustrent un certain nombre d'indicateurs : l'utilisation des services mobiles (p. ex., interventions des paramédics pour des surdoses et de la fourgonnette du Programme sur les aiguilles et les seringues SITE), le lieu de résidence des personnes qui se sont rendues à l'urgence pour un problème lié à la drogue et des personnes ayant indiqué consommer des drogues injectables après avoir reçu un résultat positif à un test de dépistage d'une infection transmissible par le sang, et l'emplacement des refuges, dont 73 % des clients y ayant séjourné plus de 30 jours s'adonnaient au mésusage d'alcool ou de drogues.

Durant l'année financière 2014-2015, environ 8 600 résidents d'Ottawa ont reçu un traitement pour un problème de toxicomanie. Le temps d'attente pour la plupart des services était court; le temps d'attente moyen le plus long était de 16 jours. Un petit nombre de clients ont toutefois dû attendre très longtemps pour certains services.

Des résultats positifs mesurables ont été associés aux services de traitement et de réduction des méfaits offerts à Ottawa, notamment une diminution de 75 % de la consommation de drogues chez les élèves inscrits au programme de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire, 60 vies sauvées depuis 2012 grâce au programme Prévention des surdoses de drogue par les pairs utilisant la naloxone, et un taux de rétention de 39 % des nouveaux patients dans les traitements de remplacement des opioïdes.

# Résumé des conclusions

## Prévalence de la consommation de drogues

- Entre 23 600 et 46 900 personnes à Ottawa auraient consommé des drogues illicites (excluant le cannabis) ou des opioïdes à des fins non médicales au cours des douze mois précédents.
- Entre 1 200 et 5 600 personnes se seraient injecté des drogues illicites en 2008 à Ottawa; ce nombre est inclus dans l'estimation du nombre de consommateurs de drogues illicites susmentionnée.
- Il y a environ 71 000 personnes à Ottawa qui consomment des opioïdes, dont certaines à des fins non médicales. Le taux de prescription d'opioïdes à Ottawa a augmenté entre 2006-2010 et 2011-2013.

## Morbidité liée à la drogue

- Le nombre de visites à l'urgence liées à la consommation de drogues est en hausse.
  - Le nombre de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires de drogues, soit 205 visites en 2015, a augmenté de 77 % entre 2009 et 2015.
  - Pendant la même période, le nombre de visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale attribuables à la consommation de drogues a connu une hausse de 38 % et se chiffrait à 1 550 en 2015.
- Plus d'hommes que de femmes se rendent à l'urgence pour des problèmes liés aux drogues. Par ailleurs, les jeunes adultes de 20 à 24 ans sont les plus nombreux à visiter l'urgence.
  - Entre 2013 et 2015, 56 % (n = 333/592) des personnes visitant l'urgence pour une surdose et 61 % (n = 2 559/4 175) des personnes s'y présentant pour des problèmes de santé mentale attribuables à la consommation de drogues étaient des hommes.
  - On recense en moyenne chaque année 75 visites à l'urgence attribuables à la consommation de drogues chez les jeunes de 15 à 19 ans, et 116 chez les jeunes de 20 à 24 ans.
- Entre 2011 et 2014, 11 % des cas d'infection par le VIH et 48 % des cas d'hépatite C à Ottawa ont été diagnostiqués chez des personnes qui consommaient des drogues injectables.
- La prévalence de l'infection par le VIH et de l'hépatite C chez les personnes qui consomment des drogues injectables à Ottawa se chiffrait respectivement à 10 % et à 70 % : elle est demeurée relativement stable depuis 2003.

## Mortalité liée à la drogue

- En moyenne, 33 résidents d'Ottawa décèdent chaque année d'une surdose involontaire de drogues (2010-2014), ce qui représente 72 % du total des 46 décès attribuables aux surdoses. De ce nombre, les deux-tiers des mortalités (22 par année) sont attribuables aux opioïdes.

- Le nombre de surdoses de drogues *injectables* ne peut être estimé de façon fiable<sup>2</sup>.
- Depuis 2001, le taux de décès par surdose involontaire est plus faible à Ottawa qu'ailleurs en Ontario.
- Le taux de décès par surdose a augmenté de 124 % en Ontario entre 2000 et 2014 pour tous les types de drogues.
- Le nombre de décès par surdose involontaire d'opioïdes a augmenté à Ottawa. Les surdoses mortelles involontaires liées à l'usage des opioïdes ont été 2,5 fois plus élevées entre 2009 et 2014 (23 par année) comparativement aux années 2003-2008 (9 par année), tandis que le nombre de surdoses mortelles involontaires reliées à la consommation de non-opioïdes est demeuré stable.
- En moyenne, les hommes décèdent 2,3 fois plus souvent de surdoses involontaires de drogues que les femmes (2010 et 2014).
- Environ 91 % des décès par les surdoses mortelles involontaires d'opioïdes à Ottawa (20 par année) se sont produites chez des adultes de 20 à 59 ans (2010 et 2014).

### **Tendances en matière de consommation de drogues injectables en 2013**

- 44 % des personnes qui consomment des drogues injectables le font en public.
- 59 % des personnes qui font usage de drogues injectables le font quotidiennement.
- 74 % d'entre elles ont indiqué qu'elles auraient recours aux services d'un centre d'injection supervisée (CIS).
- La plupart des utilisateurs de drogues injectables consomment également des drogues non injectables.

### **Répartition géographique des personnes faisant usage de drogues et consommation**

- En 2015, les interventions paramédicales liées aux surdoses ont surtout eu lieu au centre-ville d'Ottawa, mais il y en a eu au moins quelques-unes dans la plupart des quartiers.
- La fourgonnette mobile du Programme sur les aiguilles et les seringues SITE de SPO se rend dans les quartiers où les besoins sont les plus importants. Les clients peuvent téléphoner pour demander une visite. La majorité des demandes provient du quartier Rideau-Vanier. Entre 2013 et 2015, les nombres et les taux les plus élevés de visites à l'urgence, que ce soit pour des surdoses ou des problèmes de santé mentale attribuables à la consommation de drogues, ont été recensés dans les quartiers Rideau-Vanier et Somerset. Le taux de visites à l'urgence liées à des surdoses et à des problèmes de santé mentale attribuables à la consommation de drogues dans le quartier Rideau-Vanier était plus de deux fois plus élevé (2,1 fois) que dans le quartier arrivant au deuxième rang, et le taux de visites à l'urgence liées seulement à des problèmes de santé mentale attribuables à la consommation de drogues était 1,6 fois plus élevé que celui du quartier au deuxième rang.
- La plupart des personnes qui consomment des drogues injectables et qui ont reçu un diagnostic d'infection transmissible par le sang vivent au centre-ville d'Ottawa.

<sup>2</sup> Communication personnelle. Andrew Stephen (responsable de la gestion de l'information, Bureau du coroner en chef de l'Ontario) et Louise McNaughton-Filion (coroner régionale principale de la région d'Ottawa), le 14 avril 2016.

- Une étude de 2014 sur les personnes qui consomment des drogues injectables à Ottawa a indiqué que ces dernières étaient nombreuses à habiter dans un refuge d'urgence ou dans la maison d'une autre personne.
- Environ 3 personnes sur 4 ayant fréquenté un refuge d'urgence pendant plus de 30 jours ont indiqué que leur consommation de drogues ou d'alcool influençait leur santé et leur fonctionnement au quotidien.

### **Traitement de la consommation problématique d'alcool et de drogues, résultats et réduction des méfaits**

- Durant l'année financière 2014-2015, plus de 8 600 résidents d'Ottawa ont suivi un traitement pour un problème de toxicomanie. Le temps d'attente pour accéder à la plupart des services était généralement court, mais certaines personnes ont dû attendre très longtemps pour recevoir certains services. Le délai d'attente moyen le plus long (16 jours) précédait l'évaluation initiale pour la planification des traitements.
- Les programmes de traitement et de réduction des méfaits sont offerts dans environ 160 sites répartis sur le territoire d'Ottawa, principalement au centre-ville.
- Des résultats positifs démontrables ont été associés aux services de traitement et de réduction des méfaits offerts à Ottawa, notamment une diminution de 75 % de la consommation de drogues chez les élèves inscrits au programme de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire, 60 vies sauvées depuis 2012 grâce au programme de prévention des overdoses par les pairs utilisant le naloxone, et un taux de rétention de 39 % dans les traitements initiaux de remplacement des opioïdes. En tout, 12 surdoses mortelles et 35 cas d'infection au VIH ont été évités annuellement au centre InSITE à Vancouver, le seul centre d'injections supervisées au Canada.

## Prévalence de la consommation problématique d'alcool et de drogues

Comme l'indique le tableau 1, les substances les plus consommées par les adultes étaient l'alcool, le tabac et le cannabis. Lors du sondage, près du tiers des adultes avaient dépassé les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, 17 % étaient des fumeurs actuels. Au cours de l'année précédente, 13 % des adultes avaient consommé du cannabis au moins une fois et 2 % de ceux-ci ont utilisé des opioïdes sur ordonnance à des fins non-médicinales. En ce qui concerne les élèves d'Ottawa, 47 % avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédente et 24 % du cannabis, et 9 % étaient des fumeurs actuels.

À la lumière des plus récentes données disponibles, entre 23 600 et 46 900 personnes ont consommé des drogues illicites (à l'exception du cannabis) ou des opioïdes à des fins non médicinales à Ottawa. Pour estimer le nombre de consommateurs de drogues illicites (excluant le cannabis) et d'opioïdes à des fins non médicinales à Ottawa, nous avons combiné les estimations des enquêtes pour Ottawa pour le nombre d'adultes et de jeunes ayant indiqué consommer ce type de drogues dans les enquêtes avec les estimations du nombre d'adultes et de jeunes consommant des drogues injectables (voir le tableau 1 pour plus de détails). Bien que la consommation d'autres drogues illicites et d'opioïdes à des fins non médicinales soit moins répandue que celles de l'alcool, du tabac et du cannabis, elle demeure préoccupante étant donné les risques élevés de surdose et de maladies infectieuses qui en découlent. Entre 2011 et 2013, environ 71 085 personnes à Ottawa se sont fait prescrire des opioïdes (Ontario Drug Policy Research Network) qui, lorsque mal utilisés, entraînent un risque de dépendance et de mésusage.

La limite inférieure de l'estimé des personnes faisant usage de drogues illicites (excluant le cannabis) à Ottawa correspond au plus grand nombre d'adultes et de jeunes consommant une substance précise (Tableau 1), soit le nombre total de personnes utilisant les opioïdes à des fins non médicinales (soit 14 700 adultes et 8 900 jeunes). Il s'agit de l'estimation la plus prudente du nombre total de consommateurs de drogues illicites, car on présume ici que les consommateurs d'opioïdes à des fins non médicinales englobent tous les consommateurs de drogues illicites (excluant le cannabis) et de drogues injectables.

La limite supérieure de l'estimé correspond au plus grand nombre possible de consommateurs de drogues illicites. Ce nombre suppose que le nombre total de consommateurs de drogues illicites, excluant le cannabis, (soit 13 100 adultes et 4 600 jeunes), de drogues injectables et d'opioïdes à des fins non médicinales (14 700 adultes et 8 900 jeunes) forment des groupes distincts qui peuvent être additionnés.

**Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de diverses substances, Ottawa**

Substance	Indicateur	Pourcentage	Nombre	Source
Alcool	Adultes de 19 ans et plus (ayant dépassé les Directives de consommation à faible risque durant les 12 mois précédents))	32,2 %	219 800	ESCC 2011-2012
Alcool	Adultes de 19 ans et plus (ayant consommé de façon excessive plus d'une fois par mois durant l'année précédente)	22,9 %	156 800	ESCC 2011-2012
Alcool	Jeunes de la 7 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année	47,2 %	33 200	SCDESO- Surveillance des facteurs de risques en Ontario, 2013
Tabac	Adultes de 19 ans et plus	9,0 %	67 500	SSRFR- Système de surveillance rapide des facteurs de risqué, 2014
Tabac	Jeunes de la 7 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année	9,1 %	6 400	SCDESO- Surveillance des facteurs de risques en Ontario, 2013
Cannabis	Adultes de 18 ans et plus (ayant consommé plus d'une fois durant les 12 mois précédents)	13,3 %	95 300	ESCC 2011-2012
Cannabis	Jeunes de la 7 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année (ayant consommé au moins une fois durant les 12 mois précédents)	23,6 %	16 600	SCDESO- Surveillance des facteurs de risques en Ontario, 2013
Opioïde sur ordonnance	65 ans et plus	N.D.	47 840	ODPRN, 2016
Opioïde sur ordonnance	De 15 à 64 ans	N.D.	23 245	ODPRN, 2016
Drogues illicites (excluant le cannabis)	Adultes de 18 ans et plus	1,9 %	13 100	ESCC 2011-2012
Drogues illicites (excluant le cannabis)	Jeunes de la 9 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année	9,1 %	4 600	SCDESO- Surveillance des facteurs de risques en Ontario, 2013
Consommation d'opioïdes non médicaux	Adultes de 18 ans et plus	2,0 %	14 700	CAMH Monitor*, 2010-2013

Substance	Indicateur	Pourcentage	Nombre	Source
Consommation d'opioïdes non médicaux	Jeunes de la 7 <sup>e</sup> à la 12 <sup>e</sup> année	12,6 %	8 900	SCDESO- Surveillance des facteurs de risques en Ontario, 2013
Consommation de drogues injectables illicites	Adultes et jeunes	N.D.	1 200 à 5 600	TOSCA <sup>†</sup> , 2012
Consommation de drogues injectables illicites	Jeunes de la rue	12 %	N.D.	Surveillance accrue des jeunes de la rue, 2009
Limite inférieure pour le nombre de personnes utilisant des drogues illicites (excluant le cannabis) ou des opioïdes pour fins non-médicinales	Adultes ou jeunes faisant usage d'opioïdes pour fins non médicales		14 700 + 8 900 = 23 600	
Limite supérieure de personnes utilisant des drogues illicites (excluant le cannabis) ou des opioïdes pour fins non-médicinales	Consommation de drogues illicites pour adultes ou pour jeunes + la consommation d'opioïdes utilisation non-médicinaux + la limite supérieure de la consommation de drogues illicites injectables		13 100 + 4 600 +14 700 + 8 900 +5 600 = 46 900	

#### Sources des données :

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2011-2012, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

SCDSEO 2013 – Surveillance des facteurs de risque en Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM).

Ontario Drug Policy Research Network (ODPRN), 2016.

CAMH Monitor, 2010-2013.

Étude d'évaluation de la consommation supervisée de drogues à Toronto et Ottawa (TOSCA), 2012.  
Surveillance accrue des jeunes de la rue, 2009.

#### Remarques

N.D. = non disponible

ESCC 2011-2012 a été choisi comme source de données pour les consommations d'alcool parce qu'elle sont comparables dans le temps avec les données pour la consommation des drogues illicites. Le taux s'applique à l'ensemble du RLISS de Champlain.

\*L'estimé pour Ottawa fait à partir du CAMH Monitor a été calculé indirectement, en se basant sur le pourcentage de RLISS de Champlain.

† L'estimation pour Ottawa de l'enquête a été calculée indirectement à partir du pourcentage associé au RLISS de Champlain. La fourchette du nombre de consommateurs de drogue injectable en 2008 a été établie à partir de l'étude TOSCA au moyen des estimations disponibles relatives à l'incidence du VIH à Ottawa (issu de Ontario Epidemiologic Monitoring Unit (OHEMU)) au nombre de personne séropositives pour le VIH consommant des drogues injectables dans le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain ( issu de OHEMU) et à la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogue d'Ottawa (issu de iTrack, 2008). L'estimation inférieure correspond à la taille de la population nécessaire pour obtenir l'incidence modélisée du VIH, en tenant compte de divers facteurs qui influencent le taux de transmission. L'estimation supérieure a été obtenue à partir du nombre modélisé d'utilisateurs de drogues injectables séropositifs pour le VIH consommant des drogues injectables de la prévalence mesurée du VIH chez ces personnes.

## Morbidité liée à la drogue

L'évaluation des répercussions de la consommation problématique d'alcool de drogues doit tenir compte de la morbidité qui en découle. Parmi les indicateurs de morbidité existants, notons le nombre de visites à l'urgence liées à la drogue pour des surdoses ou des troubles mentaux et du comportement tels qu'une dépendance ou un sevrage. Ces indicateurs ne reflèteraient toutefois pas l'ampleur des répercussions de la consommation problématique, puisque pour chaque personne visitant l'urgence, quatre autres développeraient des problèmes de consommation (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), 2011).

La présente section s'intéresse au fardeau associé aux visites à l'urgence pour des surdoses et à la répartition de ces visites selon l'âge et le sexe, de même qu'au fardeau associé aux visites pour des problèmes de santé mentale ou du comportement. L'accent est mis sur les surdoses involontaires<sup>3</sup> (par opposition aux surdoses intentionnelles), étant donné qu'elles font l'objet de stratégies différentes de réduction des méfaits. Les surdoses de drogues intentionnelles ne sont pas prises en compte dans ce rapport mais elles sont un enjeu auquel s'intéresse Santé publique Ottawa dans son *Plan d'action pour favoriser la santé mentale dans notre communauté 2015-2018, juin 2016*.

La provenance des personnes qui se présentent à l'urgence pour des raisons liées à la drogue est présentée plus loin dans ce rapport, dans la section intitulée Répartition géographique de la consommation de drogues et des consommateurs.

### Visites à l'urgence pour des surdoses

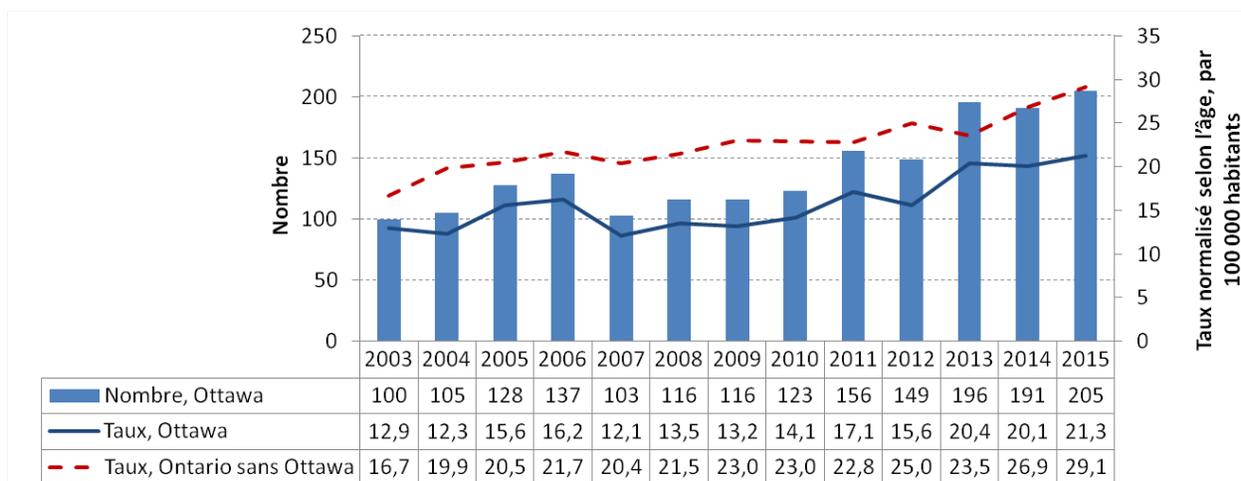
Les visites à l'urgence pour des surdoses involontaires incluent toute visite non planifiée à l'urgence lors de laquelle un médecin a diagnostiqué au patient à son départ de l'urgence une intoxication par narcotiques ou psychodysléptiques ou par psychostimulants présentant un risque d'abus. Ces substances incluent l'opium, l'héroïne, d'autres opioïdes (p. ex., codéine, morphine, fentanyl, oxycodone), la méthadone, la cocaïne, le LSD, les amphétamines et l'ecstasy (MDMA). Les données présentées ne tiennent pas compte des surdoses causées exclusivement par l'alcool, le tabac ou le cannabis. Bien que nous ne pouvons déterminer si les visites à l'urgence sont causées par la consommation de drogues injectables ou non injectables, nous pouvons affirmer que ces visites sont souvent en lien avec ces drogues (opioïdes, les amphétamines et la cocaïne).

À Ottawa, le nombre de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires de drogues, soit 205 visites en 2015, a augmenté de 77 % entre 2009 et 2015 (figure 1). Le taux ailleurs en Ontario a également augmenté et continue d'être plus élevé qu'à Ottawa.

---

<sup>3</sup> Le terme « surdose involontaire » utilisé dans ce rapport fait référence à des surdoses jugées involontaires ou d'intention indéterminée. Les surdoses involontaires ne comprennent pas celles que l'on considère intentionnelles (autodestructrices).

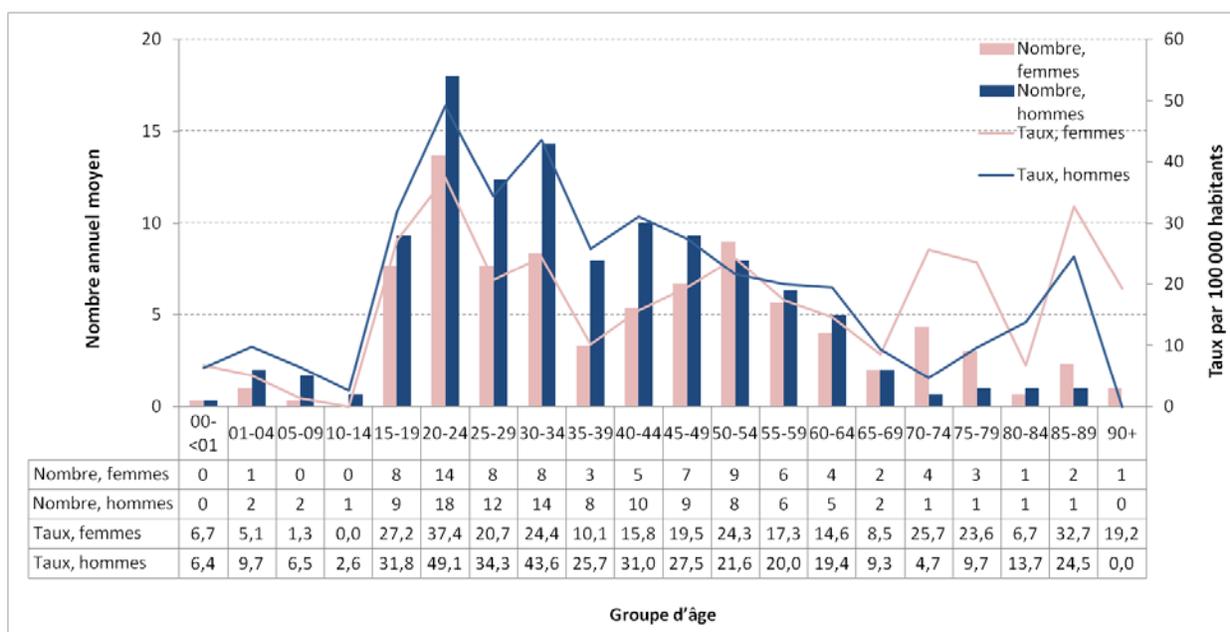
**Figure 1 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires, par année, Ottawa et Ontario, 2003-2015**



**Source des données :** Visites à l'urgence, 2003-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 15 avril 2016. Intoxication par narcotiques ou psychodysléptiques ou par psychostimulants présentant un risque d'abus (codes de la CIM-10 : X42, Y12, T40 – à l'exception de T40.7 et de T43.6). Les surdoses intentionnelles ont été exclues.

Entre 2010 et 2014, les hommes ont effectué en moyenne 111 visites à l'urgence par année pour des surdoses involontaires, comparativement à 86 visites pour les femmes (figure 2). Les taux des jeunes de 20 à 24 ans sont nettement plus élevés que ceux des groupes d'âge inférieur. Les hommes de ce groupe d'âge affichent le taux le plus élevé, toutes catégories confondues, et les femmes, le taux le plus élevé de tous leurs groupes d'âge. Les hommes de 30 à 34 ans se classent au deuxième rang absolu : les taux diminuent ensuite dans les groupes d'âge subséquents, avant de connaître une autre hausse après 70 ans. Nous posons pour hypothèse que la plupart des surdoses chez les personnes âgées sont attribuables à des erreurs de médicament mal catégorisées ou à des effets secondaires plutôt qu'à une consommation illicite.

**Figure 2 : Nombre et taux de visites à l'urgence annuels pour des surdoses involontaires selon l'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2013 -2015**



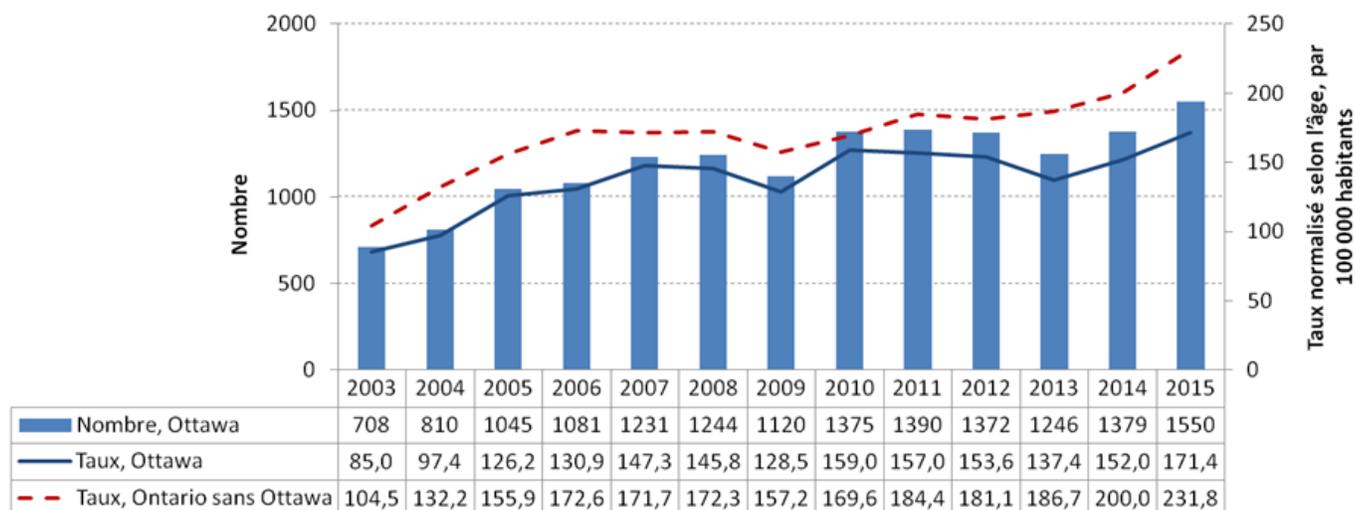
**Source des données :** Visites à l'urgence, 2013-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 15 avril 2016. Intoxication par narcotiques ou psychodysléptiques ou par psychostimulants présentant un risque d'abus (codes de la CIM-10 : X42, Y12, T40 – à l'exception de T40.7 et de T43.6). Les surdoses intentionnelles ont été exclues.

### Visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues

Les visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues incluent toute visite non planifiée à l'urgence lors de laquelle un médecin a diagnostiqué au patient à son départ de l'urgence un trouble mental ou du comportement lié à la consommation d'opioïdes, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne, d'autres stimulants, d'hallucinogènes, de solvants ou d'autres substances psychoactives. Parmi les diagnostics possibles, notons l'utilisation nocive, la dépendance (toxicomanie), le sevrage ou la psychose. Les données sur les troubles mentaux et du comportement attribuables exclusivement à l'alcool, au tabac ou au cannabis ont été exclues.

Le nombre de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues a connu une hausse de 38 % entre 2009 et 2015 (figure 3) et se chiffrait à 1 550 en 2015. Le taux ailleurs en Ontario a également augmenté et continue d'être plus élevé qu'à Ottawa.

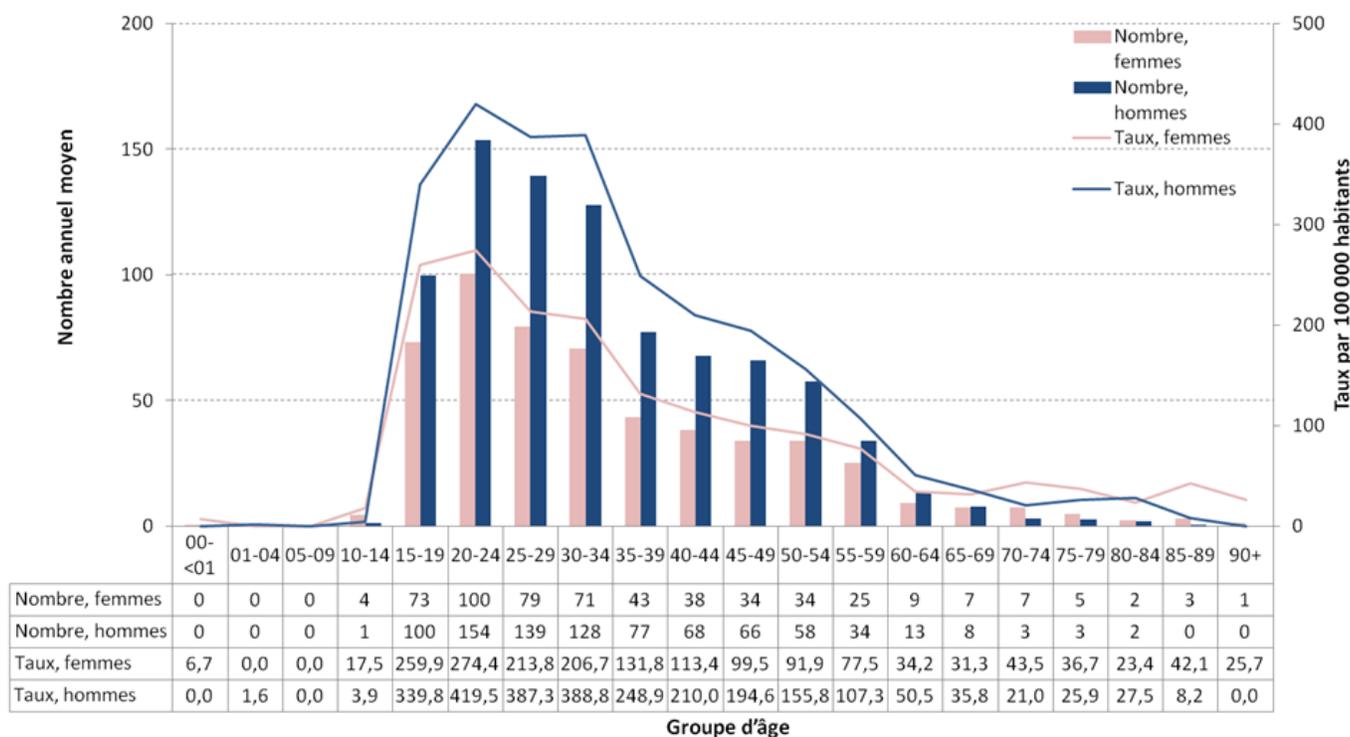
**Figure 3 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues selon l'âge et le sexe, par année, Ottawa et Ontario, 2003-2015**



**Source des données :** Visites à l'urgence, 2003-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 15 avril 2016. Codes de la CIM-10 : F11, F13-16, F18-19. Les troubles mentaux et du comportement attribuables exclusivement à l'alcool, au tabac ou au cannabis ont été exclus.

Entre 2010 et 2014, les hommes ont effectué en moyenne 853 visites à l'urgence par année pour des troubles mentaux ou du comportement liés à la consommation de drogues, comparativement à 539 visites par des femmes (figure 4). Comme dans le cas des surdoses, les hommes de 20 à 24 ans ont affiché le taux de fréquentation le plus élevé de tous les groupes d'âge.

**Figure 4 : Nombre annuel et taux de visites à l'urgence pour des troubles mentaux ou du comportement causés par la consommation de drogues selon le groupe d'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2003-2015**



**Source des données :** Visites à l'urgence, 2003-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 15 avril 2016. Codes de la CIM-10 : F11, F13-16, F18-19. Les troubles mentaux et du comportement attribuables exclusivement à l'alcool, au tabac ou au cannabis ont été exclus.

## Mortalité liée à la drogue

La présente section du rapport décrit le fardeau annuel associé aux décès causés par des surdoses involontaires de drogues<sup>4</sup> ainsi que leur répartition selon l'âge et le sexe. On y présente également des données portant exclusivement sur les décès par surdose d'opioïdes.

Le Bureau du coroner en chef de l'Ontario étudie toutes les preuves entourant les décès, y compris les dépositions des témoins, le lieu et les circonstances du décès, les résultats de l'analyse toxicologique et d'autres facteurs dans le but de déterminer la cause et le mode de décès. Il consigne ensuite les cas de décès par surdose comme étant accidentel, indéterminé ou un suicide (intentionnel). Les décès par surdose sont directement causés par une intoxication aiguë à une drogue ou à un mélange d'alcool et de drogues. Les drogues régulièrement à l'origine de surdoses mortelles sont les opioïdes (p. ex., la morphine et le fentanyl), les stimulants (p. ex., la cocaïne), les sédatifs, les antipsychotiques, les antidépresseurs et l'acétaminophène. Le coroner ne consigne toutefois pas automatiquement le mode d'administration dans son rapport, qui est parfois impossible à déterminer durant l'enquête : ainsi, le nombre de surdoses reliées à la consommation de drogues *injectables* ne peut pas être estimé de façon fiable et n'est donc pas indiqué<sup>5</sup>.

Les données sur la mortalité présentées dans ce rapport sont fournies par le Bureau du coroner et tiennent compte exclusivement des décès attribuables à des intoxications aiguës à la drogue (surdose). Elles ne tiennent pas compte des décès associés à la consommation de drogue ou de leur utilisation chronique ni des décès considérés accidentels, par exemple, ceux causés par une infection, une maladie infectieuse, un accident routier ou des homicides.

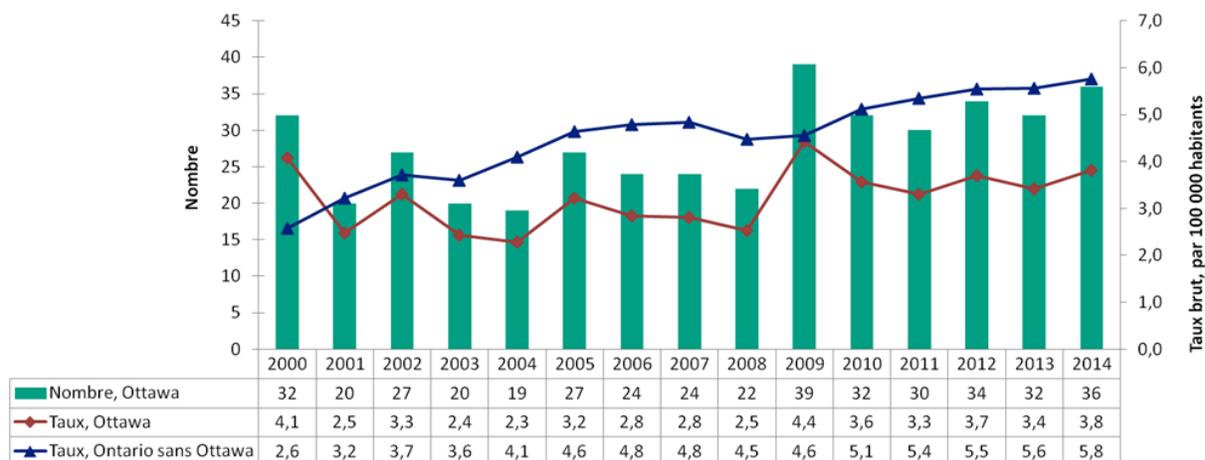
---

<sup>4</sup> Dans ce rapport, il est à noter que les décès par surdoses involontaires englobent les décès accidentels et ceux dont l'intention est indéterminée. Entre 2010 et 2014, 84 % des décès par surdose involontaire étaient accidentels et 11 % de cause indéterminée. Les données sur le nombre de décès dus aux surdoses involontaires de drogues n'incluent pas les décès par suicide (intentionnels).

<sup>5</sup> Provenance : Andrew Stephen, responsable de la gestion de l'information, Bureau du coroner de l'Ontario, et Louise McNaughton-Filion (coroner régionale principale de la région d'Ottawa), communications personnelles le 14 avril 2016.

Entre 2010 et 2014, 33 résidents d’Ottawa décèdent en moyenne chaque année d’une surdose involontaire, ce qui représente 72 % du total de 46 décès attribuables aux drogues. En 2014, on a dénombré 36 décès causés par surdose involontaire (Figure 5). Depuis 2001, le taux de décès par surdose involontaire est plus faible à Ottawa qu’en Ontario, bien qu’on ait observé une hausse des surdoses mortelles involontaires de 124 % entre 2000 et 2014 en Ontario. Le taux de décès a augmenté à Ottawa depuis 2009 (39 décès) pour une moyenne annuelle de 23 décès (2003-2008) et une moyenne annuelle de 34 décès (2009-2014). Des données préliminaires pour l’année 2015 seront disponibles dès l’automne 2016.

**Figure 5 : Taux de mortalité et nombre de décès par surdose involontaire à Ottawa et en Ontario, 2000-2014**

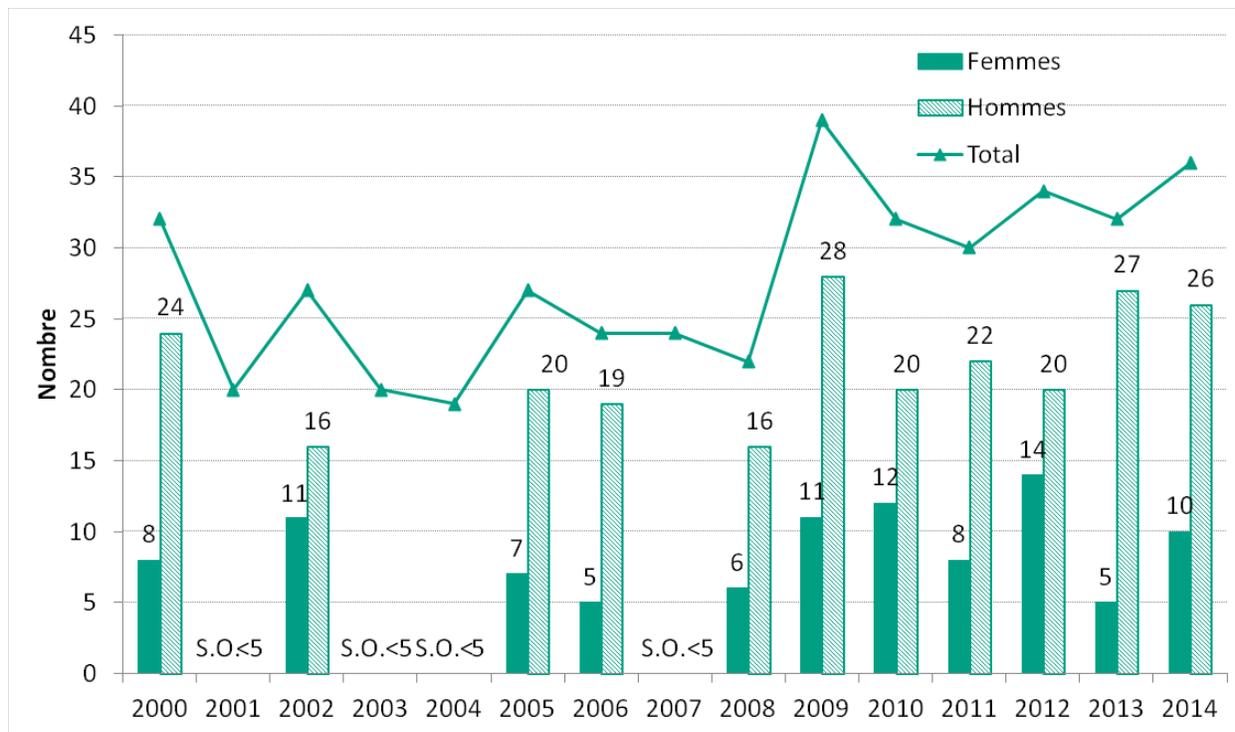


**Source des données :** Bureau du coroner en chef de l’Ontario. Données extraites le 7 juin 2016.

**Remarques :** Les données comprennent les intoxications à la drogue et à un mélange d’alcool et de drogues. Les décès accidentels, intentionnels et d’intention indéterminée ont été inclus.

Chaque année, en moyenne, 23 hommes et 10 femmes meurent d'une surdose involontaire de drogues (2010-2014), ce qui représente une fréquence de décès 2,1 fois plus élevée chez les hommes comparé aux femmes (figure 6).

**Figure 6 : Nombre de décès par surdose involontaire de drogues en fonction du sexe, Ottawa, 2000-2014**



**Source des données :** Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Données extraites le 7 juin 2016.

**Remarque :** Les données comprennent les intoxications à la drogue et à un mélange d'alcool et de drogues. Les décès accidentels, intentionnels et d'intention indéterminée ont été inclus.

S.O. : Sans objet. Les données non rapportées dû au risque d'identification.

"<5" : le chiffre est inférieur à 5 et ne doit pas être divulgué.

En moyenne, 67 % des surdoses involontaires mortelles sont attribuables à une intoxication aux opioïdes, qui est à l'origine de 22 des 33 surdoses annuelles – nombre moyen de 2010 à 2014 (tableau 2). Avant 2009, le nombre de décès par surdose d'opioïdes et la proportion des surdoses attribuables aux opioïdes étaient moins élevés. Toutefois, depuis 2009, le fentanyl et l'oxycodone sont en cause dans la plus grande proportion des surdoses. Par ailleurs, en 2013 et en 2014, la morphine a été recensée dans respectivement 10 et 5 cas de décès par surdose. En 2014, l'hydromorphone a été associée à 6 surdoses mortelles.

**Tableau 2 : Décès par surdose involontaire en fonction de la drogue, Ottawa, 2005-2014**

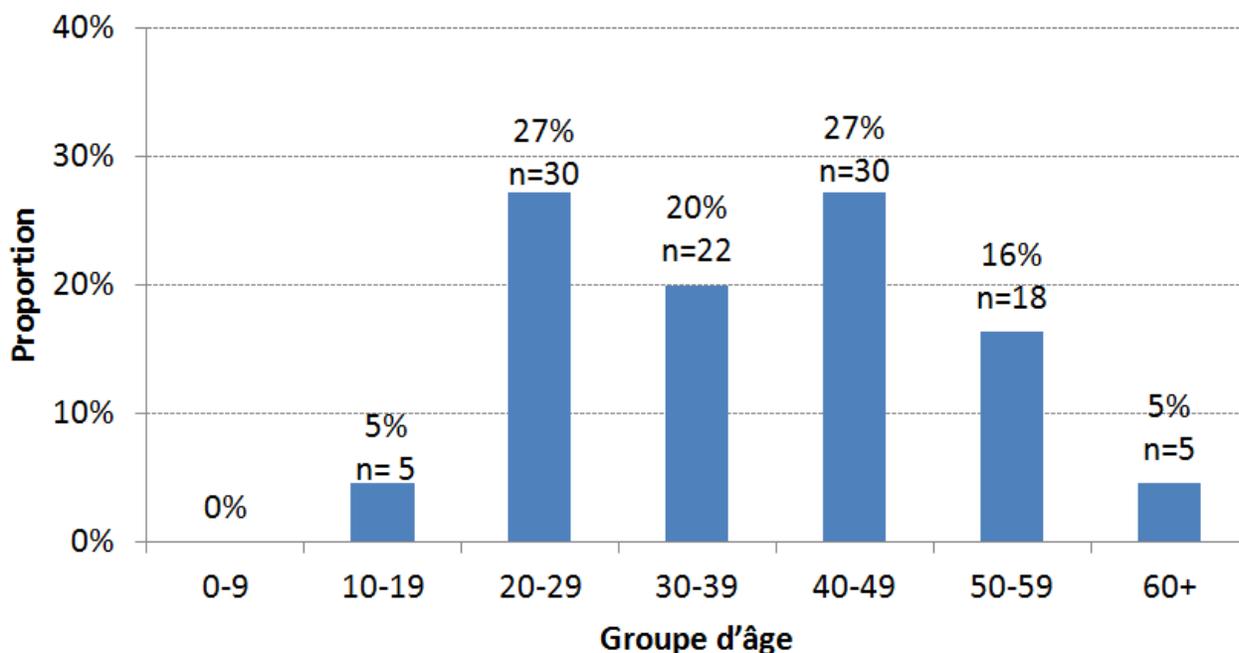
Année	Morphine	Fentanyl	Oxy-codone	Hydro-morphone	Méthadone	Tous les opioïdes	Toutes les drogues	% attribuable aux opioïdes
2005	< 5	0	0	< 5	< 5	7	27	26 %
2006	< 5	0	< 5	< 5	< 5	7	24	29%
2007	< 5	0	< 5	< 5	< 5	9	24	38 %
2008	< 5	< 5	6	< 5	< 5	13	22	59 %
2009	5	6	8	6	< 5	26	39	67 %
2010	< 5	9	9	< 5	< 5	21	32	66 %
2011	< 5	7	7	0	6	20	30	67 %
2012	< 5	7	< 5	< 5	< 5	20	34	59 %
2013	10	< 5	< 5	< 5	5	25	32	78 %
2014	5	9	6	6	< 5	24	36	67 %
Moyenne sur cinq ans (2010-2014)						22	33	67 %

**Source des données :** Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Données extraites le 7 juin 2016.

**Remarque :** « < 5 » signifie que le nombre de cas est inférieur à 5 et qu'il n'est donc pas divulgué. Les catégories ne s'excluent pas mutuellement, et les valeurs des rangées ne totalisent pas 100 %. Les surdoses de codéine et d'héroïne sont incluses dans les totaux, mais ne font pas l'objet de catégories distinctes en raison de leur nombre restreint. Les données comprennent les intoxications à la drogue et à un mélange d'alcool et de drogues. Les décès accidentels, intentionnels et d'intention indéterminée ont été inclus.

La majorité (91 %) des décès par surdoses involontaires d'opioïdes à Ottawa surviennent chez des adultes de 20 à 59 ans (figure 7). Entre 2010 et 2014, 27 % des 110 décès par surdoses involontaires d'opioïdes sont survenus chez les 20 à 29 ans, 20 % chez les 30 à 39 ans, 27 % chez les 40 à 49 ans et 16 % chez les 50 à 59 ans.

**Figure 7 : Proportion des surdoses involontaires mortelles d'opioïdes par groupe d'âge et par année, Ottawa, 2010-2014**

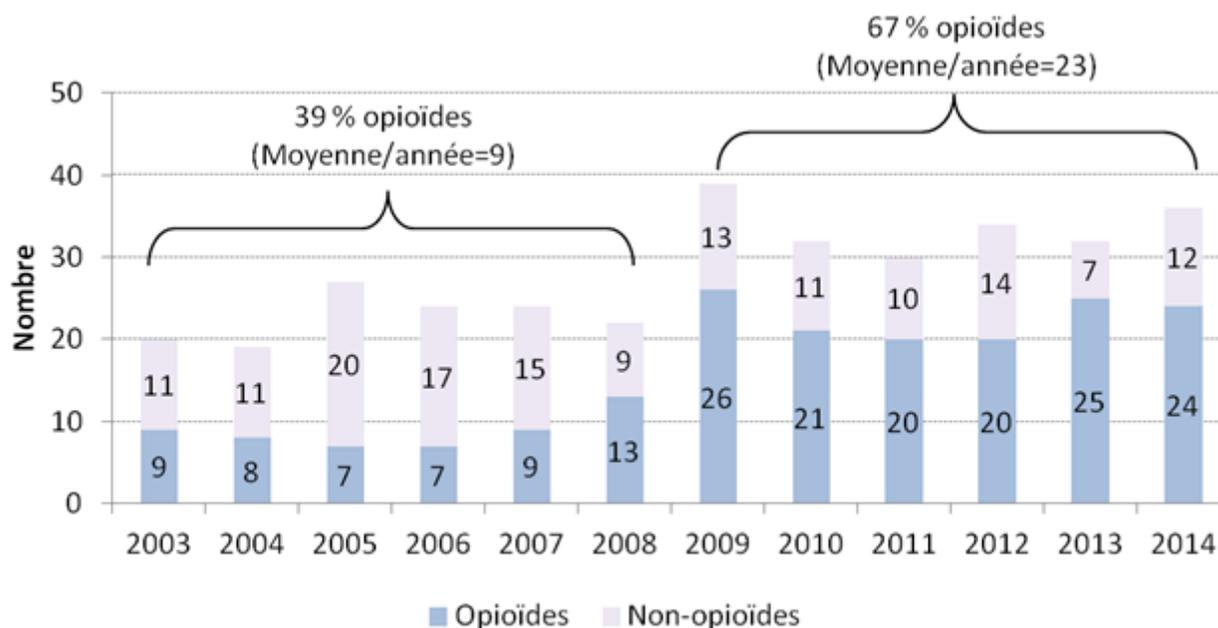


**Source des données** : Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Données extraites le 7 juin 2016.

**Remarque** : Les données comprennent les intoxications à la drogue et à un mélange d'alcool et de drogues. Les décès accidentels, intentionnels et d'intention indéterminée ont été inclus.

Depuis 2009, on assiste à une augmentation du nombre de surdoses involontaires d'opioïdes et à une hausse de leur proportion parmi toutes les mortalités par surdoses involontaires. En effet, les deux tiers (67 %, n = 136/203) des décès survenus entre 2009 et 2014 ont été causés par des opioïdes, comparativement à 39 % (n = 53/136) des décès entre 2003 et 2008. On a recensé en moyenne 9 décès par surdoses d'opioïdes par année entre 2003 et 2008, comparativement à 23 entre 2009 et 2014 (Figure 8).

**Figure 8 : Surdoses mortelles involontaires par opioïdes en comparaison aux non opioïdes, par année, Ottawa, 2003-2014**



**Source des données :** Bureau du coroner en chef de l'Ontario. Données extraites le 14 avril 2016.

**Remarque :** Les données comprennent les intoxications à la drogue et à un mélange d'alcool et de drogues.

## Consommation de drogues injectables

Grâce à des initiatives de recherche locales axées sur les personnes qui consomment des drogues injectables, nous sommes en mesure de mieux décrire cette pratique. Il est important de s’y attarder, puisqu’il existe des stratégies de réduction des méfaits spécialement destinées aux consommateurs de drogues injectables. Parmi ces initiatives de recherche, notons celle dirigée par l’Équipe de recherche sur la prévention du VIH et de l’hépatite C de l’Université d’Ottawa (I-Track (2014)) et celle dirigée en 2012 à 2013 par l’équipe santé-sexualité et réduction des risques de Santé publique Ottawa (Réduire l’abus d’alcool et de drogues dans la région d’Ottawa). Cette section du rapport se penche sur les habitudes associées à ce type de consommation, aux substances consommées et à la prévalence des infections transmissibles par le sang chez les personnes concernées. La provenance des personnes qui font usage de drogues injectables et l’emplacement géographique où elles s’injectent des drogues sont présentés plus loin, dans la section intitulée Répartition géographique de la consommation de drogues et des consommateurs.

Le tableau 3 met en évidence les habitudes des consommateurs de drogues injectables, tandis que le tableau 4 résume la fréquence de consommation de certaines drogues en fonction du mode d’administration. Le pourcentage total associé à chaque mode d’administration peut excéder 100 %, étant donné que les personnes peuvent consommer plus d’une drogue.

**Tableau 3 : Comportements associés à la consommation de drogues injectables**

Indicateur	Pourcentage
Fréquence de consommation <sup>1</sup>	59 % des personnes qui consomment des drogues injectables le font quotidiennement, et 42 % le font plusieurs fois par jour.
Matériel d’injection <sup>2</sup>	13,9 % des personnes qui consomment des drogues injectables ont indiqué avoir déjà utilisé une aiguille ou une seringue souillée.
Injection en public <sup>1</sup>	25 % des consommateurs qui s’injectent de la drogue le font habituellement ou toujours dans des endroits publics, et 19 % le font à l’occasion.
Intention de fréquenter un centre d’injection supervisé <sup>3</sup>	Parmi les personnes qui fument et qui s’injectent de la drogue, 74 % ont indiqué qu’elles fréquenteraient un centre d’injection supervisé.

### Sources des données :

1. Conclusions, Réduire l’abus d’alcool et de drogues dans la région d’Ottawa, Santé publique Ottawa, 2014;
2. I-Track, août 2014, *Snapshot*, n° 8, Équipe de recherche sur la prévention du VIH et de l’hépatite C, Université d’Ottawa.
3. Étude TOSCA, 2012

**Tableau 4 : Mode d'administration des drogues les plus consommées par les personnes qui consomment des drogues injectables, 2014**

Mode d'administration	Prévalence de la consommation
Injection	Poudre de cocaïne (57 %) Dilaudid n'ayant pas été prescrit à la personne qui s'en injecte (52 %) Morphine n'ayant pas été prescrite à la personne qui s'en injecte (48 %) Hydromorpnone n'ayant pas été prescrit à la personne qui s'en injecte (47 %) Héroïne (44 %) Crack (39 %)
Autres méthodes	Crack (80 %) Cannabis (71 %) Alcool (65 %) Poudre de cocaïne (43 %) Amphétamines (21 %) Héroïne (21 %)

**Source des données :** I-Track, août 2014, *Snapshot*, n° 8, Équipe de recherche sur la prévention du VIH et de l'hépatite C, Université d'Ottawa.

Entre 2011 et 2014, 11 % des cas d'infection par le VIH et 48 % des cas d'hépatite C à Ottawa ont été diagnostiqués chez des consommateurs de drogues injectables<sup>6</sup>. La majorité des patients touchés par le VIH et l'hépatite C étaient respectivement des hommes de 30 à 44 ans (38 %) et des hommes de 45 à 59 ans (28 %). Les données concernant la provenance des personnes qui déclarent être touchées par une infection transmissible par le sang attribuable aux drogues sont présentées plus loin dans ce rapport, à la section Répartition géographique de la consommation de drogues et des consommateurs.

<sup>6</sup> La consommation de drogues injectables pourrait être sous-déclarée.

La prévalence de l'infection par le VIH et de l'hépatite C chez tous les consommateurs de drogues injectables à Ottawa est demeurée relativement stable depuis 2003 et se chiffre à environ 10 % et 70 %, respectivement (tableau 5). Parmi les participants à l'évaluation (Réduire l'abus d'alcool et de drogues dans la région d'Ottawa) consommant des drogues injectables et ayant subi un test de dépistage du VIH et de l'hépatite C, 17 % ont indiqué avoir obtenu un résultat positif pour le VIH, et 82 % pour l'hépatite C. Ces résultats sont équivalents à ceux de l'enquête I-Track.

**Tableau 5 : Prévalence mesurée de l'infection par le VIH et de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues injectables, Ottawa, 2003 -2015**

Année	Prévalence de l'infection par le VIH	Prévalence de l'hépatite C	Co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C
2003	16,8 %	72,3 %	15,4 %
2004	10,2 %	59,2 %	8,5 %
2005	11,2 %	52,0 %	9,4 %
2006	9,5 %	60,5 %	7,9 %
2007	N.D.	N.D.	N.D.
2008	11,9 %	62,9 %	11,9 %
2009	10,5 %	64,8 %	9,5 %
2010	9,2 %	69,7 %	8,4 %
2011	12,6 %	72,6 %	11,6 %
2012	10,1 %	71,6 %	N.D.
2013	14,0 %	71,0 %	N.D.
2014	12,5 %	70,8 %	N.D.
2015	11,4 %	68,3 %	N.D.

**Source des données :** I-Track, Équipe de recherche sur la prévention du VIH et de l'hépatite C, Université d'Ottawa.

N.D. = non disponible

En comparaison avec d'autres grandes régions urbaines, la prévalence de l'infection par le VIH chez les personnes qui consomment des drogues injectables à Ottawa est plus faible que la prévalence mesurée à Montréal, mais plus élevée que celle mesurée à Toronto (tableau 6). La prévalence de l'hépatite C est semblable à celle observée à Montréal, mais plus élevée qu'à Toronto. La prévalence supérieure de l'hépatite C pourrait s'expliquer par le fait que le virus se transmet plus facilement que le VIH.

**Tableau 6 : Prévalence mesurée de l'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables, Montréal, Ottawa et Toronto, 2011**

Ville	Prévalence de l'infection par le VIH	Prévalence de l'hépatite C
Montréal	25,7 % (21,9 %, 29,9 %)	70,7 % (66,4 %, 74,7 %)
Ottawa :	12,6 % (8,3 %, 17,9 %)	72,6 % (65,8 %, 78,6 %)
Toronto	6,0 % (3,4 %, 9,7 %)	61,1 % (54,6 %, 67,2 %)

**Sources des données** : Montréal : Université Laval, axe Santé des populations et pratiques optimales en santé du Centre de recherche du CHU de Québec et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Ottawa : Conclusions I-Track, Équipe de recherche sur la prévention du VIH et de l'hépatite C, Université d'Ottawa.

Toronto : Dr. Peggy Millson, Dalla Lana School of Public Health, communication personnelle, le 2 juin 2016.

**Remarque** : L'infection au virus de l'hépatite C a été évaluée uniquement au moyen de tests de détection des anticorps; cette mesure comprend donc les infections antérieures (guéries ou non) et actuelles. Les intervalles de confiance de 95 % sont rapportés.

## Répartition géographique de la consommation de drogues et des consommateurs

L'aspect géographique est important dans l'évaluation de l'épidémiologie de la consommation problématique de drogues, car il aide à cibler les endroits où des services sont nécessaires, c'est-à-dire où des drogues sont consommées et où les consommateurs habitent.

L'emplacement de la consommation peut être déterminé de façon fiable en examinant l'utilisation des services mobiles, comme ceux des paramédics et de la fourgonnette du Programme sur les aiguilles et les seringues SITE. Le lieu de résidence des consommateurs de drogues est un autre bon indice pour déterminer les sites de consommation de drogues : il correspond ici au lieu de résidence des personnes qui se sont rendues à l'urgence pour un problème lié à la drogue et des personnes ayant indiqué consommer des drogues injectables après avoir reçu un résultat positif à un test de dépistage d'une infection transmissible par le sang. Étant donné que ces personnes peuvent se trouver dans une situation de logement instable et fréquenter un refuge d'urgence, nous avons inclus des données sur l'emplacement de ces refuges et sur la consommation de drogues des personnes qui les fréquentent.

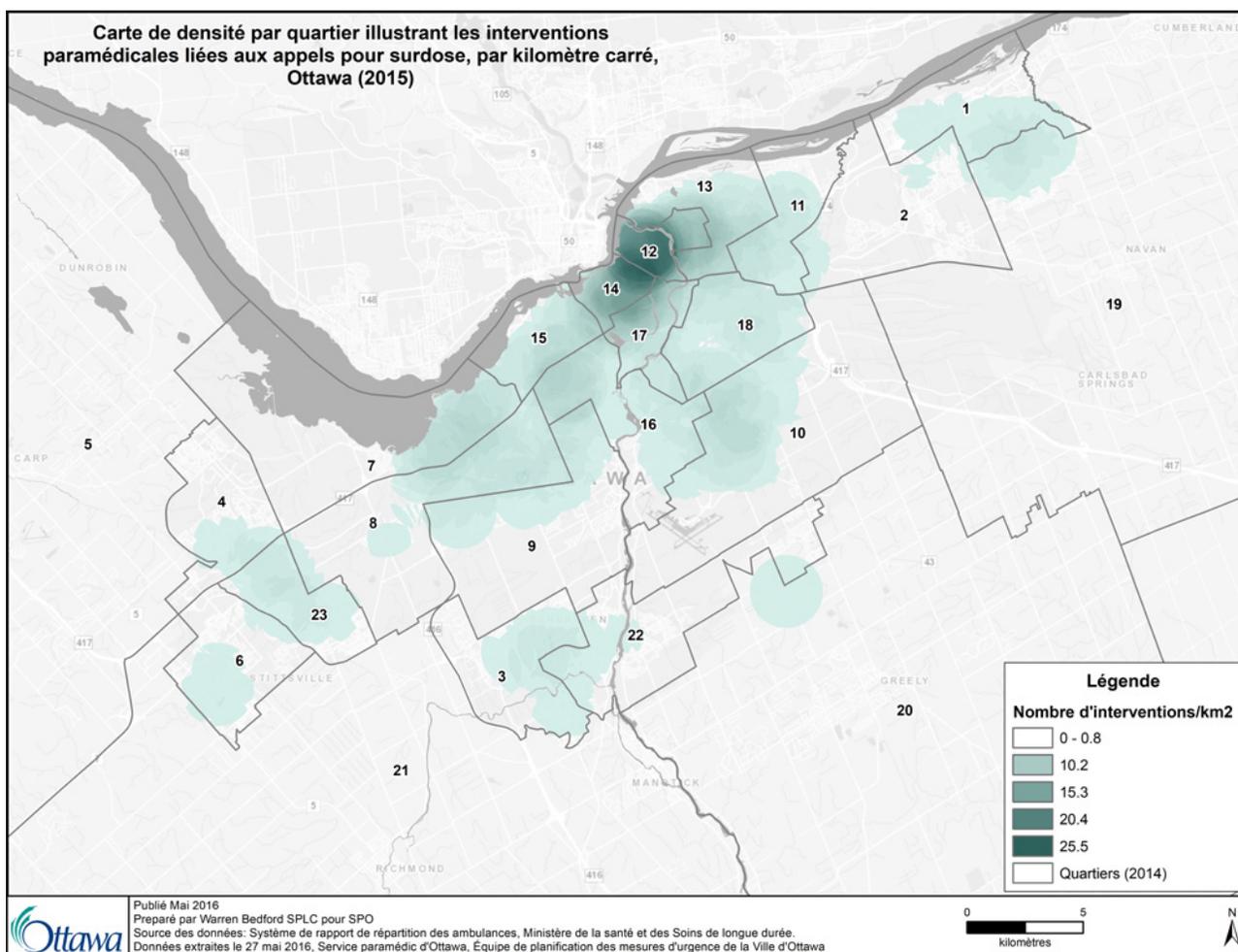
Dans cette section du rapport, la répartition des sites de consommation de drogues et des consommateurs est indiquée en fonction des quartiers. Les 23 quartiers d'Ottawa ainsi que leur population sont énumérés à l'appendice 2.

### Interventions paramédicales liées aux surdoses à Ottawa

Une intervention paramédicale en cas de surdose est un incident lors duquel un ambulancier du Service paramédic d'Ottawa détermine qu'un patient a effectué une surdose. Ce type d'intervention englobe les surdoses de toutes les drogues (illicites, d'ordonnance et en vente libre) mais exclut la plupart des cas d'actes autodestructeurs. L'emplacement de l'intervention fait référence à l'endroit où le patient a été évalué, ce qui ne correspond pas nécessairement à son lieu de résidence. Il importe de noter que les patients examinés par les ambulanciers paramédicaux ne sont pas tous transférés à l'urgence, et que l'évaluation des ambulanciers ne correspond pas toujours au diagnostic du médecin d'urgence à la sortie du patient.

Les interventions paramédicales sont concentrées au centre-ville d'Ottawa, mais on en signale également dans la plupart des quartiers (figure 10). L'intensité de coloration reflète le nombre de surdoses par kilomètre carré. En 2015, la densité maximale d'interventions a été de 25,5 par kilomètre carré.

**Figure 9 : Carte de densité par quartier illustrant les interventions paramédicales liées aux appels pour surdoses, par kilomètre carré, Ottawa, 2015**



**Source des données :** Système de rapport de répartition des ambulances (en anglais ADRS), (2015), MSSLD, données extraites le 27 mai 2016. Service paramédic d'Ottawa, Ville d'Ottawa.

Remarque :

Se référer à l'appendice 2 pour obtenir la numérotation des quartiers et leur nom correspondant. Tous types de drogues confondus. Données excluant les incidents classés comme tentatives de suicide, mais pouvant comprendre certaines surdoses intentionnelles.

La carte ne tient toutefois pas compte de la densité de population, de sorte que la forte densité d'interventions mesurée au centre-ville pourrait refléter une population plus dense dans cette région

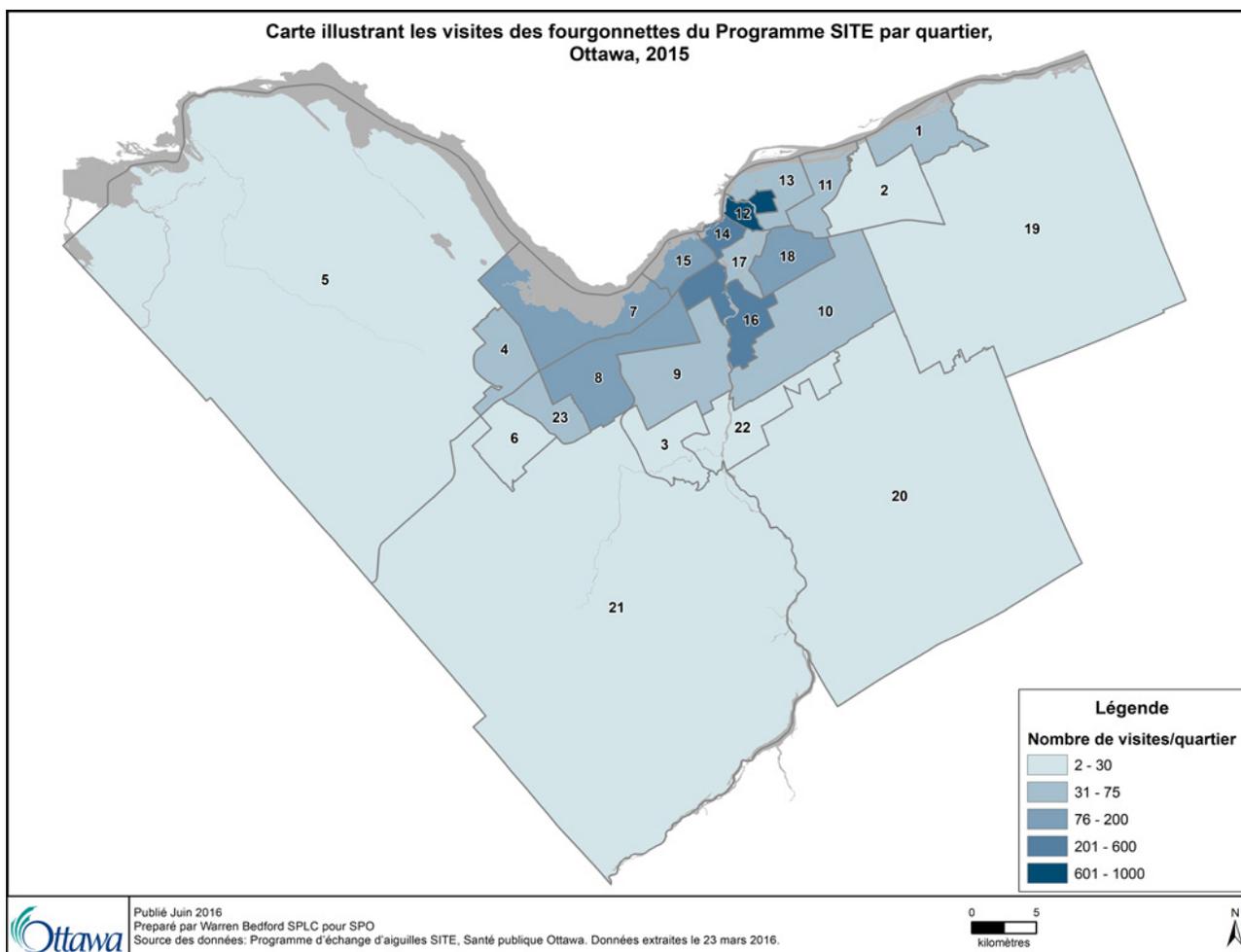
## Demandes de services au Programme sur les aiguilles et les seringues SITE de SPO

Le Programme sur les aiguilles et les seringues SITE et ses partenaires communautaires ont reçu près de 20 000 demandes de services en 2015 et distribué 775 000 aiguilles ainsi que d'autre matériel de réduction des méfaits (données de 2015 pour le Programme SITE seul : 6 500 demandes de services et plus de 370 000 aiguilles). La carte et le graphique ci-dessous démontrent la portée du Programme sur les aiguilles et les seringues SITE de SPO.

Dans le cadre du Programme SITE, Santé publique Ottawa ainsi que deux partenaires communautaires font appel aux services de fourgonnettes mobiles qui se déplacent sur tout le territoire d'Ottawa pour offrir des services de réduction des méfaits aux clients qui leur téléphonent.

Les endroits les plus visités par les fourgonnettes en 2015 se situaient dans le quartier Rideau-Vanier. En effet, près du tiers (924) des appels reçus par le Programme SITE de Santé publique Ottawa provenaient du quartier Rideau-Vanier (figures 10 et 11). Les quartiers Somerset, Rivière et Britannia ont reçu plusieurs visite de la fourgonnette. Il y a eu au moins une visite dans chaque quartier.

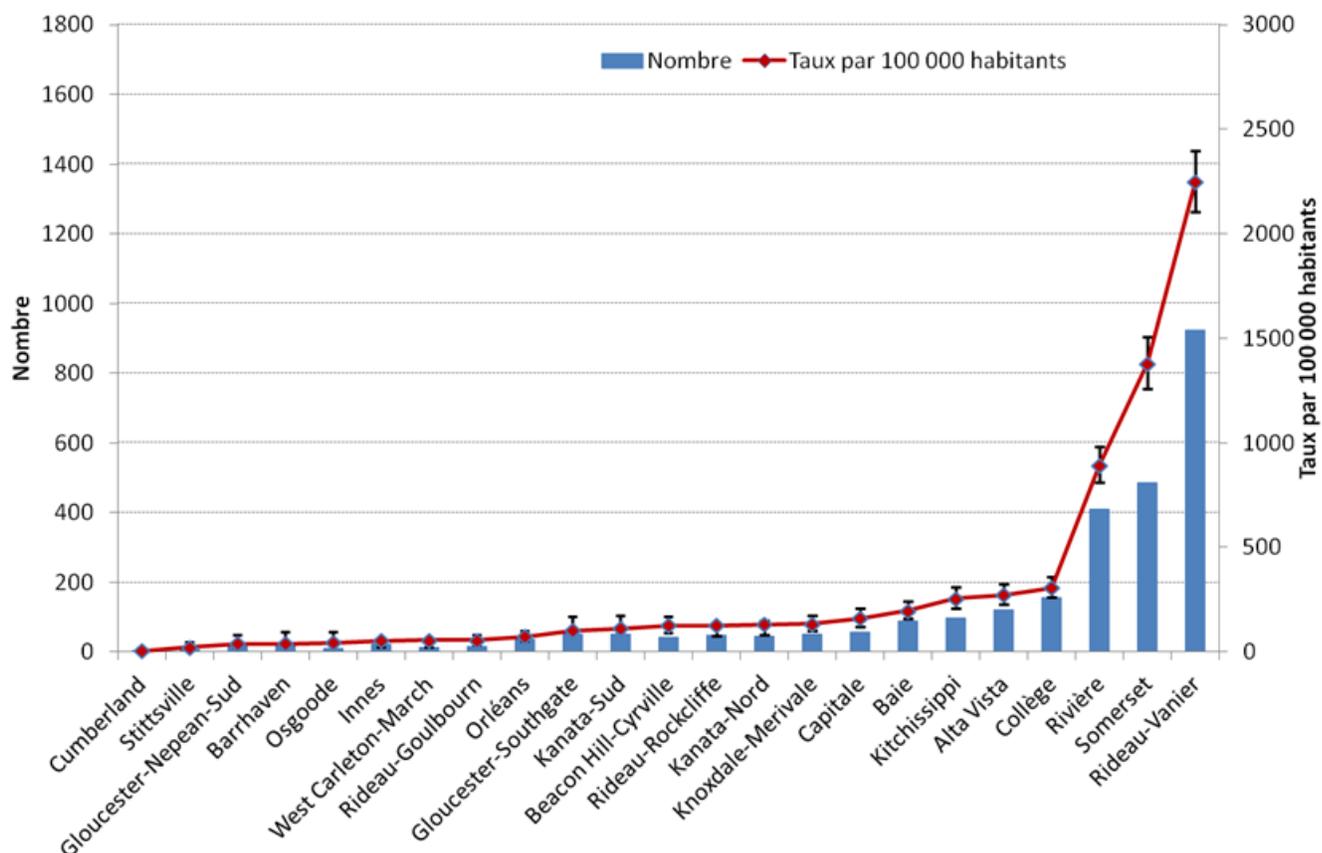
**Figure 10 : Carte illustrant les visites des fourgonnettes du Programme SITE par quartier, Ottawa, 2015**



**Source des données :** Programme sur les aiguilles et les seringues SITE, Santé publique Ottawa. Données extraites le 23 mars 2016.

Le quartier Rideau-Vanier est le plus visité dans le cadre du Programme d'échange d'aiguilles SITE (figure 11).

**Figure 11 : Nombre et taux de visites des fourgonnettes du Programme SITE par quartier, Ottawa, 2015**



**Source des données :** Programme sur les aiguilles et les seringues SITE, Santé publique Ottawa (2015). Données extraites le 23 mars 2016.

**Remarques:**

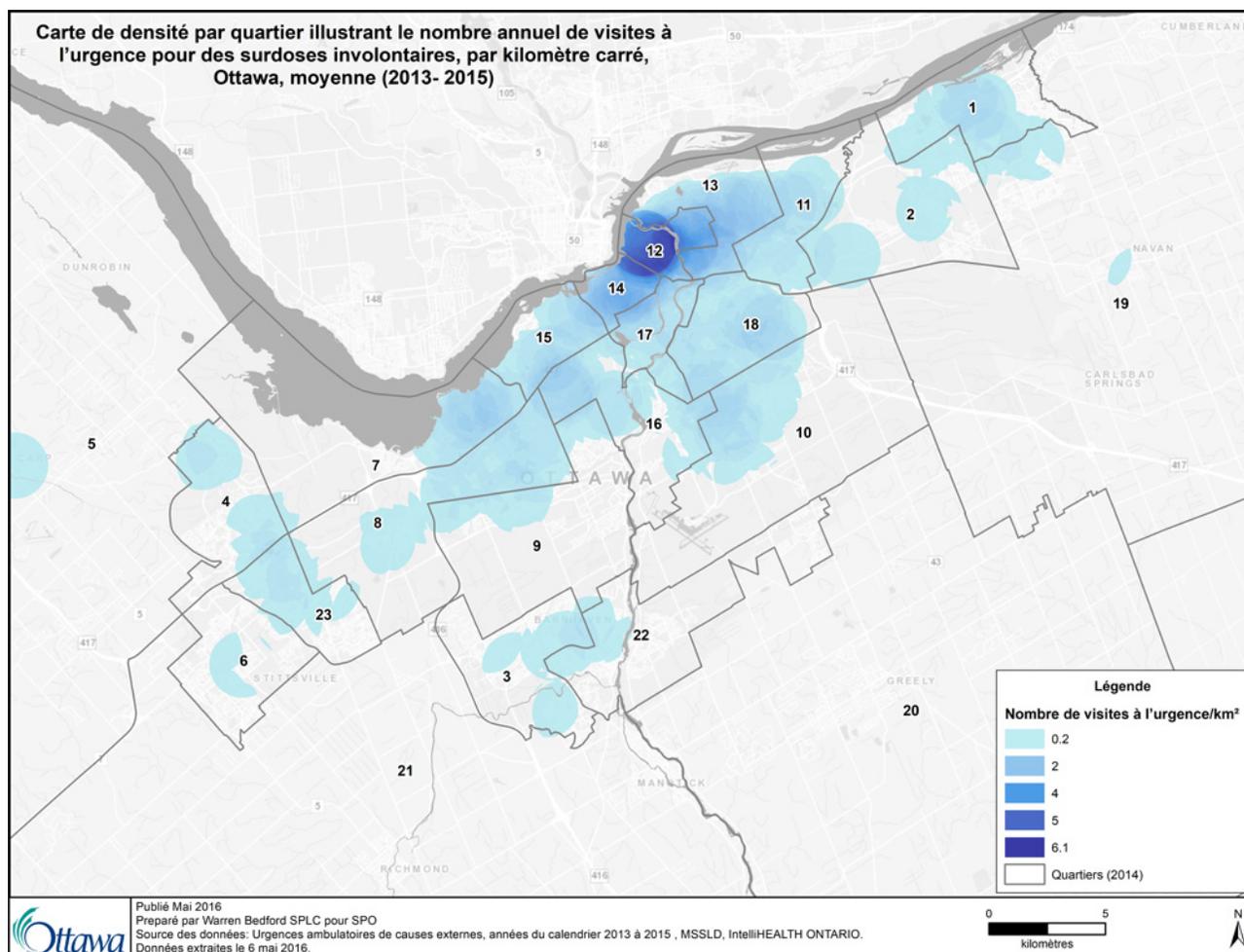
Les taux sont donnés par 100 000 de population

Les taux sont calculés en se basant sur l'ensemble de la population du quartier. Les appels sont répartis selon l'emplacement géographique où a eu lieu l'intervention paramédicale. Les taux peuvent ne pas représenter de façon précise l'activité spécifique à un quartier parce que les personnes qui demandent le service peuvent résider ailleurs qu'à l'endroit d'où provient leur appel.

## Visites à l'urgence pour des surdoses de drogues

Même si on dénombre quelques visites à l'urgence pour des surdoses de drogues dans presque tous les quartiers, elles sont surtout concentrées dans le quartier Rideau-Vanier (figure 12). L'intensité de la coloration reflète le nombre de visites à l'urgence par kilomètre carré.

**Figure 12 : Carte de densité par quartier illustrant le nombre annuel moyen de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires par kilomètre carré, Ottawa, 2013-2015**



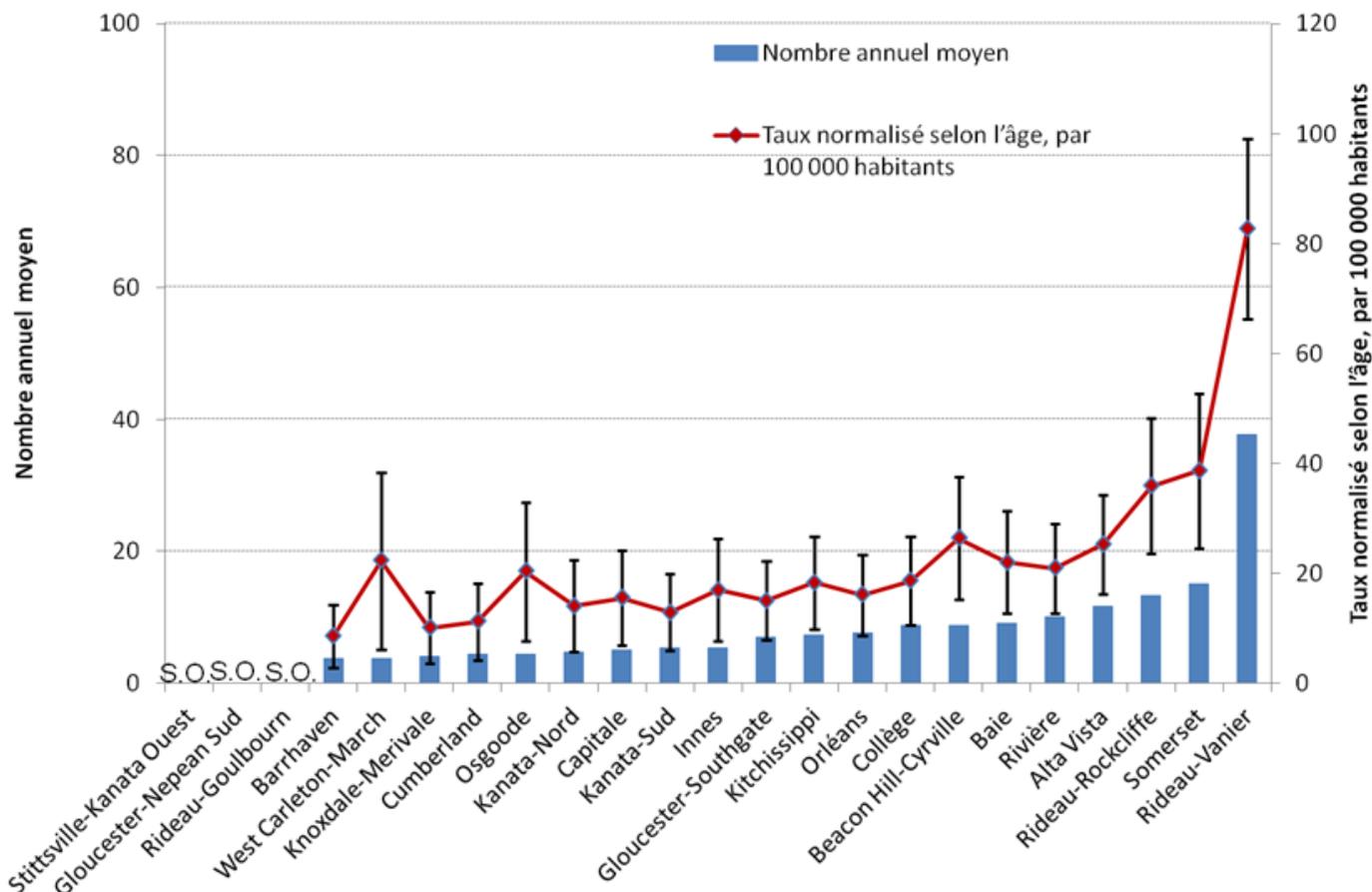
**Source des données :** Ambulatory Emergency External Cause, 2013-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 6 mai 2016. Intoxication par narcotiques ou psychodysléptiques (codes de la CIM-10 : X42, Y12, T40 [à l'exception de T40.7] et T43.6). Les surdoses intentionnelles ont été exclues.

Remarques: Se référer à l'appendice 2 pour obtenir la numérotation des quartiers et leur nom correspondant.

La densité par point a été calculée en combinant les données par le code postal résidentiel des patients.

Entre 2013 et 2015, les nombres et les taux les plus élevés de visites à l'urgence pour des surdoses ont été recensés dans les quartiers Rideau-Vanier et Somerset (figure 13). Le taux de visites à l'urgence dans le quartier Rideau-Vanier était 2,1 fois plus élevé que dans le quartier au second rang de la liste.

**Figure 13 : Nombre annuel moyen de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires par quartier, Ottawa, 2013-2015.**



**Source des données :** Visites à l'urgence, 2013-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 6 mai 2016. Intoxication par narcotiques ou psychodysléptiques (codes de la CIM-10 : X42, Y12, T40 [à l'exception de T40.7] et T43.6). Les surdoses intentionnelles ont été exclues.

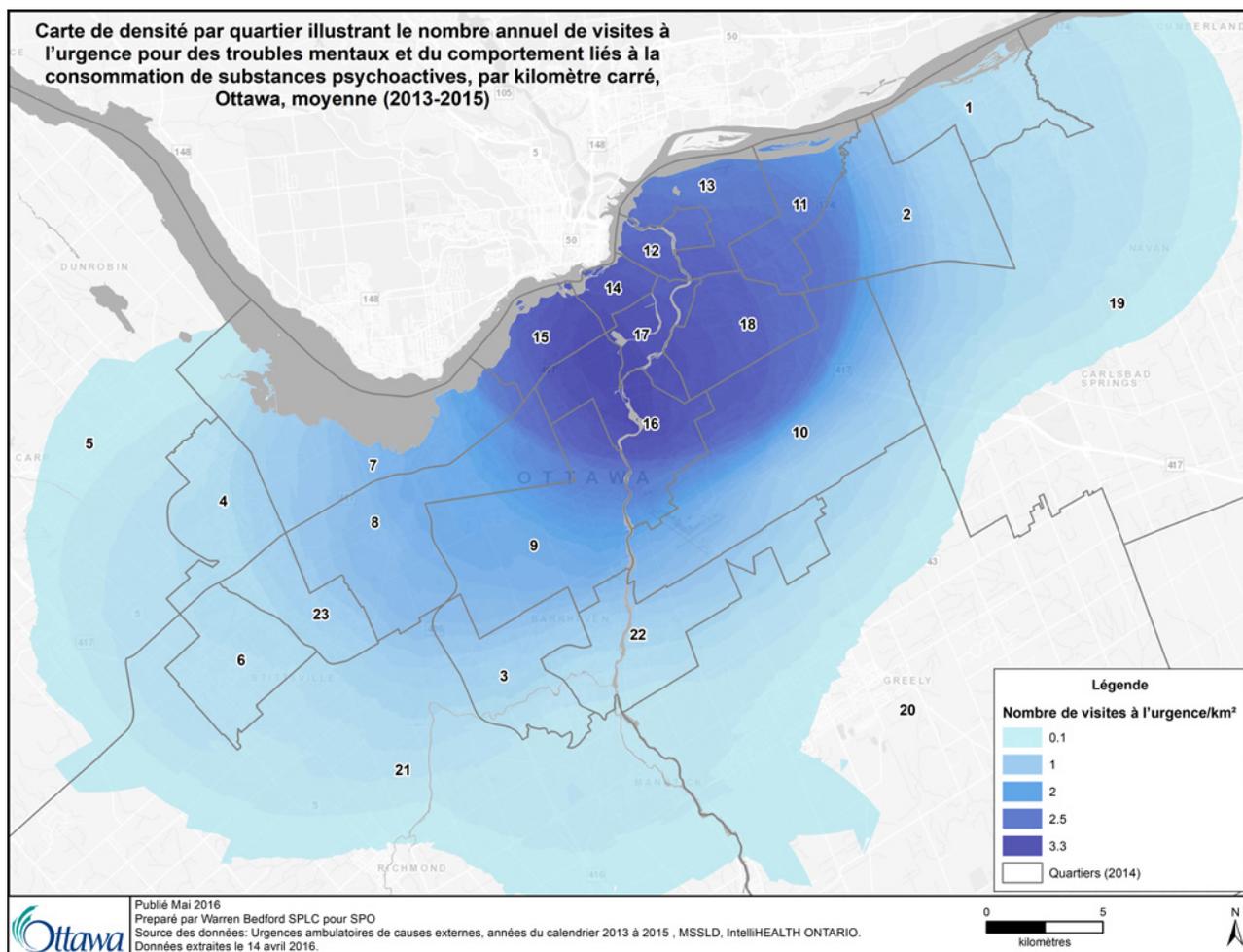
**Remarque :** La densité par point a été calculée en combinant les données par code postal. S.O.= sans objet, données non rapportées.

Les quartiers affichant moins de dix visites en trois ans ont été supprimés. Des intervalles de confiance de 95 % pour l'estimation des taux sont illustrés.

## Visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues

Bien que des gens de partout à Ottawa se rendent à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement attribuables à la consommation de drogues, la plus grande densité de visites par kilomètre carré a été recensée dans les quartiers centraux de la ville, soit les quartiers 11 à 18 (figure 14). L'intensité de coloration reflète le nombre de visites à l'urgence par kilomètre carré.

**Figure 14 : Carte de densité illustrant le nombre annuel de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychoactives selon le code postal; nombre de visites à l'urgence par kilomètre carré, avec les limites des quartiers, Ottawa, moyenne, 2013-2015**



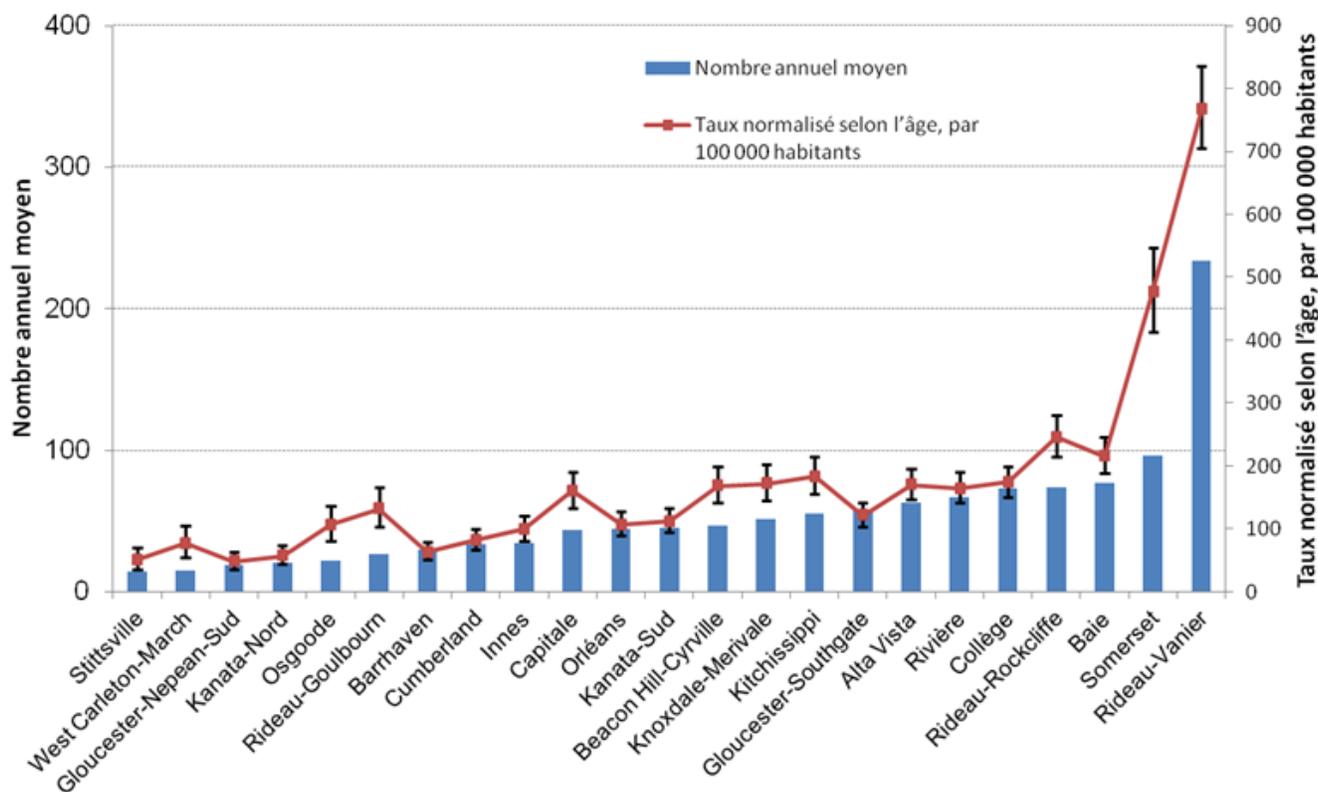
**Source des données :** Visites à l'urgence, 2013-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 14 avril 2016. Code de la CIM-10 : F11, F13-16, F18-19. Les troubles mentaux et du comportement associés à l'alcool, au tabac et au cannabis ont été exclus.

Remarque: Se référer à l'appendice 2 pour obtenir la numérotation des quartiers et leur nom correspondant.

La densité par point a été calculée en combinant les données par le code postal résidentiel des patients.

Entre 2013 et 2015, les nombres et les taux les plus élevés de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement ont été recensés dans les quartiers Rideau-Vanier et Somerset (figure 15). Le taux de visites à l'urgence dans le quartier Rideau-Vanier était 1,6 fois plus élevé que le taux dans le quartier au deuxième rang de la liste (Somerset), tandis que le taux dans le quartier Somerset était 1,9 fois plus élevé que le taux dans le quartier en troisième place (Rideau-Rockcliffe).

**Figure 15 : Nombre annuel et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychoactives, par quartier, Ottawa, moyenne, 2013-2015.**

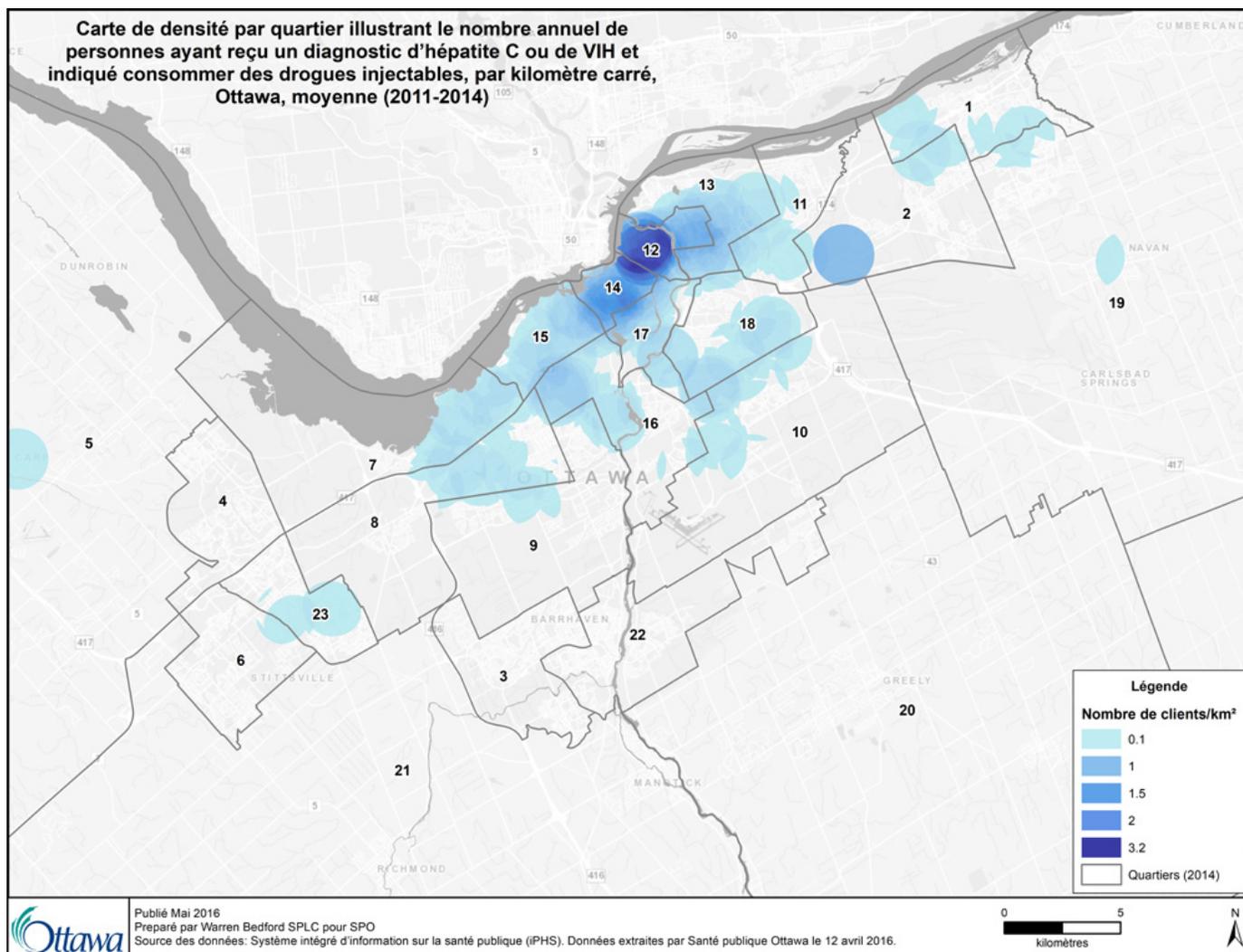


**Source des données :** Visites à l'urgence, 2013-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 14 avril 2016. Code de la CIM-10 : F11, F13-16, F18-19. Les troubles mentaux et du comportement associés à l'alcool, au tabac et au cannabis ont été exclus.  
 Remarques : La densité par point a été calculée en combinant les données par code postal. Des intervalles de confiance de 95 % pour l'estimation des taux sont illustrés.

## Consommation de drogues injectables chez les personnes atteintes d'infections transmissibles par le sang

La plupart des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection transmissible par le sang qui ont aussi indiqué consommer des drogues injectables vivent au centre-ville d'Ottawa, mais certaines habitent dans d'autres quartiers (figures 16 et 17).

**Figure 16 : Carte de densité illustrant le nombre annuel de personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C ou de VIH et indiqué consommer des drogues injectables selon le code postal, avec les limites des quartiers, Ottawa, moyenne, 2011-2014**

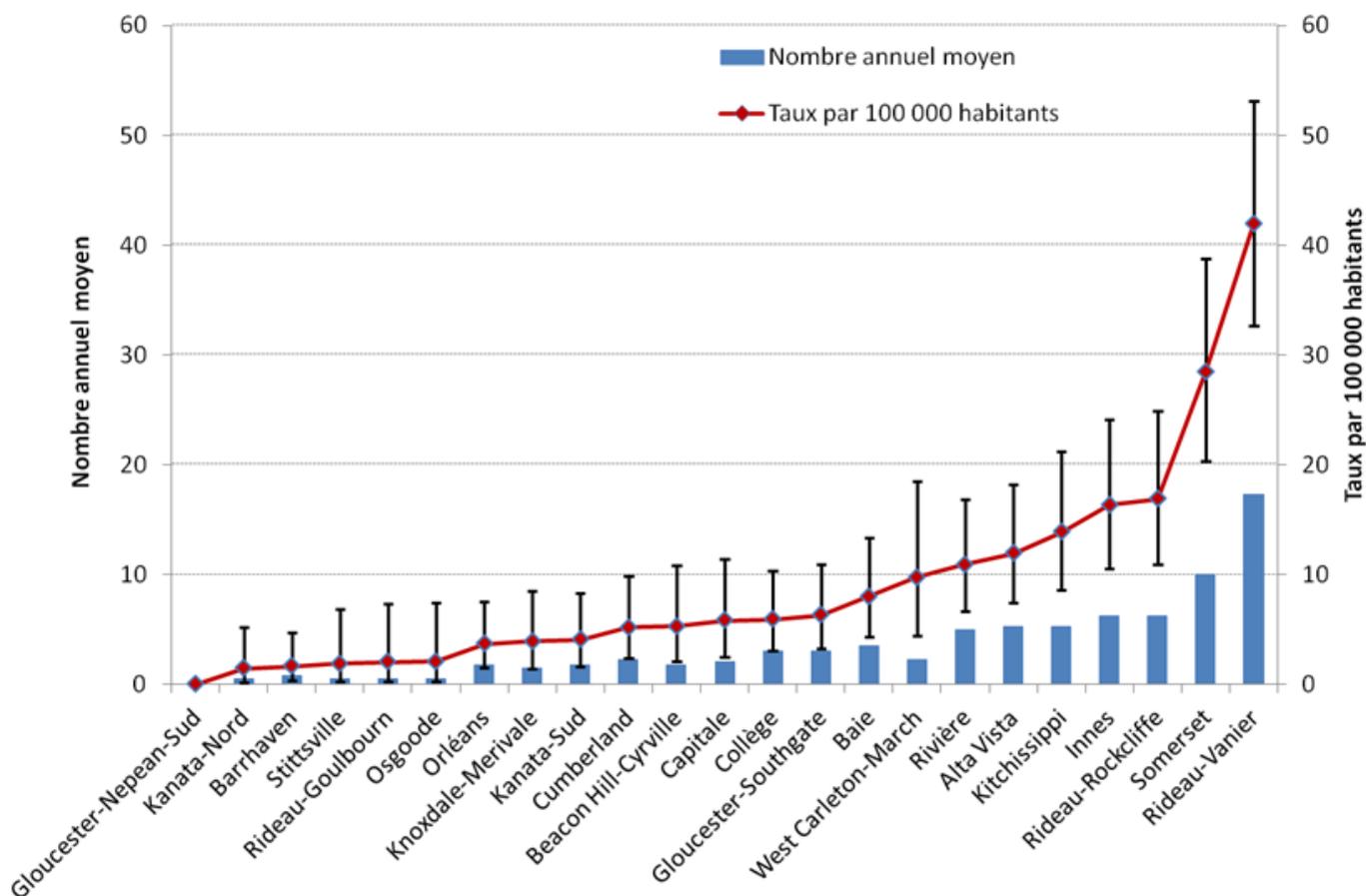


**Source des données :** Integrated Public Health Information System (iPHIS). Données extraites par Santé publique Ottawa le 12 avril 2016.

**Remarques :** La densité par point a été calculée en combinant les données par le code postal résidentiel des patients.

Aucune donnée sur le lieu de résidence n'était disponible pour 12 % des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH ou d'hépatite C entre 2011 et 2014.

**Figure 17 : Nombre annuel moyen de personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C ou de VIH et indiqué consommer des drogues injectables par quartier, Ottawa, 2011-2014**



**Source des données :** Integrated Public Health Information System (iPHIS). Données extraites par Santé publique Ottawa le 12 avril 2016.

**Remarque :** La densité par point a été calculée en combinant les données par code postal résidentiel. Aucune donnée sur le lieu de résidence n'était disponible pour 12 % des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH ou d'hépatite C entre 2011 et 2014.

## Itinérance chez les consommateurs de drogues

De nombreux consommateurs de drogues sont dans une situation de logement instable (tableau 7). Les personnes qui consomment alors qu'ils sont dans une telle situation sont plus susceptibles d'avoir recours à un centre d'injection supervisé que celles qui ont un logement stable (Étude TOSCA, 2012).

**Tableau 7 : Pourcentage des consommateurs de drogues dans une situation de logement instable**

Source	Population	Pourcentage
1	Personnes ayant effectué une visite à l'urgence en lien avec la drogue, 2013-2015	6,3 % n'avaient aucun code postal au dossier
2	Personnes ayant reçu un diagnostic d'infection transmise par le sang qui ont aussi indiqué consommer des drogues injectables, 2011-2014	15 % habitaient un logement trop petit ou étaient sans abri
3	Consommateurs de drogues injectables (I-Track), 2015	41,5 % n'habitaient pas dans une maison ou un appartement à leur nom

### Sources des données :

1. Visites à l'urgence, 2013-2015, MSSLD, IntelliHEALTH ONTARIO. Données extraites le 14 avril 2016.
2. Integrated Public Health Information System (iPHIS). Données extraites par Santé publique Ottawa le 12 avril 2016.
3. Dre Lynne Leonard, communication personnelle, 18 avril 2016.

**Remarque :** Il se pourrait que les répondants à l'enquête I-Track soient plus susceptibles que les autres consommateurs de drogues injectables d'avoir recours à des services de traitement et de réduction des méfaits.

Les personnes qui sont dans une situation de logement instable utilisent des refuges, lesquels sont situés principalement dans les quartiers Rideau-Vanier, Somerset et Rideau-Rockcliffe. À Ottawa, on compte sept refuges pour personnes seules et quatre pour familles. Le nombre total de lits disponibles dans les refuges pour personnes seules est donné au tableau 8.

**Tableau 8 : Lieu et capacité des refuges d'urgence pour personnes seules, Ottawa**

Quartier	Nombre de refuges	Nombre total de lits
Rideau-Vanier	4	569
Somerset	2	67
Rideau-Rockcliffe	1	8

**Source des données :** Paul Lavigne, Direction des services de logement, Ville d'Ottawa, communication personnelle, 8 avril 2016.

## Consommation problématique d'alcool et de drogues chez les personnes dans une situation de logement instable

D'après une étude transversale menée par la Commission de la santé mentale du Canada (*Rapport final du projet Chez Soi*), la prévalence de la consommation problématique de substances est élevée chez les sans-abri. Parmi les personnes ayant pris part au projet de recherche de 2009 à 2013, 67 % ont dit avoir des problèmes liés à l'alcool ou à la drogue.

Les données sur la consommation à Ottawa du Service Prioritization Decision Assistance Tool (SPDAT), un outil d'évaluation utilisé par le réseau des refuges pour prioriser les services de logement aux sans-abri selon la gravité de leur situation, indiquent que, parmi les clients ayant séjourné plus de 30 jours<sup>7</sup> dans un refuge de juillet 2014 à avril 2016, la consommation d'alcool ou de drogues avait eu des répercussions sur la santé et le fonctionnement quotidien de 73,3 % des gens. (Shelley Vanbuskirk, Direction des services de logement, Ville d'Ottawa, communication personnelle, 10 mai 2016).

---

<sup>7</sup> Le nombre total de personnes qui font un séjour de plus de 30 jours n'est pas disponible. En 2015, 3 887 hommes et femmes seuls ont séjourné dans un refuge d'urgence et 448 de ces personnes n'avaient pas de domicile fixe (elles ont séjourné dans un refuge pour plus de 180 nuitées).

## Traitement de la consommation problématique, résultats et réduction des méfaits

Il existe des services de traitement visant à aider les personnes s'adonnant à l'abus d'alcool ou de drogues à réduire leur consommation ou à subir moins de méfaits en lien avec leur consommation. Il peut s'agir de programmes de prévention, de counseling en matière d'alcool et de drogues, de désintoxication ou de programmes de réduction des méfaits.

### Services offerts

Un certain nombre de services sont offerts par divers organismes financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et par le secteur privé, notamment des centres de traitement de la toxicomanie, des centres de santé communautaire, des centres de santé mentale et des programmes sur les aiguilles et les seringues (tableau 9). Ces services sont répartis dans la ville et sont plus concentrés au centre-ville (figure 18).

Environ 8 600<sup>8</sup> résidents d'Ottawa ont reçu des traitements pour un abus d'alcool ou de drogues, notamment environ 800 admissions dans des programmes en établissement (Robert Olfert, RLISS de Champlain, communication personnelle, 14 avril 2016) et environ 1 000 personnes pour des traitements de substitution aux opioïdes (Dr Joseph Eibl, communication personnelle, 19 mai 2016). Le temps d'attente pour la plupart des services était court; cependant les temps d'attente ne sont recueillis que par la moitié des agences qui fournissent les services (Tableau 9). Un petit nombre de clients ont toutefois dû attendre très longtemps pour certains services (Claudio Rocca, DASIT, communication personnelle, 14 avril 2016). Le RLISS de Champlain reconnaît que la demande pour les services dépasse leur capacité (Robert Olfert, communication personnelle, 20 mai 2016).

**Tableau 9 : Capacité et temps d'attente des programmes, Ottawa**

Source	Type de service	Nombre de programmes	Nombre de clients servis	Temps d'attente moyen* (jours)	Temps d'attente minimal* (jours)	Temps d'attente maximal* (jours)
1	Programme de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire (counseling)	57 écoles secondaires	Élèves : 1 300 Parents : 530	Élèves : 0 Parents : S.O (60 sur la liste d'attente)	Élèves : 0 Parents: S.O.	Élèves : 0 Parents: S.O.
2	Évaluation initiale et planification du traitement	S.O.	1 045	16,6	0	332
	Gestion des cas	1	213	2,3	0	57
	Accès centralisé/coordonné	1	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

<sup>8</sup> Durant l'année financière 2014-2015, un total de 8 602 personnes à Ottawa ont reçu les services d'une des agences financées par le RLISS pour y recevoir des traitements pour le mésusage d'alcool et de drogues (À noter que certains services offerts par ces agences peuvent être sans rapport aux traitements pour mésusage d'alcool et de drogues. Les clients du programme SITE ne sont pas inclus dans ce total.

Source	Type de service	Nombre de programmes	Nombre de clients servis	Temps d'attente moyen* (jours)	Temps d'attente minimal* (jours)	Temps d'attente maximal* (jours)
	Traitement en milieu communautaire (jour/soir)	4	11	0	0	0
	Traitement psychiatrique ou médical en milieu communautaire	2	101	0	0	0
	Traitement en milieu communautaire	31	1 135	8,3	0	285
	Traitement psychiatrique ou médical en établissement	1	98	0,0	0	0
	Traitement de soutien en établissement	8	102	10,6	0	270
	Traitement en établissement	15	216	10,3	0	156
	Gestion du sevrage en établissement	2	941	0	0	0
	Traitement de soutien en centre d'hébergement	3	1	0	0	0
3	Fourniture de matériel d'injection sécuritaire (programme sur les aiguilles et les seringues)	21	20 000 <sup>9</sup> contacts	0	0	0
	Prévention des overdoses par les pairs (POPP)	1	200	S.O.	S.O.	S.O.
4	Traitement de substitution aux opioïdes	15 et +	~1 000 <sup>†</sup>	Le jour même ou le lendemain	S.O.	S.O.

### Sources des données

- Coalition contre la toxicomanie chez les élèves. *Programme de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire à Ottawa : Rapport d'évaluation*, données de 2014-2015, octobre 2015.
- Nombre de programmes – Rod Olfert, RLISS de Champlain, communication personnelle, 20 mai 2016. Nombre de clients et temps d'attente pour 2012-2013, Claudio Rocca, DASIT, communication personnelle, 14 avril 2016.
- Contacts sur place : Unité de santé-sexualité et de réduction des risques, Santé publique Ottawa, 2015.
- Traitement de substitution aux opioïdes – D<sup>r</sup> Joseph Eibl, communication personnelle, 19 mai 2016. Temps d'attente pour un traitement de substitution aux opioïdes : Steve Dorkin, SAATO, communication personnelle, 7 avril 2016.

<sup>9</sup> Les contacts du programme sur les aiguilles et les seringues SITE sont de nature confidentielle, en conséquence, le nombre d'individus qui y font appel n'est pas connu.

## Remarques

S.O. : sans objet ou données non fournies

Les données sur le nombre de clients et le temps d'attente n'étaient disponibles que pour 32 des 75 organismes offrant des services de traitement de l'abus d'alcool et de drogues.

Les services décrits sont ceux offerts à Ottawa et financés en totalité ou en partie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Les temps d'attente donnés représentent les résultats 57 % des programmes, soit ceux qui colligent les données sur les temps d'attente.

Le nombre total de clients ne correspond pas à la somme de tous les clients, étant donné qu'une personne peut avoir eu recours à plus d'un type de service.

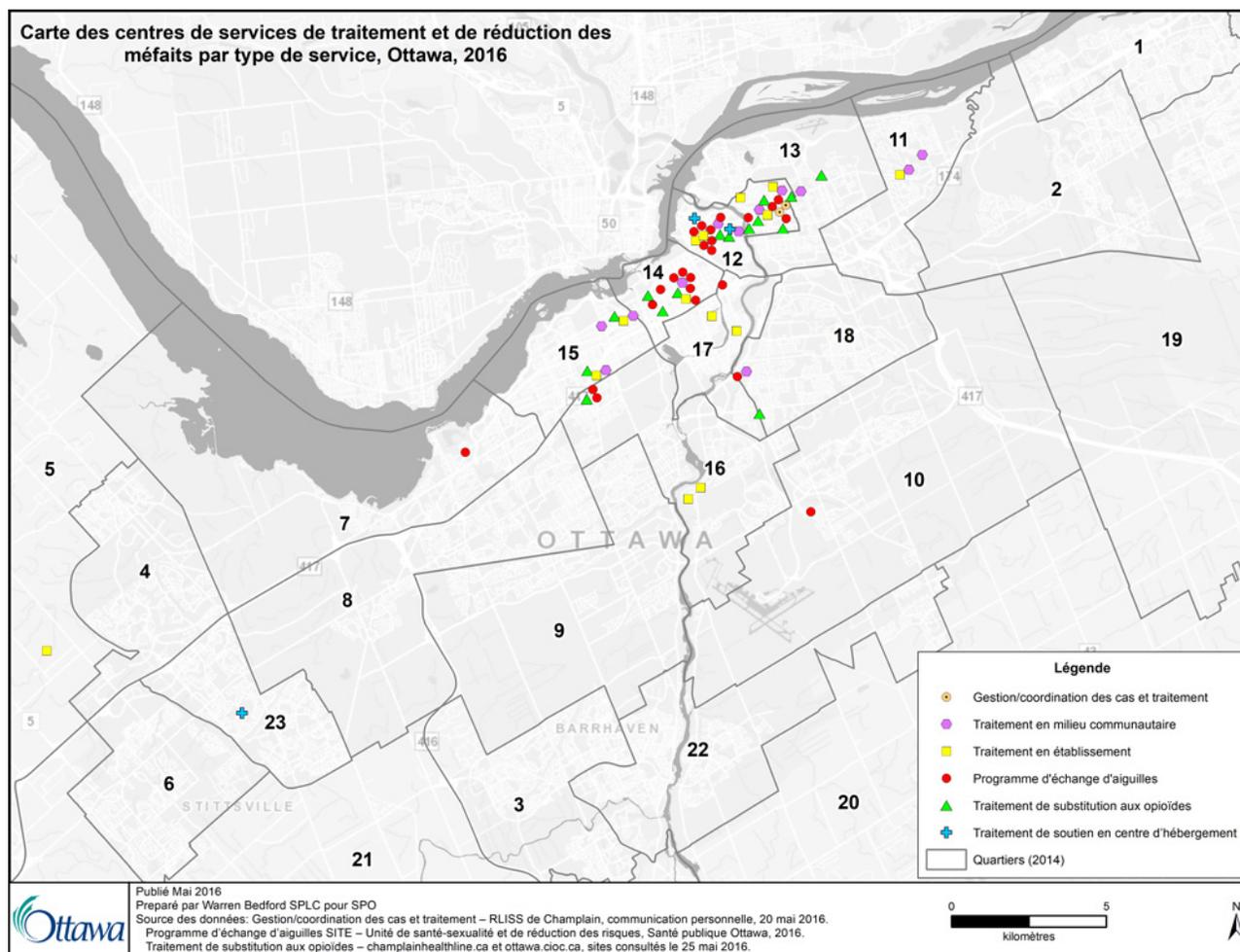
La capacité totale et la durée de séjour moyenne pour un service donné ne sont pas disponibles.

Les nombres de clients correspondent aux résidents d'Ottawa ayant eu recours aux services pour un problème de consommation de drogue seulement, ou encore de drogue et d'alcool.

Le nombre de contacts dans le cadre du programme sur les aiguilles et les seringues n'équivaut pas au nombre de clients reçus, sachant qu'un client peut avoir eu plus d'un contact.

†Traitement de substitution aux opioïdes – Données dérivées des estimations du Programme de médicaments de l'Ontario (excluant les patients en télémédecine) pour le RLISS de Champlain et de la proportion de la population du RLISS de Champlain que représentait la population d'Ottawa en 2011. Cette méthode suppose que le taux d'utilisation des traitements de substitution aux opioïdes est le même à Ottawa que dans le reste du RLISS. Il se peut que certains patients aient été comptés en double.

**Figure 18 : Carte des centres de services de traitement et de réduction des méfaits par type de service, Ottawa, 2016**



### Sources des données

Gestion/coordination des cas et traitement – Rod Olfert, RLISS de Champlain, communication personnelle, 20 mai 2016.

Programme sur les aiguilles et les seringues SITE – Unité de santé-sexualité et de réduction des risques, Santé publique Ottawa, 2016.

Traitement de substitution aux opioïdes – champlainhealthline.ca et ottawa.cioc.ca, sites consultés le 25 mai 2016.

### Remarques

Se référer à l'appendice 2 pour la liste des quartiers et leur chiffre correspondant.

Les deux organismes administrant le programme de la Coalition contre la toxicomanie chez les élèves sont représentés, plutôt que les 57 écoles secondaires où il est offert.

Pour les 21 programmes sur les aiguilles et les seringues SITE, seuls les 25 bureaux fixes sont représentés. Un des programmes n'avait pas de bureau fixe.

## Résultats du traitement et de la réduction des méfaits

La réussite d'un traitement est subjective et se définit souvent au cas par cas. Il peut s'agir du nombre de vies sauvées, du taux de rétention en traitement ou encore de l'arrêt ou de la diminution de la consommation de drogues. En outre, les résultats du traitement dépendent de la population de patients, qui est en partie déterminée par les critères d'admission. Par exemple, certains programmes ont la capacité d'accepter des clients atteints de plusieurs problèmes de santé dont le cas est plus complexe; par ailleurs, certains programmes exigent que les clients s'abstiennent de consommer de l'alcool ou de la drogue avant leur admission, tandis que d'autres, non.

Le RLISS de Champlain, qui est responsable de la planification, de la coordination et du financement de divers services de santé, entre autres par l'intermédiaire d'organismes en toxicomanie et en santé mentale n'est doté pour le moment d'aucune mesure de réussite normalisée (Rod Olfert, RLISS de Champlain, communication personnelle, 13 mai 2016) visant les programmes en milieu communautaire et en établissement. On trouve toutefois des comptes rendus des résultats associés à un certain nombre des services de traitement offerts par SPO (tableau 10).

**Tableau 10 : Résultats de certains services de traitement et de réduction des méfaits en matière de consommation problématique d'alcool et de drogues**

Type de service	Résultats obtenus	Source (lieu)
Programme de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire (counseling)*	75 % des clients ont réduit ou cessé la consommation d'au moins une drogue au cours de l'année scolaire.	Coalition contre la toxicomanie chez les élèves, 2015. (Ottawa)
	La santé et le bien-être des élèves se sont améliorés	
	95 % ont terminé leur année scolaire	
Programmes d'aiguilles et de seringues SITE	Diminution du partage d'aiguilles et réduction de la propagation du VIH sans augmentation de la consommation de drogues injectables	Wodak et Cooney, 2006. (International)
	763 000 aiguilles distribuées, 2015	Unité de santé-sexualité et de réduction des risques, Santé publique Ottawa, 2015. (Ottawa)
	Sur 6 464 contacts effectués par SPO en 2015, 3 500 ont donné lieu à une intervention brève. Certains de ces contacts se sont soldés par un aiguillage vers un autre service de traitements <sup>†</sup> .	
Prévention des overdoses par les pairs (POPP)	Depuis son lancement en 2012, ce programme, qui encourage l'administration de naloxone par les pairs, a permis de renverser les effets de plus de 60 surdoses.	
Traitement de substitution aux opioïdes	Taux de rétention de 39,3 % après un an pour les traitements initiaux d'entretien à la méthadone	Eibl et coll., 2015. (Régions urbaines du Sud de l'Ontario, y compris Ottawa)

Type de service	Résultats obtenus	Source (lieu)
Centres d'injection supervisée (CIS)	12 surdoses prévenues par année	Milloy et coll., 2008. (Vancouver)
	Diminution de 35 % des surdoses mortelles dans un rayon de 500 m de 2001 à 2005	Marshall et coll., 2011. (Vancouver)
	Diminution de 50 % des aiguilles laissées dans des endroits publics	National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2007. (Sydney)
	Augmentation de 30 % de l'utilisation des services de désintoxication	Wood et coll., 2007. (Vancouver)
	Diminution de 80 % des injections en public	Van der Poel et coll., 2003. (Rotterdam)
	Diminution de 71 % des injections en public	Petrar et coll., 2006. (Vancouver)
	Diminution de 70 % de la propension à partager des aiguilles	Kerr et coll., 2005. (Vancouver)
	Prévalence stable du VIH et de l'hépatite C, tandis qu'une augmentation a été enregistrée à l'extérieur de la région ciblée par le CIS	MSIC Evaluation Committee, 2003. (Sydney)
	Prévention de 35 nouveaux cas de VIH chaque année	Andresen et Boyd, 2010. (Vancouver)
	Changement des pratiques d'injection chez 41 % des clients	MSIC Evaluation Committee, 2003. (Sydney)
	Amélioration des pratiques d'élimination des aiguilles chez 56 % des clients	Petrar et coll., 2006. (Vancouver)
	Aucune augmentation significative de la criminalité liée à la drogue dans les quartiers entourant le CIS; diminution du nombre de cambriolages de véhicules et de vols automobiles	Wood et coll., 2006. Boyd et coll., 2008. (Vancouver)

### Remarques

\* Les résultats en milieu scolaire sont basés sur un échantillon d'élèves (n = 115 à 452).

† Les aiguillages vers d'autres services ne sont pas suivis systématiquement.

## Références

Andresen, M. A., et N. Boyd. « A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility », *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, no 1, 2010, p. 70-76.

Bayoumi, A., C. Strike, M. Brandeau, N. Degani, B. Fischer, R. Glazier et coll. Rapport de l'étude d'évaluation de la consommation supervisée de drogues à Toronto et Ottawa, 2012. Sur Internet : <<http://www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA-Executive-summary-French.pdf>> (résumé en français)  
<<http://www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA%20report%202012.pdf>> (rapport en anglais).

Boyd, N., et coll. Final report-Public order and supervised injection facilities: Vancouver's SIS, Vancouver (Colombie-Britannique), 2008.

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC). Prescription Painkiller Overdoses. Sur Internet : <<http://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/policyimpact-prescriptionpainkillerod-a.pdf>>.

Coalition contre la toxicomanie chez les élèves. Programme de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire à Ottawa : Rapport d'évaluation, données de 2014-2015, octobre 2015.

Eibl, J. K., T. Gomes, D. Martins, X. Camacho, D. N. Juurlink, M. M. Mamdani, I. A. Dhalla et D. C. Marsh. « Evaluating the Effectiveness of First-Time Methadone Maintenance Therapy Across Northern, Rural, and Urban Regions of Ontario, Canada », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 9, no 6, décembre 2015, p. 440. Sur Internet : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4629488/>>.

Équipe de recherche sur la prévention du VIH et de l'hépatite C de l'Université d'Ottawa. Snapshot, no 8. Hiver 2016

Goering, P., Veldhuizen, S., Watson A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Nelson, G., MacNaughton, E., Streiner, D. & Tim Aubry (2014). National At Home/Chez Soi Final Report. Calgary, AB: Commission pour la santé mentale du Canada

Ialomiteanu, A. R., H. A. Hamilton, E. M. Adlaf et R. E. Mann. CAMH Monitor eReport: Substance Use, Mental Health and Well-Being Among Ontario Adults, 1977-2013 (no 40 de la série de documents de recherche du CTSM), Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014. Sur Internet : <[http://www.camh.ca/en/research/news\\_and\\_publications/Pages/camh\\_monitor.aspx](http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/Pages/camh_monitor.aspx)>.

Kerr, T., et coll. « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », *The Lancet*, vol. 366, no 9482, 2005, p. 316-318.

Marshall, B. D. L., et coll. « Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study », *The Lancet*, vol. 377, no 9775, publié en ligne le 18 avril 2011. DOI : 10.1016/S0140-6736(10)62353-7.

Milloy, M. S., et coll. « Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility », *PLoS One*, vol. 3, no 10, 2008, e3351.

MSIC Evaluation Committee. Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre, Sydney (Australie), 2003.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Sydney Medically Supervised Injecting Centre evaluation report 4: evaluation of service operation and overdose-related events, Sydney (Australie), University of New South Wales, 2007.

Ontario Drug Policy Research Network (ODPRN). Opioid Prescribing and Opioid-Related Hospital Visits in Ontario, 2016. Sur Internet :

<[http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/FINAL\\_UPDATED\\_Opioid\\_Hosp\\_Report\\_March\\_2016.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/FINAL_UPDATED_Opioid_Hosp_Report_March_2016.pdf)>.

Petrar, S., et coll. « Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility », *Addictive Behaviors*, vol. 32, no 5, 22 août 2006.

Réduire l'abus d'alcool et de drogues dans la région d'Ottawa, Santé publique Ottawa, 2014.

Statistique Canada. ESCC (2011-2012), dossier partagé sur l'Ontario.

Surveillance accrue des jeunes de la rue à Ottawa 2011. Ottawa, Santé publique Ottawa, 2011. Sur Internet : <<http://ottawa.ca/calendar/ottawa/citycouncil/obh/2011/11-21/F%205788%20OPH%20E%20SYS%20Report%20Fre%20WEB%20Tagged%20Nov14-11.pdf>>.

Surveillance des facteurs de risque en Ontario – Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, 2013, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection (2014), Université Laval, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé and Centre de recherche du CHU de Québec and Direction de Santé Publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Van der Poel, A., et coll. « Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description », *European Addiction Research*, vol. 9, no 2, 2003, p. 94-100.

Wodak, A., et A. Cooney. « Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence », *Substance Use & Misuse*, vol. 41, no 6-7, 2006, p. 777-813. Sur Internet : <[https://www.researchgate.net/profile/Alex\\_Wodak2/publication/6975901\\_Do\\_needle\\_syringe\\_programs\\_reduce\\_HIV\\_infection\\_among\\_injecting\\_drug\\_users\\_A\\_comprehensive\\_review\\_of\\_the\\_international\\_evidence/links/02e7e519c58f21880a000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alex_Wodak2/publication/6975901_Do_needle_syringe_programs_reduce_HIV_infection_among_injecting_drug_users_A_comprehensive_review_of_the_international_evidence/links/02e7e519c58f21880a000000.pdf)>.

Wood, E., et coll. « Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 1, no 1, article 13, 2006.

Wood, E., et coll. « Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users », *Addiction*, vol. 102, 2007, p. 916 919.

## Appendice 1 : Sigles et Glossaire

### Sigles

CSC	Centre de santé communautaire
CTSM	Centre de toxicomanie et de santé mentale
DASIT	Drogue et alcool – Système d’information sur le traitement
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IC	Intervalle de confiance
iPHIS	Integrated Public Health Information System-en anglais seulement
LSD	Diéthylamide de l’acide lysergique
MDMA	3,4 méthylène-dioxy-méthamphétamine
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
RLISS	Réseau local d’intégration des services de santé
SAATO	Service d’accès et d’aiguillage en toxicomanie d’Ottawa
SAJR	Surveillance accrue des jeunes de la rue
SCDSEO	Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l’Ontario
SIISP	Système intégré d’information sur la santé publique
SPO	Santé publique Ottawa
VHC	Virus de l’hépatite C
VIH	Virus de l’immunodéficience humaine

## Glossaire

Terme	Définition
Classification internationale des maladies (CIM)	Système de classification diagnostique international normalisé utilisé pour toutes les classifications épidémiologiques générales et pour de nombreux autres usages en matière de gestion de la santé. La CIM sert à classer les maladies et les autres problèmes de santé. La version qui a cours actuellement est la CIM-10, recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1990, et en usage depuis 1994 dans les états membres de l'OMS. Au Canada, il existe une version modifiée du système international appelée CIM 10-CA.
Consommation problématique d'alcool et de drogues	Utilisation nocive de toute substance : alcool, tabac, drogues illicites, médicaments en vente libre ou médicaments sur ordonnance.
Drogues illicites	Drogues dont la consommation est illégale.
Fins non médicales	Prise d'un médicament qui n'a pas été recommandé ou prescrit par un médecin.
Intervalle de confiance	Intervalle dans lequel la valeur réelle d'une variable comme une moyenne, une proportion ou un taux est contenue. Dans le présent rapport, l'intervalle de confiance représente une probabilité de 95 %.
Morbidité	Toute perte de santé ou de bien-être. Ce terme fait souvent référence aux états de maladie et de blessures dans une population.
Narcotiques et psychodysléptiques	Drogues comme la cocaïne, la codéine, l'héroïne, le LSD, le cannabis et la mescaline. Les psychodysléptiques comprennent les hallucinogènes.
Opioides	Catégorie de substances puissantes utilisées essentiellement pour soulager les douleurs intenses. Les opioides comprennent des médicaments sur ordonnance, comme le fentanyl, l'oxycodone, la morphine et la codéine, de même que des drogues illicites, comme l'héroïne. Ils présentent un risque de dépendance en raison de leur effet puissant.
Prévalence	Nombre d'évènements (p. ex., cas d'une maladie ou d'un trouble) dans une population donnée à un moment précis. La prévalence comprend tous les cas, alors que l'incidence ne comprend que les nouveaux cas.
Psychostimulants	Substances, comme les amphétamines, qui augmentent temporairement les capacités mentales ou physiques, ou les deux.
Surdose involontaire	Surdose qui n'est pas intentionnelle. Aux fins du présent rapport, cette catégorie comprend les surdoses d'intention indéterminée.
Surdose d'intention indéterminée	Surdose dont l'intention n'a pas pu être déterminée.
Taux brut	Nombre d'évènements dans une population donnée par année. Il s'agit du taux réel dans la population à l'étude. Cette mesure ne doit pas servir à comparer des populations dont la répartition selon l'âge, la race et le sexe est différente. Les taux présentés dans le présent rapport sont des taux bruts, sauf s'il est précisé qu'il s'agit du taux normalisé selon l'âge.

Terme	Définition
Taux de fréquentation (de l'urgence)	Nombre de visites à l'urgence dans une année donnée, divisé par le nombre de personnes dans la population à l'étude.
Taux de mortalité	Nombre total de décès dans une population, divisé par le nombre total d'individus dans cette population, pour une période donnée. Le taux de mortalité peut être propre à une maladie, à une situation, à un groupe d'âge, à un sexe, etc.
Taux normalisé selon l'âge	Taux calculé par la pondération des taux spécifiques selon l'âge en fonction de la répartition par âge de la population pour laquelle ces taux seront généralisés. Il ne s'agit pas du taux réel (taux brut) dans la population, mais plutôt d'un taux dérivé utilisé aux fins de comparaison avec des populations dont la répartition par âge diffère.

## Appendice 2 : Quartiers

Tableau 11 : Population par quartier, Ottawa

Numéro de quartier	Nom du quartier	Population en 2011
1	Orléans	47 670
2	Innes	38 310
3	Barrhaven	46 475
4	Kanata-Nord	34 470
5	West Carleton–March	23 055
6	Stittsville	26 455
7	Bay	43 935
8	Collège	50 795
9	Knoxdale-Merivale	38 380
10	Gloucester-Southgate	47 860
11	Beacon Hill–Cyrville	33 155
12	Rideau-Vanier	41 105
13	Rideau-Rockcliffe	37 075
14	Somerset	35 110
15	Kitchissippi	37 920
16	Rivière	45 795
17	Capitale	34 490
18	Alta Vista	44 050
19	Cumberland	43 375
20	Osgoode	24 445
21	Rideau-Goulbourn	24 530
22	Gloucester-Nepean-Sud	41 620
23	Kanata-Sud	43 315

## Appendice 3 : Tableaux de données

**Tableau 12 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires, par année, Ottawa et Ontario, 2003 à 2015**

Année	Nombres, Ottawa	Taux, Ottawa (par 100,000)	Taux, Ontario sans Ottawa (par 100,000)
2003	100	12,9	16,7
2004	105	12,3	19,9
2005	128	15,6	20,5
2006	137	16,2	21,7
2007	103	12,1	20,4
2008	116	13,5	21,5
2009	116	13	23
2010	123	14,1	23
2011	156	17,1	22,8
2012	149	15,6	25
2013	196	20,4	23,5
2014	191	20,1	26,9
2015	205	21,3	29,1

**Tableau 13 : Nombre et taux de visites à l'urgence annuels pour des surdoses involontaires selon l'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2013 à 2015**

Groupe d'âge	Nombre, femmes	Nombre, hommes	Taux, femmes (par 100,000)	Taux, hommes (par 100,000)
Moins d'un an	0	0	6,7	6,4
1 à 4	1	2	5,1	9,7
5 à 9	0	2	1,3	6,5
10 à 14	0	1	0	2,6
15 à 19	8	9	27,2	31,8
20 à 24	14	18	37,4	49,1
25 à 29	8	12	20,7	34,3
30 à 34	8	14	24,4	43,6
35 à 39	3	8	10,1	25,7
40 à 44	5	10	15,8	31
45 à 49	7	9	19,5	27,5
50 à 54	9	8	24,3	21,6
55 à 59	6	6	17,3	20
60 à 64	4	5	14,6	19,4
65 à 69	2	2	8,5	9,3
70 à 74	4	1	25,7	4,7
75 à 79	3	1	23,6	9,7
80 à 84	1	1	6,7	13,7
85 à 89	2	1	32,7	24,5
90 ans et plus	1	0	19,2	0

**Tableau 14 : Nombre et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de drogues selon l'âge et le sexe, par année, Ottawa et Ontario, 2003 à 2015**

Année	Nombres, Ottawa	Taux, Ottawa (par 100,000)	Taux, Ontario sans Ottawa (par 100,000)
2003	708	85	104,5
2004	810	97,4	132,2
2005	1045	126,2	155,9
2006	1081	130,9	172,6
2007	1231	147,3	171,7
2008	1244	145,8	172,3
2009	1120	128,5	157,2
2010	1375	159	169,6
2011	1390	157	184,4
2012	1372	153,6	181,1
2013	1246	137,4	186,7
2014	1379	152	200
2015	1550	171,4	231,8

**Tableau 15 : Nombre annuel et taux de visites à l'urgence pour des troubles mentaux ou du comportement causés par la consommation de drogues selon le groupe d'âge et le sexe, Ottawa, moyenne, 2003 à 2015**

Groupe d'âge	Nombre, femmes	Nombre, hommes	Taux, femmes (par 100,000)	Taux, homes (par 100,000)
Moins d'un an	0	0	6,7	0,0
1 à 4	0	0	0,0	1,6
5 à 9	0	0	0,0	0,0
10 à 14	4	1	17,5	3,9
15 à 19	73	100	259,9	339,8
20 à 24	100	154	274,4	419,5
25 à 29	79	139	213,8	387,3
30 à 34	71	128	206,7	388,8
35 à 39	43	77	131,8	248,9
40 à 44	38	68	113,4	210,0
45 à 49	34	66	99,5	194,6
50 à 54	34	58	91,9	155,8
55 à 59	25	34	77,5	107,3
60 à 64	9	13	34,2	50,5
65 à 69	7	8	31,3	35,8
70 à 74	7	3	43,5	21,0
75 à 79	5	3	36,7	25,9
80 à 84	2	2	23,4	27,5
85 à 89	3	0	42,1	8,2
90 ans et plus	1	0	25,7	0,0

**Tableau 16 : Taux de mortalité et nombre de décès par surdose involontaire à Ottawa et en Ontario, 2000 à 2014**

Année	Taux, Ottawa (par 100,000)	Taux, Ottawa (par 100,000)	Taux, Ontario sans Ottawa (par 100,000)
2000	32	4,1	2,6
2001	20	2,5	3,2
2002	27	3,3	3,7
2003	20	2,4	3,6
2004	19	2,3	4,1
2005	27	3,2	4,6
2006	24	2,8	4,8
2007	24	2,8	4,8
2008	22	2,5	4,5
2009	39	4,4	4,6
2010	32	3,6	5,1
2011	30	3,3	5,4
2012	34	3,7	5,5
2013	32	3,4	5,6
2014	36	3,8	5,8

**Tableau 17 : Nombre de décès par surdose involontaire de drogues en fonction du sexe, Ottawa, 2000 à 2014. S.O. : Sans objet. Les données non rapportées dû au risque d'identification**

Année	Hommes	Femmes	Total
2000	24	8	32
2001	S.O.	S.O.	20
2002	16	11	27
2003	S.O.	S.O.	20
2004	S.O.	S.O.	19
2005	20	7	27
2006	19	5	24
2007	S.O.	S.O.	24
2008	16	6	22
2009	28	11	39
2010	20	12	32
2011	22	8	30
2012	20	14	34
2013	27	5	32
2014	26	10	36

**Tableau 18 : Proportion des surdoses involontaires mortelles d'opioïdes par groupe d'âge et par année, Ottawa, 2010-2014**

Groupe d'âge	Nombre	Proportion
0 à 9	0	0
10 à 19	5	5
20 à 29	30	27
30 à 39	22	20
40 à 49	30	27
50 à 59	18	16
60 ans et plus	5	5

**Tableau 19 : Surdoses mortelles involontaires par opioïdes comparé aux non-opioïdes, par année, Ottawa, 2003 à 2014**

Année	Opioïds	Non-opioïds
2003	9	11
2004	8	11
2005	7	20
2006	7	17
2007	9	15
2008	13	9
2009	26	13
2010	21	11
2011	20	10
2012	20	14
2013	25	7
2014	24	12

**Tableau 20 : Nombre et taux de visites des fourgonnettes du Programme SITE par quartier, Ottawa, 2015**

Quartier	Nombre	Taux par 100,000 habitants
Cumberland	2	4,6
Stittsville	6	22,7
Gloucester- Nepean Sud	16	38,4
Barrhaven	18	38,7
Osgoode	11	45,0
Innes	21	54,8
West Carleton-March	13	56,4
Rideau-Goulbourn	14	57,1
Orléans	35	73,4
Gloucester-Southgate	49	102,4
Kanata Sud	49	113,1
Beacon Hill-Cyrville	42	126,7
Rideau-Rockcliffe	47	126,8
Kanata Nord	45	130,5
Knoxdale-Merivale	51	132,9
Capitale	55	159,5
Baie	87	198,0
Kitchissippi	97	255,8
Alta Vista	120	272,4
Collège	156	307,1
Rivière	409	893,1
Somerset	484	1378,5
Rideau-Vanier	924	2247,9

**Tableau 21 : Nombre annuel moyen de visites à l'urgence pour des surdoses involontaires de drogues par quartier, Ottawa, moyenne, 2013 à 2015. S.O.= sans objet, données non rapportées.**

Quartier	Nombre, annuel moyen	Taux normalisé selon l'âge, par 100,000 habitants
Stittsville	S.O.	S.O.
Gloucester- Nepean Sud	S.O.	S.O.
Rideau-Goulbourn	S.O.	S.O.
Barrhaven	4	8,5
West Carleton-March	4	22,3
Knoxdale-Merivale	4	10,1
Cumberland	4	11,2
Osgoode	4	20,3
Kanata Nord	5	14,1
Capitale	5	15,5
Kanata Sud	5	12,9
Innes	5	16,9
Gloucester-Southgate	7	15,0
Kitchissippi	7	18,3
Orléans	8	16,0
Collège	9	18,6
Beacon Hill-Cyrville	9	26,4
Baie	9	22,0
Rivière	10	20,9
Alta Vista	12	25,3
Rideau-Rockcliffe	13	35,8
Somerset	15	38,7
Rideau-Vanier	38	82,6

**Tableau 22 : Nombre annuel et taux normalisé selon l'âge de visites à l'urgence pour des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation de substances psychoactives, par quartier, Ottawa, moyenne, 2013 à 2015.**

Quartier	Nombre, annuel moyen	Taux normalisé selon l'âge, par 100,000 habitants
Stittsville	14	51,4
West Carleton-March	15	77,5
Gloucester- Nepean Sud	19	48,4
Kanata Nord	20	57,2
Osgoode	22	106,1
Rideau-Goulbourn	26	132,0
Barrhaven	30	63,7
Cumberland	34	82,2
Innes	35	99,5
Capitale	43	160,4
Orléans	45	106,8
Kanata Sud	45	112,3
Beacon Hill-Cyrville	47	168,2
Knoxdale-Merivale	51	172,0
Kitchissippi	55	183,8
Gloucester-Southgate	58	121,5
Alta Vista	63	170,1
Rivière	67	164,6
Collège	73	173,9
Rideau-Rockcliffe	74	246,4
Baie	77	215,4
Somerset	96	477,6
Rideau-Vanier	234	768,2

**Tableau 23 : Nombre annuel moyen de personnes ayant reçu un diagnostic d'hépatite C ou de VIH et indiqué consommer des drogues injectables, par quartier, Ottawa, 2011 à 2014**

Quartier	Nombre, annuel moyen	Taux par 100,000 habitants
Gloucester- Nepean Sud	0,0	0,0
Kanata Nord	0,5	1,5
Barrhaven	0,8	1,6
Stittsville	0,5	1,9
Rideau-Goulbourn	0,5	2,0
Osgoode	0,5	2,1
Orléans	1,8	3,7
Knoxdale-Merivale	1,5	3,9
Kanata Sud	1,8	4,0
Cumberland	2,3	5,2
Beacon Hill-Cyrville	1,8	5,3
Capitale	2,0	5,8
Collège	3,0	5,9
Gloucester-Southgate	3,0	6,3
Baie	3,5	8,0
West Carleton-March	2,3	9,8
Rivière	5,0	10,9
Alta Vista	5,3	11,9
Kitchissippi	5,3	13,8
Innes	6,3	16,3
Rideau-Rockcliffe	6,3	16,9
Somerset	10,0	28,5
Rideau-Vanier	17,3	42,0