

Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool

Nom	Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool
Nom abrégé ou autre nom	Sans objet
Description	Taux d'hospitalisations normalisé selon l'âge pour des affections totalement (100 %) attribuables à l'alcool, par 100 000 personnes âgées de 10 ans et plus. Pour plus de détails, consultez le document Notes méthodologiques générales .
Interprétation	Un faible taux est souhaitable.
Dimension du cadre de PSS	Résultats du système de santé : Améliorer l'état de santé des Canadiens
Nature des besoins	Rester en santé
Couverture géographique	Ensemble des provinces et des territoires
Niveau de déclaration et désagrégation	National, Provincial et territorial, Régional
Résultats de l'indicateur	Accès aux résultats des indicateurs sur Votre système de santé : En détail

Identification de l'indicateur

Nom	Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool
Nom abrégé ou autre nom	Sans objet
Description et calcul de l'indicateur	Taux d'hospitalisations normalisé selon l'âge pour des affections totalement (100 %) attribuables à l'alcool, par 100 000 personnes âgées de 10 ans et plus.
Description	Pour plus de détails, consultez le document Notes méthodologiques générales .
Calcul : description	(Nombre d'hospitalisations pour une affection totalement attribuable à l'alcool chez les patients de 10 ans et plus ÷ population totale âgée de 10 ans et plus à la mi-année) x 100 000 (ajusté selon l'âge)
Calcul : affectation géographique	Unité d'analyse : chaque sortie Lieu de résidence
Calcul : type de mesure	Taux - Taux par 100 000 habitants
Calcul : ajustement	Ajusté selon l'âge
Calcul : méthode d'ajustement	Normalisation directe • Population de référence : Population canadienne de 2011
Dénominateur	Description : Population totale âgée de 10 ans et plus à la mi-année

Description :

Nombre total d'hospitalisations pour une affection entièrement attribuable à l'alcool chez les patients de 10 ans et plus

Inclusions :

- Sexe inscrit : homme ou femme
- Sortie d'un hôpital général ou psychiatrique, ou d'une clinique de chirurgie d'un jour.

Les codes ci-dessous ont été utilisés uniquement pour consigner les affections totalement attribuables à l'alcool :

— À l'extérieur du Québec

a) Enregistrements de patients hospitalisés et de chirurgie d'un jour :

- codes de la CIM-10-CA pour les affections 100 % attribuables à l'alcool consignés comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X, Y ou 9 dans la Base de données sur les congés des patients (BDCP), ou comme problème principal (PP) ou autre problème (AP) dans le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); **ou**

b) Enregistrements du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) :

- codes du DSM-IV-TR et du DSM-5 (version ICD-9-CM) pour les affections 100 % attribuables à l'alcool consignés comme diagnostic principal ou diagnostic secondaire dans les enregistrements de patients hospitalisés; **ou**
- codes de troubles liés à une substance et de troubles addictifs consignés comme diagnostic principal ou diagnostic secondaire et visite au service d'urgence comportant un code d'affection 100 % attribuable à l'alcool consignée dans le SNISA dans les 7 jours précédant l'admission à un lit dans le SIOSM (si aucun code du DSM-IV-TR ou du DSM-5 (version ICD-9-CM) pour une affection 100 % attribuable à l'alcool n'est consigné et aucune autre substance n'est consignée dans l'abrégié)

— Au Québec

a) Enregistrements de patients hospitalisés et de chirurgie d'un jour :

- codes d'affections 100 % attribuables à l'alcool consignés comme diagnostic de type M, 1, 2, W, X, Y ou 9 dans la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH); **ou**
- codes d'affections 100 % attribuables à l'alcool (voir les codes de la CIM-10-CA à l'annexe 1) consignés comme diagnostic de type C **et** codes de la CIM-10-CA pour les affections partiellement attribuables à l'alcool (annexe 2) consignés comme diagnostic de type M ou 9

Voir les [Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool — annexes du Répertoire des indicateurs pour obtenir des descriptions détaillées des codes d'affections totalement attribuables à l'alcool et partiellement attribuables à l'alcool, ainsi que des codes du DSM-IV et du DSM-5 du SIOSM.](#)

Exclusions :

- Enregistrements comportant la catégorie d'admission Donneur décédé ou Mortinaissance (Catégorie d'admission = R ou S).
- Données de 2018-2019 et des années suivantes : Aide médicale à mourir (AMAM) (État à la sortie = 73)

Contexte, interprétation et points de référence

La consommation abusive d'alcool a des conséquences graves pour la santé des personnes concernées, mais aussi pour la collectivité. Elle est également un fardeau inutile pour le système de santé lorsque les ressources sont limitées. L'abus d'alcool est associé à diverses affections et est l'un des principaux facteurs de décès, de maladie et d'invalidité. Il peut donner lieu à des préjudices intentionnels (agression) ou non intentionnels (accidents de la route et décès).

On ne dispose pas de données comparables sur la prévalence de l'abus d'alcool à l'heure actuelle; cependant, les sorties d'hôpitaux peuvent être utilisées dans les analyses sur l'abus d'alcool dans la collectivité et leur fardeau pour les systèmes de santé. Tout indicateur permettant de mesurer les hospitalisations attribuables à l'alcool peut aider à

- sensibiliser la population à la gravité des conséquences liées à la consommation d'alcool;
- estimer l'ampleur de l'utilisation des services hospitaliers en raison de méfaits causés par l'alcool afin de connaître les besoins en matière d'accès aux services de soins de santé primaires, aux services sociaux et communautaires en dépendances, en réadaptation et en santé mentale, ainsi qu'aux services d'éducation et de prévention;
- déceler les sources locales de préoccupation et signaler les problèmes potentiels d'accès aux services appropriés (comme les soins de santé primaires ou les services sociaux et communautaires);
- déterminer les futurs besoins en matière de services de santé et la répartition appropriée des ressources tant pour la prise en charge que pour la prévention de l'abus d'alcool;
- encourager la prise de mesures visant à réduire et à prévenir le fardeau des affections attribuables à l'alcool en éclairant les politiques touchant l'alcool et les secteurs prioritaires;
- surveiller l'efficacité des politiques actuelles sur l'alcool.

Interprétation
Un faible taux est souhaitable.

Dimension du cadre de PSS
Résultats du système de santé : Améliorer l'état de santé des Canadiens

Nature des besoins
Rester en santé

Objectifs
et points
de
référence

- Sans objet
1. Organisation mondiale de la santé. [Global Status Report on Alcohol and Health 2014](#). 2014.
 2. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, et al. [The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview](#). *Addiction*. 2010.
 3. Rehm J, Shield KD. [Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains From Effective Interventions for Alcohol Dependence](#). 2012.
 4. Patra J, Taylor B, Rehm J, et al. [Substance-attributable morbidity and mortality changes to Canada's epidemiological profile: Measurable differences over a ten-year period](#). *La revue canadienne de santé publique*. 2007.
 5. Holmes J, Angus C, Buykx P, et al. [Mortality and Morbidity Risks From Alcohol Consumption in the UK: Analyses Using the Sheffield Alcohol Policy Model \(v.2.7\) to Inform the UK Chief Medical Officers' Review of the UK Lower Risk Drinking Guidelines](#). 2016.
 6. Statistique Canada. [Consommation abusive d'alcool, 2014](#). Consulté le 12 août 2016.
 7. Rehm J, Giesbrecht N, Patra J, Roerecke M. [Estimating chronic disease deaths and hospitalizations due to alcohol use in Canada in 2002: Implications for policy and prevention strategies](#). *Preventing Chronic Disease*. 2006.
 8. Association canadienne de santé publique. [Un prix trop élevé : une approche de santé publique aux politiques sur l'alcool au Canada](#). 2011.

Références

9. Young MM, Jesseman RJ. [Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers](#). 2014.
10. Keurhorst M, van de Glind I, Bitarello do Amaral-Sabadini M, et al. [Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: A meta-analysis](#). *Addiction*. 2015.
11. Organisation mondiale de la santé. [Soixantième assemblée mondiale de la santé : point 12.7 de l'ordre du jour provisoire — Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool](#). 2007.
12. Organisation mondiale de la santé. [Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool](#). 2010.
13. Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool. [Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada : vers une culture de modération](#). 2007.
14. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario. [Alcohol attributable hospitalizations for selected chronic disease and injuries](#). Consulté le 4 octobre 2016.
15. Centre for Addictions Research of BC. [Hospitalizations and deaths in BC](#). Consulté le 12 août 2016.
16. Public Health England. [Local alcohol profiles for England](#). Consulté le 12 août 2016.
17. National Drug Research Institute. [Bulletin 1: Alcohol-Caused Deaths and Hospitalisations in Australia, 1990-1997](#). 1999.
18. County Health Rankings and Roadmaps. [Alcohol-related hospitalizations](#). Consulté le 10 août 2016.

Disponibilité des sources de données et résultats

Sources des données BDCP, BDMH, SNISA, SIOSM

Type d'année :

Exercice

Années de données disponibles

Première année de données disponibles :

2015

Dernière année de données disponibles :

2018

Couverture géographique

Ensemble des provinces et des territoires

Niveau de déclaration et désagrégation National, Provincial et territorial, Régional

Mise à jour des résultats

Fréquence de mise à jour Chaque année

Outil Web :

Résultats de l'indicateur Votre système de santé : En détail

URL :

[Accès aux résultats des indicateurs sur Votre système de santé : En détail](#)

Depuis 2016, les données du SIOSM s'appuient sur les codes du DSM-5 (version ICD-9-CM).

Mises à jour

À compter de 2017, les codes d'affections attribuables à l'alcool consignés comme diagnostic de type 2 sont inclus dans l'indicateur. Les résultats des exercices précédents ont aussi été recalculés avec cette méthodologie mise à jour.

Énoncé de qualité

- Cet indicateur permet de dénombrer les hospitalisations pour des affections totalement attribuables à l'alcool. Les affections partiellement attribuables à l'alcool (p. ex. cancers, accidents vasculaires cérébraux, maladies respiratoires) ne sont pas saisies comme telles. On estime que parmi l'ensemble des hospitalisations liées à l'alcool, 30 % sont dues à des affections totalement attribuables à l'alcool et 70 % à des affections partiellement attribuables à l'alcool.
- Cet indicateur repose sur la saisie de données sur la consommation d'alcool comme cause d'affection ou de maladie (100 % attribuable) pour laquelle des soins sont dispensés. Par conséquent, les affections potentiellement liées à l'alcool, mais non diagnostiquées ni consignées comme telles (p. ex. maladies du foie non attribuables à l'alcool) peuvent ne pas être prises en compte.

Mises en garde et limites

- Les préjugés liés à l'alcool influent sur la saisie des affections découlant de la consommation d'alcool. La prudence croissante dont fait preuve le personnel clinique et la sensibilité des patients concernant la saisie de la consommation d'alcool au dossier peuvent avoir une incidence sur la proportion de certaines affections pour lesquels un lien avec l'alcool est consigné.
- Les accidents et les blessures, subies soi-même ou infligées à autrui, sont des conséquences graves de la consommation d'alcool; toutefois, le présent indicateur porte principalement sur les maladies mentales et les affections attribuables à l'alcool. Les blessures infligées à autrui ne sont pas incluses, mais tout patient admis en raison d'une affection attribuable à l'alcool peut aussi présenter des blessures physiques.
- Étant donné que le traitement des affections attribuables à l'alcool peut relever de différents secteurs du système de santé, dont les cliniques, les services d'urgence et les hôpitaux généraux et psychiatriques, les variations dans les résultats de l'indicateur peuvent être influencées par les services dispensés, la capacité, l'accès aux soins et le type de services et de dispensateurs.

Problèmes relatifs à l'établissement des tendances

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition* (DSM-5, version ICD-9-CM) a été intégré au Système d'information ontarien sur la santé mentale à partir de 2016-2017. Avant cet exercice, la quatrième édition (DSM-IV-TR) était utilisée. Étant donné que les catégories de diagnostics des 4^e et 5^e éditions du manuel ne sont pas entièrement comparables, il pourrait y avoir une variation dans la répartition des cas dans les catégories, ce qui pourrait avoir une incidence sur l'établissement de tendances à partir des taux de 2015-2016 et de 2016-2017 pour l'Ontario.

Les résultats de cet indicateur sont aussi disponibles dans

- [l'outil Web Votre système de santé : En bref](#)
- [la publication en ligne Indicateurs de santé](#)

Commentaires

La même méthode d'identification des cas est utilisée pour les indicateurs Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances. Pour en savoir plus, consultez l'autre indicateur dans le Répertoire.