ANALYSE DU PHÉNOMÈNE DE « DÉCÈS PAR DÉSESPOIR » AU CANADA

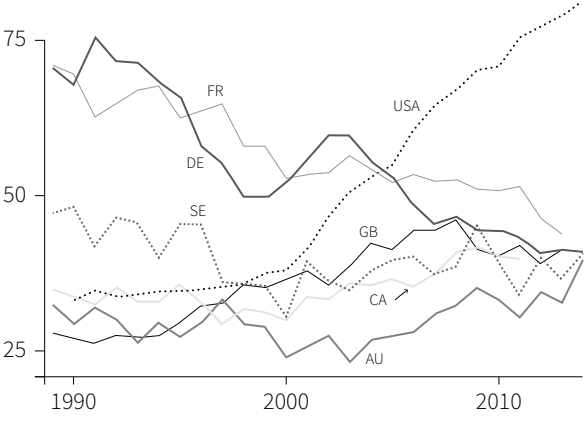
MUSAH KHALID

Ce document a été adapté d'une présentation faite lors du panel « Vieillissement, revenu et longévité » à la conférence « Statistique Canada — 100 ans bien comptés », à Ottawa les 6-7 décembre 2018.

Musah Khalid est spécialiste principal, à la Société canadienne d'hypothèques et de logement, et récemment diplômé du programme de doctorat en économie de l'Université du Manitoba.

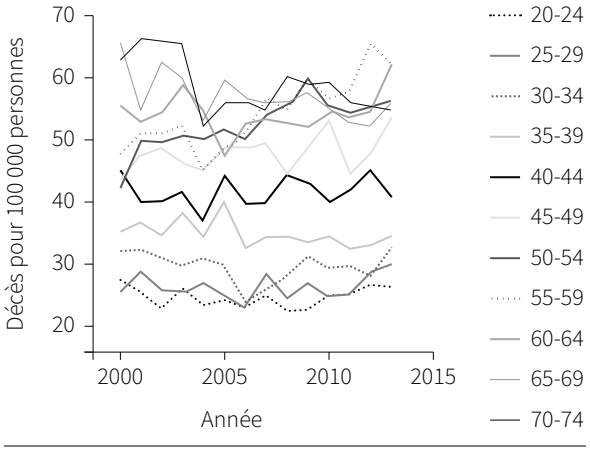
Le phénomène des « décès par désespoir » est largement cité et accepté aux États-Unis. Une forte hausse de la mortalité par suicide, des surdoses de drogue et des maladies liées à l'alcool à partir de la fin des années 90 a modifié la trajectoire à la baisse des taux de mortalité toutes causes confondues chez les Américains de la classe ouvrière blanche, d'âge moyen. Au cours de la même période, les taux de mortalité hispaniques et noirs non hispaniques ont continué de baisser (Case & Deaton, 2017). Plus précisément, Case et Deaton ont constaté qu'entre 1999 et 2015, les hommes et les femmes de race blanche âgés de 50 à 54 ans et n'ayant pas atteint le niveau d'études secondaires avaient connu une augmentation significative du taux de mortalité (figure 1) (2017). Le taux des heures supplémentaires est illustré par une comparaison avec d'autres pays de l'OCDE dont les taux de mortalité restent bien inférieurs pendant cette période (bien qu'ils avancent qu'une tendance similaire se dessine lentement

MORTALITÉ DUE À LA DROGUE, À L'ALCOOL ET AU SUICIDE, CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES ÂGÉES DE 50 À 54 ANS



dans certains pays comme le Canada, le Royaume-

FIGURE 1 : DÉCÈS PAR DÉSESPOIR TOUS ÂGES, HOMMES DE 2000 À 2013



Uni et l'Australie). Case et Deaton attribuent le renversement des taux de mortalité au désavantage cumulatif subi par la classe ouvrière blanche du fait des changements sociaux et économiques induits par la mondialisation et les changements technologiques qui ont conduit à des aspirations écrasées, alimentant des choix de santé risqués et générant des comportements plus risqués.

Bien que certains auteurs aient identifié des preuves douteuses indiquant la présence de décès par désespoir au Canada (Case et Deaton, 2017 ; Probst & Rehm, 2018), à la connaissance des auteurs, aucune étude évaluée par des pairs n'a été publiée analysant l'existence du phénomène au Canada. Cette étude comble le vide en examinant les données de mortalité couplées pour découvrir que les Canadiens d'âge moyen ne meurent pas de manière disproportionnée en raison de décès par désespoir, imputables au changement économique. En fait, tous les groupes d'âge connaissent une augmentation du taux de mortalité par empoisonnement aux drogues, les taux chez les femmes d'âge moyen augmentant plus rapidement que ceux des hommes.

MÉTHODES :

CONCEPTION DE L'ÉTUDE

Nous avons mené une étude rétrospective et longitudinale de cohortes étudiant la mortalité par cirrhose alcoolique du foie, par empoisonnement aux drogues et par suicide chez les adultes âgés de 20 à 74 ans au Canada de 1979 à 2013. Nous avons établi des groupes d'âge quinquennaux à l'échelle du Canada (afin que nos estimations soient comparables aux conclusions de Case et Deaton (2015 ; 2017)) et nous avons analysé l'évolution des taux de mortalité par groupe d'âge, sexe et cause au fil du temps.

PARAMÉTRAGE ET SOURCES DE DONNÉES

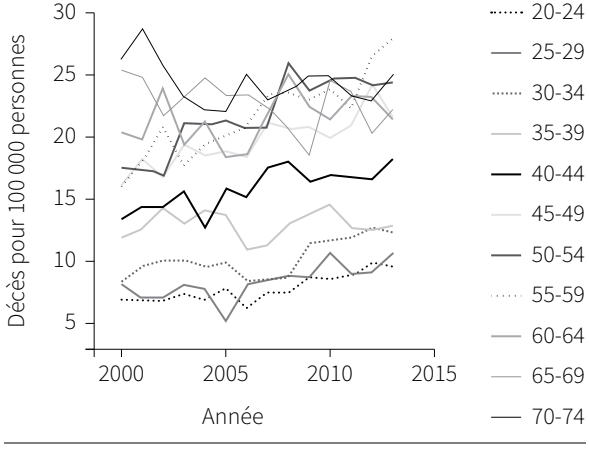
Nous avons utilisé les données de mortalité de la base canadienne de données de l'état civil (BCDECD) (1979 - 2013) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (cycles 2000 - 2011) préalablement couplées à la base de données susmentionnée, toutes deux de Statistique Canada.

Le BCDECD est un recensement avec une conception transversale ; les données sont extraites de fichiers administratifs. L'ensemble de données comprend des données démographiques et des causes de décès recueillies annuellement auprès de tous les registres de statistiques de l'état civil des provinces et des territoires pour tous les décès au Canada.

L'enregistrement de tous les décès dans les juridictions provinciales et territoriales est obligatoire. Avant 2010, certaines des données incluaient les Canadiens décédés aux États-Unis. La cause du décès est classée selon la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'ensemble des données liées inclut les itérations d'enquête de l'ESCC de 2000 à 2011. L'ESCC est une enquête transversale qui recueille des informations sur la santé de la population civile hors établissement de 12 ans. Sont exclus les membres des Forces canadiennes, les personnes vivant dans les réserves et dans certaines régions éloignées du Canada (environ 4 % de la population totale). Le couplage se fait comme suit : 1) préparation des données ; 2) couplage d'enregistrements ; et 3) évaluation de la qualité des données. Le couplage a été approuvé par le Conseil de gestion de Statistique Canada. Les répondants à l'ESCC qui ont consenti à ce que leurs informations soient liées aux ministères de la Santé provinciaux et fédéraux (85,3 %, n = 614 774) sont inclus dans cet ensemble de données. Statistique Canada a créé des poids d'échantillonnage pour tenir compte du nombre de participants qui n'ont pas consenti au couplage.

FIGURE 2 : DÉCÈS PAR DÉSESPOIR TOUS ÂGES, FEMMES DE 2000 À 2013



PARTICIPANTS

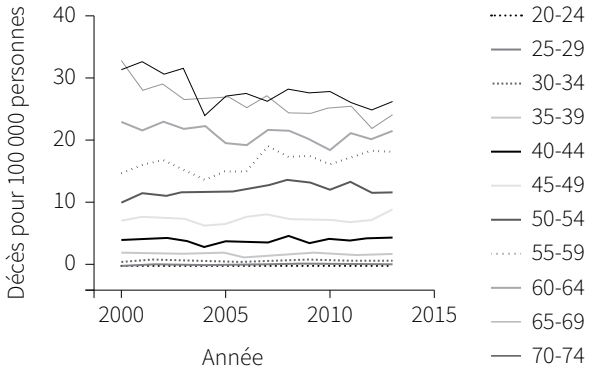
Dans notre analyse du BCDECD, nous avons inclus les adultes âgés de 20 à 74 ans décédés des suites d'une cirrhose alcoolo-hépatique, d'une intoxication par les drogues et du suicide au Canada de 1979 à 2013. Dans l'analyse subséquente de l'ensemble de données lié à l'ESCC, nous avons inclus les mineurs et les adultes 15 ans et plus qui sont décédés des suites d'une cirrhose alcoolique du foie, d'une intoxication par les drogues et d'un suicide au Canada de 2000 à 2011 (n = 925).

RÉSULTAT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal était le taux de mortalité par empoisonnement aux drogues, le suicide et la cirrhose alcoolique du foie. Les causes de décès étaient basées sur les codes de la CIM9 (1979-1999) et de la CIM10 (2000-2013). La catégorisation de la cause du décès a été déterminée à l'aide des codes suivants :

- Les intoxications par les drogues étaient caractérisées par les codes CIM9 : 850-860, 980 et CIM10 : X40-45, Y10-15, Y45, Y47, Y49 ;
- Le suicide a été caractérisé par les codes ICD9 :

FIGURE 3 : MORTALITÉ LIÉE À L'ALCOOL, HOMMES ET FEMMES, 2000 - 2013



950-959 et ICD10 : X60-84, Y87.0 ;

- La maladie alcoolique du foie et la cirrhose ont été caractérisées par les codes CIM9 : 571 et CIM10 : K70, K73, K74.

À des fins de comparaison, ce sont les mêmes codes que ceux utilisés dans l'étude de Case et Deaton (2017).

ANALYSES STATISTIQUES

Nous avons d'abord construit des groupes d'âge au niveau du Canada, ainsi que les taux de cirrhose alcoolo-hépatique, d'empoisonnement par drogues et de mortalité par suicide chez les 20 à 74 ans pour les années 1979 à 2013, selon le sexe. Nous avons divisé les années de cette manière afin de nous assurer que nos estimations soient comparables aux conclusions de Case et Deaton (2017). Nous avons analysé les tendances temporelles des taux de mortalité due au décès par désespoir (les trois causes combinées) par cohorte d'âge et par sexe. Nous avons ensuite répété le processus ventilé par cause. Les taux de mortalité au fil du temps ont été comparés entre les groupes d'âge, le sexe et la cause.

À l'aide de l'ensemble de données lié à l'ESCC (2000 - 2011), nous avons analysé la source d'éducation et de revenu des répondants âgés de 15 ans et plus par cause. L'éducation a été classée dans la catégorie du plus haut niveau d'études achevé : primaire, secondaire et postsecondaire. La source de revenu a été classée comme salaire, pension ou assistance sociale.

RÉSULTATS

Nous avons constaté que les taux de mortalité imputables aux décès par désespoir avaient augmenté chez les 45 à 64 ans à partir de la fin des années 1990, les augmentations les plus fortes ayant été observées chez les 55 à 59 ans. Lorsque désagrégés

FIGURE 4 : MORTALITÉ PAR SUICIDE, HOMMES ET FEMMES, 2000 - 2013

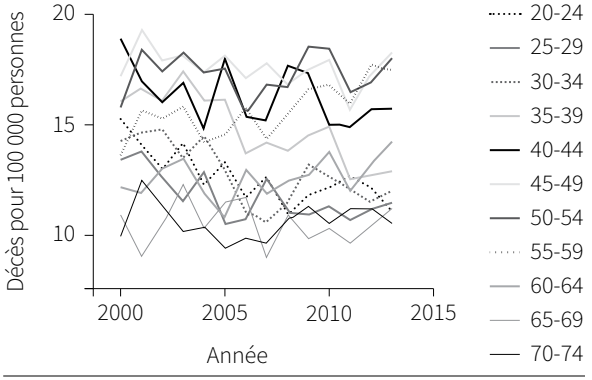
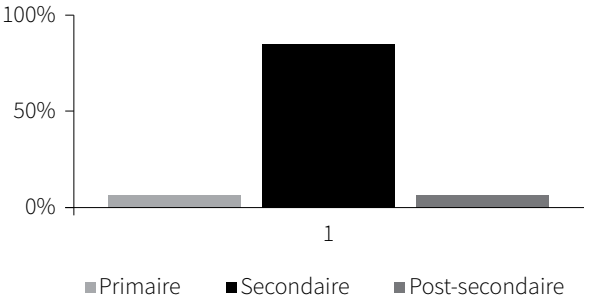


FIGURE 5 : MORTALITÉ DUE À LA DROGUE TOUS ÂGES, HOMMES ET FEMMES, 2000 - 2013



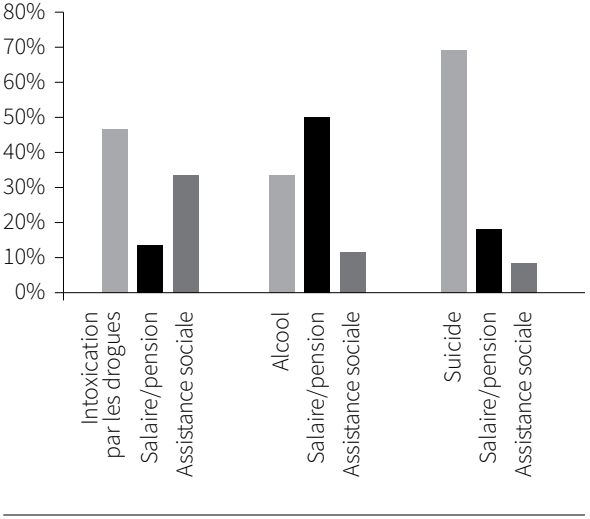
par sexe, la plus forte augmentation concerne les hommes âgés de 45 à 64 ans (voir la figure 1). Pour les femmes, la plus forte augmentation se voit chez les 40 à 59 ans (voir figure 2). Lorsque désagrégés par cause de décès, il n'y avait pas de changement significatif dans les taux de mortalité par suicide ou par alcool de 2000 à 2013, que ce soit chez les hommes ou les femmes, dans tous les groupes d'âge (voir figures 3 et 4). Cependant, nous avons constaté une augmentation des taux de mortalité due aux intoxications par les drogues dans tous les groupes d'âge et une croissance encore plus rapide chez les 45 à 64 ans (voir la figure 5). Bien que les chiffres absolus restent plus élevés chez les hommes, les taux chez les hommes et les femmes augmentent en raison des intoxications par les drogues, avec une augmentation plus importante chez les femmes. Dans l'ensemble, le Canada n'a pas un problème de « décès par désespoir », mais plutôt un problème d'empoisonnement par la drogue. Les implications de ce résultat sont discutées ci-dessous.

FIGURE 6 : NIVEAU D'ÉDUCATION : MORTALITÉ DUE À LA DROGUE, 15 ANS ET PLUS, 2000-2011



En outre, nous avons examiné la source de revenu et le niveau d'instruction des personnes décédées des suites d'une intoxication par la drogue entre 2000 et 2011 (voir les figures 6 et 7). Nous avons

FIGURE 7 : SOURCE DE REVENU : DÉCÈS PAR DÉSESPOIR CHEZ LES 15 ANS ET PLUS, 2000 - 2011



constaté qu'une majorité d'entre eux ont terminé leurs études au niveau secondaire et tiraient leur revenu de salaires ou d'aide sociale.

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

Cette étude a conclu que les Canadiens d'âge moyen ne meurent pas de manière disproportionnée des suites du désespoir causé par les changements économiques. L'augmentation des taux de mortalité liés aux décès par désespoir chez les 45 à 64 ans, à partir de la fin des années 1990, peut être imputée à une augmentation des taux de mortalité par empoisonnement aux drogues chez les hommes et les femmes dans tous les groupes d'âge. Les taux ont augmenté plus rapidement chez les 45 à 64 ans, avec une augmentation plus importante chez les femmes et de façon disproportionnée chez les personnes dépendant de l'assistance sociale.

Bien qu'une récente étude comparative transnationale des taux de mortalité liée à la drogue ait déterminé que les États-Unis étaient le seul pays en crise de mortalité liée à la drogue, l'analyse en question ne s'est pas étendue au Canada (Barbieri, 2018). Notre étude démontre clairement que le Canada fait face à une crise similaire. Cela a des implications politiques importantes. Au lieu de se concentrer sur la résolution des problèmes économiques de la « classe ouvrière blanche vulnérable et marginalisée d'âge mûr », nos politiques devraient viser à enrayer la trajectoire croissante des décès liés à la drogue. Par exemple, les produits pharmaceutiques sur ordonnance devraient être examinés de plus près, étant donné que les personnes vivant avec l'aide sociale sont couvertes par une assurance-médicaments et qu'un nombre disproportionné de décès liés à la drogue concernent des personnes bénéficiant d'aide sociale. Il est possible que cela contribue à la crise des opioïdes.

Le terme « décès par désespoir » est devenu un phénomène généralement accepté. Le langage et la notion se sont infiltrés dans notre façon de penser quotidienne. On y retrouve allusion dans les sources médiatiques, et le phénomène est évoqué dans l'explication de certains phénomènes culturels de l'ère « incertaine » actuelle. Étant donné que les décès liés à l'alcool et au suicide suivent des schémas complètement différents des décès liés à la drogue, leur regroupement en une théorie du « décès par désespoir » présenté par Case et Deaton ne reflète pas la réalité canadienne. Il est possible que nos résultats révèlent les débuts d'une crise de la drogue. Les produits pharmaceutiques prescrits doivent être examinés de plus près. Le message le plus important à retenir est que les Canadiens d'âge moyen ne meurent pas de manière disproportionnée à cause du désespoir. Confondre l'augmentation écrasante du nombre de décès liés à la drogue avec la notion de décès par désespoir imputable à un changement économique revient à confondre les approches et solutions possibles et appropriées pour résoudre le problème.

En conclusion, même si nous constatons que le taux de mortalité par drogue augmente plus rapidement chez les femmes, une analyse statistique plus poussée serait nécessaire pour le confirmer. Il est possible que les décès ne soient pas correctement classés - certains cas d'intoxication par drogues

seraient autrement classés comme des suicides.

RÉFÉRENCES

BARBIERI, M. (2018). The contribution of drug-related deaths to the US disadvantage in mortality. *International journal of epidemiology*.

CASE, A., & DEATON, A. (2015). Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proceedings of the National Academy of Sciences,112*(49), 15078-15083.

CASE, A., & DEATON, A. (2017). Mortality and morbidity in the 21st century. *Brookings papers on economic activity, 2017*, 397.

REHM, J., & PROBST, C. (2018). Decreases of life expectancy despite decreases in non-communicable disease mortality : the role of substance use and socioeconomic status.*European addiction research, 24*(2), 53-59.