

Approche **systemique**

des services et soutiens en toxicomanie au Canada

> Rapport sur les **indicateurs nationaux de traitement 2012**



Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).

Citation proposée : Beasley, E., R. Jesseman, D. Patton et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement 2012*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2012.

© Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2012.

CCLAT, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à www.cclat.ca

This document is also available in English under the title:
National Treatment Indicators report, 2012

ISBN - 978-1-926705-84-2

> Résumé

Ce premier rapport sur les indicateurs nationaux de traitement – préparé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en collaboration avec le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT) – se veut une première étape vers l'élimination des lacunes existantes en ce qui concerne les données sur le traitement de la consommation de substances au Canada. Le GTINT est composé de représentants des provinces et des territoires, ainsi que d'organismes fédéraux responsables de la prestation de services¹. On trouvera dans ce rapport des données provenant de six provinces et d'un organisme fédéral, portant non seulement sur les services spécialisés de traitement de la consommation de substances, mais également sur les services de traitement de la dépendance au jeu, lorsque ces renseignements pouvaient facilement être distingués.

Des renseignements exacts et à jour sur la façon dont le système est utilisé font partie intégrante d'un processus de planification efficace. Actuellement, la collecte des données sur le traitement de la consommation de substances n'est pas effectuée à l'échelle nationale au Canada. Bien que les provinces, les territoires et les organismes fédéraux recueillent tous des données à l'aide de leurs propres systèmes de traitement, les lignes directrices et définitions qu'ils utilisent varient considérablement. Le manque de données comparables signifie qu'il n'existe aucune source d'information fiable qui puisse être utilisée pour cerner les tendances systémiques en matière de services offerts et de populations desservies, et pour prendre des mesures à cet égard. Par ailleurs, les disparités dans les renseignements fournis par les diverses autorités limitent également la capacité du Canada à fournir des données significatives aux initiatives s'attaquant aux conséquences pour la santé et la société de la consommation de substances à l'échelle mondiale.

Le projet d'indicateurs nationaux de traitement vise à fournir un portrait complet du traitement de la consommation de substances au Canada, à l'aide de renseignements de base

comme le nombre de personnes traitées, leurs caractéristiques sociodémographiques (p. ex. âge, sexe) et le type de traitement suivi. Les données présentées illustrent la mine d'information potentielle qui pourrait être rendue disponible grâce à une collecte de données améliorée et une participation accrue au projet. Voici quelques exemples des avantages de la collecte de données à l'échelle nationale :

- Orienter l'analyse de rentabilisation des investissements dans les services et les soutiens aux personnes ayant des problèmes de consommation;
- Indiquer les habitudes et les tendances en matière d'utilisation des services et de caractéristiques démographiques;
- Mesurer les répercussions du changement dans le système et en faire le suivi;
- Faciliter l'évaluation de stratégies ou de programmes particuliers à l'échelle régionale, provinciale, territoriale ou nationale;
- Favoriser la coordination et la collaboration entre les systèmes provinciaux, territoriaux, fédéraux et internationaux.

Les résultats de ce rapport fournissent de l'information utile sur le système, comme le fait que les hommes sont plus susceptibles de faire appel aux services que les femmes, que plus de personnes ont recours aux services à l'externe qu'aux services à l'interne (à l'exception de la prise en charge du sevrage) et que les personnes qui bénéficient des services ont généralement entre 25 et 54 ans.

Les résultats ont également des conséquences sur le développement du système et l'allocation des ressources, et montrent plus particulièrement l'importance de la collaboration entre les autorités administratives et les secteurs. Par exemple, selon les résultats, de 7 à 13 % des personnes faisant appel aux services de traitement sont motivées par la consommation d'une autre personne, ce qui met en évidence

¹ Voir l'annexe A pour la liste des membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement.

les répercussions importantes de la consommation de substances, non seulement sur la personne elle-même, mais aussi sur son entourage. Les données indiquent également qu'il y a un nombre peu élevé mais constant de personnes ayant recours à des services à l'extérieur de leur propre territoire, une information importante tant pour l'allocation des ressources que pour la navigation dans le système. Enfin, les données disponibles sur les personnes sans domicile fixe indiquent que celles-ci sont surreprésentées chez les clients qui bénéficient des services de prise en charge du sevrage à l'interne, ce qui met en évidence la nécessité d'établir des liens solides entre ces services et le secteur du logement.

Comme ce premier rapport sur les indicateurs nationaux de traitement ne représente qu'une première étape vers la consignation cohérente des renseignements à l'échelle nationale, il y a certaines limites aux données présentées et à la mesure dans laquelle des analyses et des comparaisons peuvent être effectuées. Par exemple, la soumission de données incomplètes et les différences dans les définitions signifient qu'il est impossible de connaître le nombre total de Canadiens qui font appel aux services de traitement ou le taux moyen d'admissions dans les diverses autorités administratives. Malgré leurs limites, les données recueillies ont été présentées dès le début du processus collaboratif dans le but de partager les renseignements disponibles et de servir d'indicateur du potentiel du projet.

Le rapport actuel se limite aussi à l'information sur le secteur du traitement public spécialisé. Cela dit, de nombreux Canadiens accèdent à des services et soutiens à l'extérieur de ce secteur (p. ex. par l'entremise de fournisseurs en milieu hospitalier, privé, de soins primaires, dirigés par des pairs et communautaires). L'un des buts à long terme du GTINT est d'élargir la collecte de données au-delà du système spécialisé et d'aborder une gamme plus large de services communautaires non spécialisés.

Comme ce rapport est le premier d'une nouvelle série annuelle, il présente une introduction complète sur le contexte des services de traitement de la consommation de substances au Canada et sur la création des indicateurs nationaux de traitement avant de passer aux résultats de la collecte de données. Le projet d'indicateurs nationaux de traitement vise à améliorer la cohérence et l'étendue des données recueillies au fil du temps. Les futurs rapports présenteront donc une analyse et une interprétation plus complètes des résultats.

> Table des matières

> Liste d'acronymes	5
> Introduction	7
> Contexte administratif	8
> Méthodologie	10
Systèmes de données actuellement utilisés par les autorités administratives	10
Création d'indicateurs nationaux de traitement au Canada	13
Limites	15
> Résultats	16
Indicateur 1	17
Indicateur 2	17
Indicateur 3	19
Indicateur 4	19
Indicateur 5	22
Indicateur 6	24
Indicateur 7	34
Indicateur 8	36
Indicateur 9	39
> Discussion	40
> Conclusions et prochaines étapes	42
> Références	43
> Annexe A : Liste des membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement	44
> Annexe B : Systèmes de données sur le traitement à l'étranger	45
> Annexe C : Indicateurs feux vert, jaune et rouge	47
> Annexe D : Définitions	48

Liste des figures

Figure 1. Répartition des bénéficiaires uniques dans les services de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010	23
Figure 2. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'interne, 2009-2010	30
Figure 3. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'externe, 2009-2010	31
Figure 4. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'interne, 2009-2010	32
Figure 5. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'externe, 2009-2010	33
Figure 6. Statut d'utilisation de drogues injectables : épisodes selon le sexe, 2009-2010	35
Figure 7. Statut d'utilisation de drogues injectables : bénéficiaires selon le sexe, 2009-2010	35
Figure 8. Bénéficiaires dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon l'âge, 2009-2010	37

Liste des tableaux

Tableau 1. Systèmes actuels de services et de collecte de données	10–13
Tableau 2. Épisodes de traitement dans les services pour la consommation de substances et le jeu, 2009-2010	17
Tableau 3. Épisodes de traitement pour la consommation de substances et le jeu pour des bénéficiaires de l'extérieur de la province, 2009-2010	18
Tableau 4. Épisodes de traitement pour les problèmes de consommation de substances et de jeu d'une autre personne, 2009-2010	18
Tableau 5. Bénéficiaires uniques de services pour la consommation de substances et le jeu, 2009-2010	19
Tableau 6. Bénéficiaires de traitement pour la consommation de substances et le jeu de l'extérieur de l'autorité administrative, 2009-2010	20
Tableau 7. Bénéficiaires de services pour les problèmes de consommation et de jeu d'une autre personne, 2009-2010	20
Tableau 8. Nouveaux bénéficiaires de services pour la consommation de substance et le jeu, 2009-2010	20
Tableau 9. Ratio d'épisodes (consommation de substances) par bénéficiaire, 2009-2010	21
Tableau 10. Ratio d'épisodes (jeu) par bénéficiaire, 2009-2010	21
Tableau 11. Épisodes de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010	22
Tableau 12. Bénéficiaires uniques selon l'autorité administrative et la catégorie de services, 2009-2010	23
Tableau 13. Épisodes de prise en charge du sevrage et de traitement, selon le sexe, 2009-2010	24–25
Tableau 14. Épisodes de prise en charge du sevrage et de traitement pour des bénéficiaires sans domicile fixe, 2009-2010	25
Tableau 15. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'interne, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010	26
Tableau 16. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'externe, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010	26
Tableau 17. Épisodes de traitement à l'interne, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010	27
Tableau 18. Épisodes de traitement à l'externe, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010	27
Tableau 19. Bénéficiaires en services de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010	28
Tableau 20. Bénéficiaires sans domicile fixe en services de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010	29
Tableau 21. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'interne, 2009-2010	30
Tableau 22. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'externe, 2009-2010	31
Tableau 23. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'interne, 2009-2010	32
Tableau 24. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'externe, 2009-2010	33
Tableau 25. Utilisation de drogues injectables : épisodes et bénéficiaires uniques, 2009-2010	34
Tableau 26. Bénéficiaires dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon le sexe, 2009-2010	36
Tableau 27. Bénéficiaires dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon l'âge, 2009-2010	37
Tableau 28. Bénéficiaires dans des centres privés de substitution aux opioïdes en Ontario, selon le sexe, 2009-2010	38
Tableau 29. Bénéficiaires dans des centres privés de substitution aux opioïdes en Ontario, selon l'âge, 2009-2010	38
Tableau 30. Bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la CFA, selon le sexe, 2009-2010	39
Tableau 31. Bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la CFA en Nouvelle-Écosse, selon l'âge, 2009-2010	39
Tableau 32. Bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la CFA au Nouveau-Brunswick, selon l'âge, 2009-2010	39

Liste d'acronymes

Général

n ^{bre}	Nombre
CFA	Conduite avec facultés affaiblies
SDF	Sans domicile fixe
s/o	Sans objet

Organisations et autorités administratives canadiennes

ACC	Anciens Combattants Canada
Alb.	Alberta
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
C.-B.	Colombie-Britannique
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CRD	Centres de réadaptation en dépendance (Québec)
CSSS	Centres de santé et de services sociaux (Québec)
FMLD	Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
Î.-P.-É.	Île-du-Prince-Édouard
Man.	Manitoba
N.-B.	Nouveau-Brunswick
N.-É.	Nouvelle-Écosse
Nun.	Nunavut
Ont.	Ontario
PHSA	Autorité provinciale en matière de services de santé (Colombie-Britannique)
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
Qué.	Québec
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé (Ontario)
RRS	Régie régionale de la santé
RSD	Régie de santé de district
Sask.	Saskatchewan
SCC	Service correctionnel du Canada
SSA	Services de santé de l'Alberta
T.-N.-L.	Terre-Neuve-et-Labrador
T.N.-O.	Territoires du Nord-Ouest
UGD	Unité de gestion des dépendances (Manitoba)
Yn	Yukon

Liste d'acronymes (suite)

Collecte de données au Canada

ADG	Alcohol, Drug and Gambling System
AIMS	Addiction Information Management System
ASIST	Addiction System for Information and Service Tracking
ASsist	Addiction Services Statistical Information System Technology
CRMS	Client Referral and Management System
DART	Drogue et alcool - Répertoire des traitements
DASIT	Drogue et alcool - Système d'information sur le traitement
ESCCAD	Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues
GTINT	Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement
INT	Indicateurs nationaux de traitement
ISM	Integrated System Management
MHIS	Mental Health Information System
MMR	Minimum Reporting Requirements
RASS	Regional Addiction Service System
RCCET	Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies
SGD	Système de gestion des délinquants
SIC-SRD	Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STORS	Service Tracking and Outcomes Reporting System

Collecte de données à l'international

AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AOTDS	Australian Alcohol and Other Drug Treatment Services
CICAD	Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues
DASIS	Drug and Alcohol Services Information System (États-Unis)
IDT	Indicateur de demande de traitement (Union européenne)
NDTMS	National Drug Treatment Monitoring System (Royaume-Uni)
NMDS	National Minimum Data Set (Australie)
NTA	National Treatment Agency (Royaume-Uni)
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Service Administration
TEDS	Treatment Episode Data System (États-Unis)
UE	Union européenne

> Introduction

(Exemple de cas) Une régie régionale de la santé (RRS) offrant des services dans un centre urbain doit déterminer où des fonds supplémentaires doivent être investis pour améliorer le traitement de la consommation de substances. Pour ce faire, les gestionnaires de programmes locaux échangent des données indiquant une hausse du nombre de personnes âgées suivant des traitements de sevrage des opioïdes. La RRS utilise donc ces renseignements pour justifier l'investissement dans un programme de prise en charge du sevrage ciblant les personnes âgées. Ces données sont également analysées à l'échelle provinciale, où une tendance semblable est observée, et la question est soulevée en tant que possible priorité dans le cadre d'une nouvelle stratégie en matière de santé mentale et de dépendance en cours d'élaboration. En outre, les données sont échangées à l'échelle nationale, où des comparaisons effectuées avec des données provenant d'autres autorités révèlent que les tendances semblent se déplacer des provinces de l'est du pays vers celles de l'ouest. Les responsables de projets dans l'ouest du pays sont alors en mesure de communiquer avec leurs collègues dans l'est pour partager les leçons apprises et trouver des façons de s'attaquer aux tendances.

La consommation d'alcool et d'autres drogues représente un problème important sur le plan socioéconomique et sur le plan de la santé au Canada : en effet, on considère que plus de 75 % des adultes consomment actuellement de l'alcool, et plus de 10 % des Canadiens de 15 ans et plus ont dit consommer du cannabis (ESCCAD, 2010). De plus, la consommation de cannabis et d'autres drogues illicites est plus élevée chez les jeunes. Par exemple, plus de 25 % des jeunes de 15 à 24 ans ont dit avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année (ESCCAD, 2010). Même si de nombreuses personnes sont capables de consommer de l'alcool et d'autres substances sans en subir de méfaits, il existe une petite proportion de personnes chez qui la consommation de ces substances engendre une foule de problèmes d'ordre juridique, social et sanitaire, dont les conséquences peuvent être coûteuses tant pour l'individu que pour la société. D'après les plus récentes estimations, plutôt conservatrices, les coûts socioéconomiques annuels associés à la consommation de substances s'élèveraient à 14,6 milliards de dollars pour l'alcool et à 8,2 milliards de dollars pour les drogues illicites (Rehm et coll., 2006).

Une façon de s'attaquer à ces coûts consiste à s'assurer que les Canadiens aux prises avec des problèmes de consommation ont accès à des services et soutiens efficaces et axés sur les résultats cliniques. La responsabilité à l'égard du public nécessite que l'argent soit utilisé de façon efficace. Des données fiables sur le fonctionnement des programmes et des systèmes, ainsi que sur les besoins des clients et des

Après la tenue d'entrevues en 2011 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) auprès de représentants des organes provinciaux et territoriaux chargés du financement et de la prestation des services, il a été déterminé que « *la planification efficace est très limitée par le manque de connaissances détaillées sur les voies d'accès au traitement de la consommation de substances qui sont ouvertes aux clients, y compris les voies d'accès à d'autres secteurs, le nombre de personnes qui les empruntent et le type de problèmes auxquels ces dernières sont confrontées* » (Health Systems and Health Equity Research Group, 2011).

populations, sont nécessaires à l'orientation de la planification stratégique.

Il est nécessaire de répondre à certaines questions essentielles pour orienter la planification du système : *Combien de Canadiens font appel à des services spécialisés de traitement de la consommation au cours d'une année donnée? Quelles sont les tendances actuelles ou émergentes dans l'utilisation des services?* Le Canada ne recueille pas systématiquement les

renseignements nécessaires pour répondre à ces questions. D'après nos meilleures estimations, seule une petite minorité des personnes qui pourraient tirer profit des services offerts y font effectivement appel (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, 2008).

Nous savons qu'il est nécessaire de recueillir des données de meilleure qualité de façon plus systématique à tous les échelons afin de justifier les investissements dans les services de traitement des problèmes de consommation et de faire en sorte que le système fonctionne de façon efficace et efficiente, et répond aux besoins de la population et aux tendances. Grâce à des améliorations dans le domaine des technologies de l'information, de nouvelles occasions se dessinent pour recueillir et échanger des renseignements sur le système de façon relativement peu coûteuse.

Par ailleurs, de nombreuses autorités administratives des échelons régional, provincial, territorial et national ont récemment lancé ou sont en train d'élaborer de nouveaux programmes et stratégies visant à s'attaquer aux problèmes de consommation. La collecte de données est un aspect nécessaire du suivi de l'incidence de ces programmes et stratégies sur les services qui permet de garantir une amélioration continue de la qualité. L'analyse des données recueillies représente également un moyen important d'assurer la transparence et d'accroître la sensibilisation à l'égard des services offerts au Canada en matière de traitement des problèmes de consommation et de jeu.

Autorité administrative désigne les autorités fédérales, provinciales, territoriales et autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) responsables des systèmes qui fournissent des services et des soutiens pour la toxicomanie.

> Contexte administratif²

Au Canada, l'administration et la prestation de services de soins de santé relèvent de chaque province ou territoire, et sont guidées par les dispositions de la *Loi canadienne*

Collecte de données dans d'autres pays

En vue d'accroître l'efficacité et l'efficience des programmes de traitement des problèmes de consommation et des systèmes de prestation connexes, plusieurs régions et pays, dont le Royaume-Uni (NDTMS), l'Australie (AOTDS-NMDS) et les États-Unis (TEDS/DASIS), recueillent déjà des données issues de leurs réseaux de fournisseurs de traitement en fonction de certains indicateurs communs. Ces données sont utilisées dans la préparation de brefs rapports, avis et communiqués qui fournissent des renseignements utiles sur les économies réalisées grâce au traitement, sur les tendances émergentes et sur des questions particulières. Grâce à ces rapports ciblés, les données permettent une compréhension plus précise de la consommation de substances sur le plan public et politique ainsi qu'en matière de planification de systèmes. Bien que chaque système soit unique sur le plan de l'architecture, des définitions et de l'efficacité, un avantage de la création d'indicateurs nationaux de traitement pour le Canada est la facilitation de la collaboration et de l'échange de connaissances avec d'autres autorités. On trouvera à l'annexe B des renseignements supplémentaires sur les systèmes de collecte de renseignements utilisés dans d'autres pays.

² Ce rapport ne présente qu'un bref résumé; pour des explications plus détaillées, veuillez consulter le document *Development of Needs-Based Planning Models for Substance Use Services and Supports in Canada: Current Practices* (2011) de CAMH.

sur la santé. Les provinces et les territoires financent ces services avec l'aide du gouvernement fédéral, apportée sous forme de transferts fiscaux. Le traitement des problèmes de consommation et de jeu est compris dans l'ensemble des services de soins de santé. Certains organismes fédéraux offrent aussi des traitements à des populations particulières, comme Service correctionnel Canada dans le cas des détenus sous responsabilité fédérale, Anciens Combattants Canada dans le cas des vétérans, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, qui finance le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes destiné aux Premières nations et aux Inuits.

Une meilleure capacité en collecte de données et des données de qualité – à tous les niveaux au Canada – sont nécessaires pour :

- soutenir l'analyse de rentabilisation des investissements dans les services et les soutiens aux personnes ayant des problèmes de consommation;
- mieux évaluer les capacités des systèmes à tous les niveaux à répondre à la demande et déterminer quels sont les obstacles rencontrés par certaines populations;
- mesurer et contrôler l'incidence des modifications du système;
- faciliter l'évaluation de programmes ou de stratégies spécifiques à l'échelle régionale, provinciale, territoriale ou nationale;
- aider à déterminer les tendances dans les caractéristiques des utilisateurs de services;
- fournir un indicateur des nouveaux aspects de la toxicomanie et des problèmes qui en découlent;
- guider et faciliter, par une collaboration et communication accrues, le développement continu de vastes systèmes d'information sur la santé et les services sociaux;
- fournir des comparaisons valides entre les niveaux nationaux et juridictionnels pour permettre une amélioration de la qualité et une meilleure planification;
- fournir des renseignements pancanadiens aux initiatives internationales de collecte de données.

L'autonomie des autorités administratives permet à ces dernières d'adapter leurs systèmes de soins de santé de façon à ce qu'ils répondent le mieux possible aux besoins uniques de leurs populations. Cependant, cette autonomie donne également lieu à de nombreuses différences dans la façon dont les services sont financés ou offerts d'un territoire à l'autre, ce qui a une incidence sur la gamme des options de traitement disponibles. Par exemple, les provinces et les territoires peuvent conclure des contrats de service avec les régies régionales de la santé ou directement avec des organismes de services. Le traitement de la consommation de substances peut être complètement distinct du domaine de la santé mentale, y être intégré ou se trouver quelque part entre les deux. Bien que toutes les autorités administratives recueillent des renseignements dans une optique de suivi des activités et d'efficacité, la nature et la complexité de ces efforts varient considérablement. En raison de cette variation et de la variation dans la structure des systèmes et la prestation des programmes, il est souvent impossible de comparer les données recueillies d'une autorité à l'autre.

Le Canada a également des responsabilités de présentation de rapports à l'international. En effet, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) exigent tous la production de rapports de façon annuelle ou semestrielle. Les rapports produits présentent les données nationales sur le traitement. À titre de chef de file mondial en matière de soins de santé, le Canada devrait être en mesure de respecter ces exigences rapidement et de façon pertinente; toutefois, la plupart des renseignements fournis par le Canada sur les services de traitement des problèmes de consommation sont fondés sur des données partielles issues de certains territoires et provinces seulement, ou des estimations obtenues par l'extrapolation des données d'un petit nombre de territoires à l'échelle du pays. Le projet d'indicateurs nationaux de traitement (INT) représente une étape nécessaire dans le renforcement de la capacité du Canada à fournir aux organismes internationaux qui les demandent des renseignements significatifs et fiables sur les services de traitement des problèmes de consommation de substances qu'il offre à l'échelle nationale.

Il existe d'excellentes occasions de collaboration et de coordination entre les différentes autorités administratives, qui peuvent se traduire par une utilisation plus efficace des ressources et de meilleurs résultats pour les clients. La création d'une source de données fondée sur des renseignements recueillis de façon systématique permettra d'obtenir la base de renseignements commune nécessaire pour appuyer ces occasions.

> Méthodologie

Systèmes de données actuellement utilisés par les autorités administratives

Un éventail de systèmes et processus sont actuellement utilisés pour recueillir de l'information sur les services de traitement offerts par les différentes autorités administratives au Canada. De manière générale, une quantité importante de renseignements sur les services et les clients est recueillie au cours du dépistage et de l'évaluation ou du processus d'admission. Dans la plupart des provinces et territoires, les RRS gèrent la collecte de ces renseignements et fournissent ensuite un résumé au ministère de la Santé provincial ou à d'autres organismes de financement ou de surveillance. Toutefois, le financement du traitement des problèmes de consommation est parfois offert par une seule enveloppe, sans aucune responsabilisation des services individuels. En outre, les exigences relatives au type et à la qualité des données devant être fournies aux bailleurs de fonds peuvent également

varier. D'une province à l'autre, il existe un certain nombre de différences en ce qui concerne la qualité et la quantité des renseignements recueillis, le format dans lequel l'information est consignée, ainsi que sa disponibilité. Dans un certain nombre de provinces, les systèmes d'information sont actuellement en cours de refonte dans le but de les améliorer; le moment est donc bien choisi pour promouvoir l'utilisation d'un groupe central d'indicateurs comparables d'une autorité administrative à l'autre.

Le tableau 1 présente un aperçu des systèmes de collecte de données actuellement en place au Canada, ce qui comprend le ministère chargé de la surveillance des services fournis par chaque autorité, et une indication que les systèmes sont intégrés ou non aux services de santé mentale sur le plan administratif. Le tableau présente également une liste des bases de données utilisées pour la collecte et précise s'il s'agit d'applications par navigateur (c'est-à-dire que la saisie ou la consultation de données peut se faire à distance par Internet ou sur un réseau interne).

TABLEAU 1. Systèmes actuels de services et de collecte de données

Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ³	Systèmes de données	Système par navigateur ⁴	Présentation de rapports
Alb.	Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta	Services de santé de l'Alberta (une seule régie de la santé) Divers fournisseurs privés et organismes communautaires	O	ASIST (Addiction System for Information and Service Tracking) dans le cas des services financés directement STORS (Service Tracking and Outcomes Reporting System) dans le cas des organismes sous contrat	O	Annuelle (province)

³Fait allusion à l'intégration des services en santé mentale et en toxicomanie sur le plan administratif. O = oui; N = non; EC = en cours.

⁴Fait allusion à la capacité de se connecter à un système central de collecte de données qui permet aux utilisateurs de saisir des données et de générer des rapports sommatifs de différents endroits.

Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ³	Systèmes de données	Système par navigateur ⁴	Présentation de rapports
C.-B.	Ministère des Services de santé	Une régie provinciale de la santé et cinq régies régionales de la santé	O	AIMS (Addiction Information Management System) MMR (Minimum Reporting Requirements), qui intégreront la consommation de substances et la santé mentale; à l'étape du projet pilote	N	s/o à l'échelle de la province
Man.	Ministère de la Vie Saine, de la Jeunesse et des Aînés	Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et autres organismes provinciaux financés par des subventions (le nombre varie)	N	Bases de données statistiques (compatibles avec SPSS), ainsi qu'un système Excel pour les données provinciales globales	N	Données fournies mensuellement à l'Unité de gestion des dépendances par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et des organismes financés par le gouvernement provincial
N.-B.	Ministère de la Santé	Deux régies régionales de la santé	O	RASS (Regional Addiction Service System)	N	Annuelle
T.-N.-L.	Ministère de la Santé et des Services communautaires	Quatre régies régionales de la santé	O	CRMS (Client Referral Management System)	N	Annuelle
T.N.-O.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Huit régies de la santé	O	Système Excel (entrée de données manuelle)	N	Mensuelle
N.-É.	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Neuf régies de santé de district et Centre de santé IWK	O	ASist (Addiction Services Statistical Information System Technology)	O	Mises à jour en temps réel (région et province)

Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ³	Systèmes de données	Système par navigateur ⁴	Présentation de rapports
Nun.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Centres de santé communautaire Grand recours à des services à l'extérieur du territoire	N	Actuellement, aucune donnée sur les clients ou le système (mis à part des données financières) n'est recueillie systématiquement	N	s/o
Ont.	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) Organismes communautaires	O	DASIT (Drogue et alcool - Système d'information sur le traitement) ConnexOntario ⁵ recueille également beaucoup de données sur les services et les clients	O	Des rapports trimestriels et annuels sont produits sur les chiffres du DASIT
Î.-P.-É.	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Santé Î.-P.-É. (organisme provincial centralisé)	O	ISM (Integrated System Management)	N	Annuelle
Qué.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	16 centres de réadaptation en dépendance 95 centres de santé et de services sociaux Plus de 100 centres communautaires et privés d'hébergement durant le traitement qui sont certifiés ou en processus de certification ou de renouvellement	N	SIC-SRD (Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances)	N	Annuelle
Sask.	Ministère de la Santé de la Saskatchewan	12 régions régionales de la santé	EC	Système ADG (Alcohol, Drugs and Gambling) MHIS (Mental Health Information System) qui fait le suivi des clients et des services	N	
Yn	Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Le ministère est responsable de la prestation de services	N	Base de données Access (saisie de données manuelle dans un fichier Excel)	N	Mensuelle

⁵ S'appelait auparavant DART (Drogue et alcool – Répertoire des traitements).

Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ³	Systèmes de données	Système par navigateur ⁴	Présentation de rapports
PNL AAD A	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada	49 centres de traitement pour adultes et neuf centres pour jeunes Plus de 500 organismes communautaires au Canada	N	Élaboration d'un nouveau système de collecte de données en cours	N	
SCC	Sécurité publique Canada	Cinq régions; établissements et pavillons de ressourcement pour les détenus autochtones	N	SGD (Système de gestion des délinquants)	O	
ACC	Anciens Combattants Canada	Les bureaux de district d'ACC offrent des services d'aiguillage vers 10 cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel au Canada ainsi que vers des fournisseurs privés	O	Le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel procède à la gestion du rendement des 10 cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel	N	Trimestrielle et annuelle

Création d'indicateurs nationaux de traitement au Canada

Le projet d'indicateurs nationaux de traitement vise à fournir une représentation globale du traitement de la consommation de substances au Canada à l'aide de rapports annuels comprenant des données comme le nombre de personnes traitées, certaines caractéristiques sociodémographiques de base (p. ex. âge, sexe) et le type de traitement suivi. À mesure que le projet évoluera, ces renseignements seront utilisés pour cerner des tendances et en faire le suivi. Savoir comment le système actuel est utilisé est essentiel à la planification efficace du développement du système.

En 2001, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a constaté une disparité importante entre les renseignements nécessaires au suivi du système de traitement des problèmes de consommation et les renseignements effectivement disponibles (ICIS, 2001). Parallèlement, en 2005, une

analyse nationale des indicateurs de traitement au Canada, effectuée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), a mis en évidence le besoin d'améliorer la collecte de données et la présentation de rapports au pays (Thomas, 2005).

Le *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada* (2005) a désigné l'amélioration des systèmes de traitement comme l'une de ses 13 priorités⁶. Quant au rapport *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, publié en 2008, il a été produit pour répondre à la priorité accordée au traitement. Le rapport porte sur la nécessité d'offrir un continuum complet de services et de soutiens, allant de la prévention et de l'intervention précoce aux programmes à court et à long terme en établissement, en passant par d'autres services spécialisés où les clients sont retirés de leur milieu pour se concentrer sur l'atteinte des objectifs

⁶ Ce rapport s'accompagne également du document d'orientation *Aide-mémoire pour l'intégration d'une analyse sur le genre et la diversité à notre travail*, rédigé par Colleen Dell et Nancy Poole et publié en 2009 par le CCLAT.

Indicateurs « feu vert »

1. Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances.
2. Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu.
3. Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances.
4. Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu.
5. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par catégories : prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe.
6. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par sexe, âge et situation résidentielle et répartis selon les catégories prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe.
7. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par statut d'utilisation de drogues injectables.
8. Nombre total de bénéficiaires de traitement de substitution aux opioïdes dans les services publics spécialisés ainsi que dans les cliniques externes de substitution aux opioïdes.
9. Nombre total de bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies.

de traitement. En outre, on insiste dans le rapport sur la nécessité d'abandonner l'approche traditionnelle de systèmes spécialisés de traitement de la consommation au profit d'une gamme plus large de services communautaires non spécialisés auxquels les Canadiens sont plus susceptibles de faire appel. Afin de soutenir l'élaboration du continuum de services, le rapport sur l'approche systémique présente également des recommandations pour la mesure et la surveillance de l'efficacité du système.

Dans le but de suivre les recommandations relatives à l'efficacité du système, le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT) a été créé en 2009 par le CCLAT, grâce à un financement reçu dans le cadre du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) de Santé Canada. Le GTINT est composé de représentants des provinces et des territoires, d'organismes fédéraux responsables de la prestation des services de traitement et d'organismes nationaux participant à la collecte de données (voir la liste des membres du GTINT à l'annexe A). Par ailleurs, le GTINT actuel a également eu la chance de mettre à profit le travail effectué par un groupe précédent ayant contribué à l'élaboration du rapport sur l'approche systémique⁷.

Le GTINT a créé une liste d'indicateurs possibles à propos desquels des données pourraient être recueillies, et les a divisés en indicateurs « feu vert », « feu jaune » et « feu rouge ». Les indicateurs « feu vert » (ou essentiels) étaient soit déjà disponibles, ou les données nécessaires pouvaient raisonnablement être obtenues par la modification de la collecte de données ou des mécanismes de présentation de rapports au cours des deux premières années de ce projet. Les indicateurs « feu jaune » pourraient être rendus disponibles au cours des prochaines années en revoyant les mécanismes existants de collecte de données ou de présentation de rapports. Pour leur part, les indicateurs « feu rouge » n'étaient pas réalisables dans un avenir proche en raison de la nécessité de révisions importantes à la collecte de données ou de défis de taille en matière d'accès aux données requises (voir la liste complète des indicateurs « feu vert », « feu jaune » et « feu rouge » à l'annexe C).

Les indicateurs « feu vert » ont été mis à l'essai à l'aide de données historiques, puis ont été révisés et ensuite utilisés pour orienter la collecte de données pour l'année financière en cours, soit 2009-2010. Tous les indicateurs sont agrégés : aucune donnée individuelle relative à un client n'est fournie au CCLAT, et toute donnée assez peu élevée pour permettre une identification individuelle est supprimée. La collecte d'indicateurs supplémentaires actuellement classés comme jaunes et rouges sera explorée au fil de l'évolution du projet. Comme le projet débute avec les données le plus facilement accessibles à l'heure actuelle, les indicateurs sont axés sur les

⁷ Des renseignements supplémentaires au sujet du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement se trouvent à l'adresse www.cclat.ca/Fra/Priorities/Treatment.

services spécialisés. À plus long terme, l'objectif du projet est d'améliorer la collecte d'information sur les services non spécialisés en renforçant les capacités au sein du GTINT et en établissant des partenariats avec d'autres organismes comme l'ICIS. Les renseignements sur la dépendance au jeu sont également fournis dans le rapport lorsqu'ils sont facilement accessibles⁸.

Limites

La création d'une liste d'indicateurs principaux communs pose de nombreux défis. Par conséquent, il y a plusieurs limites aux données actuelles, limites qui sont signalées dans les explications et les notes de bas de page de ce rapport. On s'attend à ce que ces limites s'estompent avec le temps, à mesure que la capacité de collecte de données sera renforcée et que les autorités administratives trouveront de nouvelles méthodes de communication de l'information correspondant mieux aux protocoles de collecte des INT.

Pour l'instant, voici les limites devant être prises en compte lors de l'examen des données :

Services inclus : Les données ne représentent que les services financés par le secteur public et les services spécialisés. Les données relatives aux services non spécialisés, comme ceux offerts dans les hôpitaux ou encore les désintoxications rapides, ne sont pas recueillies. Par ailleurs, de nombreux clients souffrant de dépendance sont également atteints d'une multitude d'autres problèmes de santé qui pourraient expliquer leur contact avec le système de soins de santé; le traitement des problèmes de toxicomanie dans le contexte des soins de santé primaires n'est pas considéré ici. Les fournisseurs de traitements financés par le secteur privé fonctionnent de façon indépendante et ne sont pas tenus de fournir des données aux autorités administratives ou à toute autorité fédérale. À mesure que le projet d'INT progressera, le CCLAT espère communiquer avec davantage de fournisseurs de services dans le but de recueillir des données plus complètes reflétant le continuum complet des services offerts au Canada.

Participation des autorités administratives : Ce premier rapport repose sur les données soumises par sept autorités administratives sur une possibilité de 16 (provinces, territoires et organismes fédéraux). Certaines n'ont pu participer pour des raisons de capacité, tandis que d'autres s'affairaient toujours à conclure des ententes de partage des données. Le CCLAT et le GTINT continueront de collaborer avec toutes les autorités dans le but d'augmenter la soumission de données au cours des années à venir.

Fiabilité : L'exactitude des données agrégées dépend de l'exactitude et de la cohérence des données sur les cas individuels entrées en première ligne. Dans plusieurs provinces et territoires, les systèmes de collecte de données diffèrent selon les régions, ce qui donne lieu à des incohérences dans les définitions et les pratiques d'entrée de données. La capacité de collecte de données à l'échelle des services est en cours de renforcement, ce qui permettra d'accroître la cohérence dans les futurs rapports.

Définitions des services : La collecte de renseignements cohérents repose sur l'utilisation d'un ensemble de définitions normalisé. Cependant, les modèles de prestation de services varient considérablement au Canada. À mesure que les autorités adopteront des normes de soins plus clairement définies, les définitions des indicateurs principaux pourront être revues pour s'assurer qu'elles sont représentatives de ce qui se passe sur le terrain.

Variation administrative : De petites différences dans la façon dont les dossiers sont consignés peuvent se traduire en des variations considérables lorsque les données sont agrégées. Par exemple, certaines autorités considèrent qu'un dossier est « ouvert » dès le premier contact, tandis que d'autres attendent que le processus officiel d'admission soit terminé. De la même façon, différentes autorités « ferment » des dossiers à des moments différents, et il y a des différences dans la consignation et le suivi auprès des clients qui n'ont pas officiellement terminé le traitement. Ces variations sur le plan de l'« ouverture » et de la « fermeture » ont une incidence sur le nombre de dossiers actifs à une date donnée.

⁸ Pour de nombreuses autorités administratives, les services de traitement des problèmes de consommation et de jeu relèvent de la même enveloppe administrative. Pour l'instant, le GTINT a convenu de présenter séparément les données relatives au jeu (lorsque disponibles) à titre d'information et de conserver l'accent sur la consommation. De nombreuses initiatives axées sur le jeu présentent des données et des interprétations qui vont au-delà de la portée du présent rapport.

> Résultats

Les tableaux qui suivent présentent les données recueillies pour chacun des indicateurs au cours de l'année financière 2009-2010 par les autorités administratives aptes à fournir des données. Au cours de cette première année de collecte, des données ont été fournies par l'Alberta, Service correctionnel Canada, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan. Le CCLAT travaille avec les autres autorités afin d'améliorer la soumission de données au cours des prochaines années. Les autorités n'ont pas toutes été en mesure de fournir des données pour chacun des indicateurs correspondant aux définitions de collecte de données (voir l'annexe D) et aux protocoles⁹. Dans la mesure du possible, toutes les données ont été consignées dans le rapport, en dépit de certains écarts par rapport aux protocoles; ces variations sont notées sous forme de notes de bas de page pour chacun des indicateurs.

En raison des limites inhérentes à ce premier rapport, les données ne devraient pas être considérées comme comparables d'une autorité à l'autre (particulièrement lorsqu'il y a des notes de bas de page). C'est pourquoi des données récapitulatives comme des totaux et des moyennes ne figurent pas dans les tableaux. Les données supprimées en raison d'échantillons trop petits (moins de cinq, ou moins de 20 dans le cas du Nouveau-Brunswick) sont indiquées par un astérisque. Dans ces cas, la suppression des données vise à empêcher que des individus puissent être identifiés par les données agrégées fournies. Les cellules vides représentent des données qui n'étaient pas disponibles.

L'interprétation de ces résultats devrait également être guidée par le fait que le nombre de personnes qui reçoivent des services de traitement de problèmes de consommation et de jeu est le résultat d'une combinaison de nombreux facteurs et ne représente pas une mesure précise des besoins dans la population. Les facteurs ayant une influence sur les données relatives aux services comprennent l'incidence d'un problème donné dans la population, la structure, la disponibilité et l'accessibilité des services au sein du système, ainsi que divers autres facteurs relatifs à la santé ou d'ordre social. Par exemple, une campagne de sensibilisation très médiatisée pour un service de traitement de la dépendance au jeu pourrait se traduire par une augmentation des aiguillages et des taux de traitement dans une autorité administrative donnée, bien qu'il n'y ait eu aucun changement dans le taux réel de dépendance au jeu au sein de la population.

Les données présentées ne devraient pas être examinées de façon isolée, mais plutôt en tant que contributions importantes aux renseignements disponibles au sujet de la consommation de substances et des répercussions de cette dernière au Canada, y compris, par exemple, les renseignements de l'ESCCAD sur les taux autodéclarés de consommation dans la population et les renseignements de l'ICIS sur les congés de l'hôpital associés à la consommation.

Peu de commentaires ont été fournis sur les données contenues dans ce rapport. Ce dernier vise à illustrer le potentiel du projet par la présentation de l'information recueillie au début du processus collaboratif. L'objectif du GTINT est de promouvoir la collecte plus complète de données et de stimuler la discussion sur les tendances et les conséquences dans les futurs rapports.

⁹ Les protocoles complets de collecte de données se trouvent à l'adresse www.nts-snt.ca/Fra/NationalPicture/NationalTreatmentIndicators.

Indicateur 1

Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances

Indicateur 2

Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu

Les indicateurs 1 et 2 sont présentés ensemble à des fins de concision. L'unité d'analyse pour chacun de ces indicateurs est l'épisode de traitement (c.-à-d. chaque admission dans un service). Une seule personne peut avoir eu recours aux services à plusieurs reprises au cours d'une année.

TABLEAU 2. Épisodes de traitement dans les services pour la consommation de substances et le jeu, 2009-2010

Autorité administrative	Indicateur 1 : consommation de substances		Indicateur 2 : jeu	
	n ^{bre}	Taux/100 000	n ^{bre}	Taux/100 000
Alb. ¹⁰	52 637	1 434,0	2 592	70,6
N.-B.	9 125	1 217,8	511	68,2
N.-É.	14 727	1 568,2	607	64,6
Ont.	107 753	824,8	6 354	48,6
Î.-P.-É.	3 261	2 311,1	36	25,5
Sask. ¹¹	20 189	1 961,8	388	37,7
SCC ¹²	2 719	11 952,2	s/o	s/o

Note : Les taux pour 100 000 habitants ont été calculés à partir des données de Statistique Canada sur les populations approximatives de chaque province pour l'année 2009 (données accessibles à www40.statcan.ca/102/cst01/demo02a-fra.htm). Pour ce qui est du SCC, les données concernant la population totale ont été tirées du document *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, publié en 2009 (données accessibles à www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/2009-ccrso-fra.aspx).

¹⁰ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 1 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement », et celles pour l'indicateur 2 comprennent les épisodes pour « jeu seulement » et « jeu et consommation de substances ». Pour les deux indicateurs, les statistiques **n'incluent pas** les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=662).

¹¹ La section « Problem related to » (problème associé à) n'est pas remplie à tout coup par les fournisseurs de services.

¹² Depuis janvier 2010, le Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI) a été mis à l'essai dans la région du Pacifique du SCC. Le MPCI couvre toutes les facettes des comportements criminels des délinquants, mais il ne s'agit pas à proprement parler d'un programme spécialisé dans le traitement de l'abus de substances. Par conséquent, les délinquants participant au MPCI ne sont pas inclus dans ces données.

Il arrive que certains bénéficiaires reçoivent leur traitement d'une autorité administrative autre que celle du territoire où ils habitent, généralement lorsque les services ne sont pas offerts sur ce territoire. Quatre des autorités ont pu nous fournir le nombre d'épisodes pour lesquels le traitement a été reçu par des clients provenant de l'extérieur de leur territoire, ainsi que la proportion du nombre total d'épisodes qu'ils représentent. On remarque un nombre peu élevé de ce type d'épisode chez toutes les autorités pour les services de traitement de la consommation de substances, mais on peut observer une plus grande variation du côté des services de traitement pour le jeu.

TABLEAU 3. Épisodes de traitement pour la consommation de substances et le jeu pour des bénéficiaires de l'extérieur de la province, 2009-2010

Autorité administrative	Indicateur 1 : consommation de substances		Indicateur 2 : jeu	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Alb. ¹³	840	1,6	255	9,8
N.-B.	145	1,6	*	1,6
N.-É.	37	0,3	*	
Sask. ¹⁴	174	0,1	0	0

Plusieurs autorités ont aussi été capables de fournir des données sur le nombre d'épisodes pour lesquels c'est une autre personne que celle qui a un problème de consommation ou de jeu (p. ex. un membre de la famille) qui a demandé de l'aide. En général, les clients ont bénéficié de services pour la consommation de substances ou la dépendance au jeu d'une autre personne dans 5 à 10 % des épisodes, à quelques exceptions près.

TABLEAU 4. Épisodes de traitement pour les problèmes de consommation de substances et de jeu d'une autre personne, 2009-2010

Autorité administrative	Indicateur 1 : consommation de substances		Indicateur 2 : jeu	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Alb. ¹⁵	5 250	10,0	249	9,6
N.-É.	819	5,6	63	10,4
Ont.	5 226	4,9	1 380	21,7
Î.-P.-É.	192	5,9	33	8,3
Sask. ¹⁴	1 376	6,8	36	9,3

¹³ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 1 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement », et celles pour l'indicateur 2 comprennent les épisodes pour « jeu seulement » et « jeu et consommation de substances ». Pour les deux indicateurs, les statistiques **n'incluent pas** les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=662).

¹⁴ La section « Problem related to » (problème associé à) n'est pas remplie à tout coup par les fournisseurs de services.

¹⁵ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 1 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement », et celles pour l'indicateur 2 comprennent les épisodes pour « jeu seulement » et « jeu et consommation de substances ». Pour les deux indicateurs, les statistiques **n'incluent pas** les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=339).

Indicateur 3

Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances

Indicateur 4

Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu

Les indicateurs 3 et 4 sont également présentés ensemble à des fins de concision. Pour chacun de ces indicateurs, l'unité d'analyse est le bénéficiaire unique. Chaque personne ayant bénéficié des services n'est comptée qu'une fois, peu importe le nombre d'admissions.

TABLEAU 5. Bénéficiaires uniques de services pour la consommation de substances et le jeu, 2009-2010

Autorité administrative	Indicateur 3 : consommation de substances		Indicateur 4 : jeu	
	n ^{bre}	Taux/100 000	n ^{bre}	Taux/100 000
Alb. ¹⁶	34 853	949,5	1 965	53,5
N.-B.	5 994	799,9	376	50,2
N.-É.	9 514	1 013,1	543	57,8
Ont.	69 766	534,0	5 954	45,6
Î.-P.-É.	2 625	1 860,3	33	23,4
Sask. ¹⁷	14 694	1 427,9	340	33,0
SCC	2 640	11 604,9	s/o	s/o

Note : Les taux pour 100 000 habitants ont été calculés à partir des données de Statistique Canada sur les populations approximatives de chaque province pour l'année 2009 (données accessibles à www40.statcan.ca/102/cst01/demo02a-fra.htm). Pour ce qui est du SCC, les données concernant la population totale ont été tirées du document *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, publié en 2009 (données accessibles à www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/2009-ccrso-fra.aspx).

Comme nous l'avons déjà constaté dans le cas de l'analyse des données compilées pour les épisodes, le pourcentage de bénéficiaires des services pour la consommation de substances qui proviennent de l'extérieur de la province ou du territoire est également faible, mais on observe une certaine variation du côté des services offerts pour la dépendance au jeu.

¹⁶ Services offerts directement par SSA seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 3 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement », et celles pour l'indicateur 4 comprennent les épisodes pour « jeu seulement » et « jeu et consommation de substances ». Pour les deux indicateurs, les statistiques **n'incluent pas** les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=563).

¹⁷ La section « Problem related to » (problème associé à) n'est pas remplie à tout coup par les fournisseurs de services.

TABLEAU 6. Bénéficiaires de traitement pour la consommation de substances et le jeu de l'extérieur de l'autorité administrative, 2009-2010

Autorité administrative	Indicateur 3 : consommation de substances		Indicateur 4 : jeu	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Alb. ¹⁸	325	0,9	200	10,2
N.-B.	130	2,2	*	1,2
N.-É.	32	0,3	*	*
Sask. ¹⁹	126	0,8	0	0

Le pourcentage de bénéficiaires recevant des services pour les problèmes de jeu ou de consommation de substances d'un tiers demeure plutôt constant, variant entre 7 et 13 %.

TABLEAU 7. Bénéficiaires de services pour les problèmes de consommation et de jeu d'une autre personne, 2009-2010

Autorité administrative	Indicateur 3 : consommation de substances		Indicateur 4 : jeu	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Alb. ²⁰	4 576	13,1	226	11,5
N.-É.	793	8,3	63	11,6
Ont.	5 029	7,2	1 323	22,2
Î.-P.-É.	183	7	0	0
Sask. ¹⁹	1 283	8,7	36	10,5

Plusieurs autorités administratives ont été en mesure de déterminer le pourcentage des cas représentant une nouvelle admission au cours de l'année financière 2009-2010, et non la suite d'un traitement commencé l'année précédente. Les nouvelles admissions représentent la majorité des cas signalés.

TABLEAU 8. Nouveaux bénéficiaires de services pour la consommation de substances et le jeu, 2009-2010

Autorité administrative	Indicateur 3 : consommation de substances		Indicateur 4 : jeu	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Alb. ²¹	28 853	82,8	1 597	81,3
N.-B.	1 959	32,7	177	47,1
N.-É.	7 073	74,3	388	71,5
Ont.	45 637	65,4	3 334	56
Î.-P.-É.	2 058	79,6	0	0
SCC	2 152	81,5	s/o	s/o

On trouve dans les tableaux 9 et 10 des ratios correspondant au nombre d'épisodes de traitement (Indicateur 1) divisé par le nombre de bénéficiaires des services (Indicateur 3) en 2009-2010, ainsi que le pourcentage de bénéficiaires ayant connu plus d'un épisode. On peut remarquer grâce à ces données que bon nombre de bénéficiaires font appel à ces services plus d'une fois par année. Ils peuvent avoir utilisé le même service à plusieurs reprises ou avoir bénéficié de différents types de services offerts par le système. Soulignons que la prudence est de mise lorsqu'il est question d'interpréter ces données hors contexte. Par exemple, l'accès à une multitude de services par un petit nombre de bénéficiaires au cours de l'année pourrait faire gonfler le ratio.

¹⁸ Services offerts directement par SSA seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 3 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement », et celles pour l'indicateur 4 comprennent les épisodes pour « jeu seulement » et « jeu et consommation de substances ». Pour les deux indicateurs, les statistiques **n'incluent pas** les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=563).

¹⁹ La section « Problem related to » (problème associé à) n'est pas remplie à tout coup par les fournisseurs de services.

²⁰ S Services offerts directement par SSA seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 3 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement », et celles pour l'indicateur 4 comprennent les épisodes pour « jeu seulement » et « jeu et consommation de substances ». Pour les deux indicateurs, les statistiques **n'incluent pas** les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=303).

²¹ Services offerts directement par SSA seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 3 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement », et celles pour l'indicateur 4 comprennent les épisodes pour « jeu seulement » et « jeu et consommation de substances ». Pour les deux indicateurs, les statistiques **n'incluent pas** les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=563).

TABLEAU 9. Ratio d'épisodes (consommation de substances) par bénéficiaire, 2009-2010

Autorité administrative	Nombre d'épisodes : bénéficiaires	Ratio
Alb. ²²	44 562 : 34 853	1,3
N.-B.	9 125 : 5 994	1,52
N.-É.	14 727 : 9 514	1,54
Ont.	107 753 : 69 766	1,54
Î.-P.-É.	3 261 : 2 625	1,24
Sask. ²³	20 189 : 14 694	1,37
SCC ²⁴	2 719 : 2 640	1,02

TABLEAU 10. Ratio d'épisodes (jeu) par bénéficiaire, 2009-2010

Autorité administrative	Nombre d'épisodes : bénéficiaires	Ratio
Alb. ²⁵	2 278 : 1 965	1,2
N.-B.	511 : 376	1,35
N.-É.	607 : 543	1,11
Ont.	6 354 : 5 954	1,07
Î.-P.-É.	36 : 33	1,09
Sask. ²³	388 : 340	1,14

²² Services offerts directement par SSA seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Le nombre d'épisodes et de bénéficiaires **n'incluent pas** « jeu seulement » comme raison du traitement ni les cas où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=563).

²³ La section « Problem related to » (problème associé à) n'est pas remplie à tout coup par les fournisseurs de services.

²⁴ Depuis janvier 2010, le Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI) a été mis à l'essai dans la région du Pacifique du SCC. Le MPCI couvre toutes les facettes des comportements criminels des délinquants, mais il ne s'agit pas à proprement parler d'un programme spécialisé dans le traitement de l'abus de substances. Par conséquent, les délinquants participant au MPCI ne sont pas inclus dans ces données.

²⁵ Services offerts directement par SSA seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Le nombre d'épisodes et de bénéficiaires incluent « jeu seulement » comme raison du traitement et les cas où les clients ont déclaré « jeu et consommation de substances ». Les statistiques **excluent** les cas où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=563).

Indicateur 5

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par catégories : prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe²⁶

L'analyse de la répartition des bénéficiaires et des épisodes entre les différentes catégories de services permet de dresser un portrait plus complet du fonctionnement des systèmes de traitement. Les services offerts peuvent être répartis en quatre grandes catégories : la prise en charge du sevrage à l'interne, la prise en charge du sevrage à l'externe, le traitement à l'interne et le traitement à l'externe (voir les définitions à l'annexe D). Ces catégories sont utilisées par la plupart des autorités administratives pour la collecte des données et le suivi, car elles représentent bien les différences d'objectifs et de fonctionnement.

Épisodes

On trouve dans le tableau 11 le nombre d'épisodes, ou d'admissions, dans un service, pour chacune des catégories de services, de même que le pourcentage du nombre total d'admissions dans un service représenté par chaque catégorie. Les bénéficiaires font appel aux services de sevrage à l'interne plus souvent qu'aux services à l'externe. Par contre, c'est la situation inverse dans les services de traitement autres que le sevrage, où les services à l'externe sont les plus fréquentés.

TABLEAU 11. Épisodes de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010

Autorité administrative	Sevrage à l'interne		Sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Alb. ²⁷	11 402	24,1	s/o	s/o	5 273	11,1	30 712	64,8
N.-B.	3 194	35,0	0	0	351	3,8	5 580	61,2
N.-É. ²⁸	4 063	28,8	407	2,9	1 107	7,9	8 516	60,4
Ont. ²⁹	41 462	31,2	1 881	1,42	10 535	7,9	79 005	59,5
Î.-P.-É.	920	28,4	772	23,9	84	2,6	1 467	45,2
Sask.	3 733	20,2	0	0	1 918	10,4	12 822	69,4
SCC	0	0	0	0	0	0	2 719	100

Bénéficiaires uniques

Le tableau 12 présente le nombre de bénéficiaires uniques dans chacune des catégories pour l'année 2009-2010, ainsi que la proportion du nombre total de bénéficiaires qu'ils représentent. Une seule personne peut avoir recours à plus d'une catégorie de services. D'après toutes les autorités qui ont fourni des données, la majorité des patients bénéficient de services de traitement à l'externe. Les diagrammes circulaires de la figure 1 illustrent bien la répartition des bénéficiaires.

²⁶ Seules les personnes ayant besoin du traitement pour leur propre problème de consommation sont comptées ici; les membres de la famille ne sont pas comptés par cet indicateur. Le jeu est aussi exclu, en raison du faible nombre de bénéficiaires, dont la majorité se concentre dans les services externes.

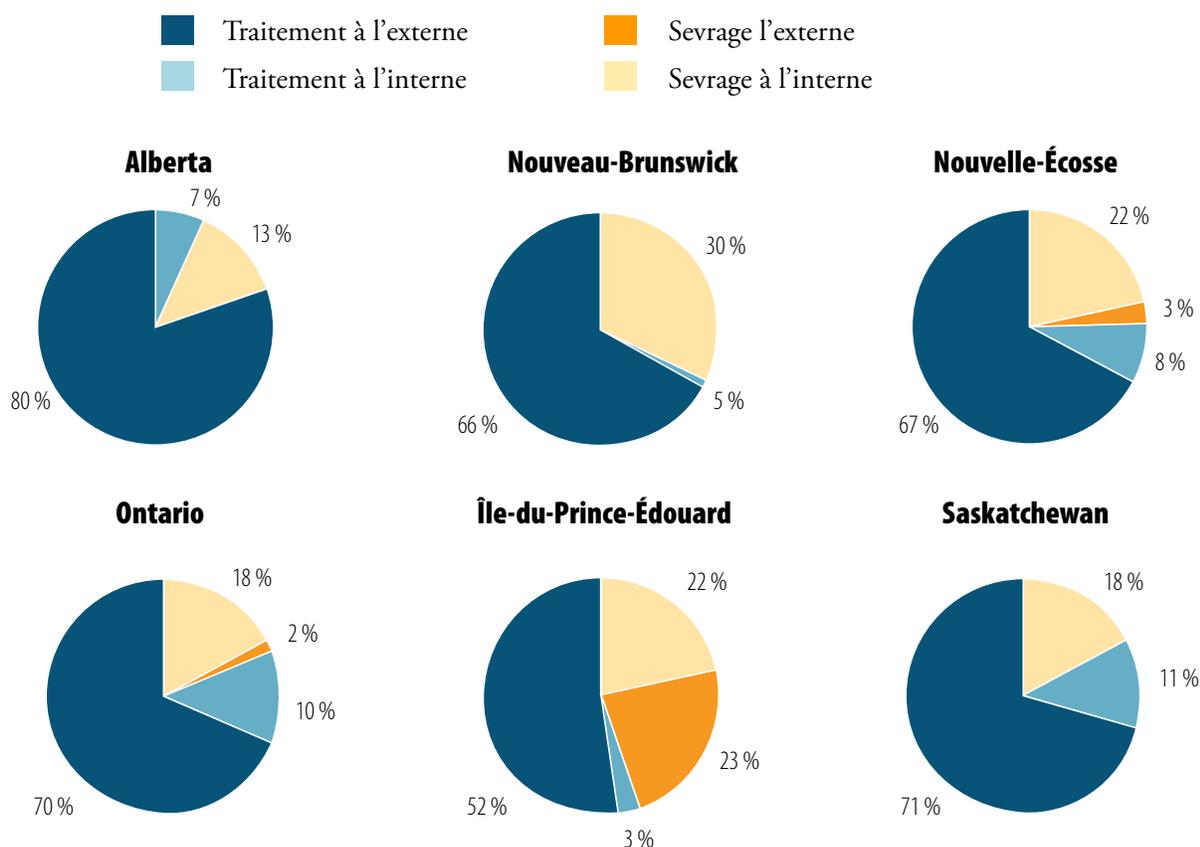
²⁷ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 5 **n'incluent pas** les épisodes pour « jeu seulement » ni les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=323).

²⁸ Les données relatives aux services de sevrage à l'interne et à l'externe (épisodes et bénéficiaires) ont été compilées pour la consommation de substances seulement (le jeu n'y est pas inclus). En Nouvelle-Écosse, les clients inscrits dans des programmes de traitement à l'interne peuvent modifier leurs options d'hébergement tout au long du programme : par exemple, un client peut commencer son traitement en tant que bénéficiaire à l'interne, et le terminer en tant que patient à l'externe. Dans les cas mentionnés, on suppose que le bénéficiaire est demeuré dans un programme à l'interne pour toute la durée de son traitement.

²⁹ Un patient peut bénéficier de plus d'un type de services au cours de la même admission; le nombre total d'épisodes indiqué ici sera donc plus élevé que le total rapporté à l'indicateur 1.

TABLEAU 12. Bénéficiaires uniques selon l'autorité administrative et la catégorie de services, 2009-2010³⁰

Autorité administrative	Sevrage à l'interne		Sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Alb. ³¹	3 939	13,0	s/o	s/o	2 036	6,7	24 302	80,3
N.-B.	2 084	29,6			322	4,6	4 630	65,8
N.-É. ³²	2 425	21,5	341	3	922	8,2	7 599	67
Ont.	16 942	18,2	1 672	1,8	9 270	9,9	65 365	70,1
Î.-P.-É.	566	21,6	615	23,4	80	3,1	1 364	52,0
Sask.	2 813	17,8	0	0	1 800	11,4	11 189	70,8
SCC	0	0	0	0	0	0	2 640	100

FIGURE 1. Répartition des bénéficiaires uniques dans les services de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010


³⁰ En N.-É., en Ont. et en Sask., le nombre de bénéficiaires est calculé pour chaque catégorie de services, donc si un bénéficiaire a prévalu de plus d'une catégorie de services, il sera compté plus d'une fois, ce qui explique pourquoi le total dépasse celui du tableau 5. En Alb., au N.-B. et à l'Î.-P.-É., le nombre de bénéficiaires est calculé selon la première catégorie de services utilisée. Nous espérons résoudre cette différence méthodologique dans les rapports à venir.

³¹ Services offerts directement par SSA seulement. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 5 n'incluent pas les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

³² Les données relatives aux services de sevrage à l'interne et à l'externe (épisodes et bénéficiaires) ont été compilées pour la consommation de substances seulement (le jeu n'y est pas inclus). En Nouvelle-Écosse, les clients inscrits dans des programmes de traitement à l'interne peuvent modifier leurs options d'hébergement tout au long du programme : par exemple, un client peut commencer son traitement en tant que bénéficiaire à l'interne, et le terminer en tant que patient à l'externe. Dans les cas mentionnés, on suppose que le bénéficiaire est demeuré dans un programme à l'interne pour toute la durée de son traitement.

Indicateur 6

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par sexe, âge et situation résidentielle et répartis selon les catégories prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe³³

Dans les tableaux 13 à 17, nous avons raffiné l'analyse des données en ajoutant à la répartition selon le type de services des composantes démographique et individuelle. Selon les pratiques exemplaires, il est important que les modèles de services offerts ciblent des groupes démographiques bien précis, délimités par exemple en fonction de l'âge et du sexe. Il a aussi été démontré que les personnes sans domicile fixe courent un plus grand risque d'avoir un problème de consommation, et que la gravité de leurs problèmes a tendance à être plus élevée. En brossant un tableau plus exact de l'utilisation des services par ces groupes, nous pourrions plus aisément cerner les lacunes dans l'accès aux services et les programmes offerts.

Épisode : sexe

On trouvera dans les tableaux suivants le nombre d'épisodes de service, ou d'admissions, selon le sexe. D'après les données obtenues, les hommes sont plus nombreux que les femmes à utiliser les services, peu importe la catégorie.

TABLEAU 13. Épisodes de prise en charge du sevrage et de traitement, selon le sexe, 2009-2010

Autorité administrative	Hommes	Femmes	Autre ³⁴	% d'hommes
Prise en charge du sevrage à l'interne				
Alb. ³⁵	8 135	3 256	11	71,3
N.-B.	2 308	886	0	72,3
N.-É.	2 850	1 211	*	70,2
Ont.	31 608	9 843	6	76,4
Î.-P.-É.	639	281	0	69,5
Sask.	2 338	1 391	s/o	62,7
Prise en charge du sevrage à l'externe				
N.-É.	247	160	0	60,7
Ont.	994	886	*	52,8
Î.-P.-É.	559	213	0	72,4

³³ Seules les personnes ayant besoin du traitement pour leur propre problème d'abus de substances sont comptées ici; les membres de la famille ne sont pas comptés par cet indicateur.

³⁴ La catégorie « Autre » comprend les transsexuels, les personnes en transition, ainsi que les personnes qui refusent d'être classées ou qui ne peuvent être classées selon la nomenclature classique du sexe. Cette option de saisie de données n'est pas disponible pour toutes les autorités administratives.

³⁵ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 **n'incluent pas** les épisodes pour « jeu seulement » ni les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=323).

TABLEAU 13. (suite) Épisodes de prise en charge du sevrage et traitement, selon le sexe, 2009-2010

Autorité administrative	Hommes	Femmes	Autre	% d'hommes
Traitement à l'interne				
Alb.	3 552	1 717	*	67,4
N.-B.	274	77	0	78,1
N.-É.	745	362	0	67,3
Ont.	6 526	4 004	5	61,9
Î.-P.-É.	65	19		77,4
Sask.	1 109	651	s/o	66
Traitement à l'externe				
Alb.	20 238	10 352	122	65,8
N.-B.	3 596	1 984	0	64,4
N.-É.	5 987	2 526	*	70,3
Ont.	47 375	31 599	31	60
Î.-P.-É.	919	548		62,6
Sask.	8 625	4 184	s/o	66,9
SCC	2 490	229	0	91,6

Épisode : situation résidentielle, sans domicile fixe

Deux autorités administratives ont été en mesure de fournir des données sur la situation résidentielle des bénéficiaires, déterminée en fonction du signalement d'un domicile fixe associé à l'épisode. On retrouve le pourcentage le plus élevé d'épisodes où le bénéficiaire n'avait pas de domicile fixe dans la catégorie du sevrage à l'interne.

TABLEAU 14. Épisodes de prise en charge du sevrage et de traitement pour des bénéficiaires sans domicile fixe, 2009-2010

Autorité administrative	Sevrage à l'interne n ^{bre} (%)	Sevrage à l'externe n ^{bre} (%)	Traitement à l'interne n ^{bre} (%)	Traitement à l'externe n ^{bre} (%)
Alb. ³⁶	1 871 (16,4)	s/o	327 (6,2)	3 207 (10,4)
Ont.	11 141 (26,8)	216 (11,5)	1 571 (14,9)	5 604 (7,1)

³⁶ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement » ni les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=323).

Quand l'adresse n'apparaît pas dans les dossiers, il est impossible de distinguer les bénéficiaires n'ayant pas de domicile fixe des bénéficiaires dont l'adresse n'a pas été conservée (oubli) dans les bases de données.

Épisode : âge

Les tableaux 15 à 18 présentent le nombre d'épisodes, ou d'admissions dans des services, en fonction de l'âge, ainsi que la représentation proportionnelle de chaque groupe d'âge. Il est à noter que dans le cas des programmes de prise en charge du sevrage à l'externe, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse sont les deux seules provinces qui ont été en mesure de présenter des données réparties par groupe d'âge. Selon les données fournies, les bénéficiaires ayant recours aux services font majoritairement partie du groupe des 25 à 54 ans.

TABLEAU 15. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'interne, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010

Âge	Alb. ³⁷ n ^{bre} (%)	N.-B. n ^{bre} (%)	N.-É. n ^{bre} (%)	Ont. n ^{bre} (%)	Î.-P.-É. n ^{bre} (%)	Sask. n ^{bre} (%)
<15	180 (1,6)	*	0	10 (0,02)		74 (2,0)
15-17	605 (5,3)	46 (1,4)	61 (1,5)	499 (1,2)	15 (1,6)	317 (8,5)
18-24	955 (8,4)	420 (13,1)	679 (16,7)	4 296 (10,4)	133 (14,5)	633 (17,0)
25-34	9 517 (83,5)	801 (25,1)	931 (22,9)	9 619 (23,2)	243 (26,4)	930 (24,9)
35-44		648 (20,3)	885 (21,8)	11 381 (27,4)	182 (19,8)	879 (23,5)
45-54		794 (24,9)	903 (22,2)	10 930 (26,4)	195 (21,2)	619 (16,6)
55-64		400 (12,5)	453 (11,1)	3 784 (9,1)	107 (11,6)	229 (6,1)
65+	145 (1,3)	77 (2,4)	151 (3,7)	938 (2,3)	45 (4,9)	52 (1,4)
Total ³⁸	11 402	3 194	4 063	41 462	920	3 733

TABLEAU 16. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'externe, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010

Âge	Autorité administrative	
	N.-É. n ^{bre} (%)	Ont. n ^{bre} (%)
<15	0	*
15-17	*	25 (1,3)
18-24	46 (11,3)	248 (13,2)
25-34	97 (23,8)	434 (23,1)
35-44	107 (26,3)	504 (26,8)
45-54	115 (28,3)	480 (25,5)
55-64	33 (8,1)	149 (7,9)
65+	6 (1,5)	40 (2,1)
Total	407	1 881

³⁷ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 **n'incluent pas** les épisodes pour « jeu seulement » ni les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=323).

Incapables de fournir des données pour des groupes d'âge plus précis.

³⁸ Le calcul des totaux inclut tous les épisodes, dont ceux dont des données sont manquantes ou supprimées.

TABLEAU 17. Épisodes de traitement à l'interne, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010

Âge	Alb. ³⁹ n ^{bre} (%)	N.-B. n ^{bre} (%)	N.-É. n ^{bre} (%)	Ont. n ^{bre} (%)	Î.-P.-É. n ^{bre} (%)	Sask. n ^{bre} (%)
<15	19 (0,4)	*	*	46 (0,4)	*	25 (1,3)
15-17	98 (1,9)	*	79 (7,1)	250 (2,4)	*	142 (7,4)
18-24	760 (14,4)	27 (7,7)	164 (14,8)	1 419 (13,5)	*	350 (18,2)
25-34	4 368 (82,8)	74 (21,1)	217 (19,6)	2 981 (28,3)	25 (29,8)	603 (31,4)
35-44		93 (26,5)	216 (19,5)	2 806 (26,6)	19 (22,6)	402 (21)
45-54		103 (29,3)	256 (23,1)	2 324 (22,1)	22 (26,2)	280 (14,6)
55-64		49 (14,0)	131 (11,8)	633 (6,0)	9 (10,7)	93 (4,8)
65+	28 (0,5)	*	41 (3,7)	76 (,7)	*	23 (1,2)
Total	5 273	351	1 107	10 535	84	1 918

TABLEAU 18. Épisodes de traitement à l'externe, selon l'âge et l'autorité administrative, 2009-2010

Âge	Alb. ³⁹ n ^{bre} (%)	N.-B. n ^{bre} (%)	N.-É. n ^{bre} (%)	Ont. n ^{bre} (%)	Î.-P.-É. n ^{bre} (%)	Sask. n ^{bre} (%)	SCC n ^{bre} (%)
<15	755 (2,5)	220 (3,9)	167 (2,0)	2 404 (3,0)	57 (4,7)	335 (2,6)	0
15-17	2 989 (9,7)	1 394 (25,0)	599 (7,0)	6,823 (8,6)	168 (11,5)	1 384 (10,8)	0
18-24	5 380 (17,5)	1 005 (18)	1 368 (16,1)	12 045 (15,2)	218 (14,9)	2 945 (23,0)	448 (16,5)
25-34	21 268 (69,2)	1 039 (18,6)	1 813 (21,3)	17 690 (22,4)	343 (23,4)	3 488 (27,2)	1 035 (38,1)
35-44		792 (14,2)	1 740 (20,4)	17 591 (22,3)	285 (19,4)	2 404 (18,7)	735 (27,0)
45-54		690 (12,4)	1 740 (20,4)	15 087 (19,1)	250 (17,0)	1 575 (12,3)	414 (15,2)
55-64		353 (6,3)	810 (9,5)	5 676 (7,2)	114 (7,8)	530 (4,1)	68 (2,5)
65+	319 (1,0)	87 (1,6)	279 (3,3)	1 689 (2,1)	32 (2,2)	160 (1,2)	19 (0,7)
Total	30 712	5 580	8 516	79 005	1 467	12 821	2 719

³⁹ Services offerts directement par SSA et ceux offerts/financés par des sous-traitants. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 n'incluent pas les épisodes pour « jeu seulement » ni les admissions où les clients ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=323).

Incapables de fournir des données pour des groupes d'âge plus précis.

Bénéficiaires uniques : sexe

Le tableau 19 présente le nombre de bénéficiaires uniques en fonction du sexe. D'après les données obtenues, les hommes sont plus nombreux que les femmes à utiliser les services, peu importe la catégorie.

TABLEAU 19. Bénéficiaires en services de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010

Autorité administrative	Hommes	Femmes	Autre ⁴⁰	% d'hommes
Prise en charge du sevrage à l'interne				
Alb. ⁴¹	2 664	1 268	7	67,6
N.-B.	1 484	600		71,2
N.-É.	1 709	715	*	70,5
Ont.	11 892	5 043	6	70,2
Î.-P.-É.	395	171	0	69,8
Sask.	1 747	1 063	s/o	62,2
Prise en charge du sevrage à l'externe				
N.-É.	207	134	0	60,7
Ont.	892	779	*	53,3
Î.-P.-É.	442	173		71,9
Traitement à l'interne				
Alb.	1 428	606	*	70,1
N.-B.	250	72	0	77,6
N.-É.	615	307	0	66,7
Ont.	5 620	3 645	5	60,6
Î.-P.-É.	61	19		76,3
Sask.	1 191	597	s/o	66,7
Traitement à l'externe				
Alb.	16 212	7 979	111	66,7
N.-B.	3 002	1 628	0	64,8
N.-É.	5 343	2 254	*	70,3
Ont.	39 104	26 232	29	59,8
Î.-P.-É.	845	499		62,9
Sask.	7 277	3 502	s/o	65,0
SCC	2 424	216	0	91,8

⁴⁰ La catégorie « Autre » comprend les transsexuels, les personnes en transition, ainsi que les personnes qui refusent d'être classées ou qui ne peuvent être classées selon la nomenclature classique du sexe. Cette option de saisie de données n'est pas disponible pour toutes les autorités administratives.

⁴¹ Services offerts directement par SSA seulement. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 **n'incluent pas** les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

Bénéficiaires uniques : situation résidentielle, sans domicile fixe

Comme c'était le cas avec la répartition des données sur les épisodes, les bénéficiaires sans domicile fixe sont proportionnellement plus nombreux dans la catégorie du sevrage à l'interne.

TABLEAU 20. Bénéficiaires sans domicile fixe dans les services de prise en charge du sevrage et de traitement, 2009-2010

Autorité administrative	Sevrage à l'interne n ^{bre} (%)	Sevrage à l'externe n ^{bre} (%)	Traitement à l'interne n ^{bre} (%)	Traitement à l'externe n ^{bre} (%)
Alb. ⁴²	864 (21,9)	s/o	187 (9,2)	2 436 (10,0)
Ont.	3 733 (22,0)	171 (10,2)	1 370 (14,8)	4 354 (6,7)

⁴² Services offerts directement par SSA seulement. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 **n'incluent pas** les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

Quand l'adresse n'apparaît pas dans les dossiers, il est impossible de distinguer les bénéficiaires n'ayant pas de domicile fixe des bénéficiaires dont l'adresse n'a pas été conservée (oubli) dans les bases de données.

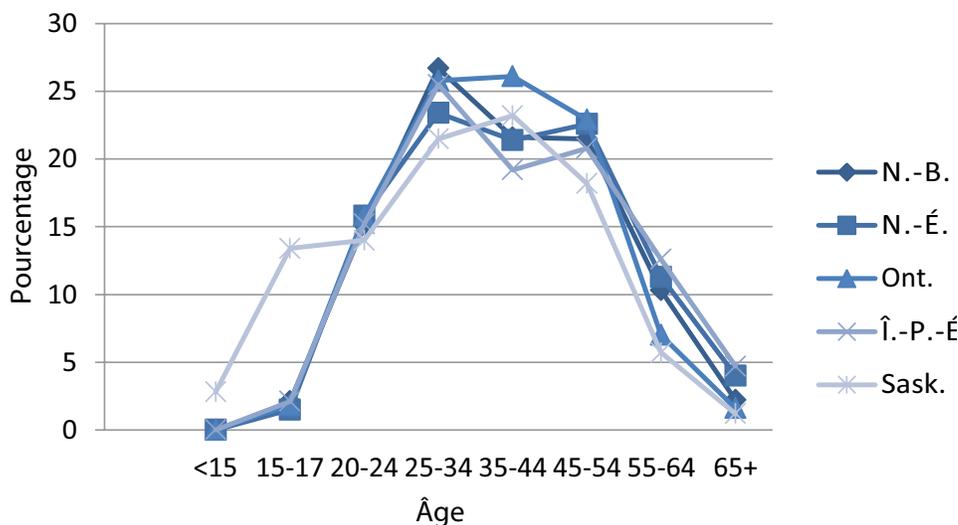
Bénéficiaires uniques : âge

Les tableaux 21 à 24 et les figures 2 à 5 présentent le nombre de bénéficiaires uniques en fonction de l'âge, de la catégorie de services et de l'autorité compétente. Tous les groupes d'âge sont représentés, mais la concentration des bénéficiaires dans le groupe des 25 à 54 ans reflète la situation observée du côté des épisodes de service. Les figures montrent qu'en général, les différentes autorités administratives ont recensé des répartitions similaires entre les groupes d'âge.

TABLEAU 21. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'interne, 2009-2010

Âge	Alb. ⁴³ n ^{bre} (%)	N.-B. n ^{bre} (%)	N.-É. n ^{bre} (%)	Ont. ⁴⁴ n ^{bre} (%)	Î.-P.-É. n ^{bre} (%)	Sask. ⁴⁴ n ^{bre} (%)
<15	86 (2,2)	*	0	9 (0,01)	*	59 (2,8)
15-17	320 (8,1)	44 (2,1)	37 (1,5)	314 (1,8)	12 (2,1)	257 (13,4)
18-24	381 (9,7)	315 (15,1)	383 (15,8)	2 550 (14,9)	87 (15,2)	474 (14)
25-34	3 096 (78,6)	557 (26,7)	567 (23,4)	4 422 (25,8)	146 (25,5)	708 (21,5)
35-44		451 (21,6)	519 (21,4)	4 476 (26,1)	110 (19,2)	657 (23,2)
45-54		449 (21,5)	547 (22,6)	3 925 (22,9)	119 (20,8)	472 (18,2)
55-64		214 (10,3)	275 (11,3)	1 203 (7,0)	72 (12,6)	151 (5,7)
65+	56 (1,4)	46 (2,2)	97 (4,0)	273 (1,6)	27 (4,7)	43 (1,2)
Total	3 939	2 084	2 425	17 172	573	2 821

FIGURE 2. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'interne, 2009-2010



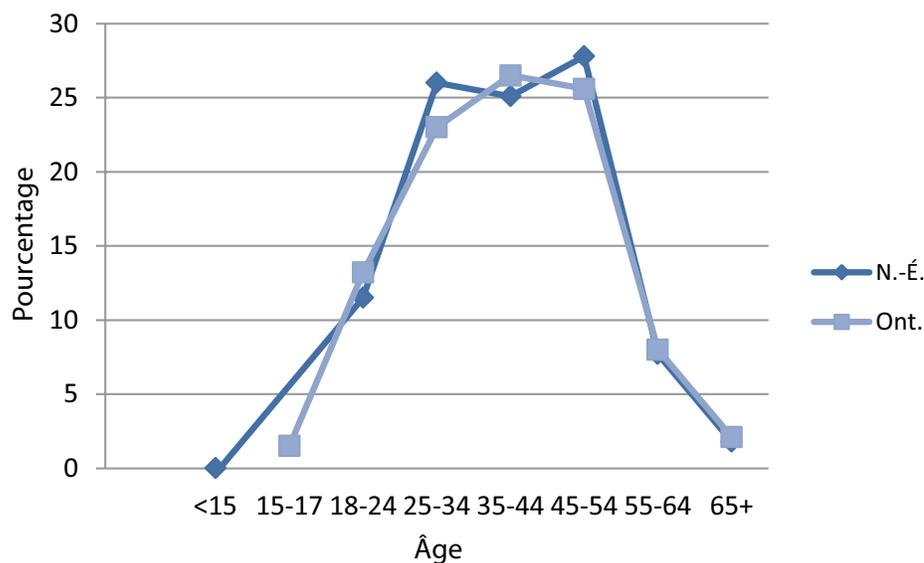
⁴³ Services offerts directement par SSA seulement. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 n'incluent pas les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

Incapables de fournir des données pour des groupes d'âge plus précis.

⁴⁴ Si, au cours de plusieurs admissions, les bénéficiaires ont changé de groupes d'âge, ils ont été comptés dans les deux groupes. Donc, un bénéficiaire admis lorsqu'il avait 34 ans, puis admis de nouveau pendant l'année quand il avait 35 ans serait compté à deux reprises, une fois dans le groupe des 25 à 34 ans et une autre fois dans le groupe des 35 à 44 ans.

TABLEAU 22. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'externe, 2009-2010

Âge	Autorité administrative	
	N.-É. (%)	Ont. ⁴⁵ (%)
<15	0	*
15-17	*	25 (1,5)
18-24	39 (11,5)	222 (13,2)
25-34	88 (26)	385 (23,0)
35-44	85 (25,1)	444 (26,5)
45-54	94 (27,8)	430 (25,6)
55-64	26 (7,7)	135 (8,0)
65+	6 (1,8)	36 (2,1)
Total	341	1 672

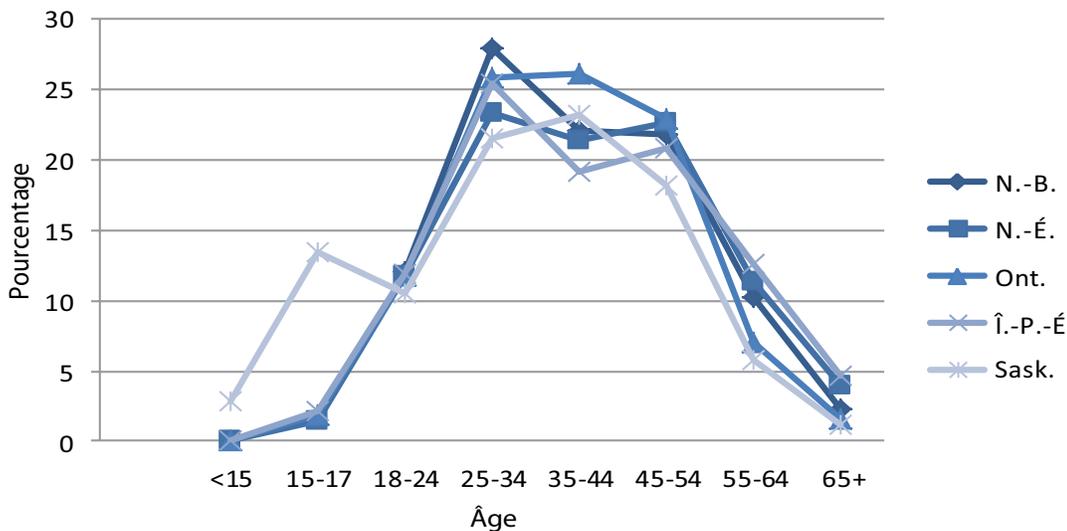
FIGURE 3. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en prise en charge du sevrage à l'externe, 2009-2010


⁴⁵ Si, au cours de plusieurs admissions, les bénéficiaires ont changé de groupes d'âge, ils ont été comptés dans les deux groupes. Donc, un bénéficiaire admis lorsqu'il avait 34 ans, puis admis de nouveau pendant l'année quand il avait 35 ans serait compté à deux reprises, une fois dans le groupe des 25 à 34 ans et une autre fois dans le groupe des 35 à 44 ans.

TABLEAU 23. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'interne, 2009-2010

Âge	Alb. ⁴⁶ n ^{bre} (%)	N.-B. n ^{bre} (%)	N.-É. n ^{bre} (%)	Ont. ⁴⁷ n ^{bre} (%)	Î.-P.-É. n ^{bre} (%)	Sask. n ^{bre} (%)
<15	11 (0,5)	*	*	42 (0,5)	*	21 (1,2)
15-17	69 (3,4)	0	57 (6,2)	231 (2,5)	*	130 (7,2)
18-24	208 (10,2)	26 (8,1)	141 (15,3)	1 243 (13,3)	*	322 (17,9)
25-34	1 729 (84,9)	72 (22,4)	192 (20,8)	2 580 (27,6)	23 (28,8)	558 (31,0)
35-44		83 (25,8)	178 (19,3)	2 498 (26,8)	19 (23,8)	380 (21,1)
45-54		92 (28,6)	218 (23,6)	2 081 (22,3)	22 (27,5)	264 (14,7)
55-64		44 (13,7)	98 (10,6)	589 (6,3)	7 (8,8)	90 (5,0)
65+	19 (0,9)	*	35 (3,8)	74 (0,8)	*	23 (1,3)
Total	2 036	322	922	9 338	80	1 800

FIGURE 4. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'interne, 2009-2010



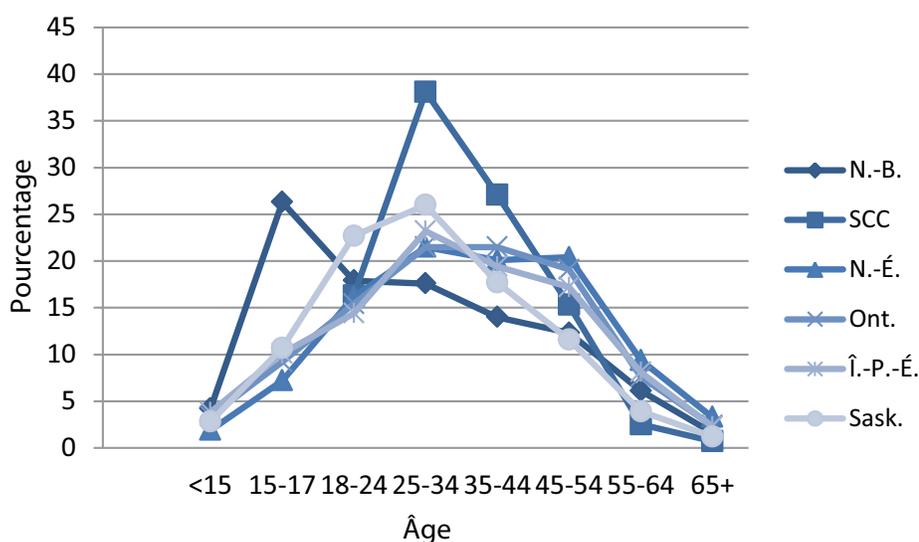
⁴⁶ Services offerts directement par SSA. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 **n'incluent pas** les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

Incapables de fournir des données pour des groupes d'âge plus précis.

⁴⁷ Si, au cours de plusieurs admissions, les bénéficiaires ont changé de groupes d'âge, ils ont été comptés dans les deux groupes. Donc, un bénéficiaire admis lorsqu'il avait 34 ans, puis admis de nouveau pendant l'année quand il avait 35 ans serait compté à deux reprises, une fois dans le groupe des 25 à 34 ans et une autre fois dans le groupe des 35 à 44 ans.

TABLEAU 24. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'externe, 2009-2010

Âge	Alb. ⁴⁸ n ^{bre} (%)	N.-B. n ^{bre} (%)	N.-É. n ^{bre} (%)	Ont. ⁴⁹ n ^{bre} (%)	Î.-P.-É. n ^{bre} (%)	Sask. n ^{bre} (%)	SCC n ^{bre} (%)
<15	626 (2,6)	195 (4,2)	145 (1,9)	2 264 (3,4)	52 (3,8)	311 (2,8)	0
15-17	2 319 (9,5)	1 219 (26,3)	546 (7,2)	6 086 (9,2)	138 (10,1)	1 196 (10,7)	0
18-24	4 496 (18,5)	828 (17,9)	1 232 (16,2)	10 236 (15,4)	197 (14,4)	2 535 (22,7)	431 (16,3)
25-34	16 584 (68,2)	813 (17,6)	1 631 (21,5)	14 235 (21,5)	317 (23,2)	2 906 (26,0)	1 006 (38,1)
35-44		648 (14,0)	1 531 (20,1)	14 265 (21,5)	264 (19,4)	1 986 (17,7)	714 (27,0)
45-54		568 (12,3)	1 550 (20,4)	12 649 (19,1)	235 (17,2)	1 293 (11,6)	403 (15,3)
55-64		284 (6,1)	717 (9,4)	5 015 (7,6)	110 (8,1)	432 (3,9)	67 (2,5)
65+	277 (1,1)	75 (1,6)	247 (3,3)	1 561 (2,4)	31 (2,3)	133 (1,2)	19 (0,7)
Total	24 302	4 630	7 599	66 311	1 364	11 189	2 640

FIGURE 5. Répartition selon l'âge des bénéficiaires en traitement à l'externe, 2009-2010


Les indicateurs 5 et 6 ont servi à dresser le portrait de la variation dans l'utilisation des services en fonction de l'âge et du sexe. Les renseignements correspondant aux indicateurs 7, 8 et 9 serviront quant à eux à préciser le type de substance consommée et les aspects du traitement : utilisation de drogues injectables, programmes de substitution aux opioïdes et programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies.

⁴⁸ Services offerts directement par SSA seulement. En Alberta, les services de sevrage sont offerts à l'interne seulement. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 6 **n'incluent pas** les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

Incapables de fournir des données pour des groupes d'âge plus précis.

⁴⁹ Si, au cours de plusieurs admissions, les bénéficiaires ont changé de groupes d'âge, ils ont été comptés dans les deux groupes. Donc, un bénéficiaire admis lorsqu'il avait 34 ans, puis admis de nouveau pendant l'année quand il avait 35 ans serait compté à deux reprises, une fois dans le groupe des 25 à 34 ans et une autre fois dans le groupe des 35 à 44 ans.

Indicateur 7

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par statut d'utilisation de drogues injectables⁵⁰

On trouve dans le tableau 25 le nombre d'épisodes et de bénéficiaires uniques qui ont dit avoir consommé des drogues injectables au cours des 12 mois précédant le traitement. On y trouve aussi le pourcentage des épisodes et des bénéficiaires uniques ayant recours aux services pour lesquels l'utilisation de drogues injectables a été mentionnée⁵¹. D'après les données fournies par toutes les autorités administratives, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) ont plus de chances d'avoir subi plus d'un épisode de traitement au cours de l'année financière 2009-2010 (voir le tableau 10 pour une comparaison avec l'ensemble de la population ayant recours aux services).

TABLEAU 25. Utilisation de drogues injectables : épisodes et bénéficiaires uniques, 2009-2010

Autorité administrative	Épisodes	% de tous les épisodes de traitement	Bénéficiaires uniques	% de tous les bénéficiaires	Ratio épisodes/bénéficiaires
Alb. ⁵²	2 281	5,7	1 722	5,7	1,3
N.-B.	780 ⁵³	8,5	427	7,1	1,8
N.-É. ⁵⁴	1 984	14,3	891	10,2	2,2
Ont.	21 333	20,8	10 642	16,4	2,0
Î.-P.-É.	277	9,0	137	5,6	2,0
Sask. ⁵⁵	3 172	16,9	1 812	13,5	1,8

⁵⁰ Seules les personnes ayant besoin du traitement pour leur propre problème d'abus de substances sont comptées ici; les membres de la famille ne sont pas comptés par cet indicateur.

⁵¹ Ces données ont été obtenues de l'indicateur 1 (épisodes totaux) et de l'indicateur 3 (bénéficiaires totaux), après avoir soustrait du total les autres demandeurs de traitement (membres de la famille).

⁵² Services offerts directement par SSA (n=39 412 épisodes, n=30 277 bénéficiaires). Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 7 **n'incluent pas** les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient pour ce champ des bases de données (n=6 637 épisodes, n=4 591 bénéficiaires).

⁵³ Comme il est impossible de séparer les membres de la famille ayant demandé le traitement et la personne ayant besoin du traitement, les résultats sont indiqués en fonction du nombre total d'épisodes (Indicateur 1).

⁵⁴ Le statut d'utilisation de drogues injectables est déterminé selon l'usage au cours des 30 jours précédant le début du traitement. Toutefois, la consommation de drogues injectables n'est consignée que s'il s'agit de la méthode d'administration privilégiée par le bénéficiaire ayant demandé lui-même de suivre le traitement. La fréquence d'utilisation de drogues injectables a donc vraisemblablement été sous-estimée.

⁵⁵ La section « Problem related to » (problème associé à) n'est pas remplie à tout coup par les fournisseurs de services.

Les figures 6 et 7 illustrent la répartition en fonction du sexe des épisodes et des bénéficiaires pour lesquels l'utilisation de drogues injectables a été signalée au cours des 12 mois précédant le traitement. Sur le plan du sexe, quand on parle du nombre d'épisodes et du nombre de bénéficiaires uniques ayant recours aux services, les hommes sont plus nombreux que les femmes à indiquer avoir consommé des drogues injectables.

FIGURE 6. Statut d'utilisation de drogues injectables : épisodes selon le sexe, 2009-2010⁵⁶

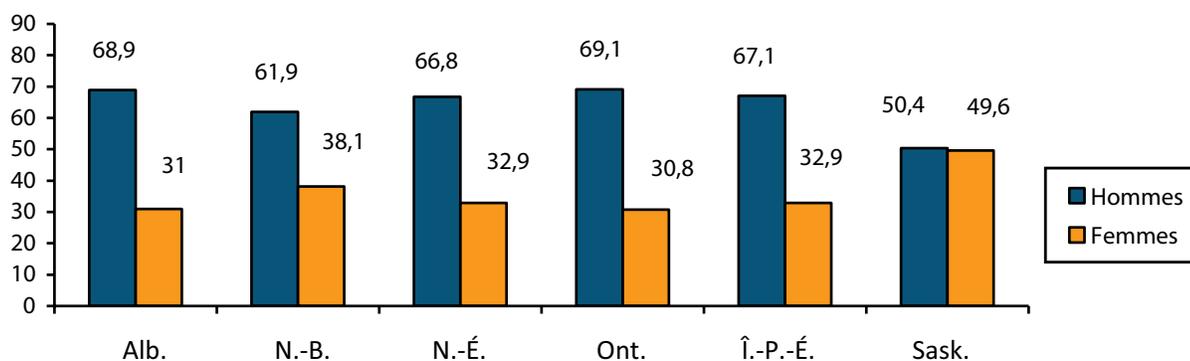
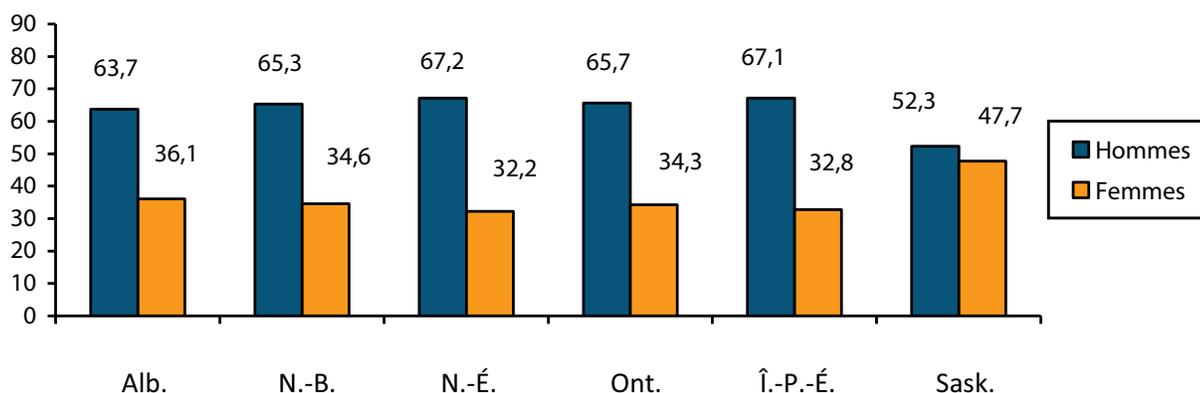


FIGURE 7. Statut d'utilisation de drogues injectables : bénéficiaires selon le sexe, 2009-2010⁵⁷



⁵⁶ La catégorie de sexe « autre » a été supprimée.

Indicateur 8

Nombre total de bénéficiaires de traitement de substitution aux opioïdes dans les services publics spécialisés ainsi que dans les cliniques externes de substitution aux opioïdes^{57,58}

On trouve dans les tableaux 26 et 27 le nombre de bénéficiaires ayant recours à des services publics spécialisés dans le traitement de substitution aux opioïdes, répartis selon le sexe et l'âge. D'après les données fournies, la proportion de femmes ayant recours à ces services est en général plus élevée que dans l'ensemble des services de traitement de la consommation de substances. Comme on peut le constater au tableau 27 et à la figure 8, le groupe d'âge le plus abondant au sein de la population ayant recours à des services publics de traitement de substitution aux opioïdes est celui des 25 à 34 ans.

TABLEAU 26. Bénéficiaires dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon le sexe, 2009-2010

Autorité administrative	Hommes	Femmes	Autre	Total	% d'hommes
Alb. ⁵⁹	731	451	8	1 190	61,4
N.-B.				1 339	
N.-É. ⁶⁰	306	142	0	448	68,3
Î.-P.-É.	83	63	0	146	56,8
Sask. ⁶¹	174	193	s/o	367	47,4

⁵⁷ Le terme « traitement de substitution aux opioïdes » englobe les traitements à la méthadone et à la buprénorphine.

⁵⁸ Seules les personnes ayant besoin du traitement pour leur propre problème d'abus de substances sont comptées ici; les membres de la famille ne sont pas comptés par cet indicateur.

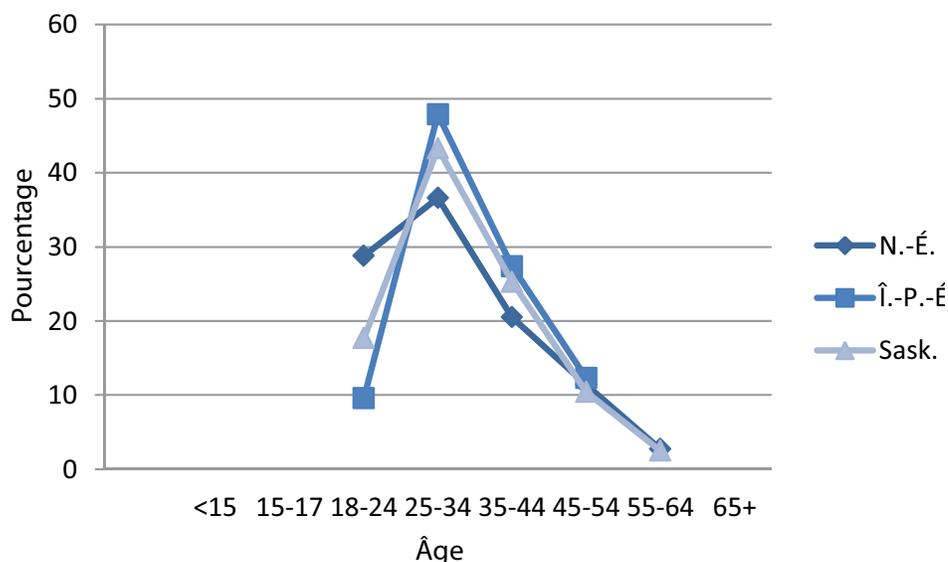
⁵⁹ Services offerts directement par SSA seulement. En Alberta, les données concernant les clients des cliniques privées sont colligées par le College of Physicians and Surgeons. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 8 **n'incluent pas** les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

⁶⁰ Les données correspondent principalement aux bénéficiaires du traitement à la méthadone; bien qu'il ne fasse pas officiellement partie du protocole du programme, le traitement à la buprénorphine peut être offert sur une base individuelle.

⁶¹ Âge lors de la première admission utilisé dans les cas où l'anniversaire du bénéficiaire a lieu au cours de multiples admissions.

TABLEAU 27. Bénéficiaires dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon l'âge, 2009-2010

Âge	Autorité administrative			
	Alb. ⁶² (%)	N.-É. ⁶³ (%)	Î.-P.-É. (%)	Sask. ⁶⁴ (%)
<15	*	0	0	*
15-17	0	0	0	*
18-24	54 (4,5)	129 (28,8)	14 (9,6)	65 (17,7)
25-34	1 125 (94,5)	164 (36,6)	70 (47,9)	159 (43,3)
35-44		92 (20,5)	40 (27,4)	93 (25,3)
45-54		51 (11,4)	18 (12,3)	38 (10,4)
55-64		12 (2,7)	*	9 (2,5)
65+	8 (0,7)	0	0	*
Total	1 190	448	146	367

FIGURE 8. Bénéficiaires dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon l'âge, 2009-2010


⁶² Services offerts directement par SSA seulement. En Alberta, les données concernant les clients des cliniques privées sont colligées par le College of Physicians and Surgeons. Les clients peuvent mentionner plus d'une raison de vouloir suivre le traitement. Les statistiques pour l'indicateur 8 **n'incluent pas** les cas où les clients ont déclaré « jeu seulement », « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les statistiques excluent aussi les dossiers où des renseignements manquaient (n=260).

Incapables de fournir des données pour des groupes d'âge plus précis.

⁶³ Les données correspondent principalement aux bénéficiaires du traitement à la méthadone; bien qu'il ne fasse pas officiellement partie du protocole du programme, le traitement à la buprénorphine peut être offert sur une base individuelle.

⁶⁴ Âge lors de la première admission utilisé dans les cas où l'anniversaire du bénéficiaire a lieu au cours de multiples admissions.

Cliniques externes de traitement à la méthadone

L'Ontario est la seule autorité administrative à avoir fourni des données sur les centres externes (privés) de traitement de la dépendance aux opioïdes. Le nombre de bénéficiaires ayant eu recours à ces services est présenté dans les tableaux 28 et 29 en fonction du sexe et de l'âge.

TABLEAU 28. Bénéficiaires dans des centres privés de substitution aux opioïdes en Ontario, selon le sexe, 2009-2010

Autorité administrative	Hommes	Femmes	Autre	Total	% d'hommes
Ont.	2 341	1 764	*	4 170	56,1

TABLEAU 29. Bénéficiaires dans des centres privés de substitution aux opioïdes en Ontario, selon l'âge, 2009-2010

Âge	n ^{bre} (%)
<15	11 (0,3)
15-17	62 (1,5)
18-24	715 (17,1)
25-34	1 642 (39,4)
35-44	1 078 (25,9)
45-54	566 (13,5)
55-64	84 (2,0)
65+	12 (0,3)
Total	4 170

Indicateur 9

Nombre total de bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies

La plupart des autorités offrent des programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA). Toutefois, il arrive souvent que l'entité responsable de ces programmes ne fasse pas partie du département ou du ministère responsable du traitement de la consommation de substances. Par conséquent, les méthodes de collecte des données pour ces programmes ne sont pas uniformes, ce qui explique les catégories d'âge diverses utilisées dans les tableaux ci-dessous. Au cours des prochaines années, le CCLAT et le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement travailleront de concert avec les entités responsables pour améliorer l'accès aux données.

Bien que nous n'ayons accès qu'à des données provenant de deux provinces, les hommes de la mi-vingtaine au début de la cinquantaine semblent constituer le segment de la population qui participe le plus fréquemment aux programmes d'éducation relatifs à la CFA.

TABLEAU 30. Bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la CFA, selon le sexe, 2009-2010

Autorité administrative	Total	Hommes	Femmes	Autre	% d'hommes
N.-B. ⁶⁵	1 465				
N.-É.	1 962	1 705	256	*	86,9

TABLEAU 31. Bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la CFA en Nouvelle-Écosse, selon l'âge, 2009-2010

Âge	Bénéficiaires (%)
<15	0
15-17	*
18-24	340 (17,3)
25-34	474 (24,2)
35-44	416 (21,2)
45-54	417 (21,3)
55-64	220 (11,2)
65+	92 (4,7)
Total	1 962

TABLEAU 32. Bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la CFA au Nouveau-Brunswick, selon l'âge, 2009-2010

Âge	Bénéficiaires (%)
11-20	33 (2,3)
21-30	430 (29,4)
31-40	331 (22,6)
41-50	316 (21,6)
51-60	219 (14,9)
61-70	109 (7,4)
71-90	27 (1,8)
Total	1 465

⁶⁵ Pour le moment, le Nouveau-Brunswick ne recueille pas de données sur le sexe des participants aux programmes relatifs à la CFA. D'après les employés de ces programmes qui ont été consultés, les participants sont en majorité des hommes, année après année.

> Discussion

Les résultats de cette étude révèlent que malgré une certaine variété de contextes, il y a plus de ressemblances que de différences chez les divers services de traitement de la consommation de substances dans les provinces et les territoires nous ayant fourni des données. Nous pouvons aussi dégager un certain nombre de tendances communes :

- en général, les bénéficiaires ont recours aux services plus d'une fois par année⁶⁶;
- les hommes ont recours aux services plus souvent que les femmes;
- les bénéficiaires ont plus souvent recours aux services à l'externe qu'aux services à l'interne;
- il est plus probable que les bénéficiaires aient entre 24 et 54 ans.

En outre, l'analyse des données permet de mettre en évidence certaines observations à propos de la planification des services. Dans chacune des provinces, le nombre de personnes faisant appel à ces services au cours d'une année correspond à 0,5 à 2 % de la population totale, ce qui est loin d'être négligeable. Selon les données obtenues, entre 7 et 13 % des bénéficiaires viennent chercher de l'aide à cause du problème de consommation d'une autre personne. Ce pourcentage illustre bien que les répercussions de la consommation vont au-delà de la personne elle-même et vient appuyer les conclusions fondées sur des preuves selon lesquelles il est important d'investir dans les services et le soutien de la famille, des amis et des autres proches (p. ex. Center for Substance Abuse Treatment, 2004; Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2005).

Deux provinces ont été en mesure de fournir des données sur la proportion des personnes utilisant les services qui n'avaient pas de domicile fixe⁶⁷. Ces bénéficiaires sont surreprésentés dans les services de sevrage à l'interne. Afin de répondre aux besoins des personnes aux prises avec un problème de consommation et une situation résidentielle instable, la collaboration entre les services de logement et de prise en charge de la consommation est essentielle. Grâce aux données obtenues, on pourra déterminer vers quels aspects du système cibler ces collaborations pour obtenir un effet maximal (p. ex. prise en charge du sevrage).

Par ailleurs, les données révèlent que les personnes qui ont dit avoir utilisé des drogues injectables au cours des 12 mois précédant le traitement connaissent un nombre plus élevé

d'épisodes de service par personne. Cette situation peut s'expliquer de plusieurs manières différentes : par exemple, ces bénéficiaires pourraient avoir besoin d'utiliser une gamme de services plus vaste (p. ex. prise en charge du sevrage, suivie d'un traitement et de soins continus), ou il pourrait être plus probable qu'ils aient recours aux services à plusieurs reprises. Ces deux explications reflètent l'importance de la prise en charge des cas, de l'orientation vers les ressources appropriées et des soins continus, afin de faire en sorte que chaque « porte » franchie s'ouvre sur le bon service et de promouvoir l'efficacité des transferts entre services.

Il ne serait pas judicieux de n'analyser que les données obtenues par l'intermédiaire du projet sur les indicateurs nationaux de traitement. D'autres initiatives canadiennes de collecte de données ont été mises sur pied afin d'améliorer notre connaissance des taux de consommation et de la répartition de la prévalence au Canada, ce qui nous permettra d'acquérir une compréhension plus exhaustive des tendances et des services associés à la consommation de substances et à la dépendance au jeu. Parmi ces initiatives, on trouve l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) et le *Rapport pancanadien sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves*.

Une fois mises en commun, les données obtenues grâce à ces initiatives permettront de dresser le portrait complet dont nous avons besoin pour l'élaboration de politiques, l'allocation des ressources et la mise sur pied de services. Par exemple, les données des enquêtes sur la consommation de substances chez les élèves montrent que les taux de consommation ont tendance à être plus élevés chez les jeunes. Cependant, dans le rapport sur les indicateurs nationaux de traitement, on semble suggérer que les personnes cherchant à obtenir un traitement ont tendance à être légèrement plus âgées. Si on tient compte des résultats de ces deux enquêtes, on peut conclure qu'une étude plus approfondie des habitudes de consommation, de ses méfaits et de l'accès aux services est de mise. Par exemple, on peut se demander si les jeunes subissent moins de méfaits associés à la consommation ou s'il est nécessaire d'améliorer l'accès aux soins, ainsi que leur qualité et leur disponibilité.

Enfin, des projets présentement en cours manifestent activement leur appui à l'amélioration de la collecte de données sur la consommation de substances par les autorités administratives. Le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie mis sur pied par Santé Canada a

⁶⁶ Le fait d'avoir recours aux services plus d'une fois par année peut signifier que la personne a fait appel à un même service plus d'une fois ou a fait appel à plus d'un service offert.

⁶⁷ Ce pourcentage peut inclure des données manquantes en plus d'information sur la situation résidentielle.

fait de l'évaluation et de la mesure du rendement l'un de ses trois domaines globaux d'investissement. Un certain nombre de provinces et de territoires utilisent déjà ces fonds pour améliorer leur capacité de collecte et d'analyse de données dans les domaines de la prestation des services et du suivi des résultats. C'est grâce aux occasions créées par de telles initiatives qu'on réussira à promouvoir l'usage d'un noyau commun d'indicateurs permettant les comparaisons entre autorités administratives. En outre, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, situé en Ontario, est à la tête d'un projet d'envergure nationale visant à élaborer une méthodologie de planification des systèmes. Une connaissance des besoins et de la prestation des services à l'échelle du système fondée sur des définitions uniformes permettra aux planificateurs de systèmes de cerner clairement les tendances et les lacunes des services offerts afin d'affecter les ressources disponibles de manière plus stratégique.

> Conclusions et prochaines étapes

Il est avantageux d'investir dans le soutien et les services fondés sur des données probantes. En effet, ces mesures sont un moyen efficace de réduire les coûts socioéconomiques et les coûts pour la santé de la consommation de substances et du jeu au Canada. Afin d'assurer l'efficacité, l'efficience et la transparence des programmes et services, la validité de ces derniers devra être justifiée par une planification factuelle du système. Le projet des indicateurs nationaux de traitement a été créé dans le but de contribuer à la collecte de l'information nécessaire pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer une approche systémique du problème de la consommation de substances au Canada.

Les données présentées dans ce tout premier rapport constituent une première étape dans le processus de création d'un portrait complet de la prestation des services et du soutien offerts au Canada pour la consommation de substances et les problèmes de jeu. Le rapport servira de base au Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, qui s'en inspirera pour continuer à améliorer la portée et la qualité des données recueillies dans ses prochains rapports annuels. À court terme, le projet aura pour objectifs principaux d'obtenir des données provenant d'autres autorités administratives et de raffiner les méthodes de collecte et de communication des données afin d'en faciliter la comparaison. Toutefois, l'objectif à long terme est de délaisser l'approche traditionnelle, qui se concentre uniquement sur le système spécialisé de prise en charge de la consommation de substances, afin de pouvoir tenir compte d'une gamme plus vaste de services non spécialisés et communautaires utilisés plus souvent par les Canadiens. Nous aurons ainsi la possibilité d'acquérir des renseignements sur le continuum complet de services et de soutiens offerts pour la consommation de substances et le jeu, de même que sur le segment de la population qui fait appel à ces services.

Grâce à l'amélioration des méthodes de collecte des données, les rapports annuels sur les indicateurs nationaux de traitement pourront offrir une analyse plus complète des données et une interprétation plus approfondie des résultats. La possibilité de comparer les données d'un territoire à l'autre aidera à déterminer les lacunes et les tendances associées à l'utilisation des services; ces renseignements pourront à leur tour être utilisés pour orienter la planification systémique, particulièrement s'ils sont combinés aux données sur la

consommation de substances (p. ex. ESCCAD) et sur les besoins en services (p. ex. le projet de planification fondée sur les besoins de CAMH). Par ailleurs, l'existence d'une structure nationale de collecte des données permettra au Canada de collaborer en tant que partenaire avec des pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie, en générant des données significatives pouvant être utilisées pour améliorer la capacité de surveiller les tendances internationales en matière de services de traitement de la consommation de substances et pour poser les gestes nécessaires.

Les participants au projet des indicateurs nationaux de traitement travaillent à la collecte, à l'analyse et à l'échange de données pouvant avoir une incidence concrète⁶⁸ :

- Une région du Nord de l'Ontario pourrait établir un partenariat avec Terre-Neuve-et-Labrador fondé sur des tendances semblables observées dans le rapport sur les indicateurs nationaux de traitement.
- Une initiative nationale de recherche pourrait être lancée afin de remédier à l'écart perçu partout au Canada entre le besoin de créer des services communautaires pour les femmes aux prises avec un problème de consommation, tel qu'illustré par le modèle de planification fondée sur les besoins de CAMH, et les services offerts en réalité, tel qu'illustré par les indicateurs nationaux de traitement.
- Une discussion ouverte sur les besoins en ressources à l'échelle du système en fonction des ressources financières des paliers fédéral, provincial ou régional pourrait être alimentée par l'afflux de données claires et cohérentes sur le fonctionnement du système actuel et les tendances émergentes.
- La cohérence et la qualité des mécanismes de collecte des données pourraient être améliorées grâce à l'échange des connaissances entre membres du GTINT.
- Les partenaires internationaux pourraient voir le Canada comme un exemple à suivre pour ce qui est de l'élimination des obstacles internes à la collecte de données, dans le but de fournir des données nationales fiables et significatives à des partenaires mondiaux comme l'ONUDDC ou l'OMS.

⁶⁸ Veuillez noter que tous les exemples mentionnés sont fictifs. Les situations décrites ont des objectifs que le GTINT considère réalisables, mais les autorités administratives et les populations décrites ne sont mentionnées que pour faciliter la compréhension.

> Références

- Center for Substance Abuse Treatment.** *Substance abuse treatment and family therapy, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, no. 39, DHHS Publication no (SMA) 04-3957, Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004. Accessible à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14505>.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie.** *Implication des membres de l'entourage dans la réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes*, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005. Accessible à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/implicationentourage2005vf.pdf>.
- Dell, C.A. et N. Poole.** *Appliquer une analyse sur le sexe, le genre et la diversité au Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009. Accessible à <http://www.nationalframework-cadrenational.ca/images/uploads/file/sex-diversity-paper-bil.pdf>.
- Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement.** *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa, Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008. Accessible à http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS_Treatment/nts-report-fra.pdf.
- Health Systems and Health Equity Research Group.** *Development of needs-based planning models for substance use services and supports in Canada: Current practices*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2011. Accessible à <http://needsbasedplanningmodels.wordpress.com/about>.
- Institut canadien d'information sur la santé.** *Services de santé mentale et de toxicomanie – Rapport prototype sur les indicateurs*, Ottawa, auteur, 2001. Accessible à http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/HMDB_INDICATOR_PROTO_REP_FR.
- Loi canadienne sur la santé**, L.R.C., 1985, ch. C-6. Accessible à <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>.
- Rehm, J. et coll.** *Les coûts de l'abus de substances au Canada – Points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006. Accessible à <http://www.cclat.ca/Fra/Priorities/Research/CostStudy>.
- Santé Canada.** *Principales constatations de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2010*, 2011. Accessible à <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/index-fra.php>.
- Sécurité publique Canada.** *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, 2009*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2009. Accessible à <http://www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/2009-ccrso-fra.aspx>.
- Thomas, G.** *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005. Accessible à <http://www.cclat.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-011133-2005.pdf>.
- Young, M.M., E. Saewyc, A. Boak, J. Jahrig, B. Anderson, Y. Doiron, S. Taylor, L.Pica, P. Laprise et H. Clark** (Groupe de travail sur les enquêtes sur la consommation de drogues des élèves). *Rapport pancanadien sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.

> Annexe A : Liste des membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement

Au 21 juin 2011⁶⁹

Nom	Organisation
Beasley, Erin	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Behrooz, Renée	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Brar, Dave	Ministère des Services de santé de la C.-B.
Desrosiers, Pierre	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
Dupuis, Robin	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
Estey, John	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Farrell MacDonald, Shanna ⁷⁰	Service correctionnel du Canada
Hansen, Rebecca	Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie du Yukon
Hayward, Terrilyn	Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
James, Darlene	Services de santé de l'Alberta
Jesseman, Rebecca	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Joiner, Ian	Institut canadien d'information sur la santé
LeClair, Tina	Vie saine, Jeunesse et Aînés, Manitoba
McCallum, John	Santé Saskatchewan
O'Handley, Darren	Santé Î.-P.-É.
Rideout, Gina	Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
Rocca, Claudio	Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement
Ross, David	Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Anciens Combattants Canada
Rush, Brian	Centre de toxicomanie et de santé mentale

⁶⁹ Le CCLAT tient à souligner les contributions des anciens membres suivants : Jennifer Van Koeveringe, Renee Ryan, Valerie Stevens, April Furlong, Sylvie Martin, Danyea Sulyma, Sara Johnson, Larry Corea, Sandy Goatcher, Andrea MacTavish et David Patton.

⁷⁰ En congé de juin 2011 à juin 2012; remplacée par Madelon Cheverie, Pamela Forrester et Meg Ternés.

> Annexe B : Systèmes de données sur le traitement à l'étranger

Les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni ont tous trois mis sur pied des systèmes assez complets de collecte de données sur le traitement de la consommation de substances. Bien que chacun ait ses particularités, les trois systèmes présentent des aspects communs dont nous pouvons tirer parti afin d'élaborer un système canadien unique qui rend possibles les comparaisons avec d'autres pays et régions, en plus des comparaisons à l'intérieur même du pays.

Le système américain de données sur les épisodes de traitement, nommé Treatment Episode Data System (TEDS), est une base de données administrative dans laquelle on trouve des renseignements descriptifs à propos des personnes admises dans des programmes de traitement des problèmes de consommation financés par le gouvernement. Le TEDS comprend deux bases de données, soit l'Admissions Data System (données sur l'admission) et le Discharge Data System (données sur le congé), qui sont interreliées afin d'offrir des renseignements sur l'épisode de traitement complet. Les dossiers sont soumis dans les six mois suivant l'admission, et les données sont transférées une fois par mois ou par trimestre à un entrepreneur engagé par la Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), qui se charge de leur traitement. Le public a accès aux dossiers et à une fonction d'analyse en ligne; les données sont également utilisées pour produire des rapports courants, comme ceux du Drug and Alcohol Services Information System (DASIS). En outre, le TEDS publie des rapports annuels sur des sujets précis, comme l'évolution des admissions pour des raisons en lien avec la douleur sur une période de 10 ans. Ce type de données peut être utilisé pour l'échange de renseignements entre différentes autorités administratives et pour la mise en évidence de tendances associées au traitement ou de changements dans le type de substances utilisées (ce qui peut être utile pour améliorer la formation offerte au personnel dans le but de les aider à travailler plus efficacement avec les clients).

Un système comme le TEDS comporte des avantages évidents. La possibilité de comparer différentes autorités administratives utilisant des indicateurs communs de manière semblable facilite grandement l'étude des différences et des similitudes entre deux systèmes. De plus, l'incidence des changements administratifs peut être observée en comparant

deux territoires. Plus important encore, un tel système rend possible le suivi à plus long terme, qui rend plus aisées la planification stratégique et l'anticipation des besoins futurs de la population.

Au Royaume-Uni, la National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA, ou agence nationale de traitement de l'abus de substances) publie une vaste gamme de documents informatifs sur les traitements en se fondant sur les données du National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS). Des statistiques nationales portant sur environ 2000 centres de désintoxication anglais sont compilées mensuellement par le National Drug Evidence Centre à l'Université de Manchester. Des rapports sont publiés annuellement, généralement six mois après que les données de la fin de l'année financière ont été rendues disponibles. Initialement, le NDTMS avait été créé pour recueillir des données sur les adultes en désintoxication, mais il recueille maintenant aussi des renseignements sur le traitement de l'alcoolisme. Comme c'était le cas avec le TEDS, des rapports spécifiques sont publiés à propos des tendances observées (p. ex. le nombre d'admissions chez les jeunes pour la consommation d'héroïne est en déclin depuis cinq ans); ces rapports peuvent être utilisés pour aider à la planification des programmes et à l'allocation des ressources nécessaires pour fournir des fonds adéquats aux services. En plus d'être utilisés pour appuyer la National Drug Strategy, les renseignements recueillis sont employés dans l'évaluation des besoins à l'échelle régionale et locale. Les données jouent un rôle dans la prise de décisions (gestion du rendement) à propos de l'efficacité des services et dans la détermination des meilleurs résultats possibles. Les renseignements recueillis dans ce système sont accessibles au public sur son site Web (www.ndtms.net), et le public a accès à des rapports démontrant la transparence et la responsabilité du système.

De son côté, l'Australie a elle aussi mis sur pied un système de collecte des données plutôt complet, appelé Australian Alcohol and Other Drug Treatment Services, qui publie chaque année un rapport fondé sur les données du National Minimum Data Set (base de données minimale nationale, ou NMDS). Les données du NMDS proviennent de l'Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), qui recueille des

renseignements provenant de services publics de traitement de l'alcoolisme et d'autres types de toxicomanie et de leurs clients. Ces données, une liste de renseignements déterminée par consensus national, sont recueillies par les fournisseurs de services, rassemblées par les autorités sanitaires et compilées par l'AIHW. La liste comprend des renseignements sur les services, les clients, les substances faisant l'objet du traitement et les types de traitements offerts. Des rapports spécifiques peuvent être produits à partir de la base de données : par exemple, le rapport le plus récent indique une baisse de 10 000 épisodes de traitement en 2008-2009 par rapport à l'année précédente. À l'instar des deux autres systèmes, le NMDS permet de mettre en évidence des variations à l'échelle régionale et d'autres différences, ce qui permet aux intervenants de mieux répartir les ressources locales lors de la planification stratégique.

Ces trois systèmes peuvent servir de modèles pour l'élaboration et la mise en place d'un système national de collecte de données comparables sur le traitement de la consommation de substances et de la dépendance au jeu. Des discussions avec les autorités locales, la détermination d'indicateurs clairs et la publication de rapports au moment approprié permettront aux planificateurs et aux gestionnaires de systèmes d'obtenir les renseignements nécessaires. Les systèmes permettent aussi au public d'être tenu au courant des résultats de cet investissement dans le système de traitement.

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a obtenu, au sein de l'Union européenne (UE), les résultats que les indicateurs nationaux de traitement du Canada cherchent à atteindre à l'échelle nationale. Pour recueillir de l'information dans l'ensemble de l'UE, l'OEDT utilise cinq indicateurs épidémiologiques clés aux paramètres normalisés de collecte de données applicables à tous les États membres. En plus d'être utilisés pour présenter les tendances et développements du phénomène de la drogue dans l'UE, les renseignements recueillis sont employés dans l'analyse des répercussions des politiques et des mesures de lutte contre la consommation de drogues. L'un de ces cinq indicateurs est l'Indicateur de demande de traitement (IDT); ses 20 items de base permettent de recueillir, de façon anonyme, de l'information sur les caractéristiques sociales et le profil de consommation de chaque bénéficiaire de l'UE et les coordonnées du centre de traitement.

L'IDT de l'OEDT a permis de constater que pour assurer la qualité des données, l'information doit être pertinente à l'échelle locale et il faut compter sur le soutien et la coopération des fournisseurs de services et des administrateurs. Les données recueillies avec l'IDT sont à la base du rapport annuel de l'OEDT et d'une foule de périodiques, de séries, de documents de politiques et d'enquêtes spéciales.

> Annexe C : Indicateurs feux vert, jaune et rouge

Indicateurs « feu vert »

1. Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances.
2. Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu.
3. Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances.
4. Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu.
5. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par catégories : prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe.
6. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par sexe, âge et situation résidentielle et répartis selon les catégories prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe.
7. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par statut d'utilisation de drogues injectables.
8. Nombre total de bénéficiaires de traitement de substitution aux opioïdes dans les services publics spécialisés ainsi que dans les cliniques externes de substitution aux opioïdes.
9. Nombre total de bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies.

Indicateurs « feu jaune »

1. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par drogues consommées.
2. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services spécialisés classés par drogue la plus préoccupante (au moins l'alcool/d'autres drogues et peut-être quelques catégories élargies).
3. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par situation d'emploi.

Indicateurs « feu rouge »

1. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics et privés spécialisés classés par âge et sexe.
2. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par fréquence de la consommation.
3. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par âge de la première consommation.
4. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par identité ethnique ou culturelle.

> Annexe D : Définitions

Bénéficiaire unique

Le bénéficiaire unique correspond à une seule personne. Un bénéficiaire unique peut avoir recours à plusieurs épisodes de traitement au cours d'une même année.

Dossier fermé

Les critères de fermeture du dossier peuvent varier d'une province à l'autre.

Dossier ouvert

Un dossier est considéré comme ouvert à partir du moment où le client est officiellement inscrit. L'ouverture de dossier se déroule habituellement en personne, mais elle peut aussi se faire à distance (p. ex. au téléphone), surtout dans les régions rurales.

Épisode

L'épisode correspond à une admission dans un service de traitement donné. Une personne peut accéder à plusieurs services au cours d'une même année, p. ex. en passant d'un service de prise en charge du sevrage à un service de traitement externe ou en quittant les services puis en y revenant, et subir ainsi de nombreux épisodes.

Jeu

Le jeu est l'action de miser de l'argent, des biens ou toute autre chose ayant une certaine valeur sur une activité dont l'issue est incertaine. Le jeu peut se dérouler dans des endroits variés où se prennent des paris et peut comprendre les activités suivantes :

- Jeux de casino comme le blackjack et les machines à sous;
- Paris sur des courses de chevaux à l'hippodrome;
- Loterie;
- Appareils de loterie vidéo, généralement installés dans les bars et les restaurants;
- Paris sur des événements sportifs, ce qui comprend les paris privés entre connaissances, ainsi que les transactions effectuées avec un preneur de paris ou par l'intermédiaire d'une organisation comme Pro Line;
- Partie de poker ou autre jeu de cartes, que ce soit dans une résidence privée avec des connaissances ou dans établissement de jeu;

- Jeux en ligne demandant de payer pour participer et où les participants peuvent gagner ou perdre de l'argent.

Membre de la famille

La catégorie des membres de la famille englobe les enfants, les parents, les conjoints et les autres proches.

Nouveau bénéficiaire

Le nouveau bénéficiaire correspond à un bénéficiaire unique qui a entrepris un traitement au cours de l'année de déclaration en cours. Cette statistique exclut donc les bénéficiaires ayant eu recours à un épisode de traitement qui a débuté au cours de l'année financière précédente.

Prise en charge du sevrage

La prise en charge du sevrage désigne l'étape initiale supervisée durant laquelle se déroule la période de sevrage des substances donnant lieu à des abus. Seuls les services de sevrage faisant partie d'un continuum (c.-à-d. qui comprennent un service de consultation ou un suivi) devraient être comptés. Ne sont pas inclus les soins ambulatoires ou de désintoxication rapide. La prise en charge du sevrage **à l'interne** correspond aux programmes où les clients dorment sur les lieux de traitement. Quant à la prise en charge du sevrage **à l'externe**, elle comprend les programmes sans supervision médicale (« désintoxication sociale » et les programmes de sevrage à domicile avec supervision possible par une infirmière (« désintoxication de jour » ou « désintoxication à la maison »).

Problème de jeu

Un problème de jeu survient lorsque le comportement d'un joueur entraîne des conséquences négatives pour la personne elle-même, pour les membres de son entourage ou pour la collectivité.

Programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA)

Les programmes relatifs à la CFA comprennent les programmes éducatifs, de même que les programmes de traitement et de réhabilitation. Dans la plupart des cas, un tribunal peut exiger qu'y participent les personnes ayant plaidé coupable pour conduite avec facultés affaiblies ou ayant été jugées coupables de ce crime. En général, les participants sont obligés de suivre ce programme pour récupérer leur permis de conduire. Le contenu et l'administration de ces programmes peuvent varier en fonction de l'autorité administrative.

Services spécialisés

Les services spécialisés ont pour mandat d'offrir des programmes et services de traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou des problèmes de jeu. Le tabagisme ne fait pas partie de ce mandat.

Situation résidentielle

La situation résidentielle fait référence au fait d'avoir un domicile fixe ou non.

Traitement à l'interne

Le traitement à l'interne est un type de programme où l'hébergement pour la nuit est fourni dans le cadre d'un traitement pour la consommation de substances ou pour les problèmes de jeu. Ne sont pas inclus dans cette catégorie les programmes offerts dans des lieux comme les centres d'hébergement pour jeunes, les refuges pour sans-abris, les établissements correctionnels ou les établissements psychiatriques, où le rôle premier de l'établissement est de répondre à des besoins comme la santé mentale, l'hébergement ou la sécurité publique.

Traitement à l'externe

Le traitement à l'externe englobe tous les services qui ne font pas partie des catégories de la désintoxication ou de l'hébergement. Cette catégorie comprend les soins aux patients externes, de même que les services offerts par des établissements comme les maisons de transition, les centres d'hébergement pour jeunes, les établissements psychiatriques ou les établissements correctionnels, à condition que le rôle premier de ces établissements ne soit pas l'hébergement et la prestation de services pour la consommation de substances. Les services de prise en charge du sevrage et de désintoxication ne font pas partie de la catégorie de traitement à l'externe.



Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
www.cclat.ca