



Centre canadien **de lutte**
contre les toxicomanies
Canadian Centre
on **Substance Abuse**

Collaboration. Connaissance. Changement.
Partnership. Knowledge. Change.

www.cclt.ca • www.ccsa.ca

Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2013–2014

Octobre 2016

Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2013–2014

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Pirie, T., Wallingford, S.C., Di Gioacchino, L.A., McQuaid, R.J. et le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2013–2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016

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

Ce document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.cclt.ca

This document is also available in English under the title:

National Treatment Indicators Report: 2013–2014 Data

ISBN 978-1-77178-346-0



Résumé

Contexte

La consommation problématique de substances représente un enjeu important sur les plans socioéconomique et de la santé au Canada. L'un des moyens d'alléger le fardeau qu'elle représente est le recours aux traitements fondés sur des données probantes. Le fait d'offrir aux Canadiens un accès approprié et opportun aux traitements disponibles exige des données fiables pour orienter les décisions de sorte qu'elles contribuent à la planification efficace du système et des services.

En 2012, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a révélé que 4,4 % des Canadiens de 15 ans et plus (environ 1,3 million de personnes) répondent aux critères de troubles liés à la consommation d'une substance (Statistique Canada, 2014). Or, plusieurs sources, dont le projet des Indicateurs nationaux de traitement (INT), indiquent qu'il existe un écart entre les personnes susceptibles de bénéficier de services de traitement et celles qui y ont recours.

La variabilité des méthodes de collecte de données sur le traitement de la consommation de substances des régions canadiennes a compliqué la création d'un profil complet de l'utilisation des services de traitement, de leurs bénéficiaires, et des tendances des autorités administratives et au fil du temps. Ces lacunes en matière d'information limitent également la capacité du Canada à fournir des données exhaustives sur les services de traitement aux initiatives s'attaquant aux conséquences de la consommation problématique de substances pour la santé et la société à l'échelle internationale.

Objectif et contribution du projet

Le projet des INT a été conçu pour recueillir des données cohérentes de la part des autorités administratives pour combler les lacunes en matière d'information et améliorer la qualité, la portée et l'accessibilité du système de traitement au Canada. L'information sur les services de traitement dans le rapport sur les INT s'adresse aux chercheurs, analystes, décideurs, conseillers et administrateurs de programmes désirant appuyer la planification et le développement du système et des services, ainsi que les communications.

Les données sur les INT contribuent à l'information systémique dont ont besoin les décideurs pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer les services et soutiens fondés sur des données probantes pour le traitement des toxicomanies au Canada. Elles :

- dressent un portrait de l'utilisation du système de traitement dans de multiples régions canadiennes grâce à des données recueillies en fonction d'un ensemble d'indicateurs communs;
- fournissent une source d'information centrale et accessible qui permet aux intervenants, qu'ils œuvrent ou non dans le domaine de la consommation de substances, de prendre connaissance des données actuelles sur le système de traitement à l'échelle nationale;
- renforcent la capacité du Canada à fournir de l'information fiable et utile sur les services de traitement de la consommation de substances pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes à l'échelle régionale, provinciale, territoriale ou nationale;
- facilitent la collaboration et l'échange de connaissances entre le Canada, d'autres pays et des organisations internationales en offrant une source centrale de données à l'échelle nationale.



Limites

Le rapport sur les INT rend compte exclusivement de données provenant de services publics de traitement¹ et ne comprend donc pas de renseignements issus de sources comme les centres privés de traitement spécialisés, les groupes d'entraide (p. ex. Alcooliques Anonymes), les services de soins primaires ou les services d'admission hospitaliers. Compte tenu de la variabilité des méthodes de collecte de données et de production de rapport, une comparaison directe entre les autorités administratives est à éviter. Les renseignements recueillis dans les différentes régions n'ont pas tous pu être présentés dans ce rapport; le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT) a plutôt retenu un sous-ensemble d'indicateurs précis afin de produire un rapport aussi bref, mais instructif que possible.

Résultats

La présente édition, la cinquième du rapport sur les INT, porte sur des données pour l'exercice financier 2013-2014 de sept provinces, un territoire, une association provinciale et une association fédérale, soit une augmentation (de six provinces, un territoire et une association provinciale) par rapport au rapport précédent.

Comme cinquième en date de la série, le présent rapport permet l'analyse des tendances observées dans les données de 2009–2010 à 2013–2014. Les résultats montrent que les tendances en matière d'utilisation des services varient considérablement au Canada. Plusieurs autorités administratives ont constaté dans leurs régions une hausse importante du nombre de bénéficiaires de services de traitement de la consommation de substances. Toutefois, le ratio des épisodes par bénéficiaire est demeuré relativement uniforme dans la majorité du pays.

Principales constatations

- Entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014, il y a eu au total 157 123 bénéficiaires uniques de services publics de traitement de la consommation de substances dans six provinces et un territoire canadiens. En tout, ces bénéficiaires uniques représentent près de 218 263 épisodes de traitement.
- Entre 4,5 % et 13,5 % des bénéficiaires uniques de services de traitement ont accédé à ces services pour un membre de la famille ou un ami aux prises avec une consommation problématique de substances. Cela souligne le besoin d'offrir des services et des soutiens à des personnes autres que celles qui cherchent à obtenir le traitement.
- Les autorités administratives ont toutes signalé que les hommes représentaient la majorité des bénéficiaires de services de traitement spécialisés en général et des bénéficiaires de chaque type de traitement. Ces tendances sont demeurées stables depuis 2011-2012.
- Environ la moitié (49,0 %) des bénéficiaires à l'origine d'épisodes de traitement étaient âgés de 25 à 44 ans, une constatation uniforme pour tous les types de traitement.
- Le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité (66,2 %) des épisodes de traitement.
- Au cours des 12 derniers mois, la substance la plus couramment consommée par les bénéficiaires de services publics de traitement était l'alcool. En Alberta, en Saskatchewan et

¹ Les programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies sont compris dans le présent rapport, même si certains fonctionnent par paiement à l'acte.



en Ontario, les clients de 25 à 34 ans affichaient la plus forte prévalence d'usage d'alcool et de cannabis au cours des 12 mois précédents. En Nouvelle-Écosse cependant les clients de 45 à 54 ans affichaient la plus forte prévalence d'usage d'alcool au cours des 12 mois précédents, alors que les clients de 15 à 17 ans affichaient la plus forte prévalence d'usage de cannabis au cours des 12 mois précédents.

- En Ontario et en Nouvelle-Écosse, parmi les autorités administratives ayant fourni des données sur la principale substance à l'origine des demandes de traitement, l'alcool a donné lieu au plus grand nombre d'épisodes de traitement. Les deux autres substances les plus citées étaient, en ordre décroissant, le cannabis suivi de la cocaïne en Ontario et des opioïdes en Nouvelle-Écosse.
- Parmi les autorités administratives ayant fourni des données sur la situation d'emploi, la majorité (entre 34,6 % et 53,7 %) des bénéficiaires d'épisodes de traitement avaient dit être « sans emploi » au moment de recevoir le traitement.
- Dans bon nombre d'autorités administratives canadiennes, le nombre de personnes ayant recours aux services de traitement spécialisés semble avoir augmenté au cours des cinq derniers exercices. Ces différences sont peut-être attribuables à l'amélioration des méthodes de collecte de données, permettant de produire des rapports plus exacts, ou à une plus grande disponibilité des services de traitement, plutôt qu'à une augmentation réelle de l'accès aux services.

Conclusions et prochaines étapes

Le projet des INT contribue de manière importante à faire comprendre l'utilisation des services de traitement de la consommation de substances au Canada. Ce cinquième rapport fournit de nouveaux renseignements sur les services publics de traitement de la consommation de substances au pays et a relevé des habitudes et tendances courantes en matière d'utilisation des services de traitement. L'élaboration et l'application de protocoles de collecte de données ont permis au projet des INT d'améliorer la qualité, la cohérence et l'aspect global des données sur le traitement recueillies à l'échelle des autorités administratives.

S'appuyant sur les progrès réalisés jusqu'ici, le GTINT continuera d'élargir et de renforcer la collecte de données pour fournir un portrait national plus exhaustif permettant de mieux répondre aux besoins en matière de planification du système. À cette fin, le GTINT collabore avec plusieurs partenaires pour améliorer le caractère exhaustif du rapport. Cette année, par exemple, il a admis des représentants de la Colombie-Britannique et accru l'exhaustivité du rapport en y incorporant les données de 2013-2014 pour l'Île-du-Prince-Édouard et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). De plus, il a réalisé d'importants progrès pour recenser et obtenir la participation de représentants de centres de traitement du secteur privé souhaitant participer au projet des INT.

L'augmentation et l'amélioration de l'information fournie au fil des années ainsi que l'apport de sources supplémentaires permettront d'atteindre le but du projet des INT : la production d'un portrait global de l'utilisation des services en vue d'orienter l'allocation de ressources et l'élaboration de politiques et de services de traitement de la consommation de substances au Canada. Nous franchirons ainsi un pas de plus vers l'atteinte de l'objectif d'ensemble des initiatives de traitement du CCLT : améliorer la gamme, la qualité et l'accessibilité des services et des soutiens pour le traitement de la consommation problématique de substances.



Table des matières

Résumé	1
Contexte	1
Objectif et contribution du projet	1
Limites	2
Résultats	2
Principales constatations	2
Conclusions et prochaines étapes	3
Liste des acronymes	6
Introduction	7
Indicateurs nationaux de traitement	8
Progrès réalisés	8
La voie à suivre	8
Contexte administratif : Dresser un portrait national et international	10
Méthodes	11
Collecte des données	11
Limites	12
Résultats	13
Yukon	14
Aperçu et sommaire	14
Alberta	16
Aperçu et sommaire	16
Résultats	16
Analyse	19
Saskatchewan	20
Aperçu et sommaire	20
Résultats	21
Analyse	24
Manitoba	25
Aperçu et sommaire	25
Résultats	26
Analyse	28
Ontario	30
Aperçu et sommaire	30
Résultats	30
Analyse	33
Québec	34
Aperçu et sommaire	34
Résultats	34
Analyse	35



Nouvelle-Écosse	36
Aperçu et sommaire	36
Résultats	36
Analyse	40
Île-du-Prince-Édouard	41
Aperçu et sommaire	41
Résultats	41
Analyse	44
Terre-Neuve-et-Labrador	45
Aperçu et sommaire	45
Résultats	45
Analyse	48
Réseau de centres de traitement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes	50
Aperçu et sommaire	50
Portrait national	51
Vue d'ensembles des services de traitement au Canada	51
Projets complémentaires	54
Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies	54
Protocoles thérapeutiques	54
Projet de planification fondée sur les besoins	54
Analyse	56
Possibilités d'amélioration	57
Prochaines étapes	57
Conclusions	58
Références	59
Annexe A : Indicateurs utilisés pour la collecte de données de l'exercice financier 2013–2014	60
Annexe B : Membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement	61
Annexe C : Administration des systèmes et collecte de données pour 2013-2014	62
Annexe D : Indicateurs feux vert, jaune et rouge	67
Annexe E : Données des autorités administratives en fonction des indicateurs de traitement	69
Annexe F : Définitions	71
Annexe G : Catégories de substances	73



Liste des acronymes

Général

CFA	Conduite avec facultés affaiblies
MdC	Mobilisation des connaissances
PCSAE	Prise en charge du sevrage à l'externe
PCSEE	Prise en charge du sevrage en établissement
TAE	Traitement à l'externe
TEE	Traitement en établissement
UDI	Utilisation de drogues injectables

Organisations et programmes canadiens

AHS	Alberta Health Services
ACC	Anciens Combattants Canada
AIDQ	Association des intervenants en dépendance du Québec
BLCAT	Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
CAPA	Choice and Partnership Approach
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DIRO	Dépistage, intervention rapide et orientation
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
FNHA	First Nations Health Authority
AFM	Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
ISA	Initiative de la stratégie antidrogue
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
PSFTT	Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie
PNLASJ	Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes
SCC	Service correctionnel du Canada

Systèmes canadiens de collecte de données

ADG	Alcohol, Drugs and Gambling system
AIMS	Addictions Information Management System
AMHIS	Addiction and Mental Health Information System
ASIST	Addiction System for Information and Service Tracking
ASsist	Addiction Services Statistical Information System Technology
CCHS	Canadian Community Health Survey
CTADS	Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey
CRMS	Client Referral Management System
DATIS	Drug and Alcohol Treatment Information System
GTINT	Groupe de travail des Indicateurs nationaux de traitement
INT	Indicateurs nationaux de traitement
ISM	Integrated System Management
MHIS	Mental Health Information System
MRR	Minimum Reporting Requirements
RASS	Regional Addiction Service System
SIC-SRD	Système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendance
SGD	Système de gestion des délinquants
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STORS	Service Tracking and Outcome Reporting System



Introduction

Le cinquième Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement (INT) fournit de l'information descriptive globale sur l'accès aux services publics de traitement de la consommation de substances au Canada² pendant l'exercice financier 2013-2014. Il s'adresse à un vaste public, notamment à des chercheurs, analystes, dirigeants, décideurs et conseillers qui ont besoin d'information pour appuyer la planification et le développement de leurs services ainsi que leurs communications.

La consommation problématique de substances peut entraîner divers méfaits sur les plans économique, social et de la santé qui touchent autant la personne que la société. Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013, 75,9 % des Canadiens de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents et, parmi ceux-ci, 15 % avaient dépassé les Directives de consommation d'alcool à faible risque au cours des sept jours précédents (Statistique Canada, 2015). De plus, 11,3 % des Canadiens ont indiqué avoir consommé au moins une drogue à des fins récréatives au cours des 12 mois précédents³, et environ 20 % d'entre eux ont rapporté au moins un type de méfait associé à cette consommation (Statistique Canada, 2015). L'un des moyens de réduire les risques et les méfaits associés à la consommation problématique de substances est de faire en sorte que les Canadiens aient accès à un système complet de services et de soutiens efficaces fondés sur des données probantes.

Le projet des INT vise à combler le besoin de données plus rigoureuses sur le traitement. Il met en œuvre un ensemble de mesures pour recueillir des données sur le système de traitement en fonction de catégories communes au Canada. Une collecte plus systématique de données de meilleure qualité permettra de :

- justifier les investissements dans les services de traitement de la consommation de substances;
- démontrer l'étendue du système et la diversité de sa clientèle;
- mieux évaluer les capacités des systèmes (à tous les niveaux) à répondre à la demande;
- repérer les populations mal desservies;
- mesurer et contrôler l'incidence qu'auront les changements apportés au système;
- faciliter l'évaluation de programmes ou de stratégies spécifiques à l'échelle régionale, provinciale, territoriale ou nationale;
- déterminer les caractéristiques les plus courantes des utilisateurs de services;
- relever les habitudes et tendances en matière d'utilisation des services de traitement;
- guider la planification et la mise en œuvre du système;
- renforcer la collaboration et la communication entre les autorités administratives;
- faire des comparaisons valides entre les données nationales et les données des autorités administratives;
- fournir des renseignements pancanadiens fiables aux initiatives internationales de collecte de données.

²Les programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies sont compris dans le présent rapport, même si certains fonctionnent par paiement à l'acte.

³Les substances consommées à des fins récréatives comprennent les drogues illicites, comme le cannabis, la cocaïne, le speed et la méthamphétamine, l'ecstasy, les hallucinogènes, la salvia, l'héroïne et les produits à inhaler, de même que les analgésiques, les stimulants et les sédatifs sur ordonnance.



Le rapport sur les INT demeure la seule source nationale de renseignements accessibles concernant les centres publics de traitement de la consommation de substances au Canada. Il illustre le type de données sur les traitements actuellement recueillies et aide à cerner les lacunes dans les renseignements. Actuellement, le rapport présente des renseignements sur quatre catégories de traitement : [traitement en établissement](#) (TEE), [traitement à l'externe](#) (TAE), [prise en charge du sevrage en établissement](#) (PCSEE) et [prise en charge du sevrage à l'externe](#) (PCSAE). Il permet en outre de déterminer si le système évolue de pair avec les dernières tendances et le savoir dans le domaine. Une liste complète des indicateurs recueillis se trouve à l'annexe A.

Indicateurs nationaux de traitement

Le projet des INT a été créé en 2009 à partir de travaux réalisés par l'Institut canadien d'information sur la santé (2001), le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) (Thomas, 2005) et le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement (2008).

Le projet est dirigé par le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT), formé en 2009 et présidé par le CCLT. En janvier 2016, le GTINT était composé de représentants de neuf provinces, d'un territoire, d'organismes fédéraux et provinciaux assurant la prestation de traitements et de l'Institut canadien d'information sur la santé (pour la liste des membres actuels du GTINT, voir l'annexe B). Le GTINT entend continuer à élargir sa composition afin de comprendre des représentants de l'ensemble du Canada.

Le financement pour le projet des INT est assuré par les Initiatives de la Stratégie antidrogue (ISA) de Santé Canada.

Progrès réalisés

Le projet des INT a réalisé d'importants progrès depuis sa création. Le rapport publié en 2014-2015 a été téléchargé environ 1 700 fois au cours de la dernière année sur le site Web du CCLT, soit plus que tout autre rapport de la même série. Ces dernières années, le projet a aussi augmenté le nombre d'indicateurs recueillis ainsi que le nombre de gouvernements et de sources dont les données sont incluses dans le rapport annuel.

En 2013, un outil sécurisé de collecte de données en ligne a été créé pour améliorer le processus de collecte et réduire au minimum les erreurs de saisie et les incohérences. En 2014, on a introduit un nouveau format de rapport afin de présenter chaque juridiction en contexte, de réduire les erreurs de signalement, d'atténuer les comparaisons intergouvernementales et d'améliorer l'utilité et la pertinence des renseignements présentés.

Cette année, des représentants de la Colombie-Britannique sont venus s'ajouter au GTINT, qui a aussi accru l'exhaustivité de son rapport en rendant compte des données et des renseignements de 2013-2014 de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada.

Bien que les données des centres de traitement privés ne soient pas présentées dans le rapport de cette année, le CCLT a progressé considérablement dans sa recherche de représentants du secteur privé qui souhaiteraient participer au projet des INT et contribuer aux prochains rapports annuels.

La voie à suivre

L'objectif du GTINT est de continuer à élargir et à renforcer sa collecte de données et d'offrir un tableau national des plus exhaustifs. Les améliorations comprendront l'obtention de données de l'ensemble des provinces, territoires et organismes nationaux assurant la prestation de services de traitement de la consommation de substances sur :



- les services fournis dans les établissements hospitaliers;
- les services non spécialisés offerts par des partenaires du milieu communautaire et du secteur privé;
- une plus grande série d'indicateurs.



Contexte administratif : Dresser un portrait national et international

En 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 sur la santé*. Les provinces et les territoires financent ces services avec l'aide du gouvernement fédéral. 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 le Service correctionnel du Canada dans le cas des délinquants 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 DGSPNI, qui finance le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ), destinés aux Premières nations et aux Inuits vivant dans des réserves.

Les autorités administratives sont libres d'adapter leur système de santé de façon à ce qu'il réponde le mieux possible aux besoins uniques de leurs populations. Cependant, cette autonomie donne lieu à de nombreuses différences dans la façon dont les services sont financés et offerts d'un endroit à l'autre, ce qui a une incidence sur la gamme des options de traitement offertes à la grandeur du pays. 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. Les systèmes de traitement de la consommation de substances peuvent être complètement distincts des systèmes de santé mentale, y être pleinement intégrés 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 de l'efficacité, la nature et la complexité de ces efforts varient considérablement. C'est pourquoi il est souvent impossible de comparer les données recueillies d'une autorité à l'autre. Néanmoins, lorsque ces données sont regroupées, elles commencent à former un tableau pancanadien sur le recours au traitement de la consommation de substances qui peut orienter la planification et la mise sur pied du système ainsi que l'allocation des ressources.

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, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation panaméricaine de la santé et la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues doivent tous produire des rapports de façon annuelle ou semestrielle. Ces rapports présentent des données nationales sur le traitement. Avant le projet des INT, la plupart des renseignements fournis par le Canada sur les services de traitement de la consommation étaient fondés sur des données partielles issues de certains territoires et provinces seulement, ou sur des estimations obtenues par l'extrapolation à l'échelle du pays des données d'un petit nombre d'autorités administratives. En renforçant la capacité du Canada à fournir aux organismes internationaux des renseignements significatifs et fiables sur les services de traitement offerts à l'échelle nationale, le projet des INT facilite la collaboration et l'échange de connaissances entre le Canada, d'autres pays et les organisations internationales.



Méthodes

Le présent rapport comprend de l'information descriptive globale sur les personnes qui ont eu accès à des services publics de traitement de la consommation de substances au Canada en 2013-2014⁴. Les données utilisées ont été soumises au CCLT par les membres du GTINT à l'aide d'un outil sécurisé de collecte de données en ligne. Le GTINT est composé de représentants d'autorités canadiennes assurant la prestation de services de traitement. Les membres du groupe de travail devaient fournir des renseignements sur 35 indicateurs; toutefois, certaines autorités n'ont pas pu donner de renseignements pour tous les indicateurs.

Les données décrites dans le présent rapport sont le résultat d'un processus en plusieurs étapes. D'abord, les fournisseurs de services entrent les données concernant le client, lesquelles sont ensuite soumises à l'échelon régional ou provincial, selon les exigences applicables. Les données sont analysées à l'échelle provinciale selon les définitions et les protocoles de collecte élaborés par le CCLT en consultation avec le GTINT⁵. Elles sont ensuite saisies dans une plateforme sécurisée en ligne conçue spécialement pour le projet. Enfin, le CCLT analyse les données et produit le rapport en consultation étroite avec le GTINT.

Les renseignements recueillis auprès des autorités administratives n'ont pas tous pu être présentés dans le rapport; seul un sous-ensemble d'indicateurs établi par le GTINT y est compris. Cette décision a été prise pour que le rapport demeure aussi concis et instructif que possible.

Collecte des données

Ce cinquième rapport sur les INT contient des renseignements de sept provinces, d'un territoire, d'une association fédérale et d'une association provinciale sur les personnes qui ont fait appel à des services publics de traitement de la consommation de substances en 2013-2014. Plus précisément, les données sur les services offerts à l'échelle provinciale ont été fournies par l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador, les données territoriales, par le Yukon, et les données fédérales, par la DGSPNI. L'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) a aussi fourni des données sur les [programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies](#) au Québec.

Un éventail de systèmes, de méthodes et de processus est actuellement utilisé pour recueillir de l'information sur les services de traitement au Canada. De manière générale, une quantité importante de renseignements sur les services et les clients est recueillie au cours du dépistage et du processus d'évaluation ou d'admission. Dans la plupart des provinces et territoires, les régies régionales de la santé 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 de la consommation est parfois offert par une seule enveloppe, sans aucune responsabilisation des services individuels. Les exigences relatives au type et à la qualité des données soumises 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. L'annexe C fournit un résumé des systèmes de collecte de données en place au Canada, ainsi que de l'information sur leur contexte administratif, notamment la structure de prestation des services et le ministère provincial responsable.

⁴ Des renseignements sur les services de traitement des problèmes de jeu ont été recueillis, mais ils ne sont pas décrits dans le présent rapport.

⁵ Les protocoles de collecte de données sont accessibles sur demande au CCLT. Consulter l'annexe C pour en savoir plus sur le processus de collecte.



Limites

La création d'une liste d'indicateurs de base communs pose de nombreux défis. Les limites générales des données actuelles sont décrites ci-dessous et indiquées dans des explications tout au long du rapport. Les limites propres aux données de chaque autorité administrative sont précisées dans les résumés des autorités. En raison de ces limites, il n'est pas toujours possible de comparer les données d'une autorité à l'autre. Heureusement, ces limites devraient s'estomper 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, on devrait cependant tenir compte des éléments suivants lors de l'examen des données :

Services inclus : Les données ne représentent que les services financés par le secteur public. Les données relatives aux traitements privés⁶ et à la désintoxication rapide ne sont pas comprises. De nombreuses personnes aux prises avec une consommation problématique de substances sont aussi atteintes d'une multitude d'autres problèmes de santé pouvant expliquer leur contact avec le système de soins de santé. Le rapport ne rend cependant pas compte de la plupart des traitements de la consommation de substances dans les soins primaires ou en milieu hospitalier. À mesure que le projet des INT progressera, le CCLT espère recueillir des données plus complètes reflétant l'ensemble du continuum des services de traitement de la consommation de substances offerts au Canada (p. ex., soutiens communautaires, soins primaires).

Participation des autorités administratives : Ce rapport repose sur les données soumises par 8 autorités administratives sur une possibilité de 16 au Canada. Malheureusement, les autorités n'ont pas toutes été en mesure de contribuer au rapport de cette année. Le CCLT et le GTINT continueront à travailler avec toutes les autorités administratives pour améliorer la collecte de données et trouver des sources de renseignements supplémentaires à inclure dans les prochains rapports (p. ex., données de centres de traitement privés).

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 divergences dans les définitions et les pratiques d'entrée de données. La capacité de collecte à l'échelle des services se développe, ce qui permettra d'accroître la cohérence des rapports ultérieurs.

Définitions des services : La collecte de renseignements cohérents repose sur l'utilisation d'un ensemble de définitions normalisées. Cependant, les modèles de prestation de services varient considérablement au Canada. Il pourrait être pertinent de revoir les définitions des indicateurs principaux au fil du projet pour s'assurer qu'elles reflètent bien la pratique.

Variation administrative : De petites différences dans la façon dont les dossiers sont consignés peuvent se traduire par 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 l'admission officielle au traitement.

Comparabilité : Ces limites signifient que même si toutes les autorités utilisent le même protocole de collecte de données, les renseignements fournis ne sont pas encore comparables.

⁶ 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.



Résultats

Le présent rapport contient des données portant sur l'exercice financier 2013-2014 pour des indicateurs liés aux services de traitement de la consommation de substances soumises par sept provinces (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador) et l'AIDQ. D'autres renseignements contextuels fournis par le Yukon et la DGSPNI sont aussi inclus.

Les résultats de l'analyse de cette année sont présentés en deux parties. La première contient des renseignements sur chaque autorité, alors que la deuxième tente de dresser un portrait national de l'utilisation des services de traitement et des tendances connexes. Les données présentées portent seulement sur les centres de traitement financés par le secteur public et elles ne doivent pas être comparées entre autorités administratives.

Ces résultats devraient également être interprétés à la lumière du fait que le nombre de personnes qui reçoivent des services de traitement de la consommation de substances résulte 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 touchant la santé ou d'ordre social.

Enfin, les résultats comprennent le ratio d'épisodes par bénéficiaire et tiennent compte du fait qu'une personne peut avoir eu plusieurs épisodes au cours d'une année. Toutefois, le ratio indique une moyenne pouvant être influencée par les variations dans la façon dont un épisode est mesuré par les différentes autorités administratives⁷ ou par un petit nombre de personnes ayant vécu un nombre élevé d'épisodes.

Définitions	
Épisode	Un épisode correspond à une admission dans un service de traitement donné. Une personne peut, au cours d'une même année, accéder soit à plusieurs services, soit à un même service plus d'une fois, et avoir ainsi de nombreux épisodes à son dossier. Les autorités administratives n'indiquent pas tous les transferts entre les services comme des épisodes distincts.
Bénéficiaire unique	Un bénéficiaire unique correspond à une seule personne. Il peut connaître plusieurs épisodes de traitement au cours d'une année.

⁷ Certaines autorités administratives considèrent l'accès à une nouvelle composante du service ou à une nouvelle catégorie de services comme un nouvel épisode, alors que d'autres réservent la désignation « nouvel épisode » à l'accès au système de traitement dans son ensemble. Le GTINT veut résoudre ce manque d'uniformité dans ces prochains rapports.



Yukon

Population : 30 348⁸

Sexe : 51,0 % masculin; 49,0 % féminin

Aperçu et sommaire

Le Yukon s'est joint au GTINT en 2009 et a fourni des données sur le traitement de la consommation de substances pour trois des cinq rapports annuels publiés à ce jour. Les données de 2013-2014 n'ont pas pu être soumises, car on a découvert durant le processus de collecte que les deux outils utilisés se contredisaient, ce qui faussait les données. Une équipe de projet explore actuellement les options d'intégration d'un nouveau système de base de données qui recueillera les données non seulement pour le projet des INT, mais aussi pour les présentations mensuelles au ministre de la Santé.

Plusieurs activités importantes de traitement de la toxicomanie sont en œuvre au Yukon, notamment le travail sur le Yukon Addiction Services Systems, Standards and Evaluation Project [projet d'évaluation, de normes et de système de traitement de la toxicomanie du Yukon], financé par le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) de Santé Canada. Ce projet comporte trois composantes : élaboration et mise en œuvre de normes, évaluation et mesure des résultats des programmes et évaluation du projet.

De plus, un accroissement de la prestation de services par le Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie de Whitehorse est prévu après le déménagement dans de nouveaux locaux, en juillet 2016.

Voici les services actuellement offerts :

- un service en établissement de 24 jours propre à chaque sexe donné neuf fois par année;
- un service de consultation externe;
- des services pour les jeunes, y compris un programme de counseling dans les écoles secondaires;
- un programme de prise en charge du sevrage;
- un programme communautaire de lutte contre la toxicomanie qui offre des services de traitement et de prévention dans les régions éloignées.

Le Bureau a profité de l'établissement d'une nouvelle installation pour élaborer un continuum de services fondé sur l'*Approche systémique de la toxicomanie au Canada* (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, 2008). Voici les programmes qui y seront compris :

- services de prise en charge du sevrage avec soutien médical pour adultes – 14 lits;
- services de prise en charge du sevrage avec soutien médical pour jeunes – quatre lits;
- programme de traitement intensif : programme par phases d'un maximum de 80 jours pour les troubles concomitants – 10 lits pour hommes et 10 lits pour femmes (programmes propres à chaque sexe);
- programme de traitement pour les jeunes;

⁸ Les données démographiques sur le Yukon et les provinces sont celles de 2013 tirées du tableau 051–0001 de Statistique Canada : www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=510001&retrLang=fra&lang=fra. Les nombres de population comprennent les personnes de 15 ans et plus.



- programmes de transition – huit lits;
- programme communautaire de traitement de la toxicomanie : travailleurs à temps plein dans trois communautés et travailleurs itinérants dans toutes les autres communautés du Yukon offrant des services de prévention, de prétraitement, de traitement et de soutien continu après le traitement;
- programme de counseling;
- services de prévention et d'éducation.

Alors que le Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie se prépare à augmenter sa capacité afin de servir un nombre accru de clients, il est d'autant plus important d'avoir une base de données fonctionnelle permettant le transfert harmonieux des clients dans des programmes qui répondent à leurs besoins. La mise en œuvre d'une base de données pouvant héberger le dossier d'un client dans un endroit central, qui réduirait le volume de renseignements conservés en double dans des bases de données séparées, permettrait au personnel de fournir de meilleurs services aux clients. De plus, un système centralisé aiderait le Bureau à recueillir des données utiles pour comprendre les déplacements des clients dans le système, ainsi que leur utilisation des services, afin d'orienter les décisions de programmation et de prestation de services.



Alberta

Population : 3 276 609

Sexe : 50,7 % masculin; 49,3 % féminin

Aperçu et sommaire

L'Alberta s'est jointe au GTINT en 2009 et a fourni des données sur le traitement de la consommation de substances pour chacun des rapports annuels publiés à ce jour. Les services financés par le secteur public dans cette province comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe et la prise en charge du sevrage en établissement.

En Alberta, les services de traitement relèvent d'Alberta Health. Les Alberta Health Services (AHS) sont les principaux responsables des services, qu'ils fournissent directement et par l'intermédiaire d'organismes avec lesquels ils ont conclu un contrat. Les services en santé mentale sont intégrés avec les services de traitement de la consommation sur le plan administratif. Deux systèmes de données sont actuellement utilisés pour recueillir les données sur le traitement en Alberta. Les AHS utilisent l'Addiction System for Information and Service Tracking [système d'information et de suivi des services en matière de toxicomanie] (ASIST), tandis que les organismes sous contrat utilisent le Service Tracking and Outcome Reporting System [système de suivi des services et de production de rapports] (STORS). Il est important de noter que l'ASIST est un système par navigateur⁹, alors que le STORS est une base de données électronique formée à partir de données saisies sur support papier. Un rapport sur les données provinciales est produit chaque année.

Considérations et limites importantes

- Les données sur la grande majorité des services des AHS, directs et sous contrat, sont saisies à l'aide du STORS et de l'ASIST, mais certaines régions de la province (zones de santé) ont des programmes de traitement supplémentaires dont les données ne sont entrées dans ni l'un ni l'autre de ces systèmes. Ces données ne sont pas comprises dans la présente analyse.
- Les AHS n'offrent aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.
- Dans les résultats qui suivent, un nouveau cas est défini comme étant un bénéficiaire unique admis pendant l'exercice financier. Cela exclut les clients qui ont reçu des services au cours des années précédentes et dont le traitement s'est poursuivi en 2013-2014.
- Les données fournies par les organismes sous contrat ne comprennent que des renseignements sur le nombre total d'épisodes de traitement – aucune donnée sur les bénéficiaires uniques.

Résultats

Nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques

En 2013-2014, 32 729 bénéficiaires uniques ont eu accès à des services de traitement financés par le secteur public en Alberta pour une consommation problématique de substances, dont 78,8 % de nouveaux cas. Au total, ces 32 729 personnes correspondaient à 49 341 épisodes.

La majorité des personnes ayant recours aux services (86,5 %) recherchaient un traitement pour leur propre consommation problématique de substances. Cependant, 4 420 personnes ont eu

⁹ Fait 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.



recours aux services pour un ami ou un membre de leur famille, soit 13,5 % de la population entière de clients uniques.

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement

Du nombre total d'épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes (43 946), 29 073 (66,2 %) étaient des épisodes de traitement à l'externe. Environ 22,5 % étaient des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement et 11,3 %, des épisodes de traitement en établissement.

Le tableau 1 présente le ratio d'épisodes par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement.

Tableau 1. Ratio d'épisodes par bénéficiaire unique pour services directs seulement, exception faite des services financés (Alberta)

Prise en charge du sevrage en établissement	1,4
Traitement en établissement	1,0
Traitement à l'externe	1,1

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon le sexe et la catégorie de traitement

Des 43 946 épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes, 28 778 (65,5 %) concernaient des hommes, et 15 043 (34,2 %), des femmes. Les épisodes visaient en majorité un traitement à l'externe, chez les hommes (64,9 %) comme chez les femmes (68,4 %). Le deuxième service était la prise en charge du sevrage en établissement (23,5 % des hommes et 20,8 % des femmes).

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon l'âge et la catégorie de traitement

Comme le montrent les figures 1 et 2, les personnes de 25 à 34 ans représentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de traitement ainsi que de bénéficiaires uniques. La tranche des 35 à 44 ans se classait au deuxième rang pour ces deux paramètres. Comme le montre la figure 3, le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité des cas pour toutes les tranches d'âge.

Figure 1. Épisodes de traitement (services directs et sous contrat) selon l'âge (Alberta)

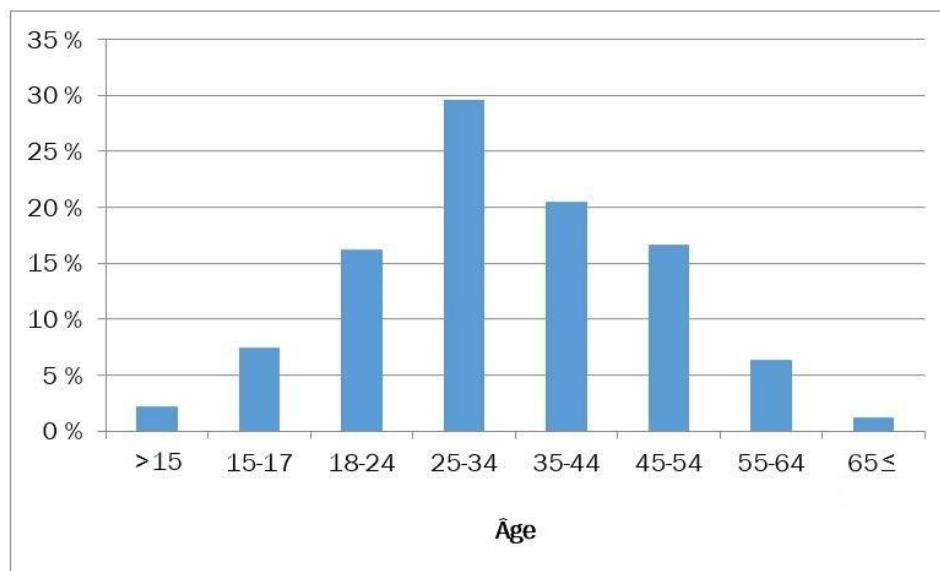




Figure 2. Bénéficiaires uniques (services directs seulement) selon l'âge (Alberta)

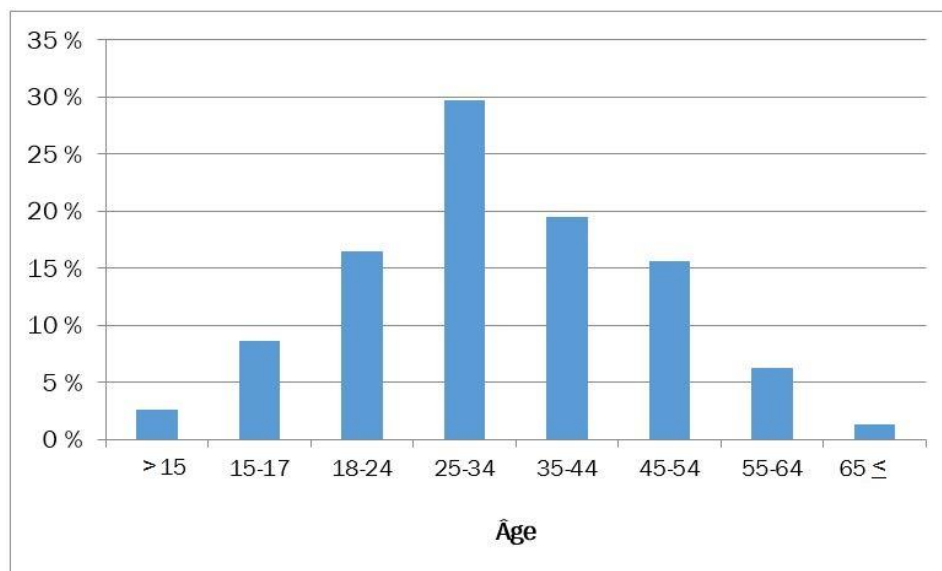
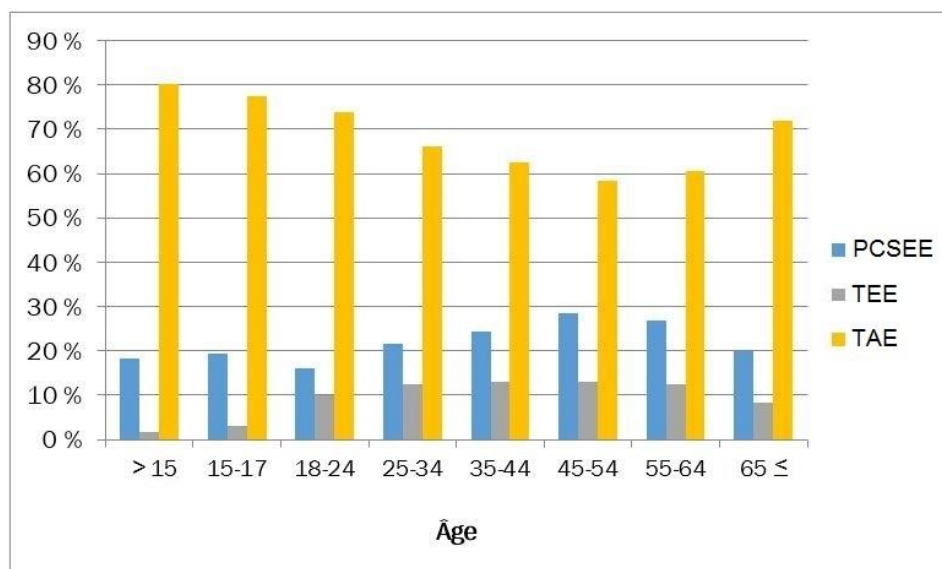


Figure 3. Épisodes (services directs et sous contrat) selon l'âge et la catégorie de traitement (Alberta)



Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement

Au total, 1 741 bénéficiaires uniques ayant eu recours aux services de traitement directs des AHS en Alberta en 2013-2014 ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement. Ces 1 741 personnes correspondaient à 3 686 épisodes. Les hommes représentaient la majorité (63,4 %) des épisodes de consommation de drogues injectables signalés. Le ratio d'épisodes par bénéficiaire était identique pour les hommes et les femmes, soit 2,1, ce qui indiquait qu'en moyenne, les personnes des deux sexes qui avaient utilisé des drogues injectables dans les 12 mois avaient eu recours à des services de traitement plus de deux fois.



Nombre total de bénéficiaires uniques de thérapies de substitution aux opioïdes

Au total, 1 142 personnes ont eu recours à un traitement de substitution aux opioïdes financé par le secteur public. Les hommes représentaient 60,2 % de ce nombre.

Consommation de substances dans la dernière année chez les bénéficiaires uniques ayant recours au traitement

Chez les personnes ayant eu recours aux services de traitement en Alberta durant l'exercice 2013-2014, l'alcool était la substance la plus couramment utilisée dans les 12 mois précédant le traitement, suivi par le cannabis, la cocaïne et les opioïdes.

Épisodes de traitement selon la situation d'emploi

Parmi les 49 341 épisodes, 53,7 % concernaient des bénéficiaires ayant indiqué que leur [situation d'emploi](#) était « sans emploi » au moment du traitement; 34,9 % avaient déclaré avoir un emploi à temps plein; 7,5 % avoir un emploi à temps partiel; et 3,9 % avaient répondu « autre ».

Analyse

Ce résumé provincial présente des données globales sur l'utilisation des services publics de traitement de la consommation de substances en Alberta du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Dans l'ensemble, les résultats révèlent des tendances et des habitudes d'utilisation des services relativement constantes par rapport aux années précédentes. Le traitement à l'externe demeure le service de traitement le plus utilisé en Alberta (66,2 % de tous les épisodes de traitement en 2013-2014). C'est également le cas pour les autres autorités administratives, probablement parce que parmi les services offerts, ce type de traitement est généralement le plus accessible et économique.

Le nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires a diminué entre 2012-2013 et 2013-2014. Plus précisément, il y a eu une diminution de 2 061 épisodes de prise en charge du sevrage en établissement et de 1 378 épisodes de traitement en établissement. Les changements dans le volume de services pourraient s'expliquer par divers facteurs, dont la demande, la capacité des services, les pratiques d'utilisation et d'aiguillage, les facteurs démographiques, les politiques, les lois et l'utilisation des services exclus du présent rapport.

L'alcool était la substance la plus couramment consommée par les clients dans les 12 mois précédant le traitement. Bien que les données sur la principale substance à l'origine de la demande de traitement n'aient pas été recueillies pour ce rapport, l'alcool était la cible de traitement la plus courante, suivi par les drogues autres que l'alcool et la combinaison d'alcool et d'autres drogues.

En plus de surveiller l'utilisation des services, les AHS font le suivi d'autres indicateurs liés aux soins, comme la satisfaction des clients, les temps d'accès et les résultats. D'autres renseignements sur la surveillance du rendement des services en toxicomanie et en santé mentale se trouvent dans le rapport annuel *System Level Performance Report for Addiction and Mental Health Services in Alberta 2012/13* (Alberta Health Services, 2014).



Saskatchewan

Population : 897 971

Sexe : 50,2 % masculin; 49,8 % féminin

Aperçu et sommaire

La Saskatchewan s'est jointe au GTINT en 2009 et a fourni des données sur le traitement pour chacun des rapports annuels publiés à ce jour. Les services de traitement de la consommation de substances financés par le secteur public dans cette province comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe et la prise en charge du sevrage en établissement.

En Saskatchewan, les services de traitement publics relèvent du ministère de la Santé. Ils sont assurés directement par 12 autorités sanitaires régionales, une autorité sanitaire dans le nord de la province et des organismes communautaires. La Saskatchewan a atteint une certaine intégration des services en santé mentale et en traitement de la consommation de substances sur les plans administratif et clinique. Elle utilise pour saisir les données sur les services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie de ses autorités sanitaires régionales et de ses organismes communautaires un seul système appelé Alcohol, Drug and Gambling [alcool, drogues et jeu] (ADG); toutefois, la Saskatoon Health Region n'y entre pas ses données et présente des rapports annuels au ministère de la Santé.

Considérations et limites importantes

- Toutes les autorités sanitaires régionales et tous les organismes communautaires financés par le ministère de la Santé pour fournir des services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans la province soumettent leurs données par le système ADG, sauf la Saskatoon Health Region. Toutes ces entités sont cependant comprises dans les données présentées. Le système ADG de la Saskatchewan suit les événements de service plutôt que les nouvelles admissions; les données ne reflètent donc pas le nombre de cas distincts (c.-à-d., nouveaux) pour l'exercice financier examiné.
- Le sexe est indiqué pour tous les événements de service entrés dans le système ADG, mais celui-ci ne comprend que les catégories « hommes » et « femmes ».
- La Saskatchewan n'offre pas de prise en charge du sevrage à l'externe, car tous les programmes de gestion du sevrage sont offerts en établissement.
- Les renseignements sur les bénéficiaires des programmes de méthadone sont présentés dans la catégorie « traitement à l'externe ».
- Les cliniques de méthadone à l'externe ne sont pas comprises dans ces données.
- Les traitements de substitution aux opioïdes indiquent le sexe plutôt que le genre.
- Les fournisseurs de traitement n'ont pas tous été en mesure de fournir des données pour l'ensemble des indicateurs. Par conséquent, il pourrait y avoir des incohérences dans les données présentées ci-dessous.
- La Saskatchewan ne recueille pas de données sur la principale substance à l'origine des demandes de traitement. Pour cette raison, des données sur les substances utilisées au cours des 12 mois précédant le traitement sont fournies.



Résultats

Nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques

En 2013-2014, 15 451 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances en Saskatchewan. Au total, ces 15 451 personnes correspondaient à 21 673 épisodes.

La majorité des personnes ayant recours aux services de traitement (89,2 %) recherchaient un traitement pour leur propre problème de consommation. Cependant, 1 192 personnes ont eu recours aux services pour un ami ou un membre de leur famille, soit 7,7 % de la population entière de clients uniques¹⁰.

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement

Des 19 843 épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes, 70,3 % étaient des épisodes de traitement à l'externe. Environ 20,4 % du total étaient des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement et 9,3 %, des épisodes de traitement en établissement.

Le tableau 2 présente le ratio d'épisodes par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement.

Tableau 2. Ratio d'épisodes par bénéficiaire selon la catégorie de traitement (Saskatchewan)

Prise en charge du sevrage en établissement	1,4
Traitement en établissement	1,1
Traitement à l'externe	1,2

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon le sexe et la catégorie de traitement

Des 19 843 épisodes de personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes, 12 737 (64,2 %) concernaient des hommes, et 7 097 (35,8 %), des femmes. Les épisodes visaient en majorité un traitement à l'externe, chez les hommes (71,9 %) comme chez les femmes (67,6 %) en Saskatchewan. Le deuxième service était la prise en charge du sevrage en établissement (19,4 % des hommes et 22,0 % des femmes).

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon l'âge et la catégorie de traitement

Comme le montrent les figures 4 et 5, les personnes de 25 à 34 ans représentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de traitement ainsi que de bénéficiaires uniques. La tranche des 35 à 44 ans se classait au deuxième rang pour ces deux paramètres. Comme l'illustre la figure 6, le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité des cas pour toutes les tranches d'âge.

¹⁰ En 2013-2014, 510 cas n'indiquaient pas si la principale raison à l'origine de la demande de traitement était la consommation de substances du client ou celle d'un ami ou d'un membre de la famille.



Figure 4. Épisodes de traitement selon l'âge (Saskatchewan)

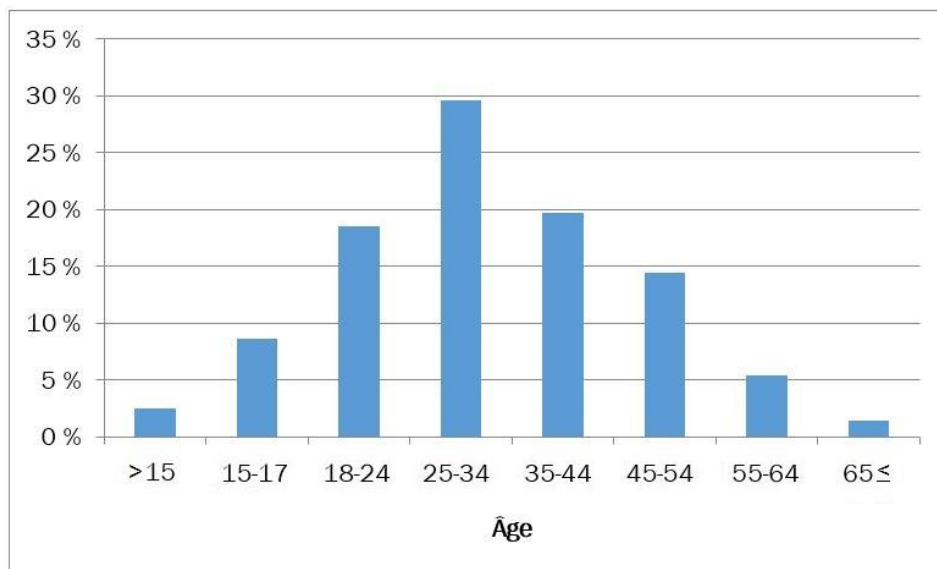


Figure 5. Bénéficiaires uniques selon l'âge (Saskatchewan)

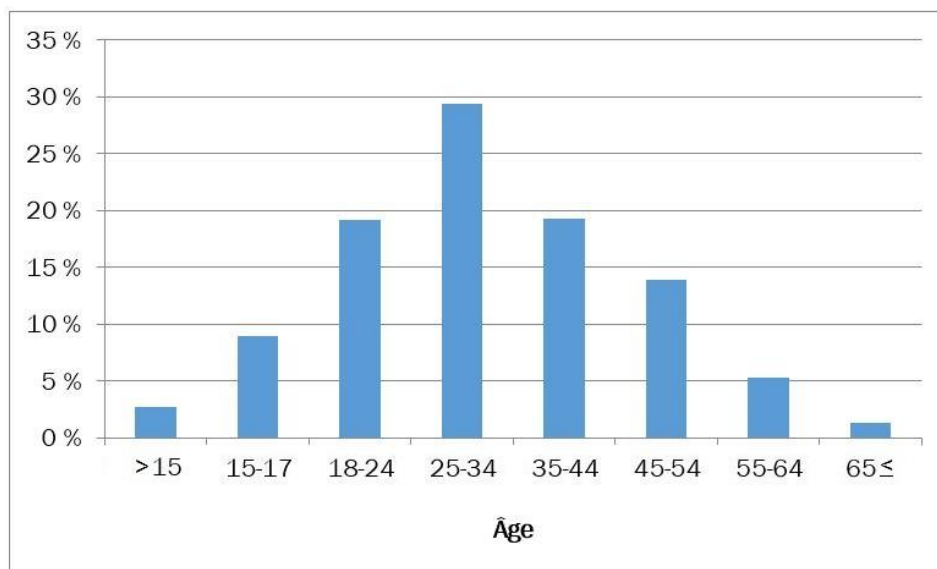
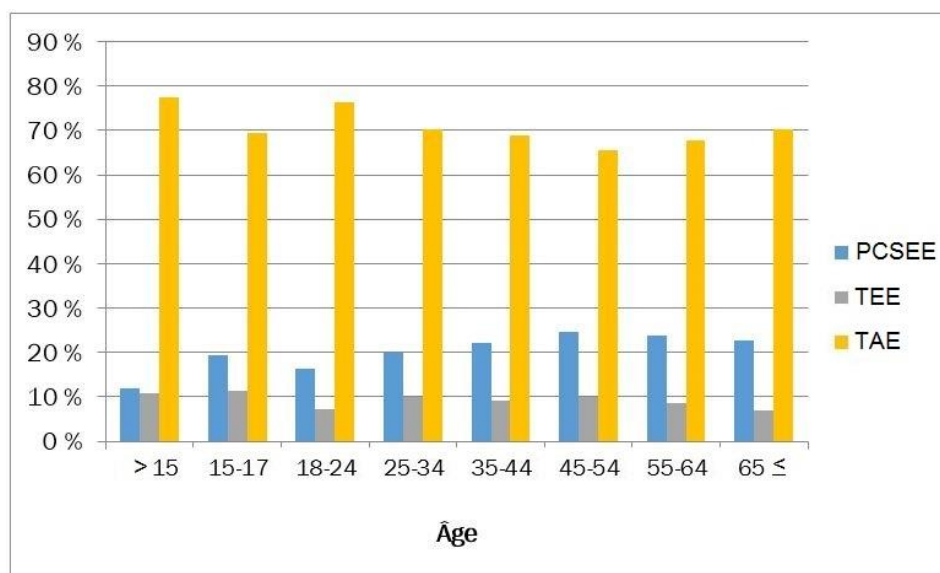




Figure 6. Épisodes selon l'âge et la catégorie de traitement (Saskatchewan)



Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement

Au total, 1 972 bénéficiaires uniques ayant eu recours à des services de traitement en Saskatchewan durant l'exercice financier 2013-2014 ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement. Ces 1 972 personnes correspondaient à 3,190 épisodes. Le ratio d'épisodes par bénéficiaire était très semblable pour les hommes et les femmes (1,6 et 1,7 épisode par bénéficiaire, respectivement).

Nombre total de bénéficiaires uniques de thérapies de substitution aux opioïdes

Au total, 460 personnes ont eu recours à un traitement de substitution aux opioïdes financé par le secteur public. Les hommes et les femmes constituaient chacun environ 50 % de la clientèle. La majorité (40,0 %) des bénéficiaires de traitements de substitution aux opioïdes étaient âgés de 25 à 34 ans; venaient ensuite les 35 à 44 ans (29,1 %).

Consommation de substances dans la dernière année chez les bénéficiaires uniques ayant recours au traitement

Durant l'exercice financier 2013-2014, les trois principales substances que les bénéficiaires ont indiqué avoir utilisées au cours des 12 mois précédents étaient l'alcool (81,8 %), le cannabis (46,7 %) et les opioïdes (29,8 %). De plus, 26,4 % des clients avaient utilisé des sédatifs hypnotiques durant l'année.

Épisodes de traitement selon la situation d'emploi

Des 20 831 épisodes, 36,6 % étaient destinés à des bénéficiaires ayant indiqué que leur situation d'emploi était « sans emploi » au moment du traitement; dans 32,5 % des cas, les bénéficiaires étaient employés à temps plein; dans 11,0 %, ils étaient étudiants; dans 10,0 %, ils avaient un emploi à temps partiel; et 9,9 % avaient répondu « autre »¹¹.

¹¹ La catégorie « autre » comprend les retraités, les personnes au foyer et les travailleurs saisonniers.



Analyse

Ce résumé provincial présente des données globales sur l'utilisation des services publics de traitement de la consommation de substances en Saskatchewan du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Dans l'ensemble, l'utilisation des services de traitement est demeurée relativement constante depuis 2009-2010 : environ 15 000 personnes ont recours aux services financés par le secteur public chaque année. De 2009-2010 à 2013-2014, le traitement à l'externe est demeuré le service de traitement le plus utilisé en Saskatchewan (environ 70 % des épisodes de traitement durant l'année à l'étude dans le présent rapport). C'est aussi le cas pour les autres autorités administratives, ce qui est peu étonnant puisque le traitement à l'externe est offert dans toutes les autorités sanitaires régionales, en plus d'être généralement le point d'entrée des personnes préoccupées par leur consommation d'alcool ou de drogues ou celle d'une autre personne. De plus, les personnes qui retournent à la maison après un programme de traitement en établissement sont encouragées à poursuivre avec un traitement à l'externe.

Le nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires a augmenté légèrement entre 2012-2013 et 2013-2014. Plus précisément, il y a eu une augmentation de 442 épisodes de prise en charge du sevrage en établissement, de 177 épisodes de traitement en établissement et de 375 épisodes de traitement à l'externe.

Compte tenu du fait que la plupart des personnes ayant recours à des services de traitement en Saskatchewan le font à l'externe, il est important de souligner le travail accompli pour surveiller les temps d'attente pour les adultes et les jeunes. Le ministère de la Santé, en collaboration avec les autorités sanitaires régionales, a établi des valeurs de référence pour la durée d'attente maximale pour les services à l'externe, selon le niveau de besoin du client, représenté par quatre catégories de triage : très grave, grave, modéré et léger. En 2013-2014, la valeur de référence a été établie à 70 % pour toutes les catégories. Le 1^{er} avril 2013, les autorités sanitaires régionales ont commencé à soumettre des données mensuelles au ministère de la Santé afin d'évaluer à quelle fréquence ces cibles sont atteintes. En 2014-2015, la cible a été augmentée à 85 % pour les quatre catégories.



Manitoba

Population : 1 028 915

Sexe : 49,3 % masculin; 50,7 % féminin

Aperçu et sommaire

Le Manitoba s'est joint au GTINT en 2009 et a fourni des données sur le traitement de la consommation de substances pour quatre des cinq rapports annuels publiés à ce jour. Les services publics qui y sont offerts comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe et la prise en charge du sevrage en établissement.

Au Manitoba, les services de traitement relèvent du ministère de la Vie saine et des Aînés et du ministère de la Santé. Ils sont fournis par l'intermédiaire de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD) et de 11 organismes provinciaux subventionnés. Des services de prise en charge du sevrage en établissement pour adultes et un programme de traitement en établissement sont offerts par deux autorités sanitaires régionales. Les services de santé mentale ne sont actuellement pas intégrés aux services de traitement de la consommation de substances sur le plan administratif. Deux systèmes de données (Vie saine, Jeunesse et Aînés, et un système Excel) sont utilisés pour recueillir les données provinciales sur le traitement. Celles-ci sont fournies chaque trimestre à la section de lutte contre les dépendances par la FMLD et d'autres organismes en toxicomanie financés par des subventions provinciales. Les données de toutes les installations de prise en charge du sevrage en établissement pour adultes, sauf une, doivent être soumises annuellement.

Considérations et limites importantes

- Le Manitoba n'offre pas la prise en charge du sevrage à l'externe.
- La façon dont les fournisseurs de services recueillent et rapportent la situation d'emploi, la consommation de substances au cours des 12 mois précédents et la situation résidentielle n'est pas uniforme. Pour cette raison, ces données ne sont pas présentées.
- Certains organismes n'ont pas été en mesure de fournir des données pour tous les indicateurs. Le Manitoba a seulement soumis les données pour les indicateurs rapportés par la plupart des organismes, dont la FMLD.
- La province travaille actuellement à améliorer les processus de collecte de données à l'échelle des organismes.
- Les processus de collecte au Manitoba se recoupent peu, ce qui complique la validation rigoureuse des données fournies par les organismes.
- Puisque les organismes manitobains financés par le secteur public n'échangent pas de données entre eux, les nouveaux cas ne peuvent être suivis que pour chaque organisme et non à l'échelle du système.
- Les données sur les cas reportés (c.-à-d. ceux qui ont débuté en 2011-2012 et se sont poursuivis en 2012-2013) ne sont pas fournies par tous les organismes manitobains, et n'ont donc pas été soumises pour 2013-2014.
- Au Manitoba, un nouveau cas est défini comme une personne n'ayant reçu aucun traitement plus tôt dans l'exercice financier; les personnes transférées vers un nouveau programme au sein d'un même organisme sont exclues.



Résultats

Nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques

En 2013-2014, 9 476 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances au Manitoba, dont 93,6 % de nouveaux cas. Au total, ces 9 476 personnes correspondaient à 15 191 épisodes.

La majorité des personnes ayant recours aux services (94,0 %) recherchaient un traitement pour leur propre consommation problématique de substances. Cependant, 629 personnes ont eu recours aux services pour un ami ou un membre de leur famille, soit 6,6 % de la population entière de clients uniques.

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement

Parmi les épisodes de traitement au Manitoba, la majorité (75,4 %) étaient des épisodes de traitement à l'externe. Environ 16,7 % étaient des épisodes de traitement en établissement et 7,8 %, des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement.

Le tableau 3 présente le ratio d'épisodes par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement.

Tableau 3. Ratio d'épisodes par bénéficiaire (Manitoba)

Prise en charge du sevrage en établissement	1,6
Traitement en établissement	1,1
Traitement à l'externe	1,5

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon le sexe et la catégorie de traitement

Des 14 042 épisodes où le sexe était indiqué, 8 439 (60,1 %) concernaient des hommes, et 5 603 (39,9 %), des femmes. Les épisodes visaient en majorité un traitement à l'externe, chez les hommes (75,4 %) comme chez les femmes (72,9 %) au Manitoba. Le deuxième service était le traitement en établissement (15,6 % des hommes et 19,3 % des femmes).

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon l'âge et la catégorie de traitement

Comme le montrent les figures 7 et 8, les personnes de 25 à 34 ans représentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de traitement ainsi que de bénéficiaires uniques. La tranche des 35 à 44 ans se classait au deuxième rang quant au pourcentage d'épisodes de traitement, alors que celle des 18 à 24 ans arrivait deuxième quant au pourcentage de bénéficiaires uniques. Comme l'illustre la figure 9, le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité des cas pour toutes les tranches d'âge.



Figure 7. Épisodes de traitement selon l'âge (Manitoba)

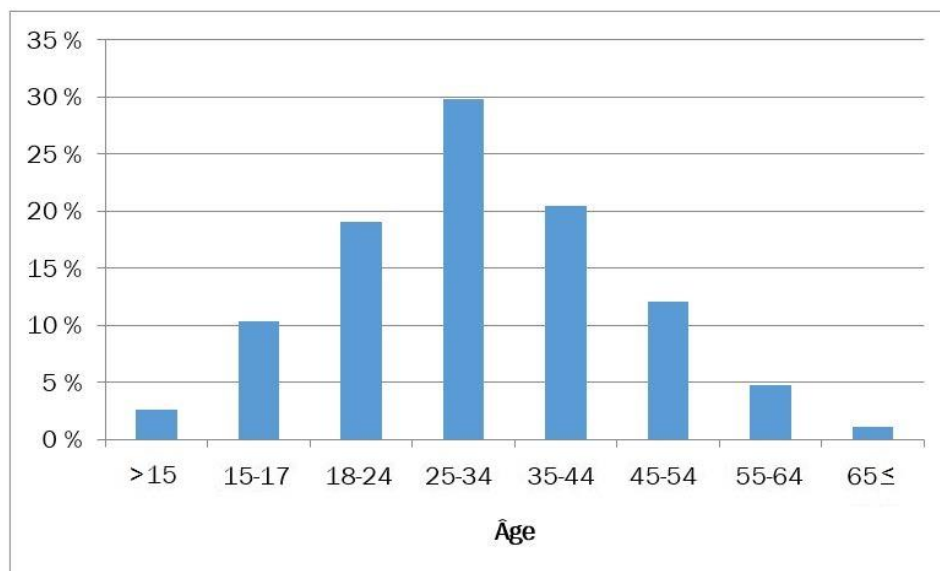


Figure 8. Bénéficiaires uniques selon l'âge (Manitoba)

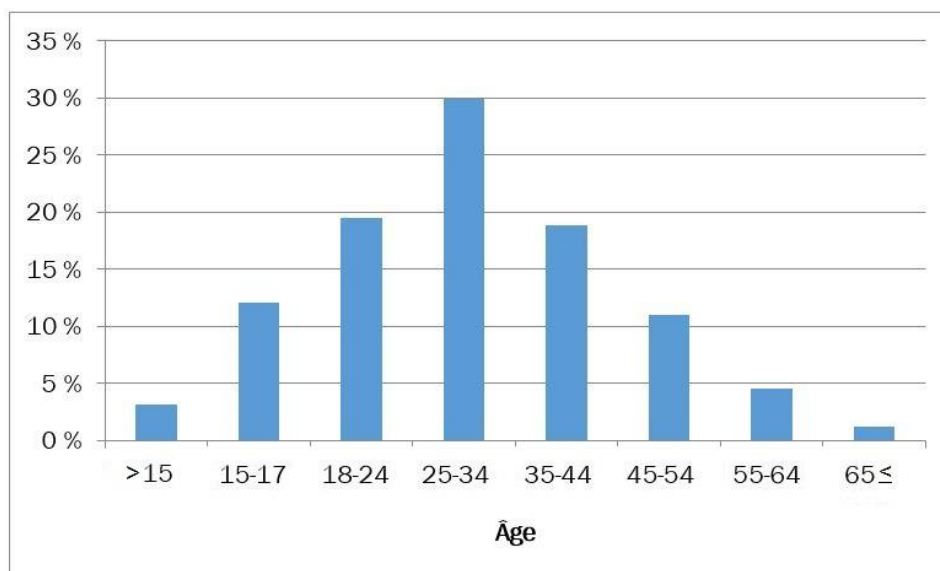
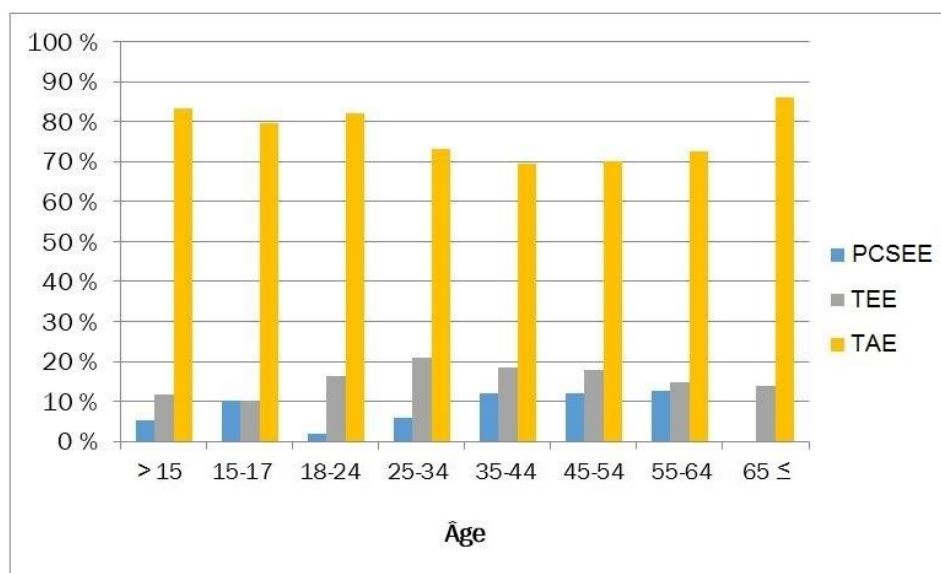




Figure 9. Épisodes selon l'âge et la catégorie de traitement (Manitoba)



Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement

Les hommes représentaient la majorité (52,9 %) des épisodes de traitement pour une consommation de drogues injectables. Le ratio d'épisodes par bénéficiaire était très semblable pour les hommes et les femmes (1,0 et 1,1 épisode par bénéficiaire, respectivement).

Nombre total de bénéficiaires uniques de thérapies de substitution aux opioïdes

Au total, 70 personnes ont eu recours à un traitement de substitution aux opioïdes financé par le secteur public. Les hommes représentaient 52,9 % de ce nombre.

Nombre total de bénéficiaires de programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies

Au total, 1 731 personnes ont participé aux programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA) au Manitoba durant l'exercice financier 2013-2014. La grande majorité des participants étaient des hommes (83,0 %), et près du tiers (29,5 %) étaient âgés de 25 à 34 ans. Les personnes de 18 à 24 ans constituaient le deuxième groupe en importance (22,0 %), suivies de celles de 35 à 44 ans (20,2 %) et de 45 à 54 ans (17,7 %).

Analyse

Ce résumé provincial présente des données globales sur l'utilisation des services publics de traitement de la consommation de substances au Manitoba du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Dans l'ensemble, le nombre total d'épisodes de traitement a légèrement diminué entre 2012-2013 et 2013-2014. Plus précisément, il y a eu une diminution de 679 épisodes de prise en charge du sevrage en établissement, de 101 épisodes de traitement en établissement et de 13 épisodes de traitement à l'externe. La diminution des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement est due au fait que le principal programme de ce type était en transition vers un nouveau bâtiment et vers des services propres à chaque sexe. De plus, sa transition vers un nouveau système informatique a changé la façon dont il comptabilise les admissions. La diminution des traitements en établissement et à l'externe est relativement mineure et représente probablement les fluctuations normales de l'accès aux services.



De 2009-2010 à 2013-2014, le traitement à l'externe est demeuré le service de traitement le plus utilisé au Manitoba : durant la dernière année de collecte de données, il représentait environ 75 % des épisodes de traitement. Cette situation s'observe également dans les autres autorités administratives; au Manitoba, elle s'explique probablement par le fait que ces services sont accessibles à beaucoup d'endroits dans la province, alors que la majorité des services en établissement sont situés à Winnipeg. De plus, selon les pratiques exemplaires, la majorité des personnes à la recherche de traitement pour leur consommation problématique de substances n'ont pas besoin de services en établissement; le traitement à l'externe est ce qui leur convient le mieux.

En 2011-2012, les services publics de traitement au Manitoba ont tenté de mettre en œuvre un processus commun de collecte de données et de production de rapports. Cinq organismes utilisent maintenant ce système. Cependant, comme l'outil de collecte de données n'a pas été adopté par les grands organismes, la collecte demeure inégale dans la province. Les changements internes à la collecte et aux définitions des données influencent probablement les chiffres par rapport aux années précédentes. Le Manitoba s'attend à des problèmes de collecte de données jusqu'à ce que des méthodes et des outils de collecte communs soient en place.



Ontario

Population : 11 358 301

Sexe : 48,7 % masculin; 51,3 % féminin

Aperçu et sommaire

L'Ontario s'est joint au GTINT en 2007 et a fourni des données sur le traitement de la consommation de substances pour chacun des rapports annuels publiés à ce jour. Les services publics qui y sont offerts comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe, la prise en charge du sevrage en établissement et la prise en charge du sevrage à l'externe.

En Ontario, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ils sont fournis par l'intermédiaire de 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ainsi que d'organismes communautaires. Les services de santé mentale sont intégrés aux services de traitement de la consommation de substances sur le plan administratif. L'Ontario utilise le Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (DASIT), un système par navigateur¹², pour recueillir ses données. Des rapports trimestriels et annuels sont produits à partir des chiffres du DASIT.

Considérations et limites importantes

En Ontario, un nouveau cas est défini comme un bénéficiaire unique n'ayant pas été admis auparavant par un organisme ou un programme participant.

Résultats

Nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques

En 2013-2014, 83 232 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances en Ontario, dont 74,7 % de nouveaux cas. Au total, ces 83 232 personnes correspondaient à 111 493 épisodes.

La majorité des personnes ayant recours aux services (93,2 %) recherchaient un traitement pour leur propre consommation problématique de substances. Cependant, 5 689 personnes ont eu recours aux services pour un ami ou un membre de leur famille, soit 6,8 % de la population entière de clients uniques.

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement

Des 105 428 épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes, la majorité (63,3 %) étaient des épisodes de traitement à l'externe. Environ 25,0 % étaient des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement, 8,8 %, des épisodes de traitement en établissement et 2,0 %, des épisodes de prise en charge du sevrage à l'externe.

Le tableau 4 présente le ratio d'épisodes par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement.

Tableau 4. Ratio d'épisodes par bénéficiaire (Ontario)

Prise en charge du sevrage en établissement	1,9
Prise en charge du sevrage à l'externe	1,1
Traitement en établissement	1,2
Traitement à l'externe	1,2

¹² Un système par navigateur peut 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.



Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon le sexe et la catégorie de traitement

Des 105 428 épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes en Ontario, 68 758 (65,2 %) concernaient des hommes et 36 619 (34,7 %), des femmes. Les épisodes visaient en majorité un traitement à l'externe, chez les hommes (60,0 %) comme chez les femmes (69,5 %). Le deuxième service était la prise en charge du sevrage en établissement (29,0 % des hommes et 19,9 % des femmes).

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon l'âge et la catégorie de traitement

Comme le montrent les figures 10 et 11, les personnes de 25 à 34 ans représentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de traitement ainsi que de bénéficiaires uniques, alors que la tranche des 35 à 44 ans se classait au deuxième rang quant au pourcentage d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques. Comme l'illustre la figure 12, le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité des cas pour toutes les tranches d'âge.

Figure 10. Épisodes de traitement selon l'âge (Ontario)

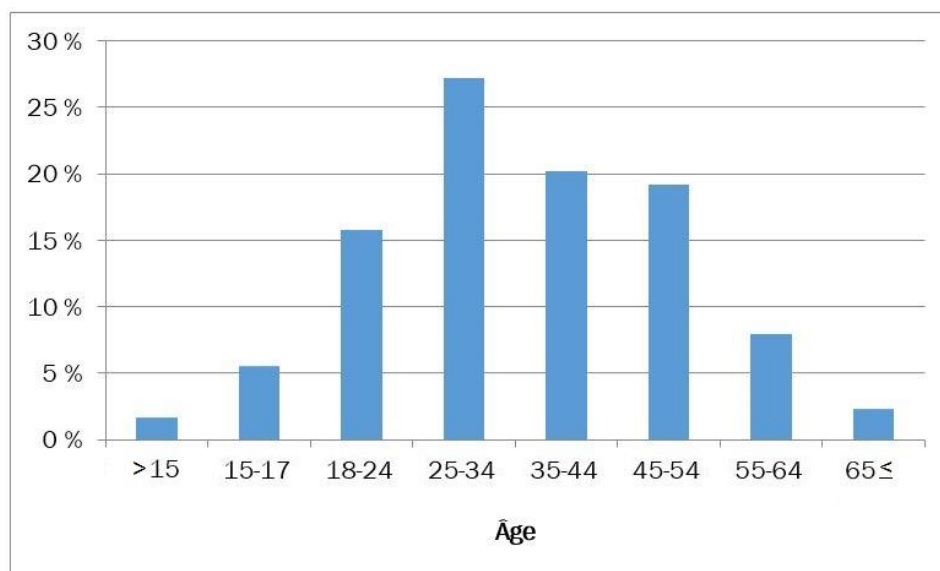




Figure 11. Bénéficiaires uniques selon l'âge (Ontario)

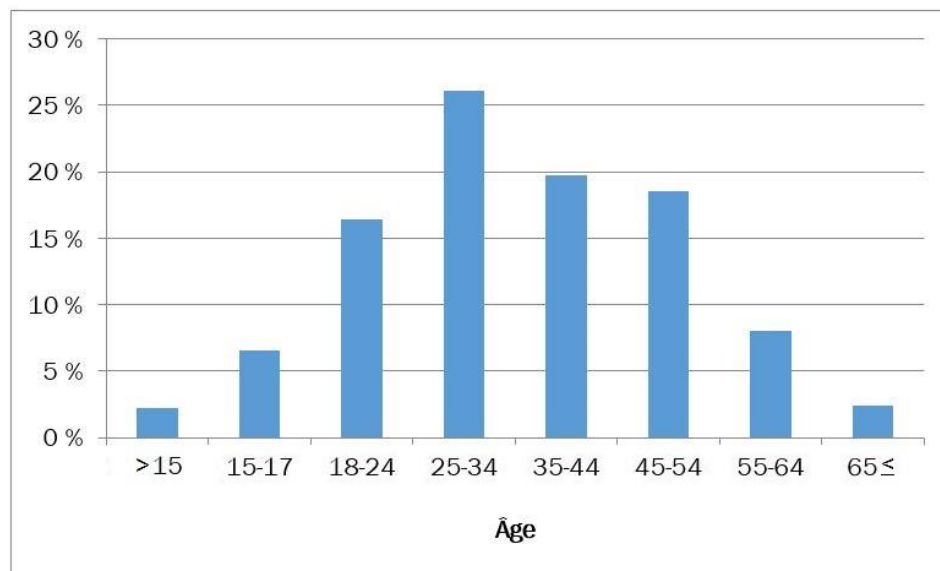
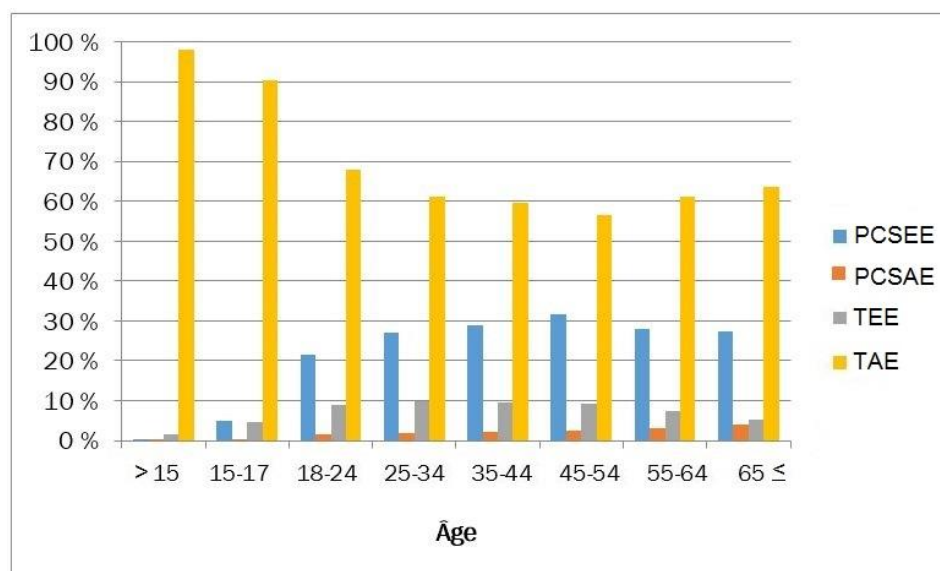


Figure 12. Épisodes selon l'âge et la catégorie de traitement (Ontario)



Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement

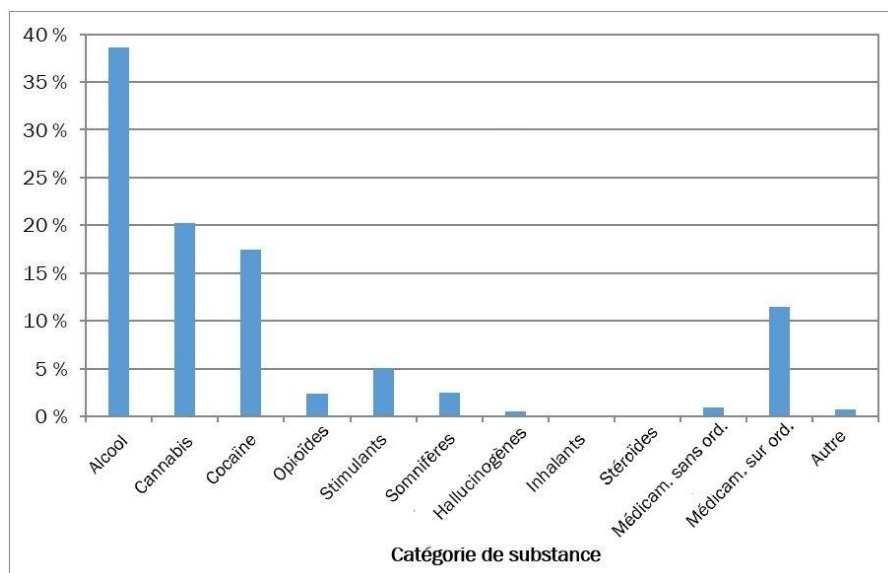
Les hommes représentaient la majorité (64,3 %) des 13 146 épisodes de traitement pour une consommation de drogues injectables. D'après le nombre de bénéficiaires uniques de chaque sexe, le ratio d'épisodes par bénéficiaire était légèrement plus élevé chez les hommes (1,7) que chez les femmes (1,6).

Nombre total d'épisodes selon la principale substance à l'origine de la demande de traitement

Comme le montre la figure 13, l'alcool était la substance la plus souvent déclarée comme étant à l'origine des demandes de traitement : il était la cause de 38,6 % de tous les épisodes, suivi du cannabis (20,2 %) et de la cocaïne (17,5 %).



Figure 13. Épisodes selon la principale substance à l'origine des demandes de traitement (Ontario)¹³



N.B. : Une liste complète des catégories de substances et des exemples se trouve à l'annexe G.

Épisodes de traitement selon la situation d'emploi

Des 111 493 épisodes, 34,6 % étaient destinés à des bénéficiaires ayant déclaré que leur situation d'emploi était « sans emploi » au moment du traitement; 28,4 % avaient répondu « autre »; et 22,7 % avaient un emploi à temps plein.

Analyse

Ce résumé provincial présente des données globales sur l'utilisation des services publics de traitement de la consommation de substances en Ontario du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Dans l'ensemble, l'Ontario a enregistré une diminution de 6,3 % du nombre total d'épisodes de traitement entre 2012-2013 et 2013-2014. Cette différence pourrait être due à l'augmentation de l'attention accordée à la qualité des données du système DASIT et à l'élargissement de la collecte de données grâce à une interface entre le logiciel propriétaire DASIT et le logiciel couramment utilisé par les organismes multisectoriels.

En 2013-2014, le traitement à l'externe est demeuré le service de traitement le plus utilisé en Ontario (environ 63 % de tous les épisodes de traitement). C'est également le cas pour les autres autorités administratives, probablement parce que parmi les services offerts, ce type de traitement est généralement le plus accessible et économique.

En tant que principale substance pour laquelle les gens ont reçu un traitement en Ontario en 2013-2014, l'alcool était responsable de la plus grande partie des épisodes de traitement. Cependant, au cours des six dernières années, on a noté dans cette province une hausse notable du nombre d'admissions où les opioïdes sur ordonnance étaient le principal motif de traitement.

¹³ À noter qu'une personne peut déclarer jusqu'à deux principales substances.



Québec

Population : 6 900 390

Sexe : 49,4 % masculin; 50,6 % féminin

Aperçu et sommaire

Les services de traitement de la consommation de substances au Québec comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe, la prise en charge du sevrage en établissement et la prise en charge du sevrage à l'externe. Actuellement, les données sur les services offerts dans cette province se limitent aux programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA). Ces données sont fournies par l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ).

Au Québec, les services de traitement de la consommation de substances relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Considérations et limites importantes

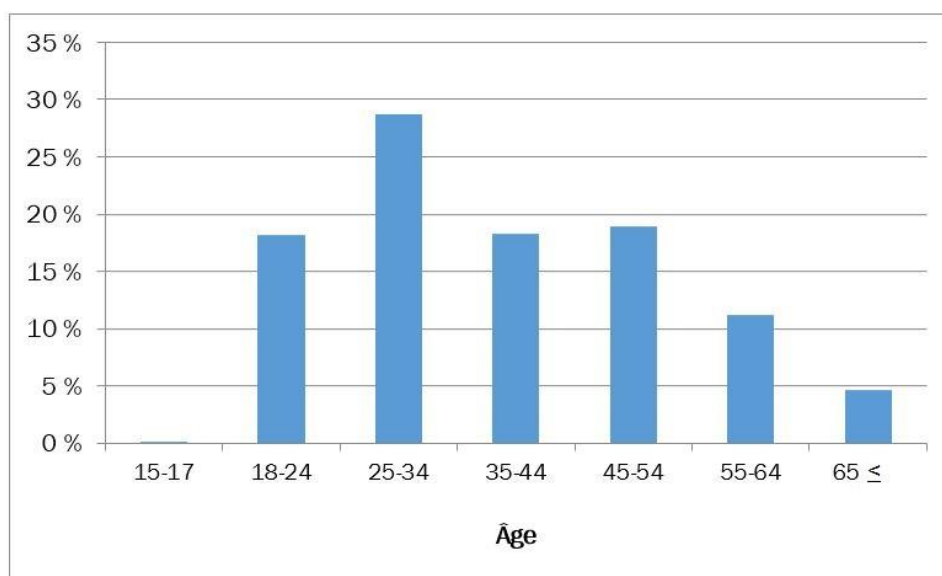
Seules les données sur les bénéficiaires des programmes liés à la CFA sont comprises dans le rapport.

Résultats

Nombre total de bénéficiaires de programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies

Au total, 14 176 personnes ont eu recours aux programmes relatifs à la CFA au Québec durant l'exercice financier 2013-2014. La grande majorité étaient des hommes (82,0 %). Comme le montre le tableau 14, près de 30 % de ces bénéficiaires avaient de 25 à 34 ans. Plus de 80 % des bénéficiaires étaient âgés de 18 à 54 ans.

Figure 14. Pourcentage de bénéficiaires de programmes relatifs à la CFA selon l'âge (Québec)





Analyse

Depuis plus de 15 ans, l'AIDQ gère et applique le Programme d'évaluation des conducteurs automobiles selon une entente conclue entre la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), l'AIDQ et le Centre de réadaptation en dépendance.

Les protocoles utilisés par l'AIDQ n'ont pas changé depuis 2002. Si l'exercice financier 2011-2012 a permis l'élaboration de protocoles fondés sur les pratiques exemplaires, à la suite des changements législatifs apportés au *Code de la sécurité routière* en 2010, l'exercice 2013-2014 a quant à lui présenté un défi de taille pour la mise en œuvre de mesures s'y rapportant. Au fil des années, l'AIDQ a constaté que l'évolution des mesures législatives et administratives s'est fortement appuyée sur les évaluations, dont le nombre est passé de 5 250 en 2003-2004 à 14 176 en 2013-2014, une augmentation de près de 175 %.



Nouvelle-Écosse

Population : 808 800

Sexe : 48,6 % masculin; 51,4 % féminin

Aperçu et sommaire

La Nouvelle-Écosse s'est jointe au GTINT en 2009 et a fourni des données sur le traitement de la consommation de substances pour chacun des rapports annuels publiés à ce jour. Les services publics qui y sont offerts comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe, la prise en charge du sevrage en établissement et la prise en charge du sevrage à l'externe.

En Nouvelle-Écosse, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé et du Mieux-être. Leur prestation est assurée par neuf régions de santé et le Centre de soins de santé IWK. La province travaille actuellement à l'intégration des services de santé mentale avec les services de traitement de la toxicomanie. Les données sont recueillies au moyen du système par navigateur ASsist (Addiction Services Statistical Information System Technology) et sont saisies en temps réel.

Considérations et limites importantes

- En Nouvelle-Écosse, un nouveau cas est défini comme un client qui n'existait pas auparavant dans ASsist. Le système recherche un numéro de cas ou une combinaison de prénom, nom et date de naissance. Si le client n'y est pas, il est créé.
- La situation d'emploi « autre » comprend les personnes qui ont déclaré être handicapées ou recevoir une pension d'invalidité, les travailleurs saisonniers, les retraités et ceux qui n'ont rien indiqué à ce sujet.
- En Nouvelle-Écosse, le nombre de bénéficiaires indiqué dans le résumé désigne ceux qui participaient activement à un programme pendant la période à l'étude.

Résultats

Nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques

En 2013-2014, 11 447 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances en Nouvelle-Écosse, dont 76,2 % de nouveaux cas. Au total, ces 11 447 personnes correspondaient à 12 593 épisodes.

La majorité des bénéficiaires (94,4 %) recherchaient un traitement pour leur propre consommation problématique de substances. Cependant, 636 personnes ont eu recours aux services pour un ami ou un membre de leur famille, soit 5,6 % de la population entière de clients uniques.

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement

Du nombre total d'épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes (11 942), la majorité (75,6 %) étaient des épisodes de traitement à l'externe. Environ 20,1 % de tous les épisodes étaient des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement, 1,2 %, de traitement en établissement et 3,1 %, de prise en charge du sevrage à l'externe.

Le tableau 5 présente le ratio d'épisodes par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement.



Tableau 5. Ratio d'épisodes par bénéficiaire (Nouvelle-Écosse)

Prise en charge du sevrage en établissement	1,4
Prise en charge du sevrage à l'externe	1,0
Traitement en établissement	1,1
Traitement à l'externe	1,0

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon le sexe et la catégorie de traitement

Des 11 942 épisodes, 8 171 (68,4 %) concernaient des hommes et 3 746 (31,4 %), des femmes. Les épisodes visaient en majorité un traitement à l'externe, chez les hommes (77,0 %) comme chez les femmes (72,8 %). Le deuxième service était la prise en charge du sevrage en établissement (19,4 % des hommes et 21,4 % des femmes).

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon l'âge et la catégorie de traitement

Comme le montrent les figures 15 et 16, les personnes de 25 à 34 ans représentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de traitement ainsi que de bénéficiaires uniques. Le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité des cas pour toutes les tranches d'âge, comme l'illustre la figure 17.

Figure 15. Épisodes de traitement selon l'âge (Nouvelle-Écosse)

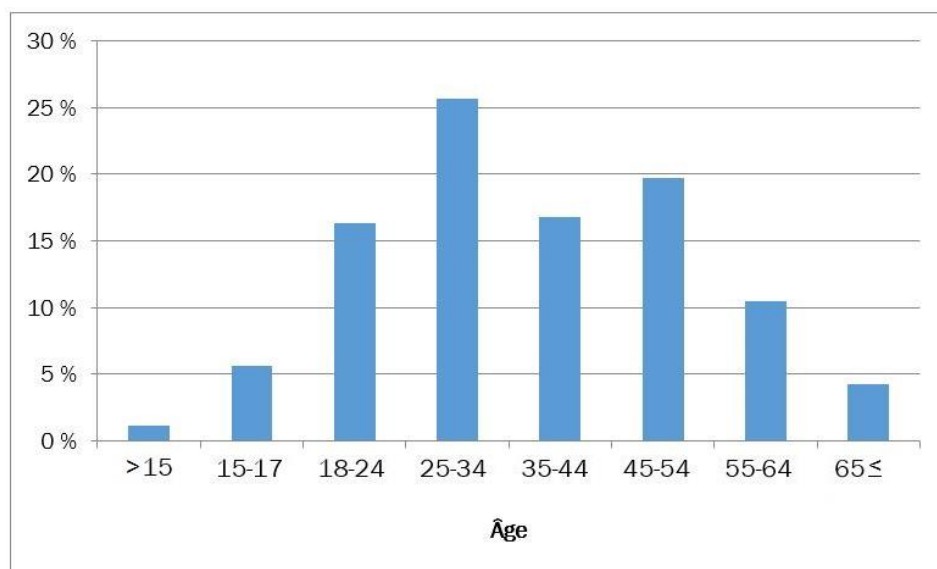




Figure 16. Bénéficiaires uniques selon l'âge (Nouvelle-Écosse)

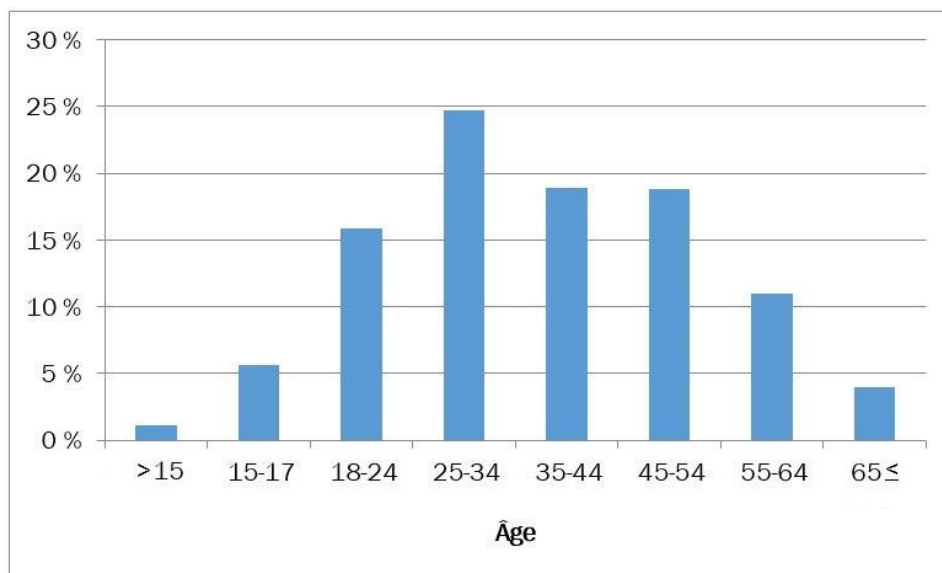
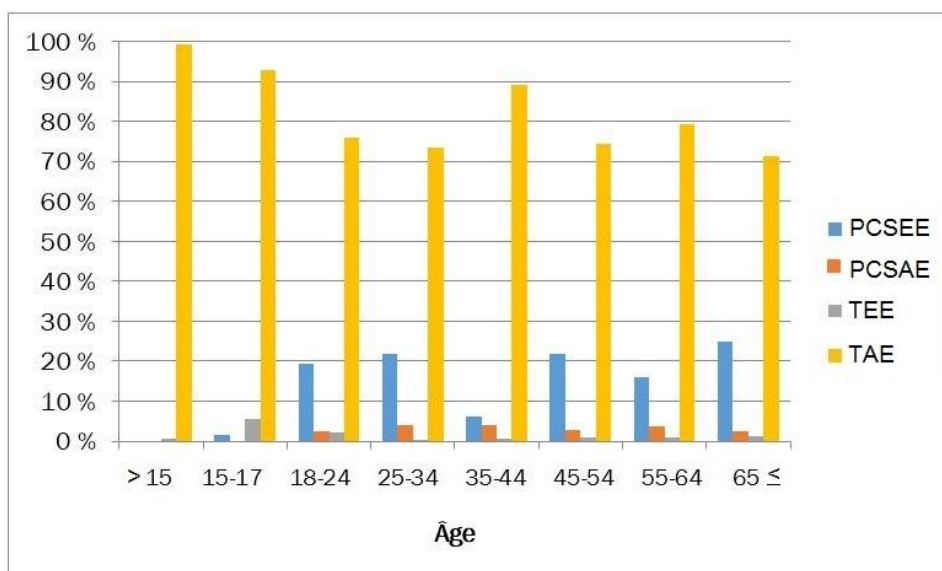


Figure 17. Épisodes selon l'âge et la catégorie de traitement (Nouvelle-Écosse)



Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement

Les hommes représentaient la majorité (62,1 %) des épisodes de traitement pour une consommation de drogues injectables. Cependant, d'après le nombre de bénéficiaires de chaque sexe, le ratio d'épisodes par bénéficiaire unique était identique pour les hommes et les femmes (1,5).

Nombre total de bénéficiaires uniques de thérapies de substitution aux opioïdes

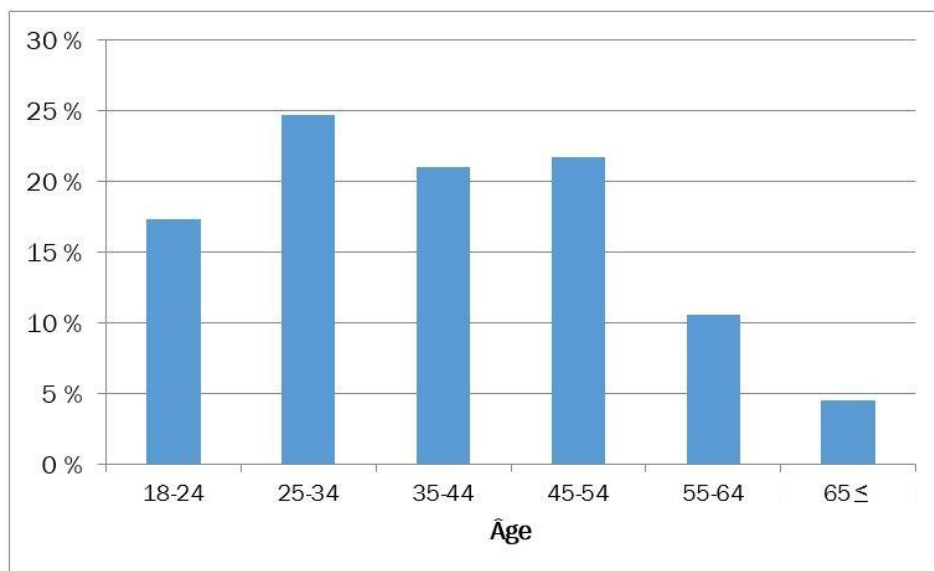
Au total, 807 personnes ont eu recours à un traitement de substitution aux opioïdes financé par le secteur public. Les hommes représentaient 62,8 % de ce nombre. La majorité (43,1 %) des bénéficiaires de traitements de substitution aux opioïdes étaient âgés de 25 à 34 ans; venaient ensuite les 18 à 24 ans (26,8 %).



Nombre total de bénéficiaires de programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies

Au total, 1 690 personnes ont eu recours à des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA) en Nouvelle-Écosse pendant l'exercice financier 2013-2014. La grande majorité étaient des hommes (82,8 %). Comme le montre la figure 18, à peu près un quart des bénéficiaires de ces programmes étaient âgés de 25 à 34 ans, tandis que moins de 20 % avaient plus de 54 ans.

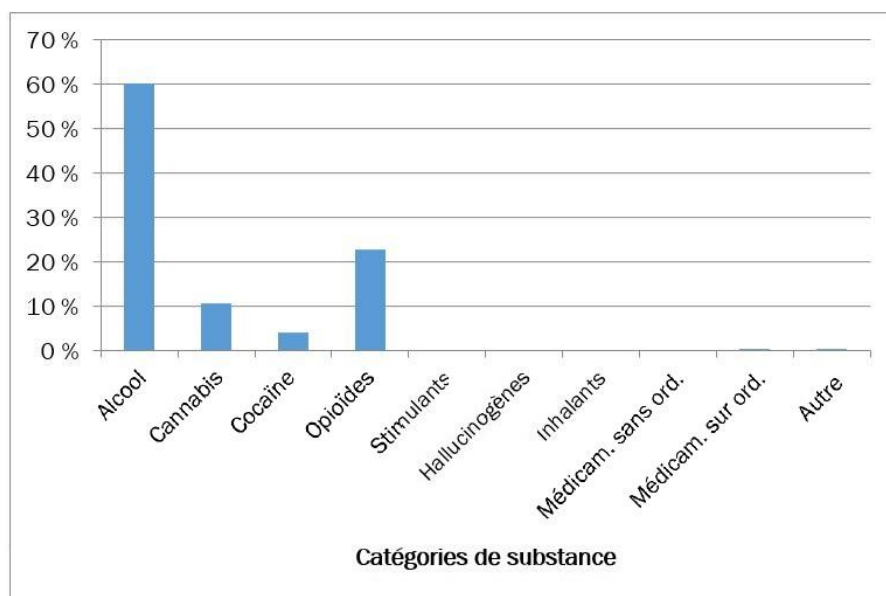
Figure 18. Pourcentage de bénéficiaires de programmes relatifs à la CFA selon l'âge (Nouvelle-Écosse)



Nombre total d'épisodes selon la principale substance à l'origine de la demande de traitement

Comme le montre la figure 19, l'alcool était la substance la plus souvent déclarée comme étant à l'origine des demandes de traitement : il était la cause de 60,0 % de tous les épisodes. Les opioïdes arrivaient au deuxième rang, avec plus d'un cinquième des épisodes de traitement.

Figure 19. Épisodes selon la principale substance à l'origine des demandes de traitement (Nouvelle-Écosse)



N.B. : Une liste complète des catégories de substances et des exemples se trouve à l'annexe G.



Épisodes de traitement selon la situation d'emploi

Des 12 593 épisodes, 44,3 % étaient destinés à des bénéficiaires ayant déclaré que leur situation d'emploi était « sans emploi » au moment du traitement; 27,6 % avaient déclaré avoir un emploi à temps plein, 22,4 % avaient répondu « autre » et 5,7 % avaient un emploi à temps partiel.

Analyse

Ce résumé provincial présente des données globales sur l'utilisation des services publics de traitement de la consommation de substances en Nouvelle-Écosse du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Dans l'ensemble, les tendances et les habitudes d'utilisation en Nouvelle-Écosse ont fluctué au cours des quatre dernières années de collecte de données. Par exemple, en 2009-2010, la Nouvelle-Écosse a compté près de 15 000 épisodes de traitement; ce nombre a diminué à 12 535 et à 12 935 en 2010-2011 et en 2011-2012, respectivement, avant d'augmenter à 13 743 en 2012-2013. En 2013-2014, le nombre total d'épisodes de traitement s'est stabilisé à 12 593. Il s'agit d'une diminution de 14,5 % depuis 2009-2010. Fait intéressant, le nombre de bénéficiaires uniques a augmenté de 20,3 % durant la même période. La fluctuation du nombre total d'épisodes au cours de ces quatre années est difficile à expliquer, car aucun changement majeur n'a été apporté aux effectifs ou aux programmes dans la province.

Depuis 2009-2010, le traitement à l'externe est demeuré le service de traitement le plus utilisé en Nouvelle-Écosse (75,6 % de tous les épisodes en 2013-2014). C'est également le cas pour les autres autorités administratives, probablement parce que parmi les services offerts, ce type de traitement est la forme d'intervention la moins perturbatrice et souvent la plus accessible (c.-à-d. dans la même communauté, ville, etc.).

En tant que principale substance pour laquelle on aurait eu recours à un traitement en Nouvelle-Écosse en 2013-2014, l'alcool était responsable de la plus grande partie des épisodes de traitement, suivi des opioïdes. Cependant, il est important de noter que le nombre total de personnes recevant un traitement pour une dépendance aux opioïdes a augmenté au cours des dernières années. Pour lutter contre ce phénomène, la Stratégie en santé mentale et de lutte contre les dépendances a contribué à l'expansion du traitement de substitution aux opioïdes en finançant 70 nouvelles places, en parrainant des séances de formation permettant aux médecins de famille de recevoir une exemption pour prescrire la méthadone dans le cadre du traitement de la dépendance, en offrant des fournitures pour l'évaluation du mésusage des opioïdes et en formant 50 médecins supplémentaires sur la prestation de traitement pour la dépendance aux opioïdes (gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2013).

En 2013-2014, la Nouvelle-Écosse a mis au point un modèle de prestation de services pour la prise en charge du sevrage en établissement. Celui-ci vise à offrir un accès rapide à des soins de traitement de la toxicomanie sécuritaires, à diriger les clients vers le niveau de service le moins perturbateur qui correspond à leurs besoins et à veiller à l'intégration de la prise en charge du sevrage en établissement avec les autres composantes des services en toxicomanie et en santé mentale, le tout afin de favoriser la prestation de soins coordonnés et efficaces qui contribuent à la santé des clients.

En plus des changements mentionnés ci-dessus, la Nouvelle-Écosse a mis en œuvre la Choice and Partnership Approach [approche choix et partenariat] (CAPA), un modèle de transformation des services qui combine des pratiques collaboratives et participatives en vue d'améliorer l'efficacité, le leadership, la démonstration de compétences et la gestion de la demande et de la capacité (York et Kingsbury, 2007). Cette amélioration devrait faciliter l'accès aux rendez-vous, et faire en sorte que les clients reçoivent les services cliniques dont ils ont besoin.

D'autres renseignements sur la surveillance du rendement des services en toxicomanie se trouvent dans le rapport annuel des Services de dépendance de la Nouvelle-Écosse (2015).



Île-du-Prince-Édouard

Population : 145 441

Sexe : 48,7 % masculin; 51,3 % féminin

Aperçu et sommaire

L'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) s'est jointe au GTINT en 2009 et a fourni des données sur le traitement de la consommation de substances pour quatre des cinq rapports annuels publiés à ce jour. Les services publics qui y sont offerts comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe, la prise en charge du sevrage à l'externe et la prise en charge du sevrage en établissement.

L'élaboration de politiques et la planification stratégique du système de santé relèvent du ministère de la Santé et du Mieux-être. L'exploitation et la prestation des programmes publics de santé dans la province est assurée par Santé Î.-P.-É., une société d'État. À l'Î.-P.-É., les services de santé mentale sont intégrés avec les services de traitement de la consommation de substances sur le plan administratif. L'Integrated System Management [système de gestion intégrée] (ISM) est un système par navigateur servant à recueillir les données sur le traitement financé par le secteur public et à produire des rapports à ce sujet; il s'agit du principal répertoire de dossiers de clients du système de traitement de la toxicomanie de la province. L'ISM est supervisé par Santé Î.-P.-É. Des rapports provinciaux sont produits annuellement et au besoin.

Considérations et limites importantes

- À l'Î.-P.-É., un client peut être actif dans plus d'un service de traitement durant l'année. Il est alors compté comme un bénéficiaire unique dans chaque service, et pourrait donc être compté plusieurs fois.
- L'Î.-P.-É. ne recueille actuellement pas de données sur l'utilisation de substances durant l'année précédente. Les clients doivent plutôt indiquer les substances qu'ils ont déjà consommées en général.
- La province ne recueille actuellement pas de données sur l'utilisation de drogues injectables durant l'année précédente. Les clients qui indiquent avoir déjà utilisé des drogues injectables doivent préciser s'ils en consomment actuellement ou à long terme.
- Il n'y avait aucune clinique de méthadone à l'externe à l'Î.-P.-É. pendant l'exercice financier 2013-2014.
- Les données sur les clients participant à des programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies à l'Î.-P.-É. proviennent de la Division de la sécurité routière du ministère des Transports et des Travaux publics.
- L'Î.-P.-É. ne consigne pas l'utilisation de stéroïdes ou de médicaments en vente libre.
- La catégorie « autres drogues » comprend la méthamphétamine en cristaux, l'ecstasy, l'héroïne, le LSD et la nicotine.

Résultats

Nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques

En 2013-2014, 2 176 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances à l'Î.-P.-É., dont 65,3 % de nouveaux cas. Au total, ces 2 176 personnes correspondaient à 3 873 épisodes.



La majorité des personnes ayant recours aux services (92,2 %) recherchaient un traitement pour leur propre consommation problématique de substances. Cependant, 173 personnes ont eu recours aux services pour un ami ou un membre de leur famille, soit 8,0 % de la population entière de clients uniques.

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement

Du nombre total d'épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes (3 869), la majorité (49,9 %) étaient des épisodes de traitement à l'externe, suivi de 27,6 % pour la prise en charge du sevrage en établissement, 19,3 % pour la prise en charge du sevrage à l'externe et 3,2 % pour le traitement en établissement.

Le tableau 6 présente le ratio d'épisodes par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement.

Tableau 6. Ratio d'épisodes par bénéficiaire (Î.-P.-É.)

Prise en charge du sevrage en établissement	1,9
Prise en charge du sevrage à l'externe	1,2
Traitement en établissement	1,2
Traitement à l'externe	1,4

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon le sexe et la catégorie de traitement

Des 3 869 épisodes des personnes cherchant un traitement pour elles-mêmes, 2 375 (61,4 %) concernaient des hommes et 1 314 (34,0 %), des femmes. Les épisodes visaient en majorité un traitement à l'externe, chez les hommes (46,3 %) comme chez les femmes (49,8 %). Le deuxième service était la prise en charge du sevrage en établissement (29,6 % des hommes et 27,5 % des femmes).

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon l'âge et la catégorie de traitement

Comme le montre la figure 20, le groupe des 18 à 24 ans représentait le pourcentage le plus élevé des épisodes de traitement, suivi des personnes de 25 à 34 ans. Cependant, comme l'indique la figure 21, la tranche des 25 à 34 ans représentait le pourcentage le plus élevé de bénéficiaires uniques ayant recours aux services (22,4 %), suivie de près par celle des 18 à 24 ans (22,0 %). Le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité des cas pour toutes les tranches d'âge, comme l'illustre la figure 22.

Figure 20. Épisodes de traitement selon l'âge (Î.-P.-É.)

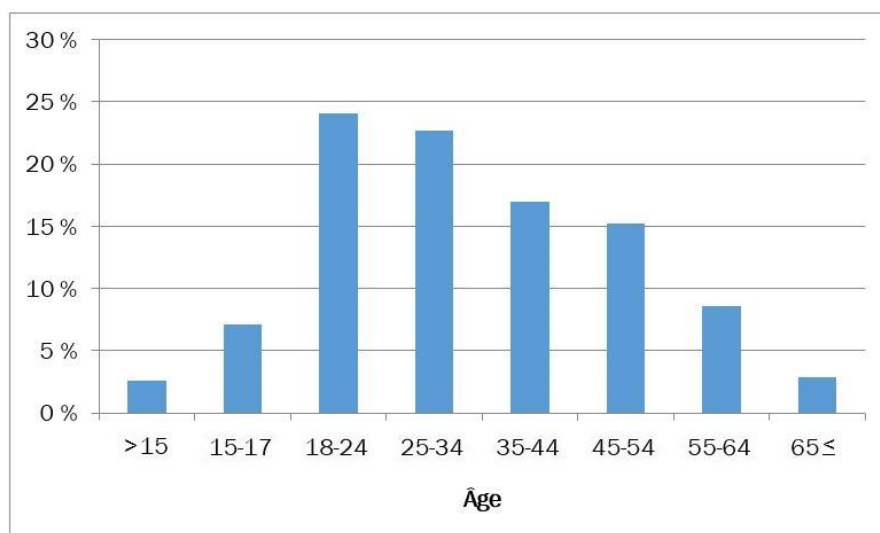




Figure 21. Bénéficiaires uniques selon l'âge (Î.-P.-É.)

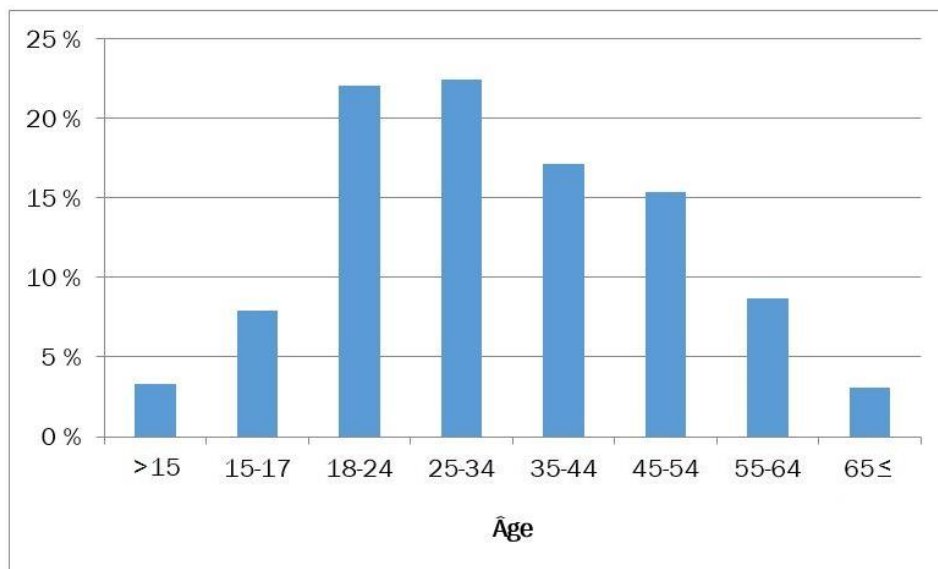
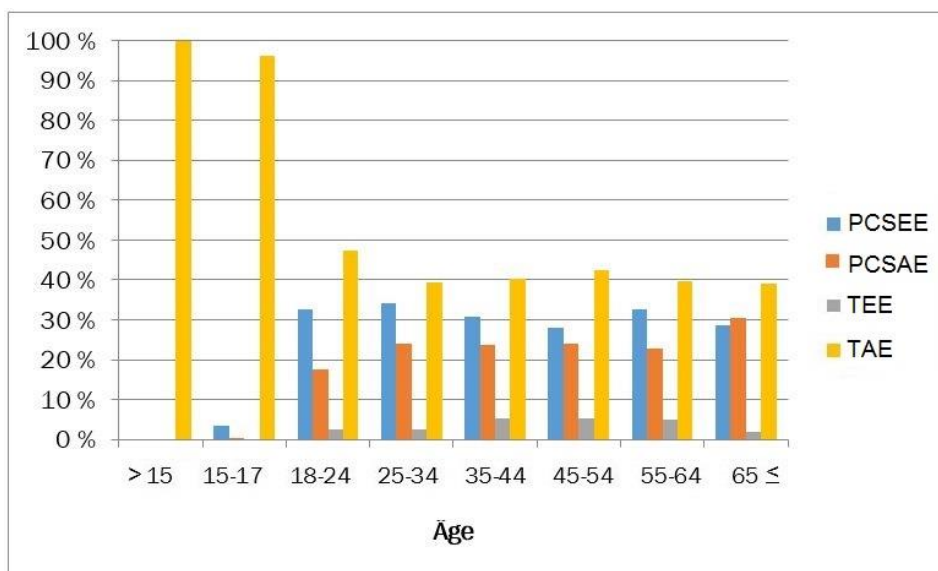


Figure 22. Épisodes selon l'âge et la catégorie de traitement (Î.-P.-É.)



Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement

Au total, 391 bénéficiaires uniques ayant eu recours à des services de traitement à l'Î.-P.-É. en 2013-2014 ont indiqué avoir déjà utilisé des drogues injectables. Ces 391 personnes correspondaient à 948 épisodes. Les hommes représentaient la majorité (61,1 %) des épisodes de traitement pour une consommation de drogues injectables. Le ratio d'épisodes par bénéficiaire était égal pour les hommes et les femmes à environ 2,4.

Nombre total de bénéficiaires uniques de thérapies de substitution aux opioïdes

Au total, le système électronique de données de l'Î.-P.-É. a rapporté que 63 personnes avaient eu recours à un traitement de substitution aux opioïdes financé par le secteur public. Les hommes



représentaient 55,6 % de ce nombre. Cependant, durant la période de référence, le programme n'avait pas complètement mis en œuvre l'utilisation du système électronique. Les rapports manuels de l'équipe du programme font état de 215 cas.

Antécédents de consommation de substances des bénéficiaires uniques demandant un traitement

Chez les personnes ayant eu recours aux services de traitement à l'Î.-P.-É. en 2013-2014, l'alcool était la substance la plus couramment utilisée dans les 12 mois précédant le traitement, suivi par la catégorie « autres drogues »¹⁴, le cannabis et les opioïdes.

Épisodes de traitement selon la situation d'emploi

Des 3 884 épisodes¹⁵, 39,0 % étaient destinés à des bénéficiaires ayant déclaré que leur situation d'emploi était « sans emploi » au moment du traitement; 26,5 % étaient destinés à des bénéficiaires ayant répondu « autre »; 19,1 % à des personnes ayant indiqué avoir un emploi à temps plein; 10,3 % à des étudiants; et 5,1 % à des personnes ayant déclaré avoir un emploi à temps partiel.

Analyse

Ce résumé provincial présente des données globales sur l'utilisation des services publics de traitement de la consommation de substances à l'Î.-P.-É. du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Dans l'ensemble, les résultats révèlent que depuis 2009-2010, le nombre total d'épisodes de traitement a augmenté de près de 20 % alors que le nombre total de bénéficiaires uniques a diminué de 17 %. Ces changements pourraient s'expliquer par des investissements importants dans la refonte des processus d'admission pour la prise en charge du sevrage en établissement, facilités par du financement reçu dans le cadre du PSFTT de Santé Canada et ayant accru le mouvement des clients et permis une hausse du nombre d'épisodes de traitement dans ce service.

Le traitement à l'externe est demeuré le service le plus utilisé à l'Î.-P.-É. (49,9 % de tous les épisodes de traitement en 2013-2014). C'est également le cas pour les autres autorités administratives, probablement parce que parmi les services offerts, ce type de traitement est généralement le plus accessible et économique. À l'Î.-P.-É., le traitement à l'externe est offert dans cinq communautés, alors que la prise en charge du sevrage en établissement n'est offerte qu'à Charlottetown, et que l'on trouve des centres de rétablissement dans les deux principales communautés, soit Charlottetown et Summerside.

Comme dans beaucoup d'autres autorités administratives participantes, la majorité des épisodes concernaient des personnes qui étaient sans emploi au moment du traitement.

¹⁴ La catégorie « autres drogues » comprend la méthamphétamine en cristaux, l'ecstasy, l'héroïne, le LSD et la nicotine.

¹⁵ Ce nombre comprend les épisodes de traitement pour l'abus de substances (i1a = 3873) et le jeu compulsif (i2a = 32), mais exclut 21 épisodes pour lesquels la situation d'emploi n'a pas été saisie dans l'ISM.



Terre-Neuve-et-Labrador

Population : 451 632

Sexe : 49,0 % masculin; 51,0 % féminin

Aperçu et sommaire

Terre-Neuve-et-Labrador s'est jointe au GTINT en 2009 et a fourni des données sur le traitement de la consommation de substances pour quatre des cinq rapports annuels publiés à ce jour. Les services publics qui y sont offerts comprennent le traitement en établissement, le traitement à l'externe et la prise en charge du sevrage en établissement.

Les services de traitement relèvent du ministère de la Santé et des Services communautaires et sont fournis par l'intermédiaire de quatre autorités régionales de la santé. Les services de santé mentale sont intégrés avec les services de traitement de la consommation de substances sur le plan administratif. Terre-Neuve-et-Labrador utilise le Client and Referral Management System [système de gestion des clients et des aiguillages] (CRMS) pour recueillir les données sur le traitement. Terre-Neuve-et-Labrador n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.

Considérations et limites importantes

- Toutes les données ont été extraites du CRMS. Les services fournis, mais non consignés dans ce système sont donc exclus de l'analyse.
- Un client peut être actif dans plus d'un service de traitement durant l'année. Il serait alors compté comme un bénéficiaire unique dans chaque service.
- Les clients ayant recours aux services de traitement pour eux-mêmes ou pour un membre de la famille sont compris dans le calcul des indicateurs 1 à 4 (nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances ou les problèmes de jeu). Les données utilisées pour les indicateurs 5 à 9 ne comprennent que les clients demandant des services pour eux-mêmes.
- Les dates de naissance manquantes sont rares, mais elles contribuent à de légères inexactitudes dans les indicateurs liés à l'âge.

Résultats

Nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires uniques

En 2013-2014, 2 612 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances à Terre-Neuve-et-Labrador, dont 79,2 % de nouveaux cas (2 069). Au total, ces 2 612 personnes correspondaient à 4 099 épisodes.

La majorité des personnes ayant recours aux services (96,4 %) recherchaient un traitement pour leur propre consommation problématique de substances. Cependant, 118 personnes ont eu recours aux services pour un ami ou un membre de leur famille, soit 4,5 % de la population entière de clients uniques.

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement

Des 3 955 épisodes de traitement, la majorité (78,3 %) étaient des épisodes de traitement à l'externe, suivie de 15,8 % pour des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement et de 5,9 % pour des épisodes de traitement en établissement. Terre-Neuve-et-Labrador n'offre pas de services de prise en charge du sevrage à l'externe.



Le tableau 7 présente le ratio d'épisodes par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement.

Tableau 7. Ratio d'épisodes par bénéficiaire (Terre-Neuve-et-Labrador)

Prise en charge du sevrage en établissement	1,8
Traitement en établissement	1,0
Traitement à l'externe	1,3

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon le sexe et la catégorie de traitement

Des 3 997 épisodes où le sexe était indiqué, 2 439 (61,0 %) concernaient des hommes et 1 396 (34,9 %), des femmes. Les épisodes visaient en majorité un traitement à l'externe, chez les hommes (77,0 %) comme chez les femmes (80,1 %). Le deuxième service était la prise en charge du sevrage en établissement (17,2 % des hommes et 13,8 % des femmes).

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques selon l'âge et la catégorie de traitement

Comme le montrent les figures 23 et 24, les personnes de 25 à 34 ans représentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de traitement ainsi que de bénéficiaires uniques. La tranche des 35 à 44 ans se classait au deuxième rang pour ces deux paramètres, suivie de près par celle des 45 à 54 ans. Le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité des cas pour toutes les tranches d'âge, comme l'illustre la figure 25.

Figure 23. Épisodes de traitement selon l'âge (Terre-Neuve-et-Labrador)

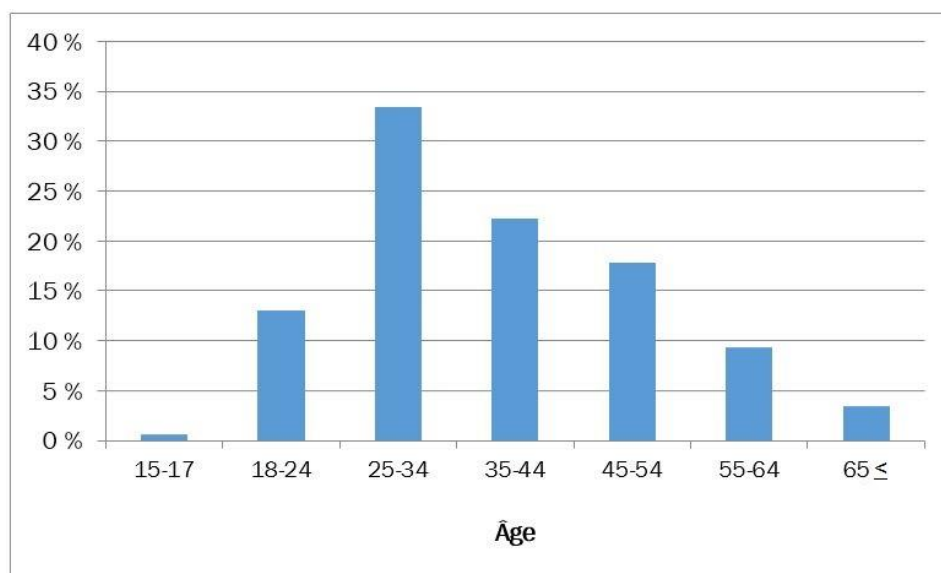




Figure 24. Bénéficiaires uniques selon l'âge (Terre-Neuve-et-Labrador)

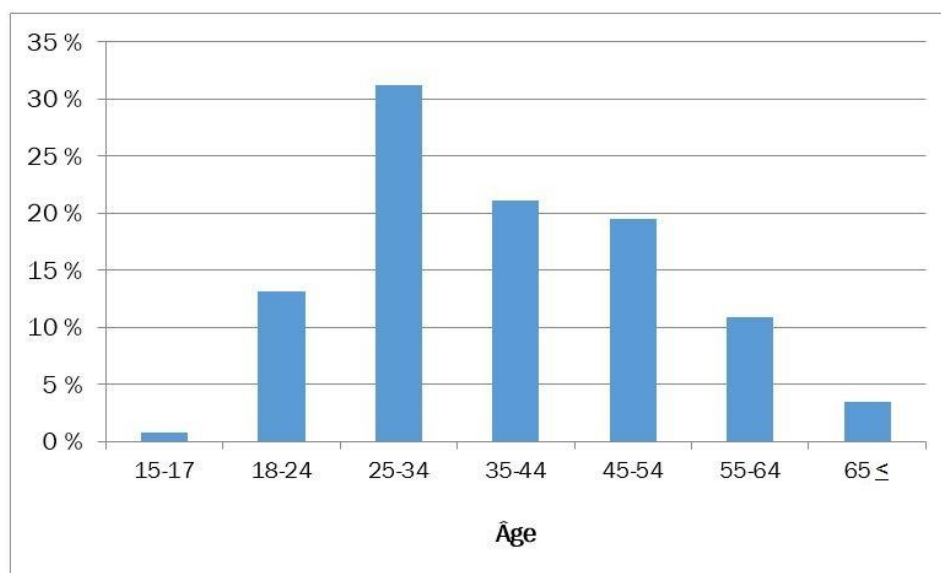
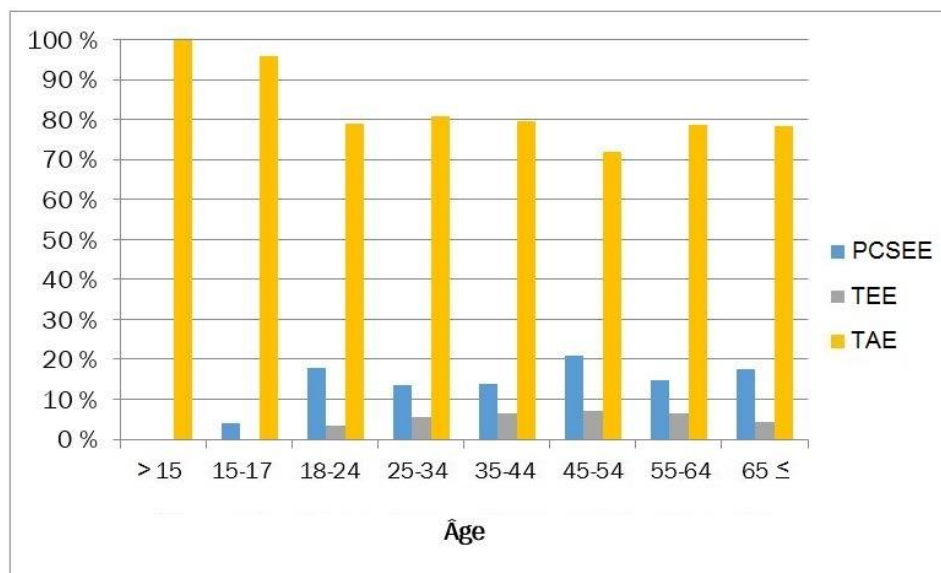


Figure 25. Épisodes selon l'âge et la catégorie de traitement (Terre-Neuve-et-Labrador)



Nombre total d'épisodes liés aux thérapies de substitution aux opioïdes

Au total, 115 personnes ont eu recours à un traitement de substitution aux opioïdes financé par le secteur public (c.-à-d. un traitement d'entretien à la méthadone). Les hommes représentaient 55,7 % de ce nombre. La majorité (53,5 %) de ces clients étaient âgés de 25 à 34 ans; le deuxième groupe était celui des 35 à 44 ans (20,2 %).

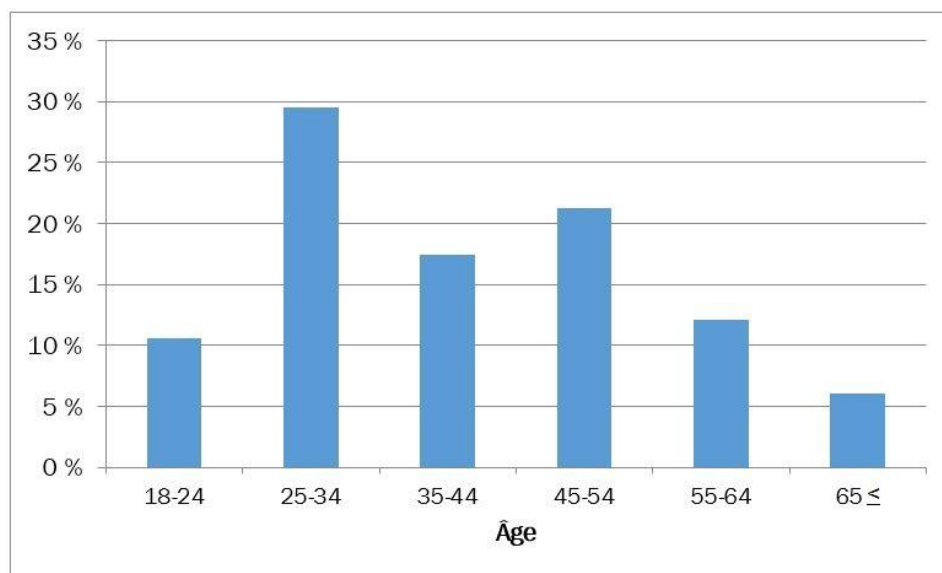
Terre-Neuve-et-Labrador sert actuellement un total d'environ 1 300 clients en entretien à la méthadone, dont 87 % obtiennent la méthadone par des médecins en cabinet privé. Les clients obtenant la méthadone dans le secteur privé ne sont pas saisis dans le CRMS et sont donc exclus de l'analyse ci-dessus.



Nombre total de bénéficiaires de programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies

Au total, 132 personnes ont participé à des programmes relatifs à la CFA à Terre-Neuve-et-Labrador pendant l'exercice financier 2013-2014. La majorité étaient des hommes (78,8 %). Comme le montre la figure 26, près d'un tiers des clients de ces programmes avaient de 25 à 34 ans. Les personnes de 45 à 54 ans et de 35 à 44 ans formaient respectivement les deux tranches d'âges suivantes. Environ 80 % des clients avaient entre 25 et 54 ans.

Figure 26. Pourcentage de bénéficiaires de programmes relatifs à la CFA selon l'âge (Terre-Neuve-et-Labrador)



Analyse

Ce résumé provincial présente des données globales sur l'utilisation des services publics de traitement de la consommation de substances à Terre-Neuve-et-Labrador du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Dans l'ensemble, l'utilisation des services dans la province a augmenté d'environ 40 % depuis 2010-2011, passant de 2 938 à 4 099 épisodes. Le nombre de bénéficiaires uniques a aussi augmenté considérablement durant cette période, passant de 1 454 à 2 612 personnes, soit une hausse de près de 80 %. Il est important de noter que ces changements pourraient être attribuables à des différences dans la saisie de données des régions ainsi qu'à l'affinement des scripts utilisés pour extraire les données du CRMS afin de mieux refléter les protocoles des INT, plutôt que de représenter une réelle hausse du nombre de clients des centres de traitement de la consommation de substances.

Le traitement à l'externe demeure le service de traitement le plus utilisé à Terre-Neuve-et-Labrador (78,3 % de tous les épisodes de traitement en 2013-2014). C'est également le cas pour les autres autorités administratives, probablement parce que parmi les services offerts, ce type de traitement répond aux besoins du plus grand nombre et est souvent le plus accessible. De plus, les taux d'accès sont directement influencés par le processus de traitement de la province, où un client ne peut accéder au traitement en établissement sans avoir déjà pris part à un traitement à l'externe ou bénéficié d'une prise en charge du sevrage en établissement.

Au-delà du projet des INT, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador élaborera une stratégie complète en santé mentale pour répondre aux besoins de la population. Cette stratégie favorisera



l'établissement de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie exhaustifs, coordonnés et intégrés par l'intermédiaire des autorités régionales de la santé, avec le soutien de lois habilitantes, de politiques et d'une collaboration avec d'autres ministères et organismes.

Le CRMS est un système provincial de renseignements de santé. L'exactitude et l'exhaustivité des données démographiques et cliniques dépendent des renseignements saisis par les fournisseurs de services dans les dossiers des clients. Les différentes pratiques de consignation des programmes en santé mentale et en toxicomanie des autorités régionales de la santé contribuent aux problèmes de qualité des données. On travaille à la mise en place d'initiatives provinciales visant à renforcer les normes concernant les données et la consignation ainsi que la conformité à ces normes, ce qui a une influence positive sur la qualité. Par conséquent, le lecteur devrait interpréter avec circonspection les conclusions tirées à l'égard de Terre-Neuve-et-Labrador.



Réseau de centres de traitement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes

Cette année, le projet des INT a bénéficié de la participation de la DGSPNI au GTINT. Bien que la DGSPNI n'ait pas pu fournir de données cette année, elle a l'intention de le faire pour les prochains rapports. Elle a tout de même fourni le résumé ci-dessous afin de donner de l'information contextuelle sur les services de traitement de la consommation de substances destinés aux Premières Nations et aux Inuits sur les réserves.

Aperçu et sommaire

La consommation de substances continue d'être un enjeu prioritaire pour les Premières Nations et les Inuits du Canada. Le principal réseau de programmes de traitement de la toxicomanie mis en place pour lutter contre ce problème est appuyé par deux programmes nationaux : le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ). Par leur entremise, Santé Canada donne un financement direct aux centres de traitement de la toxicomanie pour les Premières Nations.

Les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ utilisent diverses approches traditionnelles et adaptées à la culture. Ces programmes nationaux donnent aux membres des Premières Nations et aux Inuits vivant dans des réserves l'accès à des services de traitement en établissement, à l'externe et de jour, ainsi qu'à des services répondant à des besoins particuliers (p. ex., des programmes pour les familles, les jeunes, les personnes qui s'adonnent à l'abus de solvant, les femmes et les personnes ayant des troubles concomitants).

Les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ sont répartis en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador. En Colombie-Britannique, le 1^{er} octobre 2013, la First Nations Health Authority [autorité sanitaire des premières nations] (FNHA) a pris en main la conception, la gestion et la prestation de tous les programmes et services de santé pour les Premières Nations financés par le gouvernement fédéral, y compris les centres du PNLAADA et du PNLASJ. Santé Canada n'est donc plus responsable des activités quotidiennes concernant la santé des Premières Nations dans la province. Tous les aspects de la prestation des programmes reviennent désormais à la FNHA.



Portrait national

Vue d'ensembles des services de traitement au Canada

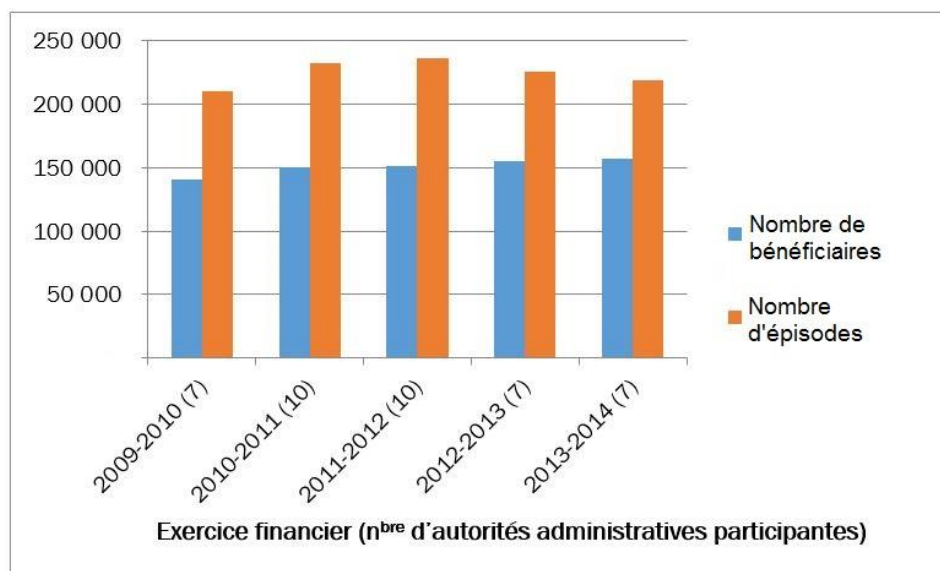
La présente section a pour but de dresser un portrait national de l'utilisation des services de traitement et des tendances associées à l'aide des résultats de toutes les autorités administratives participant au rapport de cette année. Elle propose aussi d'autres renseignements tirés des projets complémentaires au projet des INT.

Nombre total de bénéficiaires uniques et d'épisodes de traitement

Les données sur les INT indiquent que, du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, 157 123 personnes de sept provinces canadiennes ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances. Au total, ces bénéficiaires uniques correspondaient à près de 218 263 épisodes de traitement.

Dans plusieurs autorités législatives, le nombre de bénéficiaires semble avoir augmenté au cours des cinq derniers exercices financiers, comme le montre la figure 27. Cependant, il est important de noter que ces différences pourraient être attribuables à l'amélioration des méthodes de collecte de données permettant de produire des rapports plus exacts, plutôt qu'à une augmentation réelle de l'accès aux services.

Figure 27. Nombre total de bénéficiaires uniques et d'épisodes par exercice financier



Traitement pour des amis et des membres de la famille

La consommation problématique de substances n'affecte pas seulement le consommateur, mais aussi sa famille et ses amis. En 2013-2014, de 4,5 % à 13,5 % des bénéficiaires uniques de services de traitement de la consommation de substances ont eu recours aux services en raison de la consommation d'une autre personne, c'est-à-dire qu'ils ont accompagné un membre de leur famille ou un ami à son traitement ou ont eux-mêmes demandé de l'aide pour mieux faire face au problème d'un proche.



Sexe

Dans toutes les autorités administratives participantes, les hommes représentaient la majorité des bénéficiaires de services de traitement en 2013-2014. Ils constituaient aussi la majorité des bénéficiaires de chaque type de traitement. En effet, en 2013-2014, ils représentaient 70,3 % des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement, 58,1 % des épisodes de prise en charge du sevrage à l'externe, 65,4 % des épisodes de traitement en établissement et 63,2 % des épisodes de traitement à l'externe. Ces pourcentages sont stables depuis 2011-2012.

Âge

Environ la moitié (49 %) des épisodes de traitement en 2013-2014 concernaient des personnes de 25 à 44 ans. Plus précisément, ce groupe représentait 51,4 % des épisodes de prise en charge du sevrage en établissement, 61,8 % des épisodes de prise en charge du sevrage à l'externe, 54,1 % des épisodes de traitement en établissement et 47,2 % des épisodes de traitement à l'externe.

Consommation de substances au cours des 12 derniers mois

L'alcool était la substance la plus consommée dans les 12 mois précédents par les clients des centres de traitement financés par le secteur public. En Alberta, en Saskatchewan et en Ontario, les clients âgés de 25 à 34 ans avaient la plus grande prévalence de consommation d'alcool et de cannabis dans l'année précédente. En Nouvelle-Écosse, cependant, les clients de 45 à 54 ans et ceux de 15 à 17 ans avaient respectivement la plus grande prévalence de consommation d'alcool et de cannabis dans l'année précédente.

Motif du traitement

Il est important de connaître la principale substance à l'origine des demandes de traitement au Canada pour plusieurs raisons, entre autres pour améliorer et rendre plus efficace le système et pour mieux comprendre et repérer les tendances et les habitudes néfastes de consommation. Bien que plusieurs autorités administratives ne recueillent pas cette information, on progresse vers un portrait national plus exhaustif. Par exemple, le Manitoba s'attend à recueillir ces données à temps pour le rapport sur les INT de 2016-2017.

L'Ontario et la Nouvelle-Écosse sont actuellement les seules autorités administratives participantes ayant pu fournir cette information. Leurs données indiquent que l'alcool était le principal motif de demande de traitement. En Ontario, la deuxième substance en cause était le cannabis, suivi de la cocaïne, tandis qu'en Nouvelle-Écosse, les opioïdes se trouvaient au deuxième rang.

Situation d'emploi

Les autorités administratives ne sont pas toutes en mesure de recueillir et de rapporter les données sur la situation d'emploi. Cependant, dans chacune de celles qui ont soumis ces données, la plus grande proportion (entre 34,6 % et 53,7 %) des épisodes de traitement concernaient des personnes ayant indiqué être « sans emploi » au moment du traitement.



Nouveaux clients

Dans la plupart des autorités administratives, les nouveaux clients représentent la majorité des bénéficiaires de services de traitement de la consommation de substances. Les « nouveaux cas » sont toutefois définis différemment d'une autorité à l'autre (les définitions propres à chacune se trouvent dans les résumés des autorités administratives). Dans l'ensemble, les nouveaux clients représentaient de 65,3 % à 93,6 % des bénéficiaires uniques de services publics de traitement de la consommation de substances en 2013-2014.

Services les plus utilisés

Le traitement à l'externe représentait la majorité (66,2 %) des épisodes de traitement en 2013-2014, ce qui est toutefois peu étonnant puisqu'il s'agit souvent de la forme de traitement la plus accessible et la moins perturbatrice. Malgré ce résultat, les taux élevés d'utilisation des services n'indiquent pas nécessairement une offre adéquate par rapport aux besoins de la population.

En moyenne, la plupart des bénéficiaires de traitements en établissement et à l'externe ainsi que de prise en charge du sevrage à l'externe ont eu recours à ces services une seule fois durant l'année, alors que les bénéficiaires de programmes de prise en charge du sevrage en établissement y ont eu recours plus souvent.



Projets complémentaires

Plusieurs projets en cours menés par le CCLT et ses partenaires du domaine viennent compléter le projet des INT. En voici quelques exemples, avec leur incidence potentielle pour le projet des INT (et vice versa).

Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies

Mené par le CCLT, le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) est un réseau national de partenaires communautaires qui échangent de l'information sur les tendances locales et les questions émergentes touchant la consommation de substances ainsi que des connaissances et des outils visant à rendre la collecte de données plus efficace. En août 2015, le RCCET a publié un bulletin sur les décès liés au fentanyl au Canada (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015); il prépare actuellement un bulletin sur les programmes communautaires de naloxone au Canada. Les bulletins thématiques comme ceux-là aident à faire connaître l'ampleur de la consommation problématique de substances au pays, ainsi que les répercussions potentielles des tendances associées aux substances sur l'élaboration et l'emploi de nouveaux traitements et services. Ainsi, les documents du RCCET soutiennent le projet des INT et montrent que les problèmes émergents demandent l'amélioration des données et la surveillance de l'utilisation des services à l'échelle nationale.

Protocoles thérapeutiques

Un défi important pour les personnes souhaitant faire traiter un problème de consommation est de s'orienter dans le système de santé pour obtenir les services et les soutiens appropriés. En réaction, le CCLT a entrepris un projet visant à créer des protocoles thérapeutiques pour le traitement des personnes subissant des méfaits associés à l'utilisation de psychotropes sur ordonnance, plus particulièrement les jeunes et les personnes âgées, étant donné la prévalence de l'utilisation de ces substances chez ces groupes et leur vulnérabilité aux méfaits.

À ce jour, les objectifs du projet ont été d'examiner les données probantes et de repérer les lacunes dans les connaissances liées au traitement des méfaits liés aux psychotropes sur ordonnance dans chaque population. En plus de consultations avec des experts en traitement, ces examens ont orienté la conception de protocoles thérapeutiques visant à faciliter l'accès des fournisseurs de soins de santé à des outils pertinents et l'application efficace de ces outils, et à aider les patients à s'y retrouver dans le système de traitement. Au fil du projet, ces protocoles seront élargis pour intégrer des données probantes et des ressources concernant le traitement des méfaits du cannabis et d'autres substances.

En clarifiant les lacunes dans les connaissances et les données probantes actuelles sur les approches et les ressources de traitement de la consommation problématique de substances et en rendant ces données accessibles, le projet de protocoles thérapeutiques orientera la révision des indicateurs existants et la création de nouveaux indicateurs dans l'optique d'améliorer la cohérence et l'exactitude des données et de mieux voir les lacunes dans la prestation de services (p. ex., accès limité à la prise en charge du sevrage à l'externe).

Projet de planification fondée sur les besoins

Une des limites actuelles dans le secteur du traitement est l'impossibilité de mesurer et de planifier avec exactitude l'utilisation des services. Afin de mieux comprendre l'écart entre les besoins et



l'utilisation, le GTINT s'associe à une équipe de recherche sur la planification fondée sur les besoins menée par Brian Rush au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et Joël Tremblay à l'Université du Québec. Cette initiative vise à créer un modèle qui estime les niveaux de besoin de traitements en fonction de données démographiques dérivées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et d'autres sources. Le modèle traduira ensuite ces niveaux de besoin en catégories de services. Les catégories du projet de planification fondée sur les besoins et du projet des INT concordent, ce qui permet de comparer les besoins de la population à l'utilisation des services. Ensemble, ces deux projets apportent des renseignements nécessaires à une planification systémique fondée sur des données probantes.

Par exemple, d'après le modèle d'estimation des besoins bâti à partir de la planification fondée sur les besoins, qui repose sur des données d'enquête de 2002 et les données démographiques actuelles, environ 20 % des Canadiens de 15 ans et plus tireraient profit de conseils ou d'un traitement officiel concernant leur consommation de substances (soit environ 5,7 millions de personnes), et au moins 423 000 de ceux-ci demanderaient de l'aide si les services étaient offerts et accessibles. Ce nombre peut être comparé aux 157 123 personnes (environ) ayant utilisé les services en 2013-2014 rapportées dans le rapport du projet des INT.

Pour le moment, ces données sont assorties de nombreuses limites, comme la nécessité d'une mise à jour avec les données de l'ESCC de 2012; l'exclusion des Autochtones vivant dans les réserves de la population dans le besoin déterminée par enquête; le manque de projections fondées sur les besoins pour la dépendance aux opioïdes sur ordonnance; et le manque de données actuelles sur les INT de plusieurs autorités administratives canadiennes. Dans les prochaines versions du rapport et la planification fondée sur les besoins à jour, ces limites, ainsi que d'autres, devraient être atténuées.



Analyse

La consommation problématique de substances peut entraîner divers méfaits sur les plans économique, social et de la santé qui touchent autant la personne que la société. Veiller à ce que les Canadiens aient accès à un système complet de services et de soutiens efficaces fondés sur des données probantes aidera à réduire les risques et les méfaits associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues au pays.

Les données fournies dans le cinquième rapport sur les INT offrent des renseignements globaux de divers ordres de gouvernement sur les bénéficiaires des services publics de traitement en 2013–2014. Le rapport dresse un portrait de l'utilisation des services de traitement de la consommation de substances dans plusieurs provinces et territoires canadiens, ce qui orientera la planification, l'élaboration et la surveillance du système.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent qu'un éventail de personnes (p. ex., hommes, femmes, jeunes, travailleurs, chômeurs) aux profils de consommation variés accèdent aux services publics de traitement. Pour répondre efficacement aux besoins de cette clientèle hétéroclite, il est nécessaire d'offrir une vaste gamme de services : services en fonction du sexe ou de l'âge, aide au logement et à l'emploi, services à la famille, etc.

Les données du rapport de cette année, ainsi que celles d'un rapport de 2014 sur l'effet des troubles liés aux substances sur l'utilisation des hôpitaux au Canada, indiquent que l'alcool est non seulement la substance la plus couramment consommée parmi la population à la recherche de traitement, mais aussi la substance la plus souvent à l'origine des demandes de traitement, dans les services publics comme en milieu hospitalier (Young et Jesseman, 2014). Ce résultat met en évidence les répercussions continues sur le plan financier et de la santé de l'alcool dans la société canadienne, de même que l'importance d'investir dans des services de traitement ciblés comme l'intervention précoce et le dépistage, l'intervention rapide et l'orientation (Collège des médecins de famille du Canada et Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2012), en plus des initiatives de prévention et de sensibilisation comme les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis et Stockwell, 2011).

Bien que la plupart des gens aient recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, beaucoup le font pour faire face à la consommation d'un membre de la famille ou d'un ami proche, ce qui signifie que les services et les soutiens ne doivent pas s'adresser qu'à la personne directement aux prises avec le problème. Cela met également en évidence les vastes conséquences que la consommation de substances des 1,3 million de Canadiens aux prises avec un problème a sur le monde qui les entoure (Statistique Canada, 2014), ce qui confirme à nouveau le besoin d'augmenter les investissements pour réduire les méfaits de la consommation sur les plans socioéconomique et de la santé.

Les jeunes sont plus vulnérables que les adultes aux méfaits de la consommation d'alcool et d'autres drogues, puisque leur cerveau connaît un développement rapide et considérable. Ces méfaits, par exemple la dépendance, les blessures, les infections, la conduite avec facultés affaiblies et la surdose, peuvent être un fardeau pour les systèmes de santé, de services sociaux et de sécurité publique (Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, 2013). Malgré cette vulnérabilité accrue, les données présentées dans le rapport indiquent que les taux d'utilisation de traitement par les jeunes sont, en comparaison, plutôt faibles. Ces résultats pourraient refléter un écart entre l'utilisation des services et le besoin potentiel, ou la propension des jeunes à rechercher des services dans divers secteurs, notamment les services spécialisés en toxicomanie et en santé mentale, l'éducation, la justice, le logement, la sensibilisation et les soins primaires (Chaim et Henderson, 2014).



Les problèmes – itinérance, infractions, faible rendement scolaire, risque accru de suicide, etc. – qui touchent les jeunes ayant une consommation problématique de substances ou des troubles mentaux concomitants sont de mieux en mieux connus. Cependant, les approches pour les reconnaître et les atténuer sont inégales d'un secteur à l'autre (Chaim, Henderson et Brownlie, 2013). Le spectre entier des besoins des jeunes n'est donc pas toujours déterminé et pris en charge. La mise en place de services adaptés à l'âge dans l'ensemble du continuum de soins est essentielle pour améliorer les approches de traitement destinées à ce groupe.

Malheureusement, la nature des données empêche actuellement des comparaisons précises entre les autorités administratives. Néanmoins, des résultats constants indiquent que les tendances et les habitudes présentent un intérêt dans le cadre de la planification du système et des services; les renseignements sont donc utiles tant au niveau national qu'au niveau des autorités.

Possibilités d'amélioration

Bien que le projet des INT nous ait aidés à mieux comprendre l'utilisation du traitement de la consommation de substances au Canada, il existe encore beaucoup de lacunes à combler dans les connaissances et les renseignements. Par exemple, en tant que pays, nous ne sommes pas en mesure d'estimer le nombre total de Canadiens ayant recours à des traitements pour une consommation problématique. Cette lacune est en partie due au fait qu'on ignore le nombre exact de fournisseurs de services de traitement publics et privés au Canada, tout comme la capacité et le temps d'attente des divers programmes.

Nous manquons aussi de renseignements à jour sur les coûts associés à la consommation problématique de substances. D'après la dernière estimation canadienne, publiée en 2006 (Rehm et coll., 2006), l'abus d'alcool et de drogues a coûté environ 22,8 milliards de dollars aux Canadiens en 2002, dont 20 % (4,2 milliards) étaient attribués aux coûts de soins de santé directs. De plus, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer la somme dépensée pour le traitement de la consommation problématique et des problèmes connexes au Canada. Il serait utile pour la planification des ressources et du système de comprendre les répercussions financières de l'intégration des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie dans plusieurs provinces et territoires.

Les personnes cherchant à faire traiter leur consommation de substances doivent composer avec une difficulté majeure : devoir s'orienter entre les divers services et soutiens (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, 2008). Toutes les autorités administratives du Canada doivent s'efforcer de créer un modèle complet de traitement offrant un continuum de services et de soutiens, quels que soient la nature, la gravité et la complexité du problème ou le point d'accès au système.

Prochaines étapes

Le GTINT est déterminé à améliorer la collecte de données sur les services de traitement de la consommation de substances au Canada ainsi que la production de rapports à ce sujet. Il entend poursuivre son travail pour repérer les incohérences et les erreurs dans la collecte et y remédier afin d'améliorer l'exactitude et la validité des renseignements sur le traitement fournis par chaque province ou territoire.

Afin de mieux saisir l'utilisation des services de traitement au Canada, le CCLT travaille à obtenir des données sur les services publics de traitement dans d'autres autorités administratives qui ne participent pas actuellement au projet des INT. Il tentera également de recueillir de plus amples données sur le traitement dans le secteur privé. Ces efforts contribueront à accroître la pertinence, l'intérêt et l'utilisation du rapport sur les INT au pays.



L'expansion et l'amélioration de l'information fournie au fil des ans ainsi que l'apport de ressources supplémentaires permettront d'atteindre le but du projet des INT : la production d'un tableau exhaustif sur l'utilisation des services en vue d'orienter l'élaboration de politiques, l'allocation de ressources et la mise en œuvre de services de traitement de la consommation de substances au Canada. Nous franchirons ainsi un pas de plus vers l'atteinte de l'objectif global des initiatives de traitement du CCLT, soit d'améliorer la portée, la qualité et l'accessibilité des services et des soutiens pour le traitement de la consommation problématique de substances.

Conclusions

Le rapport sur les INT est actuellement le seul à présenter des renseignements sur les services publics de traitement de la consommation de substances au Canada. Le projet continue de contribuer de façon importante à notre compréhension de l'utilisation de ces services au pays. Le présent rapport fournit de nouveaux renseignements sur les services publics et relève des habitudes et des tendances courantes dans l'utilisation des services. Par l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles de collecte de données, le projet des INT améliore de façon continue la qualité et l'uniformité des données sur le traitement recueillies à l'échelle des autorités administratives afin de dresser un portrait national représentatif de l'utilisation des services de traitement au Canada.



Références

- Alberta Health Services. *System Level Performance Report for Addiction and Mental Health Services in Alberta 2012/13*, 2014. Consulté au www.albertahealthservices.ca/assets/healthinfo/MentalHealthWellness/hi-mhw-system-level-performance-summary-2012-2013.pdf.
- Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2011.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Bulletin du RCCET : Décès impliquant le fentanyl au Canada, de 2009 à 2014*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Youth Services System Review: Phase 2 report*, Toronto, (Ont.), chez l'auteur, 2013.
- Chaim, G., et J. Henderson. *National youth screening project: Phase two report*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014.
- Collège des médecins de famille du Canada et Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation*, 2012. Consulté au www.sbir-diba.ca/fr.
- Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Together we can: The plan to improve mental health and addictions care for Nova Scotians*, 2013. Consulté à novascotia.ca/dhw/mental-health/reports/MHS-Together-We-Can-One-Year-Update.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 (Ont.), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Mental health and addiction indicators: Prototype report*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2001.
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra,... et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006.
- Services de dépendance de la Nouvelle-Écosse. *Addiction services: Annual report 2012-2013*, 2015. Consulté à novascotia.ca/dhw/addictions/documents/Addiction-Services-Annual-Report-2012-2013.pdf.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale – fichier de microdonnées à grande diffusion, spécifications des variables dérivées (VD)*, Ottawa, (Ont.), chez l'auteur, 2014.
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues : Sommaire des résultats pour 2013*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.
- Thomas, G. *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2005.
- Young, M. M., et R. Jesseman. *Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.



Annexe A : Indicateurs utilisés pour la collecte de données de l'exercice financier 2013–2014

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.

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.

Indicateur 5 : Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances, classés par catégories : prise en charge du sevrage en établissement et à l'externe, et traitement en établissement et à l'externe.

Indicateur 6 : Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances, classés par sexe, âge et situation résidentielle et répartis selon les catégories prise en charge du sevrage en établissement et à l'externe, et traitement en établissement et à l'externe.

Indicateur 7 : Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois qui ont précédé le début de leur traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances.

Indicateur 8 : Nombre total de bénéficiaires de traitements de substitution aux opioïdes dans les services publics spécialisés et les cliniques externes de méthadone.

Indicateur 9 : Nombre total de bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies.

Indicateurs 10–21 : Nombre total d'épisodes dans les services publics de traitement spécialisés, classés par la principale substance à l'origine des demandes de traitement.

Indicateurs 22–33 : Nombre total de bénéficiaires uniques dans les services publics de traitement spécialisés, classés par les substances consommées au cours des 12 derniers mois.

Indicateur 34 : Nombre total d'épisodes dans les services publics de traitement spécialisés, classés par situation d'emploi.

Indicateur 35 : Nombre total de bénéficiaires uniques dans les services publics de traitement spécialisés, classés par situation d'emploi.



Annexe B : Membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement¹⁶

Nom	Organisme
Camiré, Martin	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
Chen, Debra	Institut canadien d'information sur la santé
Di'Giacchino, Lisha	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
Edwards, Mark	Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada
Evans, Todd	Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
Gallant, Stephen	Santé Î.-P.-É.
Hansen, Rebecca	Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Services de dépendance du Yukon
Hay, Laura	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Health Canada
Jahrig, Jesse	Services de santé de l'Alberta
Leggett, Sean	Ministère de la Vie saine et des Aînés du Manitoba
Macknak, Kelsey	Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Outhwaite, Harlie	Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
Panait, Daniela	Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada
Pellerin, Annie	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Pirie, Tyler	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
Rocca, Claudio	Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (Ontario)
Ross, David	Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Anciens Combattants Canada
Ross, Pamela	Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
Rush, Brian	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Urbanoski, Karen	Université de Victoria
Vivian-Beresford, Ann	Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Wallingford, Sarah	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
Weekes, John	Service correctionnel du Canada

¹⁶Liste à jour au 14 janvier 2015.



Annexe C : Administration des systèmes et collecte de données pour 2013-2014

Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ¹⁷	Systèmes de données	Système par navigateur ¹⁸	Présentation de rapports ¹⁹
T.-N.-L.	Ministère de la Santé et des Services communautaires	Quatre autorités régionales de la santé	O	CRMS (Client Referral Management System)	N	Annuelle (province)
Î.-P.-É.	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Santé Î.-P.-É. (organisme provincial centralisé)	O	ISM (Integrated System Management)	O	Annuelle
N.-É.	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Neuf régions régionales et le Centre de soins de santé IWK ²⁰	O	ASsist (Addiction Services Statistical Information System Technology)	O	Mises à jour en temps réel (région et province)
N.-B.	Ministère de la Santé	Deux autorités sanitaires régionales	O	RASS (Regional Addiction Service System)	N	Annuelle
Qc	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 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

¹⁷ Fait allusion à l'intégration des services en santé mentale et en toxicomanie sur le plan administratif. O = oui; N = non; EC = en cours.

¹⁸ Fait 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.

¹⁹ Les rapports sont produits au besoin dans chaque autorité administrative.

²⁰ Le 1^{er} avril 2015, neuf régions régionales ont fusionné pour devenir la Nova Scotia Health Authority, qui a établi un partenariat avec le Centre de soins de santé IWK.



Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ¹⁷	Systèmes de données	Système par navigateur ¹⁸	Présentation de rapports ¹⁹
Ont.	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	14 RLISS (réseaux locaux d'intégration des services de santé) Organismes communautaires	0	DASIT (Drogue et alcool - Système d'information sur le traitement)	0	En temps réel
Man.	Ministère de la Vie saine et des Aînés Ministère de la Santé	Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et 11 organismes financés par des subventions provinciales Des services de prise en charge du sevrage en établissement pour adultes et un programme de traitement en établissement sont fournis par les deux autorités sanitaires régionales	N	Bases de données statistiques ministérielles (compatibles avec SPSS) et un système Excel pour les données provinciales globales	N	Données fournies mensuellement à l'Unité de gestion des dépendances par la FMLD et les organismes financés par des subventions provinciales. Les données sur la prise en charge du sevrage en établissement pour adultes sont demandées annuellement.
Sask.	Ministère de la Santé	12 autorités sanitaires régionales et des organismes communautaires	EC	ADG (Alcohol, Drug and Gambling) System AMIS (Addiction and Mental Health Information System – région sanitaire de Saskatoon)	N	Annuelle



Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ¹⁷	Systèmes de données	Système par navigateur ¹⁸	Présentation de rapports ¹⁹
Alb.	Alberta Health	Alberta Health Services (AHS) (principalement) Organismes offrant des services dans le cadre d'un contrat avec les AHS	O	ASIST (Addiction System for Information and Service Tracking) pour les services offerts directement par les AHS STORS (Service Tracking and Outcome Reporting System) pour les organismes sous contrat avec les AHS	O N	Annuelle (à l'échelle provinciale)
C.-B.	Ministère des Services de santé	Une autorité sanitaire provinciale et cinq autorités sanitaires régionales	O	AIMS (Addiction Information Management System) MRR (Minimum Reporting Requirements) ; l'intégration de la santé mentale et de la consommation de substances est à l'étape du projet pilote	N	s.o. (province)
Yn	Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Le ministère est responsable de la prestation de services	N	Base de données Access (saisie manuelle de données dans un fichier Excel)	N	Mensuelle
T.N.-O.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Huit autorités sanitaires	O	Système Excel (saisie manuelle de données)	N	Mensuelle



Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ¹⁷	Systèmes de données	Système par navigateur ¹⁸	Présentation de rapports ¹⁹
Nun.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Centres de santé communautaires Grand recours à des services à l'extérieur du territoire	N	Actuellement, les données sur les clients et le système (mis à part les données financières) ne sont pas recueillies systématiquement	N	s.o.
SCC	Sécurité publique Canada	Cinq régions; établissements et pavillons de ressourcement pour les détenus autochtones	N	SGD (Système de gestion des délinquants)	O	
PNLAADA et PNLASJ	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada	Réseau de programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie Comprend 55 centres ²¹ de traitement des Premières Nations et des programmes communautaires de prévention du PNLAADA dans la majorité des communautés ²²	N	Élaboration d'un nouveau système de collecte de données en cours ²³	N	

²¹ Depuis 2013-2014, la First Nations Health Authority (FNHA) a pris en main la conception, la gestion et la prestation de tous les programmes et services de santé financés par le gouvernement fédéral pour les Premières Nations en Colombie-Britannique, y compris ceux du PNLAADA et du PNLASJ. En 2015-2016, Santé Canada soutient un réseau de 43 centres de traitement ainsi que des services de prévention de la consommation d'alcool et de drogues dans la majorité des communautés des Premières Nations et Inuites au Canada par l'intermédiaire du PNLAADA et du PNLASJ.

²² Depuis 2013-2014, le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations a été publié; ce document souligne les occasions de tirer profit des forces collectives et de contrôler les ressources afin de renforcer les programmes de mieux-être mental existants destinés aux collectivités des Premières Nations. Le cadre se base sur un examen communautaire complet des services et soutiens liés à la consommation de substances pour les Premières Nations.

²³ Depuis 2013-2014, l'AMIS a été créé, mis à l'essai avec succès dans quelques centres de traitement, puis déployé dans tous les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ.



Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ¹⁷	Systèmes de données	Système par navigateur ¹⁸	Présentation de rapports ¹⁹
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 et vers des fournisseurs privés	O	Le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel s'occupe de la gestion du rendement pour les 10 cliniques de traitement	N	Trimestrielle et annuelle



Annexe D : Indicateurs feux vert, jaune et rouge

Les membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT) ont signalé que les indicateurs « feu vert » ci-dessous sont déjà soit enregistrés pour les autorités administratives par des mécanismes de collecte ou pourraient facilement l'être en modifiant les mécanismes existants pendant la première ou la deuxième année du projet des INT (2009–2010 ou 2010–2011).

- Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances.
- Nombre total d'épisodes de traitement dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu.
- Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances.
- Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de jeu.
- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par catégories : prise en charge du sevrage en établissement et à l'externe, et traitement en établissement et à l'externe.
- 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 de prise en charge du sevrage en établissement et à l'externe, et de traitement en établissement et à l'externe.
- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par statut d'usage de drogues injectables.
- Nombre total de bénéficiaires de traitements de substitution aux opioïdes dans les services publics spécialisés et dans les cliniques externes de substitution aux opioïdes.
- Nombre total de bénéficiaires des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies.

Les indicateurs « feu jaune » suivants ont été définis par le GTINT comme des éléments qui, moyennant quelques modifications, pourraient servir à la collecte de données ou comme mécanismes de présentation de rapports.

- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par drogues consommées.
- 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).
- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par situation d'emploi.

Les indicateurs « feu rouge » suivants sont considérés comme non réalisables dans un avenir proche en raison de la nécessité de révisions importantes aux processus de collecte de données ou de défis de taille en matière d'accès aux données requises.

- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics et **privés** spécialisés, classés par âge et sexe.



- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par fréquence de la consommation.
- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par âge de la première consommation.
- Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par identité ethnique ou culturelle.



Annexe E : Données des autorités administratives en fonction des indicateurs de traitement

Indicateur	Yn	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	AIDQ
Nombre total d'épisodes de traitement	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Épisodes de traitement des non-résidents	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	♦	–
Épisodes de traitement pour son propre trouble	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Épisodes de traitement pour le trouble d'un ami ou d'un membre de la famille	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Nombre total d'épisodes de traitement (jeu)	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Épisodes de traitement des non-résidents (jeu)	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	♦	–
Épisodes de traitement pour son propre trouble (jeu)	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	♦	–
Épisodes de traitement pour le trouble d'un ami ou d'un membre de la famille (jeu)	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	♦	–
Nombre total de bénéficiaires de traitement	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Non-résidents ayant recours au traitement	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	♦	–
Bénéficiaires de traitement pour leur propre problème de consommation de substances	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Bénéficiaires de traitement pour le problème de consommation de substances d'un ami ou d'un membre de la famille	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Nombre de nouveaux bénéficiaires de traitement	–	♦	–	♦	♦	♦	♦	♦	–
Nombre total de bénéficiaires de traitement (jeu)	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Non-résidents ayant recours au traitement (jeu)	–	♦	♦	♦	♦	♦		♦	–
Bénéficiaires de traitement pour leur propre problème de jeu	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Bénéficiaire de traitement pour le problème de jeu d'un ami ou d'un membre de la famille	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	♦	–
Nombre de nouveaux bénéficiaires de traitement (jeu)	–	♦	–	♦	♦	♦	♦	♦	–
Épisodes selon la catégorie de traitement (PCSEE, PCSAE, TEE, TAE)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Bénéficiaires selon la catégorie de traitement (PCSEE, PCSAE, TEE, TAE)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Épisodes de traitement selon le sexe	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Épisodes de traitement selon la situation résidentielle	–	♦	–	♦	♦	–	–	♦	–
Épisodes de traitement selon l'âge	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Bénéficiaires de traitement selon le sexe	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Bénéficiaires de traitement selon la situation résidentielle	–	♦	–	♦	♦	–	–	♦	–
Bénéficiaires de traitement selon l'âge	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Épisodes de traitement pour une consommation de drogues injectables selon le sexe	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–	–



Indicateur	Yn	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	AIDQ
Bénéficiaires de traitement pour une consommation de drogues injectables selon le sexe	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–	–
Bénéficiaires de traitement de substitution aux opioïdes selon le sexe	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Bénéficiaires de traitement de substitution aux opioïdes selon l'âge	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–
Bénéficiaires de traitement à la méthadone selon le sexe	–	♦	–	–	–	♦	–	–	–
Bénéficiaires de traitement à la méthadone selon l'âge	–	–	–	–	–	♦	–	–	–
Personnes participant à des programmes relatifs à la CFA	–	–	–	♦	–	♦	–	♦	♦
Personnes participant à des programmes relatifs à la CFA selon le sexe	–	–	–	♦	–	♦	–	♦	♦
Personnes participant à des programmes relatifs à la CFA selon l'âge	–	–	–	♦	–	♦	–	♦	♦
Principale substance à l'origine des demandes de traitement	–	♦	–	–	♦	♦	–	–	–
Principale substance à l'origine des demandes de traitement selon le sexe	–	–	–	–	♦	♦	–	–	–
Principale substance à l'origine des demandes de traitement selon l'âge	–	–	–	–	♦	♦	–	–	–
Substances consommées au cours des 12 derniers mois	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	–	–
Substances consommées au cours des 12 derniers mois selon le sexe	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	–	–
Substances consommées au cours des 12 derniers mois selon l'âge	–	♦	♦	♦	♦	♦	–	–	–
Épisodes de traitement selon la situation d'emploi	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–	–
Bénéficiaires de traitement selon la situation d'emploi	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	–	–
Légende : ♦ Disponible – Non disponible									



Annexe F : Définitions

Bénéficiaire unique

Le bénéficiaire unique correspond à une seule personne. Un bénéficiaire unique peut connaître 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 d'un dossier se déroule habituellement en personne, mais elle peut aussi se faire à distance (p. ex. au téléphone), surtout dans les régions rurales.

Épisode²⁴

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 à l'externe ou en quittant les services puis en y revenant, et connaître 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 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
- Loteries
- 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 un établissement de jeu
- Jeux en ligne demandant de payer pour participer et où les participants peuvent gagner ou perdre de l'argent

Jeu problématique

Le jeu problématique est un comportement lié au jeu qui entraîne des conséquences négatives tant pour le joueur lui-même que pour les personnes de son réseau social ou pour la collectivité

Membre de la famille

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

²⁴Dans les données recueillies d'une autorité administrative à l'autre, des fluctuations existent encore pour cet indicateur. Par exemple, certaines autorités considèrent l'accès à une nouvelle composante du service comme un nouvel épisode, alors que d'autres limitent la désignation « nouvel épisode » uniquement à l'accès au système de traitement dans son ensemble.



Nouveau bénéficiaire

Bénéficiaire unique qui a entrepris un traitement au cours de l'année de déclaration en cours. Cette statistique exclut donc les bénéficiaires d'épisodes de traitement ayant 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 counseling ou un suivi) devraient être comptés. Ne sont pas inclus les soins ambulatoires ou de désintoxication rapide. La prise en charge du sevrage **en établissement** 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 »).

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 coupables 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 problèmes liés à l'alcool, aux drogues ou au jeu (ne sont pas inclus ceux qui s'occupent du tabagisme).

Situation d'emploi

La situation d'emploi inclut l'emploi à temps plein, l'emploi à temps partiel, les études, le chômage et autre (retraite, travail non rémunéré, aide à l'emploi, assurance-emploi, invalidité, congé autorisé).

Situation résidentielle

La situation résidentielle fait référence au fait de déclarer avoir un domicile fixe ou non.

Traitement à l'externe

Le traitement à l'externe englobe tous les services qui ne font pas partie des catégories de désintoxication ou de traitement en établissement. Cette catégorie comprend les soins pour patients à l'externe, 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 aux fins de 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.

Traitement en établissement

Le traitement en établissement 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.



Annexe G : Catégories de substances

Catégorie	Exemples
Alcool	bière, vin, spiritueux
Cannabis	marijuana, hachisch, huile de hachisch
Cocaïne	poudre de cocaïne, roches de cocaïne épurée (crack)
Opioides ²⁵	morphine, codéine, héroïne, fentanyl, méthadone, opium, OxyContin
Stimulants (autres que la cocaïne)	amphétamines, méthamphétamines, ecstasy, méthylphénidate
Somnifères et sédatifs	tranquillisants, antidépresseurs, barbituriques, benzodiazépines, GHB, méthaqualone
Hallucinogènes	LSD, champignons magiques, PCP, mescaline, salvia, kétamine
Inhalants et solvants	essence, colle, laque pour les cheveux, aérosols, produits de nettoyage domestique, diluant pour peinture
Stéroïdes et drogues visant à augmenter la performance	hormone de croissance humaine, testostérone, Winstrol, Dianabol
Médicaments sans ordonnance	antihistaminique, aspirine, éphédrine
Médicaments sur ordonnance ²⁶	Concerta, Ritalin, Adderall, Dexidrine
Autres drogues	alcool impropre à la consommation

²⁵ Cela comprend les opioïdes sur ordonnance.

²⁶ Cela ne comprend pas les opioïdes sur ordonnance.