



Centre canadien sur  
les dépendances et  
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

[www.ccdus.ca](http://www.ccdus.ca) • [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)

# Traitement de la dépendance au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2014-2015

Décembre 2017

# Traitement de la dépendance au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

## Données de 2014-2015

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : McQuaid, R.J., L.A. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Traitement de la dépendance au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement – données de 2014-2015*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500  
Ottawa, ON K1P 5E7  
Tél. : 613-235-4048  
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une 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 à [www.ccdus.ca](http://www.ccdus.ca).

This document is also available in English under the title:

*Addiction Treatment in Canada: The National Treatment Indicators Report: 2014–2015 Data*

ISBN 978-1-77178-464-1



## **Auteurs**

**Robyn J. McQuaid, Ph.D.**

Analyste, Recherche et politiques, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

**Lisha A. Di Gioacchino, M.A.**

Courtière du savoir, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

**Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement**

## **Remerciements**

Le CCDUS tient à remercier les membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GNINT) ainsi que leurs provinces et territoires respectifs pour leur grand enthousiasme à l'égard de ce projet. Voir la liste de tous les membres du GNINT à l'annexe A.

## **Conflit d'intérêts**

Les auteurs du rapport n'ont pas de conflit d'intérêts à déclarer.





# Table des matières

Synthèse générale .....	1
Services de traitement au Canada : ce que nous savons .....	1
Traitement pour des amis et des membres de la famille .....	1
Sexe... ..	1
Situation d'emploi.....	2
Âge.... ..	3
Catégories de traitement.....	4
Alcool et autres drogues.....	5
Introduction .....	7
Projet sur les indicateurs nationaux de traitement.....	7
Meilleures connaissances nationales et internationales sur le traitement au Canada .....	8
Méthodes .....	10
Collecte de données.....	10
Limites .....	11
Résultats.....	11
Yukon.....	13
Alberta.....	15
Saskatchewan.....	19
Manitoba .....	23
Ontario.....	27
Nouvelle-Écosse .....	31
Nouveau-Brunswick .....	35
Île-du-Prince-Édouard .....	37
Terre-Neuve-et-Labrador .....	41



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 .....	44
Discussion.....	49
Projets complémentaires .....	51
Conclusion .....	52
Bibliographie .....	53
Annexe A : membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement.....	54
Annexe B : indicateurs utilisés pour la collecte de données de 2014-2015 .....	55
Annexe C : définitions.....	56
Annexe D : disponibilité des indicateurs de traitement dans les autorités administratives, pour les données de 2014-2015 .....	58
Annexe E : catégories de substances.....	60



## Synthèse générale

Le présent rapport sur les indicateurs nationaux de traitement (INT) est le sixième d'une série et comprend de l'information descriptive agrégée sur les bénéficiaires qui ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances au Canada en 2014-2015. Le rapport sur les INT demeure la seule source nationale accessible de renseignements sur 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. Ce rapport vise à contribuer à la collecte de l'information systémique dont les décideurs ont besoin pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer les services et soutiens factuels pour le traitement de la consommation de substances au Canada. Le présent rapport est le premier de la série à fournir des données du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ). Les résultats de l'analyse de cette année sont regroupés en deux parties : la première vient agréger les données de plusieurs autorités administratives pour résumer nos connaissances actuelles sur l'utilisation des services de traitement au Canada, mettant ainsi en évidence, quand c'est possible, les tendances communes à l'ensemble des autorités administratives; la seconde, elle, présente de l'information sur le traitement propre à chaque autorité administrative.

## Services de traitement au Canada : ce que nous savons

Ce rapport sur les INT présente des données sur les services publics de traitement de la consommation de huit provinces canadiennes, soit l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Ces données indiquent que du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015, 150 222 bénéficiaires uniques (à l'exclusion du Nouveau-Brunswick)<sup>1</sup> ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation, ce qui correspond à 203 629 épisodes de service. Ajoutons que 464 jeunes Inuits et des Premières Nations ont fréquenté des centres de traitement relevant du PNLASJ.

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

Un **épisode de service** correspond à une admission dans un service de traitement donné, associée à un congé ou à une fermeture de dossier. Une personne peut accéder à plusieurs services au cours d'une même année; ainsi passer d'un programme ou service à un autre (p. ex. d'un service de prise en charge du sevrage à un traitement à l'externe) représente deux épisodes de service. Un service de traitement à l'externe peut prendre la forme de nombreuses séances.

### Traitement pour des amis et des membres de la famille

En 2014-2015, la majorité des bénéficiaires (92,0 %, n = 138 108) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances; cela dit, 8,0 % (n = 12 044) l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille (ces données excluent le Nouveau-Brunswick).

### Sexe

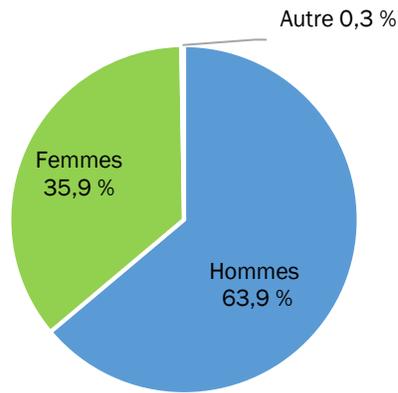
En 2014-2015, ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service. Ainsi, dans l'ensemble des autorités administratives, les hommes représentaient 63,9 % (n = 120 940)

<sup>1</sup> Les données du Nouveau-Brunswick n'ont pu être incluses aux totaux agrégés en raison de divergences dans les méthodes de collecte de données utilisées.

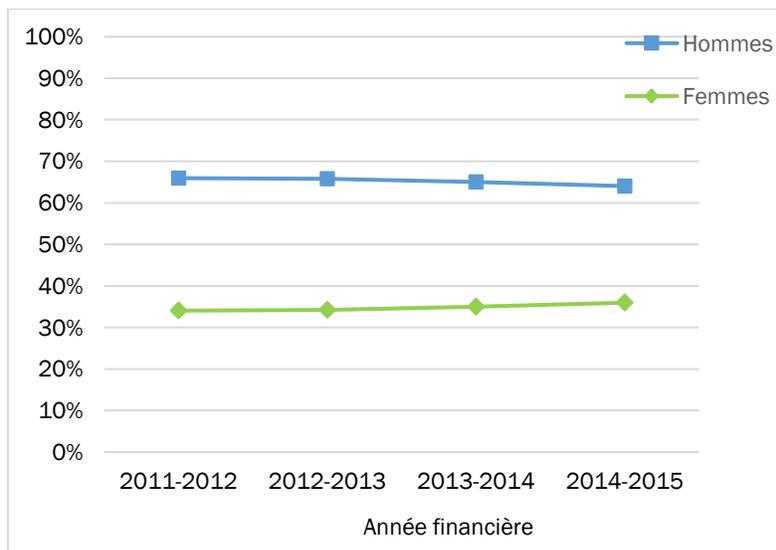


des épisodes de service, alors que les femmes représentaient 35,9 % (n = 67 928) (figure 1). Cette tendance s'est maintenue de 2011-2012 à 2014-2015 (figure 2).

**Figure 1. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)<sup>2,3,4</sup>**



**Figure 2. Tendances dans les épisodes de service, selon le sexe, de 2011-2012 à 2014-2015<sup>5</sup>**



## Situation d'emploi

La plus grande proportion des bénéficiaires qui ont recours au traitement ont dit être « au chômage » (38,0 %), suivi de ceux disant travailler à temps plein (27,5 %), au moment du traitement (figure 3). Il

2 Ces données excluent le Nouveau-Brunswick.

3 La mention « propre consommation » dans les figures fait référence aux épisodes de service ou aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

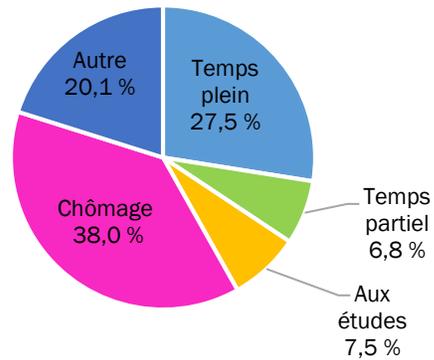
4 Les autorités administratives ne recueillent pas toutes des données sur le sexe « Autre » (voir leurs sections respectives dans ce rapport).

5 Quelques autorités administratives ont fourni des données pour l'analyse de cette tendance (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador). Aucune donnée pour l'année financière 2012-2013 pour l'Île-du-Prince-Édouard.



n'existe en Alberta et en Nouvelle-Écosse aucune catégorie d'emploi pour les étudiants, d'où une possible sous-représentation du pourcentage d'étudiants en traitement.

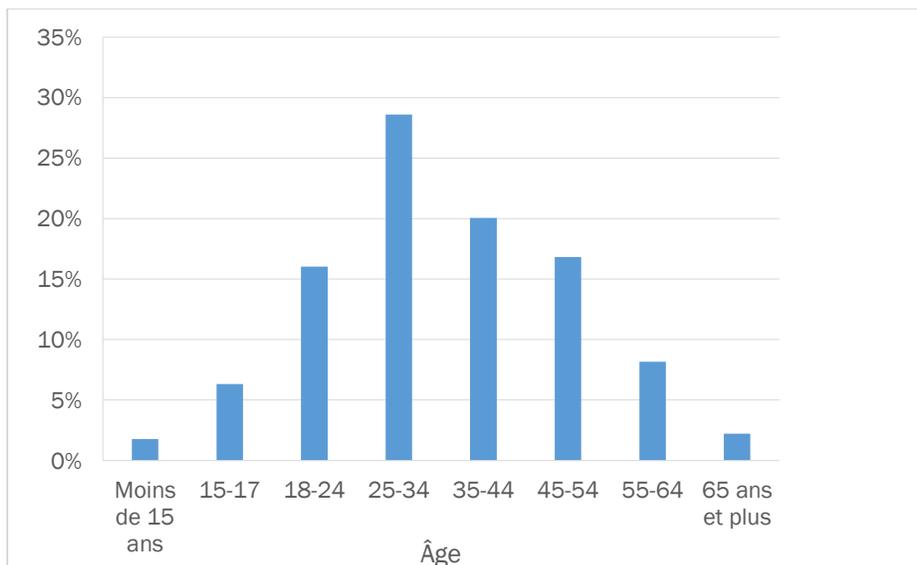
**Figure 3. Situation d'emploi des bénéficiaires (propre consommation)<sup>6,7</sup>**



## Âge

Ce sont les 25 à 34 ans qui ont enregistré le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service (28,6 %) en 2014-2015 (figure 4). Cette tendance dans l'âge s'est maintenue de 2011-2012 à 2014-2015.

**Figure 4. Épisodes de service, selon l'âge (propre consommation)<sup>8</sup>**



6 Ces données excluent Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick et le Manitoba.

7 Autres situations d'emploi possibles : enfant, handicapé, personne au foyer, à la retraite, travailleur saisonnier, autre, inconnu ou aucune réponse. Ces choix varient d'une autorité administrative à l'autre (voir leurs sections respectives dans ce rapport).

8 Ces données excluent le Nouveau-Brunswick.



## Catégories de traitement

En 2014-2015, le traitement à l'externe (TE) était le service utilisé dans la majorité (67,4 %) des épisodes de service, suivi de la prise en charge du sevrage à l'interne (PCSI), du traitement à l'interne (TI) et de la prise en charge du sevrage à l'externe (PCSE) (figure 5). De toutes les autorités administratives ayant fourni des données, seules l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard offrent des services de PCSE.

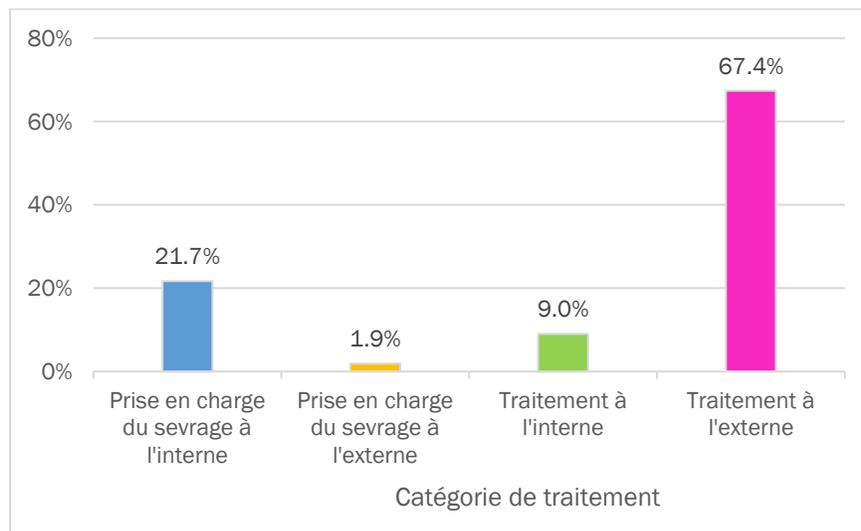
Les tendances observées dans les catégories de traitement se sont maintenues de 2011-2012 à 2014-2015 (figure 6). Cela dit, malgré les tendances générales enregistrées, on remarque que le recours aux diverses catégories de traitement varie d'une autorité administrative à l'autre (voir leurs sections respectives dans ce rapport pour une description détaillée). À noter toutefois que des taux élevés d'utilisation des services n'indiquent pas nécessairement une offre adéquate par rapport aux besoins de la population.

Le **traitement à l'externe (TE)** 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.

Le **traitement à l'interne (TI)** 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-abri, 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.

La prise en charge du sevrage désigne l'étape initiale supervisée durant laquelle se déroule le sevrage des substances. La **prise en charge du sevrage à l'interne (PCSI)** correspond aux programmes où les clients dorment au centre de prise en charge du sevrage, au centre de traitement ou à l'hôpital. Quant à la **prise en charge du sevrage à l'externe (PCSE)**, elle comprend la désintoxication de jour ainsi que la désintoxication à la maison ou dans la communauté.

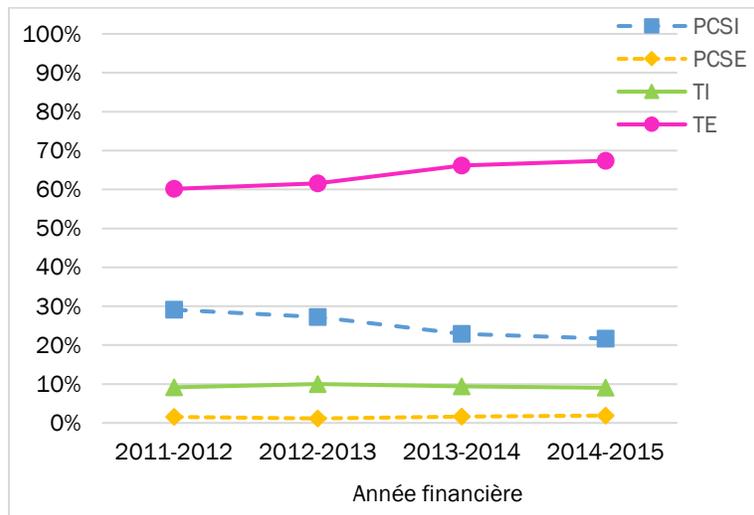
Figure 5. Épisodes de service, selon la catégorie de traitement (propre consommation)<sup>9</sup>



<sup>9</sup> Ces données excluent le Nouveau-Brunswick.



Figure 6. Tendances dans les épisodes de service, selon la catégorie de traitement, de 2011-2012 à 2014-2015<sup>10</sup>



### Alcool et autres drogues<sup>11</sup>

L'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard sont les seules provinces ayant fourni des données sur la principale substance à l'origine des demandes de traitement; les autres ne recueillent aucune information sur le sujet. Dans ces trois provinces, l'alcool était, et de loin, la principale substance à l'origine des demandes de traitement. Le tableau 1 montre que la deuxième substance à l'origine des demandes de traitement était le cannabis en Ontario et les opioïdes en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Tableau 1. Principale substance à l'origine des demandes de traitement (propre consommation)

Ontario	Nouvelle-Écosse	Île-du-Prince-Édouard
n° 1 alcool	n° 1 alcool	n° 1 alcool
n° 2 cannabis	n° 2 opioïdes	n° 2 opioïdes
n° 3 cocaïne	n° 3 cannabis	n° 3 cannabis
n° 4 opioïdes	n° 4 cocaïne	n° 4 cocaïne

L'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba ne recueillent aucune donnée sur la principale substance à l'origine des demandes de traitement, mais elles en recueillent sur les substances consommées au cours des 12 derniers mois chez les bénéficiaires qui ont recours au traitement. Ainsi, dans ces trois provinces, l'alcool était la substance la plus couramment consommée par les bénéficiaires, suivi du cannabis (tableau 2).

Tableau 2. Substances consommées au cours des 12 derniers mois

Alberta	Saskatchewan	Manitoba
n° 1 alcool	n° 1 alcool	n° 1 alcool
n° 2 cannabis	n° 2 cannabis	n° 2 cannabis
n° 3 cocaïne	n° 3 opioïdes	n° 3 opioïdes
n° 4 opioïdes	n° 4 somnifères	n° 4 cocaïne

10 Quelques autorités administratives ont fourni des données pour l'analyse de cette tendance (Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador). Aucune donnée pour l'année financière 2012-2013 pour l'Île-du-Prince-Édouard.

11 Ces données sur des substances particulières excluent le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador.



Les données du présent rapport portent principalement sur les bénéficiaires qui ont recours au traitement pour des troubles liés aux substances au Canada et indiquent qu'un éventail de personnes (p. ex. hommes, femmes, jeunes, personnes âgées, travailleurs, chômeurs), aux profils de consommation variés, accèdent aux services publics de traitement. Si elles rendent bien compte de cette diversité, les données font aussi ressortir certaines tendances qui se maintiennent au fil du temps. Ainsi, ce sont constamment les bénéficiaires âgés de 25 à 34 ans qui ont recours au plus grand nombre d'épisodes de service par rapport aux autres groupes d'âge, d'où la nécessité de mener des activités de prévention et d'intervention précoce auprès des jeunes.

Le projet INT nous a certes aidés à mieux comprendre l'utilisation du traitement de la consommation de substances au Canada, mais il reste encore beaucoup de lacunes à combler dans les connaissances et les renseignements. De concert avec le CCDUS, le GNINT entend poursuivre le travail fait pour assurer une collecte de données plus précises et complètes. En dépit de ces limites et lacunes, le présent rapport fait ressortir quelques tendances qui se maintiennent au fil des rapports INT et qui pourraient permettre de guider la planification du système de traitement.



## Introduction

La consommation problématique de substances représente un enjeu important pour la santé, l'économie et la société au Canada. Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015, 11,7 % des personnes de 15 ans et plus ont dépassé les limites des Directives de consommation d'alcool à faible risque au cours des sept derniers jours et 12,3 % ont dit avoir pris du cannabis au cours des 12 derniers mois. De plus, 13 % des Canadiens de 15 ans ou plus ont dit avoir consommé au moins une drogue illicite au cours des 12 derniers mois<sup>12</sup> et, parmi eux, 15 % ont dit avoir subi au moins un type de méfaits (Statistique Canada, 2017). Ajoutons que 4,4 % des Canadiens de 15 ans et plus (environ 1,3 million de personnes) répondaient aux critères de trouble lié aux substances en 2012 (Statistique Canada, 2014). L'un des moyens d'alléger le fardeau de la consommation de substances est le recours au traitement factuel. Or, plusieurs sources, dont le projet sur les indicateurs nationaux de traitement (INT) et le projet de planification fondée sur les besoins (Rush, Tremblay, Fougere, Behrooz, Perez et Fineczko, 2014), indiquent qu'il y a un écart entre les personnes qui pourraient bénéficier de services de traitement et celles qui y ont recours. De fait, aux États-Unis, une seule personne sur dix ayant un trouble lié aux substances reçoit des services spécialisés (Surgeon General Report, 2017).

Pour pouvoir offrir aux Canadiens un accès adéquat et rapide aux traitements disponibles, il faut des données fiables propices à une planification efficace des systèmes et des services. Le projet INT répond au besoin d'obtenir des données plus rigoureuses sur les services de traitement en appliquant une série de mesures qui permettent de recueillir des données sur le système de traitement au Canada en fonction de catégories communes. Ce rapport sur les INT est le sixième d'une série et comprend de l'information descriptive agrégée sur le recours aux services publics de traitement de la consommation de substances au Canada pour l'année financière 2014-2015. Le rapport sur les INT demeure la seule source nationale accessible de renseignements sur 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. Le rapport s'adresse à un vaste public, notamment à des chercheurs, des analystes, des dirigeants, des décideurs et des conseillers, qui ont besoin d'information pour appuyer la planification et la mise en œuvre des services ainsi que les communications.

## Projet sur les indicateurs nationaux de traitement

Le projet INT a été créé en 2009 à partir de travaux réalisés par l'Institut canadien d'information sur la santé (2001), le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) (Thomas, 2005) et le Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement (2008). Il a été conçu en vue de recueillir des données cohérentes entre les autorités administratives pour combler les lacunes en matière d'information et améliorer la qualité, l'accessibilité et la gamme des services de traitement offerts au Canada.

Le projet est dirigé par le CCDUS et le GTINT, qui a été formé en 2009. Le GTINT est composé de représentants d'autorités administratives canadiennes assurant la prestation de services de traitement. En janvier 2017, le GTINT réunissait des représentants de dix provinces, d'un territoire, de plusieurs ministères fédéraux et provinciaux chargés de la prestation de services de traitement,

---

<sup>12</sup> Quelques exemples de drogues illicites : cannabis; cocaïne ou crack; amphétamines, méthamphétamine ou méthamphétamine en cristaux; ecstasy; hallucinogènes; salvia; inhalants; héroïne; ainsi que l'abus d'analgésiques, de stimulants et de sédatifs pour leurs effets euphoriques.



du Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes (YSAC) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (voir la liste des membres du GTINT à l'annexe A).

Cette année, des représentants du YSAC, qui encadre le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ), sont devenus membres du GTINT. Ce dernier arrive, dans son rapport, à broser un tableau plus complet avec l'ajout des données de 2014-2015 du Nouveau-Brunswick et du PNLASJ. L'objectif du GTINT est de continuer à recruter de nouveaux membres et à élargir et renforcer sa collecte de données pour se faire une meilleure idée de la situation à l'échelle nationale. Parmi les améliorations qui seront apportées, notons l'obtention de données de l'ensemble des provinces, territoires et organismes nationaux chargés de la prestation de services de traitement de la consommation, ce qui inclut les services dispensés en milieu hospitalier et les services non spécialisés fournis par des partenaires du milieu communautaire et du secteur privé.

Le projet INT est financé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada.

## Meilleures connaissances nationales et internationales sur le traitement au Canada

Au Canada, l'administration et la prestation de services de santé relèvent de chaque province ou territoire, et sont guidées par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et territoires financent ces services avec l'aide du gouvernement fédéral. Certains organismes fédéraux offrent aussi des traitements à des populations particulières, comme le Service correctionnel du Canada dans le cas des détenus sous responsabilité fédérale; Anciens Combattants Canada dans le cas des vétérans, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada; et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, qui finance le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le PNLASJ dans le cas des Premières Nations et des Inuits. Précisons que les données présentées ici n'incluent pas les fournisseurs de traitement financés par le privé<sup>13</sup>.

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. Bien que les autorités administratives recueillent toutes des renseignements dans une optique d'efficacité et de suivi des activités, la nature et la complexité de ces efforts varient considérablement. En raison de ces variations, il est souvent impossible de comparer les données recueillies d'une province ou d'un territoire à l'autre, mais lorsque ces données sont regroupées, elles commencent à former un tableau pancanadien sur le recours au traitement de la consommation qui peut guider la planification des systèmes et 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, notamment sur les services nationaux de traitement, de façon annuelle ou semestrielle. Avant le projet 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 quelques provinces et territoires seulement, ou sur des estimations

---

<sup>13</sup> Les fournisseurs de traitement financés par le privé fonctionnent de façon indépendante et ne sont pas tenus de fournir des données aux autorités administratives ou à toute autorité fédérale.



obtenues par l'extrapolation, à l'échelle nationale, des données de quelques autorités administratives. C'est donc dire que le projet INT renforce la capacité du Canada à fournir, à l'échelle internationale, des renseignements cohérents et fiables sur les services de traitement de la consommation offerts au pays.



## Méthodes

Le présent rapport sur les INT comprend de l'information descriptive agrégée sur les personnes qui ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances au Canada en 2014-2015. Il réunit des renseignements sur quatre catégories de traitement : traitement à l'interne (TI), traitement à l'externe (TE), prise en charge du sevrage à l'interne (PCSI) et prise en charge du sevrage à l'externe (PCSE). Nous avons demandé aux membres du groupe de travail de fournir de l'information sur 47 indicateurs. (L'annexe B dresse la liste complète des indicateurs utilisés pour la collecte de données, et l'annexe C présente une définition de termes utilisés dans les indicateurs.) Quelques autorités administratives n'ont pu le faire pour chaque indicateur, puisqu'elles n'arrivent pas à recueillir ces renseignements de façon systématique. (L'annexe D représente la disponibilité des indicateurs dans les autorités administratives.) Les quelques indicateurs retenus pour le présent rapport sont ceux qu'a approuvés le GTINT.

Les données présentées ici sont le résultat d'un processus en plusieurs étapes. D'abord, les fournisseurs de services entrent les données concernant les clients, lesquelles sont ensuite soumises à l'échelle régionale ou provinciale, selon les exigences en matière de déclaration. Les données sont ensuite analysées à l'échelle provinciale selon les définitions et les protocoles de collecte élaborés par le CCDUS en consultation avec les membres du GTINT<sup>14</sup>. Puis, les données sont saisies dans une plateforme électronique sécurisée conçue spécialement pour le projet INT. Enfin, le CCDUS analyse les données et produit le rapport en consultation étroite avec le GTINT.

## Collecte de données

Ce sixième rapport sur les INT contient des renseignements sur les personnes qui ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances en 2014-2015. Plus précisément, des 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, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador. Des données territoriales, elles, ont été fournies par le Yukon, et des données fédérales, par le PNLAADA, le PNLASJ et la DGSPNI.

Divers systèmes, méthodes et processus sont actuellement utilisés 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 processus de dépistage et d'évaluation ou d'admission. Dans la plupart des provinces et territoires, des régies régionales de la santé gèrent la collecte de ces renseignements et fournissent ensuite un résumé au ministère provincial de la Santé ou à d'autres organismes de financement ou de surveillance. Toutefois, le financement du traitement de la consommation se fait parfois à partir d'une seule enveloppe budgétaire, 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.

---

<sup>14</sup> Il est possible d'obtenir les protocoles de collecte de données en les demandant au CCDUS. Voir l'annexe B pour en savoir plus sur le processus de collecte de données.



## Limites

Il existe plusieurs limites d'ordre général aux données actuelles, décrites ci-dessous, et plusieurs limites propres aux autorités administratives, mentionnées dans leur section respective de ce rapport. Ces limites devraient s'estomper, 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. Cependant, pour le moment, il faut tenir compte des limites suivantes lors de l'examen et de l'interprétation des données :

- **Services inclus** : Les données ne représentent que les services publics de traitement; les services offerts au privé sont donc exclus. De nombreuses personnes aux prises avec une consommation problématique de substances sont aussi atteintes de plusieurs autres problèmes de santé pouvant expliquer leur contact avec le système de santé. Le rapport ne prend cependant pas compte de la plupart des traitements de la consommation de substances offerts en milieu hospitalier ou de soins primaires. À mesure que le projet INT progressera, le CCDUS entend 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** : Neuf des 11 autorités administratives membres du GTINT ont été en mesure de contribuer au rapport de cette année. Celles qui n'ont pu le faire ont invoqué des motifs comme l'impossibilité de recueillir ou de diffuser des données. Le CCDUS 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 de données à l'échelle des services se développe, ce qui permettra d'accroître la cohérence des prochains rapports.
- **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. Les définitions des indicateurs de base sont continuellement révisées, au fil du projet, pour s'assurer qu'elles reflètent bien ce qui se passe sur le terrain.
- **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 administratives 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 administratives utilisent des protocoles identiques pour la collecte de données, il n'est pas encore possible de comparer les données fournies par chaque autorité.

## Résultats

Des données et des renseignements sur les services de traitement offerts en 2014-2015 sont présentés plus loin; chaque autorité administrative compte sa propre section. Les résultats portent notamment sur le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire et tiennent compte du fait qu'une



personne peut avoir eu plusieurs épisodes au cours d'une année donnée. Toutefois, le ratio établit une moyenne qui peut être influencée par des variations dans la façon dont les autorités administratives définissent les épisodes ou par un petit nombre de personnes ayant eu un nombre élevé d'épisodes.



## Yukon

Population : 36 872<sup>15</sup>

Sexe : 18 754 hommes; 18 118 femmes

### 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 six rapports annuels publiés à ce jour. On a découvert en 2014, pendant la collecte de données, que les deux outils utilisés dans le territoire se contredisaient, ce qui faussait les données. Une équipe de projet explore actuellement les options en vue d'adopter un système de base de données qui recueillera de l'information non seulement pour le projet INT, mais aussi pour les rapports mensuels au ministère de la Santé.

En août 2016, le Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie de Whitehorse s'est installé dans un nouvel immeuble et offre une gamme élargie de programmes à Whitehorse et dans les 14 collectivités rurales du Yukon. La nécessité d'avoir une base de données fonctionnelle permettant aux clients de passer facilement d'un programme à l'autre a été soulevée. La mise en place d'une base de données pouvant héberger le dossier électronique des clients dans un endroit centralisé, qui réduirait le volume de renseignements consignés en double et l'accès à l'information des clients, permettrait au personnel de fournir de meilleurs services aux clients. Ajoutons qu'un système centralisé aidera le Bureau à recueillir des données utiles pour comprendre les déplacements des clients dans le système, ainsi que leur utilisation des services, pour une prestation de programmes et de services reposant sur des décisions éclairées.

### Services actuellement offerts par le Bureau

**Services de lutte contre la dépendance dans les collectivités :** Ils offrent des aides et des services aux collectivités rurales yukonaises dans des domaines comme la sensibilisation à la dépendance, la prévention, le counseling et le suivi postcure.

**Service de prévention :** Il offre des séances de formation sur une gamme de sujets en lien avec la toxicomanie. Des ateliers s'adressent aux professionnels de domaines connexes et aux groupes communautaires.

### Services de traitement

*Services de consultation externe :* Ils offrent du counseling individuel et du soutien aux familles, des séances de counseling sans rendez-vous et des services de counseling d'appoint, des services de dépistage et d'évaluation, du counseling en vue du traitement, un traitement des troubles concomitants, une gestion de cas et un aiguillage vers des ressources appropriées, un soutien postcure, des groupes d'aide au rétablissement et des groupes de soutien psychopédagogiques.

*Traitement en établissement :* Il propose simultanément deux programmes intensifs de traitement en résidence pour adultes, un pour les hommes (10 lits) et l'autre pour les femmes (10 lits). Chaque programme exige un engagement minimal de cinq semaines (le matériel du programme suit un cycle de cinq semaines) et peut s'étendre jusqu'à 15 semaines. La durée du séjour est déterminée en fonction des besoins de chaque personne et des recommandations formulées par l'équipe interdisciplinaire.

---

15 Les données démographiques sur le Yukon et les provinces pour 2014 sont tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=0510001&tabMode=dataTable&srchLan=-1&p1=-1&p2=9>.



*Services offerts aux jeunes* : Ils offrent des services de prévention, de sensibilisation et de counseling aux élèves de la 5<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année qui fréquentent les écoles de Whitehorse et au Bureau. Ces services sont aussi proposés aux jeunes qui ne sont pas inscrits dans une école. Les intervenants en toxicomanie qui travaillent auprès des jeunes collaborent avec les organismes jeunesse communautaires pour fournir des services de counseling, donner des formations et favoriser le renforcement des compétences des jeunes.

**Centre de gestion du sevrage (désintoxication)** : Il offre du soutien pour que les clients traversent en toute sécurité leur période de sevrage, caractérisée par des symptômes physiques et psychologiques. Il y a quatorze lits pour les adultes et quatre lits pour les jeunes (14 à 18 ans), dans une section jeunesse distincte. Des infirmières auxiliaires autorisées et des préposés aux clients en résidence assurent une présence continue (24 heures sur 24). Pendant la semaine, deux travailleurs sociaux offrent un programme de jour faisant notamment appel à des discussions en groupe, des documents d'information, des aiguillages et de l'aide à la mise en place d'un plan de rétablissement.



## Alberta

Population : 4 108 283

Sexe : 2 089 081 hommes; 2 019 202 femmes

### Aperçu et sommaire<sup>16</sup>

En Alberta, les services de traitement relèvent de Santé Alberta. Les Services de santé de l'Alberta (SSA) sont les principaux responsables de la prestation de services, qu'ils fournissent directement et par l'intermédiaire d'organismes avec lesquels ils ont conclu un contrat. Les services de santé mentale sont intégrés avec les services de traitement de la consommation sur le plan administratif. Deux systèmes sont actuellement utilisés pour recueillir des données sur le traitement en Alberta. Les SSA utilisent le Addiction System for Information and Service Tracking [système pour le suivi des services et des renseignements en matière de dépendance] (ASIST), tandis que les organismes sous contrat avec les SSA utilisent le Service Tracking and Outcome Reporting System [système de suivi des services et de déclaration des résultats] (STORS). À noter qu'ASIST est un système accessible sur le Web<sup>17</sup>, alors que STORS est une base de données électronique constituée à partir de données saisies sur support papier. Un compte rendu des données provinciales est produit chaque année.

### Considérations et limites importantes

- Les données sur la grande majorité des services directs des SSA sont saisies dans le système ASIST, mais certaines régions de la province (c.-à-d. zones de santé) ont d'autres programmes de traitement de la dépendance qui n'entrent pas de données dans ASIST. Le manque d'accès à ces données fait qu'elles sont exclues de la présente analyse.
- Les SSA n'offrent aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.
- À compter de cette année, avec ce rapport préparé avec des données de 2014-2015, les SSA ont cessé de soumettre des données sur les services de traitement de la dépendance fournis par des organismes sous contrat (STORS) pour ne soumettre que celles sur les services de traitement qu'ils offrent directement. Du coup, le nombre total d'épisodes de service indiqué dans ce rapport est d'environ 15 % inférieur au nombre des rapports précédents, ce qui n'aura toutefois aucune incidence sur les données sur les bénéficiaires uniques (il est impossible d'identifier ces bénéficiaires dans STORS et les organismes sous contrat ne recueillent aucune information les concernant). C'est donc dire qu'il faudrait éviter de comparer certains indicateurs aux résultats présentés dans les rapports précédents.
- Pour le présent rapport, un « nouveau cas » est défini comme un bénéficiaire unique ayant entrepris un traitement pendant l'année financière, ce qui exclut donc les bénéficiaires dont les épisodes de service ont débuté au cours de l'année précédente.

---

<sup>16</sup> En plus de surveiller l'utilisation des services, les SSA suivent d'autres indicateurs liés aux soins, comme la satisfaction des clients, les temps d'accès et les résultats. Des renseignements supplémentaires sur la surveillance du rendement des services en dépendance et en santé mentale se trouvent dans le rapport *System Level Performance Report for Addiction and Mental Health Services in Alberta 2014/15* (Services de santé de l'Alberta, 2016).

<sup>17</sup> Un système accessible sur le Web peut se connecter à un système central de collecte de données qui permet aux utilisateurs, où qu'ils soient, de saisir directement des données et qui peut produire des rapports de synthèse.



## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 31 321 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics (services directs des SSA) de traitement de la consommation en Alberta, ce qui correspond à 41 089 épisodes de service. De ce nombre, 76,0 % (n = 23 807) étaient de nouveaux cas. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 64,2 % (n = 23 008), alors que les femmes représentaient 35,2 % (n = 12 626) (figure 7). Comme le montre la figure 8, la majorité des bénéficiaires (n = 27 092) ont eu recours à des services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 4 229 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

Figure 7. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)

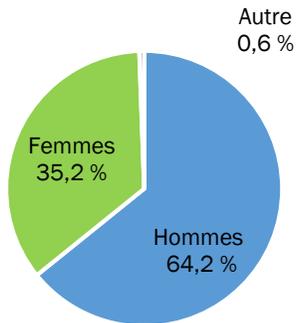
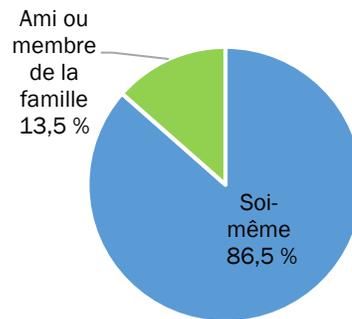
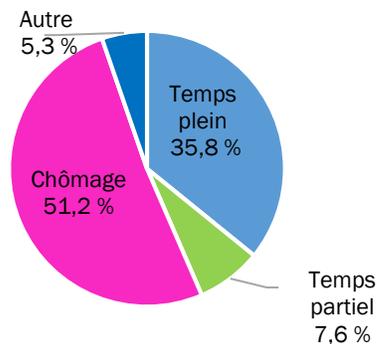


Figure 8. Bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation ou celle d'un proche



Des renseignements sur la situation d'emploi des bénéficiaires ont été recueillis au moment du traitement (voir la figure 9).

Figure 9. Situation d'emploi des bénéficiaires (propre consommation)<sup>18,19</sup>



18 Comme l'Alberta ne considère pas la catégorie « Aux études » comme une situation d'emploi dans sa collecte de données, cette information ne peut être présentée ici.

19 La catégorie « Autre » est utilisée quand la situation d'emploi est inconnue.



## Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 78,8 %, étaient pour un traitement à l'externe, 14,6 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne et 6,6 % pour un traitement à l'interne. Comme le montre le tableau 3, cette tendance se remarque tant chez les hommes que les femmes<sup>20</sup>.

**Tableau 3. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe<sup>21</sup> et la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>22</sup>, propre consommation**

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Nombre total
<b>Épisodes de service</b>				
Total (inclut les bénéficiaires de sexe inconnu)	78,8 %	14,6 %	6,6 %	n = 35 838
Hommes	78,2 %	14,8 %	7,0 %	n = 23 008
Femmes	79,8 %	14,1 %	6,1 %	n = 12 626
<b>Bénéficiaires uniques</b>				
Total (inclut les personnes de sexe inconnu)	80,7 %	12,0 %	7,3 %	n = 31 146
Hommes	80,6 %	11,9 %	7,6 %	n = 20 139
Femmes	81,0 %	12,2 %	6,8 %	n = 10 820

Le tableau 4 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement et montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont recours au traitement à l'externe une fois par année.

**Tableau 4. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)**

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

## Épisodes de service, selon l'âge

Comme le montre la figure 10, ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service.

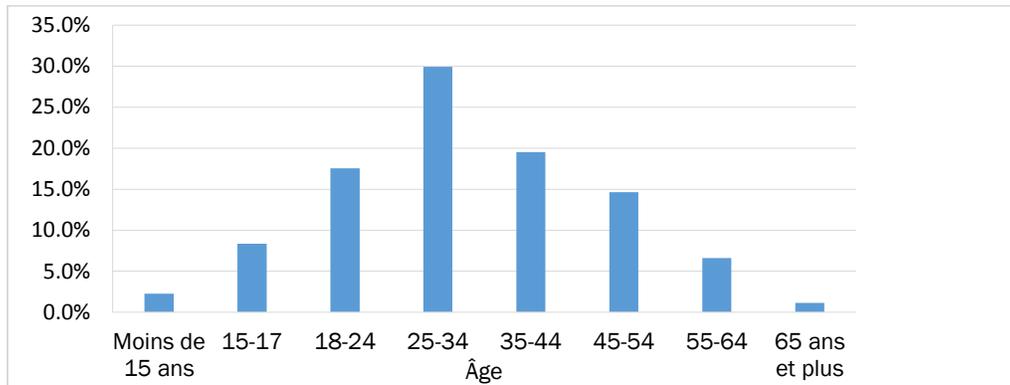
20 Comme quelques bénéficiaires seulement ont sélectionné l'option « Autre », les nombres étaient trop faibles pour être présentés par catégorie de traitement.

21 La proportion de bénéficiaires de sexe inconnu est inférieure à 1 %.

22 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.



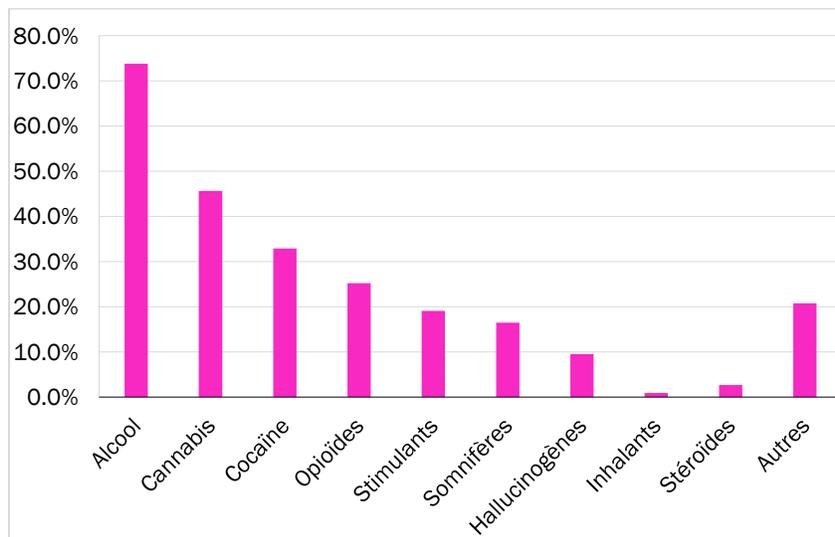
Figure 10. Épisodes de service, selon l'âge<sup>23</sup> (propre consommation)



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

Chez les personnes ayant eu recours à des services de traitement en Alberta en 2014-2015, 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 (figure 11).

Figure 11. Consommation de substances dans la dernière année chez les bénéficiaires uniques ayant eu recours au traitement (propre consommation)<sup>24,25,26,27</sup>



**Remarque :** Les bénéficiaires peuvent déclarer la consommation de plusieurs substances au cours des 12 derniers mois. L'annexe E présente une liste complète des catégories de substances, avec des exemples.

23 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

24 Les nombres font référence aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

25 Comme les catégories « Médicaments en vente libre » et « Médicaments sur ordonnance » n'existent pas en Alberta, elles n'apparaissent pas dans la figure 11.

26 En Alberta, les antidépresseurs sont inclus dans la catégorie « Autres ».

27 Comme certains bénéficiaires ne déclarent pas toutes les substances qu'ils ont prises dans la dernière année, les pourcentages présentés ici sont sous-estimés.



## Saskatchewan

Population : 1 121 285

Sexe : 565 493 hommes; 555 792 femmes

### Aperçu et sommaire<sup>28</sup>

En Saskatchewan, les services publics de traitement relèvent du ministère de la Santé. Leur prestation est assurée directement par 12 régions régionales de la santé, une région régionale distincte dans le nord de la province et des organismes communautaires. La Saskatchewan a intégré dans une certaine mesure les services en santé mentale et ceux en consommation de substances, aux plans administratif et clinique. Le ministère de la Santé utilise un seul système appelé Alcohol, Drug and Gambling [alcool, drogue et jeu] (ADG) pour saisir les données de ses régions régionales de la santé et de ses organismes communautaires sur les services de traitement des problèmes d'alcool et de drogue. À noter toutefois que la région sanitaire de Saskatoon ne saisit aucune donnée dans le système et présente plutôt des rapports annuels au ministère de la Santé.

### Considérations et limites importantes

- Les régions régionales de la santé et les organismes communautaires financés par le ministère de la Santé pour fournir des services de traitement des problèmes d'alcool et de drogue dans la province soumettent tous leurs données par le système ADG, sauf la région sanitaire de Saskatoon. Soulignons cependant que les données de l'ensemble des régions régionales et des organismes communautaires sont incluses dans le présent rapport. Le système ADG de la Saskatchewan suit les épisodes de service plutôt que les nouvelles admissions; c'est donc dire que les données ne reflètent pas le nombre de cas distincts (c.-à-d. nouveaux) pour l'année financière concernée.
- En ce qui concerne le sexe, le système ADG ne comprend que les catégories « hommes » et « femmes ».
- En Saskatchewan, les programmes de prise en charge du sevrage sont offerts à l'interne.
- Les fournisseurs de traitement n'ont pas tous été en mesure de fournir des données sur l'ensemble des indicateurs. Par conséquent, il pourrait y avoir des incohérences dans les données présentées plus loin.

## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 13 038 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation en Saskatchewan, ce qui correspond à 19 112 épisodes de service. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 61,2 % (n = 10 886), alors que les femmes représentaient 38,7 % (n = 6 889) (figure 12). Comme le montre la figure 13, la majorité des bénéficiaires (n = 11 851) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre

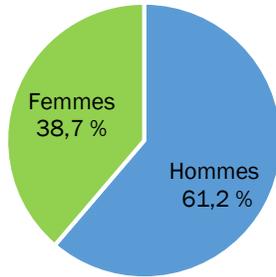
---

<sup>28</sup> En plus de suivre l'utilisation des services, le ministère de la Santé, en collaboration avec les régions régionales de la santé, a établi des valeurs de référence pour le temps d'attente maximal pour accéder aux 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<sup>er</sup> avril 2013, les régions régionales de la santé ont commencé à soumettre mensuellement des données 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.

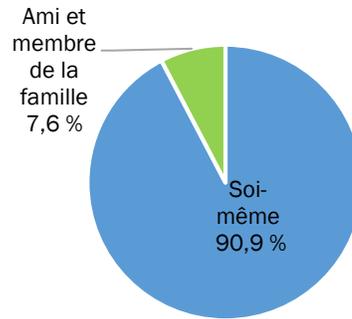


consommation problématique de substances, mais 987 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

**Figure 12. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)**

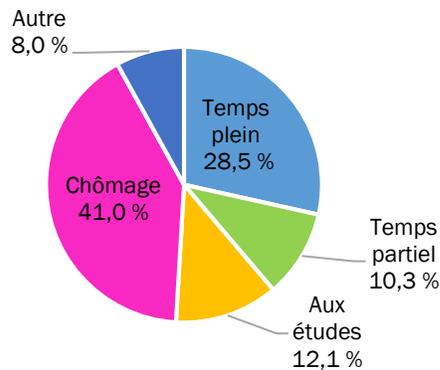


**Figure 13. Bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation ou celle d'un proche<sup>29</sup>**



Des renseignements sur la situation d'emploi des bénéficiaires ont été recueillis au moment du traitement (voir la figure 14).

**Figure 14. Situation d'emploi des bénéficiaires (propre consommation)<sup>30</sup>**



## Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 65,0 %, étaient pour un traitement à l'externe, 24,1 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne et 10,8 % pour un traitement à l'interne. Comme le montre le tableau 5, cette tendance se remarque tant chez les hommes que les femmes.

29 Pourcentage total inférieur à 100 %, puisque des données pour cet indicateur manquaient dans 208 cas.

30 Quelques situations d'emploi incluses dans « Autre » : personne au foyer, à la retraite et travailleur saisonnier.

**Tableau 5. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>31</sup>, propre consommation**

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Nombre total
<b>Épisodes de service</b>				
Total	65,0 %	24,1 %	10,8 %	n = 17 785
Hommes	65,4 %	24,2 %	10,5 %	n = 10 886
Femmes	64,5 %	24,1 %	11,3 %	n = 6 889
<b>Bénéficiaires uniques</b>				
Total	66,1 %	21,6 %	12,3 %	n = 14 946
Hommes	65,9 %	21,8 %	12,2 %	n = 8 972
Femmes	64,4 %	22,5 %	13,1 %	n = 5 621

Le tableau 6 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement et montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont recours au traitement à l'externe une fois par année.

**Tableau 6. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)**

Traitement à l'externe	1,2
Prise en charge du sevrage à l'interne	1,3
Traitement à l'interne	1,0

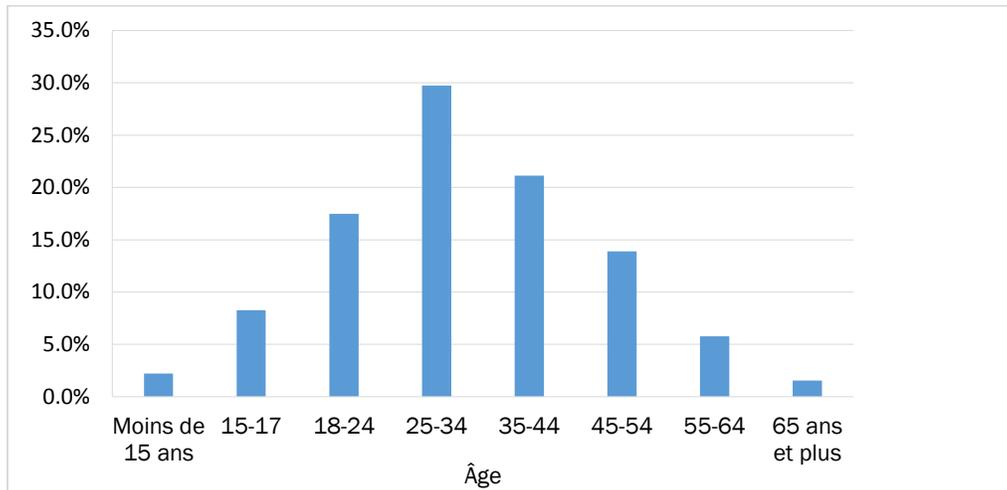
### Épisodes de service, selon l'âge

Comme le montre la figure 15, ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service.

31 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.



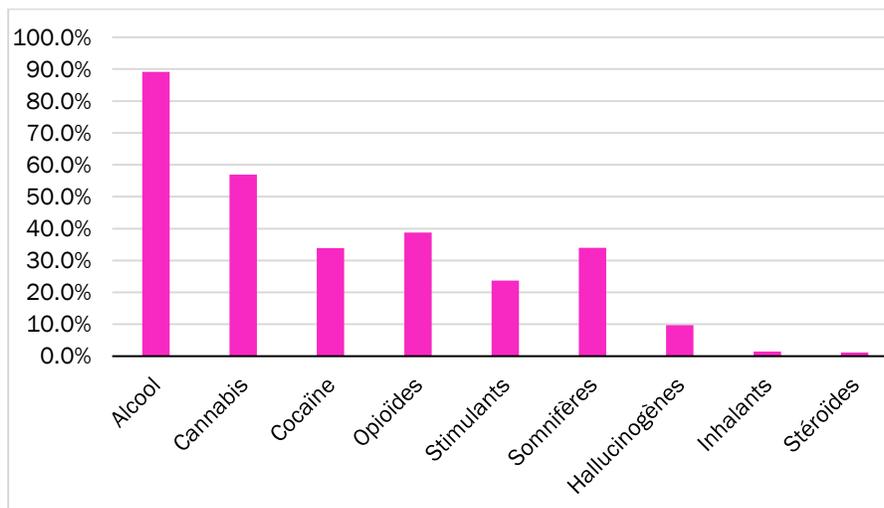
Figure 15. Épisodes de service, selon l'âge<sup>32</sup> (propre consommation)



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

Chez les personnes ayant eu recours aux services de traitement en Saskatchewan en 2014-2015, l'alcool était la substance la plus couramment utilisée dans les 12 mois précédant le traitement, suivi par le cannabis, les opioïdes, les somnifères et la cocaïne (figure 16).

Figure 16. Consommation de substances dans la dernière année chez les bénéficiaires uniques ayant eu recours au traitement (propre consommation)<sup>33,34</sup>



**Remarque :** Les bénéficiaires peuvent déclarer la consommation de plusieurs substances au cours des 12 derniers mois. L'annexe E présente une liste complète des catégories de substances, avec des exemples.

32 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

33 Les nombres font référence aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

34 La Saskatchewan ne recueille aucune donnée sur les catégories « Médicaments sur ordonnance » et « Médicaments en vente libre » et n'avait aucune substance « Autres » à déclarer.



## Manitoba

Population : 1 280 953

Sexe : 636 674 hommes; 644 279 femmes

### Aperçu et sommaire

Au Manitoba, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé, Aînés et Vie active. Ils sont fournis par l'intermédiaire de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD) et de 11 organismes provinciaux subventionnés. Un service de prise en charge du sevrage à l'interne pour adultes et un programme de traitement à l'interne sont offerts par l'entremise de deux régies régionales de la santé. Les services de santé mentale et de traitement de la consommation ne sont pas intégrés actuellement sur le plan administratif. Deux systèmes sont utilisés pour recueillir des données provinciales agrégées sur le traitement, soit Vie saine, Jeunesse et Aînés, ainsi qu'un système Excel. Les données sont fournies tous les trois mois à la section de lutte contre les dépendances par la FMLD et d'autres organismes financés par des subventions provinciales. Tous les établissements de prise en charge du sevrage à l'interne pour adultes doivent soumettre annuellement des données, sauf un.

### Considérations et limites importantes

- Le Manitoba n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.
- Certains organismes n'ont pas été en mesure de fournir des données pour quelques indicateurs. Le Manitoba a seulement soumis de l'information pour les indicateurs pour lesquels la plupart des organismes, dont la FMLD, recueillent des données.
- La province travaille actuellement à améliorer les processus de collecte de données à l'échelle des organismes.
- Les processus de collecte de données au Manitoba ne se recoupent pas entièrement, ce qui complique la validation complète des données fournies par les organismes.
- Puisque les organismes publics manitobains ne s'échangent pas de données, les nouveaux cas ne peuvent être suivis à l'échelle du système.
- Les données sur les cas reportés (c.-à-d. ceux qui ont débuté en 2012-2013 et se sont poursuivis en 2013-2014) ne sont pas fournies par tous les organismes manitobains et n'ont donc pas été soumises pour 2014-2015.

## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 9 726 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation au Manitoba, ce qui correspond à 16 064 épisodes de service. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 58,1 % (n = 8 731), alors que les femmes représentaient 41,9 % (n = 6 290) (figure 17). Comme le montre la figure 18, la majorité des bénéficiaires (n = 9 290) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 528 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.



Figure 17. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)

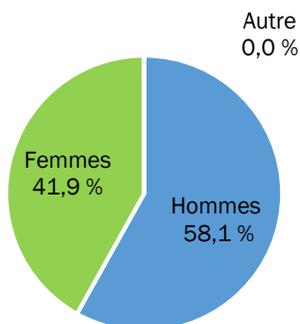
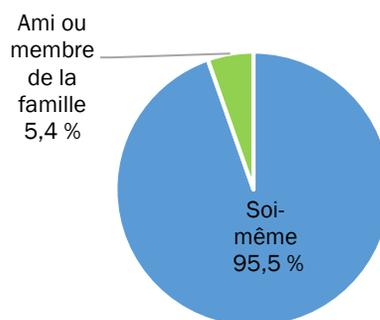


Figure 18. Bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation ou celle d'un proche<sup>35</sup>



### Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 74,1 %, étaient pour un traitement à l'externe, 8,8 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne et 17,1 % pour un traitement à l'interne. Comme le montre le tableau 7, cette tendance se remarque tant chez les hommes que les femmes.

Tableau 7. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe<sup>36</sup> et la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>37</sup>, propre consommation

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Nombre total
<b>Épisodes de service</b>				
Total	74,1 %	8,8 %	17,1 %	n = 15 036
Hommes	73,9 %	10,4 %	15,8 %	n = 8 731
Femmes	74,5 %	6,5 %	19,0 %	n = 6 290
<b>Bénéficiaires uniques</b>				
Total	66,6 %	10,9 %	22,4 %	n = 10 549 <sup>38</sup>

Le tableau 8 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement et montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont recours au traitement à l'externe plus d'une fois par année.

35 Le pourcentage total peut dépasser 100 % puisque certains bénéficiaires ont recours au traitement tant pour leur propre consommation que pour celle d'un membre de leur famille.

36 L'option « Autre » est offerte au Manitoba, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés par catégorie de traitement.

37 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

38 L'un des fournisseurs de services ayant fourni des données ne les avaient pas réparties en fonction du sexe et de l'âge des bénéficiaires uniques; ces données sont donc exclues pour le Manitoba.



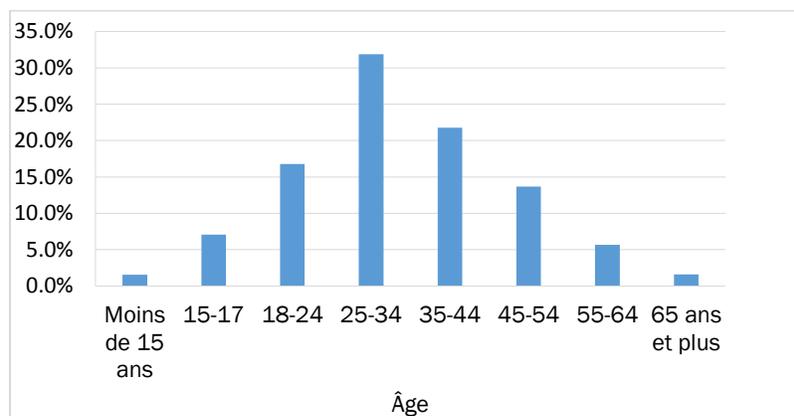
**Tableau 8. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)**

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

## Épisodes de service, selon l'âge

Comme le montre la figure 19, ce sont les 25 à 34 ans qui présentent le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service.

**Figure 19. Épisodes de service, selon l'âge<sup>39</sup> (propre consommation)**



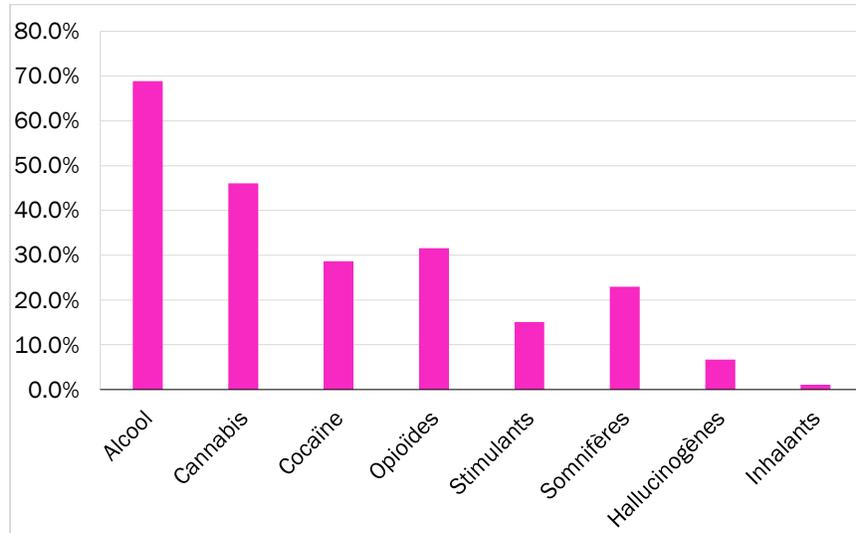
## Consommation de substances dans la dernière année chez les bénéficiaires uniques ayant recours au traitement

Chez les personnes ayant eu recours aux services de traitement au Manitoba en 2014-2015, l'alcool était la substance la plus couramment utilisée dans les 12 mois précédant le traitement, suivi par le cannabis, les opioïdes et la cocaïne (figure 20).

<sup>39</sup> Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.



Figure 20. Consommation de substances dans la dernière année chez les bénéficiaires uniques ayant eu recours au traitement (propre consommation)<sup>40,41</sup>



**Remarque :** Les bénéficiaires peuvent déclarer la consommation de plusieurs substances au cours des 12 derniers mois. L'annexe E présente une liste complète des catégories de substances, avec des exemples.

40 Les nombres font référence aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

41 Comme les catégories « Stéroïdes », « Médicaments sur ordonnance », « Médicaments en vente libre » et « Autres » n'existent pas au Manitoba, elles n'apparaissent pas dans la figure 19.



## Ontario

Population : 13 685 171

Sexe : 6 723 083 hommes; 6 962 088 femmes

### Aperçu et sommaire

En Ontario, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et sont administrés par 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui eux assurent la planification et le financement des services fournis par des organismes communautaires. Les services de santé mentale sont souvent intégrés aux services de traitement de la consommation sur le plan administratif. Pour recueillir des données sur le traitement, l'Ontario utilise le système Drogue et alcool – système d'information sur le traitement (DASIT), qui relie plusieurs systèmes en ligne de gestion des données sur la santé<sup>42</sup>. Le ministère et les RLISS ont accès aux données, sous forme de rapports mensuels, trimestriels et annuels.

### Considérations et limites importantes

En Ontario, un « nouveau cas » est défini comme l'admission, dans une période de référence donnée, dans un organisme participant pour commencer à y recevoir des services.

## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 82 430 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation en Ontario, ce qui correspond à 107 920 épisodes de service. De ce nombre, 73,7 % (n = 60 741) étaient de nouveaux cas. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 64,4 % (n = 65 768), alors que les femmes représentaient 35,5 % (n = 36 237) (figure 21). Comme le montre la figure 22, la majorité des bénéficiaires (n = 76 966) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 5 464 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

---

<sup>42</sup> Une base de données centralisée relie un système de gestion des données sur la santé accessible sur le Web et un système tiers de gestion des dossiers médicaux d'urgence. Ces systèmes permettent aux utilisateurs, où qu'ils soient en Ontario, de gérer les dossiers de santé des clients, de planifier et d'offrir des services et de soumettre les données qu'ils sont tenus de fournir. Ces données sont agrégées pour produire des rapports de synthèse.



Figure 21. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)

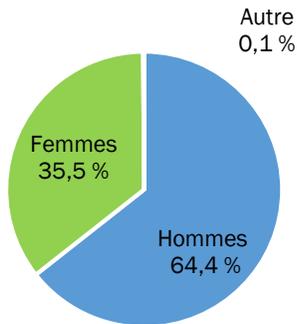
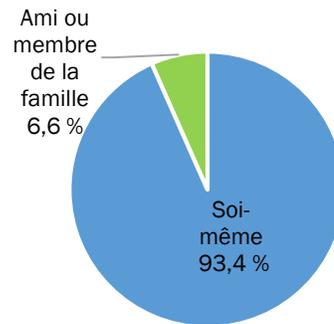
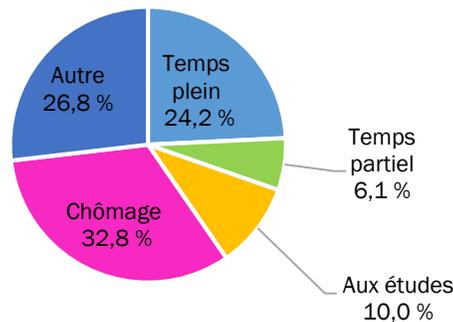


Figure 22. Bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation ou celle d'un proche



Des renseignements sur la situation d'emploi des bénéficiaires ont été recueillis au moment du traitement (voir la figure 23).

Figure 23. Situation d'emploi des bénéficiaires (propre consommation)<sup>43</sup>



### Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 61,8 %, étaient pour un traitement à l'externe, 25,8 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne, 9,5 % pour un traitement à l'interne et 2,9 % pour une prise en charge du sevrage à l'externe. Comme le montre le tableau 9, cette tendance se remarque tant chez les hommes que les femmes.

<sup>43</sup> Autres situations d'emploi possibles : handicapé, à la retraite, non sur le marché du travail, autre, inconnu ou situation d'emploi absente.



**Tableau 9. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe<sup>44</sup> et la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>45</sup>, propre consommation**

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Prise en charge du sevrage à l'externe	Nombre total
<b>Épisodes de service</b>					
Total	61,8 %	25,8 %	9,5 %	2,9 %	n = 102 138
Hommes	57,4 %	29,5 %	10,3 %	2,8 %	n = 65 768
Femmes	69,7 %	19,0 %	8,1 %	3,2 %	n = 36 237
<b>Bénéficiaires uniques</b>					
Total	68,5 %	17,5 %	10,6 %	3,4 %	n = 76 966
Hommes	66,2 %	19,2 %	11,3 %	3,3 %	n = 48 402
Femmes	72,4 %	14,7 %	9,4 %	3,5 %	n = 28 436

Le tableau 10 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement et montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont recours au traitement à l'externe une fois par année.

**Tableau 10. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)**

Traitement à l'externe	1,2
Prise en charge du sevrage à l'interne	2,0
Traitement à l'interne	1,2
Prise en charge du sevrage à l'externe	1,1

### Épisodes de service, selon l'âge

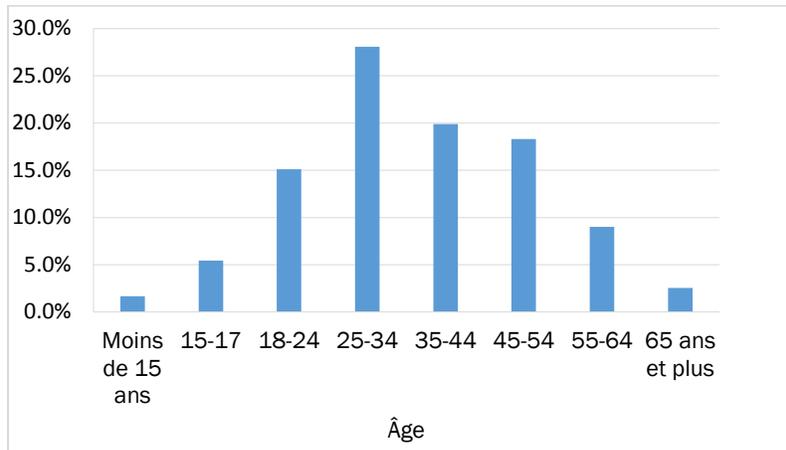
Comme le montre la figure 24, ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service.

44 L'option « Autre » est offerte en Ontario, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés par catégorie de traitement.

45 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.



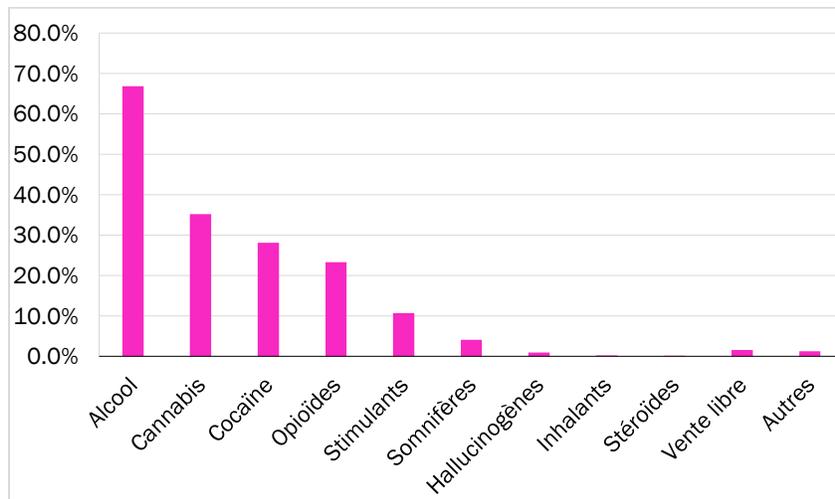
Figure 24. Épisodes de service, selon l'âge<sup>46</sup> (propre consommation)



### Épisodes de service, selon la principale substance à l'origine des demandes de traitement

Comme le montre la figure 25, l'alcool était la principale substance déclarée comme à l'origine des demandes de traitement : il était en cause dans 66,9 % des épisodes de service, suivi par le cannabis (35,2 %) et la cocaïne (28,1 %).

Figure 25. Principale substance à l'origine des demandes de traitement<sup>47</sup> (propre consommation)



**Remarque :** Les bénéficiaires peuvent déclarer jusqu'à deux principales substances. L'annexe E présente une liste complète des catégories de substances.

46 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

47 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.



## Nouvelle-Écosse

Population : 943 294

Sexe : 462 623 hommes; 480 671 femmes

### Aperçu et sommaire

En Nouvelle-Écosse, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le 1<sup>er</sup> avril 2015, la province a fusionné les neuf districts en une seule régie de la santé, soit la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, qui regroupe les régions ouest, nord, est et centrale, ainsi que le Centre de santé IWK. Les services en santé mentale et en dépendance relèvent certes du même ministère, mais il n'existe actuellement aucun système qui réunit l'information sur les clients qui reçoivent à la fois des services en santé mentale et en dépendance. Pour présenter des données sur les indicateurs de traitement pour ce rapport, la province a utilisé le système ASsist (Addiction Services Statistical Information System Technology, ou système d'information statistique sur les services en dépendance). Il s'agit d'un système par navigateur dans lequel les données sont soumises en temps réel.

### Considérations et limites importantes

- En Nouvelle-Écosse, un « nouveau cas » est défini comme un bénéficiaire n'étant pas inscrit auparavant dans le système ASsist. Le système cherche un numéro de dossier ou une combinaison de prénom, nom et date de naissance. Si aucune de ces informations n'est trouvée, un nouveau dossier est créé.
- En Nouvelle-Écosse, le nombre de bénéficiaires indiqué dans ce résumé désigne ceux qui participaient activement à un programme pendant la période à l'étude.
- La prestation de services de prise en charge du sevrage à l'externe a pris fin dans toutes les régions de la province à la fin d'avril 2014. Ce qui veut dire qu'il n'y a aucune donnée sur le sujet dans le présent rapport, qui contient des données de 2014-2015. C'est donc dire qu'il faut éviter de comparer les données provinciales fournies ici à celles des rapports précédents<sup>48</sup>.
- Pour l'année 2014-2015, on a constaté qu'une région de la province avait cessé d'entrer des données sur la prise en charge du sevrage dans ASsist. Ce qui veut dire qu'il pourrait y avoir sous-estimation du nombre de cas de prise en charge du sevrage à l'interne présenté ici pour la province. Il faudrait donc éviter de comparer les résultats fournis ici à ceux des rapports précédents.

## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 8 553 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation en Nouvelle-Écosse, ce qui correspond à 11 958 épisodes de service. De ce nombre, 68,1 % (n = 5 824) étaient de nouveaux cas. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 68,7 % (n = 7 857), alors que les femmes représentaient

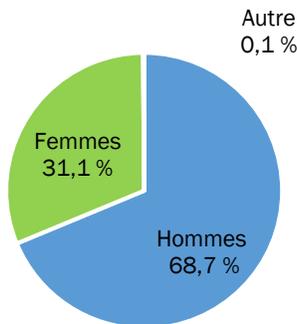
---

<sup>48</sup> En 2013-2014, la Nouvelle-Écosse a mis au point un modèle de prestation de services pour la prise en charge du sevrage à l'interne. Ce modèle vise à offrir un accès rapide à des soins en dépendance sûrs, à diriger les bénéficiaires vers le niveau de service le moins intrusif qui correspond à leurs besoins et à veiller à ce que la prise en charge du sevrage à l'interne s'intègre aux autres services en santé mentale et en dépendance, le tout pour favoriser la prestation de soins coordonnés et efficaces pour une meilleure santé.

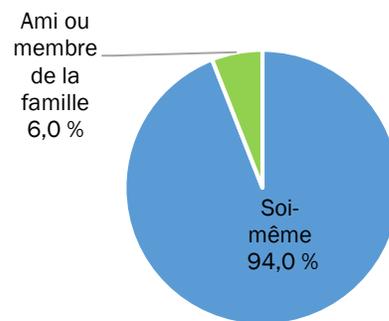


31,1 % (n = 3 557) (figure 26). Comme le montre la figure 27, la majorité des bénéficiaires (n = 8 043) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 510 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

**Figure 26. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)**

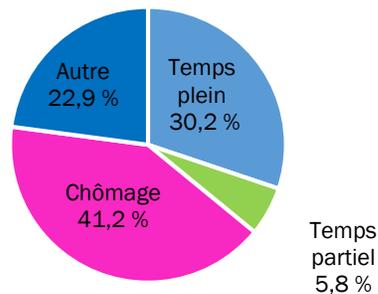


**Figure 27. Bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation ou celle d'un proche**



Des renseignements sur la situation d'emploi des bénéficiaires ont été recueillis au moment du traitement (voir la figure 28).

**Figure 28. Situation d'emploi des bénéficiaires (propre consommation)<sup>49</sup>**



## Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 79,0 %, étaient pour un traitement à l'externe, 20,0 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne et 0,8 % pour un traitement à l'interne. Comme le montre le tableau 11, cette tendance se remarque tant chez les hommes que les femmes.

<sup>49</sup> Autres situations d'emploi possibles : handicapé, prestataire d'une rente d'invalidité, travailleur saisonnier, à la retraite ou aucune réponse. De plus, comme la Nouvelle-Écosse ne considère pas la catégorie « Aux études » comme une situation d'emploi dans sa collecte de données, cette information ne peut être présentée ici.

**Tableau 11. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe<sup>50</sup> et la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>51</sup>, propre consommation**

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Nombre total <sup>52</sup>
<b>Épisodes de service</b>				
Total	79,0 %	20,0 %	0,8 %	n = 11 430
Hommes	79,3 %	19,9 %	0,6 %	n = 7 857
Femmes	78,6 %	20,1 %	1,1 %	n = 3 557
<b>Bénéficiaires uniques</b>				
Total	90,7 %	8,9 %	0,3 %	n = 8 043
Hommes	90,6 %	9,1 %	0,2 %	n = 5 633
Femmes	91,1 %	8,5 %	0,4 %	n = 2 413

Le tableau 12 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement et montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont recours au traitement à l'externe une fois par année.

**Tableau 12. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)<sup>53</sup>**

Traitement à l'externe	1,2
Prise en charge du sevrage à l'interne	3,2
Traitement à l'interne	4,0

## Épisodes de service, selon l'âge

Comme le montre la figure 29, ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service.

50 L'option « Autre » est offerte en Nouvelle-Écosse, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés par catégorie de traitement.

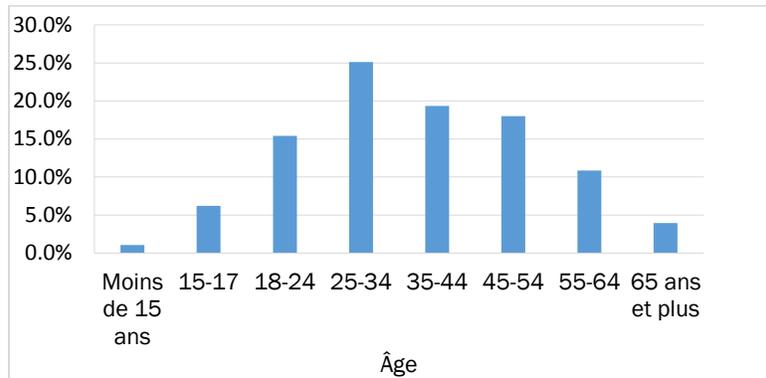
51 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

52 La somme des pourcentages est inférieure à 100 % puisque les services de prise en charge du sevrage à l'externe ont été discontinués pendant l'année financière 2014-2015; comme ces services n'ont pas été offerts pendant toute l'année, ils ont été exclus de ce tableau.

53 Les ratios pour la prise en charge du sevrage à l'interne et pour le traitement à l'interne sont beaucoup plus élevés que lors des années précédentes. Une hausse des taux de réadmission est à l'origine de ces variations des ratios de 2014-2015.



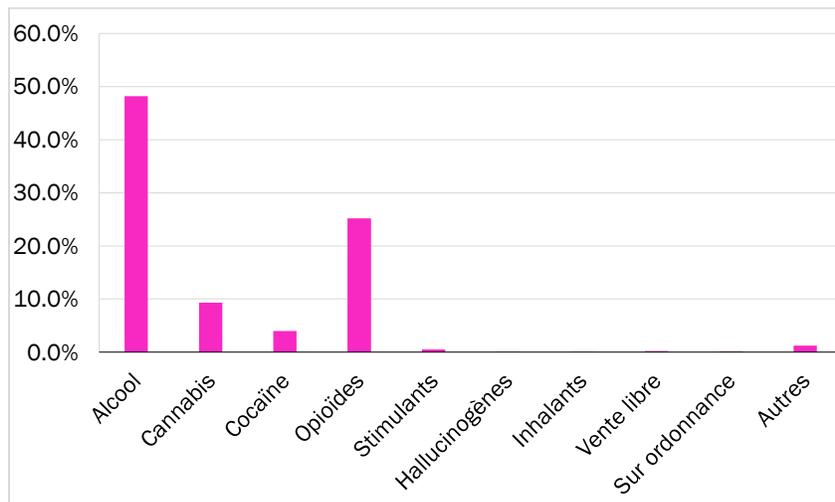
Figure 29. Épisodes de service, selon l'âge<sup>54</sup> (propre consommation)



### Épisodes de service, selon la principale substance à l'origine des demandes de traitement

Comme le montre la figure 30, l'alcool était la principale substance déclarée comme à l'origine des demandes de traitement : il était en cause dans 48,2 % des épisodes de service, suivi par les opioïdes (25,2 %) et le cannabis (9,3 %).

Figure 30. Principale substance à l'origine des demandes de traitement<sup>55</sup> (propre consommation)<sup>56</sup>



**Remarque :** Les bénéficiaires peuvent déclarer la consommation de plusieurs substances. L'annexe E présente une liste complète des catégories de substances.

54 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

55 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

56 La Nouvelle-Écosse ne recueille aucune donnée sur les catégories « Somnifères » et « Stéroïdes ».



## Nouveau-Brunswick

Population : 754 865

Sexe : 373 019 hommes; 381 846 femmes

### Aperçu et sommaire

Au Nouveau-Brunswick, la planification, le financement et la surveillance des services de traitement des dépendances relèvent du ministère de la Santé. Ces services sont fournis par deux régies régionales de la santé qui sont notamment responsables de deux programmes de traitement à l'interne de courte durée, d'un programme de traitement à l'interne de longue durée réservé aux hommes, de sept programmes de prise en charge du sevrage à l'interne (de 6 à 20 lits) et d'un programme de traitement à l'externe (services de consultations externes). Propriété du ministère de la Santé, le Système de prestation de services aux clients (SPSC) permet de recueillir des données sur les services de traitement des dépendances et de santé mentale. C'est en 2012 que les services de traitement des dépendances ont été incorporés au SPSC pour favoriser une meilleure intégration des soins et des traitements. Le SPSC est le système de tenue de dossiers électroniques utilisé par les cliniciens et autres fournisseurs de services de la province.

### Considérations et limites importantes

- Les données utilisées pour préparer cette section ont été extraites de rapports internes sur les services de traitement des dépendances et de santé mentale du Nouveau-Brunswick. C'est donc dire que nous n'avons pu ajouter à cette section certaines informations qui sont recueillies, notamment sur l'âge et les substances consommées, mais non publiées dans ces rapports.
- Le Nouveau-Brunswick ne dispose pas actuellement des données nécessaires pour déterminer si les bénéficiaires ont recours au traitement pour leur propre consommation ou pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille; il est donc impossible de savoir si les bénéficiaires uniques ou les épisodes de service visaient la consommation personnelle ou celle d'autrui.
- En ce qui concerne le traitement à l'externe, le Nouveau-Brunswick considère chaque séance de counseling comme un épisode de service. Cette façon de faire ne correspond pas à celle des autres autorités administratives, pour qui un épisode de traitement à l'externe englobe plusieurs séances. Comptabiliser chaque séance comme un épisode de service vient gonfler le nombre d'épisodes enregistrés au Nouveau-Brunswick, par rapport aux autres autorités administratives; il faut donc s'abstenir de faire des comparaisons.
- Le Nouveau-Brunswick n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.

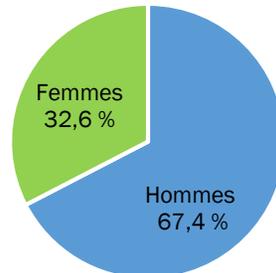
## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 6 432 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation au Nouveau-Brunswick, ce qui correspond à 34 233 épisodes de service. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 67,4 % (n = 4 331), alors que les femmes représentaient 32,6 % (n = 2 099) (figure 31).



Figure 31. Bénéficiaires uniques, selon le sexe (pour soi-même et pour autrui)<sup>57,58</sup>



### Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 90,4 %, étaient pour un traitement à l'externe, 8,5 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne et 1,1 % pour un traitement à l'interne (tableau 13).

Tableau 13. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>59</sup> pour soi-même et pour autrui

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Nombre total
<b>Épisodes de service</b> Total	90,4 %	8,5 %	1,1 %	n = 34 233
<b>Bénéficiaires uniques</b> Total	66,1 %	29,0 %	4,9 %	n = 6 432

Le tableau 14 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement. Le ratio pour le traitement à l'externe est interprété différemment au Nouveau-Brunswick que dans les autres autorités administratives et montre que, en moyenne, les bénéficiaires qui y ont recours reçoivent sept séances par année.

Tableau 14. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (pour soi-même et pour autrui)

Traitement à l'externe	7,3 <sup>60</sup>
Prise en charge du sevrage à l'interne	1,6
Traitement à l'interne	1,2

57 La catégorie « Sexe » regroupe les bénéficiaires qui ont recours au traitement pour leur propre consommation et pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

58 L'option « Autre » est offerte au Nouveau-Brunswick, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés par catégorie de traitement.

59 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation et pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

60 Tel qu'indiqué dans les limites, le Nouveau-Brunswick comptabilise chaque séance de counseling offerte dans un traitement à l'externe comme un épisode de service. Cette façon de faire ne correspond pas à celle des autres autorités administratives, pour qui un épisode de traitement à l'externe peut englober plusieurs séances. C'est donc dire que le ratio élevé de traitement à l'externe fait référence à des bénéficiaires uniques qui reçoivent en moyenne sept séances de counseling, et non à des réadmissions en traitement.



## Île-du-Prince-Édouard

Population : 145 832

Sexe : 71 093 hommes; 74 739 femmes

### Aperçu et sommaire

À l'Île-du-Prince-Édouard, 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 sont assurées par Santé Î.-P.-É., une société d'État. À l'Île-du-Prince-Édouard, les services de santé mentale sont intégrés avec les services de traitement de la consommation sur le plan administratif. Le logiciel Integrated System Management [gestion systémique intégrée] (ISM) est un système Oracle servant à recueillir et publier des données sur les services publics de traitement. Il s'agit du principal répertoire d'information sur les clients utilisé par les services de traitement des dépendances de l'Île-du-Prince-Édouard. La surveillance du logiciel ISM est assurée par les Services partagés en technologie de l'information du gouvernement provincial. Des rapports sur les données provinciales sont produits annuellement et au besoin.

### Considérations et limites importantes

- À l'Île-du-Prince-Édouard, 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.
- Les épisodes de service pour le jeu et leurs bénéficiaires ne sont pas exclus des programmes de prise en charge du sevrage à l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui signifie que les nombres sur la prise en charge du sevrage prennent en compte les 35 épisodes de service sur le jeu et leurs 34 bénéficiaires.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, le traitement à l'externe est offert dans cinq communautés, alors que la prise en charge du sevrage à l'interne n'est offerte qu'à Charlottetown; des centres de rétablissement sont aussi situés dans les deux villes de l'Île (Charlottetown et Summerside).
- Dans les rapports précédents, l'Île-du-Prince-Édouard regroupait la méthamphétamine en cristaux, l'ecstasy, l'héroïne, le LSD et la nicotine dans la catégorie « Autres ». Cela dit, il aurait été plus précis de classer ces substances dans une des autres catégories, à l'exception de la nicotine, qui a été retirée des données puisqu'elle ne figure pas dans les protocoles de collecte sur les INT.

## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 2 606 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation à l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui correspond à 3 466 épisodes de service. De ce nombre, 77,7 % (n = 2 024) étaient de nouveaux cas. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 68,3 % (n = 2 236), alors que les femmes représentaient 31,7 % (n = 1 037) (figure 32). Comme le montre la figure 33, la majorité des bénéficiaires (n = 2 405) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 211 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.



Figure 32. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)

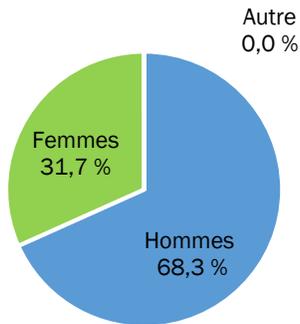
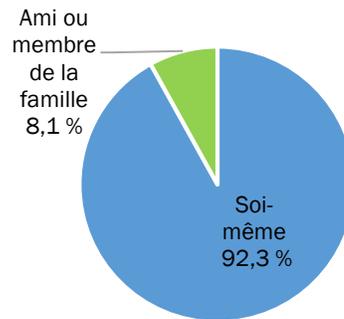
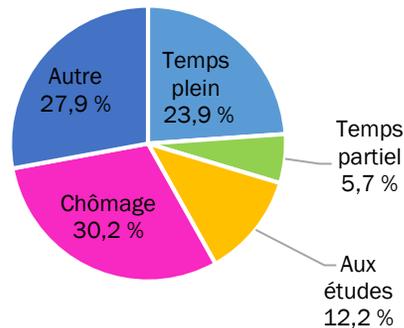


Figure 33. Bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation ou celle d'un proche<sup>61</sup>



Des renseignements sur la situation d'emploi des bénéficiaires ont été recueillis au moment du traitement (voir la figure 34).

Figure 34. Situation d'emploi des bénéficiaires (propre consommation)<sup>62</sup>



## Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 47,6 %, étaient pour un traitement à l'externe, 30,3 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne, 3,2 % pour un traitement à l'interne et 18,9 % pour une prise en charge du sevrage à l'externe. Comme le montre le tableau 15, cette tendance se remarque tant chez les hommes que les femmes.

61 Le pourcentage total peut dépasser 100 % puisque certains bénéficiaires ont recours au traitement tant pour leur propre consommation que pour celle d'un membre de leur famille.

62 Autres situations d'emploi possibles : enfant, handicapé, personne au foyer, à la retraite, travailleur saisonnier, autre, inconnu ou aucune réponse.



**Tableau 15. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe<sup>63</sup> et la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>64</sup>, propre consommation**

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Prise en charge du sevrage à l'externe	Nombre total
<b>Épisodes de service</b>					
Total	47,6 %	30,3 %	3,2 %	18,9 %	n = 3 219
Hommes	45,9 %	30,8 %	3,5 %	19,9 %	n = 2 236
Femmes	53,9 %	27,8 %	2,4 %	15,9 %	n = 1 037
<b>Bénéficiaires uniques</b>					
Total	53,6 %	21,7 %	3,7 %	21,1 %	n = 2 389
Hommes	52,7 %	21,5 %	3,9 %	21,9 %	n = 1 633
Femmes	57,4 %	21,1 %	3,0 %	18,4 %	n = 787

Le tableau 16 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement et montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont recours au traitement à l'externe une fois par année.

**Tableau 16. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)**

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

### Épisodes de service, selon l'âge

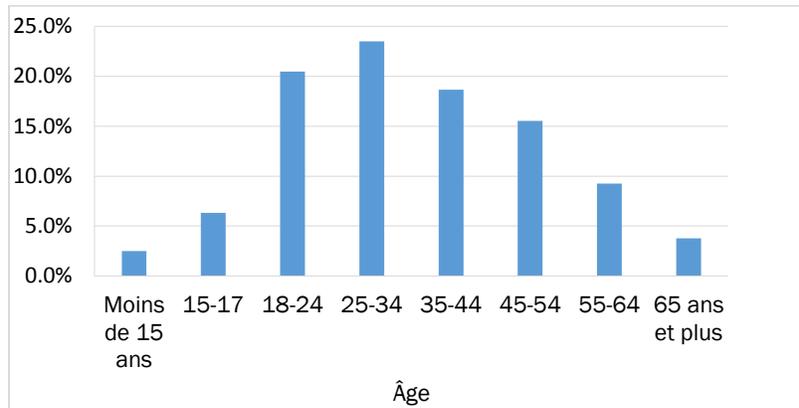
Comme le montre la figure 35, ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service.

63 L'option « Autre » est offerte à l'Île-du-Prince-Édouard, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés par catégorie de traitement.

64 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.



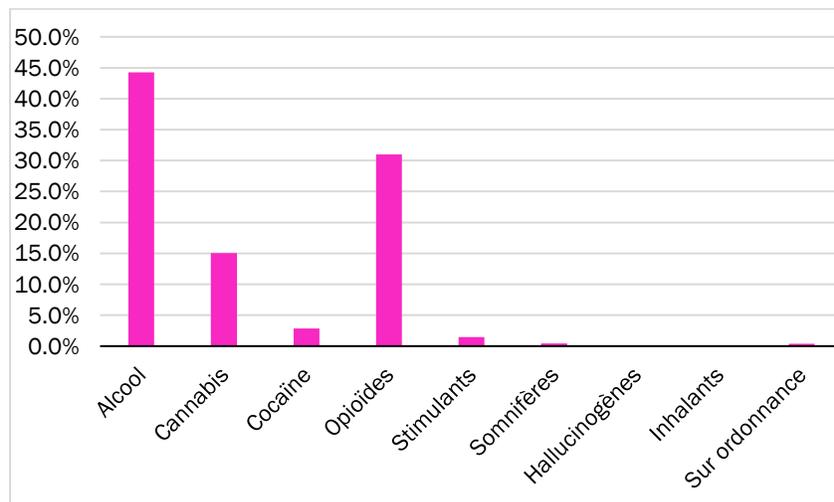
Figure 35. Épisodes de service, selon l'âge (propre consommation)<sup>65</sup>



### Épisodes de service, selon la principale substance à l'origine des demandes de traitement

Comme le montre la figure 36, l'alcool était la principale substance déclarée comme à l'origine des demandes de traitement : il était en cause dans 44,3 % des épisodes de service, suivi par les opioïdes (31,0 %) et le cannabis (15,0 %).

Figure 36. Principale substance à l'origine des demandes de traitement (propre consommation)<sup>66,67,68</sup>



**Remarque :** Les bénéficiaires peuvent déclarer une seule principale substance. L'annexe E présente une liste complète des catégories de substances.

65 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

66 Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

67 À l'Île-du-Prince-Édouard, l'expression « drogue de choix » est employée pour faire référence à la principale substance à l'origine des demandes de traitement.

68 L'Île-du-Prince-Édouard ne recueille aucune donnée sur les catégories « Stéroïdes » et « Médicaments en vente libre » et n'avait aucune donnée à signaler pour la catégorie « Autres ».



## Terre-Neuve-et-Labrador

Population : 528 333

Sexe : 260 575 hommes; 267 758 femmes

### Aperçu et sommaire

À Terre-Neuve-et-Labrador, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé et des Services communautaires et sont fournis par l'intermédiaire de quatre régions régionales de la santé. Les services de santé mentale sont intégrés avec les services de traitement de la consommation sur le plan administratif. Terre-Neuve-et-Labrador utilise le Client and Referral Management System [système de gestion des clients et des orientations] (CRMS) pour recueillir des données sur le traitement.

### Considérations et limites importantes

- 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 est alors compté comme un bénéficiaire unique dans chaque service.
- Terre-Neuve-et-Labrador n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.
- Bien que rare, l'absence de dates de naissance dans le système contribue à de légères inexactitudes dans les indicateurs liés à l'âge.
- Le CRMS est un système provincial de renseignements de santé. Le degré d'exactitude et d'exhaustivité des données démographiques et cliniques dépend des renseignements saisis par les fournisseurs de services dans les dossiers des clients. La façon de consigner l'information clinique varie entre les divers programmes en santé mentale et en dépendance des régions régionales de la santé et contribue à des problèmes de qualité des données. Des initiatives provinciales sont en cours pour améliorer les normes de documentation et de données, ainsi que la conformité à ces normes. Ces initiatives ont une influence positive sur la qualité des données. Par conséquent, le lecteur devrait faire preuve de prudence en interprétant les constatations présentées pour Terre-Neuve-et-Labrador.

## Résultats

### Épisodes de service et bénéficiaires uniques

En 2014-2015, 2 548 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation à Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui correspond à 4 020 épisodes de service. De ce nombre, 80,2 % (n = 2 043) étaient de nouveaux cas. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 63,6 % (n = 2 454), alors que les femmes représentaient 33,5 % (n = 1 292) (figure 37). Comme le montre la figure 38, la majorité des bénéficiaires (n = 2 461) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 115 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.



Figure 37. Épisodes de service, selon le sexe (propre consommation)

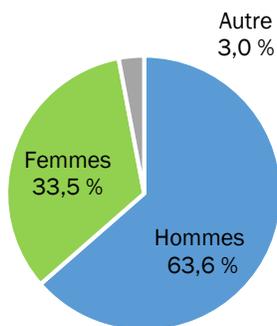
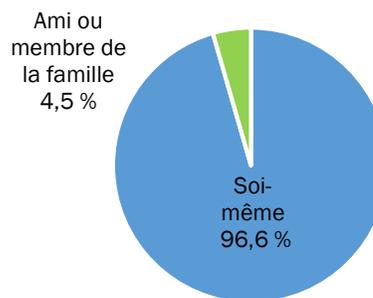


Figure 38. Bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation ou celle d'un proche<sup>69</sup>



### Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe et la catégorie de traitement

La majorité des épisodes de service, soit 76,7 %, étaient pour un traitement à l'externe, 15,9 % pour une prise en charge du sevrage à l'interne et 7,4 % pour un traitement à l'interne. Comme le montre le tableau 17, cette tendance se remarque tant chez les hommes que les femmes.

Tableau 17. Épisodes de service et bénéficiaires uniques, selon le sexe<sup>70</sup> et la catégorie de traitement (en pourcentage et en nombre)<sup>71</sup>, propre consommation

	Traitement à l'externe	Prise en charge du sevrage à l'interne	Traitement à l'interne	Nombre total
<b>Épisodes de service</b>				
Total	76,7 %	15,9 %	7,4 %	n = 3 824
Hommes	75,5 %	17,2 %	7,3 %	n = 2 454
Femmes	79,1 %	13,5 %	7,4 %	n = 1 292
<b>Bénéficiaires uniques</b>				
Total	78,1 %	12,3 %	9,6 %	n = 2 858
Hommes	77,5 %	12,9 %	9,6 %	n = 1 820
Femmes	79,5 %	11,1 %	9,4 %	n = 971

Le tableau 18 présente le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire pour chaque catégorie de traitement et montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont recours au traitement à l'externe une fois par année.

69 Le pourcentage total peut dépasser 100 % puisqu'un bénéficiaire peut être actif dans plus d'un service pour faire traiter sa propre consommation et celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.

70 L'option « Autre » est offerte à Terre-Neuve-et-Labrador, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés par catégorie de traitement.

71 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.



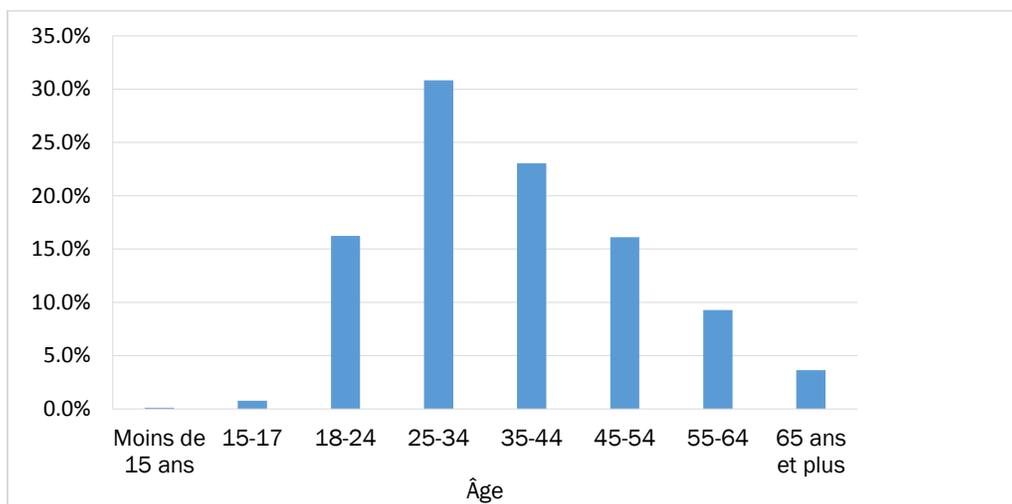
**Tableau 18. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)**

Traitement à l'externe	1,3
Prise en charge du sevrage à l'interne	1,7
Traitement à l'interne	1,0

## Épisodes de service, selon l'âge

Comme le montre la figure 39, ce sont les 25 à 34 ans qui présentent le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service.

**Figure 39. Épisodes de service, selon l'âge (propre consommation)<sup>72</sup>**



<sup>72</sup> Les nombres font référence aux épisodes de service pour sa propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de sa famille.



# 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

Pour la préparation de ce rapport, le projet INT a pu bénéficier de la participation, au sein du GNINT, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et du Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes (YSAC). La DGSPNI collabore avec la Thunderbird Partnership Foundation et le YSAC pour soutenir un réseau national de centres de traitement qui offrent aux Premières Nations et aux Inuits une prise en charge des problèmes de consommation. Cette année, la DGSPNI et le YSAC ont décidé de soumettre ensemble des données pour les centres de traitement pour jeunes du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ). Même s'il a été impossible cette année de présenter des données sur les centres de traitement pour adultes du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), ce rapport dresse une liste complète des centres de traitement du PNLAADA et des catégories de programmes offerts par ces centres. L'objectif est d'inclure les données de ces centres de traitement aux prochains rapports.

## Aperçu et sommaire

La consommation de substances continue d'être un enjeu prioritaire pour les Premières Nations et les Inuits au Canada. Le principal réseau de programmes de traitement de la dépendance mis en place pour remédier à cet enjeu est appuyé par deux programmes nationaux, soit le PNLAADA et le PNLASJ. Par leur entremise, Santé Canada finance directement les centres de traitement de la dépendance pour les Premières Nations.

Les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ utilisent diverses démarches conventionnelles et culturellement pertinentes. Grâce à ces programmes nationaux, les membres des Premières Nations et les Inuits ont accès à des services de traitement de jour ou en clinique interne ou externe, de même qu'à des services répondant à des besoins particuliers (p. ex. programmes pour les familles, les jeunes, les personnes qui s'adonnent à l'abus de solvants, les femmes et les personnes ayant des troubles concomitants). Les programmes axés sur le territoire sont un exemple de démarche culturellement pertinente. Ils font appel à des pratiques culturelles de guérison, au lien avec le territoire et à des activités comme la chasse et la pêche, le canotage, la préparation de mets traditionnels et santé, l'artisanat traditionnel, les contes et cercles de partage, les rites spirituels comme les huttes de sudation, les discussions en famille sur la culture et le respect de la terre, des animaux, des poissons, des oiseaux et des plantes.

Les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ sont situés 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<sup>er</sup> octobre 2013, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) a pris en main la conception, la gestion et la prestation de tous les programmes et services



de santé pour les Premières Nations de la province financés par le gouvernement fédéral, y compris les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ. Santé Canada n'est donc plus responsable des activités courantes concernant la santé des Premières Nations dans la province. Tous les aspects de la prestation des programmes reviennent désormais à la RSPN.

## Résultats<sup>73</sup>

En 2014-2015, il y a eu en tout 464 admissions dans des centres de traitement du PNLASJ, soit 232 jeunes hommes et 232 jeunes femmes. Comme le montre le tableau 19, l'âge moyen au moment de l'admission était de 15,8 ans.

**Tableau 19. Admissions dans les centres de traitement du PNLASJ et caractéristiques démographiques des clients**

Centre de traitement	Catégorie de traitement	Âge moyen au moment de l'admission	Sexe	Nombre total d'admissions
<b>Centre de traitement pour jeunes Charles J. Andrew</b> (Sheshatshiu, Labrador)	À l'interne (10 lits)	s. o. (familles)	Alternance <sup>74</sup>	72
<b>Centre de traitement de l'abus de solvants Ka-Na-Chi-Hih</b> (Thunder Bay, Ontario)	À l'interne (12 lits)	20	Hommes	37
<b>Centre de bien-être Nenqayni</b> (Williams Lake, C.-B.)	À l'interne (10 lits)	16,1	Femmes	28
<b>Centre de guérison Nimkee NupiGawagan</b> (Muncey, Ontario)	À l'interne (9 lits)	15,25	Alternance	22
<b>Centre de traitement Whiskyjack</b> (Hwy 373-374 Junction, Manitoba)	À l'interne (20 lits)	16	Alternance	79
<b>Centre de traitement de l'usage d'inhalants pour jeunes White Buffalo</b> (Sturgeon Lake, Saskatchewan)	À l'interne (10 lits)	16	Femmes	35
<b>Centre Young Spirit Winds</b> (Hobberna, Alberta)	À l'externe	14	Mixte	46
<b>Leading Thunderbird Lodge</b> (Fort San, Saskatchewan)	À l'interne (15 lits)	14	Hommes	65
<b>Siksika Medicine Lodge</b> (Nation Siksika, Alberta)	À l'interne (10 lits)	15	Mixte	45
<b>Centre Walgwan</b> (Gesgapegiag, est du Québec)	À l'interne (12 lits)	15,6	Mixte	35
<b>Moyenne et total à l'échelle nationale</b>		15,8		464

Les centres qui relèvent du PNLASJ offrent des traitements holistiques culturellement appropriés comme les pratiques de guérison et d'enseignement traditionnelles. Certains centres de traitement à l'interne complètent leur offre de services avec des programmes axés sur le territoire et des rencontres entre jeunes et anciens, alors que d'autres proposent des thérapies traditionnelles comme les huttes de sudation, les cérémonies de purification par la fumée et le tambour. Les

<sup>73</sup> Les résultats présentés ici sont tirés du rapport annuel 2014-2015 du YSAC.

<sup>74</sup> La catégorie « Alternance » signifie que les admissions se font en alternance, soit seulement les hommes à certains moments, puis seulement les femmes à d'autres, tout au long de l'année.



services de counseling proposés misent sur les forces des jeunes autochtones, de leur famille et de leur communauté.

Ajoutons que des services spécialisés sont parfois offerts lors du traitement à l'interne (qu'ils s'agissent de services de base ou alors d'ajout aux services déjà dispensés). Par exemple, certains centres disposent d'un centre pédagogique qui fournit sur place de l'aide aux études. D'autres centres, eux, proposent des séances de counseling familial qui abordent les compétences parentales, l'appui des parents et la dynamique familiale. Enfin, certains centres offrent la possibilité de s'adonner à des activités comme la natation, le vélo, le canotage et le camping.

Les clients sont dirigés vers le traitement qui répond à leurs besoins, en fonction des disponibilités des centres. C'est donc dire qu'en 2014-2015, certains bénéficiaires ont fréquenté un centre de traitement dans leur province ou territoire, alors que d'autres ont dû se déplacer. Le tableau 20 est une répartition provinciale et territoriale du lieu de résidence des clients (région d'origine) par rapport à l'emplacement des centres de traitement qu'ils ont fréquentés en 2014-2015. Par exemple, 57 % des jeunes clients du Centre de traitement de l'abus de solvants Ka-Na-Chi-Hih (situé à Thunder Bay, Ontario) étaient originaires de l'Ontario, 30 % du Manitoba, 5 % des provinces atlantiques, 5 % des territoires et 3 % de la Saskatchewan.

**Tableau 20. Région d'origine des clients, selon le centre de traitement**

Centre de traitement	Atlantique	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Territoires
Charles J Andrew	100 %	--	--	--	--	--	--	--
Ka-Na-Chi-Hih	5 %	--	57 %	30 %	3 %	--	--	5 %
Nenqayni	11 %	--	3 %	--	--	3 %	79 %	3 %
Nimkee	5 %	--	95 %	--	--	--	--	--
Whiskyjack	6 %	--	22 %	71 %	1 %	--	--	--
White Buffalo	9 %	--	5 %	49 %	34 %	3 %	--	--
Young Spirit Winds	--	--	--	--	--	100 %	--	--
Leading Thunderbird	8 %	--	5 %	18 %	65 %	3 %	1 %	--
Siksika	--	--	--	7 %	9 %	84 %	--	--
Walgwan	20 %	80 %	--	--	--	--	--	--

À noter en outre que 28,2 % des jeunes ayant eu recours au traitement en 2014-2015 ont dit avoir suivi un programme de traitement à l'interne par le passé. Outre les centres de traitement pour jeunes, le tableau 21 dresse une liste complète des centres de traitement du PNLAADA pour les adultes et les familles et des catégories de programmes offerts.

**Tableau 21. Liste des centres de traitement du PNLAADA et catégories de programmes offerts**

Centre de traitement du PNLAADA	Catégorie de programme	Clientèle
Centre Beaver Lake Wah Pow (Lac La Biche, Alb.)	À l'interne	Adultes
Centre de bien-être pour jeunes Blood Tribe (Standoff, Alb.)	À l'interne	Jeunes
Centre de bien-être Footprints (Morinville, Alb.)	À l'interne	Adultes



Centre de traitement du PNLAADA	Catégorie de programme	Clientèle
<b>Pavillon de ressourcement Kainai</b> (anciennement Centre de traitement St. Paul) (Cardston, Alb.)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de réadaptation Kapown</b> (Grouard, Alb.)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de traitement Wood Buffalo/Mark Amy</b> (Fort McMurray, Alb.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Centre de traitement Armand Bekkattla</b> (Clearwater River, Sask.)	À l'interne	Adultes
<b>Cree Nations Treatment Haven</b> (Canwood, Sask.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Pavillon de ressourcement Ekweskeet</b> (Onion Lake, Sask.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Leading Thunderbird Lodge</b> (Fort Qu'Appelle, Sask.)	À l'interne et à l'externe	Jeunes
<b>Centre de traitement Mistahey Musqua</b> (Loon Lake, Sask.)	À l'interne	Adultes
<b>Sakwatamo Lodge</b> (Prince Albert, Sask.)	À l'interne pour les familles	Familles
<b>Centre de bien-être et de guérison Saulteax</b> (Kamsack, Sask.)	À l'externe	Adultes
<b>Programme sur la santé mentale et la dépendance de la Régie de la santé Athabasca</b> (Black Lake, Sask.)	À l'externe	Adultes
<b>Native Addictions Council of Manitoba</b> (Winnipeg, Man.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Nelson House Medicine Lodge</b> (Nelson House, Man.)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de traitement Peguis Al-Care Inc.</b> (Peguis, Man.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Centre de traitement Sagkeeng</b> (Fort Alexander, Man.)	À l'interne et à l'externe	Familles
<b>Centre de traitement Benbowopka</b> (Blind River, Ont.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Anishnawbe Health Toronto</b> (Toronto, Ont.)	À l'externe	Jeunes
<b>Centre de traitement à l'interne pour adultes Dilico</b> (Thunder Bay, Ont.)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de traitement de l'usage d'alcool et de drogue Migisi</b> (Kenora, Ont.)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de traitement Native Horizons</b> (Hagersville, Ont.)	À l'interne	Adultes



Centre de traitement du PNLAADA	Catégorie de programme	Clientèle
<b>Centre de traitement Reverend Tommy Beardy Memorial</b> (Muskrat Dam, Ont.)	À l'interne	Familles
<b>Centre de rétablissement Ngwaagan Gamig Inc.</b> (Wikwemikong, Ont.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Pavillon de ressourcement Sagashtawao</b> (Moosonee, Ont.)	À l'interne	Adultes
<b>Services de traitement Mawiomi</b> (Gesgapegiag, Qc)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Centre Miam Uapukun</b> (Moisie, Qc)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de traitement Onen'to:kon</b> (Kanesatake, Qc)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Centre de traitement Wanaki</b> (Maniwaki, Qc)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de réadaptation Wapan</b> (La Tuque, Qc)	À l'interne	Adultes
<b>Maison de rétablissement Eagles Nest</b> (Shubenacadie, N.-É.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Mi'kmaw Lodge</b> (Eskasoni, N.-É.)	À l'interne	Adultes
<b>Centre de traitement Lone Eagle</b> (Elsipogtog, N.-B.)	À l'interne et à l'externe	Adultes
<b>Centre de traitement Rising Sun</b> (Eel Ground, N.-B.)	À l'interne et programme de jour	Adultes
<b>Pavillon de ressourcement Wolastoqewik</b> (Tobique, N.-B.)	À l'interne et à l'externe	Adultes

Outre ces centres, il existe en Colombie-Britannique quelques centres de traitement s'adressant aux Premières Nations administrés par la Régie de la santé des Premières Nations.



## Discussion

Les constatations présentées ici indiquent qu'un éventail de personnes (p. ex. hommes, femmes, jeunes autochtones, personnes âgées, travailleurs, chômeurs), aux profils de consommation variés, accèdent aux services publics de traitement. Pour répondre efficacement aux besoins de cette clientèle hétérogène par une démarche centrée sur la personne, il est nécessaire d'offrir une vaste gamme de services de traitement : services en fonction du sexe, de l'âge ou de la culture, aide au logement et à l'emploi, services à la famille, etc. Le sondage *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada* a souligné l'absence de programmes centrés sur la personne qui, dans certains cas, nuisait à l'accès au traitement. À cet égard, certains répondants ont mentionné un manque de soutiens ou de programmes propres aux femmes, ou alors un manque de services de qualité offerts dans leur communauté ou adaptés à leurs besoins linguistiques, alors que d'autres encore ont dit avoir reçu un traitement inadéquat pour leur toxicomanie (McQuaid, Malik, Baydack, Stargardt et Morrissey, 2017). D'après ces constatations, le traitement de la consommation centré sur la personne pourrait être amélioré au Canada et des investissements ciblés visant à lever les obstacles systémiques au traitement pourraient considérablement améliorer la vie des personnes aux prises avec un trouble lié aux substances au Canada.

En 2014-2015, ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité (63,9 %) des épisodes de service. Cette constatation n'a toutefois rien de surprenant et correspond aux taux de consommation de substances enregistrés. Par exemple, les hommes présentent un taux d'usage de drogues illicites (comme le cannabis; la cocaïne ou le crack; les amphétamines, la méthamphétamine ou la méthamphétamine en cristaux; les hallucinogènes et l'ecstasy) supérieur à celui des femmes. Ajoutons qu'un pourcentage plus élevé d'hommes que de femmes dépasse les Directives de consommation d'alcool à faible risque (Statistique Canada, 2017).

En ce qui concerne la catégorie de traitement, en 2014-2015, le traitement à l'externe était le service utilisé dans la majorité (67,4 %) des épisodes de service, tendance enregistrée dans toutes les autorités administratives. Cette constatation peut s'expliquer, en partie, par le fait que le traitement à l'externe est souvent le service le plus accessible (c.-à-d. dans la même communauté, ville, etc.) par rapport aux autres catégories de traitement et qu'il s'agit aussi d'une intervention moins intrusive que le traitement à l'interne. Par conséquent, le traitement à l'externe est généralement le point de départ des personnes préoccupées par leur consommation d'alcool ou de drogue ou celle d'un proche. À noter toutefois que des taux élevés d'utilisation des services n'indiquent pas nécessairement une offre adéquate par rapport aux besoins de la population. D'où l'importance de comprendre les besoins en traitement et d'assurer une planification adéquate. Soulignons d'ailleurs que le projet de planification fondée sur les besoins, décrit plus loin dans la section Projets complémentaires, se penche sur la question.

Parmi tous les groupes d'âge, ce sont les 25 à 34 ans qui ont eu recours au plus grand nombre d'épisodes de service, ce qui semble concorder avec des données canadiennes sur la consommation de substances, qui indiquent que ce sont les personnes juste en deçà de ce groupe d'âge (soit les 20 à 24 ans) qui ont la plus forte consommation d'alcool, de cannabis et de plusieurs autres drogues illicites dans la dernière année (Statistique Canada, 2017). Si la consommation problématique de substances et les troubles liés aux substances peuvent survenir à n'importe quel âge, il n'empêche que c'est à l'adolescence et au début de l'âge adulte que le risque est particulièrement élevé (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas et Walters, 2005). En effet, certains chercheurs avancent que c'est à l'adolescence que s'initie la consommation chez la majorité des personnes qui répondent, à un moment ou un autre de leur vie, aux critères de trouble



lié aux substances (Kessler et coll., 2005). Dans la même foulée, les répondants au sondage *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada* ont dit avoir commencé à consommer des substances et avoir connu leur première toxicomanie à un jeune âge (âge médian de 13 et 18 ans, respectivement) (McQuaid et coll., 2017). Considérées dans leur ensemble, ces données soulignent l'importance de mener des activités de prévention et d'intervention précoce ciblant les jeunes. En effet, de nombreuses études ont démontré l'efficacité des programmes de prévention, ainsi que du dépistage précoce et des interventions rapides chez les adolescents, surtout ceux souffrant de troubles liés à l'alcool de faible gravité (Surgeon General Report, 2017).

Les données du présent rapport montrent que l'alcool est, et de loin, la substance la plus couramment utilisée au cours des 12 derniers mois chez les bénéficiaires ayant recours au traitement. Le sondage *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada* vient aussi étayer cette constatation : il indique en effet que l'alcool était la substance la plus consommée pendant une toxicomanie active (93,3 %), en plus d'être la principale drogue de choix pendant une toxicomanie active (50,5 %) (McQuaid et coll., 2017). Outre les substances consommées par les bénéficiaires ayant recours au traitement, ce rapport a aussi examiné la principale substance à l'origine des demandes de traitement (c.-à-d. la raison de se faire traiter). L'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard sont les seules provinces à avoir fourni des données à ce sujet, mais il n'empêche qu'encore une fois, c'est l'alcool qui est, et de loin, la principale substance à l'origine des demandes de traitement. Cette constatation a aussi été faite dans le cas de l'utilisation des services hospitaliers (Young et Jesseman, 2014). Ces données mettent en évidence les répercussions financières et sanitaires continues de cette substance sur la société canadienne et l'importance d'investir dans des services de traitement ciblés comme l'intervention précoce et le modèle Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation (Collège des médecins de famille du Canada et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2012), et dans des initiatives de prévention et de sensibilisation comme les Directives de consommation d'alcool à faible risque (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis et Stockwell, 2011).

Prises dans leur ensemble, les données présentées ici dressent un portrait des bénéficiaires qui ont recours au traitement, de la raison de se faire traiter et des catégories de traitement les plus souvent utilisées. Les tendances remarquées cette année sont conformes à celles décrites dans les rapports INT précédents et pourraient faciliter la planification du système de traitement.

Le projet INT nous a certes aidés à mieux comprendre l'utilisation du traitement de la consommation de substances au Canada, mais il reste encore beaucoup de lacunes à combler dans les connaissances et les renseignements. Le GTINT s'emploie à améliorer la collecte de données et la production de rapports sur les services de traitement au Canada, et ce, pour accroître l'exactitude et la validité des renseignements sur le traitement fournis par les autorités administratives. Ajoutons que le CCDUS tente d'obtenir des données sur les services publics de traitement auprès d'autorités administratives qui ne participent pas encore au projet INT, ainsi que des données sur les services privés de traitement. Il souhaite de la sorte se faire une idée plus précise de l'utilisation des services de traitement au Canada. Le travail ainsi fait contribuera à accroître la pertinence, l'intérêt et l'utilisation du rapport sur les INT au pays. Le but ultime du projet est de dresser un tableau exhaustif de l'utilisation des services afin d'orienter l'élaboration de politiques efficaces, l'allocation de ressources et la mise sur pied de services de traitement de la consommation au Canada.



## Projets complémentaires

### *Projet de planification fondée sur les besoins*

Une des limites actuelles dans le secteur du traitement est l'impossibilité de quantifier avec précision les écarts dans les services et de prévoir des systèmes de traitement et de soutien complets et factuels. Pour mieux comprendre l'écart entre les besoins, la disponibilité des services et leur utilisation, le GTINT s'associe à une équipe de recherche sur la planification fondée sur les besoins menée par Brian Rush du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Jürgen Rehm (CAMH), Joël Tremblay (Université du Québec), le Dr Scott Patten (Université de Calgary) et le Dr Daniel Vigo (Université Simon Fraser). Financé par Santé Canada jusqu'en septembre 2018, le projet vise globalement à créer un modèle dont pourront se servir les décideurs chargés de la planification des services de santé au Canada pour estimer les ressources requises pour répondre aux besoins en services et soutiens des personnes ayant des problèmes de consommation sur leur territoire (cela inclut les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale).

La création de ce modèle permettra d'évaluer les niveaux de besoins en traitement en fonction de données populationnelles extraites de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et d'autres sources, pour ensuite transformer ces niveaux en catégories de service, sous forme de modèle de soins par paliers. Les catégories de service de ce projet et du projet INT concordent, ce qui permet de comparer les besoins de la population à l'utilisation des services. Malgré certaines limites dans les données sur les INT, comme l'absence de données pour certaines autorités administratives canadiennes, il est possible de combler les lacunes à l'aide d'autres sources de données. Ensemble, ces deux projets apportent les renseignements nécessaires à une planification systémique factuelle.

### *Estimation du fardeau de la consommation de substances*

Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée comparable et valide sur les méfaits et les coûts sociétaux de l'usage de substances psychoactives. Une étude sur les coûts faite par le CCDUS est l'estimation la plus exhaustive du fardeau de la consommation de substances au Canada (Rehm et coll., 2006). Selon cette étude, en 2012, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites a coûté à la population canadienne 22,8 milliards de dollars, dont 20 % (4,2 milliards) étaient attribués aux coûts directs des soins de santé, ce qui comprend le traitement de la consommation.

Le CCDUS pilote actuellement une révision de cette étude, en collaboration avec quelques partenaires, pour fournir des estimations à jour sur le fardeau de la consommation d'alcool et d'autres drogues sur la société canadienne. Cette nouvelle étude devrait être publiée au printemps 2018. Le projet vise globalement à créer un outil en ligne permettant de dégager des tendances dans les méfaits et les coûts au fil du temps et à produire des rapports de recherche afférents. Le projet permettra notamment d'estimer les coûts liés au traitement à l'interne et à l'externe en cas de consommation problématique de substances, ce qui cadre bien avec le projet INT, qui vise à recueillir des données sur l'utilisation des services de traitement et à suivre leur évolution. L'étude sur les coûts devrait permettre d'améliorer la diffusion des tendances notées dans la consommation, de les consulter facilement et de renforcer la capacité des autorités administratives à les mesurer. En fin de compte, ce travail sera utile pour évaluer l'efficacité des politiques, programmes et services visant à réduire les méfaits de la consommation de substances psychoactives.



## Conclusion

À ce jour, le rapport sur les INT est le seul à présenter de l'information sur les services publics de traitement de la consommation de substances au Canada et il continue à contribuer de manière importante à notre compréhension de l'utilisation de ces services au pays. Étant donné qu'une seule personne sur dix ayant un trouble lié aux substances reçoit une forme quelconque de traitement spécialisé, les données présentées ici ne concernent qu'une faible proportion des personnes aux prises avec de tels troubles au Canada. Et quand les personnes ont effectivement recours au traitement, elles ont souvent de la difficulté à s'y retrouver entre les divers services de traitement et d'aide (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008). Les autorités administratives canadiennes se doivent de mettre en place un modèle complet de traitement offrant une gamme de services et de soutiens qui répondent aux besoins des bénéficiaires, car les données probantes montrent qu'il est possible de traiter efficacement les troubles liés aux substances (Surgeon General Report, 2017).



## Bibliographie

- 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 l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
- Collège des médecins de famille du Canada et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation*, 2012. Consulté sur le site : [www-sbir-diba.ca](http://www-sbir-diba.ca).
- 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. *Services de santé mentale et de toxicomanie - Rapport prototype sur les indicateurs*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2001.
- Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas et E.E. Walters. « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of general psychiatry*, vol. 62, n° 6 (2005), p. 593-602.
- McQuaid, R.J., A. Malik, N. Baydack, M. Stargardt et M. Morrissey. *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- 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 l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.
- Rush, B., J. Tremblay, C. Fougere, R. Behrooz, W. Perez et J. Fineczko. *Development of a needs-based planning model for substance use services and supports in Canada*, Ontario (Canada), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2014.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - 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 (ECTAD) : sommaire de 2015*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017.
- Surgeon General Report. *Facing addiction in America: the Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*, Washington (DC), U.S. Department of Health and Human Services, 2017.
- 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 : membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement

Liste à jour en janvier 2017

Nom	Organisme
Camiré, Martin	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
Dell, Debra	Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes
Di Gioacchino, Lisha	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Evans, Todd	Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
Hansen, Rebecca	Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Services de dépendance du Yukon
Leggett, Sean	Ministère de la Vie saine et des Aînés du Manitoba
McCon, Karen	Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (Ontario)
Macknak, Kelsey	Ministère de la Santé de la Saskatchewan
McQuaid, Robyn (coprésidente)	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
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
Reddin, Shauna	Santé Î.-P.-É.
Ridgeway, Diana	Institut canadien d'information sur la santé
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
Shen, Zhijie	Services de santé de l'Alberta
Stewart, Karrie	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Urbanoski, Karen (coprésidente)	Université de Victoria
Vivian-Beresford, Ann	Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Weekes, John	Service correctionnel du Canada



## Annexe B : indicateurs utilisés pour la collecte de données de 2014-2015

**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 à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne 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, répartis selon le sexe, l'âge et la situation résidentielle et classés par catégories : prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe.

**Indicateur 7** : Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances ayant utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement.

**Indicateur 8** : Nombre total de bénéficiaires de traitements de substitution aux opiacés 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 spécialisés de traitement, selon la principale substance à l'origine des demandes de traitement.

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

**Indicateur 34** : Nombre total d'épisodes dans les services publics spécialisés de traitement, selon la situation d'emploi.

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

**Indicateurs 36-47** : Nombre total de bénéficiaires uniques dans les services publics spécialisés de traitement, selon la principale substance à l'origine des demandes de traitement.



## Annexe C : définitions

### **Bénéficiaire unique**

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

### **Épisodes de service**

Un épisode de service correspond à une admission dans un service de traitement donné, associée à un congé ou à une fermeture de dossier. Une personne peut accéder à plusieurs services au cours d'une même année; ainsi passer d'un programme ou service à un autre (p. ex. d'un service de prise en charge du sevrage à un traitement à l'externe) représente deux épisodes de service. Un service de traitement à l'externe peut prendre la forme de nombreuses séances.

### **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.

### **Membre de la famille**

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

### **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 le sevrage des substances. La prise en charge du sevrage à l'interne correspond aux programmes où les clients dorment au centre de prise en charge du sevrage, au centre de traitement ou à l'hôpital. Quant à la prise en charge du sevrage à l'externe, elle comprend la désintoxication de jour ainsi que la désintoxication à la maison ou dans la communauté.

### **Problème de jeu**

Le problème de jeu 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.

### **Programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA)**

Les programmes relatifs à la CFA comprennent les programmes éducatifs, de même que les programmes de traitement et de réhabilitation. Dans la plupart des cas, un tribunal peut exiger qu'y participent les personnes ayant plaidé coupable pour conduite avec facultés affaiblies ou ayant été



jugées coupables de ce crime. En général, les participants sont obligés de suivre ce programme pour récupérer leur permis de conduire. Le contenu et l'administration de ces programmes peuvent varier en fonction de l'autorité administrative.

### **Services spécialisés**

Les services spécialisés ont pour mandat d'offrir des programmes et services de traitement de problèmes liés à l'alcool, aux drogues ou au jeu (ne sont pas inclus les programmes et services 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 (c.-à-d. retraite, travail non rémunéré, 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 à l'interne. 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 à l'interne**

Le traitement à l'interne est un type de programme où l'hébergement pour la nuit est fourni dans le cadre d'un traitement pour la consommation de substances ou pour les problèmes de jeu. Ne sont pas inclus dans cette catégorie les programmes offerts dans des lieux comme les centres d'hébergement pour jeunes, les refuges pour sans-abri, 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 D : disponibilité des indicateurs de traitement dans les autorités administratives, pour les données de 2014-2015

Indicateur	YN	AB	SK	MB	ON	NÉ	ÎPÉ	NB	TNL
Nombre total d'épisodes de service	–	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Épisodes de service des non-résidents	--	♦	♦	♦	–	♦	--	--	♦
Épisodes de service pour son propre trouble	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦
Épisodes de service pour le trouble d'un ami ou d'un membre de la famille	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦
Nombre total d'épisodes de service (jeu)	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦
Épisodes de service des non-résidents (jeu)	--	♦	♦	♦	–	♦	--	--	♦
Épisodes de service pour son propre trouble (jeu)	--	♦	♦	♦	♦	♦	--	--	♦
Épisodes de service pour le trouble d'un ami ou d'un membre de la famille (jeu)	--	♦	♦	♦	♦	♦	--	--	♦
Nombre total de bénéficiaires ayant recours au traitement	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Non-résidents ayant recours au traitement	--	♦	♦	♦	–	♦	--	--	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement pour leur propre problème de consommation de substances	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement pour le problème de consommation de substances d'un ami ou d'un membre de leur famille	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦
Nombre de nouveaux bénéficiaires ayant recours au traitement	--	♦	--	--	♦	♦	♦	--	♦
Nombre total de bénéficiaires ayant recours au traitement (jeu)	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Non-résidents ayant recours au traitement (jeu)	--	♦	♦	♦	–	♦	--	--	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement pour leur propre problème de jeu	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement pour le problème de jeu d'un ami ou d'un membre de la famille	--	♦	♦	♦	♦	♦	--	--	♦
Nombre de nouveaux bénéficiaires ayant recours au traitement (jeu)	--	♦	--	♦	♦	♦	♦	--	♦
Épisodes de service, selon la catégorie de traitement (PCSI, PCSE, TI, TE)	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Bénéficiaires, selon la catégorie de traitement (PCSI, PCSE, TI, TE)	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Épisodes de service, selon le sexe	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦
Épisodes de service, selon la situation résidentielle	--	♦	--	--	♦	--	--	--	♦
Épisodes de service, selon l'âge	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	♦



Indicateur	YN	AB	SK	MB	ON	NÉ	ÎPÉ	NB	TNL
Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon le sexe	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon la situation résidentielle	--	♦	--	--	♦	--	--	--	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon l'âge	--	♦	♦	--	♦	♦	♦	--	♦
Épisodes de service pour une consommation de drogues injectables, selon le sexe	--	♦	--	♦	♦	♦	♦	--	--
Bénéficiaires ayant recours au traitement pour une consommation de drogues injectables, selon le sexe	--	♦	--	♦	♦	♦	♦	--	--
Bénéficiaires ayant recours au traitement de substitution aux opioïdes, selon le sexe	--	♦	--	♦	♦	♦	♦	--	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement de substitution aux opioïdes, selon l'âge	--	♦	--	♦	♦	♦	♦	--	♦
Bénéficiaires ayant recours au traitement à la méthadone, selon le sexe	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Bénéficiaires ayant recours au traitement à la méthadone, selon l'âge	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Bénéficiaires participant à des programmes relatifs à la CFA	--	--	--	♦	--	♦	--	--	♦
Bénéficiaires participant à des programmes relatifs à la CFA, selon le sexe	--	--	--	♦	--	♦	--	--	♦
Bénéficiaires 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 service, selon la situation d'emploi	--	♦	♦	♦	♦	♦	♦	--	--
Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon la situation d'emploi	--	♦	♦	--	♦	♦	♦	--	--



## Annexe E : catégories de substances

Catégorie	Exemples
Alcool	bière, vin, spiritueux, cidre, coolers
Cannabis	marijuana, hachisch, huile de hachisch
Cocaïne	poudre de cocaïne, crack
Opioides <sup>75</sup>	morphine, codéine, héroïne, fentanyl, méthadone, opium, OxyContin <sup>MC</sup>
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 médicaments visant à augmenter la performance	hormone de croissance humaine, testostérone, Winstrol, Dianabol
Médicaments en vente libre	antihistaminique, aspirine, éphédrine
Médicaments sur ordonnance <sup>76</sup>	Concerta <sup>MC</sup> , Ritalin <sup>MC</sup> , Adderall <sup>MC</sup> , Dexedrine <sup>MC</sup>
Autres	alcool impropre à la consommation

75 Cette catégorie inclut les opioïdes sur ordonnance.

76 Cette catégorie exclut les opioïdes sur ordonnance.