



Centre canadien sur
**les dépendances et
l'usage de substances**

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Prise en charge du sevrage au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2015-2016

Mars 2019

Prise en charge du sevrage au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2015-2016

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

Citation proposée : Meister, S., B. Maloney-Hall, K. Urbanoski et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Prise en charge du sevrage au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement – données de 2015-2016*, Ottawa (Ontario), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019.

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

This document is also available in English under the title:

Withdrawal Management Services in Canada: The National Treatment Indicators Report – 2015-2016 Data

ISBN 978-1-77178-542-6



Table des matières

État de la situation au Canada	1
Introduction.....	1
Services de prise en charge du sevrage.....	1
Traitement de l'usage de substances en milieu communautaire	2
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	7
Conclusion	8
Introduction	9
Services de prise en charge du sevrage.....	9
De la prise en charge du sevrage vers le traitement.....	10
Admissions à répétition aux services de prise en charge du sevrage	10
Enjeux liés au sexe et au genre dans la prise en charge du sevrage.....	11
Autres facteurs ayant une influence sur l'efficacité de la prise en charge du sevrage	12
Lignes directrices des autorités administratives	13
Méthodes	14
Collecte de données	14
Limites.....	15
Résultats	16
Yukon	17
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	17
Résultats.....	18
Prise en charge du sevrage en milieu communautaire	18
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	19
Nunavut	22
Aperçu et sommaire	22
Résultats.....	22
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	22
Colombie-Britannique.....	23
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	23
Pratiques propres à certaines substances.....	24
Résultats.....	24



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	24
Alberta	26
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	26
Pratiques propres à certaines substances.....	27
Résultats.....	27
Prise en charge du sevrage en milieu communautaire	27
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	29
Saskatchewan	31
Aperçu et sommaire	31
Pratiques propres à certaines substances.....	33
Résultats.....	33
Prise en charge du sevrage en milieu communautaire	33
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	36
Manitoba	38
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	38
Résultats.....	38
Prise en charge du sevrage en milieu communautaire	38
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	40
Ontario	43
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	43
Résultats.....	44
Prise en charge du sevrage en milieu communautaire	44
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	46
Nouvelle-Écosse	49
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	49
Pratiques propres à certaines substances.....	50
Résultats.....	52
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	52
Île-du-Prince-Édouard	54
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	54
Résultats.....	55
Prise en charge du sevrage en milieu communautaire	55



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	57
Terre-Neuve-et-Labrador	59
Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage.....	59
Résultats.....	61
Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier	63
Programme de mieux-être mental, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	65
Comité sur l’abus de solvants chez les jeunes	65
Analyse.....	67
Conclusion	69
Bibliographie	70
Annexes.....	75
Annexe A : membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement .	75
Annexe B : paramètres et indicateurs pour la collecte de données pour 2015-2016.....	76
Annexe C : définitions	77
Annexe D : disponibilité des indicateurs de traitement dans les autorités administratives, pour les données de 2015-2016	79
Annexe E : codes diagnostiques de la CIM-10-CA et du DSM-IV-TR	81



Auteurs

Shawna Meister, M.A.

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

Bridget Maloney-Hall, MSP

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

Karen Urbanoski, Ph.D.

Scientifique, Institut canadien de recherche sur 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 des membres du GNINT à l'annexe A.

Conflit d'intérêts

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



État de la situation au Canada

Introduction

La prise en charge du sevrage (PCS) fait partie intégrante du continuum de soins visant l'usage de substances et la dépendance chez les personnes ayant besoin d'aide; c'en est d'ailleurs souvent l'une des premières étapes. Répondre à l'éventail de besoins des Canadiens ayant des troubles liés à l'usage de substances requiert toute une gamme de services de PCS. Lors de leur réunion annuelle de 2017, les membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT) ont mis en évidence le besoin d'examiner les divers programmes de PCS offerts au Canada et de produire un rapport spécial donnant un aperçu des services de PCS du pays. Les objectifs fixés par le GTINT dans son rapport étaient les suivants :

Le GTINT définit la **prise en charge du sevrage** comme l'étape initiale supervisée durant laquelle se déroule le sevrage des substances; cette étape comprend une vaste gamme de services (décrits plus loin).

- Dresser un portrait complet et uniforme de la PCS au Canada.
- Servir de ressource aux chercheurs et aux planificateurs du système de santé et les aider à prévoir les besoins futurs.
- Faciliter le repérage des lacunes à combler dans les données pour avoir une meilleure vue d'ensemble et améliorer les efforts déployés pour régler le problème.
- Renseigner les partenaires sur la portée, le type et l'ampleur des services de PCS des autorités administratives.

Le présent rapport présente un portrait global des services de PCS au Canada en 2015-2016, y compris des épisodes de soins offerts dans le cadre de services spécialisés en milieu communautaire et hospitalier. Il fournit également des renseignements pouvant guider les praticiens et les responsables des politiques en matière de PCS et de prise de décisions. La section qui suit décrit brièvement les services de PCS, notamment leurs objectifs et le rôle qu'ils jouent au sein du continuum de soins des troubles liés à l'usage de substances, et présente certaines données nationales. Bien que ce rapport tente de donner l'aperçu le plus complet possible, il importe de préciser que les provinces et les territoires n'ont pas tous été en mesure de fournir des données. De plus, il ne tient pas compte de toutes les sources de données sur les épisodes de service de PCS (p. ex. traitement privé). Les limites sont détaillées dans la section Méthodes.

Services de prise en charge du sevrage

Les services de PCS (parfois appelés services de désintoxication) offrent le soutien et les soins nécessaires à une prise en charge prudente des symptômes de sevrage et des complications médicales pouvant survenir chez les personnes qui ont un trouble lié à l'usage de substances et qui interrompent leur consommation (Diaper, Law et Melichar, 2014; Mattick et Hall, 1996). Les services de PCS peuvent comprendre une supervision médicale, qui offre entre autres un soutien pharmacologique prodigué dans un hôpital, dans un établissement médical, dans un cabinet de médecin ou dans le cadre de services mobiles (p. ex. visites à domicile), et être accompagnés de diverses mesures de soutien psychosocial. Une PCS non pharmacologique et non psychosociale peut



également être offerte en clinique communautaire. Les services de PCS devraient aussi promouvoir la transition vers un traitement actif. Par exemple, les personnes qui ont recours à des services de PCS d'opioïdes devraient toujours être immédiatement dirigées vers des traitements factuels de la dépendance aux opioïdes afin d'atténuer le risque accru de surdose associé à la baisse de tolérance après une période d'abstinence (Bruneau et coll., 2018). Par ailleurs, les divers traitements de l'usage de substances ne peuvent pas toujours, ou ne devraient pas toujours, être précédés d'une PCS.

Le projet de planification fondée sur les besoins a mis en évidence quatre catégories de PCS : les services traitant l'intoxication aiguë, les services communautaires de PCS à l'externe, les services communautaires de PCS à l'interne et les services de PCS à l'interne améliorés offerts en milieu hospitalier (Rush, 2018). Bien que ce modèle, comme d'autres, fournisse de précieuses approches de prestation de divers services de PCS, les autorités administratives du Canada n'ont pas encore établi de modèles factuels, mais elles cherchent toujours à améliorer leurs systèmes pour y parvenir. Autre fait important : chaque autorité administrative présente des enjeux et des besoins qui lui sont propres et doit, par conséquent, adapter tout modèle ou système en fonction de ces derniers.

Traitement de l'usage de substances en milieu communautaire

En 2015–2016, 146 885 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics (communautaires) spécialisés de traitement de la consommation en Alberta, au Manitoba, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Ontario, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, ce qui correspond à 199 509 épisodes de service. De ce nombre, 61,3 % (n = 90 089) étaient de nouveaux cas¹. Ces statistiques incluent les bénéficiaires et les épisodes de service pour toutes les catégories de traitement². La majorité des bénéficiaires (91,0 %, n = 133 714) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 11 696 bénéficiaires (8,0 %) l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

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 PCS à un traitement à l'externe) représente deux épisodes de service. Un épisode de service à l'externe peut prendre la forme de nombreuses séances.

1 « Nouveaux dossiers » fait référence aux bénéficiaires uniques qui ont 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.

2 Parmi les types de traitement, mentionnons le traitement à l'interne, le traitement à l'externe, la prise en charge du sevrage à l'interne et la prise en charge du sevrage à l'externe. Le présent rapport ne porte pas sur le traitement à l'interne et à l'externe.



La PCS inclut à la fois les services à l'interne et les services à l'externe. Les provinces et le territoire ayant fourni des données communautaires sur la PCS sont l'Alberta, le Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et le Yukon. Les données sur les bénéficiaires et les autres services de traitement du Yukon n'étaient toutefois pas disponibles; c'est pourquoi, dans certains cas, les données présentées portent sur les six provinces plutôt que sur les sept autorités administratives. En outre, sur ce total, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard sont les deux seules autorités à offrir la PCS à l'externe. Plus de 27 915 bénéficiaires uniques³ ont eu recours à des services de PCS, ce qui correspond à 46 405 épisodes de service, soit environ 25 % de tous les épisodes de service de traitement en milieu communautaire (tableau 2).

Le ratio d'épisodes de service par bénéficiaire des six provinces ayant fourni des données est présenté dans le tableau 1. En moyenne, les bénéficiaires avaient été admis une ou deux fois à des services de PCS au cours de l'année; les réadmissions étaient légèrement plus courantes chez les bénéficiaires dont la PCS avait eu lieu à l'interne plutôt qu'à l'externe.

La **prise en charge du sevrage à l'interne** (PCSI) correspond aux programmes où les clients dorment au centre de PCS, au centre de traitement ou à l'hôpital. La **prise en charge du sevrage à l'externe** (PCSE) comprend la désintoxication de jour ainsi que la désintoxication à la maison ou dans la communauté.

Tableau 1. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation) pour les six provinces ayant fourni des données

Prise en charge du sevrage à l'interne	1,7
Prise en charge du sevrage à l'externe	1,2

Catégorie de traitement

Comme le montre le tableau 2, le nombre total d'épisodes de service de PCS des six provinces représentait 24,6 % de tous les services de traitement (26,9 % des services prodigués aux hommes et 20,8 %, des services aux femmes). Bien qu'ils ne fassent pas l'objet du présent rapport, les épisodes de service restants comprennent les traitements à l'interne et à l'externe (75,4 %). Les bénéficiaires ayant eu recours à des services de PCS dans les six provinces représentaient 19,4 % de tous les bénéficiaires de services.

³ Les autorités administratives n'ont pas toutes fourni des données sur le nombre de bénéficiaires ayant eu recours à ces épisodes; le nombre de bénéficiaires uniques déclaré est donc sous-estimé.



Tableau 2. Épisodes de service et bénéficiaires uniques⁴, selon le genre

	PCS à l'interne et à l'externe*	Traitement à l'interne et à l'externe*	Nombre total*
Épisodes de service			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	24,6 %	75,4 %	n = 185 620
Hommes	26,9 %	73,1 %	n = 116 473
Femmes	20,8 %	79,2 %	n = 68 484
Autre**	13,0 %	87,0 %	n = 675
Bénéficiaires uniques			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	19,4 %	80,6 %	n = 143 895
Hommes	20,1 %	79,9 %	n = 88 511
Femmes	18,1 %	81,9 %	n = 53 693
Autre**	9,7 %	90,3 %	n = 576

* Ces valeurs sont représentatives des six provinces ayant fourni des données. Les données sur le nombre total d'épisodes de service et les bénéficiaires du Yukon n'étaient pas disponibles; elles n'ont donc pas été incluses dans ce tableau.

** Comme elles étaient trop petites pour faire l'objet d'un rapport, les valeurs de la catégorie « Autre⁵ » ne sont pas présentées dans les sections propres à chaque autorité administrative.

Les diverses limites des données sont présentées dans les sections des autorités administratives.

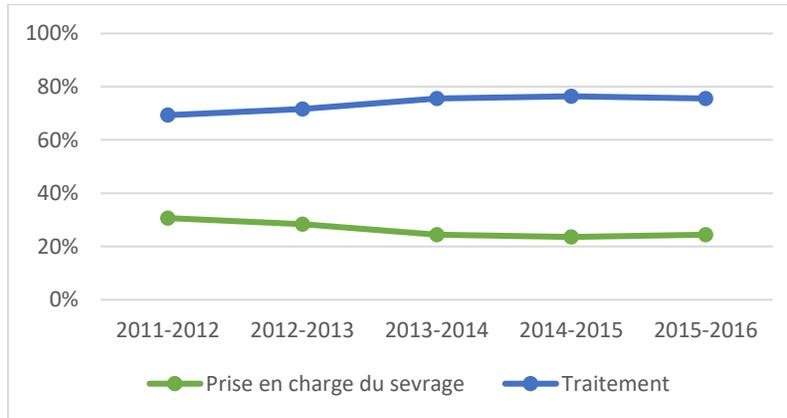
Les tendances quant à la PCS et aux traitements en milieu communautaire ont été relativement stables de 2011–2012 à 2015–2016, mais la proportion des services de PCS par rapport au nombre total d'épisodes de traitement de l'usage de substances était un peu plus faible dans les dernières années. Cela 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). De nombreux facteurs influencent le taux d'utilisation des services, dont la demande, la disponibilité et la connaissance des services; par conséquent, un taux d'utilisation élevé ne permet pas nécessairement, à lui seul, de tirer des conclusions sur les besoins de la population et la disponibilité adéquate des services.

4 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.

5 Dans de nombreuses autorités administratives, les bénéficiaires pouvaient s'identifier comme homme, femme ou autre.



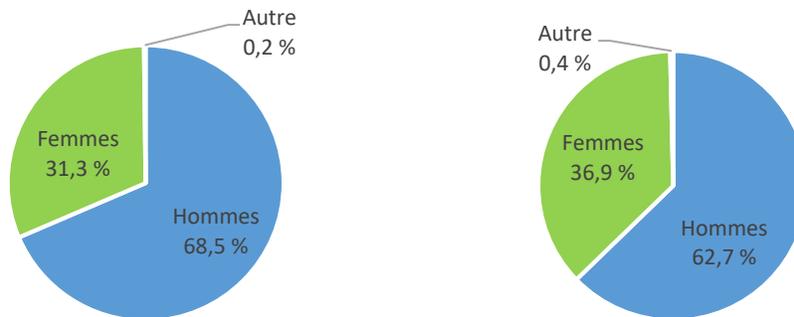
Figure 1. Tendances dans les épisodes de service, selon la catégorie de traitement, de 2011-2012 à 2015-2016⁶



Genre

Dans les sept autorités administratives⁷, les hommes ont eu recours à la majorité des épisodes de service de PCS, soit à 68,5 % (n = 31 790) des épisodes, et les femmes, à 31,3 % (n = 14 498) (figure 2). D'après les données sur tous les services de traitement des six provinces (les données du Yukon n'étaient pas disponibles), les hommes faisaient quand même l'objet de la majorité des épisodes de service, soit de 62,7 % (n = 116 473) des épisodes. La différence entre hommes et femmes était toutefois inférieure à celle de la PCS seulement (figure 3).

Figure 2. Épisodes de service de PCS⁸, selon le genre⁹ Figure 3. Total des épisodes de traitement¹⁰, selon le genre



Les hommes continuent d'être plus nombreux à avoir recours aux épisodes de service de PCS que les femmes et représentent plus du deux tiers des épisodes (figure 4).

6 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.

7 Le Yukon a fourni des données sur les épisodes de service de PCS par groupe d'âge et par genre. Les données sur les autres services de traitement et les bénéficiaires n'étaient pas disponibles pour ce territoire.

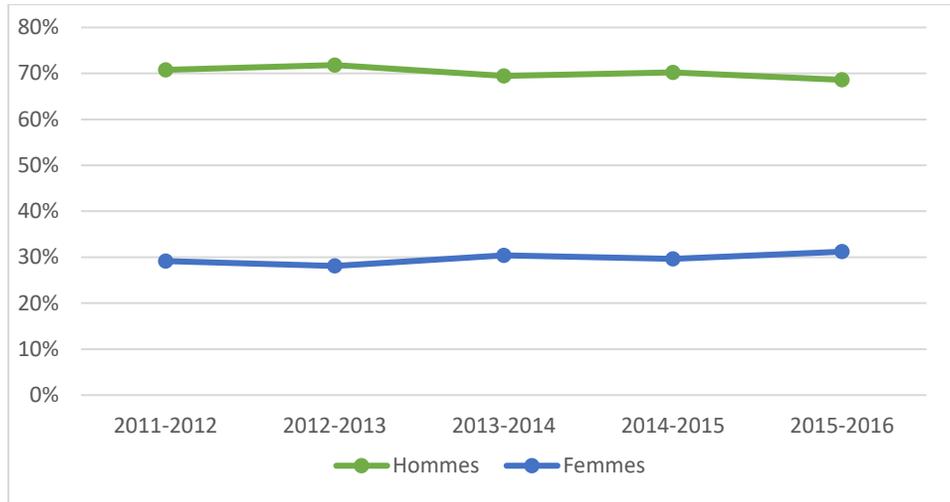
8 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.

9 La plupart des autorités administratives ayant fourni des données sur les traitements pour le présent rapport comptaient une catégorie de genre « Autre ». Cependant, comme ce choix était peu fréquent, il n'a pas été inclus dans les sections respectives des autorités administratives.

10 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.



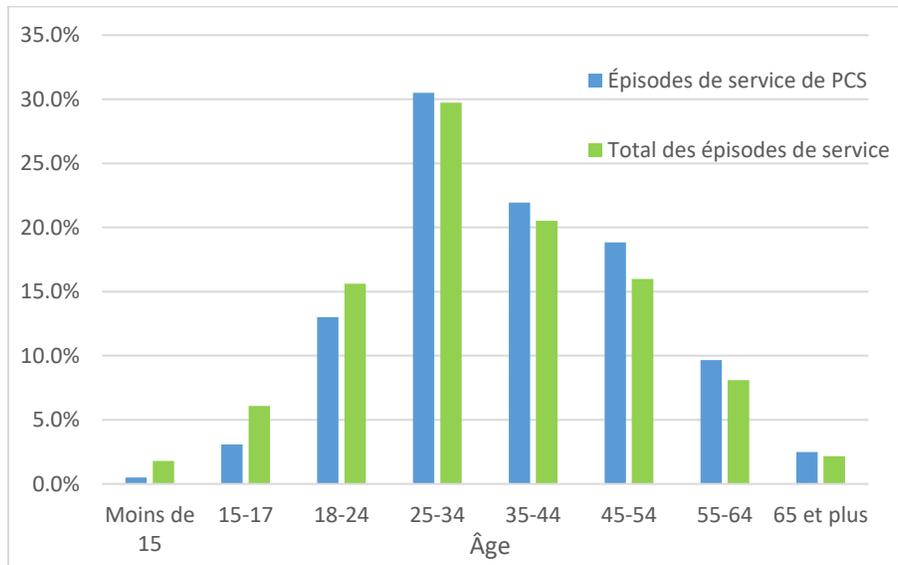
Figure 4. Tendances dans les épisodes de service de PCS, selon le genre, de 2011-2012 à 2015-2016¹¹



Âge

Comme le montre la figure 5, le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service de PCS dans les sept autorités administratives et le total le plus élevé d'épisodes de service dans les six provinces¹² ont été observés chez les 25 à 34 ans, suivis des 35 à 44 ans et des 45 à 54 ans.

Figure 5. Épisodes de service de PCS et total des épisodes de service¹³, selon l'âge



11 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.

12 Les données du Yukon sur le nombre total d'épisodes de service de traitement par groupe d'âge n'ont pu être obtenues; elles ne sont donc pas incluses dans la distribution en fonction du total des épisodes de service. Cependant, des données sur la distribution des épisodes de service de PCS par groupe d'âge étaient disponibles et sont incluses dans le graphique.

13 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. Le nombre total des épisodes de service comprend les épisodes de service de PCS et les épisodes de service de traitement.



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe¹⁴

Des données sur les hospitalisations pour sevrage de substances ont été obtenues pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, mais les données sur la PCS spécialisée n'ont pu être recueillies que pour certaines provinces. Au total, en 2015-2016, il y a eu 11 751 hospitalisations¹⁵ pour PCS de substances, ce qui représente 30 % des hospitalisations attribuables à un trouble lié à l'usage de substances. La durée moyenne de séjour à l'hôpital était de cinq jours. De toutes les personnes hospitalisées, 70,8 % (n = 8 316) étaient des hommes, et 29,2 % (n = 3 435), des femmes (figure 6). Si l'on compare ces chiffres à ceux des services en milieu communautaire, les hommes et les femmes ont un pourcentage d'hospitalisations pour PCS (figure 6) semblable à leur pourcentage d'épisodes de services publics. La durée totale des séjours à l'hôpital était de 63 610 jours¹⁶. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 70,6 % (44 933 jours) du total, et ceux des femmes, pour 29,4 % (18 677 jours) (figure 7).

Figure 6. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), Canada (sauf le Québec), AF 2015-2016

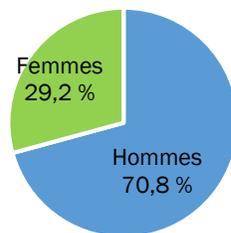
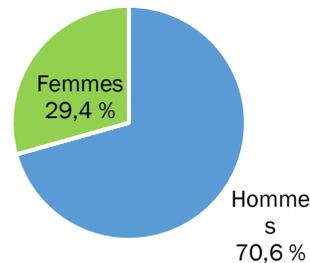


Figure 7. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), Canada (sauf le Québec), AF 2015-2016



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, AF 2015-2016, ICIS

Hospitalisations, selon l'âge

Ce sont les 45 à 54 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations¹⁷ (26,1 %), suivis des 55 à 64 ans (21,4 %) (figure 8). Ces données diffèrent de celles des services de traitement communautaire, où le pourcentage le plus élevé d'épisodes a été observé chez les 25 à 34 ans. En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 63 610 jours, et les 55 à 64 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 15 890 jours (25,0 %), suivi des 45 à 54 ans, qui ont passé 14 661 jours à l'hôpital (23,0 %).

14 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

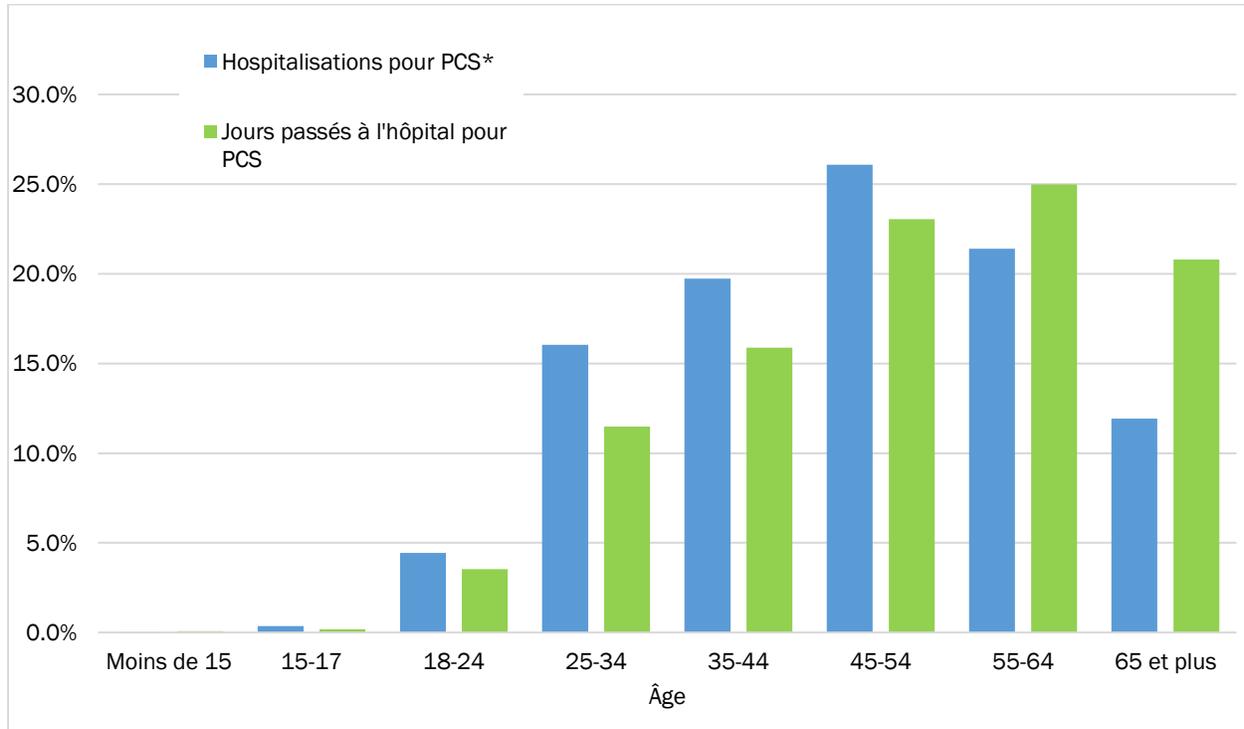
15 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital, ou aux deux. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage. Les hôpitaux généraux et psychiatriques sont inclus.

16 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.

17 Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Figure 8. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, Canada (sauf le Québec), AF 2015-2016



* Les données sur les hospitalisations de certains groupes d'âge étaient trop peu nombreuses pour être rendues publiques et ont été supprimées par l'ICIS. Nous les avons imputées et incluses dans la figure.

Conclusion

Le rapport sur les INT fournit des renseignements sur les services publics de traitement de l'usage de substances offerts au Canada. Le rapport de cette année souligne l'importance des services de PCS et se veut une référence pour les praticiens et les responsables des politiques. On estime que l'usage de substances a coûté environ 11,1 milliards de dollars au système de santé canadien en 2014 (la dernière année pour laquelle on dispose de données), dont 600 millions de dollars en traitements spécialisés en milieu communautaire (Groupe de travail scientifique sur les coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018). Comme les autorités administratives n'ont pas toutes fourni des données sur les services de traitement de l'usage de substances, les données présentées ici sous-estiment le nombre réel d'épisodes de service ayant eu lieu au Canada. Par ailleurs, la plupart des personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de substances ne reçoivent pas de traitement spécialisé (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008); les estimations des coûts de 2014 et les données de 2015-2016 présentées dans ce rapport sont donc aussi des sous-estimations du nombre réel de personnes ayant besoin d'un traitement. Dans le contexte de la légalisation du cannabis et de la crise des opioïdes, il est d'autant plus important d'assurer un suivi des tendances en matière d'accès aux services afin de déterminer si nous augmentons efficacement l'accès aux traitements pour réduire les surdoses d'opioïdes et d'évaluer les répercussions de la légalisation du cannabis sur les traitements de l'usage problématique. Par ailleurs, l'adaptabilité des services aux besoins est cruciale dans un contexte d'évolution des populations et des besoins. Des données exactes pourront guider nos interventions et nous aider à cibler quels investissements sont nécessaires au développement des services.



Introduction

La prise en charge du sevrage (PCS) fait partie intégrante du continuum de soins visant l'usage de substances et la dépendance chez les personnes ayant besoin d'aide; c'en est d'ailleurs souvent l'une des premières étapes. Cela dit, la PCS fait rarement l'objet d'analyses détaillées ou de rapports, ce qui limite la capacité des praticiens et responsables de politiques à combler les lacunes et à améliorer les résultats. Lors de leur réunion annuelle de 2017, les membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT) ont mis en évidence le besoin d'examiner les divers programmes de PCS offerts au Canada et de produire un rapport spécial soulignant l'importance des services de PCS. Les objectifs fixés par le GTINT dans son rapport étaient les suivants :

- Dresser un portrait complet et uniforme de la PCS au Canada.
- Servir de ressource aux chercheurs et aux planificateurs du système de santé et les aider à prévoir les besoins futurs.
- Faciliter le repérage des lacunes à combler dans les données pour avoir une meilleure vue d'ensemble et améliorer les efforts déployés pour régler le problème.
- Renseigner les partenaires sur la portée, le type et l'ampleur des services de PCS des autorités administratives.

Le présent rapport présente un portrait global des services de PCS au Canada en 2015-2016, y compris des épisodes de soins offerts dans le cadre de services spécialisés en milieu communautaire et hospitalier. Il fournit également des renseignements pouvant guider les praticiens et les responsables des politiques en matière de PCS et de prise de décisions. La section qui suit décrit brièvement les services de PCS, notamment leurs objectifs et le rôle qu'ils jouent au sein du continuum de soins des troubles liés à l'usage de substances, et présente certaines données nationales. Bien que ce rapport tente de donner l'aperçu le plus complet possible, il importe de préciser que les provinces et les territoires n'ont pas tous été en mesure de fournir des données. De plus, il ne tient pas compte de toutes les sources de données sur les épisodes de service de PCS (p. ex. traitement privé). Les limites sont détaillées dans la section Méthodes.

Services de prise en charge du sevrage

Les services de PCS (parfois appelés services de désintoxication) offrent le soutien et les soins nécessaires à une prise en charge prudente des symptômes de sevrage et des complications médicales pouvant survenir chez les personnes qui ont un trouble lié à l'usage de substances et qui interrompent leur consommation (Diaper et coll., 2014; Mattick et Hall, 1996). Les services de PCS ont pour objectifs principaux de favoriser le bon déroulement de la phase aiguë du sevrage et d'en atténuer les symptômes. Leurs objectifs secondaires, qui peuvent varier d'une personne à l'autre, sont notamment d'offrir une période de repos – sans usage de substances et sans conséquence connexe – et de permettre aux fournisseurs de services de promouvoir la participation à un traitement actif. Ces caractéristiques décrivent le rôle que jouent les services de PCS dans l'ensemble du continuum de soins de l'usage de substances. Fait important : les services de PCS peuvent précéder un épisode de traitement, mais ne sont pas un traitement efficace à eux seuls (c.-à-d. qu'ils ne mènent pas nécessairement au maintien de l'abstinence ou à la diminution de la consommation et des méfaits).

Les services de PCS peuvent comprendre une supervision médicale, qui offre entre autres un soutien pharmacologique prodigué dans un hôpital, dans un établissement médical, dans un cabinet



de médecin ou dans le cadre de services mobiles (p. ex. visites à domicile), et être accompagnés de diverses mesures de soutien psychosocial. Une PCS non pharmacologique et non psychosociale peut également être offerte en clinique communautaire. Les programmes sont relativement courts, de quelques jours à quelques semaines. Les symptômes de sevrage et les agents pharmacologiques utilisés dans le cadre des services de PCS avec soutien médical varient d'une substance à l'autre. Pour en savoir plus, veuillez consulter les documents de l'American Psychiatric Association (2013), de Brigham et ses collaborateurs (2014) et de Jesse et ses collaborateurs (2017), ainsi que les documents sur les lignes directrices provinciales et territoriales présentés plus loin.

De la prise en charge du sevrage vers le traitement

Lors du recours aux services de PCS, l'issue dépend en grande partie de la promotion d'une transition vers un traitement actif (pharmacologique, à l'interne ou à l'externe) (Redko, Rapp et Carlson, 2006). Par exemple, étant donné la crise des opioïdes qui fait actuellement rage au Canada, la prestation de services de PCS d'opioïdes sans transition immédiate vers un traitement factuel est explicitement déconseillée en raison du risque accru de surdose associé à la baisse de tolérance après une période d'abstinence (Bruneau et coll., 2018).

En général, la transition rapide (c.-à-d. dans les jours qui suivent) des services de PCS au traitement est un indicateur de la qualité des soins utilisé pour la mesure du rendement des services liés à l'usage de substances (Garnick et coll., 2011; Lee et coll., 2014; Stein, Kogan et Sorbero, 2009). Selon ces études, seule une minorité de personnes ayant obtenu leur congé des services de PCS sont rapidement admises à un programme de traitement (dans le mois qui suit).

Pourtant, la recherche a montré qu'un long délai de transition entre la PCS et le traitement peut entraîner le désengagement du client. Par exemple, un intervalle de plusieurs jours à plusieurs semaines peut pousser 30 % des clients à abandonner le traitement (Li, Sun, Marsh et Anis, 2008). D'autres études ont montré que les clients sont beaucoup plus susceptibles de se présenter au rendez-vous d'admission si celui-ci a été planifié dans la journée suivant l'établissement du contact plutôt que dans les trois à sept jours suivants (Festinger, Lamb, Marlowe et Kirby, 2002). De nombreuses interventions ont été mises sur pied afin de faciliter cette transition, dont des visites de sensibilisation par le personnel responsable du traitement, la gestion de cas et la mise en place de mesures incitatives et la présence d'accompagnateurs jusqu'au centre de traitement, de même que des interventions auprès des organismes, comme la signature de contrats de performance (Carroll, Triplett et Mondimore, 2009; Chutuape, Katz et Stitzer, 2001; Haley, Dugosh et Lynch, 2011; McLellan, Weinstein, Shen, Kendig et Levine, 2005; Nielsen et Nielsen, 2018). La réduction des délais à cette étape du continuum de soins offre une importante possibilité d'amélioration de la qualité des soins.

Admissions à répétition aux services de prise en charge du sevrage

Comme pour tout traitement de l'usage de substances, la réadmission aux services de PCS est une issue qui n'est pas forcément négative et qui nécessite une mise en contexte. Cela dit, des études ont fait état d'une sous-population de clients – environ 10 à 15 % du total – ayant fait l'objet d'au moins trois épisodes de désintoxication, généralement sans autre traitement, au cours d'une période de 12 mois (Haley et coll., 2011; McLellan et coll., 2005). Comme mentionné plus tôt, ce type de service est peu susceptible de favoriser un rétablissement à long terme. Des études ont montré que les personnes admises à plusieurs reprises dans des services de PCS ont tendance à être socialement marginalisées et présentent des taux élevés de chômage et de situation de logement instable (Callaghan, 2003; Callaghan et Cunningham, 2002b; McLellan et coll., 2005), de même que des taux élevés d'usage de plusieurs substances et d'infections transmissibles par le



sang (Li et coll., 2008). Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'instaurer des mesures de soutien psychosocial pour accompagner les soins pharmacologiques et médicaux prodigués dans les milieux de services de PCS.

Enjeux liés au sexe et au genre dans la prise en charge du sevrage

Les habitudes et les expériences en matière d'usage de substances ainsi que les méfaits et les conséquences des substances sur la santé ne sont pas les mêmes chez les hommes que chez les femmes, d'où la nécessité d'accorder de l'importance du sexe et du genre¹⁸ lors de l'élaboration des services et des politiques (Greaves et Poole, 2007; Tuchman, 2010). Comparativement aux hommes en traitement, les femmes sont plus susceptibles de présenter des antécédents de traumatisme, des troubles de santé mentale concomitants et une progression rapide vers un trouble de consommation (Anderson, Hruska, Boros, Richardson et Delahanty, 2018; Tuchman, 2010). Des études font également état d'obstacles propres au sexe et au genre nuisant à l'entrée en traitement (p. ex. stigmatisation, crainte de perdre la garde des enfants, absence de soins adaptés aux femmes) (Finnegan, 2013; Greaves et Poole, 2007; Stone, 2015).

Comme pour les autres services liés à l'usage de substances, le sexe et le genre peuvent influencer l'expérience des services de PCS de diverses manières et ainsi avoir un effet sur les issues. En clinique, on s'est penché sur la prise en charge pharmacologique et médicale du sevrage chez les femmes enceintes (Heberlein, Leggio, Stichtenoth et Hillemacher, 2012; Klamon et coll., 2017). De façon générale, les différences sexospécifiques quant au taux d'abandon des services de PCS sont équivoques : certaines études n'observent aucune différence (Callaghan et Cunningham, 2002a; Hakansson et Hallen, 2014; Li, Sun, Purl, Marsh et Anis, 2007a), tandis que d'autres font état de taux élevés chez les femmes, surtout chez les Autochtones vivant en milieu urbain (Deacon, Hines, Curry, Tynan et Day, 2014; Li, Sun, Marsh et Anis, 2013). Il a également été montré que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de passer des services de PCS à un traitement (Mark, Dilonardo, Chalk et Coffey, 2003), mais qu'elles sont moins portées à demeurer abstinentes après le congé, qu'elles aient suivi un traitement ou non (Ivers et coll., 2018). Il faudra accorder davantage d'attention au rôle que jouent les soins axés sur les femmes et les facteurs comme les antécédents de traumatisme, les troubles de santé mentale concomitants et la parentalité dans l'expérience qu'ont les femmes des services de PCS.

Les autres groupes à risque élevé sont ceux des personnes ayant une orientation sexuelle ou une identité de genre minoritaire (p. ex. personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres, queer, etc. [LGBTQ+]), chez qui on retrouve une prévalence accrue d'usage de substances, comparativement aux personnes hétérosexuelles ou cisgenres (Corliss et coll., 2010; Marshal et coll., 2008; Schrager et coll., 2014). D'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre l'expérience des membres de la communauté LGBTQ+ quant à la PCS et au traitement (Corliss et coll., 2010; Lyons et coll., 2015; Schrager et coll., 2014). Bien que la mise en œuvre de traitements ciblant ces groupes minoritaires et l'accès à ces traitements aient été améliorés, le manque de services répondant à leurs besoins demeure un obstacle majeur. La collecte de données et la production de rapports portant sur les membres de la communauté LGBTQ+ sont une étape importante de l'élaboration de services de PCS et de traitement ciblés.

18 Selon les définitions de l'Organisation mondiale de la Santé, le sexe fait référence aux caractéristiques biologiques d'une personne (organes reproducteurs, chromosomes, etc.) et correspond à ce que l'on appelle parfois le « sexe assigné à la naissance », tandis que le genre fait référence aux caractéristiques socialement déterminées des femmes et des hommes, notamment par les normes, les rôles traditionnels des femmes et des hommes et les relations entre ces groupes (Organisation mondiale de la Santé, 2011). La majorité des autorités administratives recueillent des données sur les personnes ayant recours aux services de PCS et de traitement et dont l'identité de genre est « autre »; ces données étaient toutefois trop peu nombreuses pour être présentées pour chaque autorité administrative.



Autres facteurs ayant une influence sur l'efficacité de la prise en charge du sevrage

Plusieurs autres facteurs, d'ordre individuel ou systémique, peuvent influencer l'efficacité des services de PCS. Par exemple, certaines personnes en désintoxication peuvent avoir pour objectif de devenir abstinentes, tandis que d'autres peuvent vouloir réduire leur dépendance et mieux la maîtriser (Diaper et coll., 2014). Outre le sexe et le genre, l'âge peut également influencer l'efficacité des services. Certaines études ont montré que les jeunes (p. ex. moins de 25 ans) sont moins susceptibles que les autres de présenter une dépendance grave et de consommer plusieurs substances, et qu'ils ont une plus grande stabilité psychosociale, ce qui pourrait favoriser la réussite de leur désintoxication (Sigmon et coll., 2013).

La substance ou les substances qui font l'objet du sevrage ainsi que la gravité de la dépendance peuvent aussi avoir un effet sur l'efficacité des services de PCS. Les variations observées à ces égards sont trop importantes pour être abordées ici, mais certaines conclusions générales peuvent tout de même être tirées des études. La prise en charge d'une dépendance grave peut être plus efficace si elle se fait dans un environnement très contrôlé, comme c'est le cas lors d'une prise en charge du sevrage à l'interne (PCSI), tandis que dans d'autres cas, elle pourrait donner de meilleurs résultats si elle a lieu dans un autre type d'environnement, comme dans le cadre d'une prise en charge du sevrage à l'externe (PCSE) (Diaper et coll., 2014; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014; Muncie, Yasinian et Oge, 2013). Quel que soit le type de traitement choisi, divers facteurs socioéconomiques comme le soutien social, les troubles de santé mentale potentiels, la situation d'emploi peuvent influencer la réussite du traitement (Amato et coll., 2013; Kassani, Niazi, Hassanzadeh et Menati, 2015).

Un autre facteur important pouvant influencer les résultats de la PCS est l'approche utilisée. De façon générale, il en existe trois : 1) les stratégies pharmacologiques, qui font appel à des médicaments pour faciliter la PCS; 2) les stratégies psychosociales, fondées sur des méthodes cognitives et des méthodes de counseling; et 3) une combinaison de stratégies pharmacologiques et psychosociales. L'approche choisie doit être adaptée aux besoins de la personne et au type de substance consommée. Certaines approches sont plus efficaces si elles mettent l'accent sur des stratégies pharmacologiques, alors que d'autres sont efficaces lorsqu'elles reposent sur des stratégies psychosociales. Toutefois, les études sur l'efficacité présentent des résultats très variés. Un certain nombre d'études recommandent de combiner des stratégies pharmacologiques et psychosociales pour s'attaquer à la fois à la dépendance chimique et aux facteurs psychosociaux qui contribuent à la dépendance (Diaper et coll., 2014; Merks et coll., 2014). Il est important de prendre en considération les diverses caractéristiques de la personne lorsqu'on opte pour une combinaison de stratégies.

D'autres facteurs peuvent également influencer sur l'efficacité de la PCS, comme l'appartenance à une population donnée (p. ex. origine ethnique, contexte culturel, jeune âge, faible statut socioéconomique) (Copeland et Swift, 2009; Li et coll., 2007a; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2004). On peut donc en conclure que la PCS est un élément complexe du continuum de soins et que l'accompagnement des personnes en sevrage nécessite de prendre plusieurs facteurs en considération. Mais par-dessus tout, la réussite de la PCS dépend grandement de la participation du consommateur de substances au processus de sevrage et au plan de traitement, ainsi que de l'inclusion des membres de la famille ou de toute autre personne pertinente, lorsque c'est approprié (Diaper et coll., 2014).



Lignes directrices des autorités administratives

Il n'existe pas de normes nationales pour les services de PCS. Un certain nombre d'autorités administratives ont toutefois établi leurs propres normes, lignes directrices et pratiques exemplaires. En voici quelques exemples :

- les lignes directrices de la Colombie-Britannique pour les services de prise en charge biopsychosociale et spirituelle du sevrage (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2017);
- les normes de la Saskatchewan pour les programmes de désintoxication (gouvernement de la Saskatchewan, 2012);
- les normes ontariennes pour les services de prise en charge du sevrage (Dépendances et santé mentale d'Ontario, 2014);
- les lignes directrices de la Nouvelle-Écosse pour la prise en charge du sevrage chez les adolescents (gouvernement de la Nouvelle-Écosse, 2013);
- l'évaluation et la révision des services de prise en charge du sevrage des Territoires du Nord-Ouest (Crowe MacKay, 2014)



Méthodes

Le présent rapport comprend de l'information descriptive agrégée sur les personnes qui ont eu recours à des services publics de prise en charge du sevrage de l'usage de substances au Canada pendant l'année financière 2015-2016. Il réunit des renseignements sur deux catégories de traitement : la PCSI et la PCSE. On a demandé aux membres du GTINT de fournir de l'information sur 47 indicateurs; cependant, seuls les indicateurs concernant la prise en charge du sevrage ont fait l'objet d'analyses pour ce rapport. (L'annexe B dresse la liste complète des indicateurs, 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 présente 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 par les autorités administratives sont le résultat d'un processus en plusieurs étapes. D'abord, les fournisseurs de services entrent les données concernant les clients, lesquelles sont compilées 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 des données élaborés par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) en consultation avec les membres du GTINT¹⁹. Puis, les données sont saisies dans une plateforme électronique sécurisée conçue spécialement pour le projet INT.

Ce rapport présente également des données sur les hospitalisations pour PCS obtenues de diverses autorités administratives. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a fourni au CCDUS des données agrégées sur les hospitalisations. Ces données ont été recueillies conformément aux protocoles de collecte de données de l'ICIS²⁰ et transmises de façon sécurisée au CCDUS, qui les a stockées sur des serveurs internes sécurisés.

Finalement, le CCDUS a analysé les ensembles de données relatives aux autorités administratives et aux hospitalisations. Les résultats des analyses des données sur les hospitalisations ont été vérifiés par l'ICIS, puis la version préliminaire du rapport a été évaluée par le GTINT, qui a étroitement collaboré avec le CCDUS pour la production du rapport définitif.

Collecte de données

Ce septième rapport sur les INT (et le premier portant spécifiquement sur la PCS) contient des renseignements sur les personnes qui ont eu recours à des services publics de PCS de l'usage de substances en 2015-2016 (données des autorités administratives) ou qui ont eu recours à des services hospitaliers en 2015-2016 (données de l'ICIS). Plus précisément, des données sur la PCS à l'échelle provinciale et territoriale ont été fournies par le Yukon, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. Par l'intermédiaire du Programme de mieux-être mental des Services aux Autochtones Canada, le Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes et la Thunderbird Partnership Foundation ont fourni de l'information sur certains services de traitement des Premières Nations.

Divers systèmes, méthodes et processus ont été utilisés pour recueillir cette information au Canada. De manière générale, une quantité importante de renseignements sur les services et les clients est

¹⁹ 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.

²⁰ Voir le site Internet de l'ICIS pour en savoir plus sur ses normes et protocole de collecte de données à <https://www.cihi.ca/fr/normes-et-soumission-de-donnees>.



recueillie au moment du dépistage et de l'évaluation ou de l'admission. Cela dit, les exigences relatives au type et à la qualité des données soumises varient aussi, selon l'usage prévu de ces données. Au Canada, il y a des différences dans la qualité et la quantité des renseignements recueillis, le format dans lequel l'information est consignée, ainsi que sa disponibilité.

Les données sur les hospitalisations ont été tirées de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) de l'ICIS. Il s'agit d'une base de données pancanadienne qui contient des données provenant des dossiers administratifs sur les sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques. Le terme « sortie » fait référence au départ d'un patient de l'hôpital à la suite d'un congé ou d'un décès. Aux fins du présent rapport, les sorties seront désignées par le terme « hospitalisations ». Les données de la BDSMMH proviennent de quatre sources distinctes : la Base de données sur les congés des patients (BDCP), la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) et l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier (ESMH).

Chaque dossier d'hospitalisation comporte un code indiquant la raison principale du séjour à l'hôpital. La BDCP et la BDSMMH se servent de la 10^e révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10-CA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (2015) (annexe E). Le SIOSM et l'ESMH utilisent des codes de diagnostic fondés sur la 4^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Texte révisé* (DSM-IV-TR). Bien que la plupart des provinces et territoires se servent uniquement de la CIM-10-CA, l'Ontario se sert de codes provenant de la CIM-10-CA et du DSM-IV-TR dans ses données hospitalières. Des données hospitalières sont présentées pour le Yukon, le Nunavut, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

Limites

Il existe des limites d'ordre général, décrites ci-dessous, à ces données et des 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 qui cadrent avec les 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 :

Données des autorités administratives sur le traitement en milieu communautaire

- **Services inclus** : Les données représentent les services publics; les services offerts au privé sont donc exclus. Les personnes aux prises avec une consommation problématique de substances sont parfois aussi atteintes d'autres problèmes de santé pouvant expliquer leur contact avec le système de santé. 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 l'usage de substances offerts au Canada (p. ex. soutiens communautaires, soins primaires).
- **Participation des autorités administratives** : En tenant compte des données sur les hospitalisations fournies par l'ICIS, 10 des 11 autorités administratives membres du GTINT ont été en mesure de contribuer au rapport de cette année. Et 7 de ces 10 autorités administratives ont aussi fourni des données communautaires. Celles qui n'ont pu le faire ont invoqué des motifs comme l'impossibilité pour une autorité de recueillir ou de diffuser des données ou, dans d'autres cas, une autorité qui ne pouvait fournir que des



renseignements généraux. 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 entrées en première ligne. Dans plusieurs provinces et territoires, des systèmes différents de collecte de données sont en place, ce qui donne lieu à des divergences dans les définitions et les pratiques d'entrée de données. 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. 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 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
- **Comparabilité** : Les limites décrites précédemment signifient que même si toutes les autorités administratives utilisent des protocoles identiques pour la collecte de données, les renseignements fournis ne sont pas encore comparables.
- **Sexe et genre** : Les dossiers d'hôpitaux ont recours à la notion de sexe, tandis que les dossiers de traitement communautaire combinent sexe et genre. Dans le cadre du présent rapport, le terme « genre » est utilisé pour les analyses et la production de rapports en lien avec les traitements en milieu communautaire.

Limites des données hospitalières

- Dans le DSM-IV-TR, les codes 291.0 et 292.81 peuvent comprendre les hospitalisations attribuables à un delirium par intoxication alcoolique ou à un delirium par intoxication à l'amphétamine. Par conséquent, le nombre d'hospitalisations liées à un sevrage de substance en Ontario peut avoir été légèrement surestimé.
- L'information sur le diagnostic ne permet pas de savoir si la substance à l'origine du trouble était utilisée à des fins médicales ou récréatives.

Résultats

Le contexte et des données sur les services de traitement pour l'année financière 2015-2016 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 administratives²¹ définissent les épisodes ou par un petit nombre de personnes ayant eu un nombre élevé d'épisodes.

21 Les limites des autorités administratives sont présentées dans leurs sections respectives. Quelques exemples de différences : certaines autorités administratives font le suivi des épisodes de service d'un bénéficiaire, alors que d'autres ne le font pas, et certaines autorités administratives offrent une PCSE, ce qui n'est pas le cas des autres.



Yukon

Population : 37 289²²

Genre : 18 953 hommes (50,8 %); 18 336 femmes (49,2 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

Le Yukon a un programme spécialisé en PCSI à Whitehorse. Des services de prise en charge du sevrage (SPCS) offrent un environnement sûr et favorable où les jeunes et les adultes peuvent vivre un sevrage en toute sécurité et se rétablir des effets de l'usage de substances ou de la dépendance. La durée du séjour varie d'une personne à l'autre et dépend de la gravité des symptômes de sevrage, de l'état de santé de la personne et des plans de traitement établis.

Ce programme comprend un soutien médical. Chaque quart de travail compte deux infirmières auxiliaires autorisées, soutenues par du personnel de l'unité de rétablissement. Des normes médicales, des protocoles et des ordres permanents ont été mis en place. Les infirmières auxiliaires peuvent exécuter des ordres permanents ou des ordonnances propres à un client approuvés par une infirmière praticienne, réduisant ainsi les transferts de clients vers l'Hôpital général de Whitehorse. Une infirmière autorisée guide et appuie les SPCS à titre de superviseuse de l'assurance de la qualité.

En octobre 2016, les SPCS ont emménagé dans un établissement plus grand leur permettant d'élargir la portée de leur programme et d'augmenter leur capacité. Au moment de la collecte de données pour le présent rapport, les SPCS comptaient 10 lits, dont deux réservés pour des femmes et quatre pour des clients en sevrage aigu. Lorsque c'était possible, quatre lits étaient utilisés comme lits de transition dans la semaine qui précédait ou qui suivait une admission au programme de traitement intensif. Étant donné la capacité limitée des SPCS, de 20 % à 25 % des clients ne pouvaient accéder aux services en raison d'un manque de lits.

Le nouvel établissement compte 18 lits. Quatre d'entre eux sont réservés pour les clients en sevrage aigu, soit deux pour des hommes et deux pour des femmes. Quatre autres lits sont utilisés dans le cadre d'un programme distinct de PCS pour les jeunes, conçu pour répondre expressément aux besoins des jeunes²³ nécessitant une stabilisation. L'unité des jeunes est située dans le même établissement que les SPCS, mais son accès est restreint pour empêcher les contacts entre les divers groupes de clients. Dix lits sont réservés pour des adultes faisant l'objet d'une PCSI. Les services élargis comprennent une infirmière praticienne offrant des soins directs aux clients des SPCS cinq jours par semaine.

Les SPCS offrent les éléments additionnels suivants :

- Séances quotidiennes de sensibilisation et d'éducation renseignant les clients sur l'usage de substances, la dépendance, le rétablissement et les services offerts.
- Soutien de travailleurs sociaux, qui peuvent diriger les clients vers d'autres services et les aider à réintégrer la communauté.

²² Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l'année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>

²³ Le terme « jeunes » désigne les clients de 13 à 18 ans ainsi que les clients de 19 à 24 ans évalués au cas par cas pour déterminer si le programme est celui qui répond le mieux à leurs besoins.



- Accès sans rendez-vous à des séances de counseling hebdomadaires avec des conseillers cliniques.

Des contrats de jour sont offerts aux clients qui ont besoin de SPCS à l'externe parce qu'ils ont un milieu familial ou résidentiel suffisamment stable pour ne pas avoir à demeurer sur place. Ainsi, les lits des SPCS sont mis à la disposition des personnes qui en ont le plus besoin, et les options de service et de soutien sont mieux adaptées aux besoins et au stade de rétablissement de la clientèle. Parmi les programmes de jour offerts, notons des séances de sensibilisation et d'éducation auxquelles doivent participer les clients, de même que l'offre de soutien continu par des travailleurs sociaux.

Les bénéficiaires peuvent recevoir de l'aide à la PCS à l'Hôpital général de Whitehorse ou aux hôpitaux communautaires de Watson Lake et de Dawson. Les infirmières des Centres de santé communautaire peuvent également fournir du soutien à la PCS aux personnes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas avoir recours aux SPCS de Whitehorse. Ces services ne sont pas officiellement définis, mais les services à l'interne offerts dans les trois hôpitaux font l'objet de rapports auprès de l'ICIS.

Certaines Premières Nations offrent des programmes locaux à leurs membres qui en ont besoin. Le soutien à la PCS peut faire partie de ces programmes. Le personnel des services de traitement des dépendances a fourni de l'aide dans le cadre de ces programmes, qui ne sont toutefois ni officiellement définis ni proposés de façon régulière. Les données de ces programmes n'étaient pas disponibles et n'ont donc pas été incluses dans ce rapport.

Considérations et limites importantes concernant les données

Les données recueillies concernent uniquement les services offerts par les SPCS de Whitehorse et les trois hôpitaux territoriaux. Tout soutien fourni par les gouvernements des Premières Nations ou les centres de santé communautaire n'est pas pris en considération dans le présent rapport.

En raison de la méthode de collecte de données utilisée, les données sur les SPCS portent seulement sur l'ensemble des épisodes de service. Un bénéficiaire unique peut avoir fait l'objet de plusieurs épisodes de service au cours de l'année. À l'heure actuelle, il n'est pas possible de déterminer le nombre d'épisodes de service pour chaque bénéficiaire.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu communautaire

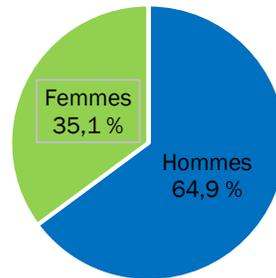
Épisodes de service de prise en charge du sevrage à l'interne

Pour le moment, seules les données sur les services de PCSI sont disponibles et sont présentées ici. Les données sur le nombre total d'épisodes de service et les bénéficiaires uniques ne sont pas accessibles.

En 2015–2016, un total de 760 épisodes de service de PCSI ont été enregistrés au Yukon. De ce nombre, 64,9 % (n = 493) visaient des hommes, et 35,1 % (n = 267), des femmes (figure 9).



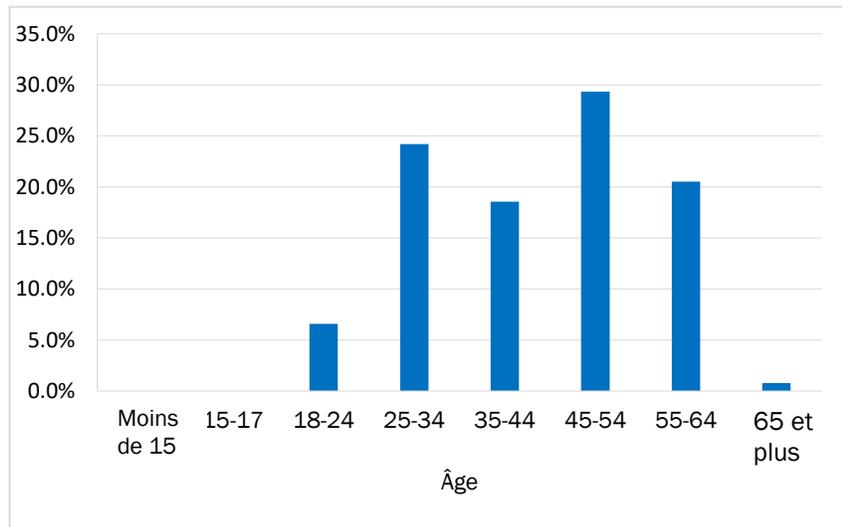
Figure 9. Épisodes de service de PCS à l'interne²⁴, selon le genre



Nombre d'épisodes de service de prise en charge du sevrage à l'interne, selon l'âge

Comme le montre la figure 10, ce sont les 45 à 54 ans qui présentent le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service de PCSI.

Figure 10. Épisodes²⁵ de service de PCS à l'interne, selon l'âge



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe²⁶

Au total, il y a eu 51 hospitalisations²⁷ pour PCS de substances au Yukon. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de trois jours. De toutes les personnes hospitalisées, 72,5 % (n = 37) étaient

²⁴ 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.

²⁵ 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.

²⁶ Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

²⁷ Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.



des hommes, et 27,5 % (n = 14), des femmes (figure 11). Si l'on compare ces chiffres à ceux des services en milieu communautaire, les hommes affichaient un pourcentage d'hospitalisations (figure 11) plus élevé que leur pourcentage d'épisodes de services publics (figure 9). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 176 jours²⁸. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 80,7 % (142 jours) du total, et ceux des femmes, pour 19,3 % (34 jours) (figure 12).

Figure 11. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

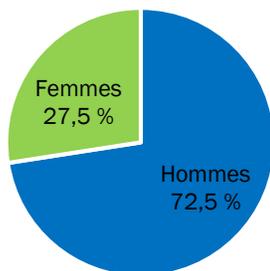
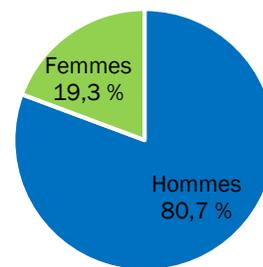


Figure 12. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, AF 2015-2016, ICIS

Hospitalisations, selon l'âge

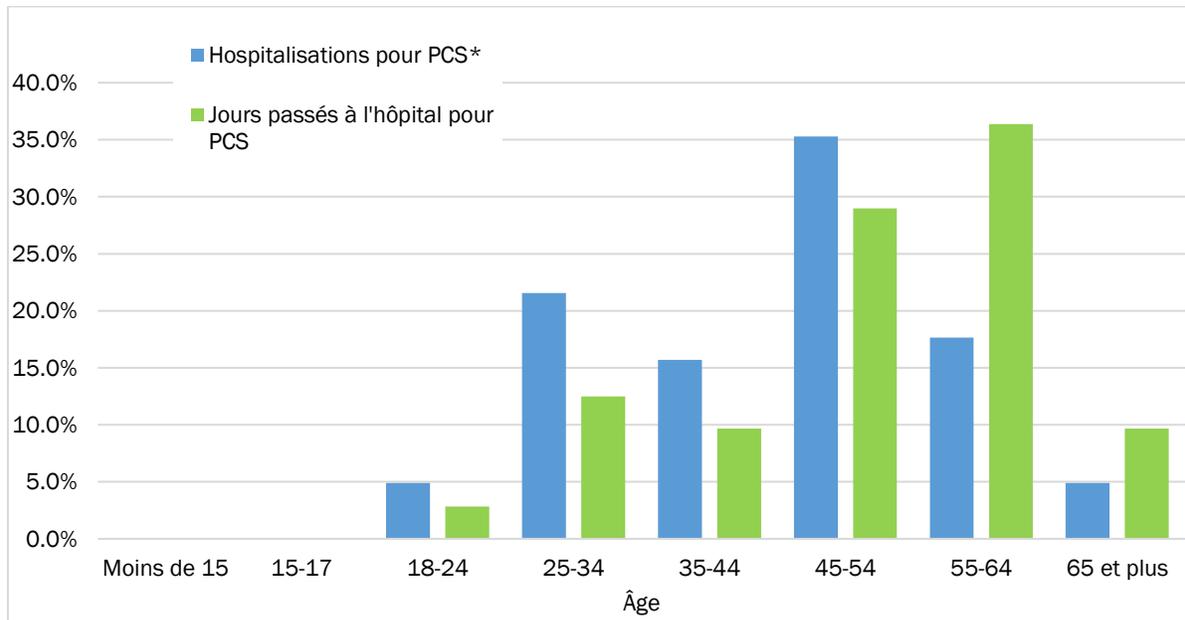
Ce sont les 45 à 54 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations²⁹ (35,3 %), suivis des 25 à 34 ans (21,6 %) (figure 13). En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 176 jours, et les 55 à 64 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 64 jours (36,4 %), suivis des 45 à 54 ans, qui ont passé 51 jours à l'hôpital (29,0 %).

²⁸ La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.

²⁹ Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Figure 13. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



* Les données sur les hospitalisations de certains groupes d'âge étaient trop peu nombreuses pour être rendues publiques et ont été supprimées par l'ICIS. Nous les avons imputées et incluses dans la figure.



Nunavut

Population : 36 608³⁰

Genre : 18 939 hommes (51,7 %); 17 669 femmes (48,3 %)

Aperçu et sommaire

Le gouvernement du Nunavut entend renforcer sa capacité de traitement de la dépendance, principalement par des services et du soutien communautaires. Actuellement, il n'existe pas de services officiels de PCS au Nunavut. La PCS est offerte au cas par cas. Des services de sevrage en milieu hospitalier sont accessibles au besoin à l'Hôpital général Qikiqtani, à Iqaluit. Tous les services de traitement de la dépendance à l'interne sont fournis à l'extérieur du territoire, et une désintoxication médicale dans un établissement à l'extérieur du Nunavut peut être prévue dans le plan de soins des patients. Du personnel communautaire peut soutenir les clients en leur administrant des médicaments qui les aideront à gérer leur état de manque durant leur rétablissement d'un usage problématique de substances ou d'un trouble lié à l'usage de substances.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe³¹

Au total, il y a eu 14 hospitalisations³² pour PCS de substances au Nunavut. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de 1,6 jour, et la durée totale des séjours, de 22 jours³³. Étant donné le faible nombre de cas et la suppression des données qui en découle, les données sur les hospitalisations n'ont pas fait l'objet d'une analyse selon le genre.

Hospitalisations, selon l'âge

Étant donné le très faible nombre de cas et la suppression des données qui en découle, les données sur les hospitalisations n'ont pas fait l'objet d'une analyse selon l'âge.

30 Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l'année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>

31 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

32 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

33 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.



Colombie-Britannique

Population : 4 694 699

Genre : 2 329 956 hommes (49,6 %), 2 364 743 femmes (50,4 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

En Colombie-Britannique, les services spécialisés liés à l'usage de substances, y compris les services de PCS, sont principalement fournis par cinq régions régionales de la santé, la Régie de la santé des Premières Nations et l'Autorité provinciale des services de santé. Des centres de traitement privés situés un peu partout dans la province viennent compléter les services offerts par le système public.

Des services de PCS avec soutien médical en établissement ou en milieu hospitalier sont accessibles dans la plupart des régions de la province, généralement dans les grands centres urbains ou les secteurs à forte densité de population de chaque région régionale. Ces unités ont une durée de séjour maximale d'environ sept jours et offrent un soutien médical visant à soulager les symptômes aigus du sevrage de substances. Certaines ont établi des partenariats avec des services de stabilisation ou de logement de transition, où les clients peuvent prolonger leur séjour avant de réintégrer la communauté ou d'être admis dans un autre centre de traitement. Des services d'aide dédiés avec prise en charge des symptômes de sevrage sont aussi offerts dans certains centres de traitement publics et privés et dans certains hôpitaux.

Des services de soutien à la PCS sont également offerts à l'externe dans quelques régions. Conçus pour les personnes en situation de logement stable, ces services comprennent des programmes de jour et des services à domicile ou mobiles accessibles dans la communauté. Par exemple, l'équipe de réponse et de traitement de l'usage de substances de Vancouver, mise sur pied en 2016, offre un accès rapide à un service de PCS à domicile de deux semaines comprenant une évaluation médicale, des visites à domicile et des mesures de soutien connexes (p. ex. naloxone à emporter). Les services de PCS communautaires incluent généralement au minimum des mesures de soutien de base, comme l'administration de médicaments, une évaluation médicale et un suivi.

La province compte également un petit nombre de centres d'évaluation et de dégrisement, qui offrent aux consommateurs de substances un endroit sûr où rester en attendant que les effets aigus des substances se dissipent et leur permettent d'établir des liens avec d'autres ressources locales lorsque c'est possible. Ces centres, qui ont une durée de séjour maximale de moins de 24 heures, offrent des services de réduction des méfaits conçus pour soutenir les personnes fortement intoxiquées, plutôt que celles présentant des symptômes de sevrage.

Même si des services de PCS sont offerts partout dans la province, les personnes ayant besoin de ces services ne peuvent pas toutes y accéder rapidement. Les lignes directrices provinciales sur la PCS, révisées en 2017, recommandent la création et l'élargissement de services et soutiens communautaires visant la prise en charge des symptômes de sevrage dans la province (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2017). Leurs recommandations portent notamment sur les services à domicile et mobiles, ainsi que sur l'aide fournie dans les milieux de soins primaires. Ces lignes directrices soulignent également que la PCS avec soutien médical en établissement ou en milieu hospitalier est nécessaire seulement chez une minorité de personnes aux prises avec un usage problématique de substances (p. ex. celles qui présentent des troubles concomitants complexes ou d'autres complications) et préconisent une utilisation accrue des mesures de soutien en milieu communautaire.



Pratiques propres à certaines substances

En ce qui a trait aux troubles liés à l'usage d'opioïdes, les lignes directrices récemment révisées déconseillent le recours à la PCS seule (c.-à-d. sans transition immédiate vers un traitement à plus long terme) en raison des risques accrus de surdose, de rechute et d'autres méfaits (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2017; Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique, 2017). Elles recommandent plutôt une PCS à l'externe (sauf si la prestation de services en établissement ou en milieu hospitalier est indiquée, comme mentionné précédemment), avec une transition immédiate vers un traitement comprenant l'administration d'agonistes opioïdes et du soutien psychosocial.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe³⁴

Au total, il y a eu 2 783 hospitalisations³⁵ pour PCS de substances en Colombie-Britannique. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de cinq jours. De toutes les personnes hospitalisées, 71,3 % (n = 1 984) étaient des hommes, et 28,7 % (n = 799), des femmes (figure 14). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 12 681 jours³⁶. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 70,5 % (8 934 jours) du total, et ceux des femmes, pour 29,5 % (3 747 jours) (figure 15).

Figure 14. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

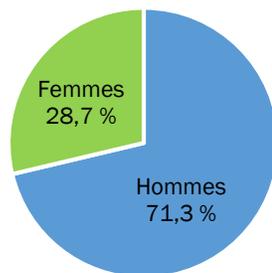
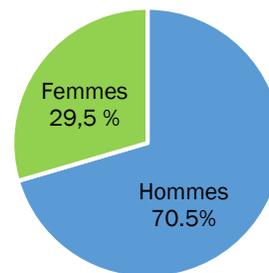


Figure 15. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016



34 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

35 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

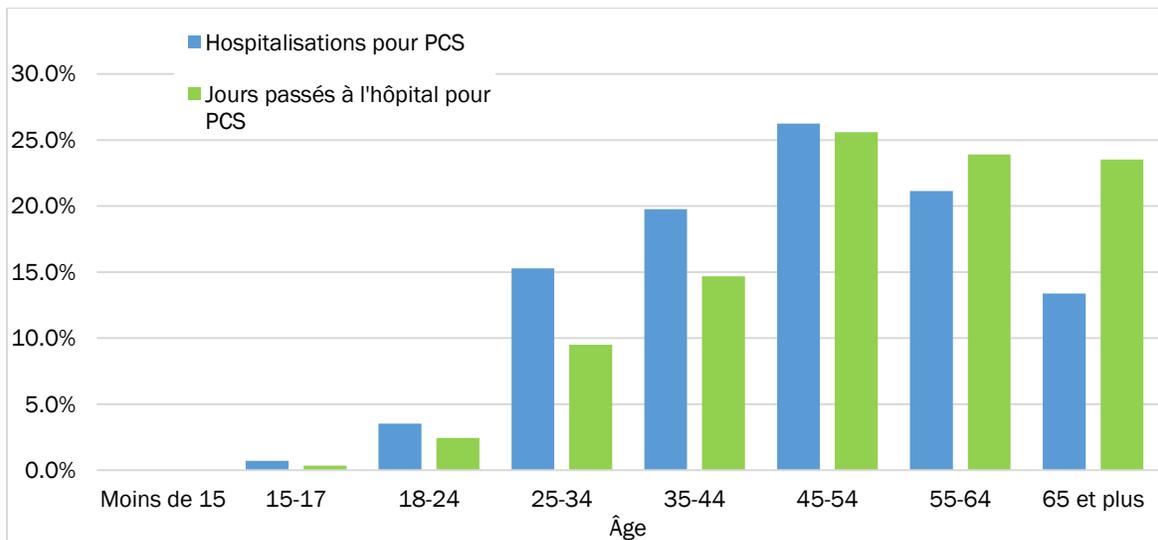
36 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.



Hospitalisations, selon l'âge

Ce sont les 45 à 54 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations³⁷ (26,2 %), suivis des 55 à 64 ans (21,1 %) (figure 16). En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 12 681 jours, et les 45 à 54 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 3 246 jours (25,6 %), suivis des 55 à 64 ans, qui ont passé 3 031 jours (23,9 %) à l'hôpital.

Figure 16. Pourcentage d'hospitalisations et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



³⁷ Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Alberta

Population : 4 177 527³⁸

Genre : 2 122 710 hommes (50,8 %) ; 2 054 817 femmes (49,2 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

En Alberta, les principaux services de PCS sont des services de PCSI en milieu communautaire. En tant que responsable des services de traitement de la dépendance, le ministère de la Santé de l'Alberta est chargé d'élaborer les politiques, les lois et les normes régissant les services de PCS de la province, tandis que la régie régionale de la santé, soit les Services de santé de l'Alberta (AHS), est chargée de la prestation de ces services. Certains services sont indépendants du système de santé et sont financés par divers ministères ou ordres du gouvernement, ou par des dons ou des fondations de bienfaisance. Ces services ne sont pas pris en considération dans le présent résumé.

La majorité des services de PCS sont directement assurés par les AHS; ils offrent des mesures de soutien médical à l'interne et des lits réservés, et sont souvent suivis d'un traitement à l'interne ou à l'externe. Ils comprennent généralement la stabilisation de l'état de santé, une évaluation, une orientation vers d'autres services, des séances d'information, l'établissement de liens avec des groupes d'entraide et la planification du traitement avec l'aide de conseillers en dépendance. Les AHS concluent également des contrats d'offre de services de PCS avec des organismes communautaires. Certains de ces organismes fournissent des services de désintoxication avec soutien médical, mais la majorité fournit des services de désintoxication sociale sans soutien médical dans des centres équipés de lits réservés ou dans des refuges.

Les AHS offrent des services de PCS pour les adultes et pour les jeunes. Les services pour les jeunes comprennent des programmes de désintoxication suivis sur une base volontaire ou obligatoire; ces programmes aident les jeunes à cesser leur usage de substances en toute sécurité et permettent l'exploration de diverses options thérapeutiques. Le programme Protection of Children Abusing Drugs (PChAD) [protection des jeunes s'adonnant à l'abus de drogues] est un service de stabilisation pour les jeunes de moins de 18 ans dont l'usage de substances a causé ou est susceptible de causer des méfaits sociaux, psychologiques ou physiques à eux-mêmes ou à d'autres personnes. Ces jeunes sont obligés de suivre le programme par une ordonnance du tribunal demandée par leurs tuteurs légaux. La durée de ces services volontaires ou obligatoires est généralement de 10 jours. Quant aux services de désintoxication pour les adultes, ils sont généralement plus courts, le programme s'échelonnant habituellement sur cinq à sept jours. Les services de désintoxication, tant ceux pour les jeunes que ceux pour les adultes, peuvent être prolongés au besoin.

À la fin de l'année financière 2015-2016, l'Alberta comptait six établissements de désintoxication exploités par les AHS, totalisant 114 lits, neuf organismes sous contrat offrant 115 lits de désintoxication et 83 places en refuge, et quatre établissements de désintoxication obligatoire pour les jeunes (programme PChAD), équipés de 22 lits. Certains fournisseurs sous contrat offrent également des lits ou des places supplémentaires financés par des organisations autres que les AHS n'ayant pas été pris en considération dans le présent rapport.

À l'heure actuelle, les établissements exploités par les AHS et les organismes ayant conclu un contrat avec eux n'offrent pas de services de PCSE.

³⁸Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l'année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>



Considérations et limites importantes concernant les données

Les données présentées pour l'Alberta tiennent uniquement compte des services directement prodigués par les AHS et excluent les services fournis par les organismes sous contrat. Les données de certains points de service comprennent à la fois les clients qui reçoivent des services de PCS et les clients qui n'ont pas de lit assigné, mais qui ont fait l'objet d'un dépistage ou d'une orientation vers un service d'urgence à proximité ou un traitement autre qu'une PCS.

En outre, les données présentées excluent les services offerts en milieu hospitalier, et il n'y a aucun chevauchement entre ces données et les données hospitalières soumises à l'ICIS. Les données sur les hospitalisations de l'ICIS sont présentées plus loin.

Pratiques propres à certaines substances

En Alberta, les services de PCS ne visent pas des substances précises, mais ils font appel à certaines pratiques propres à substances particulières. Par exemple, les AHS ont mis en place un protocole de sevrage d'alcool dans le cadre de leurs services de désintoxication médicale. Ce protocole traite du besoin de mener une évaluation exhaustive, notamment au moyen de l'outil Clinical Institute of Withdrawal Assessment – échelle d'évaluation du sevrage qui guide les interventions cliniques à offrir au client et détermine la fréquence à laquelle les signes vitaux de ce dernier doivent être mesurés. Le protocole précise également les situations de sevrage dans lesquelles l'administration de benzodiazépines est appropriée. De même, les services de PCS des AHS et certains fournisseurs de services sous contrat ont récemment commencé à fournir un traitement par agonistes opioïdes aux clients dépendants aux opioïdes.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu communautaire

Nombre total d'épisodes de service et de bénéficiaires uniques

En 2015-2016, 32 407 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics (services directs des AHS) de traitement de la consommation en Alberta, ce qui correspond à 42 895 épisodes de service. De ce nombre, 75,3 % (n = 24 389) étaient de nouveaux cas. Ces nombres incluent les bénéficiaires et les épisodes de service pour toutes les catégories de traitement. La majorité des bénéficiaires, soit 87,9 % (n = 28 480) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre usage problématique de substances, mais 3 927 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

En ce qui concerne la PCS, aucun service de PCSE n'est offert. Cela dit, 4 457 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services de PCSI, ce qui correspond à 6 199 épisodes de service de PCSI. Ce sont les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 64,6 % (n = 4 006), alors que les femmes représentaient 34,7 % (n = 2 148) (figure 17). Dans toutes les catégories de traitement, ce sont encore les hommes qui ont eu recours à la majorité des épisodes de service, avec 63,1 % (n = 24 012) (figure 18).



Figure 17. Épisodes de service de PCS³⁹, selon le genre

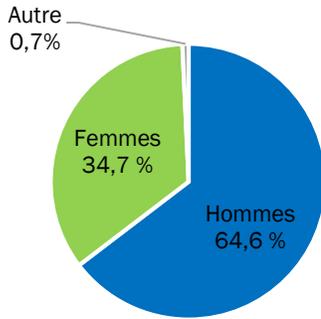
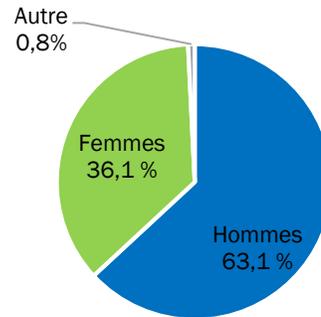


Figure 18. Total des épisodes de service⁴⁰, selon le genre



Épisodes de prise en charge du sevrage et bénéficiaires uniques, selon le genre

Comme le montre le tableau 3, les épisodes de service de PCS représentaient 16,3 % de tous les épisodes de traitement. Même s'ils ne font pas l'objet du présent rapport, les épisodes de service restants comprenaient les traitements à l'interne et à l'externe (83,7 %). Les bénéficiaires ayant eu recours à des services de PCS représentaient 13,5 % de tous les bénéficiaires de services.

Tableau 3. Total des épisodes de service et bénéficiaires uniques⁴¹, selon le genre

	PCSI	Traitement à l'interne et à l'externe	Nombre total*
Épisodes de service			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	16,3 %	83,7 %	n = 38 057
Hommes	16,7 %	83,3 %	n = 24 012
Femmes	15,6 %	84,4 %	n = 13 750
Bénéficiaires uniques**			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	13,5 %	86,5 %	n = 32 958
Hommes	13,6 %	86,4 %	n = 20 921
Femmes	13,4 %	86,6 %	n = 11 778

*L'option « Autre » est offerte, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés.

** Le nombre de bénéficiaires est plus élevé que le nombre réel de bénéficiaires en traitement étant donné que les bénéficiaires sont comptés une fois par type de service; la prise en considération de tous les services ensemble peut donc faire en sorte que des bénéficiaires aient été comptés plus d'une fois.

Le ratio d'épisodes de service de PCSI par bénéficiaire était de 1,4.

39 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.

40 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.

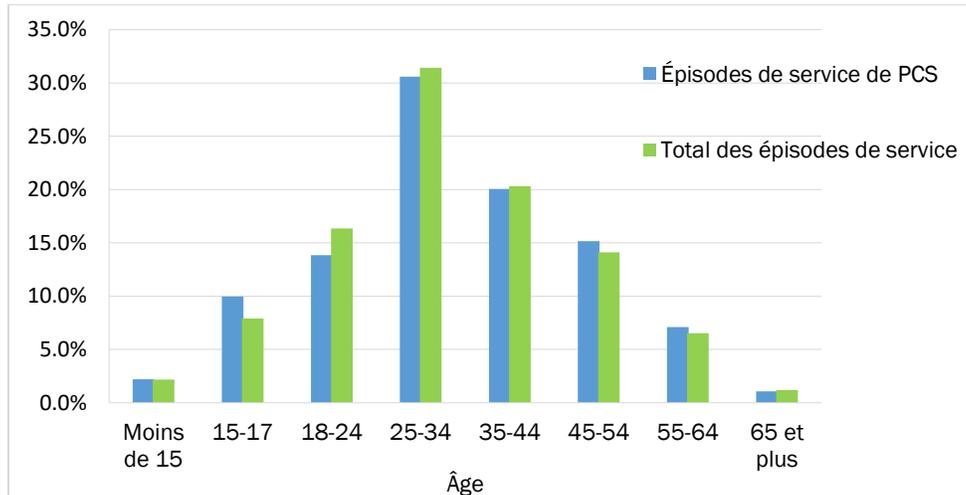
41 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.



Nombre d'épisodes de prise en charge du sevrage, selon l'âge

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

Figure 19. Épisodes de service de PCS et total des épisodes de service⁴², selon l'âge



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe⁴³

Au total, il y a eu 2 360 hospitalisations⁴⁴ pour PCS de substances en Alberta. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de cinq jours. De toutes les personnes hospitalisées, 72,0 % ($n = 1\ 699$) étaient des hommes, et 28,0 % ($n = 661$), des femmes (figure 20). Si l'on compare ces chiffres à ceux des services en milieu communautaire, les hommes et les femmes affichaient des pourcentages d'hospitalisations (figure 20) semblables à leurs pourcentages d'épisodes de services publics (figure 17). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 12 848 jours⁴⁵. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 74,8 % (9 616 jours) du total, et ceux des femmes, pour 25,2 % (3 232 jours) (figure 21).

42 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.

43 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

44 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

45 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.



Figure 20. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

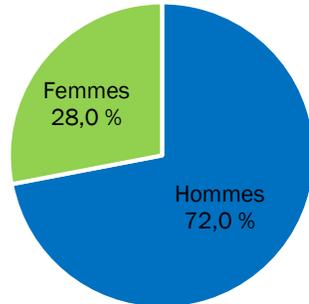
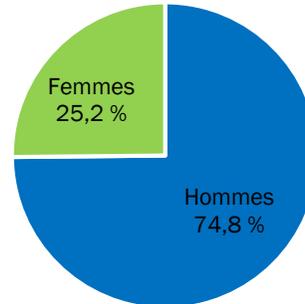


Figure 21. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

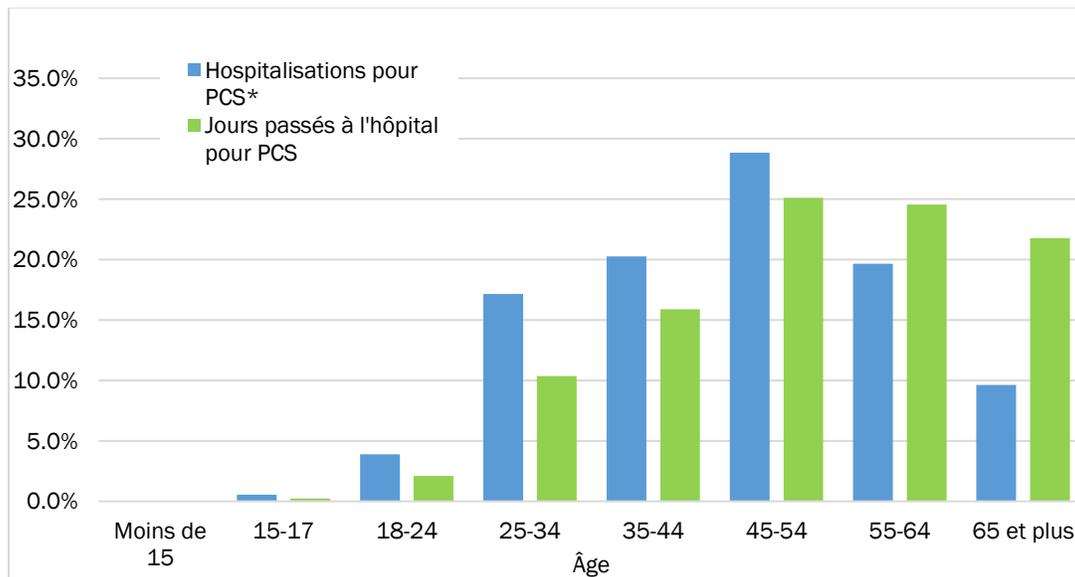


Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, AF 2015-2016, ICIS

Hospitalisations, selon l'âge

Ce sont les 45 à 54 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations⁴⁶ (28,8 %), suivis des 35 à 44 ans (20,3 %) (figure 22). Ces données diffèrent de celles des services de traitement en milieu communautaire, où le pourcentage le plus élevé d'épisodes a été observé chez les 25 à 34 ans. En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 12 848 jours, et les 45 à 54 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 3 224 jours (25,1 %), suivis des 55 à 64 ans, qui y ont passé 3 153 jours (24,5 %).

Figure 22. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



* Les données sur les hospitalisations de certains groupes d'âge étaient trop peu nombreuses pour être rendues publiques et ont été supprimées par l'ICIS. Nous les avons imputées et incluses dans la figure.

46 Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Saskatchewan

Population : 1 131 150⁴⁷

Genre : 570 252 hommes (50,4 %) ; 560 898 femmes (49,6 %)

Aperçu et sommaire

En 2015-2016, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a financé – directement ou par l’intermédiaire des anciennes régies régionales de la santé⁴⁸ – un continuum de services pour les personnes s’adonnant au mésusage de drogue et d’alcool. Ces services comprennent une désintoxication, des traitements à l’externe, des programmes de jour et de la sensibilisation, ainsi que des possibilités de traitement de transition et de traitement à l’interne de courte ou de longue durée. Même si beaucoup de personnes et de familles commencent par suivre un traitement à l’externe, les personnes qui présentent un grave problème de consommation se présentent souvent d’abord dans un centre de désintoxication.

En Saskatchewan, les services publics de PCS pour les jeunes et les adultes sont offerts par l’Autorité sanitaire de la Saskatchewan ou des organismes communautaires. On considère que tous les programmes de PCS de la province sont des services à l’interne, les bénéficiaires devant fréquenter un établissement pour y avoir droit. Dans certaines communautés nordiques ou rurales, ces programmes peuvent être accessibles dans un centre de santé communautaire ou un hôpital. Des services s’adressant aux jeunes et d’autres aux adultes sont offerts un peu partout dans la province.

Les personnes ayant besoin d’un important soutien médical durant leur sevrage d’alcool ou de drogue reçoivent des services de PCS en milieu hospitalier. Même si ces services sont considérés comme partie intégrante du continuum de traitement des troubles liés à l’alcool et à la drogue, leurs données ne sont pas entrées dans l’Alcohol, Drug and Gambling System [système d’information sur l’alcool, la drogue et le jeu] et ne sont pas incluses dans le rapport sur les INT. Les données sur les services de désintoxication en milieu hospitalier sont accessibles dans la Base de données sur les congés des patients. Les programmes de désintoxication, à l’exception de ceux fournis dans les hôpitaux, sont généralement classés en trois catégories : désintoxication rapide, désintoxication sociale et désintoxication forcée pour les jeunes.

Désintoxication rapide

Les programmes de désintoxication rapide offrent aux bénéficiaires un endroit sûr où rester pendant une courte période, généralement de 12 à 48 heures. Ils leur permettent de récupérer d’une grave intoxication ou d’un usage problématique de drogue et de se stabiliser sur les plans physique, émotionnel et social. Du counseling de soutien et des orientations de suivi sont offerts. Les bénéficiaires ont accès à ces programmes sans rendez-vous et se voient attribuer un lit pour la durée de leur séjour. Habituellement, les bénéficiaires suivent un programme de désintoxication rapide pour traiter un épisode d’intoxication aiguë ou pour être stabilisés avant d’être admis à un programme de désintoxication sociale. Même si les données relatives aux services de désintoxication rapide ne sont pas incluses dans le rapport sur les INT parce que ce type de service

47 Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l’année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>

48 Le 4 décembre 2017, la structure des services de santé de la Saskatchewan est passée de 12 régies régionales de la santé à une autorité sanitaire provinciale, nommée Autorité sanitaire de la Saskatchewan.



ne correspond pas à la définition de PCSI, nous savons que de nombreuses personnes en bénéficient chaque année.

Désintoxication sociale

Offerts dans un environnement sûr et confortable, les programmes de désintoxication sociale permettent aux bénéficiaires de vivre un sevrage d'alcool ou de drogue supervisé et favorisent leur stabilisation physique, émotionnelle et sociale. Les bénéficiaires se voient attribuer un lit pendant leur séjour et reçoivent au besoin des médicaments visant à atténuer leurs symptômes de sevrage. Les programmes de désintoxication sociale durent généralement de sept à dix jours, mais cette durée peut être modulée en fonction des besoins de chacun. Pendant leur séjour, les clients peuvent prendre part à des groupes d'entraide, participer à des activités structurées et être dirigés vers d'autres programmes de traitement ou d'autres services au besoin. Ils suivent souvent un programme de désintoxication sociale avant d'être admis à un traitement à l'interne.

Quant aux jeunes ayant besoin de services de stabilisation ou de désintoxication, l'unité de stabilisation pour les jeunes dispose de six lits permettant un sevrage et une stabilisation sur une base volontaire, dans un environnement sûr et favorable. Le programme, d'une durée maximale de 10 jours, est offert par une équipe multidisciplinaire qui sensibilise les jeunes et les amène à prendre conscience de leur problème de consommation et des comportements qui y sont associés. Les jeunes peuvent recevoir du counseling individuel et participer à des activités structurées et à des ateliers éducatifs les aidant à gérer leur état de manque et leur stress. Des services de santé mentale, y compris de psychologie et de psychiatrie, sont également offerts au besoin, et les jeunes sont dirigés vers des soutiens communautaires, des programmes et des traitements à l'interne lorsque c'est nécessaire.

Désintoxication forcée pour les jeunes

En Saskatchewan, la désintoxication forcée a été mise en place en vertu de la *Youth Drug Detoxification and Stabilization Act* (YDDSA) (loi sur la désintoxication et la stabilisation chez les jeunes qui consomment des drogues), qui oblige les jeunes de 12 à 17 ans ayant de graves problèmes de mésusage d'alcool ou de drogue à recevoir des services de stabilisation et de désintoxication. Les jeunes qui répondent aux critères lors de l'évaluation peuvent être forcés de suivre un programme de désintoxication et de stabilisation de cinq jours dans un établissement sécurisé; deux autres périodes de cinq jours peuvent être ajoutées au besoin. La loi offre également aux jeunes la possibilité de vivre un processus de désintoxication et de stabilisation dans la communauté pendant une période maximale de 30 jours, grâce à une ordonnance de traitement communautaire. L'application de cette loi est considérée comme une solution de dernier recours, et la décision d'émettre une ordonnance de désintoxication ou de traitement communautaire est laissée à la discrétion du médecin.

Vue d'ensemble des services de prise en charge du sevrage de la province

En Saskatchewan, la prestation des services de désintoxication est guidée par les normes provinciales sur les services de désintoxication rapide et sociale. Ces normes, élaborées pour tenir compte des meilleures connaissances sur la désintoxication et la PCS issues de la recherche clinique et des expériences concrètes, portent sur les détails de la prestation des services. Le principal objectif des divers types de désintoxication de la province est d'offrir un endroit sûr pour le sevrage d'alcool et de drogue, de faire la promotion du respect et de la dignité au cours du processus de sevrage et d'aider les clients à accéder à de multiples services de santé (biologiques, sociaux, psychologiques et spirituels) favorisant leur rétablissement à long terme. Ces programmes donnent également aux clients l'occasion d'en apprendre plus sur le mésusage d'alcool et de



drogue, les troubles de santé qui y sont associés et le processus de rétablissement. L'intensité de l'enseignement est adaptée à l'état physique et mental des clients.

En Saskatchewan, les centres de désintoxication sont considérés comme des ressources provinciales pour le traitement des troubles liés à l'usage d'alcool et de drogue. Au total, 15 centres offrent des services de désintoxication, sans compter les hôpitaux. L'accès aux services est indépendant du lieu de résidence, et le temps d'attente moyen va de moins de 24 heures à 48 heures.

Le tableau 4 présente le nombre total de places en désintoxication pour les jeunes et les adultes de la province, selon la catégorie.

Tableau 4. Nombre total de places en désintoxication, selon la région et la catégorie de places

Endroit	Rapide (adultes seulement)	Sociale		Forcée (jeunes seulement)
		Adultes	Jeunes	
Moose Jaw		20		
Ile-à-la-Crosse		4		
La Loche		4		
La Ronge		8		
Meadow Lake		4		
Prince Albert	8	12		
Regina	20	25		6
Saskatoon	12	19	6	
Total	40	96	6	6

Considérations et limites importantes concernant les données

- Les données sur les hospitalisations pour PCS de substances ne sont pas prises en considération dans les INT de la Saskatchewan. Ces données sont présentées dans la Base de données sur les congés des patients, qui fait régulièrement l'objet de rapports à l'ICIS.
- Tous les programmes de PCS de la Saskatchewan sont des programmes à l'interne.
- Les données sur les services de désintoxication rapide ne sont pas incluses dans les INT.

Pratiques propres à certaines substances

La Saskatchewan n'offre pas de services de PCS propres à des substances précises. Les bénéficiaires sont évalués à leur admission, puis reçoivent un traitement et des médicaments qui répondent à leurs besoins.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu communautaire

Total d'épisodes de service et de bénéficiaires uniques

En 2015-2016, 13 734 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation en Saskatchewan, ce qui correspond à 19 008 épisodes de service. La majorité des bénéficiaires (89,3 %, n = 12 261) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre

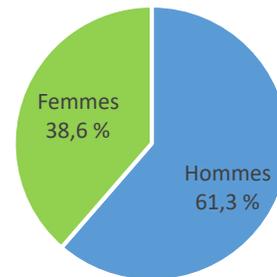
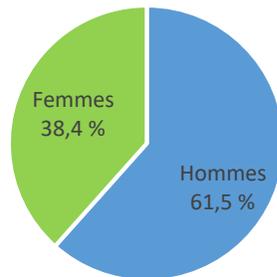


usage problématique de substances, mais 1 411 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

Par ailleurs, 3 345 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services de PCS, ce qui correspond à 4 376 épisodes de service. Les hommes ont eu recours à la majorité des épisodes de service, soit à 61,5 % (n = 2 691), et les femmes, à environ le tiers, soit à 38,4 % (n = 1 678) (figure 23). Les bénéficiaires qui ne s'identifiaient pas comme homme ni comme femme n'ont eu recours qu'à un faible pourcentage (0,1 %) des épisodes de service⁴⁹. La répartition des épisodes de service de PCS selon le genre (figure 23) était semblable à celle de tous les services de traitement selon le genre (figure 24). Les données sur les bénéficiaires qui ne s'identifiaient pas comme homme ni comme femme ont été recueillies et sont présentées dans la catégorie « Autre »; les nombres étaient toutefois trop faibles pour faire l'objet d'une analyse.

Figure 23. Épisodes de service de PCS⁵⁰, selon le genre

Figure 24. Total des épisodes de service⁵¹, selon le genre



Épisodes de prise en charge du sevrage et bénéficiaires uniques, selon le genre

La province de la Saskatchewan offre des services de PCSI, mais pas de PCSE. Comme le montre le tableau 5, le nombre total d'épisodes de service de PCS représentait 25,0 % de tous les épisodes de traitement. Même s'ils ne font pas l'objet du présent rapport, les épisodes de service restants comprenaient les traitements à l'interne et à l'externe (75,0 %). Les bénéficiaires ayant eu recours aux services de PCS représentaient 22,4 % de tous les bénéficiaires de services.

49 Le nombre d'épisodes de service auxquels les bénéficiaires qui ne s'identifiaient pas comme homme ni comme femme avaient eu recours était calculé dans l'ancienne autorité sanitaire de la Saskatchewan, mais pas dans le reste de la Saskatchewan; les nombres présentés peuvent donc avoir été sous-estimés.

50 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.

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.



Tableau 5. Total des épisodes de service et bénéficiaires uniques⁵², selon le genre

	PCSI	Traitement à l'interne et à l'externe	Nombre total*
Épisodes de service			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	25,0 %	75,0 %	n = 17 521
Hommes	25,1 %	74,9 %	n = 2 691
Femmes	24,8 %	75,2 %	n = 1 678
Bénéficiaires uniques**			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	22,4 %	77,6 %	n = 13 694
Hommes	22,4 %	77,6 %	n = 8 378
Femmes	23,6 %	76,4 %	n = 5 309

* L'option « Autre » est offerte, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés.

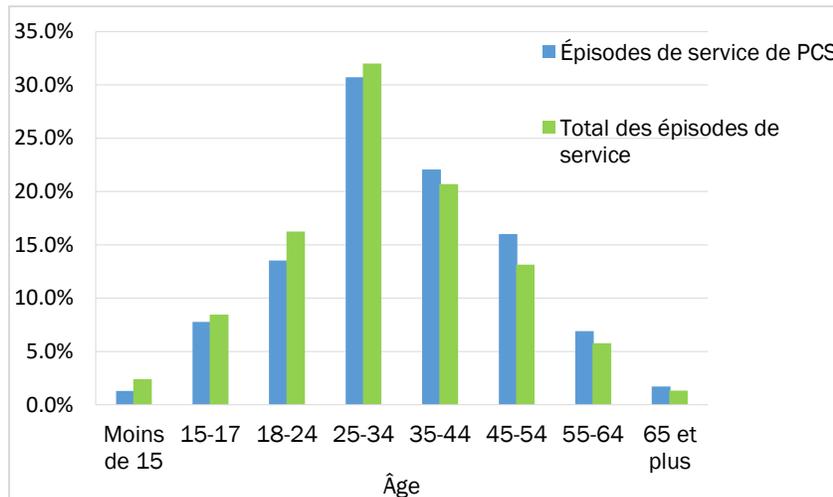
**Le nombre de bénéficiaires est plus élevé que le nombre réel de bénéficiaires en traitement étant donné que les bénéficiaires sont comptés une fois par type de service; la prise en considération de tous les services ensemble peut donc faire en sorte que des bénéficiaires aient été comptés plus d'une fois.

Le ratio d'épisodes de service de PCSI par bénéficiaire était de 1,3.

Nombre d'épisodes de prise en charge du sevrage, selon l'âge

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

Figure 25. Épisodes de service de PCS et total des épisodes de service⁵³, selon l'âge



52 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.

53 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.



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe⁵⁴

Au total, il y a eu 692 hospitalisations⁵⁵ pour PCS de substances en Saskatchewan. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de quatre jours. De toutes les personnes hospitalisées, environ 64,5 % (n = 446) étaient des hommes, et environ 35,5 % (n = 246), des femmes (figure 26). Si l'on compare ces chiffres à ceux des services en milieu communautaire, les hommes affichaient un pourcentage d'hospitalisations (figure 26) plus élevé que leur pourcentage d'épisodes de services publics (figure 23). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 3 080 jours⁵⁶. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 62,5 % (1 924 jours) du total, et ceux des femmes, pour 37,5 % (1 156 jours) (figure 27).

Figure 26. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

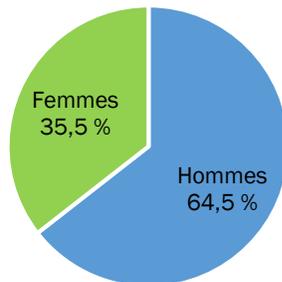
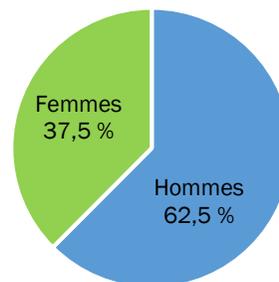


Figure 27. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016



*Inclut les données supprimées

Hospitalisations, selon l'âge

Ce sont les 45 à 54 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations⁵⁷ (26,2 %), suivis des 35 à 44 ans (25,9 %) (figure 28). Ces données diffèrent de celles des services de traitement communautaire, où le pourcentage le plus élevé d'épisodes a été observé chez les 25 à 34 ans. En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 3 080 jours, et les 45 à 54 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 715 jours (23,2 %), suivis des 35 à 44 ans, qui y ont passé 639 jours (20,7 %).

54 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

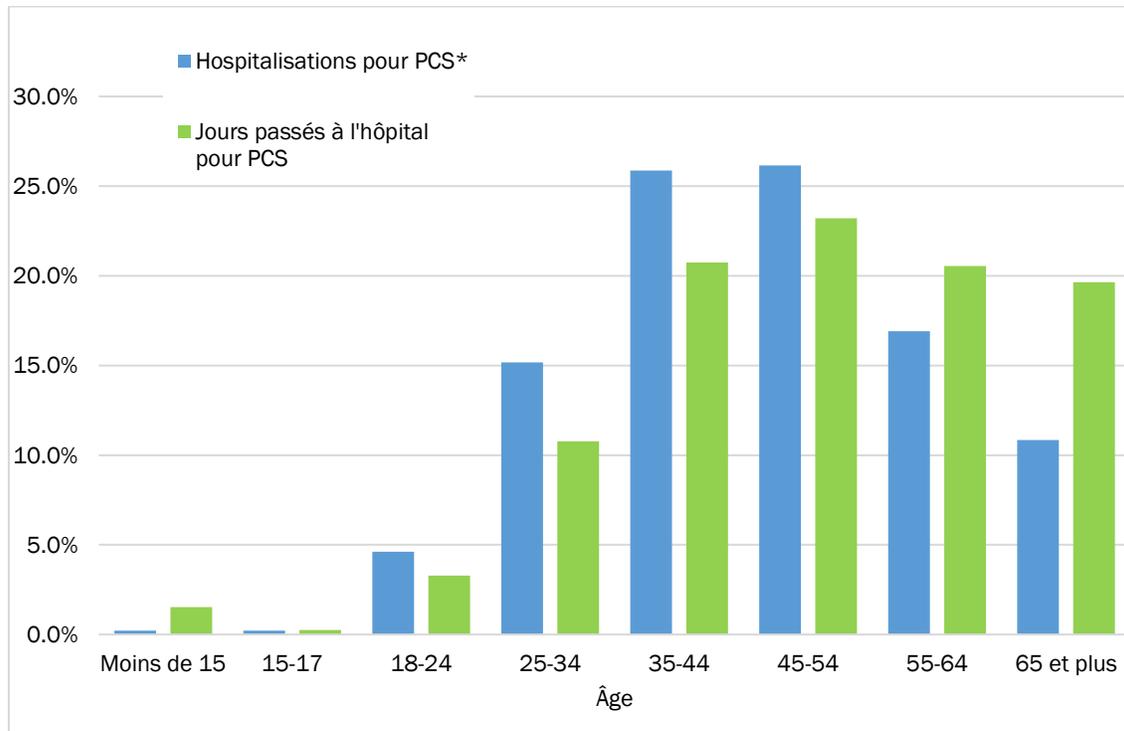
55 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

56 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.

57 Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Figure 28. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



*Inclut les données supprimées



Manitoba

Population : 1 295 422⁵⁸

Genre : 644 030 hommes (49,7 %); 651 392 femmes (50,3 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

Au Manitoba, les services de traitement relèvent du ministère de la Santé, Aînés et Vie active. Les soins sont principalement offerts par l'entremise de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et de 11 organismes financés par des subventions provinciales, tout au long du continuum. Un service de PCSI pour adultes et un service de traitement à l'interne sont offerts par le biais de deux régies régionales de la santé. Il existe aussi des organismes privés. Les services en santé mentale et en consommation de substances ne sont pas actuellement intégrés sur le plan administratif.

Parmi les services de PCS offerts au Manitoba, notons un service communautaire en établissement et un service avec soutien médical en milieu hospitalier, tous deux à Winnipeg, ainsi qu'un service à l'interne sans soutien médical à Thompson. À l'heure actuelle, aucun service de PCSE n'est offert au Manitoba.

Considérations et limites importantes

- Le Manitoba n'offre aucun service de PCSE.
- 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 Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, 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 des données fournies par les organismes.
- Puisque les organismes manitobains financés par le secteur public 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 2014-2015 et se sont poursuivis en 2015-2016) ne sont pas fournies par tous les organismes manitobains et n'ont donc pas été soumises pour 2015-2016.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu communautaire

Total d'épisodes de service et de bénéficiaires uniques

En 2015-2016, 9 973 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation au Manitoba, ce qui correspond à 16 956 épisodes de service. Ces statistiques

⁵⁸ Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l'année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>



incluent les bénéficiaires et les épisodes de service pour toutes les catégories de traitement. La majorité des bénéficiaires (85,4 %, n = 8 516) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre usage problématique de substances. Le pourcentage de bénéficiaires ayant eu recours aux services de traitement pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille n'était pas disponible, mais on l'estime à 14,6 %⁵⁹.

Aucun service de PCSE n'est offert au Manitoba. Toutefois, 1 471 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services de PCSI, ce qui correspond à 1 868 épisodes de service. Les hommes ont eu recours à une faible majorité des épisodes de services, soit à 52,2 % (n = 960), et les femmes, à 47,8 % (n = 879) (figure 29). Si l'on prend en considération tous les services de traitement, les hommes faisaient toujours l'objet de la majorité des épisodes de service, soit de 55,2 % (n = 8 858) des épisodes (figure 30). Les données sur les bénéficiaires qui ne s'identifiaient pas comme homme ni comme femme ont été recueillies et sont présentées dans la catégorie « Autre »; les nombres étaient toutefois trop faibles pour faire l'objet d'une analyse.

Figure 29. Épisodes de service de PCS à l'interne⁶⁰, selon le genre

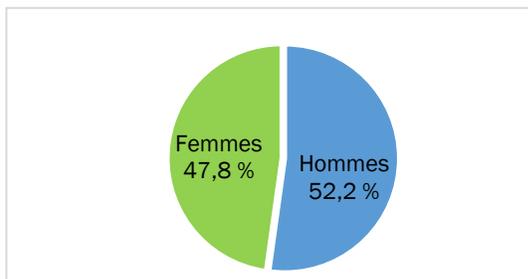
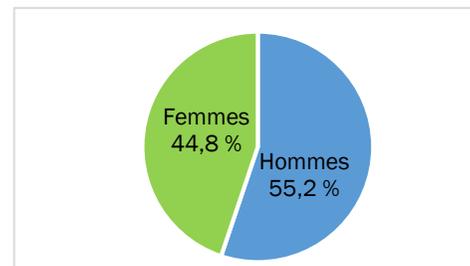


Figure 30. Total des épisodes de service⁶¹, selon le genre



Épisodes de prise en charge du sevrage et bénéficiaires uniques, selon le genre

Comme le montre le tableau 6, le nombre total d'épisodes de service de PCS représentait 11,6 % de tous les services de traitement. Même s'ils ne font pas l'objet du présent rapport, les épisodes de service restants comprenaient les traitements à l'interne et à l'externe (88,4 %). Les bénéficiaires ayant eu recours à des services de PCS représentaient 13,6 % de tous les bénéficiaires de services.

⁵⁹ Il a été considéré que tous les bénéficiaires qui ne cherchaient pas de traitement pour leur propre consommation le faisaient pour celle d'un membre de leur famille.

⁶⁰ 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.

⁶¹ 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 6. Total⁶² des épisodes de service et bénéficiaires uniques⁶³, selon le genre

	PCSI	Traitement à l'interne et à l'externe	Nombre total*
Épisodes de service			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	11,6 %	88,4 %	n = 16 087
Hommes	10,8 %	89,2 %	n = 8 858
Femmes	12,2 %	87,8 %	n = 7 201
Bénéficiaires uniques**			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	13,6 %	86,4 %	n = 10 791
Hommes	s. o.***	s. o.***	s. o.***
Femmes	s. o.***	s. o.***	s. o.***

* L'option « Autre » est offerte, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés. De plus, comme les bénéficiaires ne déclarent pas tous leur genre lors de leur admission aux services, il est possible que les totaux ne correspondent pas à la somme des catégories de genre.

**Le nombre de bénéficiaires est plus élevé que le nombre réel de bénéficiaires en traitement étant donné que les bénéficiaires sont comptés une fois par type de service; la prise en considération de tous les services ensemble peut donc faire en sorte que des bénéficiaires aient été comptés plus d'une fois.

***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.

Le ratio d'épisodes de service de PCSI par bénéficiaire était de 1,3.

Nombre d'épisodes de prise en charge du sevrage, selon l'âge

Les données sur les épisodes de service de PCSI selon l'âge ne peuvent être présentées en raison d'un changement apporté par un fournisseur de services dans la méthode de consignation des données par groupe d'âge.

Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe⁶⁴

Au total, il y a eu 557 hospitalisations⁶⁵ pour PCS de substances au Manitoba. Certaines des admissions dans un des établissements peuvent également avoir été comptées parmi les épisodes de services de PCSI plus haut. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de six jours. De toutes les personnes hospitalisées, 66,2 % (n = 369) étaient des hommes, et 33,8 % (n = 188), des femmes (figure 31). Si l'on compare ces chiffres à ceux des services en milieu communautaire, les femmes affichent un pourcentage d'hospitalisations (figure 31) plus faible que leur pourcentage d'épisodes de services publics (figure 29), et les hommes ont un pourcentage d'hospitalisations plus élevé que leur pourcentage d'épisodes de services publics. La durée totale des séjours à l'hôpital

62 Les données sur le sevrage sans soutien médical faisant l'objet de rapports distincts au Manitoba, elles ne sont pas présentées ici.

63 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.

64 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

65 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.



était de 3 478 jours⁶⁶. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 61,4 % (2 134 jours) du total, et ceux des femmes, pour 38,6 % (1 344 jours) (figure 32).

Figure 31. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

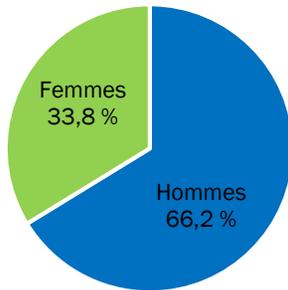
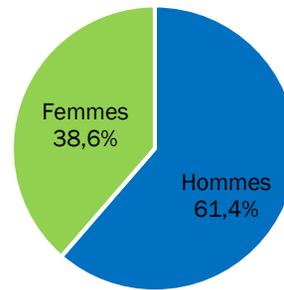


Figure 32. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, AF 2015–2016, ICIS

Hospitalisations, selon l'âge

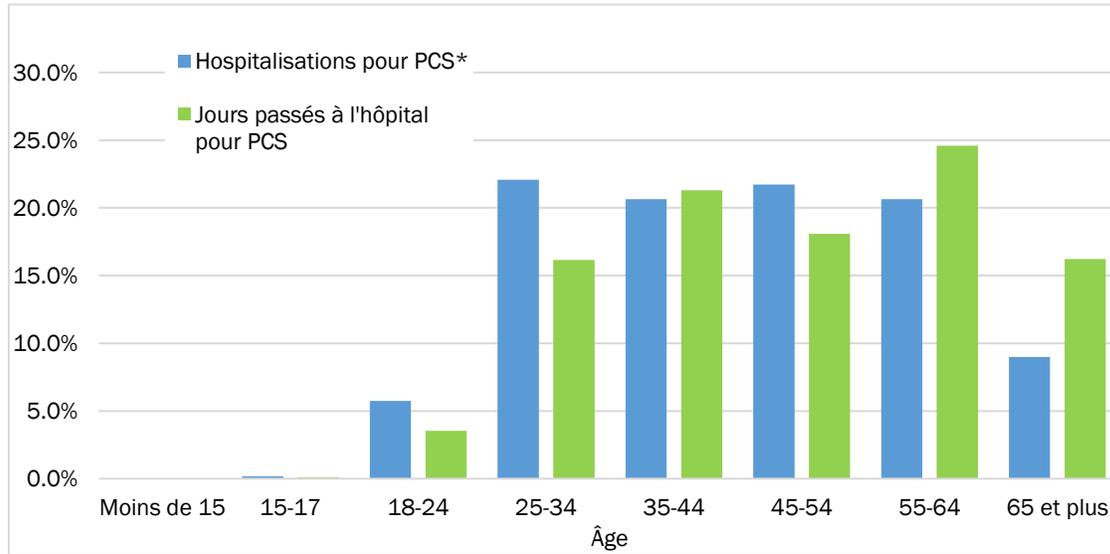
Ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations⁶⁷ (22,1 %), suivis des 45 à 54 ans (21,7 %) (figure 33). En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 3 478 jours, et les 55 à 64 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 855 jours (24,6 %); il était suivi de celui des 35 à 44 ans, qui y ont passé 741 jours (21,3 %).

66 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.

67 Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Figure 33. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



* Les données sur les hospitalisations de certains groupes d'âge étaient trop peu nombreuses pour être rendues publiques et ont été supprimées par l'ICIS. Nous les avons imputées et incluses dans la figure.



Ontario

Population : 13 789 597⁶⁸

Genre : 6 773 184 hommes (49,1 %) ; 7 016 413 femmes (50,9 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

Les services des centres de PCS (désintoxication) de l'Ontario favorisent le sevrage volontaire des personnes qui ont consommé de l'alcool ou de la drogue, qui sont déjà en processus de sevrage ou qui vivent une crise directement liée à l'usage de ces substances. Les services sont offerts avec ou sans traitement pharmacologique ou autres interventions médicales. Ils fournissent également du soutien supplémentaire, par exemple sous forme de planification du congé ou d'information sur les premières étapes du rétablissement.

Les services de PCS sont prodigués par du personnel de soutien non médical formé pour assurer le suivi et la prise en charge des symptômes de sevrage en toute sécurité. Les clients qui présentent des symptômes graves ou intenses peuvent bénéficier de services de consultation auprès de médecins, de cliniques ouvertes en dehors des heures normales, de centres de santé ou de services d'urgence.

Services de prise en charge du sevrage à l'interne⁶⁹

Tous les programmes de PCSI ontariens sont associés à des hôpitaux locaux, qui fournissent des services de santé et aident en cas d'urgence médicale. Ainsi, il est possible d'offrir des consultations médicales systématiques et du personnel en nombre suffisant pour permettre :

- le traitement pharmacologique de troubles médicaux;
- le traitement pharmacologique de troubles psychiatriques diagnostiqués;
- le traitement pharmacologique de la douleur attribuable à une blessure aiguë ou à une chirurgie récente;
- la prise en charge de clients prenant de la méthadone;
- la prise en charge de clients en sevrage de benzodiazépines ou de narcotiques.

En Ontario, la plupart des établissements sont pour les hommes et les femmes, mais trois établissements de PCSI sont réservés aux femmes. En février 2018, la province comptait 25 programmes de services de PCSI disposant de 188 lits financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Services de prise en charge du sevrage en milieu communautaire

Les programmes de services de PCS en milieu communautaire, qui font partie du système de PCSI, aident les clients qui entreprennent volontairement un sevrage d'alcool ou de drogue. Les clients peuvent avoir recours à des services de soutien à l'interne ou peuvent obtenir des services tout en demeurant chez eux, chez un proche ou dans un milieu communautaire, supervisé ou non. Les soins

⁶⁸ Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l'année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>

⁶⁹ L'Ontario utilise le terme « services de gestion du sevrage en milieu résidentiel »; toutefois, afin d'utiliser des formulations qui reflètent les différences entre les autorités administratives et les options thérapeutiques offertes, le présent rapport se sert de termes un peu plus généraux, soit « prise en charge du sevrage à l'interne » (PCSI) et « prise en charge du sevrage à l'externe » (PCSE).



peuvent comprendre un traitement pharmacologique ou des interventions médicales au besoin, et du soutien supplémentaire est fourni, par exemple sous forme de planification du congé ou d'information sur les premières étapes du rétablissement. Avec la création de services à accès rapide en Ontario, de plus en plus d'organismes communautaires reçoivent du financement pour offrir des services de PCS en milieu communautaire. En février 2018, il existait 33 points de services de PCS en milieu communautaire en Ontario.

Les organismes qui offrent des services de PCS peuvent diriger les clients qui terminent un épisode de traitement vers d'autres organismes ou programmes de santé mentale et de traitement des dépendances. L'orientation vers d'autres services n'est pas obligatoire et a généralement lieu lorsque les clients disent vouloir suivre d'autres traitements ou obtenir de l'aide supplémentaire.

Les données fournies par le système Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (DASIT) en février 2018 montrent qu'au cours de l'année financière 2016-2017, 20,2 % des clients ayant terminé un épisode de service de PCS ont été dirigés vers d'autres programmes de traitement des dépendances. Un taux d'orientation semblable (20,6 %) a été signalé pour les clients ayant terminé un programme de PCS en milieu communautaire.

Considérations et limites importantes concernant les données

Les données du DASIT portent uniquement sur les clients et les services des programmes de PCS en milieu communautaire sans soutien médical. Deux hôpitaux ontariens fournissent des services de soins actifs de PCS à l'interne; ces services, offerts exclusivement en milieu hospitalier, ne sont pas pris en considération dans les résultats communautaires. Les données de l'ICIS sur les hospitalisations sont présentées plus loin.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu communautaire

Total d'épisodes de service et de bénéficiaires uniques

En 2015-2016, 85 299 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation en Ontario, ce qui correspond à 111 039 épisodes de service. De ce nombre, 72,3 % (n = 61 676) étaient de nouveaux cas. Ces statistiques incluent les bénéficiaires et les épisodes de service pour toutes les catégories de traitement. La majorité des bénéficiaires (93,1 %, n = 79 417) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 5 882 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

Par ailleurs, 16 951 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services de PCS, ce qui correspond à 30 260 épisodes de service. Les hommes ont eu recours à une faible majorité des épisodes de services, soit à 71,5 % (n = 21 632), et les femmes, à 28,4 % (n = 8 599) (figure 34). Si l'on prend en considération tous les services de traitement, les hommes faisaient toujours l'objet de la majorité des épisodes de service, soit de 63,8 % (n = 66 897) des épisodes. La différence entre les hommes et les femmes était toutefois moins grande que pour la PCS seulement (figure 35).



Figure 34. Épisodes de service de PCS⁷⁰, selon le genre

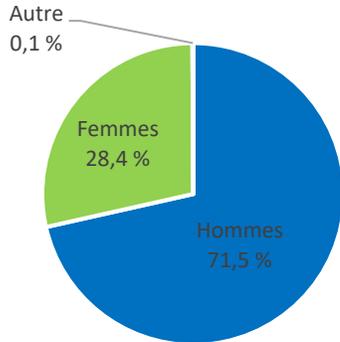
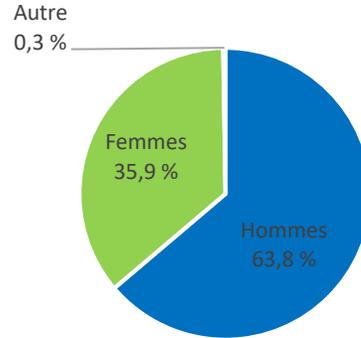


Figure 35. Total des épisodes de service⁷¹, selon le genre



Épisodes de prise en charge du sevrage et bénéficiaires uniques, selon le genre

En Ontario, les services de PCS comprennent la PCSI et la PCSE. Comme le montre le Tableau 7, le nombre total d'épisodes de service de PCS représentait 28,9 % de tous les services de traitement. Bien qu'ils ne fassent pas l'objet du présent rapport, les épisodes de service restants comprenaient les traitements à l'interne et à l'externe (71,1 %). Les bénéficiaires ayant eu recours à des services de PCS représentaient 21,4 % de tous les bénéficiaires de services.

Tableau 7. Total des épisodes de service et bénéficiaires uniques⁷², selon le genre

	PCSI	PCSE	Traitement à l'interne et à l'externe	Nombre total*
Épisodes de service				
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	25,5 %	3,4 %	71,1 %	n = 104 864
Hommes	29,2 %	3,2 %	67,7 %	n = 66 897
Femmes	19,0 %	3,8 %	77,2 %	n = 37 696
Bénéficiaires uniques				
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	17,5 %	3,9 %	78,7 %	n = 79 416
Hommes	19,1 %	3,7 %	77,2 %	n = 49 488
Femmes	14,9 %	4,1 %	81,0 %	n = 29 684

* L'option « Autre » est offerte, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés.

Voir le tableau 8 pour le ratio d'épisodes de service de PCS par bénéficiaire.

70 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.

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.

72 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.



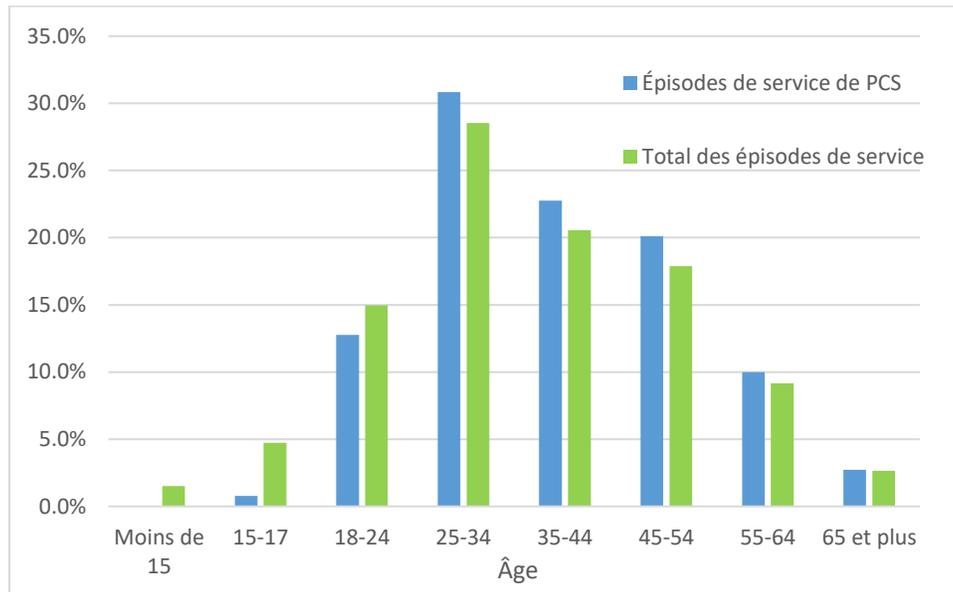
Tableau 8. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)

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

Nombre d'épisodes de prise en charge du sevrage, selon l'âge

Comme le montre la figure 36, ce sont les 25 à 34 ans qui présentent le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service de PCS et d'épisodes de service au total.

Figure 36. Épisodes de service de PCS et total des épisodes de service⁷³, selon l'âge



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier⁷⁴

Hospitalisations, selon le sexe⁷⁵

Au total, il y a eu 3 578 hospitalisations⁷⁶ pour PCS de substances en Ontario. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de cinq jours. De toutes les personnes hospitalisées, 71,8 % (n = 2 568) étaient des hommes, et 28,2 % (n = 1 010), des femmes (figure 37). Si l'on compare ces chiffres à ceux des services en milieu communautaire, les hommes et les femmes ont des pourcentages d'hospitalisation (figure 37) semblables à leurs pourcentages d'épisodes de services publics (figure 34). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 18 504 jours⁷⁷. Les jours d'hospitalisation

73 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.

74 Les codes d'hospitalisation utilisés en Ontario viennent de deux systèmes, soit la CIM-10 et le DSM-V. Voir la section « Méthodes » pour obtenir une description des ensembles de données.

75 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

76 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

77 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été



des hommes comptaient pour 71,9 % (13 307 jours) du total, et ceux des femmes, pour 28,1 % (5 197 jours) (figure 38).

Figure 37. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015–2016

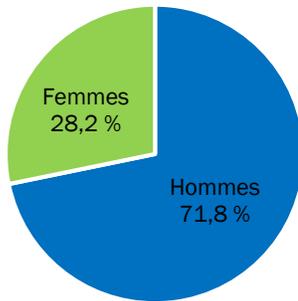
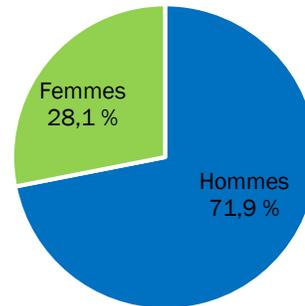


Figure 38. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015–2016



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, AF 2015–2016, ICIS

Hospitalisations, selon l'âge

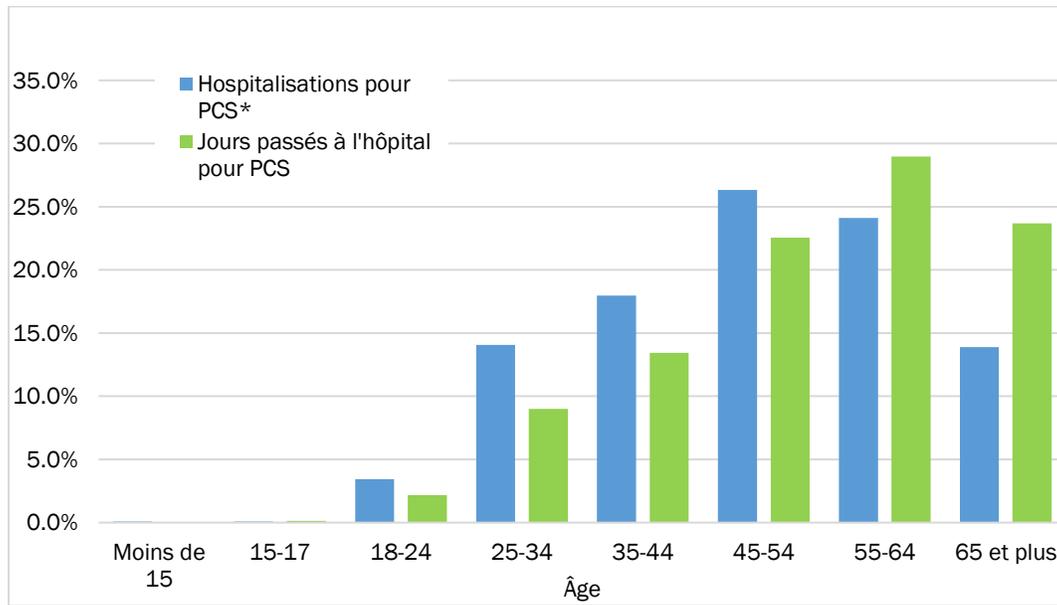
Ce sont les 45 à 54 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations⁷⁸ (26,3 %), suivis des 55 à 64 ans (24,1 %) (figure 39). Ces données diffèrent de celles des services de traitement en milieu communautaire, où le pourcentage plus élevé d'épisodes a été observé chez les 25 à 34 ans. En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 18 504 jours, et les 55 à 64 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 5 361 jours (29,0 %); il était suivi de celui des 65 ans et plus, qui y ont passé 4 383 jours (23,7 %).

admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.

⁷⁸ Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Figure 39. Pourcentage des hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



* Les données sur les hospitalisations de certains groupes d'âge étaient trop peu nombreuses pour être rendues publiques et ont été supprimées par l'ICIS. Nous les avons imputées et incluses dans la figure.



Nouvelle-Écosse

Population : 941 545⁷⁹

Genre : 461 401 hommes (49,0 %); 480 144 femmes (51,0 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

En Nouvelle-Écosse, les services de PCS sont divisés en quatre zones. La zone 1 offre des services de prise en charge du sevrage de jour, aussi appelés services de prise en charge du sevrage à l'externe. On y offre également des programmes comme une clinique de bien-être et une PCS médicale ou chirurgicale, ainsi que des programmes comprenant des services satellites de traitement de substitution aux opioïdes, des sites de dépistage urinaire de la drogue, un processus normalisé aléatoire de dépistage urinaire de la drogue, des services d'évaluation de la consommation d'alcool et une PCS de la nicotine à l'externe. Dans la zone 2, les données relatives au programme de PCS à l'interne ont été entrées dans le système ASSist (un programme provincial de suivi des données) avant le 1^{er} avril 2018, puis soumises à Meditech pour être codées. À l'heure actuelle, les services de PCS sont fournis à l'externe. La zone 3 offre des services de PCS à l'interne en milieu hospitalier. Quant à la zone 4, elle comprend un programme de PCS à l'interne de 16 lits, également offert en milieu hospitalier. Divers services y sont prodigués : sevrage médical, information sur le rétablissement et la prévention des rechutes, counseling individuel, ludothérapie, planification du congé, orientation vers des services à l'interne, soins spirituels et psychiatrie.

Voici quelques exemples de programmes de sevrage offerts en Nouvelle-Écosse :

- Le programme de PCS en établissement (à l'interne) se sert d'une vaste gamme de services de traitement pour optimiser l'état de santé des clients dont la consommation d'alcool ou de drogue est néfaste. Parmi ces services figurent une évaluation, une désintoxication médicale, la planification du traitement, du counseling thérapeutique et professionnel, l'offre de soutien, de l'information et des orientations vers d'autres services.
- Le programme de PCS de jour (à l'externe) est un programme de désintoxication conçu pour répondre aux besoins des clients qui ont besoin d'un traitement intensif, mais pas d'une hospitalisation. Il permet aux clients de rester dans un environnement familier pendant leur sevrage.
- Parmi les clients qui ont bénéficié de services de PCS, 10 % ont poursuivi leur traitement dans un autre programme de traitement des dépendances.
- Le Centre de santé Izaak Walton Killam (IWK) chapeaute le Centre Garron pour la santé mentale des enfants et des adolescents (soins actifs à l'interne), qui vient en aide aux enfants et aux adolescents de 19 ans et moins dont les besoins en matière de santé mentale et de dépendance sont mieux satisfaits dans un milieu de soins actifs. Le Centre Garron offre à sa clientèle un soutien intensif de courte durée pour résoudre une crise liée à un trouble de santé mentale ou de dépendance, ou encore un soutien de longue durée permettant à l'enfant ou au jeune ainsi qu'à sa famille, à ses gardiens et à son équipe de soins de mieux comprendre le problème de santé mentale ou de dépendance et de déterminer quelle est la meilleure option thérapeutique.

⁷⁹ Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l'année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>



Les indicateurs suivants servent actuellement au suivi des services de traitement des dépendances :

- Nombre de clients actifs, d'orientations, d'admissions, de congés, de patients admis ou ayant obtenu leur congé et de listes d'attente;
- Nombres moyen et médian de clients en attente de services et évolution de ces nombres au fil du temps;
- Temps d'attente médian et 90^e percentile du temps d'attente entre l'orientation et l'admission à un programme (ou la confirmation de l'admission);
- Niveaux de triage – cible pour le niveau prioritaire : 7 jours, et cible pour le niveau régulier : 28 jours civils;
- Types de dépendances primaires vues;
- Durée de séjour – comparer la durée de séjour prévue avec la durée de séjour moyenne, par exemple;
- Raison du congé – l'objectif est d'accroître le pourcentage relatif de dossiers fermés par consentement mutuel (donnée non consignée au 1^{er} avril 2018);
- Taux de réadmission à l'unité interne de PCS;
- Continuité des soins dans les 14 jours suivant le congé de l'établissement (nombre de personnes ayant obtenu leur congé et s'étant présentées à leurs rendez-vous dans les 14 jours suivants, divisé par le nombre de personnes ayant obtenu leur congé).

Considérations et limites importantes concernant les données

En 2015-2016, certains établissements de Nouvelle-Écosse ont cessé le suivi des données relatives aux clients et aux programmes de PCS dans le système ASsist. Ce changement a compromis la qualité des données et est la raison pour laquelle aucune donnée chiffrée n'est présentée.

Pratiques propres à certaines substances

Zone 1 (Ouest : Côte-Sud, Sud-Ouest, vallée d'Annapolis)

Le programme de traitement à l'interne de la zone 1 comprend une PCS supervisée en milieu hospitalier visant à soutenir les personnes qui doivent être traitées et qui ont besoin d'aide pour gérer leurs symptômes de sevrage d'alcool ou de drogue. Ce programme était offert à l'hôpital Soldier's Memorial et à l'hôpital régional de Yarmouth en 2015-2016; il n'y est pas offert actuellement, mais il continuera à faire partie des options thérapeutiques de ces hôpitaux, malgré leur transition vers un modèle axé sur la PCSE et les cliniques de bien-être.

Par le passé, l'hôpital Soldier's Memorial de Middleton offrait le programme de traitement intensif, qui combinait les caractéristiques d'un programme de PCS à l'interne et d'un programme de traitement structuré et adoptait une approche fondée sur le travail d'équipe. Les clients pouvaient s'inscrire s'ils avaient besoin d'une PCS (hospitalisation, généralement de trois à cinq jours) ou d'un programme de traitement structuré (séjour à l'interne, généralement de 21 jours) et pouvaient bénéficier des deux programmes durant leur traitement, selon leur plan de soins personnalisé. Ce service était accessible en tout temps.

Les clients du programme de PCSE (PCS de jour) sont évalués par un médecin, une infirmière ou l'employé chargé du triage dans la clinique. Ils sont ensuite retournés à la maison avec les



médicaments dont ils ont besoin, puis se présentent à nouveau à la clinique le lendemain. Les clients qui doivent faire un séjour d'une nuit sont admis à l'urgence ou demeurent à la clinique avec du personnel de nuit, selon les services offerts par l'établissement. Le patient réintègre le programme de PCSE le lendemain matin.

La PCS médicale ou chirurgicale par une infirmière autorisée des Services de traitement des dépendances s'adresse aux patients qui présentent de graves troubles de santé. Le personnel infirmier du district est formé pour l'évaluation du sevrage d'alcool éthylique et la mise en œuvre de protocoles, ce qui a donné lieu à la création d'un important programme de désintoxication avec soins actifs réunissant trois hôpitaux.

Le programme de PCSE de la nicotine, le deuxième du genre au Canada, considère la nicotine comme une drogue pouvant provoquer des symptômes de sevrage concrets. Les clients sont traités à l'externe, comme dans la PCSE de n'importe quelle autre substance.

Zone 2 (Nord : Colchester, East Hants, Cumberland, Pictou)

La zone 2 offre des services d'évaluation, de sevrage médical, de planification de traitement, de counseling et d'orientation, notamment vers des programmes de longue durée ou un traitement de suivi avec des services à l'externe ou un traitement de substitution aux opioïdes. Ces programmes comportent des réunions planifiées des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes auxquelles assistent les patients de l'unité, de même que des rencontres de Recovery Matters chaque jeudi après-midi. À l'heure actuelle, le sevrage médical offert vise toutes les substances. Les clients qui sont en sevrage d'opioïdes sont invités à établir des liens avec des cliniques ou des fournisseurs offrant un traitement de substitution aux opioïdes; des renseignements sur le traitement à la Suboxone sont parfois communiqués aux médecins de famille, qui favorisent le rétablissement des clients.

Zone 3 (Est : Cap-Breton, Guysborough-Antigonish Strait)

Les unités de PCSI de la zone 3 visent à optimiser la santé des clients dont l'usage de substances, principalement l'alcool éthylique, est néfaste. Les autres admissions sont déterminées par gestion interdisciplinaire de cas.

L'unité de PCSI offre de courts traitements spécialisés du sevrage aigu en établissement, sous supervision médicale. Ces traitements comprennent une évaluation, une désintoxication médicale, une planification du traitement, du soutien thérapeutique, de l'information et des orientations vers d'autres services. Les clients hospitalisés sont immédiatement mis en contact avec des services externes exhaustifs de santé mentale et de traitement des dépendances et d'autres soutiens communautaires de suivi. Ils peuvent également être dirigés vers des services de PCSE et participer à des séances d'information sur le bien-être et les programmes offerts.

Zone 4 (Centre : Halifax, Dartmouth, Musquodoboit, Hants)

La zone 4 comprend une unité de PCSI de 16 lits en milieu hospitalier. Tous les clients sont inscrits dans le système ASSist (mais pas après le 1^{er} avril 2018) et le logiciel STAR. Depuis le 1^{er} avril 2018, le système ASSist ne sert plus à la collecte de données sur les clients et les programmes.

L'unité de PCSI de l'Hôpital de la Nouvelle-Écosse offre un sevrage médical (pour des substances autres que les opioïdes), de l'information pour les groupes sur le rétablissement et la prévention des rechutes, du counseling individuel, de la ludothérapie et des services de planification du congé. Ces services peuvent comprendre de l'aide pour découvrir des ressources de logement, obtenir de l'aide au revenu, bénéficier du régime d'assurance-médicaments, faire une demande d'admission dans un



centre de rétablissement, etc. Les clients peuvent également être dirigés vers des services internes de soins spirituels et de psychiatrie, ou encore vers des conseillers communautaires en dépendance, des services de santé mentale, de soins de maternité au Centre de santé IWK, de soins médicaux, de soins dentaires ou de prise en charge d'une maladie infectieuse, ou vers des programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes ou autres.

Le tableau 9 indique le nombre de lits offerts à l'interne et à l'externe dans les diverses zones ainsi qu'au Centre de santé IWK.

Tableau 9. Nombre de lits pour PCS

	Nombre de lits (à l'externe)	Nombre de lits (à l'interne)
Zone 1	0	0
Zone 2	22	0
Zone 3	17	0
Zone 4	16	0
IWK (moins de 19 ans)	0	14

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe⁸⁰

Au total, il y a eu 1 213 hospitalisations⁸¹ pour PCS de substances en Nouvelle-Écosse. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de huit jours. De toutes les personnes hospitalisées, 67,8 % (n = 823) étaient des hommes, et 32,2 % (n = 390), des femmes (figure 40). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 9 978 jours⁸². Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 66,3 % (6 620 jours) du total, et ceux des femmes, pour 33,7 % (3 358 jours) (figure 41).

80 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

81 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

82 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.



Figure 40. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015–2016

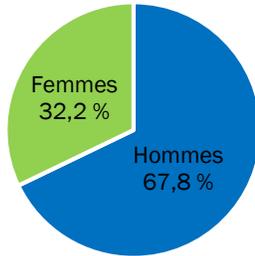
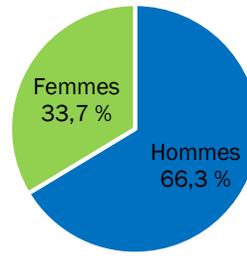


Figure 41. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015–2016

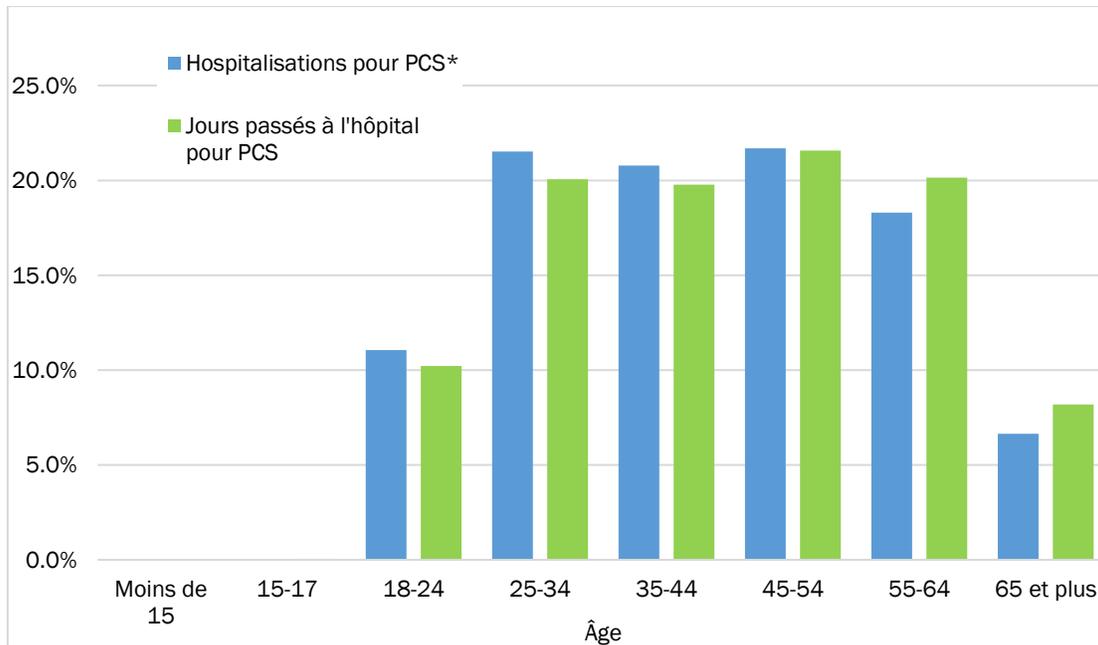


Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, AF 2015–2016, ICIS

Hospitalisations, selon l'âge

Ce sont les 45 à 54 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations⁸³ (21,7 %), suivis des 25 à 34 ans (21,5 %) (figure 42). En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 9 978 jours, et les 45 à 54 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 2 152 jours (21,6 %), suivis des 55 à 64 ans, qui ont passé 2 009 jours (20,1 %) à l'hôpital, et des 25 à 34 ans qui y ont passé 2 001 jours (20,1 %).

Figure 42. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



* Les données sur les hospitalisations de certains groupes d'âge étaient trop peu nombreuses pour être rendues publiques et ont été supprimées par l'ICIS. Nous les avons imputées et incluses dans la figure.

83 Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Île-du-Prince-Édouard

Population : 146 791

Genre : 71 503 hommes (48,7 %); 75 288 femmes (51,3 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

Les services de traitement des dépendances de l'Île-du-Prince-Édouard offrent des programmes de PCS à l'interne et à l'externe. Les patients peuvent également bénéficier d'une PCS dans un hôpital ou une unité de psychiatrie pour malades hospitalisés (ces données ne sont toutefois pas prises en considération ici).

Un programme de PCSI de 16 lits est offert dans l'établissement provincial de traitement des dépendances. Il comprend une prise en charge médicale des symptômes de sevrage par des infirmières (infirmières et infirmières auxiliaires autorisées), supervisées par un médecin (omnipraticien). Les clients ont l'occasion de participer à un programme psychoéducatif de groupe traitant de la prise en charge des symptômes et des stratégies de rétablissement. La durée du séjour va de cinq à dix jours, selon la substance consommée et les symptômes de sevrage qui y sont associés.

En 2015, consciente de la vulnérabilité des clients ayant bénéficié d'une PCS depuis peu et cherchant à réagir au taux élevé de réadmission non planifiée après l'obtention du congé, Santé Î.-P.-É. a créé une unité de transition de 18 lits. Des travailleurs sociaux autorisés, des conseillers et des travailleurs du secteur tertiaire y font de la gestion de cas et offrent aux clients en début de rétablissement du counseling et de la formation les amenant à développer leurs aptitudes à la vie quotidienne. Le personnel apporte un soutien médical en offrant des médicaments et en réalisant des consultations au besoin. Le programme dure trois semaines et offre une semaine de « séances supplémentaires » aux clients afin de prévenir les rechutes. Bon nombre des clients du programme de PCSI passent par l'unité de transition avant de réintégrer la communauté, mais ce n'est pas le cas de tous. Les clients admis à l'unité de transition arrivent aussi parfois d'un hôpital ou de la communauté.

Des programmes de PCSE sont mis en œuvre dans chaque comté (dans cinq bureaux communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances). Les clients de ces programmes font l'objet d'une évaluation en soins infirmiers, reçoivent du counseling et prennent part à des activités psychoéducatives de groupes semblables à celles offertes dans le cadre du programme de PCSI. Bien que des ordonnances permanentes de médicaments et l'accès à un médecin soient offerts, les clients ont rarement recours aux médicaments; ceux qui en ont besoin sont souvent dirigés vers des services de PCSI ou un hôpital.

L'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied un programme de substitution aux opioïdes et finance une clinique communautaire de méthadone (méthadone et Suboxone). Durant l'année financière 2015-2016, 405 clients ont été admis à cette clinique, dont 178 nouveaux; le nombre total de visites à la clinique, y compris pour un rendez-vous avec un médecin ou un conseiller, était de 4 898.

Considérations et limites importantes concernant les données

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 données hospitalières ne sont pas comprises dans les données sur la PCS; elles sont présentées séparément plus bas, avec les données sur les hospitalisations.



Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu communautaire

Total d'épisodes de service et de bénéficiaires uniques

En 2015-2016, 2 661 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation de substances à l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui correspond à 5 028 épisodes de service. De ce nombre, 63,9 % (n = 1 701) étaient de nouveaux cas. Ces statistiques incluent les bénéficiaires et les épisodes de service pour toutes les catégories de traitement. La majorité des bénéficiaires (87,0 %, n = 2 315) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 354 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

Par ailleurs, 1 517 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services de PCS, ce qui correspond à 2 269 épisodes de service. Les hommes ont eu recours à la majorité des épisodes de service, soit à 67,6 % (n = 1 534), et les femmes, à 32,4 % (n = 735) (figure 43). Si l'on prend en considération tous les services de traitement, les hommes faisaient toujours l'objet de la majorité des épisodes de service, soit de 67,3 % (n = 3 314) des épisodes, ce qui est similaire au pourcentage d'épisodes de service de PCS (figure 44). Les données sur les bénéficiaires qui ne s'identifiaient pas comme homme ni comme femme ont été recueillies et sont présentées dans la catégorie « Autre »; les nombres étaient toutefois trop faibles pour faire l'objet d'une analyse.

Figure 43. Épisodes de service de PCS⁸⁴, selon le genre Figure 44. Total des épisodes de service⁸⁵, selon le genre



Épisodes de prise en charge du sevrage et bénéficiaires uniques, selon le genre

À l'Île-du-Prince-Édouard, les services de PCS comprennent la PCSI et la PCSE. Comme le montre le tableau 10, le nombre total d'épisodes de service de PCS représentait 48,7 % de tous les services de traitement. Bien qu'ils ne fassent pas l'objet du présent rapport, les épisodes de service restants comprenaient les traitements à l'interne et à l'externe (57,8 %). Les bénéficiaires ayant eu recours à des services de PCS représentaient 45,7 % de tous les bénéficiaires de service.

84 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.

85 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 10. Total des épisodes de service et de bénéficiaires uniques⁸⁶, selon le genre

	PCSI	PCSE	Traitement à l'interne et à l'externe	Nombre total*
Épisodes de service				
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	23,4 %	25,3 %	57,8 %	n = 4 658
Hommes	25,8 %	23,1 %	51,1 %	n = 3 134
Femmes	18,5 %	29,7 %	51,7 %	n = 1 523
Bénéficiaires uniques				
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	17,6 %	28,1 %	54,4 %	n = 3 324
Hommes	18,4 %	25,8 %	55,7 %	n = 2 182
Femmes	16,0 %	32,3 %	51,7 %	n = 1 141

* L'option « Autre » est offerte, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés.

Voir le tableau 11 pour le ratio d'épisodes de service de PCS par bénéficiaire.

Tableau 11. Ratio d'épisodes de service par bénéficiaire (propre consommation)

Prise en charge du sevrage à l'interne	1,9
Prise en charge du sevrage à l'externe	1,3

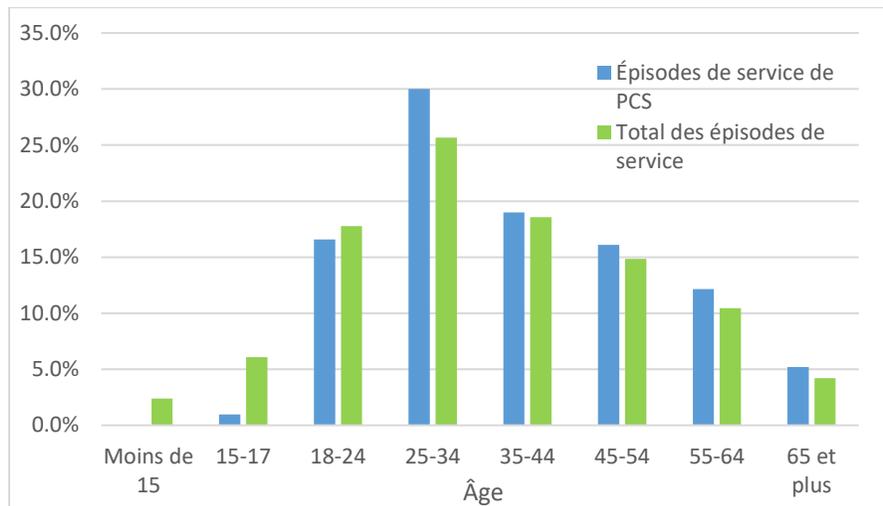
Nombre d'épisodes de prise en charge du sevrage, selon l'âge

Comme le montre la figure 45, ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service de PCS et d'épisodes de service au total.

⁸⁶ 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 45. Épisodes de service de PCS et total des épisodes de service⁸⁷, selon l'âge



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe⁸⁸

Au total, il y a eu 53 hospitalisations⁸⁹ pour PCS de substances à l'Île-du-Prince-Édouard. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de six jours. Les nombres et les pourcentages d'hospitalisation par sexe ont été supprimés, mais selon les hypothèses établies pour évaluer leur valeur et les données disponibles, on estime que 73,6 % des personnes hospitalisées étaient des hommes et 26,4 %, des femmes (figure 46). Si l'on compare ces chiffres à ceux des services communautaires, les hommes et les femmes affichaient des pourcentages d'hospitalisations (figure 46) semblables à leurs pourcentages d'épisodes de services publics (figure 43). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 295 jours⁹⁰. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 71,2 % (210 jours) du total, et ceux des femmes, pour 28,8 % (85 jours) (figure 47).

87 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.

88 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

89 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

90 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.



Figure 46. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

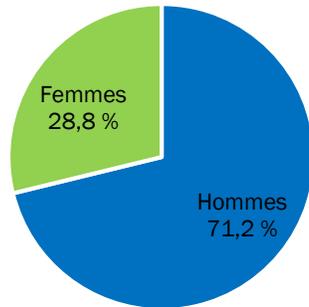
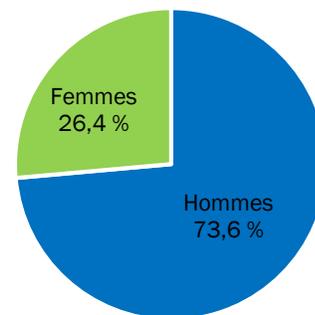


Figure 47. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015-2016

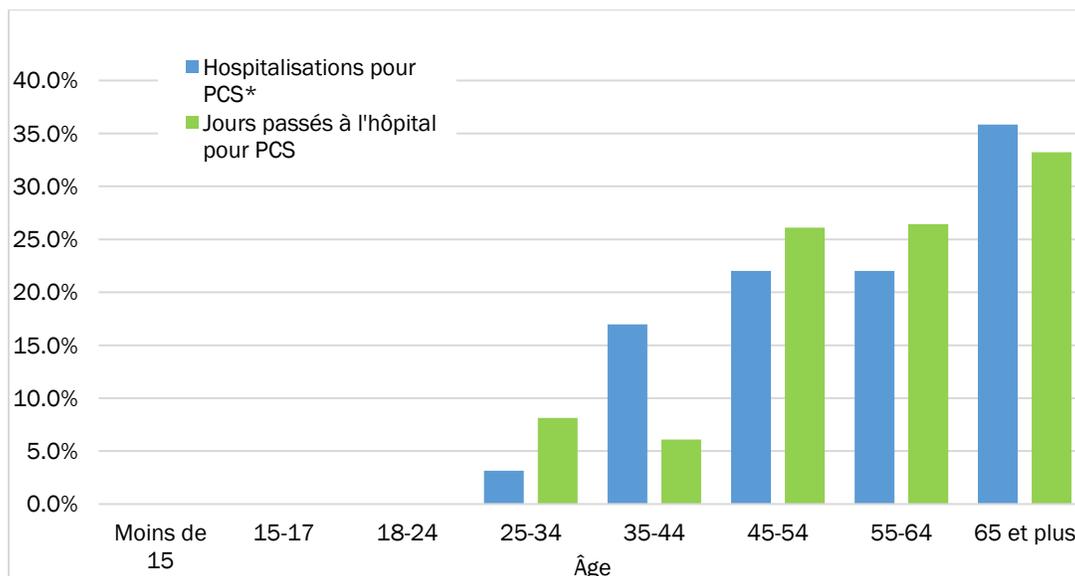


Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, AF 2015-2016, ICIS

Hospitalisations, selon l'âge

Ce sont les 65 ans et plus qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations⁹¹ (35,8 %), suivis des 45 à 54 ans (22,0 %) et des 55 à 64 ans (22,0 %) (figure 48). Ces données diffèrent de celles des services de traitement communautaire (figure 45), où le pourcentage le plus élevé d'épisodes a été observé chez les 25 à 34 ans. En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 295 jours, et les 65 ans et plus constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 98 jours (33,2 %), suivis des 55 à 64 ans, qui ont passé 78 jours (26,4 %) à l'hôpital, et talonnés par les 44 à 54 ans.

Figure 48. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015-2016



* Les données sur les hospitalisations de certains groupes d'âge étaient trop peu nombreuses pour être rendues publiques et ont été supprimées par l'ICIS. Nous les avons imputées et incluses dans la figure.

91 Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Terre-Neuve-et-Labrador

Population : 528 815⁹²

Genre : 260 749 hommes (49,3 %); 268 066 femmes (50,7 %)

Aperçu et sommaire de la prise en charge du sevrage

À Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.), les services de PCS sont fournis par quatre régions régionales de la santé. Aucune des régions régionales n'offre un continuum de services complet; c'est pourquoi les services spécialisés à l'interne prodigués dans trois des quatre régions régionales sont offerts à l'échelle provinciale. Aucun service communautaire de PCS n'est accessible dans la province, et les données sur la prestation de ce type de service par les médecins de soins primaires ne sont pas disponibles. Les quatre régions régionales disposent d'établissements de soins actifs visant l'usage de substances et le sevrage. Les soins hospitaliers qui y sont prodigués jouent un rôle important dans le continuum des services de PCS de la province.

De la documentation clinique sur ces services spécialisés à l'interne est accessible dans le Client and Referral Management System (CRMS) [système de gestion des clients et des aiguillages], le système provincial de renseignements sur la santé. La disponibilité de ces renseignements a permis l'inclusion de statistiques agrégées dans le présent rapport.

Centre de réadaptation

Le Centre de réadaptation est un établissement provincial de PCS de 19 lits exploité par Eastern Health, la plus grande des quatre régions régionales de la santé. Le Centre est situé à St. John's, et des résidents des quatre coins de la province peuvent y obtenir des services.

Jusqu'en 2015-2016, le Centre offrait un programme non médical de désintoxication en milieu social; les clients qui le fréquentaient géraient leur désintoxication sans médicament ni soutien médical. Cette façon de faire a souvent mené au transfert de bénéficiaires à l'urgence ou à l'abandon du programme par les bénéficiaires, ce qui a mené à une évaluation et à une modification du programme.

Afin de mieux répondre aux besoins des bénéficiaires présentant des troubles de dépendance complexes, le Centre de réadaptation s'est récemment tourné vers l'offre de services avec soutien médical. Avec l'adoption de ce nouveau modèle, les bénéficiaires peuvent maintenant recevoir des médicaments qui atténuent leurs symptômes de sevrage et réduisent les complications pour la santé, et sont suivis en permanence par le personnel infirmier.

À l'heure actuelle, l'équipe clinique comprend une infirmière praticienne, des infirmières et des infirmières auxiliaires autorisées ainsi qu'un conseiller en dépendance. Son approche de soins complète répond aux besoins physiques et mentaux des bénéficiaires. Les admissions au Centre sont prévues durant les heures normales de bureau pour permettre une évaluation exhaustive des besoins des clients; des admissions d'urgence peuvent toutefois avoir lieu en dehors de ces heures au besoin.

Le personnel des services de traitement des dépendances est conscient que la désintoxication est souvent la première étape vers le rétablissement d'un bénéficiaire; c'est pourquoi il s'efforce d'offrir

92 Les données démographiques ont été tirées du tableau 051-0001 de Statistique Canada pour l'année 2015 : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>



un service qui favorise le plus possible la réussite du sevrage et améliore l'accès des clients qui en ont le plus besoin.

Selon les statistiques fournies par l'établissement, de 50 % à 60 % des clients admis au Centre pour bénéficier de services de PCS n'en sont pas à leur première admission. Environ 20 % des bénéficiaires qui obtiennent leur congé effectuent une transition vers un traitement à l'interne, et 40 % effectuent une transition vers des services à l'externe, qui comprennent notamment des séances de groupe sans rendez-vous, du counseling et des occasions d'entraide.

Centre Hope Valley

Le Centre Hope Valley est un établissement de 12 lits situé dans la région centrale de la province et exploité par Central Health. Il offre des services de stabilisation et de PCS ainsi que des traitements des dépendances à l'interne, destinés aux jeunes de 12 à 18 ans. Quatre des lits sont réservés à la PCS. Aux fins de statistiques sur les INT, le Centre Hope Valley est considéré comme un établissement de traitement à l'interne, puisqu'il s'agit de sa vocation principale, plutôt que comme établissement de PCSI.

La durée moyenne des séjours est de trois mois; les jeunes peuvent toutefois rester plus longtemps, en fonction de leurs besoins. Selon les données fournies par le Centre, 37 admissions ont eu lieu en 2015-2016. Tous les clients ont reçu des services de PCS durant leur séjour; 24 % d'entre eux ont fait l'objet d'une PCS uniquement, et 76 % ont fait suivre leur PCS d'un traitement à l'interne au Centre. Les principales substances consommées par les bénéficiaires étaient le cannabis (46 %), les opioïdes (27 %) et les produits inhalés (14 %).

Centre Humberwood et Centre Grace

Situé dans l'ouest de la province et exploité par Western Health, le Centre Humberwood offre un programme provincial de traitement volontaire des dépendances, prodigué à l'interne. Il sert les adultes de 19 ans et plus ayant besoin d'un programme structuré et intensif, qui peut être fourni à l'externe. Le Centre Humberwood compte quatre lits de PCS. Les clients peuvent devoir faire l'objet d'une PCS avant leur admission, ou après leur admission si une désintoxication s'impose avant le début du traitement.

Selon les données fournies par le Centre, 22 admissions pour PCS ont eu lieu en 2015-2016; de ce nombre, 16 clients ont terminé les programmes de PCS et de traitement (28 jours), deux ont quitté au cours de leur PCS et quatre ont terminé le programme de PCS, mais sont partis avant la durée prévue du programme de traitement.

Le Centre Grace offre un programme qui vient compléter celui du Centre Humberwood. Ce centre provincial de traitement volontaire des dépendances à l'interne est situé dans l'est de la province et est exploité par Eastern Health. Ouvert depuis février 2016, il sert les adultes de 18 ans et plus. Comme le Centre Humberwood, il offre un programme structuré et intensif qui peut être fourni à l'externe. Le Centre Grace assure toutefois un suivi médical plus étroit que le Centre Humberwood; les candidats aux programmes des deux centres sont dirigés vers celui qui répond le mieux à leurs besoins, au moyen d'un processus d'admission commun.

Les centres Humberwood et Grace ont tous deux la capacité de fournir une PCSI aux clients qui en ont besoin à leur arrivée au programme de traitement. Cependant, contrairement au Centre Hope Valley, ils ne fournissent pas de services indépendants de PCS.



Services de prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Même si la PCS en milieu hospitalier n'est pas considérée comme faisant partie du continuum de services de PCS de la province, des personnes sont régulièrement admises dans les établissements de soins actifs des régies régionales de la santé lorsqu'une régie responsable déclare qu'elles présentent un trouble lié à l'usage de substances, y compris le sevrage. C'est pourquoi les soins actifs font partie intégrante du continuum de services offerts.

La PCS en milieu hospitalier est particulièrement pertinente dans la région sanitaire de Labrador-Grenfell, qui est en grande partie physiquement séparée de la partie insulaire de la province et où on ne trouve aucun autre établissement de PCSI. Sans la PCS en milieu hospitalier, les résidents de cette région devraient se rendre dans une autre région pour bénéficier des services du Centre de réadaptation ou d'un des trois centres de traitement des dépendances à l'interne.

Considérations et limites importantes concernant les données

Il n'y a pas de chevauchement entre les données sur les admissions à l'hôpital et les données statistiques présentées dans les INT. Les données des INT sont tirées du CRMS. Les données de 2015-2016 tirées du CRMS sont considérées comme plus précises que celles des années précédentes en raison des améliorations apportées aux méthodes de recherche de renseignements. Les problèmes résiduels de qualité des données sont mineurs; toutefois, l'intégrité et la précision des données du CRMS dépendent des données d'inscription et des documents cliniques versés au système pendant la prestation des services.

Résultats

Prise en charge du sevrage en milieu communautaire

Total d'épisodes de service et de bénéficiaires uniques

En 2015-2016, 2 811 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services publics de traitement de la consommation à Terre-Neuve-et-Labrador, ce qui correspond à 4 583 épisodes de service. De ce nombre, 82,6 % (n = 2 323) étaient de nouveaux cas. Ces statistiques incluent les bénéficiaires et les épisodes de service pour toutes les catégories de traitement. La majorité des bénéficiaires (96,9 %, n = 2 725) ont eu recours aux services de traitement pour leur propre consommation problématique de substances, mais 122 bénéficiaires l'ont fait pour la consommation d'un ami ou d'un membre de leur famille.

En ce qui a trait aux services de PCS en milieu communautaire, seuls des services de PCSI sont offerts; aucun service de PCSE n'est fourni à Terre-Neuve-et-Labrador. Au total, 174 bénéficiaires uniques ont eu recours à des services de PCS, ce qui correspond à 675 épisodes de service. Les hommes ont eu recours à la majorité des épisodes de service, soit à 70,2 % (n = 474), et les femmes, à 28,4 % (n = 192) (figure 49). Si l'on prend en considération tous les services de traitement, les hommes faisaient toujours l'objet de la majorité des épisodes de services, soit de 63,2 % (n = 2 832) des épisodes (figure 50).



Figure 49. Épisodes de service de PCS⁹³, selon le genre

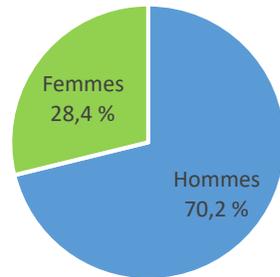
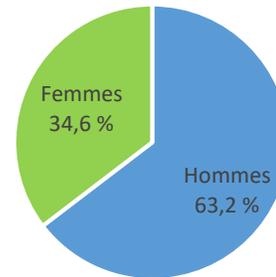


Figure 50. Total des épisodes de service⁹⁴, selon le genre



Épisodes de prise en charge du sevrage et bénéficiaires uniques, selon le genre

Comme le montre le tableau 12, le nombre total d'épisodes de service de PCS représentait 15,2 % de tous les services de traitement. Bien qu'ils ne fassent pas l'objet du présent rapport, les épisodes de service restants comprenaient les traitements à l'externe (75,5 %) et à l'interne (9,0 %).

Tableau 12. Total des épisodes de service et de bénéficiaires uniques⁹⁵, selon le genre

	PCSI	Traitement à l'interne et à l'externe	Nombre total*
Épisodes de service			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	15,2 %	84,8 %	n = 4 481
Hommes	16,7 %	83,3 %	n = 2 832**
Femmes	12,4 %	87,6 %	n = 1 551**
Bénéficiaires uniques			
Total (inclut les personnes de genre inconnu)	6,4 %	93,6 %	n = 2 725
Hommes	7,1 %	92,9 %	n = 1 715
Femmes	5,3 %	94,7 %	n = 946

* L'option « Autre » est offerte, mais les nombres étaient trop faibles pour être présentés.

** La somme des épisodes de service par genre peut être légèrement inférieure au nombre total d'épisodes de service parce qu'un dossier peut faire état de plus d'un problème et parce qu'il est possible qu'un problème n'ait pas été consigné lors d'activités autres qu'une orientation.

Le ratio d'épisodes de service de PCSI par bénéficiaire était 3,9 pour 1.

93 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.

94 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.

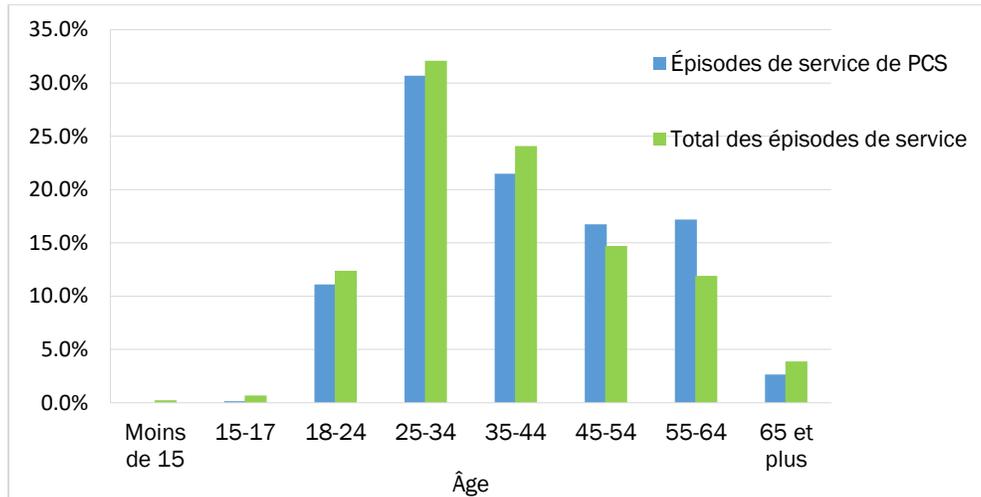
95 Les nombres font référence aux épisodes de service et aux bénéficiaires uniques qui ont recours au traitement pour leur propre consommation, et non pour celle d'un ami ou d'un membre de leur famille.



Nombre d'épisodes de prise en charge du sevrage, selon l'âge

Comme le montre la figure 51, ce sont les 25 à 34 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'épisodes de service de PCS et d'épisodes de service au total.

Figure 51. Épisodes de service de PCS et total des épisodes de service, selon l'âge⁹⁶



Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Hospitalisations, selon le sexe⁹⁷

Au total, il y a eu 186 hospitalisations⁹⁸ pour PCS de substances à Terre-Neuve-et-Labrador. La durée moyenne des séjours à l'hôpital était de cinq jours. De toutes les personnes hospitalisées, environ 82,3 % étaient des hommes, et environ 17,7 %, des femmes (figure 52). Les hommes affichaient un pourcentage d'hospitalisations (figure 52) plus élevé que leur pourcentage d'épisodes de services communautaires (figure 49). La durée totale des séjours à l'hôpital était de 992 jours⁹⁹. Les jours d'hospitalisation des hommes comptaient pour 83,4 % (827 jours) du total, et ceux des femmes, pour 16,6 % (165 jours) (figure 53).

96 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.

97 Les données hospitalières présentées dans cette section sont fournies par l'ICIS. Conformément aux normes de l'ICIS pour la collecte de données, le terme « sexe » réfère au système reproducteur et aux autres caractéristiques physiques d'une personne.

98 Les données sur les hospitalisations sont celles pour lesquelles le sevrage d'une substance (p. ex. alcool, opioïdes, stimulants) était le diagnostic principal à l'hospitalisation. Les hospitalisations pour lesquelles le sevrage était un diagnostic secondaire n'ont pas été incluses. Le diagnostic principal correspond à la raison ayant spécifiquement mené à l'hospitalisation ou au diagnostic ayant le plus contribué à la durée du séjour à l'hôpital. Les bénéficiaires peuvent avoir été admis ou non dans une unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'usage de substances et du sevrage.

99 La durée du séjour renvoie au nombre total de jours d'hospitalisation des bénéficiaires ayant obtenu leur congé durant la période visée (1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016). Ces données comprennent les jours passés à l'hôpital avant la période visée si un bénéficiaire a été admis au cours de la période précédente et n'a pas obtenu son congé durant celle-ci. Les hospitalisations pour lesquelles l'admission et le congé ont eu lieu la même journée ont été considérées comme des hospitalisations d'un jour.



Figure 52. Hospitalisations pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015–2016

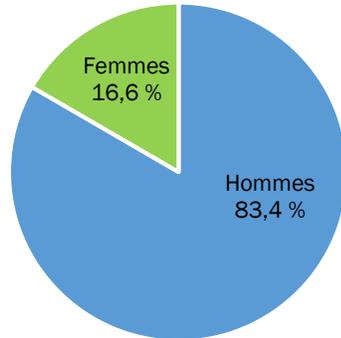
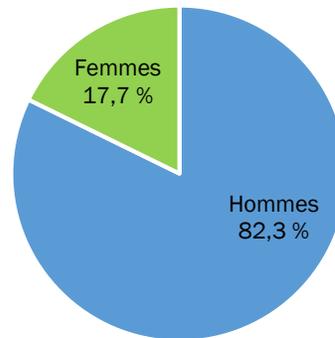


Figure 53. Jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le sexe (pourcentage), AF 2015–2016

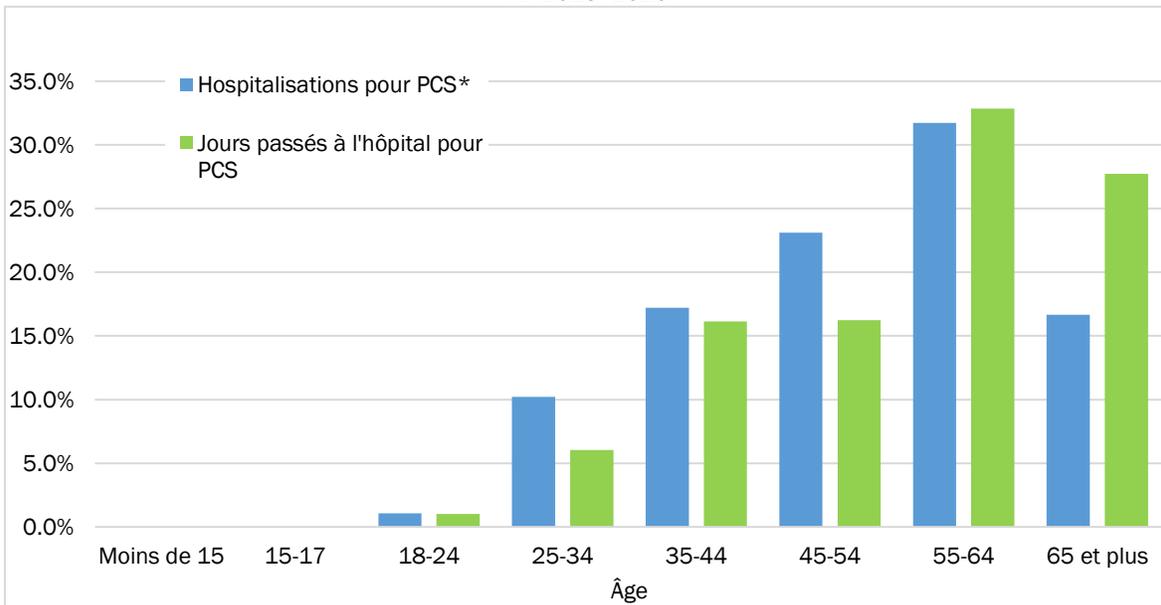


*Inclut les données supprimées

Hospitalisations, selon l'âge

Ce sont les 55 à 64 ans qui présentaient le pourcentage le plus élevé d'hospitalisations¹⁰⁰ (31,7 %), suivis des 45 à 54 ans (23,1 %) (figure 54). Ces données diffèrent de celles des services de traitement communautaire, où le pourcentage le plus élevé d'épisodes a été observé chez les 25 à 34 ans. En ce qui a trait au temps d'hospitalisation, la durée totale des séjours était de 992 jours, et les 55 à 64 ans constituaient le groupe ayant passé le plus de temps à l'hôpital, soit 326 jours (32,9 %), suivis des 65 ans et plus, qui ont passé 275 jours (27,7 %) à l'hôpital.

Figure 54. Pourcentage d'hospitalisations* et de jours passés à l'hôpital pour PCS, selon le groupe d'âge, AF 2015–2016



*Inclut les données supprimées

100 Les données reflètent l'âge à l'admission, et non au congé. La collecte de données sur les hospitalisations tient compte de la date de congé et porte sur l'année financière allant du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.



Programme de mieux-être mental, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

La consommation problématique de substances continue d'être un enjeu prioritaire pour les Premières Nations et les Inuits du Canada. Le principal réseau fédéral de programmes de traitement de l'usage de substances mis en place pour remédier à cet enjeu est appuyé par le Programme de mieux-être mental, qui permet de financer directement un réseau national de centres de traitement.

Le réseau de centres de traitement financés par le fédéral offre d'importantes options et ressources thérapeutiques qui utilisent diverses démarches conventionnelles et culturellement pertinentes. Grâce à ce programme national, 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 consomment des solvants, les femmes et les personnes ayant des troubles concomitants).

La stabilisation et la PCS sont des processus qui aident les personnes à cesser leur consommation d'alcool ou de drogue. Le Programme de mieux-être mental est axé sur la prestation d'un traitement une fois la stabilisation et le sevrage effectués. Les personnes ayant besoin de services de PCS sont généralement dirigées vers les systèmes de santé provinciaux ou territoriaux; les données les concernant ne sont pas présentées dans ce rapport.

Le Programme de mieux-être mental ne comporte pas de services médicaux de PCS, mais il offre d'autres services de PCS. Les PCS sans soutien médical ou avec soutien médical minimal comprennent les services de désintoxication culturels, sociaux, mobiles ou à domicile, qui peuvent être fournis en milieu communautaire, sur le territoire ou à domicile. Ils peuvent comprendre des rencontres avec le personnel de soins primaires ainsi que l'administration de médicaments, selon les symptômes présentés. Le Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes (YSAC), qui dirige 10 des centres de traitement familial du programme, et la Thunderbird Partnership Foundation, un organisme national qui élabore et soutient des approches holistiques de guérison et de mieux-être pour les Premières Nations, ont fourni pour le présent rapport des renseignements supplémentaires sur les liens entre les services de PCS et l'YSAC, ainsi que des renseignements généraux sur le programme de traitement.

Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes

La majorité des centres de l'YSAC sont situés sur les terres des Premières Nations, généralement à une certaine distance des centres provinciaux de PCS. Les centres de l'YSAC accueillent principalement des jeunes, à l'exception des centres qui traitent la famille dans son ensemble. Ils n'offrent pas de programmes de PCS avec supervision médicale, mais un formulaire médical doit être rempli avant l'admission au traitement. Si une PCS avec supervision médicale est indiquée, on s'attend à ce que le médecin le précise et dirige le client vers un établissement provincial de PCS avant l'admission au traitement à l'interne. Les programmes des centres de traitement pour les jeunes et les familles sont suffisamment longs pour permettre une prise en charge et un suivi des symptômes de sevrage efficaces et adaptés à la culture dès le début du traitement à l'interne. Les interventions culturelles comme les cérémonies d'accueil, la médecine traditionnelle, la stabilisation avec des anciens, les huttes de sudation, les interventions axées sur la terre et les bains de pieds font régulièrement partie des premières étapes du processus de stabilisation. Une grande attention



est accordée aux activités qui peuvent être réalisées simultanément, et l'YSAC est conscient que la prise en charge efficace de bon nombre des symptômes de sevrage passe par les pratiques relationnelles, l'hygiène du sommeil, le rétablissement nutritionnel et l'exercice physique.

Au cours de la prochaine année, le centre de traitement KaNaChiHih travaillera avec un conseil tribal de Thunder Bay pour mettre sur pied un établissement de PCS pour les jeunes. D'autres centres pour les jeunes et les familles ont établi des partenariats avec des établissements provinciaux afin d'aider les quelques personnes ayant besoin d'une PCS avec supervision médicale.



Analyse

Ce rapport spécial axé sur la PCS a fourni des renseignements utiles sur les divers services de traitement offerts aux personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances. L'inclusion de données sur les hospitalisations a permis d'obtenir des renseignements supplémentaires et, dans le cas de certaines autorités administratives, d'acquiescer de l'information dans des cas où l'obtention de données communautaires n'était pas possible. Ce rapport a également présenté les divers fournisseurs de services de PCS (p. ex. services en milieu communautaire ou hospitalier, services de santé autochtones) et les diverses stratégies de PCS (pharmacologiques, psychosociales et combinaison des deux). Les résultats ont mis en évidence des lacunes importantes et des domaines où des investissements seront nécessaires pour favoriser la réussite des traitements.

La majorité des épisodes de service de PCS présentés dans cette étude, qu'ils soient survenus en milieu communautaire ou hospitalier, visaient des hommes; en effet, ces derniers ont fait l'objet de 68,5 % des épisodes de service, et les femmes, de 31,3 %. Ces données, qui concordent avec celles d'autres études (Green, 2006; Satre, Mertens, Areán et Weisner, 2004), sont importantes, puisque la recherche a montré que les hommes sont généralement moins susceptibles de terminer un programme de traitement. Le pourcentage élevé d'hommes dans les services de PCS et leur risque accru de rechute peuvent faire augmenter le fardeau des fournisseurs de services de PCS travaillant auprès de cette population. Il est clair qu'il faut veiller à ce que les services offerts au Canada combler les besoins des hommes, comme il faut veiller à l'amélioration des stratégies favorisant la participation continue de cette population aux programmes de traitement. Les résultats, considérant le nombre disproportionné d'hommes en traitement, font également état de la nécessité d'investir dans des mesures préventives s'adressant à cette population.

Parallèlement, le faible pourcentage de femmes ayant recours à des services de PCS pourrait être un signe qu'elles ne sont pas adéquatement servies par les programmes de traitement. Cette possibilité est inquiétante en raison de l'augmentation de l'usage de substances constatée dans cette population au cours des dernières années et du fait que les femmes vivent leurs problèmes de consommation différemment des hommes (Callaghan et Cunningham, 2002a; Green, 2006). Les données du présent rapport ont d'ailleurs montré que les femmes ont fait l'objet de plus d'épisodes de service de PCSE que les hommes dans les autorités administratives où ces services étaient offerts (Ontario et Île-du-Prince-Édouard). Bien que ces données provenant de deux autorités administratives et portant sur une année ne permettent pas de tirer des conclusions générales, elles laissent penser qu'il existe peut-être des différences entre les hommes et les femmes quant à l'accès aux divers types de services de PCS et à leurs préférences. Les rapports précédents sur les INT ont également montré que les femmes ont autant, voire plus souvent, recours aux services de PCSE que les hommes (McQuaid, Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2017; Pirie, Wallingford, Di Gioacchino, McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2016).

L'absence de services de PCSE dans certaines autorités administratives peut être un obstacle pour les femmes qui préfèrent ces services à la PCSI ou pour qui une PCSE est indiquée. Des études ont d'ailleurs montré que les femmes se heurtent à diverses barrières lorsqu'elles cherchent à recevoir un traitement, notamment le manque de services pour les femmes enceintes, les femmes ayant des enfants et les femmes craignant de perdre la garde de leurs enfants (LaMarre, 2014; Tuchman, 2010). Il est possible que bon nombre de services de PCSI, qui comprennent l'hébergement, n'aident pas certaines femmes à s'acquiescer de leurs responsabilités familiales et, par conséquent, les empêchent de chercher de l'aide. D'autres raisons peuvent aussi expliquer l'écart entre les



hommes et les femmes (p. ex. violence familiale, stigmatisation, disponibilité des services); d'autres études sur ce sujet et davantage de données sont nécessaires.

Les données mettent néanmoins en évidence le besoin d'améliorer les pratiques en matière de traitement fondé sur le genre. Ces pratiques sont importantes pour les personnes qui s'identifient comme homme ou comme femme en fonction du sexe qui leur a été assigné à la naissance, mais aussi pour la population grandissante de personnes qui s'identifient autrement, pour laquelle les traitements classiques fondés sur le sexe ne s'appliquent pas forcément. D'autres études devront être menées, et il faudra veiller à ce que les services de PCS soient adaptés aux différents genres.

Certaines autorités administratives ont fait état du faible taux d'orientation réussie vers des programmes de traitement après une PCS. La transition de la PCS aux autres éléments du continuum de soins est souvent difficile (Lee et coll., 2014). Par exemple, de longs temps d'attente, des demandes exigeantes (financières, temporelles), des difficultés de transport et des conditions de logement instables nuisent aux personnes qui tentent de progresser dans leur traitement (Callaghan, 2003; Mark et coll., 2003). Ces barrières vont à l'encontre des pratiques exemplaires, selon lesquelles la PCS ne devrait pas être indépendante, mais devrait plutôt faire partie d'un continuum de soins. Même si des améliorations ont été apportées à cet égard (Carroll, Triplett et Mondimore, 2009; Chutuape, Katz et Stitzer, 2001; Timko, Schultz, Britt et Cucciare, 2016), d'importantes lacunes demeurent et doivent être comblées par les responsables des politiques et les fournisseurs de soins.

Les données liées à l'âge fournies par les autorités administratives ont montré que les personnes de 25 à 34 ans étaient celles ayant le plus fréquemment recours aux services de PCS dans toutes les autorités administratives, sauf une; ce groupe était suivi de celui des 35 à 44 ans. Cependant, les données sur les hospitalisations de la plupart des autorités administratives ont indiqué que les personnes les plus souvent hospitalisées appartenaient au groupe des 45 à 54 ans. En ce qui a trait à la durée du séjour à l'hôpital, deux groupes se partageaient la première position : les 45 à 54 ans et les 55 à 64 ans. Ces résultats concordent avec ceux de certaines études (Li, Sun, Puri, Marsh et Anis, 2007b; Satre et coll., 2004), mais d'autres indiquent que les adultes plus âgés abandonnent plus rapidement leur traitement que les jeunes adultes (Mark, Vandivort-Warren et Montejano, 2006). Ces différences montrent que de nombreux facteurs peuvent influencer la participation des bénéficiaires et l'efficacité des traitements du sevrage (voir la section « Introduction »).

Les écarts entre les données sur la PCS en milieu communautaire et en milieu hospitalier mis en évidence dans ce rapport laissent croire que l'âge joue un rôle important dans la recherche de certains types de services. Les données sont cependant insuffisantes pour expliquer ces écarts. Sont-ils dus à une sensibilisation et à une disponibilité des services différentes? À des facteurs financiers ou professionnels? À des préférences? À d'autres facteurs? Les pratiques exemplaires en matière de PCS recommandent la prestation de traitements adaptés à l'âge; les études à venir doivent donc se pencher sur les causes de ces écarts pour permettre une bonne allocation des ressources et le service adéquat de toutes les populations.

Limites

Même si cette étude a mis de l'avant certains résultats importants, il ne faut pas en oublier les limites, présentées dans la section « Méthodes ». Les données, par exemple, ne portent pas sur tous les services (p. ex. traitements privés) ou toutes les autorités administratives (p. ex. Colombie-Britannique). En outre, étant donné la diversité des modèles de services et des fournisseurs de soins recueillant des données au Canada, il peut y avoir des variations dans les méthodes de collecte des données et de production de rapports. Ces lacunes et ces variations attirent l'attention sur plusieurs besoins importants. L'amélioration de la portée, des méthodes de collecte et de l'uniformité des



données exige davantage d'investissements et de ressources, ce qui augmentera la capacité des fournisseurs de services et des autorités administratives à recueillir des données et permettront l'élaboration de normes de données nationales favorisant le processus de collecte. Malgré leurs limites, les données fournies dans le présent rapport fournissent des indications et des connaissances importantes sur les populations actuellement en traitement et favorisent la reconnaissance des besoins des bénéficiaires et des autorités administratives.

Conclusion

On ne peut trop insister sur l'importance de la PCS dans le continuum de soins de l'usage de substances. Ce rapport spécial fait la lumière sur les domaines dans lesquels les autorités administratives répondent aux besoins des personnes qui présentent une consommation problématique de substances, mais attire également l'attention sur plusieurs lacunes et domaines à améliorer, ce qui est tout aussi important. Il cible des éléments qui doivent être améliorés par les responsables des politiques et les planificateurs du système de santé, comme les traitements adaptés au genre et à l'âge, la satisfaction des besoins de populations précises et l'importance pour les services de PCS d'amener les clients recevoir d'autres services de traitement plutôt que de fonctionner de façon indépendante.

Ces besoins deviennent encore plus évidents lorsqu'on se penche sur une étude récente, qui a estimé qu'en 2014, au Canada, les traitements spécialisés de l'usage de substances avaient coûté plus de 600 millions de dollars, et l'usage de substances avait, dans l'ensemble, coûté environ 11,1 milliards de dollars au système de santé (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018). Toutefois, la plupart des personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances ne reçoivent pas les traitements spécialisés dont elles ont besoin; par conséquent, les coûts estimés pour 2014 ainsi que ceux pour 2015-2016 présentés dans le rapport ne reflètent pas le nombre réel de personnes ayant besoin d'un traitement (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008).

Si l'on veut améliorer le système de traitement, les chercheurs devront élargir la portée de leurs études et se pencher sur des enjeux globaux et nouveaux, les praticiens devront avoir accès à davantage de ressources, de soutien et d'occasions pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires, et les responsables des politiques et les planificateurs du système de santé devront veiller à ce que leurs décisions tiennent compte de l'évolution des populations et des besoins. Les résultats de ce rapport spécial sur la PCS fournissent un bon point de départ et des repères qui pourront aider les décideurs à améliorer l'accessibilité et l'efficacité des programmes afin de mieux servir les Canadiens.



Bibliographie

- Amato, L., M. Davoli, S. Minozzi, E. Ferroni, R. Ali et M. Ferri. « Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal », *Base de données des revues systématiques Cochrane*, 2013, CD003409.
- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition, Washington (D.C.), chez l'auteur, 2013.
- Anderson, R.E., B. Hruska, A.P. Boros, C.J. Richardson et D.L. Delahanty. « Patterns of co-occurring addictions, posttraumatic stress disorder, and major depressive disorder in detoxification treatment seekers: Implications for improving detoxification treatment outcomes », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 86 (2018), p. 45–51.
- Brigham, G.S., N. Slesnick, T.M. Winhusen, D.F. Lewis, X. Guo et E. Somoza. « A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 138 (2014), p. 240–243.
- British Columbia Centre on Substance Use. *Safety bulletin: Avoid the use of withdrawal management as a standalone treatment for opioid use disorder*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2017.
- Bruneau, J., K. Ahamad, M.E. Goyer, G. Poulin, P. Selby, B. Fischer, ... et E. Wood. « Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline », *CMAJ*, vol. 190, n° 9 (2018), p. E247–E257.
- Callaghan, R.C. « Risk factors associated with dropout and readmission among First Nations individuals admitted to an inpatient alcohol and drug detoxification program », *CMAJ*, vol. 169, n° 1 (2003), p. 23–27.
- Callaghan, R.C. et J.A. Cunningham. « Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, n° 4 (2002a), p. 399–407.
- Callaghan, R.C. et J.A. Cunningham. « Intravenous and non-intravenous cocaine abusers admitted to inpatient detoxification treatment: a 3-year medical-chart review of patient characteristics and predictors of treatment re-admission », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 68, n° 3 (2002b), p. 323–328.
- Carroll, C.P., P.T. Triplett et F.M. Mondimore. « The intensive treatment unit: A brief inpatient detoxification facility demonstrating good postdetoxification treatment entry », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 37, n° 2 (2009), p. 111–119.
- Chutuape, M.A., E.C. Katz et M.L. Stitzer. « Methods for enhancing transition of substance dependent patients from inpatient to outpatient treatment », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 61, n° 2 (2001), p. 137–143.
- Copeland, J. et W. Swift. « Cannabis use disorder: epidemiology and management », *International Review of Psychiatry*, vol. 21, n° 2 (2009), p. 96–103.
- Corliss, H.L., M. Rosario, D. Wypij, S.A. Wylie, A.L. Frazier et S.B. Austin. « Sexual orientation and drug use in a longitudinal cohort study of U.S. adolescents », *Addictive Behaviors*, vol. 35, n° 5 (2010), p. 517–521.



- Crowe MacKay. *Government of Northwest Territories Department of Health and Social Services assessment and review of withdrawal management services*, Yellowknife (T. N.-O.), ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 2014.
- Deacon, R.M., S. Hines, K. Curry, M. Tynan et C.A. Day. « Feasibility of ambulatory withdrawal management delivered in a NSW drug health service and correlates of completion », *Australian Health Review*, vol. 38, n° 2 (2014), p. 186–189.
- Dépendances et santé mentale d'Ontario. *Ontario provincial standards for withdrawal management services: 2014 standards manual*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2014.
- Diaper, A.M., F.D. Law et J.K. Melichar. « Pharmacological strategies for detoxification », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 77, n° 2 (2014), p. 302–314.
- Festinger, D.S., R.J. Lamb, D.B. Marlowe et K.C. Kirby. « From telephone to office: intake attendance as a function of appointment delay », *Addictive Behaviors*, vol. 27, n° 1 (2002), p. 131–137.
- Finnegan, L. *Toxicomanie au Canada : Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Garnick, D.W., M.T. Lee, C. Horgan, A. Acevedo, M. Botticelli, S. Clark, ... et M. Tikoo. « Lessons from five states: public sector use of the Washington Circle performance measures », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 40, n° 3 (2011), p. 241–254.
- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Adolescent withdrawal management guidelines*, Halifax (Nouvelle-Écosse), chez l'auteur, 2013. Consulté sur le site : novascotia.ca/dhw/addictions/documents/Adolescent-Withdrawal-Management-Guidelines.pdf
- Gouvernement de la Saskatchewan. *Detox programming standards*, Regina (Sask.), chez l'auteur, 2012. Consulté sur le site : sken.ca/wp-content/uploads/2014/12/Detox-Programming-Standards.pdf
- Greaves, L. et N. Poole. *Highs and lows: Canadian perspectives on women and substance use*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007.
- Green, C. « Gender and use of substance abuse treatment services », *Alcohol Research & Health*, vol. 29 (2006), p. 55–62.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ont.), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Hakansson, A. et E. Hallen. « Predictors of dropout from inpatient opioid detoxification with buprenorphine: A chart review », *Journal of Addiction*, 2014. Consulté sur le site : www.hindawi.com/journals/jad/2014/965267/
- Haley, S.J., K.L. Dugosh et K.G. Lynch. « Performance contracting to engage detoxification-only patients into continued rehabilitation », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 40, n° 2 (2011), p. 123–131.



- Heberlein, A., L. Leggio, D. Stichtenoth et T. Hillemacher. « The treatment of alcohol and opioid dependence in pregnant women », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 25, n° 6 (2012), p. 559–564.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada, volume un, table analytique*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.
- Ivers, J.H., L. Zgaga, B. Sweeney, E. Keenan, C. Darker, B.P. Smyth et J. Barry. « A naturalistic longitudinal analysis of post-detoxification outcomes in opioid-dependent patients », *Drug and Alcohol Review*, vol. 37, suppl. 1 (2018), p. S339–S347.
- Jesse, S., G. Brathen, M. Ferrara, M. Keindl, E. Ben-Menachem, R. Tanasescu, ... et A.C. Ludolph. « Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management », *Acta Neurologica Scandinavica*, vol. 135, n° 1 (2017), p. 4–16.
- Kassani, A., M. Niazi, J. Hassanzadeh et R. Menati. « Survival analysis of drug abuse relapse in addiction treatment centers », *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, vol. 4, n° 3 (2015), p. e23402.
- Klaman, S.L., K. Isaacs, A. Leopold, J. Perpich, S. Hayashi, J. Vender, ... et H.E. Jones. « Treating women who are pregnant and parenting for opioid use disorder and the concurrent care of their infants and children: Literature review to support national guidance », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 11, n° 3 (2017), p. 178–190.
- LaMarre, A. *Literature review on withdrawal management*, Guelph (Ont.), Institute for Community Engaged Scholarship, 2014.
- Lee, M.T., C.M. Horgan, D.W. Garnick, A. Acevedo, L. Panas, G.A. Ritter, ... et M. Reynolds. « A performance measure for continuity of care after detoxification: relationship with outcomes », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 47, n° 2 (2014), p. 130–139.
- Li, X., H. Sun, D.C. Marsh et A.H. Anis. « Factors associated with seeking readmission among clients admitted to medical withdrawal management », *Substance Abuse*, vol. 29, n° 4 (2008), p. 65–72.
- Li, X., H. Sun, D.C. Marsh et A.H. Anis. « Factors associated with pretreatment and treatment dropouts: comparisons between Aboriginal and non-Aboriginal clients admitted to medical withdrawal management », *Harm Reduction Journal*, vol. 10, n° 1 (2013), p. 38.
- Li, X., H. Sun, A. Puri, D.C. Marsh et A.H. Anis. « Factors associated with pretreatment and treatment dropouts among clients admitted to medical withdrawal management », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 26, n° 3 (2007a), p. 77–85.
- Li, X., H. Sun, A. Puri, D.C. Marsh et A.H. Anis. « Medical withdrawal management in Vancouver: service description and evaluation », *Addictive Behaviors*, vol. 32, n° 5 (2007b), p. 1043–1053.
- Lyons, T., K. Shannon, L. Pierre, W. Small, A. Krüsi et T. Kerr. « A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 10, n° 1 (2015), p. 17–22.
- Mark, T.L., J.D. Dilonardo, M. Chalk et R. Coffey. « Factors associated with the receipt of treatment following detoxification », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 24, n° 4 (2003), p. 299–304.



- Mark, T.L., R. Vandivort-Warren et L.B. Montejano. « Factors affecting detoxification readmission: Analysis of public sector data from three states », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 31, n° 4 (2006), p. 439–445.
- Marshal, M.P., M.S. Friedman, R. Stall, K.M. King, J. Miles, M.A. Gold, ... et J.Q. Morse. « Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review », *Addiction*, vol. 103, n° 4 (2008), p. 546–556.
- Mattick, R.P. et W. Hall. « Are detoxification programmes effective? », *Lancet*, vol. 347, n° 8994 (1996), p. 97–100.
- McLellan, A.T., R.L. Weinstein, Q. Shen, C. Kendig et M. Levine. « Improving continuity of care in a public addiction treatment system with clinical case management », *American Journal of Addiction*, vol. 14, n° 5 (2005), p. 426–440.
- 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 substance, 2017.
- Merkx, M.J., G.M. Schippers, M.W. Koeter, W.A. De Wildt, E. Vedel, A.E. Goudriaan et W. Van Den Brink. « Treatment outcome of alcohol use disorder outpatients with or without medically assisted detoxification », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 75, n° 6 (2014), p. 993–998.
- Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *Provincial guidelines for biopsychosocialspiritual withdrawal management services*, Victoria (C.-B.), chez l’auteur, 2017.
- Muncie, H.L., Y. Yasinian et L. Oge. « Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome », *American Family Physician*, vol. 88, n° 9 (2013), p. 589–595.
- Nielsen, A.S. et B. Nielsen. « Outreach visits improve referral of alcohol dependent patients from psychiatric hospital to continued care. A randomized trial », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 72, n° 4 (2018), p. 303–310.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Residential treatment for drug use in Europe*, Luxembourg, Office des publications de l’Union européenne, 2014.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*, New York (N.Y.), chez l’auteur, 2004.
- Organisation mondiale de la Santé. *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*, Genève (Suisse), chez l’auteur, 2011.
- Pirie, T., S.C. Wallingford, L.A. Di Gioacchino, R.J. McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2013–2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016.
- Redko, C., R.C. Rapp et R.G. Carlson. « Waiting time as a barrier to treatment entry: perceptions of substance users », *Journal of drug issues*, vol. 36, n° 4 (2006), p. 831–852.
- Rush, B.R. *Project technical report 2016-18: development of a needs-based planning model for substance use services and supports in Canada*, manuscrit non publié, 2018.



- Satre, D.D., J.R. Mertens, P.A. Areán et C. Weisner. « Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program », *Addiction*, vol. 99, n° 10 (2004), p. 1286–1297.
- Schrager, S.M., A. Kecojevic, K. Silva, J. Jackson Bloom, E. Iverson et S.E. Lankenau. « Correlates and consequences of opioid misuse among high-risk young adults », *Journal of Addiction*, 2014. Consulté sur le site : www.hindawi.com/journals/jad/2014/156954/
- Sigmon, S.C., K.E. Dunn, K. Saulsgiver, M.E. Patrick, G.J. Badger, S.H. Heil, ... et S.T. Higgins. « A randomized, double-blind evaluation of buprenorphine taper duration in primary prescription opioid abusers », *JAMA Psychiatry*, vol. 70, n° 12 (2013), p. 1347–1354.
- Stein, B.D., J.N. Kogan et M. Sorbero. « Substance abuse detoxification and residential treatment among Medicaid-enrolled adults: rates and duration of subsequent treatment », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 104, n° 1–2 (2009), p. 100–106.
- Stone, R. « Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care », *Health & Justice*, vol. 3, n° 1 (2015), p. 2.
- Timko, C., N.R. Schultz, J. Britt et M.A. Cucciare. « Transition from detoxification to substance use disorder treatment: Facilitators and barriers », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 70 (2016), p. 64–72.
- Tuchman, E. « Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 29, n° 2 (2010), p. 127–138.



Annexes

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

Liste à jour en août 2018

Nom	Organisation
Bowlby, Sandy	Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
Dell, Debra	Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes
Elliot, Daniel	DELTA (Données, évaluation, direction et analyses transformatives)
Evans, Todd	Direction générale de la politique stratégique, Santé Canada
Frescura, Anna-Maria	Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada
Leggett, Sean	Ministère de la Vie saine et des Aînés du Manitoba
MacCon, Karen	DELTA (Données, évaluation, direction et analyses transformatives)
Macknak, Kelsey	Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Maloney-Hall, Bridget (coprésidente)	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Meister, Shawna (coprésidente)	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
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, Pamela	Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Rush, Brian	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Shen, Zhijie	Services de santé de l'Alberta
(temporairement sans représentant)	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada
Urbanoski, Karen (coprésidente)	Université de Victoria
Vadneau, Alana	Gestionnaire, Programmes de santé et gouvernance, Services aux Autochtones Canada
Vivian-Beresford, Ann	Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador
Waites, Sean	Spécialiste en information sur la santé, gouvernement du Nunavut



Annexe B : paramètres et indicateurs pour la collecte de données pour 2015-2016

Les données analysées pour le présent rapport sur la PCS portent sur les indicateurs 1, 3, 5 et 6. Voir l'annexe D pour les indicateurs précis inclus dans ce rapport.

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, y compris les données incluses dans les rapports fournis à l'international par Santé Canada.

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 spécialisé de traitement, classés par catégories : PCS 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 genre, l'âge et la situation résidentielle et classés par catégories : PCS à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe.

Indicateur 7 : Nombre total d'épisodes de service et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par statut d'usage de drogues injectables.

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 de traitement spécialisés, classés par la principale substance à l'origine des demandes de traitement.

Indicateurs 22-33 : Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, selon les substances consommées au cours des 12 derniers mois (stratifié selon l'âge et le genre).

Indicateur 34 : Nombre total d'épisodes dans les services publics spécialisés de traitement, selon la situation d'emploi (stratifié selon l'âge et le genre).

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

Indicateurs 36-47 : Nombre total de bénéficiaires dans les services publics spécialisés de traitement, selon la 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.

Épisode 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 avoir recours 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 PCS 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.

Genre

Le genre fait référence aux caractéristiques socialement déterminées des femmes et des hommes, notamment par les normes, les rôles des femmes et des hommes et les relations entre ces groupes (Organisation mondiale de la Santé, 2011).

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

Services spécialisés

Les services spécialisés ont pour mandat d'offrir des programmes et services de traitement de problèmes liés à l'alcool, à la drogue ou au jeu (ne sont pas inclus les programmes et services qui s'occupent du tabagisme).

Sexe

Le sexe fait référence aux caractéristiques biologiques d'une personne (organes reproducteurs, chromosomes, etc.) et correspond à ce que l'on appelle parfois le « sexe assigné à la naissance » (Organisation mondiale de la Santé, 2011).

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 PCS 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 2015-2016

Comme ce rapport porte sur les services de PCS, les énoncés en italique sont les indicateurs pour lesquels aucune donnée n'est présentée.

Indicateur	Yn	Alb.	Sask	Man	Ont	Î. P.- É.	T.- N.- L.
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	-	✓	✓	-	✓	✓	✓
<i>Nombre total d'épisodes de service (jeu)</i>	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Épisodes de service des non-résidents (jeu)</i>	-	✓	✓	✓	-	-	✓
<i>Épisodes de service pour son propre trouble (jeu)</i>	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Épisodes de service pour le trouble d'un ami ou d'un membre de la famille (jeu)</i>	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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, à l'exclusion du traitement pour usage d'alcool	-	✓	✓	-	✓	✓	✓
<i>Nombre total de bénéficiaires ayant recours au traitement (jeu)</i>	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Non-résidents ayant recours au traitement (jeu)</i>	-	✓	✓	✓	-	-	✓
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement pour leur propre problème de jeu</i>	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement pour le problème de jeu d'un ami ou d'un membre de la famille</i>	-	✓	✓	✓	✓	-	✓
<i>Nombre de nouveaux bénéficiaires ayant recours au traitement (jeu)</i>	-	✓	-	✓	✓	-	✓
Épisodes de service, selon la catégorie de traitement (PCSI, PCSE, TI, TE)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bénéficiaires, selon la catégorie de traitement (PCSI, PCSE, TI, TE)	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Épisodes de traitement, selon le genre	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Épisodes de service, selon la situation résidentielle</i>	-	✓	-	-	✓	-	✓



Indicateur	Yn	Alb.	Sask	Man	Ont	Î. P.- É.	T.- N.- L.
Épisodes de service, selon l'âge	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon le genre	--	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon la situation résidentielle</i>	--	✓	--	--	✓	--	✓
Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon l'âge	--	✓	✓	--	✓	✓	✓
<i>Épisodes de service pour une consommation de drogues injectables, selon le genre</i>	--	✓	--	✓	✓	--	--
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement pour une consommation de drogues injectables, selon le genre</i>	--	✓	--	✓	✓	--	--
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement de substitution aux opioïdes, selon le genre</i>	--	✓	--	✓	✓	✓	✓
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement de substitution aux opioïdes, selon l'âge</i>	--	✓	--	✓	✓	✓	✓
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement à la méthadone, selon le genre</i>	--	--	--	--	--	--	--
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement à la méthadone, selon l'âge</i>	--	--	--	--	--	--	--
<i>Bénéficiaires participant à des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies</i>	--	--	--	✓	--	--	✓
<i>Bénéficiaires participant à des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies, selon le genre</i>	--	--	--	✓	--	--	✓
<i>Bénéficiaires participant à des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies, selon l'âge</i>	--	--	--	✓	--	--	✓
<i>Principale substance à l'origine des demandes de traitement</i>	--	--	--	--	✓	✓	--
<i>Principale substance à l'origine des demandes de traitement, selon le genre</i>	--	--	--	--	✓	✓	--
<i>Principale substance à l'origine des demandes de traitement, selon l'âge</i>	--	--	--	--	✓	✓	--
<i>Substances consommées au cours des 12 derniers mois</i>	--	✓	✓	--	✓	✓	--
<i>Substances consommées au cours des 12 derniers mois, selon le genre</i>	--	✓	✓	--	✓	✓	--
<i>Substances consommées au cours des 12 derniers mois, selon l'âge</i>	--	✓	✓	--	✓	✓	--
<i>Épisodes de service, selon la situation d'emploi</i>	--	✓	✓	--	✓	✓	--
<i>Bénéficiaires ayant recours au traitement, selon la situation d'emploi</i>	--	✓	--	--	✓	✓	--



Annexe E : codes diagnostiques de la CIM-10-CA et du DSM-IV-TR

Liste des codes diagnostiques utilisés pour définir les hospitalisations pour PCS.

Système de classification	Code	Description
CIM-10-CA	F10.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage
	F10.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de sevrage avec delirium
	F11.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de sevrage
	F11.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de sevrage avec delirium
	F12.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de sevrage
	F12.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de sevrage avec delirium
	F13.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de sevrage
	F13.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de sevrage avec delirium
	F14.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de sevrage
	F14.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de sevrage avec delirium
	F15.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, syndrome de sevrage
	F15.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, syndrome de sevrage avec delirium
	F16.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, syndrome de sevrage
	F16.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, syndrome de sevrage avec delirium
	F18.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, syndrome de sevrage
	F18.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils, syndrome de sevrage avec delirium
	F19.3	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, syndrome de sevrage
	F19.4	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, syndrome de sevrage avec delirium
	DSM-IV-TR	291.0
291.81		Sevrage alcoolique



292.0	Sevrage à l'amphétamine, à la cocaïne, aux opiacés, aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, ou à une substance autre (ou inconnue)
292.81	Delirium par intoxication à l'amphétamine, au cannabis, par la cocaïne, aux hallucinogènes, par des solvants volatils, aux opiacés ou à la phencyclidine, ou delirium par intoxication aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, ou delirium induit par une substance autre (ou inconnue)