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

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

www.cclt.ca • www.ccsa.ca

Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2011–2012

31 janvier 2014

Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2011–2012

31 janvier 2014

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

Citation proposée : Pirie, T., R. Jesseman, L. Di Gioacchino et le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2011–2012,* Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.

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

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

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

This document is also available in English under the title:

National Treatment Indicators Report: 2011–2012 Data

ISBN 978-1-77178-065-0

Résumé

Contexte

La toxicomanie représente un problème important sur les plans socioéconomique et de la santé au Canada. L'un des moyens d'alléger le fardeau de la toxicomanie est le recours aux traitements fondés sur des données probantes. L'adoption d'une telle approche exige des données fiables pour orienter les décisions ainsi que la planification efficace du système et des services.

En 2012, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a indiqué que 4,4 % des Canadiens satisfont aux critères de troubles liés à la consommation d'une substance. Pourtant, selon les données recueillies dans le cadre du projet des indicateurs nationaux de traitement (INT), seulement 151 000 Canadiens ont recours à des services publics de traitement. Ce nombre représente environ 0,4 % des Canadiens de 15 ans et plus (en 2011)[1]. Cet écart entre le nombre de Canadiens avec des problèmes de toxicomanie et ceux qui ont recours à des services de traitement donne à penser qu'un nombre considérable de personnes qui pourraient bénéficier de ces services n'y accèdent pas.

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

Objectif et contribution du projet

Le projet des INT a été conçu en vue de recueillir des données cohérentes entre les autorités administratives pour combler ces lacunes en matière d'information et afin d'aider à améliorer la qualité, la portée et l'accessibilité du système de traitement. L'information sur les traitements dans le rapport sur les INT s'adresse à des chercheurs, à des analystes, à des dirigeants, à des décideurs et à des conseillers désirant appuyer la planification et la mise en œuvre du système et des services, ainsi que les communications.

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

- présentent le premier tableau pancanadien sur l'utilisation du système de traitement grâce aux indicateurs communs en fonction desquels elles ont été recueillies;
- fournissent une source d'information centrale et accessible qui permet aux intervenants, qu'ils œuvrent ou non dans le domaine de la toxicomanie, de prendre connaissance des données actuelles sur le système de traitement national;
- établissent la capacité du Canada à fournir de l'information fiable et utile sur les services de traitement de la toxicomanie pour appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes à l'échelle régionale, provinciale, territoriale et nationale;

[1] Statistique Canada. *Population par année, par province et territoire*, 2013. Consulté à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo02a-fra.htm

- facilitent la collaboration et l'échange de connaissances entre le Canada, d'autres pays et les organismes internationaux en offrant une source de données centrale à l'échelle nationale.

Limites

Il est important de souligner que le rapport sur les INT rend compte exclusivement de données provenant de services publics de traitement extrahospitaliers et ne comprend donc pas de renseignements issus de sources comme les hôpitaux, les centres privés de traitement spécialisé, les soutiens communautaires (p. ex., Alcooliques Anonymes) ou les services de soins primaires (p. ex., ceux offerts par les médecins de famille). En raison des différentes méthodes de collecte de données et de présentation de rapport, une comparaison directe entre les autorités administratives est à éviter.

Résultats

Ce troisième rapport sur les INT fournit des données provenant de huit provinces, d'un territoire, d'une association provinciale et d'un organisme fédéral pour l'exercice financier 2011–2012. Sa portée a été élargie afin qu'il comporte deux nouveaux indicateurs liés aux clients : consommation de drogues dans l'année précédente et situation d'emploi au moment du traitement. L'ajout de la consommation de drogues dans l'année précédente permet de lier les données sur les services de traitement aux conclusions d'autres rapports nationaux, comme l'ESCCAD, de même qu'à des renseignements obtenus de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

En outre, ce troisième rapport permet pour une première fois l'analyse des tendances observées dans les données de 2009–2010 à 2011–2012. Les résultats montrent que les tendances en matière d'utilisation des services varient grandement au Canada : l'Alberta, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et la Terre-Neuve-et-Labrador font état d'une diminution du nombre de bénéficiaires, et l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et le Manitoba, d'une augmentation. Le ratio d'épisodes par bénéficiaire est toutefois resté sensiblement uniforme dans la majorité du pays, ce qui indique que les parcours de services des bénéficiaires sont demeurés relativement stables.

Principales conclusions

- Environ 151 074 personnes (0,4 % de la population en 2011) ont eu accès à des services publics de traitement de la toxicomanie au cours de l'exercice financier 2011–2012 au Canada. Il s'agit ici d'une estimation prudente puisque les centres privés de traitement spécialisé, les hôpitaux et les soutiens communautaires ne sont pas inclus.
- Au cours des 12 derniers mois, la substance la plus couramment consommée par les bénéficiaires des services de traitement a été l'alcool, le cannabis arrivant deuxième.
- Comparativement aux personnes de 35 ans et plus, les personnes de 34 ans et moins sont plus susceptibles d'avoir consommé du cannabis, des stimulants ou des hallucinogènes au cours des 12 derniers mois.
- Les personnes sans domicile fixe représentent jusqu'à 35 % des épisodes de traitement à l'interne.
- Jusqu'à 12 % des **bénéficiaires uniques** de services de traitement de la toxicomanie et jusqu'à 22 % des **bénéficiaires uniques** de services de traitement des problèmes de jeu ont eu accès à des traitements en raison de la toxicomanie d'une autre personne (p. ex., ils ont accompagné un membre de la famille ou un ami à son traitement ou ont eux-mêmes demandé de l'aide pour

mieux faire face au problème d'un ami ou d'un membre de la famille). Ce taux demeure stable depuis 2009–2010.

- Dans presque toutes les autorités administratives, les bénéficiaires accèdent en moyenne aux services de traitement plus d'une fois ou accèdent à plus d'un type de traitement au cours d'une année donnée[2].
- Dans la plupart des autorités administratives, les nouveaux clients représentent la majorité des bénéficiaires de services de traitement de la toxicomanie.
- Le traitement à l'externe a été le service le plus couramment utilisé sur le plan du nombre d'épisodes et du nombre de bénéficiaires uniques.
- Les hommes représentent la plus grande proportion des *épisodes* dans toutes les catégories de services de toxicomanie et dans toutes les autorités administratives, à l'exception du traitement à l'interne et à l'externe au Yukon. Ils constituent également la majorité des *bénéficiaires,* tous types de services de traitement confondus.
- Les jeunes (de 15 à 24 ans) représentent une proportion considérable (de 15 % à 45 %) des épisodes de traitement.
- Dans quatre des six autorités administratives ayant présenté des données, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de déclarer avoir consommé des drogues injectables au cours des 12 mois précédents.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, en Ontario, au Manitoba et en Alberta, les hommes représentent la majorité des épisodes de traitement de la dépendance aux opioïdes, tandis qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir recours à des programmes publics de substitution aux opioïdes.

Les données sur les INT démontrent que la toxicomanie entraîne de graves conséquences qui ne se limitent pas à la personne qui consomme les drogues. Par exemple, en 2011–2012, plus de 10 % des épisodes de traitement concernaient des personnes ayant demandé de l'aide pour le problème de toxicomanie d'un membre de la famille ou d'un ami proche. Cela souligne la nécessité pour les services de traitement d'élaborer des approches visant à intégrer les êtres chers au processus.

Le rapport sur les INT de 2011–2012 est le premier rapport où des données concernant la consommation de drogues dans l'année précédente sont recueillies. Les données indiquent que le profil de consommation de drogues de la population prise en compte dans le cadre du projet est semblable à celui de l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, en 2011, l'alcool et le cannabis étaient les deux substances les plus couramment consommées par les Canadiens de 15 ans et plus. Cette conclusion est étayée par les données sur les INT de 2011–2012 concernant la consommation de drogues dans l'année précédente, lesquelles indiquent que ces deux substances ont dans de nombreuses provinces été les drogues les plus couramment consommées dans la dernière année.

Autre similitude entre la population du projet des INT et l'ensemble de la population : dans presque toutes les autorités administratives, plus d'hommes que de femmes ont autodéclaré avoir consommé de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne, des hallucinogènes, des somnifères et des sédatifs. On a constaté d'autres différences selon le sexe dans la consommation de drogues injectables et le recours aux services de traitement de la dépendance aux opioïdes.

[2] L'Île-du-Prince-Édouard et le Service correctionnel du Canada font exception.

Conclusions et prochaines étapes

Le présent rapport fournit de nouveaux renseignements sur l'utilisation des services publics de traitement de la toxicomanie et des problèmes de jeu au Canada. Il met en lumière les habitudes et tendances courantes en matière d'utilisation des services de traitement et dresse un portrait des caractéristiques démographiques des personnes qui ont accès à ces services.

Les données sur les INT indiquent qu'un éventail de personnes – p. ex., hommes, femmes, jeunes, aînés, personnes employées, chômeurs – aux profils de toxicomanie variés ou qui suivent un traitement pour faire face au problème d'un proche ont accès aux services publics de traitement. Les conclusions prouvent la nécessité d'offrir une vaste gamme de services de traitement ciblant les besoins et caractéristiques uniques des personnes qui y accèdent : services en fonction du sexe ou en fonction de l'âge, aide au logement et à l'emploi, services à la famille, services qui répondent aux différents profils de consommation (p. ex., alcool, stimulants, médicaments, polytoxicomanies), etc.

Les taux élevés de chômeurs et de personnes sans domicile fixe indiquent également l'importance d'intégrer l'aide à l'emploi et au logement à une approche de traitement complète.

Par ailleurs, une proportion considérable de Canadiens qui pourraient bénéficier de services publics de traitement n'y ont pas recours. Pour mieux comprendre l'écart entre les besoins et l'utilisation des services, le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT), responsable du projet des INT, a établi un lien avec un projet de planification fondée sur les besoins (PFB) mené par le Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Université du Québec. Ensemble, ces deux projets apporteront des renseignements nécessaires à une planification systémique fondée sur des données probantes. À l'avenir, le GTINT espère également élargir la collecte de données à plus de fournisseurs de services (p. ex., services et soutiens en milieu communautaire et hospitalier) dans le but de recueillir des données reflétant mieux le continuum complet des services offerts au Canada.

L'amélioration de l'information fournie au cours des années et l'apport de ressources supplémentaires permettront d'atteindre le but du projet des INT : la production d'un tableau exhaustif sur l'utilisation des services en vue d'orienter l'élaboration de politiques, l'allocation de ressources et la mise en œuvre de services de traitement de la toxicomanie au Canada, ce qui aidera à accroître la qualité, la portée et l'accessibilité globales des services et soutiens au Canada.

Table des matières

Résumé 1
Liste d'acronymes 1
Introduction 3
Contexte administratif : aider à dresser un portrait national et international 6
Méthodologie 7
Résultats 10
Conclusions 25
Prochaines étapes 26
Références 27
Annexe A : Membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement 28
Annexe B : Indicateurs feux vert, jaune et rouge 29
Annexe C : Définitions 31
Annexe D : Administration des systèmes et collecte de données 34
Annexe E : Tableaux de données 37

Liste d'acronymes

Général

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

Organisations et autorités administratives canadiennes

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

Collecte de données au Canada

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

Introduction

La toxicomanie représente un problème important sur les plans socioéconomique et de la santé au Canada. En 2012, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a révélé qu'environ 4,4 % des Canadiens de 15 ans et plus satisfont aux critères de troubles liés à la toxicomanie. La toxicomanie contribue aussi grandement à des maladies comme le cancer, le VIH/sida, les maladies cardiovasculaires et le diabète, ce qui alourdit le fardeau imposé à des systèmes de santé déjà débordés.

Selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) de 2011, près de 10 % des Canadiens de 15 ans et plus ont déjà pris une drogue illicite. De ce nombre, 17,6 % ont subi des méfaits en raison de cette consommation (Santé Canada, 2012). De plus, la majorité (78 %) des Canadiens ont dit avoir bu de l'alcool au cours de la dernière année et, parmi ces buveurs, 18,7 % ont dépassé les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*[3] de façon à augmenter leur risque d'effets chroniques, et 13,1 %, de façon à augmenter leur risque d'effets aigus (Santé Canada, 2012).

L'un des moyens de réduire les risques et les méfaits associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues est de faire en sorte que les Canadiens aient accès à un système complet de services et de soutiens efficaces fondés sur des données probantes. À cette fin, il est nécessaire d'adopter une approche stratégique. Or, l'approche usuelle se limite souvent au renouvellement des allocations existantes ou à une réponse à des appels à l'action publique ou politique (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008).

Recueillir des données de meilleure qualité de façon plus systématique permettra de :

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

[3] Les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* sont accessibles à l'adresse www.cclt.ca

Le projet des indicateurs nationaux de traitement (INT) a été mis en place pour répondre au besoin d'obtenir de meilleures données. Il s'agit d'une série de mesures qui, pour la première fois, permettent de recueillir des données sur le système de traitement en fonction de catégories communes dans tout le pays[4]. Le rapport sur les INT est la seule source de renseignements accessibles publiquement concernant les centres publics de traitement du Canada. Il illustre le type de données sur les traitements actuellement recueillies et aide à cerner les lacunes dans les renseignements. Il permet également de déterminer si le système de traitement évolue de pair avec les dernières tendances et le savoir dans le domaine.

Le rapport s'adresse à un vaste public, notamment à des chercheurs, à des analystes, à des dirigeants, à des décideurs et à des conseillers qui ont besoin d'information pour appuyer la planification et la mise en œuvre des services ainsi que les communications. Les composantes du rapport présentent divers niveaux de précisions afin de répondre aux besoins des différents groupes concernés.

Indicateurs nationaux de traitement

S'appuyant sur des travaux réalisés par l'Institut canadien d'information sur la santé (2001), le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) (Thomas, 2005) et le Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement (2008) pour cerner les lacunes entre les renseignements nécessaires au bon suivi du système canadien de traitement et les renseignements dont nous disposons actuellement, le projet des INT vise à fournir un portrait complet du recours aux services de traitement de la toxicomanie au Canada.

Le projet est dirigé par le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT), qui a été formé en 2009 et qui regroupe des représentants des 10 provinces, d'un territoire (Yukon), des ministères et organismes fédéraux assumant une responsabilité dans la prestation des traitements et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le GTINT entend continuer à élargir sa composition afin d'avoir des représentants de tout le Canada. (La liste des membres du GTINT est disponible à l'annexe A.)

Jusqu'à ce jour, le projet des INT a été financé par le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) de Santé Canada. Compte tenu des capacités de collecte et de surveillance de données facilitées par la participation au projet, les partenaires se sont prononcés en faveur de la poursuite du projet au-delà de la période de financement actuelle. La continuité sera également rendue possible grâce :

- à une capacité accrue de collecte de données à l'échelle provinciale et territoriale, souvent au moyen du financement par le PSFTT;
- à des processus établis pour produire des données cadrant avec les protocoles de collecte des INT;
- à un nouvel outil Web de collecte de données qui réduira le temps devant être consacré à la présentation des données;
- aux possibilités de financement potentiel, y compris le renouvellement du financement du PSFTT de 2014 à 2018.

[4] Des renseignements sur la dépendance au jeu sont également fournis lorsqu'ils sont facilement accessibles.

Progrès réalisés

Le projet des INT a grandement évolué depuis sa création en 2009. Publié en mars 2012, le premier rapport du projet présentait les données sur neuf indicateurs de l'exercice financier 2009–2010 de six provinces (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Saskatchewan et Alberta), d'une organisation québécoise (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec) et d'un organisme fédéral (Service correctionnel du Canada). Le deuxième rapport comportait des données sur les mêmes neuf indicateurs, mais accueillait deux provinces (Terre-Neuve-et-Labrador et Manitoba) et un territoire (Yukon) supplémentaires; il se rapprochait ainsi de la représentation nationale complète. En outre, ce rapport a fourni plus de données sur la participation aux programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies. Le présent rapport (le troisième) comprend des données tirées des mêmes sources qu'au deuxième rapport, mais sa portée a été élargie en ajoutant deux indicateurs supplémentaires, notamment la consommation de drogues des clients dans l'année précédente et leur situation d'emploi au moment du traitement.

Dans le présent rapport, le terme autorités administratives fait référence aux autorités provinciales, territoriales, fédérales, ainsi qu'aux autorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis assumant une responsabilité dans les systèmes de traitement de la toxicomanie.

Le projet des INT figure en outre sur le site Web d'Approche systémique (www.nts-snt.ca), site qui fournit de l'information systémique sur l'ensemble des provinces et territoires canadiens, en plus de proposer des dossiers, des guides sur la gestion du changement, des outils de planification et des gabarits visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et la gamme des services et soutiens en toxicomanie.

La voie à suivre

S'appuyant sur les progrès réalisés jusqu'à maintenant, le GTINT poursuit un but à long terme, soit élargir la collecte de données et fournir un tableau national véritablement exhaustif permettant de mieux tenir compte des besoins en matière de planification du système. Cela inclut les éléments suivants :

- données provenant de tous les organismes provinciaux, territoriaux et nationaux assumant une responsabilité quant à la prestation de services en toxicomanie;
- données sur les services fournis dans les établissements hospitaliers;
- données sur les services non spécialisés offerts par la communauté et des partenaires du secteur privé;
- données sur une plus grande série d'indicateurs (voir les annexes B et C).

Contexte administratif : aider à dresser un portrait national et international

Au Canada, l'administration et la prestation de services de soins de santé relèvent de chaque province ou territoire, et sont guidées par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et les territoires financent ces services avec l'aide du gouvernement fédéral. Le traitement des problèmes de consommation et de jeu est compris dans l'ensemble des services de soins de santé. Certains organismes fédéraux offrent aussi des traitements à des populations particulières, comme le Service correctionnel du Canada dans le cas des détenus sous responsabilité fédérale; Anciens Combattants Canada dans le cas des vétérans, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada; et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, qui finance le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

Les autorités administratives ont la possibilité d'adapter leur système de santé afin de mieux répondre aux besoins particuliers de leur population. Toutefois, une telle autonomie donne lieu à de nombreuses différences entre les autorités administratives quant à la façon dont les services sont financés et offerts, et cela a une incidence sur l'étendue des options de traitement offertes à la grandeur du pays. Par exemple, les provinces et les territoires peuvent conclure des contrats de service avec les régies régionales de la santé ou directement avec des organismes de services. Les systèmes de traitement de la consommation sont parfois complètement distincts des systèmes de santé mentale, y sont pleinement intégrés ou se trouvent quelque part entre les deux. Bien que toutes les autorités administratives recueillent des renseignements dans une optique de suivi des activités et d'efficacité, la nature et la complexité de ces efforts varient considérablement. En raison de ces variations, il est souvent impossible de comparer les données recueillies d'une autorité à l'autre, mais lorsque celles-ci sont regroupées, elles commencent à former un tableau pancanadien sur le recours au traitement de la toxicomanie qui peut orienter la planification et la mise sur pied d'un système ainsi que l'allocation de ressources.

Le Canada a également des responsabilités de présentation de rapports à l'international. En effet, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) exigent tous la production de rapports de façon annuelle ou semestrielle. Les rapports produits par ces organisations présentent tous des données nationales sur le traitement. La plupart des renseignements fournis par le Canada sur les services de traitement des problèmes de consommation sont fondés sur des données partielles issues de certains territoires et provinces seulement, ou des estimations obtenues par l'extrapolation des données d'un petit nombre de territoires à l'échelle du pays. En renforçant la capacité du Canada à diffuser à l'échelle internationale des renseignements significatifs et fiables sur les services de traitement de la toxicomanie offerts au pays, le projet des INT facilite la collaboration et l'échange de connaissances entre le Canada, d'autres pays et les organismes internationaux.

Méthodologie

Le présent rapport fournit de l'information descriptive, au niveau des autorités administratives, sur les services de traitement offerts au Canada, en présentant de l'information telle que le nombre de personnes ayant accès à des traitements spécialisés financés à même les fonds publics et les caractéristiques démographiques de ces personnes (p. ex., l'âge et le sexe). Les indicateurs de traitement ont été définis par le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT) en fonction de l'information déjà recueillie au niveau des autorités administratives. Cette première série d'indicateurs (appelés indicateurs « feu vert ») fournit le point de départ central des rapports sur les INT. Le GTINT a aussi défini des indicateurs « feu jaune » et des indicateurs « feu rouge » dans l'intention d'élargir la capacité de collecte de données au fil du temps pour continuellement améliorer l'information disponible sur les services et les soutiens en toxicomanie au Canada. (Pour en savoir plus sur les indicateurs, voir l'annexe B.) Des renseignements sur la dépendance au jeu sont également fournis lorsqu'ils sont facilement accessibles[5].

Indicateurs « feu vert »

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

[5] Pour de nombreuses autorités administratives, les services de traitement des problèmes de consommation et de jeu relèvent de la même enveloppe administrative. Le GTINT a convenu de présenter séparément les données relatives au jeu (lorsque disponibles) à titre d'information, mais de conserver l'accent sur la consommation, conformément aux objectifs et aux modalités de financement du projet. Grand nombre d'autres initiatives axées exclusivement sur le jeu présentent des données et des interprétations qui vont au-delà de la portée du présent rapport.

Les données présentées dans les rapports sur les INT sont le résultat d'un processus en plusieurs étapes. D'abord, les fournisseurs de services entrent les données concernant le client, lesquelles sont ensuite soumises à l'échelle régionale ou provinciale, selon les exigences en matière de déclaration. Puis, les données sont analysées à l'échelle provinciale selon les définitions et les protocoles de collecte des données établis par le CCLT en consultation avec le GTINT[6]. Ensuite, les données sont saisies dans des modèles de collecte et soumises au CCLT par les membres du GTINT. (Toute l'information fournie au CCLT et contenue dans le rapport est présentée au niveau agrégé et non au niveau des dossiers individuels.) Enfin, le CCLT analyse les données et produit le rapport en consultation étroite avec le GTINT.

Collecte de données dans les autorités administratives

Le présent rapport contient des données provenant de huit provinces, d'un territoire, d'une association provinciale et d'un organisme fédéral pour l'exercice financier 2011–2012. Plus précisément, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta ont fourni les données sur les services à l'échelle provinciale; le Yukon, les données à l'échelle territoriales; le Service correctionnel du Canada (SCC), des données sur les détenus sous responsabilité fédérale; et l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), des données sur les programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies au Québec.

Un éventail de systèmes, méthodes et processus sont actuellement utilisés pour recueillir de l'information sur les services de traitement au Canada. De manière générale, une quantité importante de renseignements sur les services et les clients est recueillie au cours du dépistage et du processus d'évaluation ou d'admission. Dans la plupart des provinces et territoires, les régies régionales de la santé gèrent la collecte de ces renseignements et fournissent ensuite un résumé au ministère de la Santé provincial ou à d'autres organismes de financement ou de surveillance. Toutefois, le financement du traitement des problèmes de consommation est parfois offert par une seule enveloppe, sans aucune responsabilisation des services individuels. Les exigences relatives aux données soumises aux bailleurs de fonds peuvent varier. D'une province à l'autre, il y a un certain nombre de différences en ce qui concerne la qualité et la quantité des renseignements recueillis, le format dans lequel l'information est consignée, ainsi que sa disponibilité. L'annexe D fournit un résumé des systèmes de collecte de données en place au Canada, ainsi que de l'information sur leur contexte administratif (notamment la structure de prestation des services et le ministère provincial responsable).

Limites

La création d'une liste d'indicateurs communs de base pose de nombreux défis. Par conséquent, il y a plusieurs limites aux données actuelles, limites qui sont signalées dans les explications et les notes de bas de page de ce rapport. Ces limites signifient qu'il est souvent impossible de comparer les données recueillies d'une autorité à l'autre. Heureusement, on prévoit que ces limites s'estomperont avec le temps, à mesure que la capacité de collecte de données sera renforcée et que les autorités administratives trouveront de nouvelles méthodes de communication de l'information correspondant aux protocoles de collecte des INT. À ce stade-ci, en examinant les données, on devrait tenir compte des limites suivantes :

[6] Il est possible d'obtenir les protocoles de collecte de données en les demandant au CCLT. Veuillez consulter l'annexe C pour en savoir plus sur le processus de collecte de données.

- **Services inclus :** Les données ne représentent que les services financés par le secteur public et les services spécialisés. Les données relatives aux traitements privés[7] et à la désintoxication rapide ne sont pas incluses. Par ailleurs, de nombreux clients souffrant de problèmes de toxicomanie sont également atteints d'une multitude d'autres problèmes de santé qui pourraient expliquer leur contact avec le système de soins de santé; le traitement des problèmes de toxicomanie dans le contexte des soins primaires ou des hôpitaux n'est pas considéré ici. À mesure que le projet des INT progressera, le CCLT espère communiquer avec d'autres fournisseurs de services pour recueillir des données plus complètes reflétant le continuum complet des services de traitement de la toxicomanie offerts au Canada.
- **Participation des autorités administratives :** Ce rapport repose sur les données soumises par 10 autorités administratives sur une possibilité de 16 au Canada. Certaines n'ont pu participer pour des raisons de capacité, tandis que d'autres s'affairaient toujours à conclure des ententes de partage des données. Le CCLT et le GTINT continueront de collaborer avec toutes les autorités dans le but d'augmenter le dépôt de données au cours des années à venir.
- **Fiabilité :** L'exactitude des données agrégées dépend de l'exactitude et de la cohérence des données sur les cas individuels relevées en première ligne. Dans plusieurs provinces et territoires, les systèmes de collecte de données diffèrent selon les régions, ce qui donne lieu à des incohérences dans les définitions et les pratiques d'entrée de données. La capacité de collecte de données à l'échelle des services est en cours de renforcement, ce qui permettra d'accroître la cohérence dans les futurs rapports.
- **Définitions des services :** La collecte de renseignements cohérents repose sur l'utilisation d'un ensemble de définitions normalisé. Cependant, les modèles de prestation de services varient considérablement au Canada. Au fil de l'évolution du projet, les définitions des indicateurs de base pourront être revues pour s'assurer qu'elles sont représentatives de ce qui se passe sur le terrain.
- **Variation administrative :** De petites différences dans la façon dont les dossiers sont consignés peuvent se traduire en des variations considérables lorsque les données sont agrégées. Par exemple, certaines autorités considèrent qu'un dossier est « ouvert » dès le premier contact, tandis que d'autres attendent l'admission officielle au traitement.
- **Comparabilité :** Ces limites signifient que même si toutes les autorités administratives utilisent des protocoles identiques pour la collecte de données, il n'est pas encore possible de comparer les données recueillies par chaque autorité.

[7] Les fournisseurs de traitements financés par le secteur privé fonctionnent de façon indépendante et ne sont pas tenus de fournir des données aux autorités administratives ou à toute autorité fédérale.

Résultats

Le présent rapport contient de l'information sur 11 indicateurs concernant les services de traitement de la consommation et des problèmes de jeu, pour l'exercice financier 2011–2012. Les données ont été présentées par 10 autorités administratives (Yukon, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard et Service correctionnel du Canada). En raison des limites mentionnées dans la section précédente, **elles ne devraient pas être comparées entre les autorités administratives**.

Les cases vides dans les tableaux indiquent que les autorités administratives concernées n'étaient pas en mesure de fournir des données. La mention « s/o » dans une cellule indique que le point de données ne s'applique pas (p. ex., la catégorie de traitement n'est pas offerte au sein de l'autorité). Les astérisques indiquent que les nombres ont été supprimés (c.-à-d., les données représentant moins de cinq bénéficiaires dans la plupart des autorités administratives ou moins de dix bénéficiaires pour le Nouveau-Brunswick). La suppression de certaines données vise à empêcher que des personnes dont les données ont été agrégées puissent être identifiées en raison de caractéristiques uniques ou de l'accès aux services. Les autorités administratives qui n'ont pas pu fournir de renseignements pour un indicateur particulier ont été omises du tableau.

Ces résultats devraient également être interprétés en tenant compte que le nombre de personnes qui reçoivent des services de traitement de la toxicomanie et de problèmes de jeu résulte d'une combinaison de nombreux facteurs et ne représente pas une mesure précise des besoins dans la population. Les facteurs ayant une influence sur les données relatives aux services comprennent l'incidence d'un problème donné dans la population, la structure, la disponibilité et l'accessibilité des services au sein du système, ainsi que divers autres facteurs relatifs à la santé ou d'ordre social. Par exemple, une campagne antistigmatisation très médiatisée pour les jeunes ayant des problèmes de toxicomanie pourrait se traduire par une augmentation des aiguillages et des taux de traitement dans une autorité administrative donnée, bien qu'il n'y ait eu aucun changement dans le taux réel de consommation et des méfaits connexes.

Épisode : L'épisode correspond à une admission dans un service de traitement donné. Une personne peut, au cours d'une même année, accéder soit à plusieurs services, soit à un même service plus d'une fois, et connaître ainsi de nombreux épisodes.

Bénéficiaire unique : Le bénéficiaire unique correspond à une seule personne, mais qui peut connaître plusieurs épisodes de traitement au cours d'une année.

Les résultats comprennent aussi le ratio de bénéficiaires par épisodes et tiennent compte du fait qu'une personne peut avoir eu plusieurs épisodes au cours d'une année. Toutefois, le ratio indique une moyenne qui peut être influencée par les variations dans la façon dont un épisode est mesuré par les différentes autorités administratives[8] ou par un petit nombre de personnes ayant vécu un nombre élevé d'épisodes.

[8] Certains systèmes considèrent l'accès à une nouvelle composante du service ou à une nouvelle catégorie de services comme un nouvel épisode, alors que d'autres appliquent la désignation « nouvel épisode » à l'accès au système de traitement dans son ensemble. Le GTINT veut résoudre ce manque d'uniformité pour ses prochains rapports.

Indicateur 1

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

Indicateur 2

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

Les indicateurs 1 et 2 sont présentés ensemble à des fins de concision. Ils donnent de l'information sur le nombre total d'épisodes de traitement spécialisé de la consommation de substances et des problèmes de jeu, respectivement, dans une autorité donnée, pour l'exercice 2011–2012.

Le tableau 1 fournit des renseignements sur le nombre total d'épisodes de traitement de la consommation de substances (c.-à-d. prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe) et des problèmes de jeu dans une autorité donnée, pour l'exercice 2011–2012. Il indique également si une autorité administrative a connu une augmentation ou une diminution du nombre total d'épisodes de traitement depuis la première année où elle a présenté des données. Bien que ce nombre ait augmenté pour la majorité (60 %) des autorités administratives, il a diminué de 12,2 % en Nouvelle-Écosse et de 24,1 % pour le SCC de 2009–2010 à 2011–2012. La Saskatchewan a connu une hausse de 6,4 % de 2009–2010 à 2011–2012, et le Yukon, de 71,5 % de 2010-2011 à 2011–2012.

Tableau 1. Épisodes de traitement pour la consommation de substances et le jeu, 2011–2012[9]

Autorité administrative	Consommation de substances			Jeu	
	nbre	nbre/100 000	Différence[10]	nbre	nbre/100 000
Terre-Neuve-et-Labrador	2 895	564	↓ 43	187	36
Île-du-Prince-Édouard	3 161	2 170	↓ 100	22	15
Nouvelle-Écosse	12 935	1 364	↓ 1 792	289	30
Nouveau-Brunswick	9 138	1 210	↑ 13	438	58
Ontario	109 464	819	↑ 1 711	5 947	44
Manitoba * #	17 278	1 380	↑ 148	696	56
Saskatchewan	21 489	2 031	↑ 1 300	338	32
Alberta	52 709	1 395	↑ 72	2 240	59
Yukon	5 060	14 294	↑ 2 109	s/o	s/o
SCC ¶	2 064	8 913	↓ 655	s/o	s/o

Le tableau 2 compare le nombre total d'épisodes de traitement de la consommation de substances et des problèmes de jeu des bénéficiaires qui ont demandé un traitement pour eux-mêmes et de ceux qui en ont demandé un au vu de la situation d'un membre de leur famille. Les données

[9] Les taux pour 100 000 habitants ont été calculés à partir des données de Statistique Canada sur les populations approximatives de chaque province et territoire pour l'année 2011 (consulté à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo02a-fra.htm). Pour ce qui est du SCC, les données concernant la population totale ont été tirées du document *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* de 2012 (consulté à l'adresse http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/2012-ccrs/index-fra.aspx).

[10] Les différences peuvent provenir de changements apportés à la collecte de données ou à la présentation des données et ne représentent pas nécessairement une réelle augmentation ou diminution dans une autorité administrative donnée.

indiquent qu'en 2011–2012, jusqu'à 10 % des épisodes de traitement de la toxicomanie et jusqu'à 21 % des épisodes de traitement des problèmes de jeu concernaient des personnes qui accompagnaient un membre de la famille ou un ami à son traitement ou qui avaient elles-mêmes demandé de l'aide pour mieux faire face au problème d'un ami ou d'un membre de la famille. Cette conclusion est conforme aux rapports sur les INT précédents et prouve que les toxicomanes et les joueurs compulsifs ne sont pas seuls à souffrir de leur problème. Elle démontre également la nécessité d'offrir des services de traitement destinés aux amis et aux membres de la famille des consommateurs de substances.

Tableau 2. Épisodes de traitement pour la consommation de substances et le jeu, selon que la personne demande le traitement pour elle-même ou pour un membre de sa famille, 2011–2012

Autorité administrative	Consommation de substances					Jeu				
	Épisodes où les bénéficiaires demandent de l'aide pour eux-mêmes		Épisodes où l'on a demandé de l'aide pour un membre de la famille		Nombre total d'épisodes de traitement	Épisodes où les bénéficiaires demandent de l'aide pour eux-mêmes		Épisodes où l'on a demandé de l'aide pour un membre de la famille		Nombre total d'épisodes de traitement
	nbre	%	nbre	%		nbre	%	nbre	%	
Terre-Neuve-et-Labrador #	2 819	96,8	93	3,2	2 912	186	98,4	*	1,6	189
Î.-P.-É.	2 981	94,3	180	5,7	3 161	22	100,0			22
Nouvelle-Écosse	12 476	96,5	459	3,5	12 935	235	81,3	54	18,7	289
Ontario	103 909	94,9	5 555	5,1	109 464	4 674	78,6	1 273	21,4	5 947
Manitoba *	15 941	92,3	1 337	7,7	17 278	578	83,0	118	17,0	696
Saskatchewan †	20 122	93,9	1 316	6,1	21 438	304	89,9	34	10,1	338
Alberta	47 848	90,8	4 861	9,2	52 709	2 018	90,1	222	9,9	2 240
SCC ¶	2 064	100,0	s/o	s/o	2 064	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Indicateur 3

Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances (alcool et autres drogues)

Indicateur 4

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

Les indicateurs 3 et 4 sont présentés ensemble à des fins de concision. Ils donnent de l'information sur le nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans la consommation de substances et les problèmes de jeu, respectivement, pour l'exercice 2011–2012.

Le tableau 3 fournit des renseignements sur le nombre total de bénéficiaires de traitement de la consommation de substances et des problèmes de jeu, dans une autorité donnée, pour l'exercice 2011–2012. Entre le premier rapport et celui-ci, la moitié des autorités administratives ont constaté une baisse du nombre total de bénéficiaires, et l'autre moitié, une hausse. Par exemple, ce nombre a diminué de plus 15 % à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et pour le SCC, tandis qu'il a augmenté d'environ 20 % à l'Île-du-Prince-Édouard et au Yukon.

Le tableau 3 présente également le ratio d'épisodes par bénéficiaire. Les conclusions indiquent que, dans presque toutes les autorités administratives, les bénéficiaires accèdent en moyenne aux

services de traitement plus d'une fois au cours d'une année donnée. Pour de nombreuses autorités administratives, ce ratio est demeuré pratiquement inchangé au fil des ans (à quelques décimales près); cependant, pour d'autres, comme le Yukon et Terre-Neuve-et-Labrador, il a augmenté de 2010–2011 à 2011–2012, passant de 4,0 à 5,7 pour le territoire, et de 2,0 à 2,4 pour la province. L'Île-du-Prince-Édouard a pour sa part vu ce ratio fluctuer : 1,2 en 2009–2010, 1,4 en 2010–2011, puis 1,0 en 2011–2012. Pour interpréter les ratios présentés dans le tableau 3, il faut tenir compte du fait qu'il existe des variations dans la façon de mesurer les épisodes d'une autorité administrative à l'autre, et qu'un petit nombre de bénéficiaires ayant eu un grand nombre d'épisodes de services peut gonfler la moyenne générale.

Tableau 3. Bénéficiaires uniques qui accèdent à des services pour la consommation de substances et le jeu, 2011–2012

Autorité administrative	Consommation de substances				Jeu		
	nbre	nbre/100 000	Différence	Ratio d'épisodes par bénéficiaire	nbre	nbre/100 000	Ratio d'épisodes par bénéficiaire
Terre-Neuve-et-Labrador #	1 223	238	↓ 231	2,4	94	18	2,0
Î.-P.-É.	3 110	2 135	↑ 485	1,0	22	15	1,0
Nouvelle-Écosse	7 400	780	↓ 2,114	1,7	249	26	1,2
Nouveau-Brunswick	5 780	765	↓ 214	1,6	296	39	1,5
Ontario	70 319	526	↑ 553	1,6	5 513	41	1,1
Manitoba * #	10 900	871	↑ 741	1,6	389	31	1,8
Saskatchewan †	15 240	1 441	↑ 546	1,4	278	26	1,2
Alberta	34 213	906	↓ 640	1,5	1 682	45	1,3
Yukon	891	2 517	↑ 148	5,7	s/o	s/o	s/o
SCC ¶	1 998	8 628	↓ 642	1,0	s/o	s/o	s/o

De 5 à 12 % des bénéficiaires ont demandé de l'aide en raison de la toxicomanie d'une autre personne et, dans certaines autorités administratives, jusqu'à 22 % des bénéficiaires de traitement des problèmes de jeu ont accédé au service en raison d'un membre de la famille ou d'un ami. La proportion de bénéficiaires traités pour les problèmes de toxicomanie d'un ami ou d'un membre de la famille a diminué à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta, alors que l'Île-du-Prince-Édouard a connu une augmentation. Le tableau 1 de l'annexe E fournit une ventilation détaillée des bénéficiaires uniques ayant demandé de l'aide pour traiter un problème de consommation ou de jeu pour eux-mêmes ou une autre personne en 2011–2012.

Enfin, le tableau 4 présente le nombre et le pourcentage de bénéficiaires qui étaient considérés comme de nouveaux cas au cours de l'exercice financier 2011–2012. Dans la plupart des autorités administratives, les nouveaux clients représentent la majorité des bénéficiaires de services de traitement de la toxicomanie.

Tableau 4. Bénéficiaires uniques qui sont de nouveaux cas, 2011–2012

Autorité administrative	Consommation de substances		Jeu	
	nbre	%	nbre	%
Terre-Neuve-et-Labrador	791	64,7	32	34,0
Île-du-Prince-Édouard	2 542	81,7		
Nouvelle-Écosse	3 375	45,6	233	93,6

Nouveau-Brunswick	2 062	35,7	133	44,9
Ontario	45 254	64,4	2 423	44,0
Manitoba *	10 592	97,2	389	100,0
Alberta	27 259	79,7	1 328	79,0
SCC	1 697	84,9	s/o	s/o

Indicateur 5

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par catégories de traitement

L'indicateur 5 donne une répartition du nombre d'épisodes en fonction des bénéficiaires uniques accédant à des services de traitement spécialisés pour la toxicomanie selon la catégorie de traitement (c.-à-d., prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe).

Parmi les autorités administratives qui ont fourni des données, le traitement à l'externe a été le service le plus couramment utilisé par rapport au nombre d'épisodes de traitement (voir le tableau 5) et de bénéficiaires uniques (voir le tableau 6). Cette conclusion est conforme au premier (données de 2009–2010) et au deuxième (données de 2010–2011) rapport sur les INT.

Tableau 5. Épisodes de traitement, selon la catégorie de services, 2011–2012

Autorité administrative	Prise en charge du sevrage à l'interne			Prise en charge du sevrage à l'externe[11]			Traitement à l'interne			Traitement à l'externe		
	nbre	%	Ratio (É:B)	nbre	%	Ratio (É:B)	nbre	%	Ratio (É:B)	nbre	%	Ratio (É:B)
Terre-Neuve-et-Labrador #	789	28,0	2,4	s/o			210	7,5	1,0	1 819	64,5	1,0
Île-du-Prince-Édouard [12]	982	32,9	1,6	691	23,2	1,3	139	4,7	1,1	1 169	39,2	1,1
Nouvelle-Écosse	4 832	38,7	4,3	739	5,9	2,6	479	3,8	3,3	6 426	51,5	1,2
Nouveau-Brunswick	3 089	33,8	1,5	s/o			372	4,1	1,2	5 677	62,1	1,3
Ontario §	40 372	38,9	2,4	1 709	1,4	1,1	9 963	8,2	1,1	69 101	57,0	1,2
Manitoba[13] *	1 921	12,1	1,9				2 710	17,0	1,1	11 310	70,9	1,4
Saskatchewan †	4 013	19,9	1,3	385	2,0	1,3	1 742	9,1	1,0	12 981	67,9	1,1
Alberta	11 769	24,6	2,2	s/o			5 120	10,7	2,5	30 959	64,7	1,2
Yukon[14]	747	14,8	2,3	s/o			150	3,0	1,1	4 163	82,3	2,7
SCC	s/o			s/o			s/o			2 064	100,0	1,0

Tableau 6. Bénéficiaires uniques, selon la catégorie de services, 2011–2012 #

Autorité administrative	Prise en charge du sevrage à l'interne		Prise en charge du sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre	%
Terre-Neuve-et-Labrador[15]	334	14,3	s/o		209	9,0	1 789	76,7
Île-du-Prince-Édouard [16]	609	25,7	550	23,2	132	5,6	1 076	45,5
Nouvelle-Écosse	1 116	16,0	287	4,1	147	2,1	5 408	77,7
Nouveau-Brunswick	2 032	29,5	s/o		322	4,7	4 528	65,8
Ontario	16 799	20,2	1 550	1,9	8 763	10,6	55 868	67,3
Manitoba[17] *	1 027	9,0			2 444	21,3	7 988	69,7
Saskatchewan ‡	3 014	18,0	297	1,8	1 666	10,0	11 755	70,3
Alberta #	5 318	15,5	s/o		2 077	6,1	26 839	78,4
Yukon	323	16,4	s/o		133	6,7	1 517	76,9
SCC	s/o		s/o		s/o		1 998	100

[11] Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, en Alberta et au SCC.

[12] Les services de traitement de problèmes de jeu (nbre=22) sont inclus dans la classification globale de services à l'externe.

[13] L'information sur la prise en charge du sevrage à l'interne ne comporte pas de données reportées d'une agence (nbre =387) d'après le tableau 1.

[14] Le Yukon ne peut séparer la prise en charge du sevrage à l'interne et la prise en charge du sevrage à l'externe parce que les clients qui participent au programme de désintoxication demeurent au centre jusqu'à ce qu'ils soient prêts à partir.

[15] Terre-Neuve-et-Labrador n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.

[16] Les services de traitement de problèmes de jeu (nbre =22) sont inclus dans la classification globale de services à l'externe.

[17] L'information sur la prise en charge du sevrage à l'interne ne comporte pas de données reportées d'une agence (nbre =387) d'après le tableau 1.

Indicateur 6

Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par sexe, âge et situation résidentielle et répartis selon les catégories de traitement

Sexe

Des études ont démontré que les hommes sont plus susceptibles que les femmes de consommer des substances psychoactives (licites et illicites) et de le faire de manière plus dangereuse (ESCCAD, 2011; Pirie et Simmons, sous presse).

Les données sur les INT de 2011–2012 indiquent que les hommes représentent la majorité des épisodes dans toutes les catégories de services de toxicomanie et dans toutes les autorités administratives, à l'exception du traitement à l'interne et à l'externe au Yukon. De même, ils constituent la majorité des bénéficiaires accédant à tous les types de services de traitement dans toutes les autorités administratives, sauf la prise en charge du sevrage à l'externe en Ontario. Vous trouverez à ce sujet des tableaux détaillés à l'annexe E.

Âge

Il a été prouvé que la consommation de substances à un jeune âge entraîne des conséquences biologiques à court et à long terme et peut également mener plus tard à la consommation de drogues et à la toxicomanie (CCLT, 2007). Selon l'ESCCAD de 2011, les jeunes (de 15 à 24 ans) affichent les taux de toxicomanie les plus élevés. Les données sur les INT indiquent que cette population correspond à environ 14 à 45 % des épisodes de traitement et des bénéficiaires uniques pour toutes les catégories de services sauf le traitement à l'interne[18], et les personnes de 25 à 34 ans, à au moins 20 % des épisodes et des bénéficiaires uniques pour toutes les catégories sans exception.

Situation résidentielle

La majorité des épisodes de traitement concernaient des bénéficiaires ayant un domicile fixe. Il est toutefois important de signaler que, parmi les autorités administratives ayant présenté des données pour l'exercice financier 2011–2012, les bénéficiaires sans domicile fixe ont représenté jusqu'à :

- 30 % des épisodes de prise en charge du sevrage à l'interne;
- 35 % des épisodes de traitement à l'interne;
- 14,5 % des épisodes de traitement à l'externe.

Indicateur 7

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

Le tableau 7 donne de l'information sur le nombre total d'épisodes de traitement et de bénéficiaires ayant déclaré avoir utilisé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement, soit 10 261 clients de six autorités administratives. La figure 1 fournit une répartition, en fonction du sexe, du nombre total de bénéficiaires qui ont utilisé des drogues injectables en 2011–2012. Dans

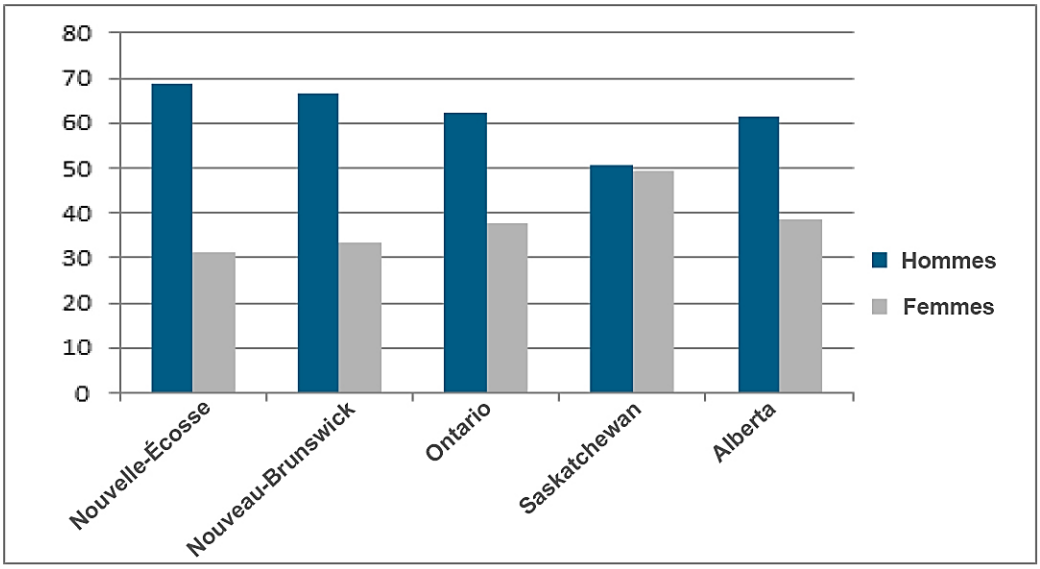
[18] Le traitement à l'interne au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador fait exception. Dans ces provinces, les jeunes représentaient respectivement environ 5 % et 10 % des épisodes de traitement et des bénéficiaires uniques.

toutes les autorités administratives ayant présenté des données, plus d'hommes que de femmes ont signalé avoir consommé des drogues injectables dans les 12 mois précédant le traitement.

Tableau 7. Bénéficiaires ayant utilisé des drogues injectables, 2011–2012

Autorité administrative	Épisodes		Bénéficiaires	
	nbre	% de tous les épisodes de traitement	nbre	% de tous les bénéficiaires uniques voulant obtenir un traitement
Nouvelle-Écosse	1 982	15,3	442	6,0
Nouveau-Brunswick	694	7,6	364	6,3
Ontario	11 390	10,4	5 959	8,5
Saskatchewan	2 859	13,3	1 798	11,8
Alberta	3 525	6,7	1 698	5,0

Figure 1. Pourcentage de bénéficiaires ayant déclaré avoir utilisé des drogues injectables, selon le sexe, 2011–2012



Indicateur 8

Nombre total d'épisodes de traitement de substitution aux opioïdes dans les services publics spécialisés ainsi que dans les cliniques externes de méthadone

Les tableaux 8 et 9 présentent des renseignements sur le nombre et le pourcentage d'épisodes de services publics de traitement de la dépendance aux opioïdes – p. ex., traitement à la méthadone ou à la buprénorphine – en fonction du sexe et de l'âge, respectivement[19]. À Terre-Neuve-et-Labrador, en Ontario, au Manitoba et en Alberta, la majorité des épisodes de traitements de substitution aux

[19] Dans les tableaux 8 et 9, les données pour le Manitoba reposent exclusivement sur les programmes de substitution aux opiacés de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD). Les nombres représentent les admissions par exercice financier, et non le nombre total de participants au programme.

opioïdes étaient des hommes, tandis qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, les femmes représentaient la majorité. Dans toutes les autorités administratives, les personnes de 25 à 34 ans représentaient la plupart des épisodes de traitement de substitution aux opioïdes dans les services publics ou dans les cliniques externes de méthadone.

Tableau 8. Nombre total d'épisodes de substitution aux opioïdes dans des programmes publics, selon le sexe, 2011–2012

Autorité administrative	Nbre d'hommes (%)	Nbre de femmes (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	64 (68,1)	30 (31,9)
Île-du-Prince-Édouard	24 (48,0)	26 (52,0)
Nouvelle-Écosse	73 (67,6)	35 (32,4)
Nouveau-Brunswick		1 672
Ontario	2 876 (57,3)	2 143 (42,7)
Manitoba	78 (53,8)	67 (46,2)
Saskatchewan	150 (45,2)	182 (54,8)
Alberta	740 (61,6)	462 (38,4)

Tableau 9. Nombre total d'épisodes de substitution aux opioïdes dans des programmes publics, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador			11 (11,6)	51 (53,7)	23 (24,2)	5 (5,3)	5 (5,3)	
Île-du-Prince-Édouard			10 (20,0)	29 (58,0)	7 (14,0)	*		
Nouvelle-Écosse		*	29 (26,9)	48 (44,4)	20 (18,5)	6 (5,6)	*	
Ontario	10 (0,2)	57 (1,1)	983 (19,6)	2 069 (41,2)	1 096 (21,8)	663 (13,2)	126 (2,5)	17 (0,3)
Manitoba		*	35 (24,1)	73 (50,3)	25 (17,2)	5 (3,4)	*	
Saskatchewan		*	51 (15,4)	142 (42,8)	79 (23,8)	52 (15,7)	6 (1,8)	
Alberta	*	*	101 (8,4)	448 (37,1)	359 (29,8)	235 (19,5)	54 (4,5)	5 (0,4)

Indicateur 9

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

Les tableaux 10 et 11 fournissent le nombre et le pourcentage de bénéficiaires de programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA) en fonction du sexe et de l'âge, respectivement[20]. Plus de 80 % des bénéficiaires étaient de sexe masculin, la plupart âgés de 25 à 34 ans[21].

[20] Dans les tableaux 10 et 11, les données sur la CFA pour le Manitoba sont fournies par la FMLD et comprennent tous les types d'orientation (p. ex., atelier éducatif à l'intention des conducteurs aux facultés affaiblies, réadaptation à l'interne, programme de jour). Les données sur la CFA pour la Saskatchewan sont fournies par la Saskatchewan Government Insurance et portent à la fois sur le cours de sobriété au volant et sur le programme de guérison.

[21] Les écarts entre les tableaux 10 et 11 peuvent résulter du fait que la catégorie de sexe « autre » n'a pas été prise en compte dans le nombre total.

Tableau 10 Bénéficiaires uniques des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies, selon le sexe, 2011–2012

Autorité administrative	Total	Nbre d'hommes (%)	Nbre de femmes (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	79	69 (87,3)	10 (12,7)
Nouvelle-Écosse	1 309	1 103 (84,3)	206 (15,7)
Nouveau-Brunswick	1 220		
Manitoba	1 588	1 271 (80,0)	317 (20,0)
Saskatchewan	3 775	3 048 (80,7)	727 (19,3)
Québec	8 867	7 629 (86,0)	1 238 (14,0)

Tableau 11. Bénéficiaires uniques des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0	9 (11,1)	27 (33,3)	17 (21,0)	17 (21,0)	6 (7,4)	5 (6,2)
Nouvelle-Écosse	0	*	254 (19,4)	359 (27,4)	255 (19,5)	265 (20,3)	128 (9,8)	47 (3,6)
Nouveau-Brunswick[22]			208 (17,0)	327 (26,8)	242 (19,8)	248 (20,3)	136 (11,1)	59 (4,8)
Manitoba		5 (0,3)	391 (24,6)	437 (27,5)	329 (20,7)	257 (16,2)	134 (8,4)	37 (2,3)
Saskatchewan	6 (0,2)	20 (0,5)	1 085 (28,6)	1 235 (32,6)	655 (17,3)	527 (13,9)	197 (5,2)	65 (1,7)
Québec	0	9 (0,1)	1 723 (19,4)	2 345 (26,5)	1 676 (18,9)	1 778 (20,1)	970 (10,9)	366 (4,1)

Indicateur 10

Nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés, classés par drogues consommées au cours des 12 derniers mois

Le suivi des substances consommées par les bénéficiaires constitue un élément important de la surveillance des tendances de consommation et des effets de ces substances. Les renseignements qui en découlent peuvent également être comparés avec ce que les données sur différentes populations nous ont appris à ce sujet. Toutes les sources de données indiquent que l'alcool et le cannabis sont les deux substances les plus consommées au Canada. Par exemple, l'ESCCAD de 2011 a révélé que 78 % des Canadiens de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool dans la dernière année, et environ 40 %, du cannabis. En outre, le rapport de l'ESCC de 2012 indique que 3,2 % des Canadiens de 15 ans et plus satisfont aux critères de l'abus d'alcool ou de la dépendance à celui-ci, et 1,3 %, à ceux de l'abus de cannabis ou de la dépendance à cette drogue. Bien que ces proportions puissent sembler négligeables, elles correspondent respectivement à environ 785 000 et 369 000 Canadiens.

Les données obtenues de l'ICIS montrent qu'en 2009, l'alcool représentait 0,57 % (15 296 personnes) de tous les départs des hôpitaux généraux, et les cannabinoïdes, 0,03 % (937 personnes). La figure 2 illustre le pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé selon les drogues les plus couramment consommées au cours des 12 derniers

[22] Data provided by the Center for Education and Research in Safety (CERS) is based on 2012 calendar year. It captures individuals who completed the auto control course for a first-time and/or second-time offence.

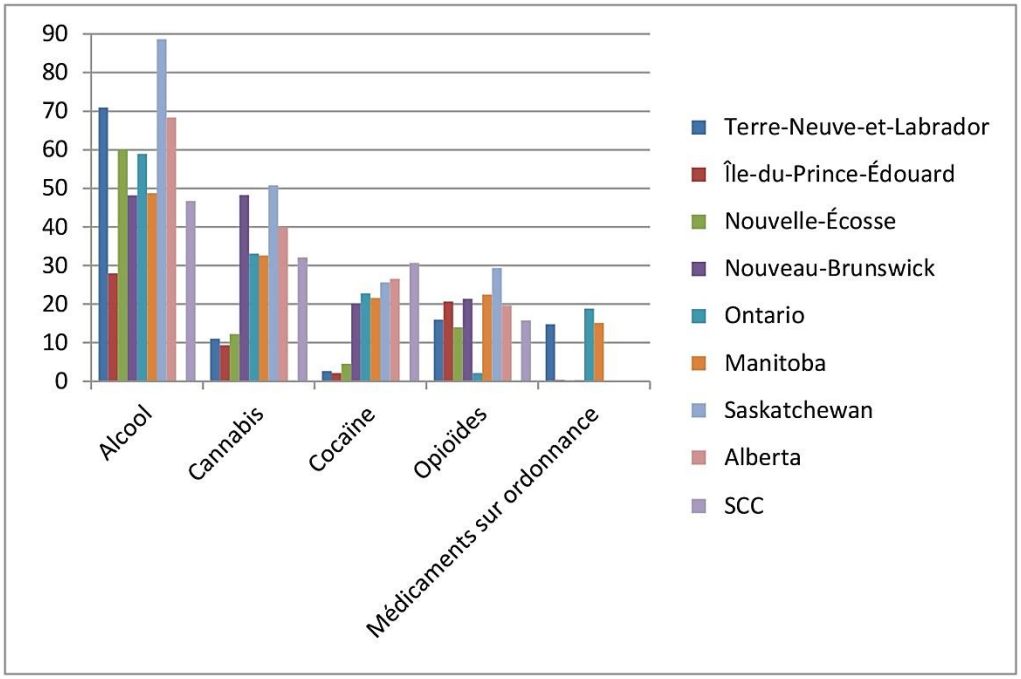
mois. Vous trouverez une liste complète de la prévalence de toutes les catégories de drogues par autorité administrative à la figure 4 de l'annexe E.

À l'exception des inhalants en Saskatchewan et en Alberta, des médicaments sur ordonnance à l'Île-du-Prince-Édouard et des « autres drogues » au Nouveau-Brunswick, plus d'hommes que de femmes autodéclarent leur toxicomanie. Les figures 5 à 16 de l'annexe E présentent une ventilation par sexe des pourcentages de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé pour chacune des substances déclarées, par autorité administrative.

Cependant, étant donné les divergences dans la collecte des données entre les autorités administratives, il est difficile de classer les drogues par ordre d'importance. Il importe également de souligner que sont répertoriées ci-dessous toutes les drogues consommées dans les 12 derniers mois, et qu'il s'avère donc impossible de cerner la ou les drogues qui ont poussé les clients à demander de l'aide.

Les figures 17 à 28 de l'annexe E présentent une ventilation du pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé en fonction de la drogue et de l'âge, dans chaque autorité administrative. Les données indiquent que la consommation de la plupart des drogues est uniforme, peu importe l'âge. Font exception le cannabis, les stimulants et les hallucinogènes, majoritairement consommés par les personnes de moins de 35 ans. Dans presque toutes les autorités administratives ayant présenté des données, les personnes de 25 à 34 ans ont en moyenne affiché le plus haut taux de prévalence autodéclarée de la consommation d'alcool, de cocaïne, d'opioïdes, de somnifères, de sédatifs, de stéroïdes et d'« autres drogues » au cours de l'année précédente. Les jeunes de 18 à 24 ans occupent quant à eux le premier rang en ce qui a trait à la consommation autodéclarée de cannabis au cours de la dernière année.

Figure 2. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne, des opioïdes et des médicaments dans l'année précédente

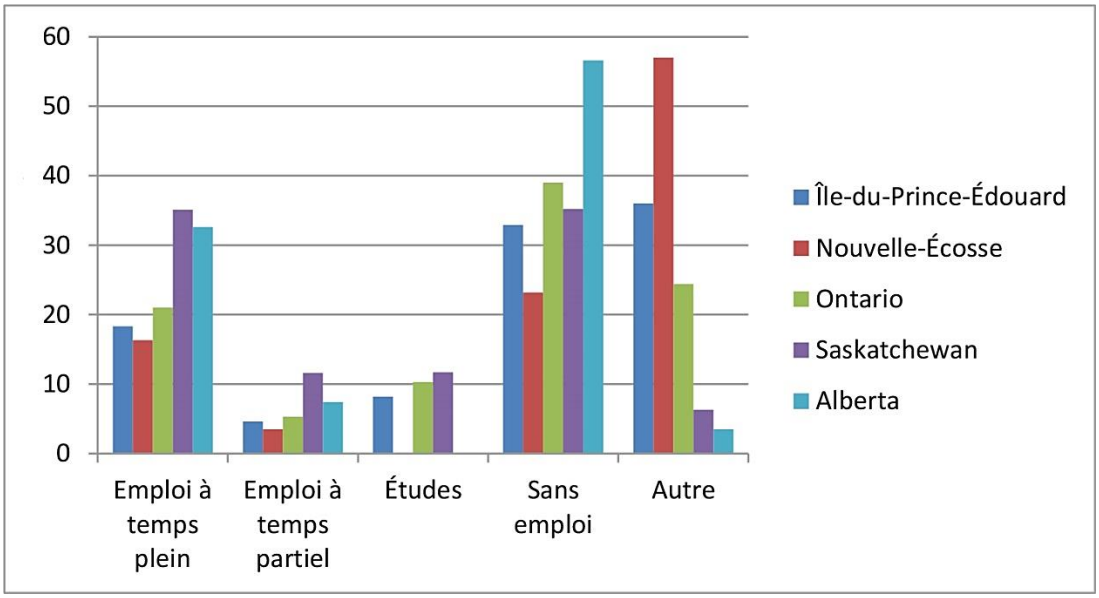


Indicateur 11

Épisodes dans les services publics de traitement spécialisé classés par situation d'emploi

La figure 3 présente une ventilation de la situation d'emploi des bénéficiaires en fonction d'épisodes uniques, par autorité administrative[23]. De 16,3 à 35,1 % des bénéficiaires occupaient un poste à temps plein au moment de leur épisode, et de 23,2 à 56,6 % étaient au chômage. La catégorie « autre », présentée à la figure 3, peut comprendre les sous-catégories suivantes : retraite, travail non rémunéré, aide à l'emploi, assurance-emploi, invalidité et congé autorisé. Les résultats liés à cette catégorie peuvent paraître démesurément plus élevés pour les autorités administratives qui recueillent ce type de données que pour celles qui ne le font pas.

Figure 3. Pourcentage d'épisodes, selon la situation d'emploi



[23] Les pourcentages sont fondés sur les épisodes, et non sur les bénéficiaires.

Analyse

Les données présentées dans le troisième rapport sur les indicateurs nationaux de traitement (INT) fournissent des renseignements démographiques pancanadiens, recueillis de multiples autorités administratives, sur les clients ayant accédé à des services publics de traitement spécialisé au cours de l'exercice financier 2011–2012. Les conclusions du présent rapport aideront à orienter la prise de décisions fondée sur des données probantes et la planification et la mise en œuvre au niveau du système.

En outre, ce troisième rapport permet pour une première fois l'analyse des tendances observées dans les données de 2009–2010 à 2011–2012. Les résultats montrent que les tendances en matière d'utilisation des services varient grandement au Canada : l'Alberta, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et la Terre-Neuve-et-Labrador font état d'une diminution du nombre de bénéficiaires, et l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et le Manitoba, d'une augmentation. Le ratio d'épisodes par bénéficiaire est toutefois resté sensiblement le même dans la majorité du pays, ce qui indique que les parcours de services des bénéficiaires sont demeurés relativement stables.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012, 4,4 % des Canadiens satisfaisaient aux critères de troubles liés à la consommation d'une substance. Pourtant, selon les données recueillies dans le cadre du projet des INT, environ 151 000 Canadiens seulement ont eu recours aux services publics de traitement pendant cette même période. Ce nombre représente environ 0,4 % des Canadiens de 15 ans et plus (en 2011)[24]. Cet écart entre le nombre de Canadiens avec des problèmes de toxicomanie et ceux qui ont recours à des services de traitement donne à penser qu'une proportion considérable de personnes qui pourraient bénéficier de ces services n'y accèdent pas. Pour mieux comprendre l'écart entre les besoins et l'utilisation des services, le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT), responsable du projet des INT, a établi un lien avec un projet de planification fondée sur les besoins (PFB) mené par le Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Université du Québec. Le modèle de PFB permet d'évaluer les niveaux des besoins en traitement d'après les données sur la population, puis de les transformer en catégories de services (Rush, Tremblay, Fougere, Perez et Fineczko, 2013). Les catégories de services du projet de PFB et du projet des INT concordent, ce qui permet de comparer les besoins de la population par rapport à l'utilisation des services. Ensemble, ces deux projets apporteront des renseignements nécessaires à une planification systémique fondée sur des données probantes.

Il est également important de souligner que le présent rapport rend compte exclusivement de services publics de traitement extrahospitaliers et ne comprend donc pas de renseignements issus de sources financées par le secteur privé : centres de traitement spécialisé, hôpitaux, soutiens communautaires (p. ex., Alcooliques Anonymes) services de soins primaires (p. ex., ceux offerts par les médecins de famille), etc. Le présent rapport ne permet donc pas d'estimer le pourcentage de la population desservie par ces autres services et soutiens. Les prochains rapports sur les INT viseront à connaître le nombre de services et soutiens privés afin de dresser un portrait plus complet du traitement de la toxicomanie au Canada.

Les données sur les INT indiquent qu'un éventail de personnes – p. ex., hommes, femmes, jeunes, aînés, personnes employées, chômeurs – aux profils de toxicomanie variés accèdent aux services publics de traitement. Pour répondre efficacement à cette clientèle hétéroclite, il est nécessaire

[24] Statistique Canada. *Population par année, par province et territoire*, 2013. Consulté à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo02a-fra.htm.

d'offrir une vaste gamme de services de traitement : services en fonction du sexe ou de l'âge, aide au logement et à l'emploi, services à la famille, etc.

Les données sur les INT démontrent que la toxicomanie entraîne de graves conséquences ne se limitant pas à la personne qui consomme les drogues. Par exemple, en 2011–2012, plus de 10 % des épisodes de traitement concernaient des personnes ayant demandé de l'aide pour faire face à la toxicomanie d'un membre de la famille ou d'un ami intime. Il faut donc que les services de traitement élaborent des approches visant à intégrer les proches au processus.

Le rapport sur les INT de 2011–2012 est le premier rapport où des données concernant la consommation de drogues dans l'année précédente sont recueillies. Les données indiquent que le profil de consommation de drogues de la population prise en compte dans le cadre du projet est semblable à celui de l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, les données de l'ESCCAD de 2011 montrent que l'alcool et le cannabis se classent respectivement au premier et au deuxième rang des substances les plus couramment consommées par les Canadiens de 15 ans et plus. Cette conclusion est étayée par les données sur les INT de 2011–2012, lesquelles indiquent que ces deux substances ont dans de nombreuses provinces été les drogues les plus couramment consommées dans la dernière année. Autre similitude entre la population du projet des INT et l'ensemble de la population : dans presque toutes les autorités administratives, plus d'hommes que de femmes ont autodéclaré avoir consommé de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne, des hallucinogènes, des somnifères et des sédatifs. Enfin, bien que les jeunes (de 15 à 24 ans) affichent les taux de toxicomanie les plus élevés, ils ne représentent pas la majorité des personnes accédant à des traitements.

Voici les principales conclusions du rapport :

- Au cours des 12 derniers mois, la substance la plus couramment consommée par les bénéficiaires des services de traitement a été l'alcool, le cannabis arrivant deuxième.
- Comparativement aux personnes de 35 ans et plus, les personnes de 34 ans et moins sont plus susceptibles d'avoir consommé du cannabis, des stimulants ou des hallucinogènes au cours des 12 derniers mois.
- Les personnes sans domicile fixe représentent jusqu'à 35 % des épisodes de traitement à l'interne.
- Jusqu'à 12 % des **bénéficiaires uniques** de services de traitement de la toxicomanie et jusqu'à 22 % des **bénéficiaires uniques** de services de traitement des problèmes de jeu ont accédé à des traitements en raison de la toxicomanie d'une autre personne (p. ex., ils ont accompagné un membre de la famille ou un ami à son traitement ou ont eux-mêmes demandé de l'aide pour mieux faire face au problème d'un ami ou d'un membre de la famille). Ce taux demeure stable depuis 2009–2010.
- Dans presque toutes les autorités administratives, les bénéficiaires accèdent en moyenne aux services de traitement plus d'une fois ou accèdent à plus d'un type de traitement, au cours d'une année donnée.
- Dans la plupart des autorités administratives, les nouveaux clients représentent la majorité des bénéficiaires de services de traitement de la toxicomanie.
- Le traitement à l'externe a été le service le plus couramment utilisé sur le plan du nombre d'épisodes et du nombre de bénéficiaires uniques.

- Les hommes constituent la plus grande proportion des *épisodes* dans toutes les catégories de services de toxicomanie et dans toutes les autorités administratives, à l'exception du traitement à l'interne et à l'externe au Yukon. Ils constituent également la majorité des *bénéficiaires*, tous types de services de traitement confondus.
- Les jeunes (de 15 à 24 ans) représentent une proportion considérable (de 15 % à 45 %) des épisodes de traitement.
- Dans quatre des six autorités administratives ayant présenté des données, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de déclarer avoir consommé des drogues injectables au cours des 12 mois précédents.
- À Terre-Neuve-et-Labrador, en Ontario, au Manitoba et en Alberta, les hommes représentent la majorité des épisodes de traitement de la dépendance aux opioïdes, tandis qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir recours à des programmes publics de substitution aux opioïdes.

Conclusions

Le présent rapport a fourni de nouveaux renseignements sur les services publics de traitement de la toxicomanie et des problèmes de jeu au Canada. Il a mis en lumière les habitudes et tendances courantes en matière d'utilisation des services de traitement et dressé un portrait des caractéristiques démographiques des personnes qui accèdent à ces services. Bien que la nature des données nous empêche actuellement d'établir des comparaisons précises entre les autorités administratives, des résultats uniformes indiquent que les tendances et les habitudes présentent un intérêt dans le cadre de la planification du système et des services – les renseignements sont donc utiles tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle des autorités administratives.

Par exemple, le taux de personnes qui demandent de l'aide pour faire face à la toxicomanie d'un membre de la famille ou d'un ami proche prouve le besoin d'offrir des services et des soutiens à d'autres personnes que celles qui consomment. Il met également en évidence les vastes conséquences que la toxicomanie des 1,2 million de Canadiens aux prises avec un problème de consommation a sur le monde qui les entoure – ce qui confirme à nouveau le besoin d'augmenter les investissements pour réduire les méfaits de la toxicomanie sur les plans socioéconomique et de la santé.

Le fait que les jeunes ont recours aux traitements dans une proportion plutôt faible comparativement au nombre d'entre eux qui déclarent leur toxicomanie (ESCCAD, 2012) révèle un écart entre l'utilisation des services et les besoins potentiels. Cet écart fait ressortir l'importance pour la recherche d'étudier notamment si, par rapport aux autres groupes, les jeunes adultes se heurtent à plus d'obstacles lorsqu'ils souhaitent accéder aux services, sont plus susceptibles de recourir à des services non spécialisés dont les données sur les INT ne font pas état ou ressentent moins le besoin de demander de l'aide pour leur problème. Les réponses à ces questions contribueront à une planification systémique fondée sur des données probantes et pourraient par exemple déboucher sur une offre de services mieux adaptés à l'âge, ou encore sur la mise au point de méthodes de dépistage et d'évaluation qui tiennent davantage compte des jeunes adultes.

Le présent rapport souligne également l'importance de la collaboration intersectorielle pour répondre aux besoins complexes de la clientèle. Les taux élevés de chômage et d'itinérance indiquent que les services de toxicomanie devraient entretenir des relations de collaboration avec les services d'aide à l'emploi et au logement. La création de collaborations efficaces qui facilitent l'accès à toute la gamme de services aidera à atteindre l'objectif commun : améliorer les résultats individuels.

Enfin, le rapport sur les INT a permis d'améliorer la portée et la précision des données que le Canada peut fournir aux organismes déclarants internationaux comme l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation des États américains. À l'échelle des autorités administratives, il offre une source de données facilement accessibles favorisant et orientant le dialogue entre les planificateurs de systèmes, les fournisseurs de services et les responsables des décisions relatives au financement, et il s'avérera particulièrement utile pour les autorités administratives qui ne publient pas régulièrement de données systémiques.

Prochaines étapes

Le présent rapport est le troisième d'une série de rapports nationaux de plus en plus complets sur l'utilisation des services publics de traitement de la toxicomanie au Canada; il n'existe à ce jour aucune autre source de renseignements sur le sujet. Les données qu'il contient ont pour but d'éclairer les analystes, les chercheurs, les dirigeants, les décideurs et les conseillers sur l'utilisation des services de traitement spécialisés. Ces renseignements peuvent ensuite servir à orienter la planification et à soutenir la recherche, et ainsi contribuer à améliorer le système de traitement afin qu'il se fonde davantage sur les données probantes.

Les définitions et protocoles de collecte de données élaborés pour le projet des INT ont approfondi nos connaissances sur l'utilisation des traitements au Canada en augmentant la qualité et la cohérence des données recueillies et communiquées dans l'ensemble du pays. Les effets sont particulièrement palpables pour les autorités administratives, qui ont réussi à intégrer les protocoles de collecte des INT à leur propre processus de collecte de données.

Cette cohérence accrue a aidé le GTINT à consolider les données qu'il recueille chaque année et à en élargir la portée. Comportant des données sur la situation d'emploi des clients et les substances qu'ils ont consommées au cours des 12 derniers mois, le présent rapport est maintenant passé aux indicateurs « feu jaune » (pour en savoir plus sur les indicateurs, veuillez consulter l'annexe B). Il contient également des données des Instituts de recherche en santé du Canada sur les départs de l'hôpital pour lesquels la toxicomanie représentait un facteur, ce qui vient élargir le contexte de la prestation des services de traitement et fournir un domaine pouvant être approfondi dans les prochains rapports. Par ailleurs, l'arrivée d'un nouvel outil Web de collecte de données facilitera les nouveaux développements en simplifiant et en améliorant la saisie et l'analyse de données.

À mesure que le projet des INT progressera, le GTINT espère élargir la collecte de données à plus de fournisseurs de services (p. ex., en milieu communautaire et hospitalier) dans le but de recueillir des données reflétant mieux le continuum complet des services offerts au Canada. L'amélioration de l'information fournie au cours des années ainsi que l'apport de ressources supplémentaires permettront d'atteindre le but du projet des INT : la production d'un tableau exhaustif sur l'utilisation des services en vue d'orienter l'élaboration de politiques, l'allocation de ressources et la mise en œuvre de services de traitement de la toxicomanie au Canada. Nous franchirons ainsi un pas de plus vers l'atteinte de l'objectif global des initiatives de traitement du CCLT : améliorer la portée, la qualité et l'accessibilité des services et des soutiens pour le traitement des problèmes de toxicomanie.

Références

Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2011.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2007.

Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa (Ont.), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.

Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale et de toxicomanie : Rapport prototype sur les indicateur*s, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2001.

Pirie, T., et M. Simmons. *Consommation de cannabis, comportements à risque et méfaits : une comparaison des populations rurales et urbaines du Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, sous presse.

Rush, B., J. Tremblay, C. Fougere, W. Perez, et J. Fineczko. *The Development of a Needs-Based Planning Model for Substance Use Services and Supports in Canada: Final Report*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.

Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, 2011* (fichier de données), Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2012.

Sécurité publique Canada. *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, Ottawa (Ont.), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2012.

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale, selon le groupe d'âge et le sexe,* Canada et provinces, CANSIM (base de données), 2013.

Statistique Canada. *Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes sauf indication contraire)*, CANSIM (base de données), 2013.

Thomas, G. *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2005.

Young, M., R. Jesseman et G. Thomas. *Incidence des troubles liés à la consommation de substances sur l'utilisation des services hospitaliers*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, sous presse.

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

Name	Organization
Anderson, Brent	Vie saine et des Aînés, Manitoba
Chen, Debra	Institut canadien d'information sur la santé
Desrosiers, Pierre	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
Edwards, Mark	Santé Canada
Estey, John	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Farrell MacDonald, Shanna	Service correctionnel du Canada
Flexhaug, Monica	Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
Gallant, Stephen	Santé Î.-P.-É.
Hansen, Rebecca	Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Services de dépendance du Yukon
Hay, Laura	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada
Jahrig, Jesse	Services de santé de l'Alberta
Jesseman, Rebecca	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
McCallum, John	Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Pellerin, Annie	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Pirie, Tyler	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
Rideout, Gina	Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
Rocca, Claudio	Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (Ontario)
Ross, David	Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel, Anciens Combattants Canada
Ross, Pamela	Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
Rush, Brian	Centre de toxicomanie et de santé mentale

Liste à jour au 15 octobre 2013

Annexe B : Indicateurs feux vert, jaune et rouge

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

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

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

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

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

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

Annexe C : Définitions

Bénéficiaire unique

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

Dossier fermé

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

Dossier ouvert

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

Épisode[25]

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

Jeu

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

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

Membre de la famille

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

Nouveau bénéficiaire

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

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

Problème de jeu

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

Programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA)

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

Services spécialisés

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

Situation d'emploi

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

Situation résidentielle

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

Traitement à l'externe

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

Traitement à l'interne

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

Prise en charge du sevrage

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

Catégories de substances

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

Annexe D : Administration des systèmes et collecte de données

Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T[26]	Systèmes de données	Système par navigateur[27]	Présentation de rapports
T.-N.-L.	Ministère de la Santé et des Services communautaires	Quatre régies régionales de la santé	O	CRMS (Client Referral Management System)	N	Annuelle (province)
Î.-P.-É.	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Santé Î.-P.-É. (organisme provincial centralisé)	O	ISM (Integrated System Management)	N	Annuelle
N.-É.	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Neuf régies de santé de district et Centre de santé IWK	EC	ASsist (Addiction Services Statistical Information System Technology)	O	Mises à jour en temps réel (région et province)
N.-B.	Ministère de la Santé	Deux régies régionales de la santé	O	RASS (Regional Addiction Service System)	N	Annuelle
Qc	Ministère de la Santé et des Services sociaux	16 centres de réadaptation en dépendance 95 centres de santé et de services sociaux Plus de 100 centres communautaires et privés d'hébergement durant le traitement qui sont certifiés ou en processus de certification ou de renouvellement	N	SIC-SRD (Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances)	N	Annuelle
Ont.	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ainsi que des organismes communautaires	O	DASIT (Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement)	O	Des rapports trimestriels et annuels sont produits sur les chiffres du DASIT

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

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

Man.	Ministère de la Vie Saine et des Aînés Santé Manitoba	Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et 11 organismes provinciaux financés par des subventions Des services de prise en charge du sevrage des adultes à l'interne et un programme de traitement à l'interne sont offerts par l'entremise des régies régionales de la santé	N	Bases de données statistiques HLYS (compatibles avec SPSS), ainsi qu'un système Excel pour les données provinciales globales	N	Données fournies mensuellement à l'Unité de gestion des dépendances par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et d'autres organismes financés par des subventions provinciales On demande que les données sur la prise en charge du sevrage chez les adultes à l'interne soient fournies annuellement
Sask.	Ministère de la Santé	12 régies régionales de la santé	EC	ADG (Alcohol, Drugs and Gambling) System MHIS (Mental Health Information System) AMIS (Addiction and Mental Health Information System – région sanitaire de Saskatoon)	N	
Alb.	Ministère de la Santé et du Mieux-être	Services de santé de l'Alberta Organismes offrant des services dans le cadre d'un contrat avec SSA	O	ASIST (Addiction System for Information and Service Tracking) pour les services offerts directement par SSA STORS (Service Tracking and Outcome Reporting System) pour les organismes sous contrat avec SSA	O	Annuelle (province)
C.-B.	Ministère des Services de santé	Une régie provinciale de la santé et cinq régies régionales de la santé	O	AIMS (Addictions Information Management System) MRR (Minimum Reporting Requirements), qui intégreront la consommation de substances et la santé mentale; à l'étape du projet pilote	N	s/o à l'échelle de la province
Yn	Ministère de la Santé et des Affaires sociales	Le ministère est responsable de la prestation de services	N	Base de données Access (saisie de données manuelle dans un fichier Excel)	N	Mensuelle
T.N.-O.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Huit régies de la santé	O	Système Excel (entrée de données manuelle)	N	Mensuelle

Nun.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Centres de santé communautaire Grand recours à des services à l'extérieur du territoire	N	Actuellement, aucune donnée sur les clients ou le système (mis à part des données financières) n'est recueillie systématiquement	N	s/o
SCC	Sécurité publique Canada	Cinq régions; établissements et pavillons de ressourcement pour les détenus autochtones	N	SGD (Système de gestion des délinquants)	O	
PNLAADA et PNLASJ	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada	Réseau de programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie Comprend 55 centres de traitement des Premières Nations et plus de 550 programmes communautaires de prévention du PNLAADA	N	Élaboration d'un nouveau système de collecte de données en cours	N	
ACC	Anciens Combattants Canada	Les bureaux de district d'ACC offrent des services d'orientation vers 10 cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel au Canada ainsi que vers des fournisseurs privés	O	Le Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel procède à la gestion du rendement des 10 cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel	N	Trimestrielle et annuelle

Annexe E : Tableaux de données

Remarques sur les données

Les remarques ci-dessous décrivent les conditions associées à certaines des données utilisées dans le présent rapport. Un symbole suivra l'autorité administrative à laquelle une condition s'applique; il renverra à la remarque correspondante.

* Plusieurs organismes ont été incapables de fournir des données reportées (c.-à-d., les données sur les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2010–2011 et qui ont continué d'en recevoir en 2011–2012). Par conséquent, la majorité des données représentent uniquement l'information recueillie pour les cas traités du 1er avril 2011 au 31 mars 2012.

† Les incohérences résultent d'un manque de données.

‡ Les incohérences résultent d'un double comptage.

§ En Ontario, les épisodes de traitement peuvent comprendre plusieurs catégories de services et seront comptés deux fois dans l'addition de tous les types. De plus, les bénéficiaires qui se sont classés dans deux catégories d'âge au cours de l'année sont comptés en double dans l'addition des tranches d'âge.

¶ En janvier 2010, le Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI) a été mis à l'essai dans la région du Pacifique du Service correctionnel du Canada (SCC). Le MPCI couvre toutes les facettes des comportements criminels des délinquants, mais il ne s'agit pas à proprement parler d'un programme spécialisé dans le traitement des toxicomanies. En raison de ce programme pilote, les données du SCC ne comprennent pas les délinquants de la région du Pacifique. Par ailleurs, en février 2012, la région de l'Atlantique du SCC a également mis à l'essai le MPCI; les renseignements sur les traitements de la toxicomanie de février et mars 2012 ne figurent donc pas dans les données de cette région. Comme les femmes ont pris part au Programme correctionnel intégré pour délinquantes au cours de l'exercice financier 2011–2012, les données concernant leur participation à un programme de traitement de la toxicomanie ne sont pas disponibles.

Les incohérences s'expliquent par le fait qu'un même service peut traiter plusieurs problèmes d'une même personne; autrement dit, les bénéficiaires uniques peuvent être comptés dans plusieurs types de services. Par exemple, ils peuvent être comptés une fois lorsqu'ils demandent de l'aide pour eux-mêmes, puis une autre fois lorsqu'ils en demandent pour un membre de leur famille. C'est pourquoi le total général peut être inférieur à la somme des demandes d'aide par les clients et de celles pour une autre personne.

** Les incohérences résultent de clients qui n'ont pas fourni de date de naissance, ainsi que de cas aux problèmes multiples.

†† Les incohérences résultent de dates de naissance manquantes.

‡‡ Quelques clients ont été admis à plusieurs établissements; ils peuvent donc être comptés séparément dans ces catégories et une seule fois dans le total général. De plus, certains clients ne font pas partie du compte, car leur adresse est inconnue.

§§ Un organisme offrant des services à l'externe traite autant les traumatismes que les toxicomanies. Pour cet indicateur, l'organisme n'a pas été en mesure de séparer les populations toxicomanes des non toxicomanes. Par conséquent, les nombres totaux ont été utilisés.

¶¶ Plusieurs organismes ont été incapables de fournir des données reportées. Les incohérences dans ces données résultent de la manière dont la FMLD recueille les données. Plus précisément, certains clients peuvent figurer à la fois dans les services de traitement à l'interne et à l'externe dans une même année, et donc être comptés à deux reprises dans l'addition de tous les types.

Plusieurs organismes n'ont pas pu fournir de données.

Tableau 12. Bénéficiaires uniques demandant de l'aide pour traiter un problème de consommation ou de jeu pour eux-mêmes ou une autre personne, 2011–2012

Autorité administrative	Consommation de substances					Jeu				
	Bénéficiaires demandant de l'aide pour eux-mêmes		Bénéficiaires demandant de l'aide pour un membre de la famille		Nombre total de bénéficiaires	Bénéficiaires demandant de l'aide pour eux-mêmes		Bénéficiaires demandant de l'aide pour un membre de la famille		Nombre total de bénéficiaires
	nbre	%	nbre	%		nbre	%	nbre	%	
Terre-Neuve-et-Labrador #	1 164	95,2	59	4,8	1 223	93	98,9	*	1,1	94
Île-du-Prince-Édouard [28]	2 367	93,1	175	6,9	2 542					
Nouvelle-Écosse	6 958	94,0	442	6,0	7 400	203	81,5	46	18,5	249
Ontario	65 147	92,6	5 172	7,4	70 319	4 280	77,6	1 233	22,4	5 513
Manitoba #	10 233	93,1	755	6,9	10 988	314	79,1	83	20,9	397
Saskatchewan †	14 012	92,2	1 179	7,8	15 191	247	88,8	31	11,2	278
Alberta	29 982	87,6	4 231	12,4	34 213	1 480	88,0	202	12,0	1 682
SCC	1 998	100,0	s/o	0,0	1 998	s/o		s/o		

[28] L'Île-du-Prince-Édouard n'est actuellement pas équipée pour fournir des données sur la dépendance au jeu.

Tableau 13. Épisodes de traitement, selon la catégorie de services et sexe, 2011–2012

Autorité administrative	Prise en charge du sevrage à l'interne		Prise en charge du sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador #	564 (71,5)	225 (28,5)	s/o	s/o	133 (63,9)	75 (36,1)	1 163 (64,8)	631 (35,2)
Île-du-Prince-Édouard	650 (66,2)	332 (33,8)	481 (69,6)	210 (30,4)	88 (63,3)	51 (36,7)	754 (64,5)	415 (35,5)
Nouvelle-Écosse	3 296 (68,3)	1 533 (31,7)	370 (66,2)	189 (33,8)	279 (58,4)	199 (41,6)	4 814 (72,9)	1 786 (27,1)
Nouveau-Brunswick	2 231 (72,2)	857 (27,8)	s/o	s/o	288 (80,2)	71 (19,8)	3 685 (64,9)	1 991 (35,1)
Ontario §	30 121 (74,6)	10 243 (25,4)	797 (46,6)	912 (53,4)	6 569 (66,0)	3 390 (34,0)	43 250 (62,6)	25 829 (37,4)
Manitoba [29] §§	1 187 (62,3)	719 (37,7)			1 518 (56,0)	1 191 (44,0)	6 973 (61,1)	4 445 (38,9)
Saskatchewan †	2 589 (58,9)	1 809 (41,1)	s/o	s/o	1 101 (63,2)	641 (36,8)	9 174 (66,7)	4 590 (33,3)
Alberta	8 082 (68,7)	3 680 (31,3)	s/o	s/o	3 346 (65,4)	1 771 (34,6)	19 786 (64,1)	11 086 (35,9)
Yukon	520 (69,6)	227 (30,4)	s/o	s/o	73 (48,7)	77 (51,3)	1 289 (48,6)	1 363 (51,4)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	2064	s/o

[29] Plusieurs organismes n'ont pas pu fournir des données reportées.

Tableau 14. Bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement et le sexe, 2011–2012

Autorité administrative	Prise en charge du sevrage à l'interne		Prise en charge du sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)	Hommes nbre (%)	Femmes nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador[30]	223 (67,4)	108 (32,6)	s/o	s/o	132 (63,8)	75 (36,2)	1 136 (65,0)	612 (35,0)
Île-du-Prince-Édouard [31]	398 (65,4)	211 (34,6)	392 (71,3)	158 (28,7)	83 (62,9)	49 (37,1)	694 (64,5)	382 (35,5)
Nouvelle-Écosse	781 (70,1)	333 (29,9)	119 (66,5)	60 (33,5)	4 074 (73,9)	1 439 (26,1)	77 (52,4)	70 (47,6)
Nouveau-Brunswick	1 440 (70,9)	591 (29,1)	s/o	s/o	258 (80,9)	61 (19,1)	2 940 (64,9)	1 587 (35,1)
Ontario §	11 504 (68,5)	5 287 (31,5)	742 (47,9)	808 (52,1)	5 642 (64,4)	3 117 (35,6)	35 073 (62,8)	20 773 (37,2)
Manitoba §§ ¶¶	618 (61,1)	394 (38,9)			1 359 (55,6)	1 084 (44,4)	4 853 (59,9)	3 243 (40,1)
Saskatchewan ‡	1 938 (59,8)	1 303 (40,2)	s/o	s/o	1 065 (64,0)	599 (36,0)	7 519 (67,1)	3 680 (32,9)
Alberta #	3 447 (64,9)	1 866 (35,1)	s/o	s/o	1 410 (68,0)	664 (32,0)	17 347 (64,8)	9 415 (35,2)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	1 998 (100,0)	s/o

[30] Quelques clients ont été admis à plusieurs établissements; ils pourraient donc être comptés séparément dans ces catégories et une seule fois dans le total général.

[31] Les incohérences résultent de données n'ayant pas été fournies.

Tableau 15. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'interne, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador **		24 (3,0)	158 (20,0)	222 (28,1)	126 (16,0)	159 (20,2)	85 (10,8)	15 (1,9)
Île-du-Prince-Édouard		12 (1,2)	277 (28,2)	261 (26,6)	160 (16,3)	167 (17,0)	81 (8,2)	24 (2,4)
Nouvelle-Écosse		21 (0,4)	662 (13,7)	1 124 (23,3)	999 (20,7)	1 120 (23,2)	676 (14,0)	230 (4,8)
Nouveau-Brunswick	*	47 (1,5)	404 (13,1)	782 (25,4)	658 (21,3)	714 (23,2)	360 (11,7)	118 (3,8)
Ontario §	12 (0,0)	433 (1,1)	5 109 (12,7)	9 188 (22,8)	9 104 (22,6)	11 242 (27,8)	4 005 (9,9)	1 279 (3,2)
Manitoba[32] §§ ##	56 (3,7)	159 (10,5)	143 (9,4)	409 (27,0)	340 (22,4)	310 (20,4)	75 (4,9)	24 (1,6)
Saskatchewan †	89 (2,0)	394 (9,0)	614 (14,0)	1 247 (28,4)	963 (21,9)	742 (16,9)	277 (6,3)	72 (1,6)
Alberta ††	276 (2,3)	651 (5,5)	1 194 (10,1)	2 968 (25,2)	2 863 (24,3)	2 842 (24,2)	809 (6,9)	162 (1,4)
Yukon								
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Tableau 16. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'externe, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador **	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Île-du-Prince-Édouard			139 (20,1)	173 (25,0)	135 (19,5)	140 (20,3)	89 (12,9)	15 (2,2)
Nouvelle-Écosse			92 (16,5)	183 (32,7)	105 (18,8)	110 (19,7)	57 (10,2)	12 (2,1)
Nouveau-Brunswick	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Ontario §		21 (1,2)	194 (11,4)	472 (27,6)	431 (25,2)	392 (22,9)	155 (9,1)	44 (2,6)
Saskatchewan †	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Alberta ††	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

[32] Les données reportées pour les jeunes sont limitées. Aucune donnée reportée d'une agence (nbre =387) pour la prise en charge du sevrage à l'interne d'après le tableau 1.

Tableau 17. Épisodes de traitement à l'interne, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador **			20 (9,5)	55 (26,2)	57 (27,1)	40 (19,0)	32 (15,2)	6 (2,9)
Île-du-Prince-Édouard		12 (8,6)	42 (30,2)	26 (18,7)	22 (15,8)	21 (15,1)	13 (9,4)	*
Nouvelle-Écosse	*	34 (7,1)	62 (12,9)	108 (22,5)	100 (20,9)	74 (15,4)	83 (17,3)	17 (3,5)
Nouveau-Brunswick	13 (3,5)		17 (4,6)	87 (23,4)	101 (27,2)	99 (26,6)	45 (12,1)	10 (2,7)
Ontario §	33 (0,3)	279 (2,8)	1 565 (15,7)	2 907 (29,2)	2 345 (23,5)	2 121 (21,3)	630 (6,3)	83 (0,8)
Manitoba[33]	36 (1,5)	177 (7,2)	414 (16,7)	857 (34,6)	544 (22,0)	320 (12,9)	104 (4,2)	23 (0,9)
Saskatchewan †	41 (2,4)	195 (11,4)	266 (15,3)	493 (28,3)	356 (20,4)	274 (15,7)	95 (5,5)	22 (1,3)
Alberta ††	16 (0,3)	116 (2,3)	844 (16,5)	1 644 (32,1)	1 194 (23,3)	995 (19,4)	273 (5,3)	38 (0,7)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Tableau 18. Épisodes de traitement à l'externe, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador **	5 (0,3)	37 (2,1)	280 (15,5)	564 (31,3)	369 (20,5)	298 (16,5)	191 (10,6)	57 (3,2)
Île-du-Prince-Édouard	58 (5,0)	173 (14,8)	283 (24,2)	248 (21,2)	152 (13,0)	165 (14,1)	79 (6,8)	11 (0,9)
Nouvelle-Écosse	68 (1,0)	459 (6,9)	1 158 (17,5)	1 532 (23,2)	1 254 (19,0)	1 229 (18,6)	674 (10,2)	232 (3,5)
Nouveau-Brunswick	184 (3,2)	1 334 (23,5)	1 079 (19,0)	1 034 (18,2)	839 (14,8)	772 (13,6)	330 (5,8)	105 (1,8)
Ontario §	1 994 (2,9)	6 388 (9,2)	11 604 (16,8)	17 398 (25,2)	13 841 (20,0)	12 051 (17,4)	4 577 (6,6)	1 248 (1,8)
Manitoba §§ ##	361 (3,2)	1 372 (12,1)	2 297 (20,3)	3 158 (28,0)	2 078 (18,4)	1 423 (12,6)	501 (4,4)	103 (0,9)
Saskatchewan †	374 (2,7)	1 324 (9,6)	2 999 (21,8)	3 814 (27,7)	2 517 (18,3)	1 923 (14,0)	652 (4,7)	161 (1,2)
Alberta ††	938 (3,0)	2 850 (9,2)	5 662 (18,3)	8 596 (27,8)	6 182 (20,0)	4 766 (15,4)	1 599 (5,2)	366 (1,2)
SCC	s/o	s/o	348 (16,9)	735 (35,6)	539 (26,1)	361 (17,5)	71 (3,4)	10 (0,5)

[33] Aucune donnée d'une agence (n^{bre}=235). N'inclut pas les données reportées.

Tableau 19. Épisodes de traitement pour les bénéficiaires ayant un domicile fixe, selon la catégorie de services, 2011–2012

Autorité administrative	Prise en charge du sevrage à l'interne		Prise en charge du sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre	%
Terre-Neuve-et-Labrador ‡‡	706	89,5	s/o		184	87,6	1 596	87,8
Nouvelle-Écosse	s/o		s/o		s/o		s/o	
Nouveau-Brunswick	s/o		s/o		s/o		s/o	
Ontario §	28 023	69,4	1 570	91,9	8 665	87,0	64 763	93,7
Manitoba §§ ##	585	97,2	X		618	64,8	717	85,5
Saskatchewan	s/o		s/o		s/o		s/o	
Alberta #	10 063	99,9	s/o		4 876	95,1	27 617	89,2
Yukon	s/o		s/o		s/o		s/o	
SCC[34]	s/o		s/o		s/o		992	52,6

Tableau 20. Épisodes de traitement pour les bénéficiaires sans domicile fixe, selon la catégorie de services, 2011–2012

Autorité administrative	Prise en charge du sevrage à l'interne		Prise en charge du sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	nbre	%	nbre	%	nbre	%	nbre	%
Terre-Neuve-et-Labrador ‡‡	83	10,5	s/o		26	12,4	221	12,2
Nouvelle-Écosse	s/o		s/o		s/o		s/o	
Nouveau-Brunswick	s/o		s/o		s/o		s/o	
Ontario §	12 349	30,6	139	8,1	1 298	13,0	4 338	6,3
Manitoba §§ ##	17	2,8			336	35,2	122	14,5
Saskatchewan	s/o		s/o		s/o		s/o	
Alberta #	8	0,1	s/o		253	4,9	3 342	10,8
Yukon	s/o		s/o		s/o		s/o	
SCC[34]	s/o		s/o		s/o		895	47,4

[34] Les données pour le logement ne sont disponibles que pour 1 887 épisodes et 1 826 bénéficiaires.

Tableau 21. Bénéficiaires uniques de services de prise en charge du sevrage à l'interne, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ‡‡		21 (7,3)	81 (28,1)	93 (32,3)	54 (18,8)	39 (13,5)		
Île-du-Prince-Édouard		7 (1,1)	165 (27,1)	155 (25,5)	112 (18,4)	99 (16,3)	59 (9,7)	12 (2,0)
Nouvelle-Écosse	s/o	*	177 (15,9)	277 (24,8)	239 (21,4)	227 (20,3)	131 (11,7)	61 (5,5)
Nouveau-Brunswick	*	35 (1,7)	309 (15,2)	550 (27,1)	439 (21,6)	422 (20,8)	199 (9,8)	74 (3,6)
Ontario §	8 (0,0)	293 (1,7)	2 929 (17,4)	4 524 (26,9)	3 807 (22,7)	3 642 (21,7)	1 296 (7,7)	300 (1,8)
Manitoba §§ ¶¶	56 (26,0)	159 (74,0)						
Saskatchewan ‡	70 (2,2)	312 (9,6)	495 (15,3)	911 (28,1)	691 (21,3)	525 (16,2)	186 (5,7)	51 (1,6)
Alberta #	204 (3,8)	480 (9,0)	627 (11,8)	1 339 (25,2)	1 120 (21,1)	1 138 (21,4)	331 (6,2)	79 (1,5)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Tableau 22. Bénéficiaires uniques de services de prise en charge du sevrage à l'externe, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ‡‡	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Île-du-Prince-Édouard			104 (18,9)	139 (25,3)	108 (19,6)	116 (21,1)	69 (12,5)	14 (2,5)
Nouvelle-Écosse	s/o	s/o	31 (17,3)	54 (30,2)	34 (19,0)	38 (21,2)	17 (9,5)	5 (2,8)
Nouveau-Brunswick	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Ontario §		21 (1,4)	185 (11,9)	430 (27,7)	386 (24,9)	352 (22,7)	139 (9,0)	37 (2,4)
Saskatchewan ‡	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Alberta #	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Tableau 23. Bénéficiaires uniques de services de traitement à l'interne, selon l'âge, 2011–2012

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ‡‡			20 (9,5)	55 (26,1)	58 (27,5)	40 (19,0)	32 (15,2)	6 (2,8)
Île-du-Prince-Édouard		12 (9,1)	41 (31,1)	24 (18,2)	21 (15,9)	19 (14,4)	12 (9,1)	*
Nouvelle-Écosse	*	10 (6,8)	18 (12,2)	33 (22,4)	26 (17,7)	35 (23,8)	20 (13,6)	*
Nouveau-Brunswick	13 (3,9)		16 (4,8)	76 (22,9)	92 (27,7)	87 (26,2)	38 (11,4)	10 (3,0)
Ontario §	32 (0,4)	264 (3,0)	1 352 (15,4)	2 549 (29,1)	2 061 (23,5)	1 859 (21,2)	572 (6,5)	74 (0,8)
Manitoba §§ ¶¶	29 (1,3)	131 (5,8)	398 (17,7)	776 (34,6)	509 (22,7)	288 (12,8)	94 (4,2)	21 (0,9)
Saskatchewan ‡	39 (2,3)	181 (10,9)	251 (15,1)	477 (28,7)	342 (20,6)	262 (15,7)	91 (5,5)	21 (1,3)
Alberta #	13 (0,6)	108 (5,2)	211 (10,2)	627 (30,2)	492 (23,7)	466 (22,4)	139 (6,7)	21 (1,0)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Tableau 24. Bénéficiaires uniques de services de traitement à l'externe, selon l'âge, 2011–2012

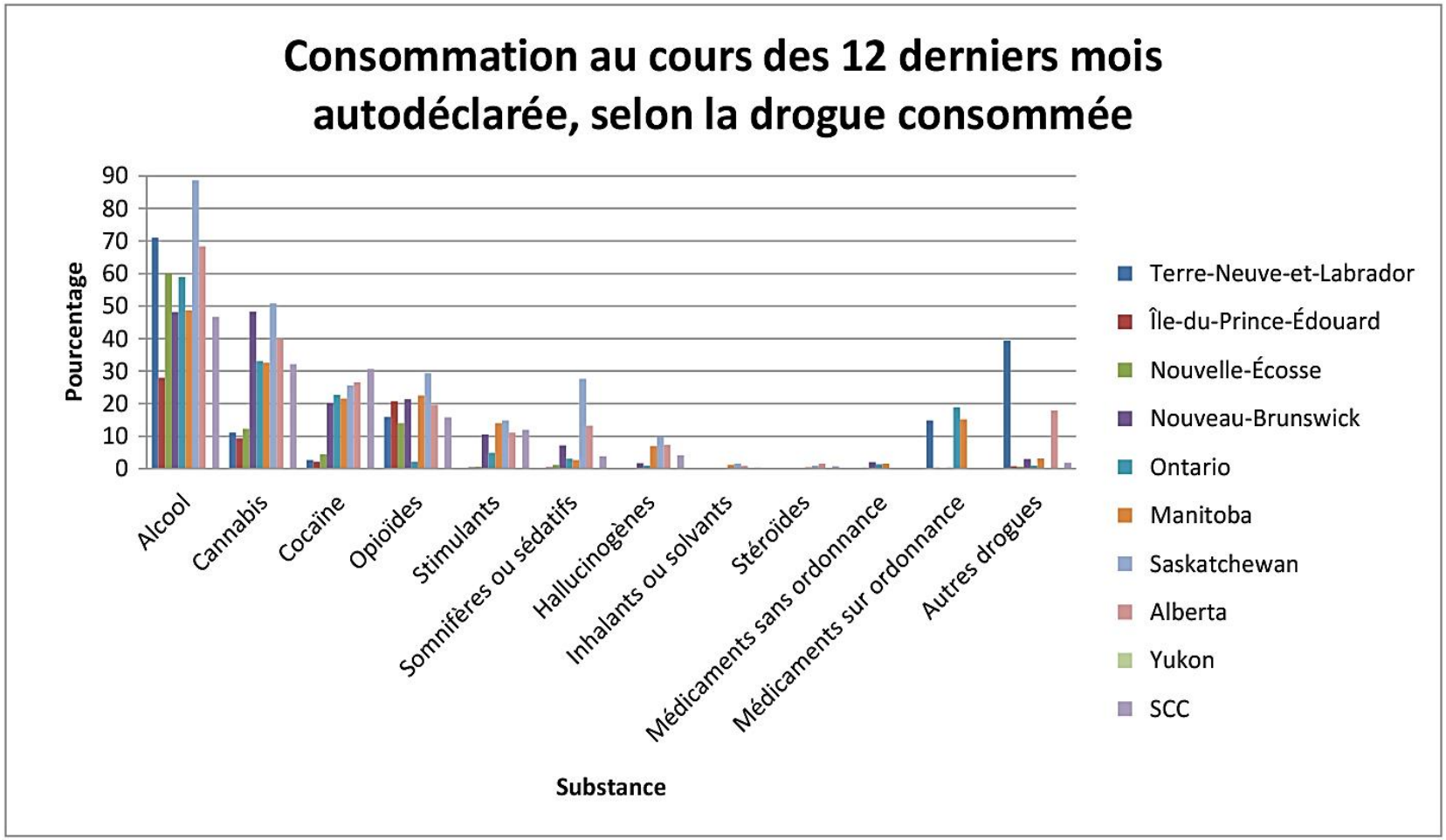
Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 nbre (%)	15–17 nbre (%)	18–24 nbre (%)	25–34 nbre (%)	35–44 nbre (%)	45–54 nbre (%)	55–64 nbre (%)	65+ nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ‡‡	5 (0,3)	37 (2,1)	272 (15,5)	541 (30,9)	360 (20,5)	293 (16,7)	188 (10,7)	57 (3,3)
Île-du-Prince-Édouard	50 (4,6)	157 (14,6)	255 (23,7)	227 (21,1)	146 (13,6)	156 (14,5)	73 (6,8)	12 (1,1)
Nouvelle-Écosse	62 (1,1)	402 (7,3)	1 014 (18,4)	1 278 (23,2)	1 025 (18,6)	1 006 (18,2)	541 (9,8)	188 (3,4)
Nouveau-Brunswick	170 (3,8)	1 122 (24,8)	854 (18,9)	785 (17,3)	663 (14,6)	582 (12,9)	267 (5,9)	85 (1,9)
Ontario §	1 894 (3,4)	5 612 (10,0)	9 488 (17,0)	13 533 (24,2)	10 864 (19,4)	9 572 (17,1)	3 797 (6,8)	1 108 (2,0)
Manitoba §§ ¶¶	309 (3,9)	1 130 (14,2)	1 638 (20,5)	2 114 (26,5)	1 401 (17,6)	968 (12,1)	330 (4,1)	81 (1,0)
Saskatchewan ‡	340 (3,0)	1 138 (10,2)	2 498 (22,3)	3 068 (27,4)	1 999 (17,8)	1 507 (13,5)	516 (4,6)	133 (1,2)
Alberta #	848 (3,2)	2 440 (9,1)	4 863 (18,1)	7 526 (28,0)	5 322 (19,8)	4 123 (15,4)	1 398 (5,2)	319 (1,2)
SCC	s/o	s/o	326 (16,3)	717 (35,9)	525 (26,3)	350 (17,5)	70 (3,5)	10 (0,5)

Tableau 25. Bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement et de situation résidentielle, 2011–2012

Autorité administrative	Prise en charge du sevrage à l'interne		Prise en charge du sevrage à l'externe		Traitement à l'interne		Traitement à l'externe	
	Avec domicile fixe nbre (%)	Sans domicile fixe nbre (%)	Avec domicile fixe nbre (%)	Sans domicile fixe nbre (%)	Avec domicile fixe nbre (%)	Sans domicile fixe nbre (%)	Avec domicile fixe nbre (%)	Sans domicile fixe nbre (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ‡‡	303 (91,5)	28 (8,5)	s/o	s/o	183 (87,6)	26 (12,4)	1 556 (88,0)	213 (12,0)
Nouvelle-Écosse	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Nouveau-Brunswick	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Ontario §	13 982 (83,2)	2 817 (16,8)	1 430 (92,3)	120 (7,7)	7 745 (88,4)	1 018 (11,6)	53 195 (95,2)	2 673 (4,8)
Manitoba §§ ##	620 (61,2)	393 (38,8)			593 (64,5)	326 (35,5)	703 (85,9)	115 (14,1)
Saskatchewan	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Alberta #	4 353 (81,9)	965 (18,1)	s/o	s/o	1 899 (91,4)	178 (8,6)	23 868 (88,9)	2 971 (11,1)
SCC[35]	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	963 (52,7)	863 (47,3)

[35] Les données pour le logement ne sont disponibles que pour 1 887 épisodes et 1 826 bénéficiaires.

Figure 4. Consommation au cours des 12 derniers mois autodéclarée, selon la drogue consommée, 2011–2012[36]



[36] Dans le cas du Manitoba, les données proviennent exclusivement de la FMLD.

Figure 5. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012 †

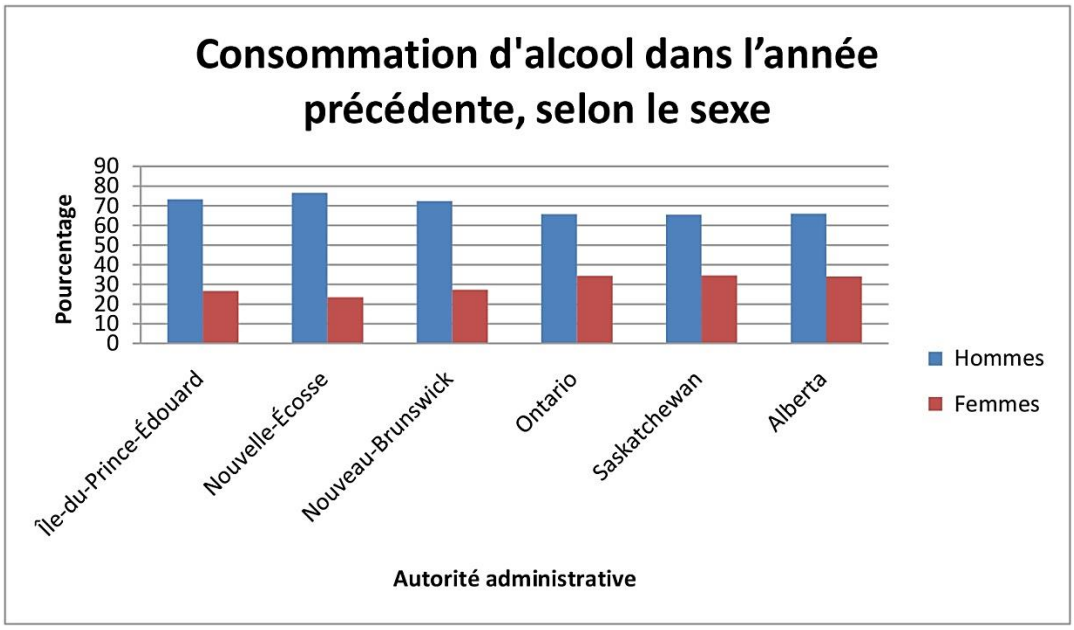


Figure 6. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

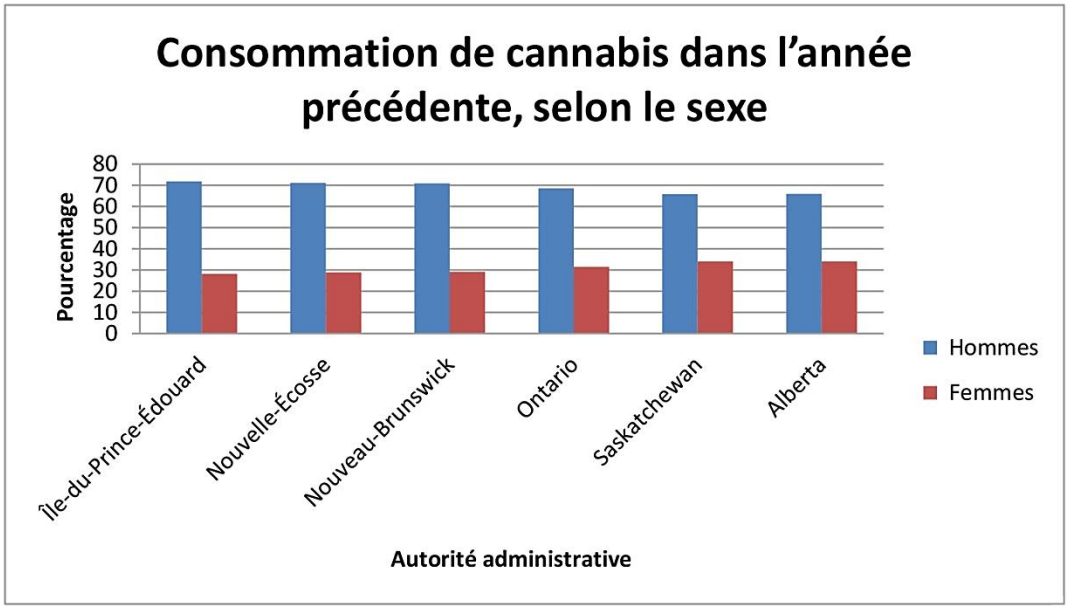


Figure 7. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé de la cocaïne au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012, 2011–2012

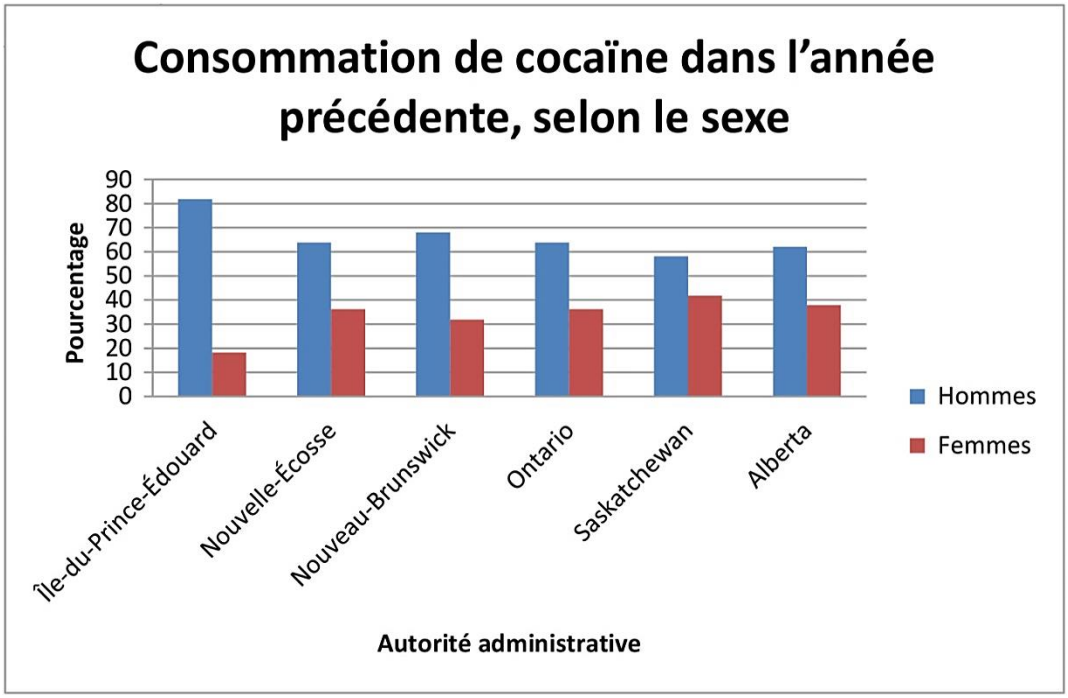


Figure 8. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des opioïdes au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

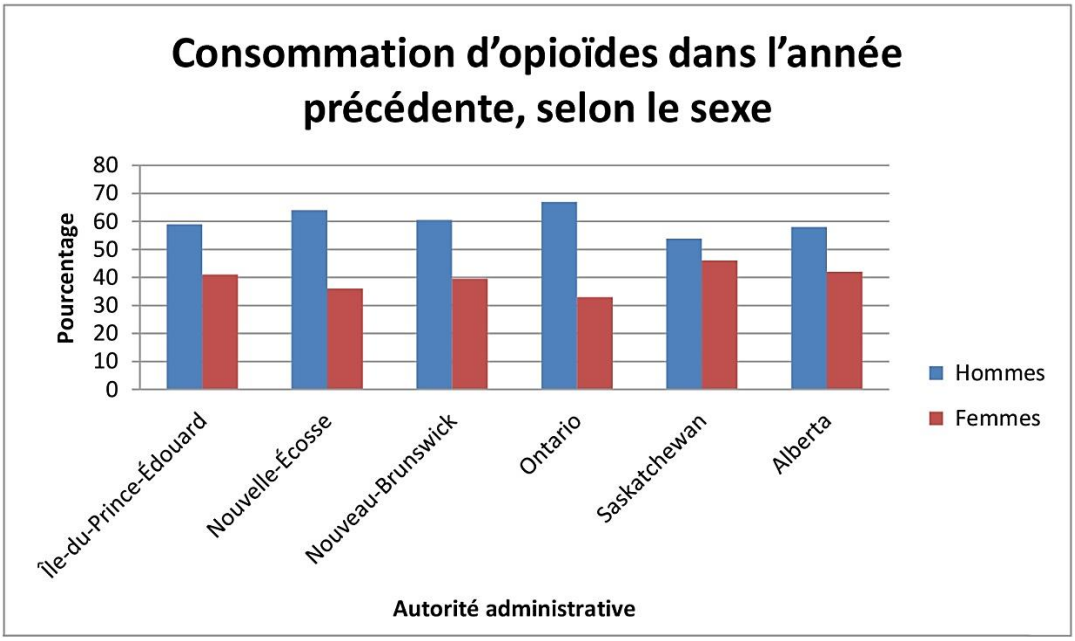


Figure 9. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des stimulants au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

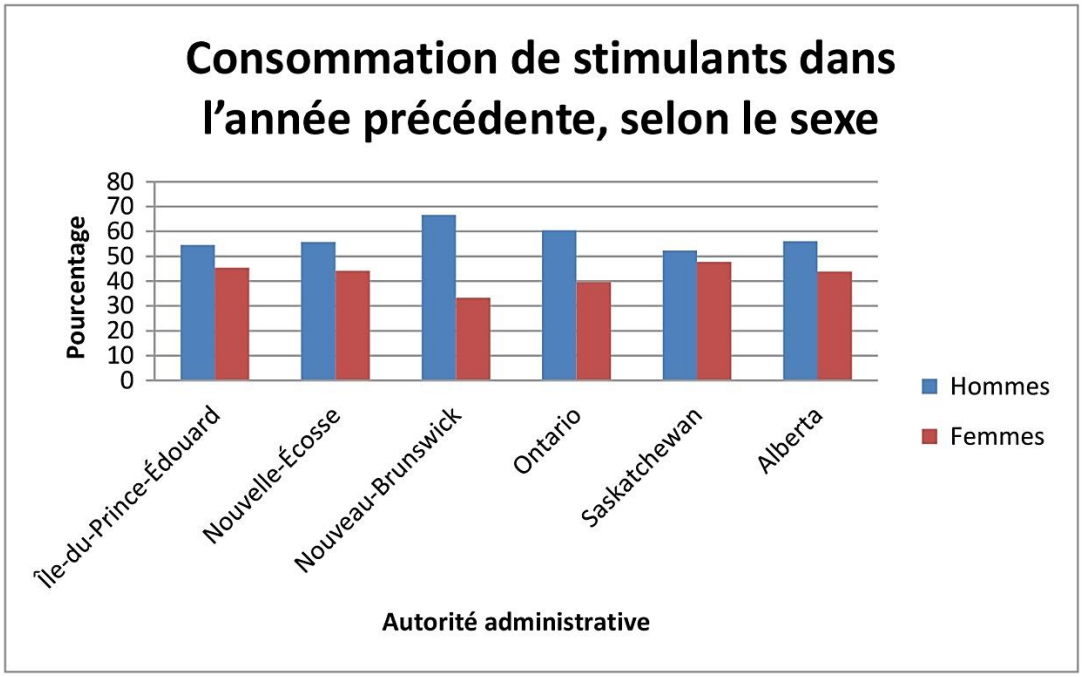


Figure 10. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des somnifères ou des sédatifs au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

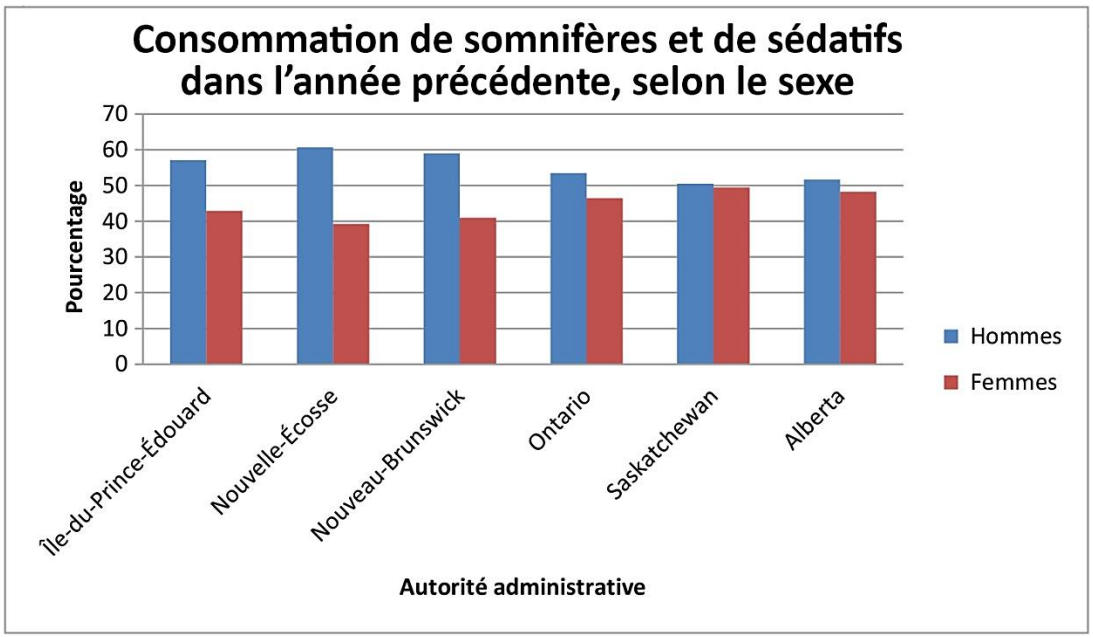


Figure 11. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des hallucinogènes au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

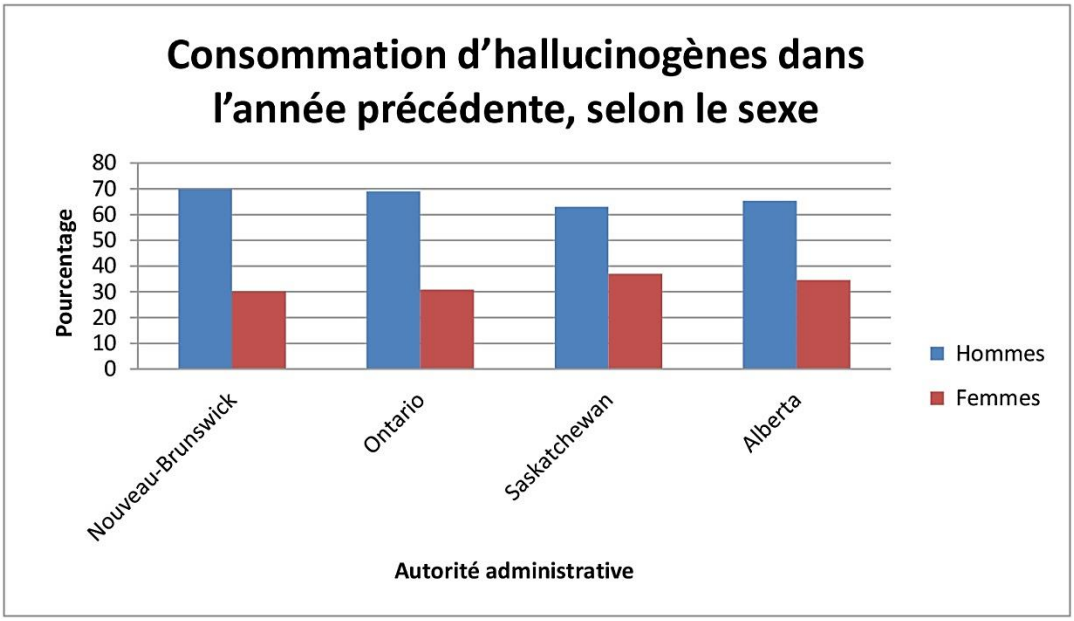


Figure 12. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des inhalants au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

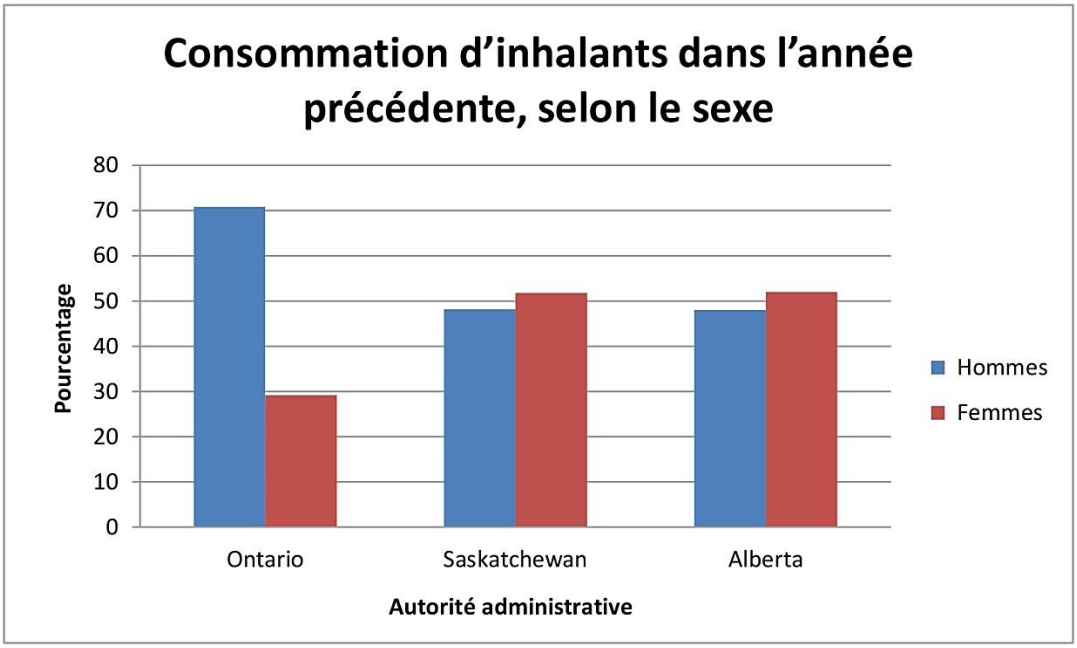


Figure 13. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des stéroïdes au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

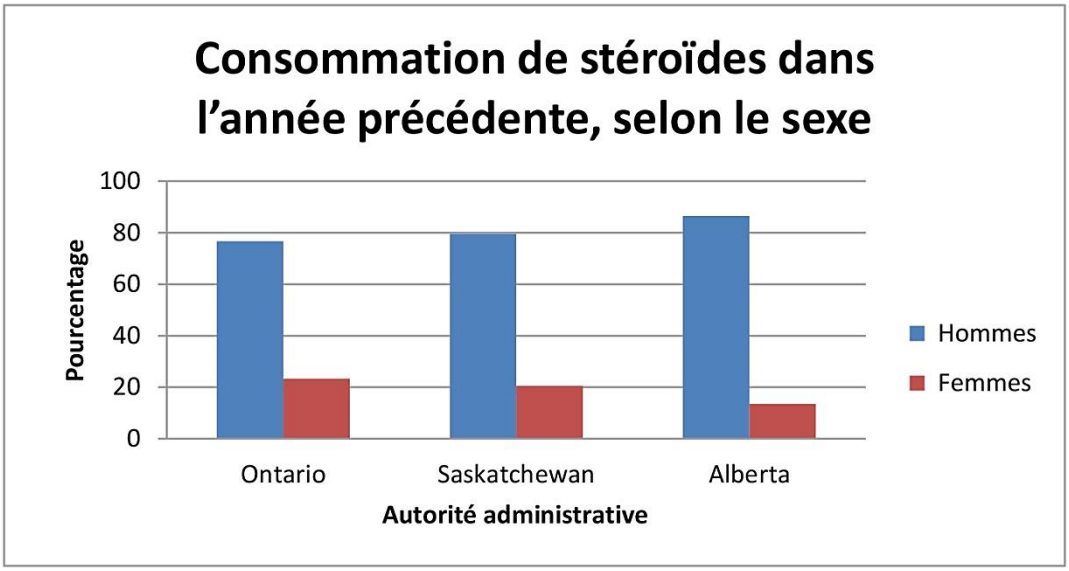


Figure 14. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des médicaments sans ordonnance au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

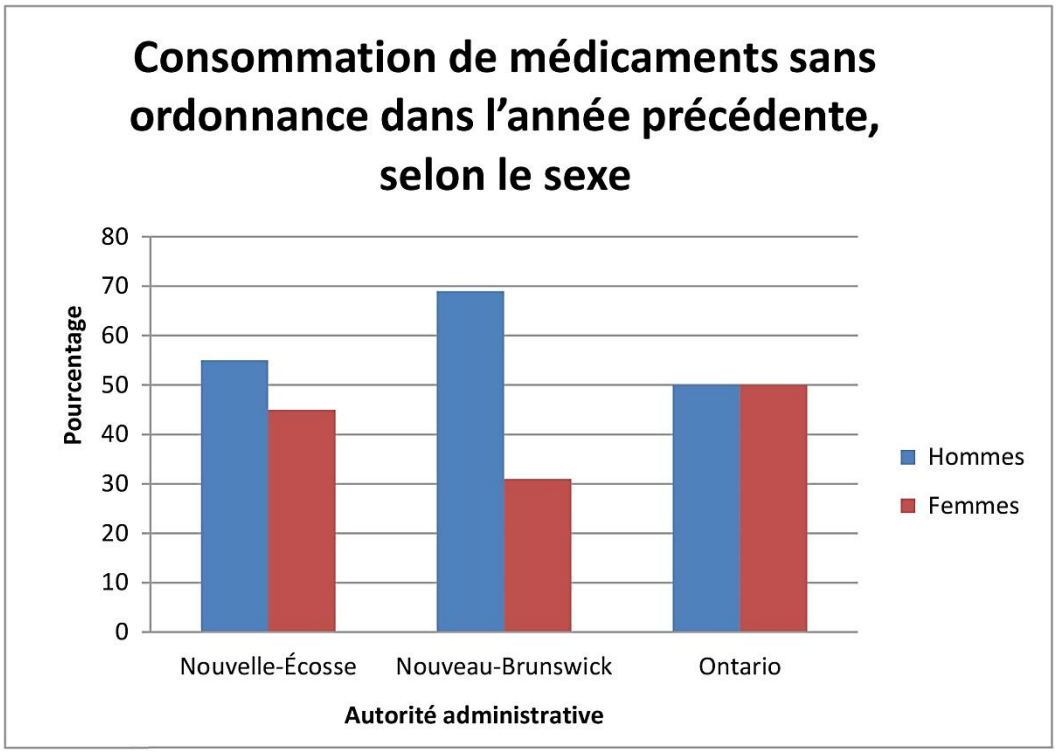


Figure 15. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé des médicaments sur ordonnance au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012

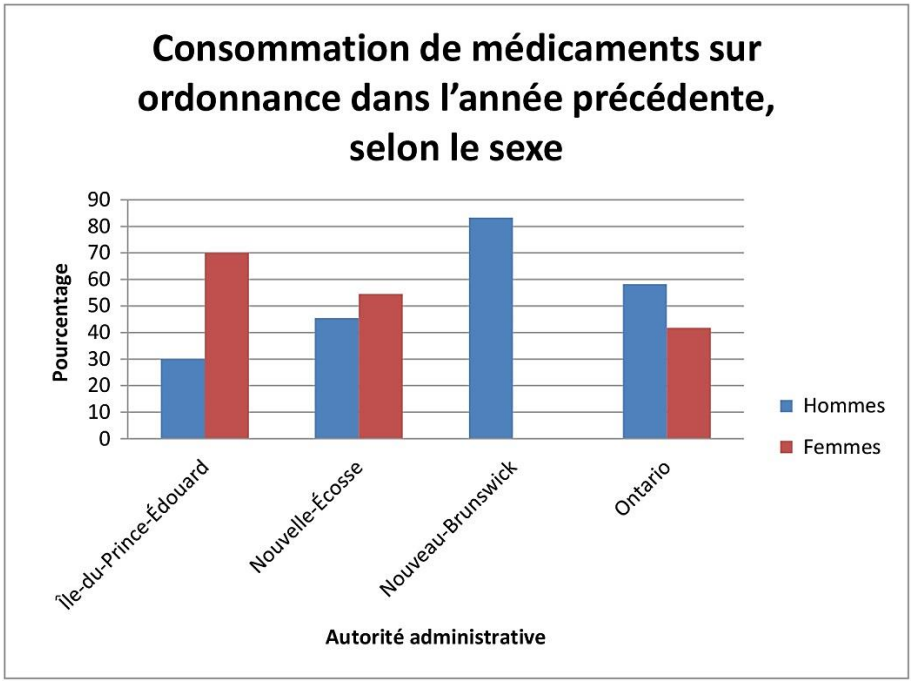
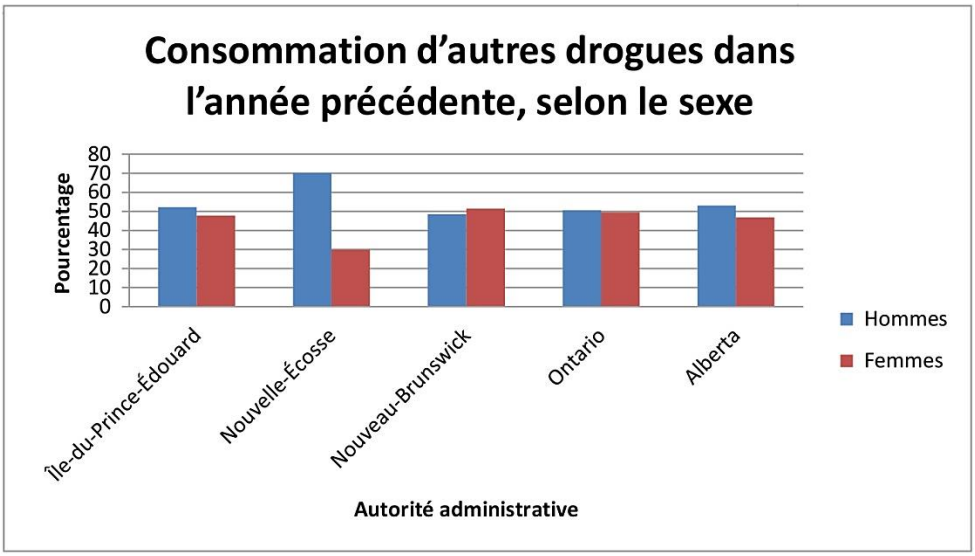


Figure 16. Pourcentage de bénéficiaires uniques ayant déclaré avoir consommé d'autres drogues au cours des 12 mois précédant le traitement, selon le sexe, 2011–2012[37]



[37] Les incohérences pour Terre-Neuve-et-Labrador résultent de clients qui n'ont pas fourni de date de naissance.

Figure 17. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012[38]

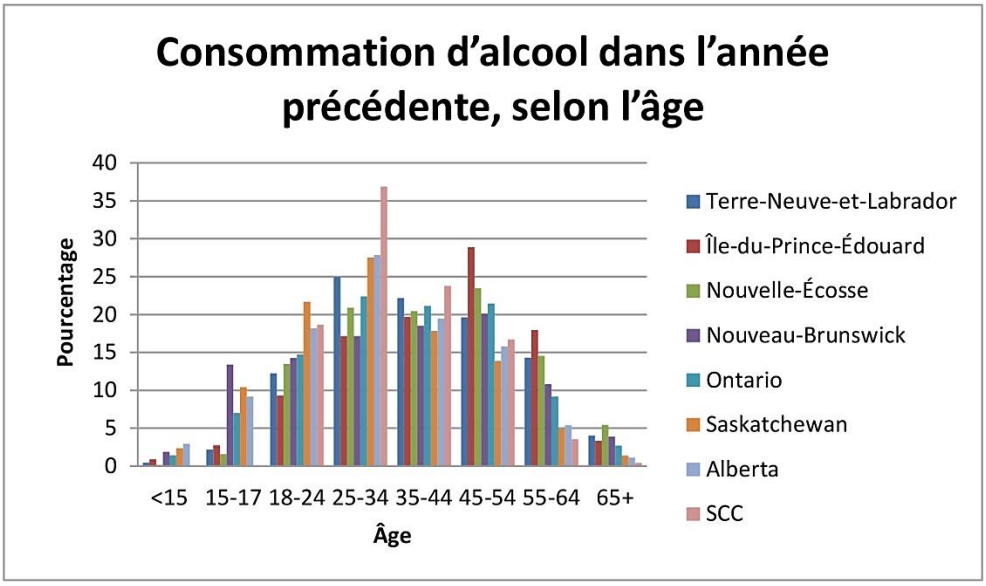
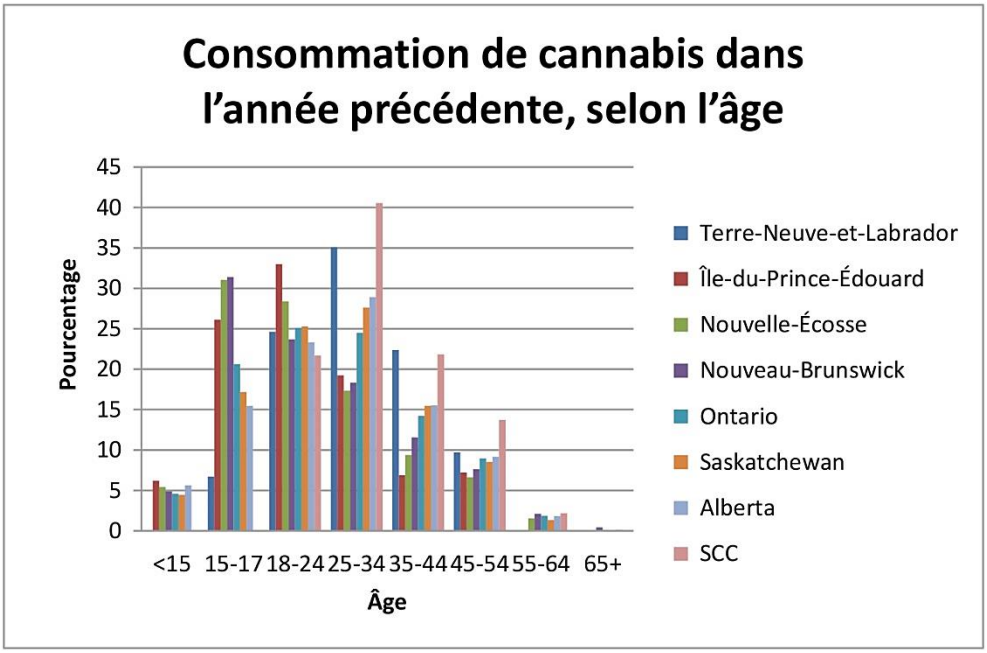


Figure 18. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012[39]



[38] Les incohérences pour Terre-Neuve-et-Labrador résultent de clients qui n'ont pas fourni de date de naissance. Pour la Saskatchewan, les incohérences résultent d'un manque de données.

[39] Dans le cas de la Saskatchewan, les incohérences résultent de données manquantes.

Figure 19. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012[40]

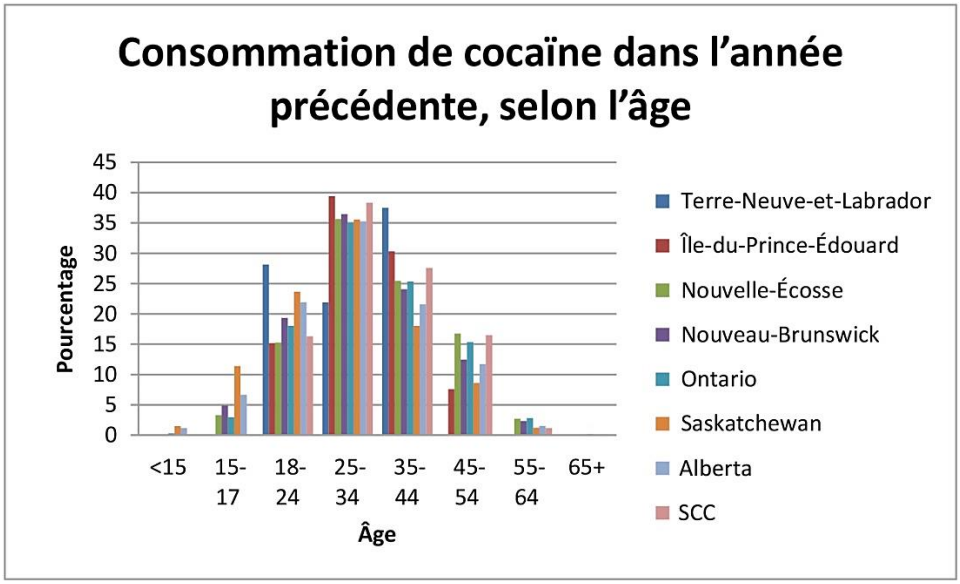
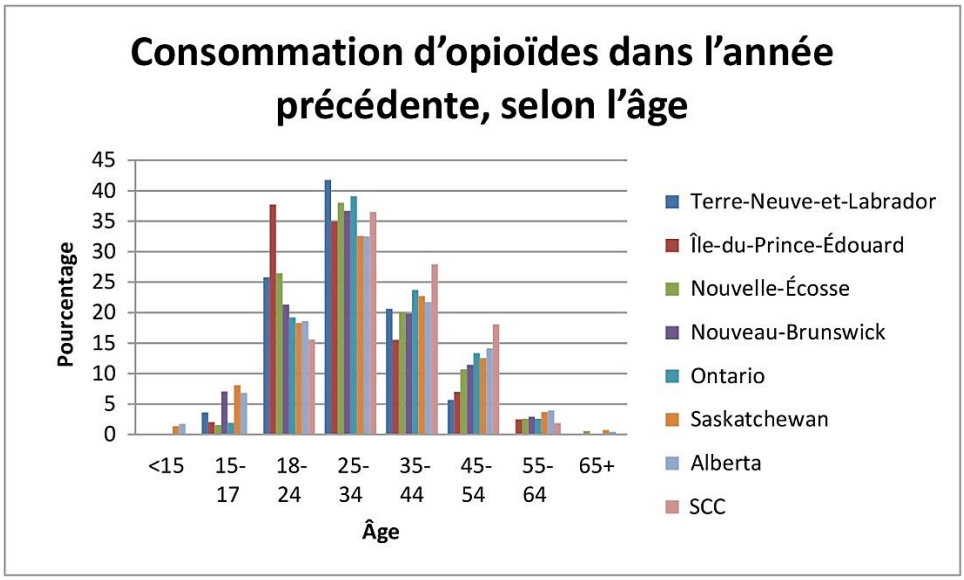


Figure 20. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des opioïdes au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012[41]



[40] Les incohérences pour Terre-Neuve-et-Labrador résultent de clients qui n'ont pas fourni de date de naissance. Pour la Saskatchewan, les incohérences résultent d'un manque de données.

[41] Dans le cas de la Saskatchewan, les incohérences résultent d'un manque de données.

Figure 21. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des stimulants au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012

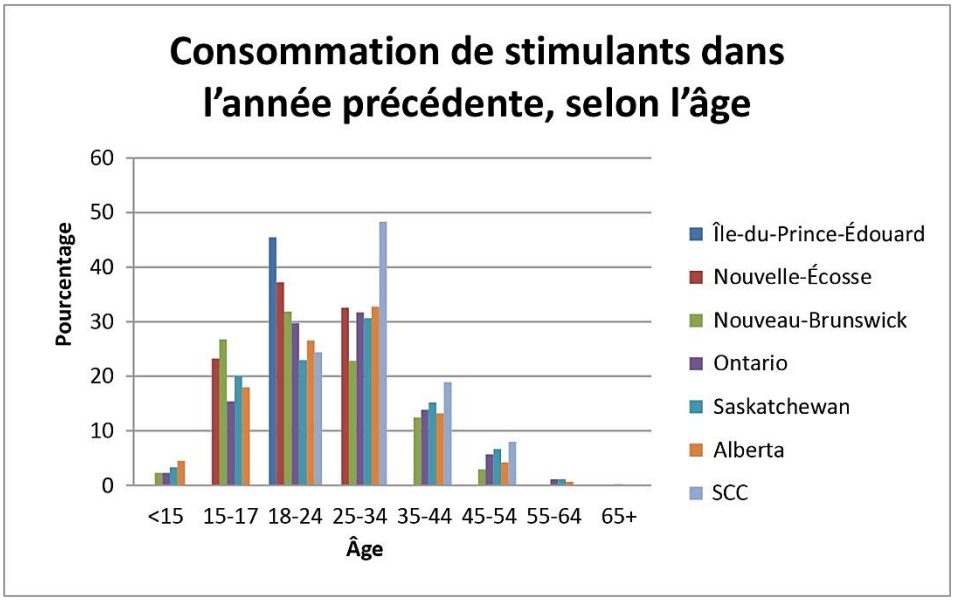


Figure 22. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des somnifères et des sédatifs au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012

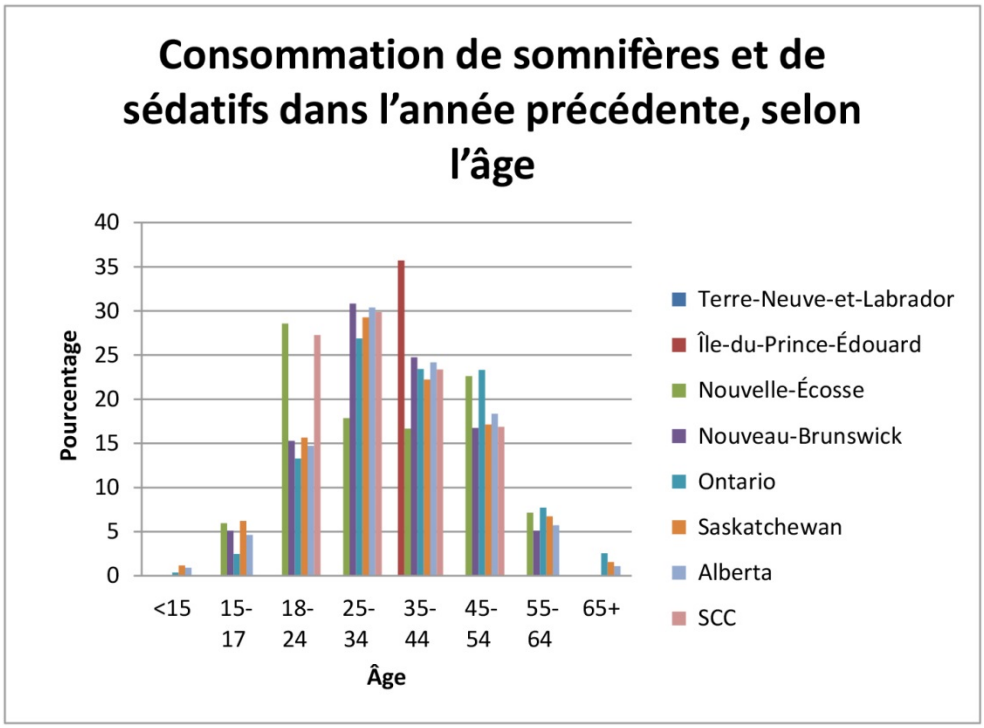


Figure 23. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des hallucinogènes au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012

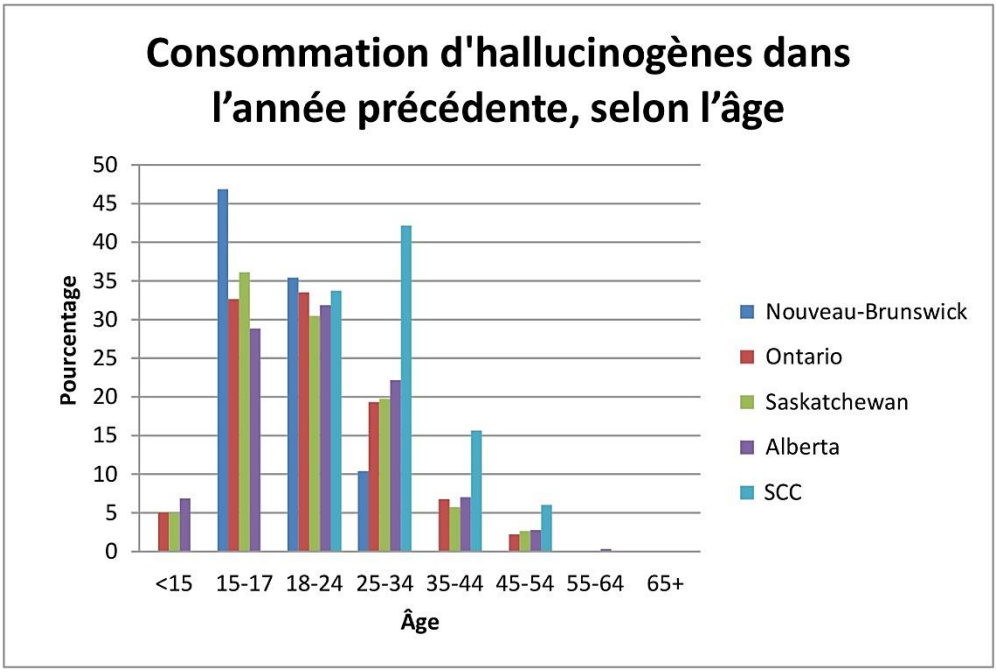


Figure 24. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des inhalants ou des solvants au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012

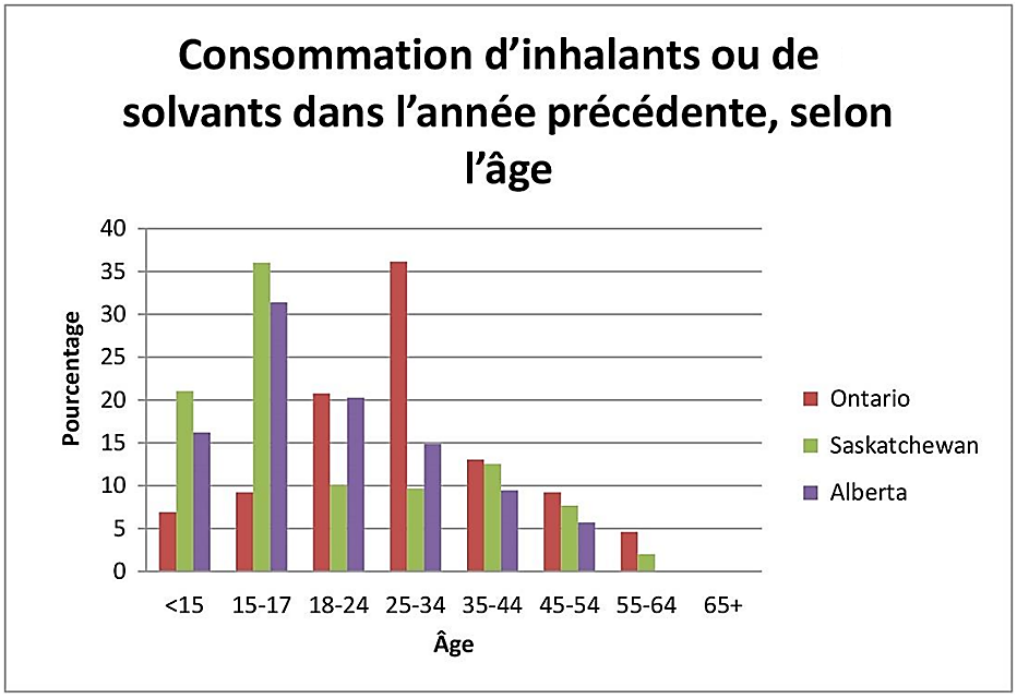


Figure 25. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des stéroïdes au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012

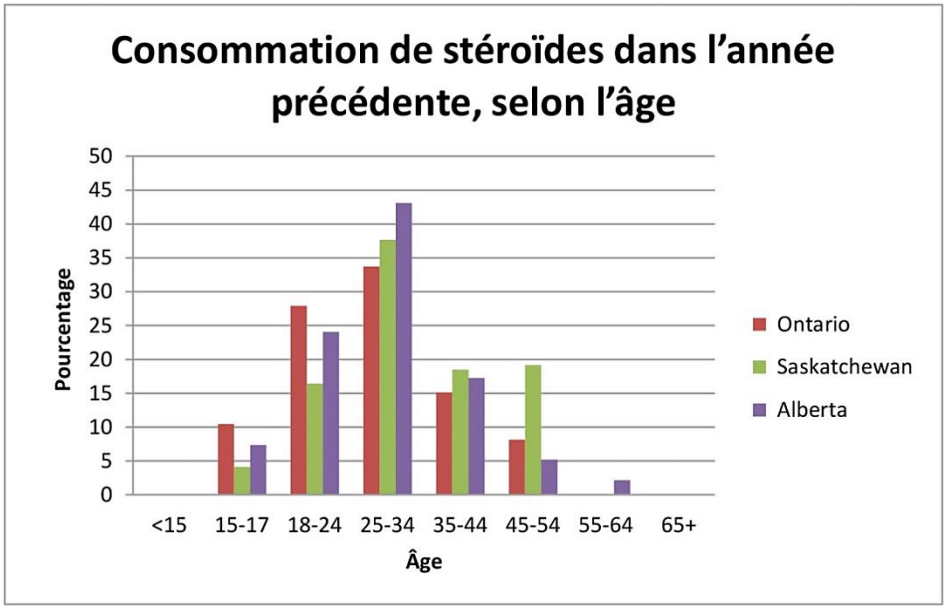


Figure 26. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des médicaments sans ordonnance au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012

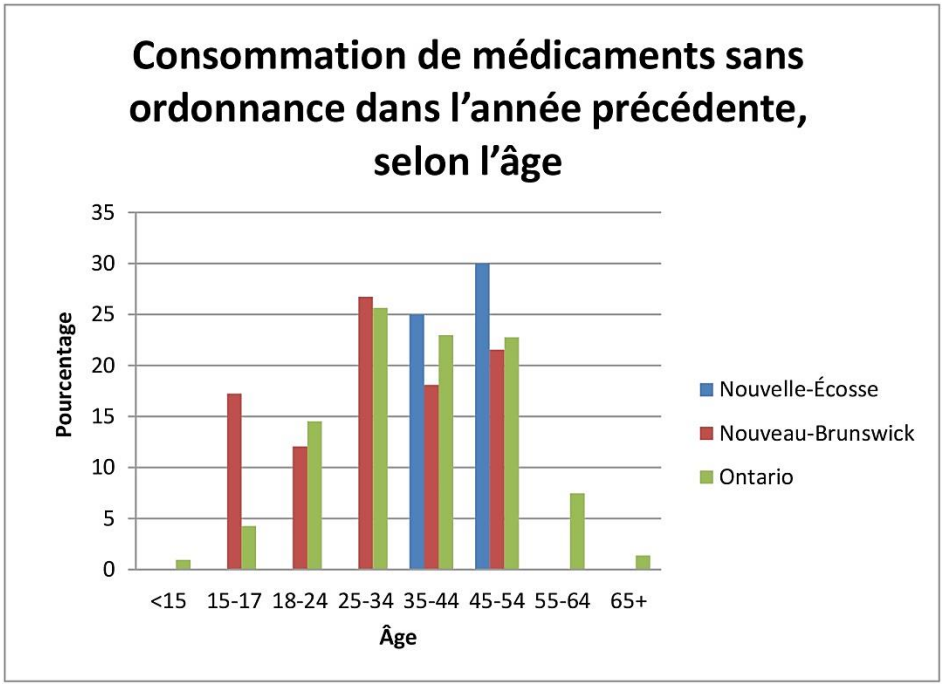


Figure 27. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé des médicaments sur ordonnance au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012

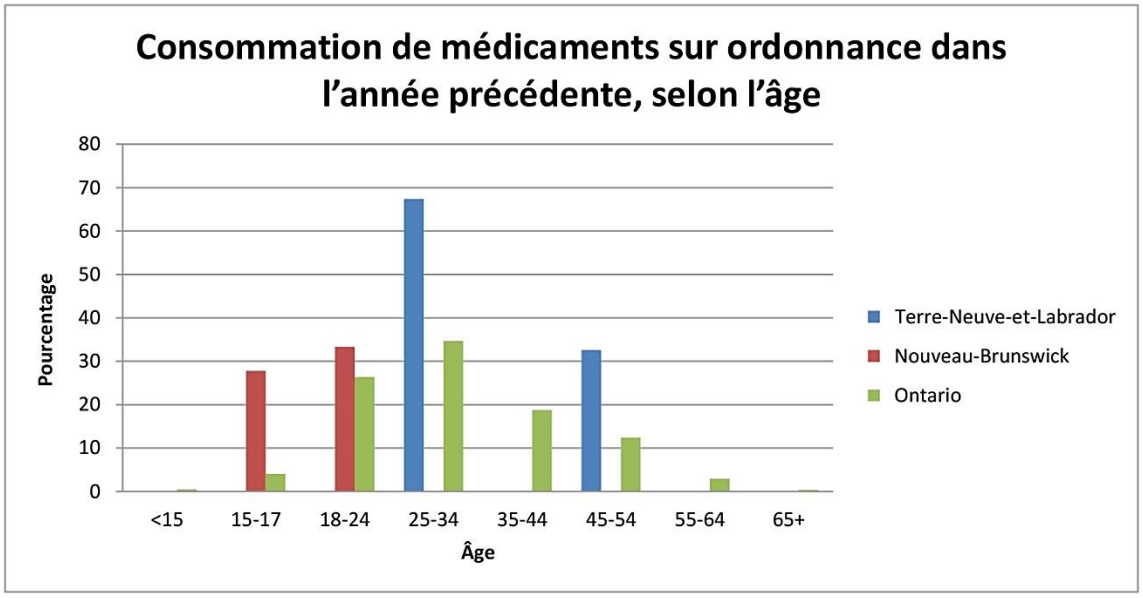
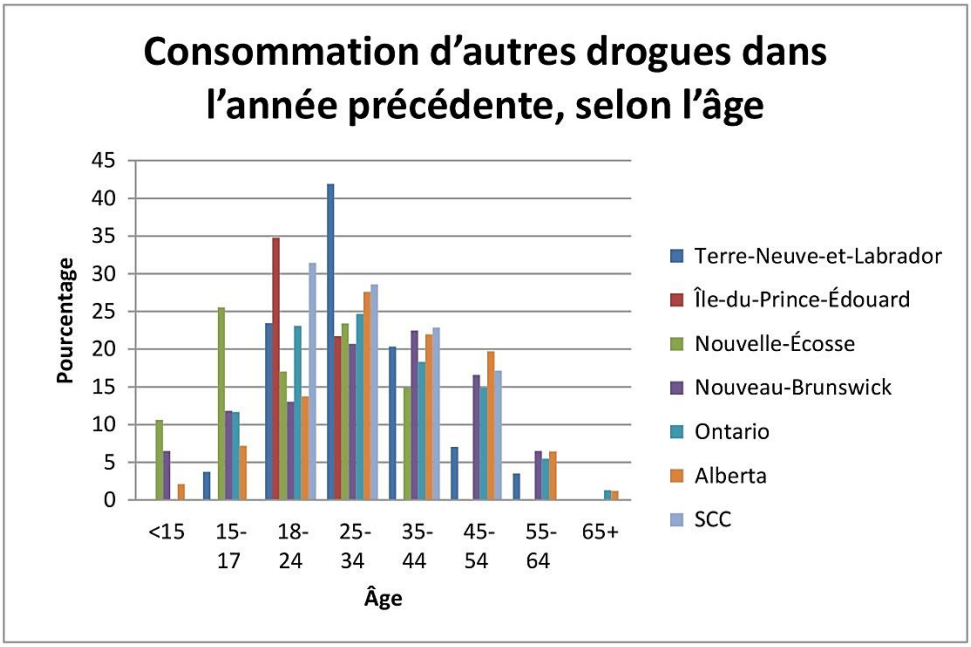



Figure 28. Pourcentage de bénéficiaires de services publics de traitement spécialisé ayant déclaré avoir consommé d'autres drogues au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2011–2012