



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 2010–2011

26 mars 2013



Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement

Données de 2010-2011

26 mars 2013

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

Citation proposée : Pirie, T., R. Jesseman et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2010-2011*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.

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: 2010–2011 Data.

ISBN 978-1-927467-52-7



Résumé

La toxicomanie représente un problème important sur le plan socioéconomique et de la santé au Canada : on estime en effet ses coûts à 40 milliards de dollars par année (Rehm et coll., 2006). Il est avantageux d'investir dans les soutiens et les services fondés sur des données probantes, car ces mesures sont un moyen efficace d'alléger le fardeau de la consommation de substances. Bien que les provinces, les territoires et les organismes fédéraux recueillent tous des données sur leurs propres systèmes de traitement, les lignes directrices et définitions qu'ils utilisent varient considérablement. Le manque de données comparables signifie qu'il n'existe aucune source d'information fiable qui puisse être utilisée pour cerner les tendances systémiques en matière de services offerts et de populations desservies, et pour prendre des mesures à cet égard. Par ailleurs, les disparités dans les renseignements fournis par les diverses autorités limitent également la capacité du Canada à fournir des données significatives aux initiatives s'attaquant aux conséquences pour la santé et la société de la consommation de substances à l'échelle mondiale.

Il faut donc recueillir des données de meilleure qualité de façon plus systématique à tous les échelons afin de justifier les investissements requis pour répondre efficacement aux besoins des Canadiens et réagir aux dernières tendances et connaissances dans les traitements et les services liés à la consommation. Des données de qualité sont nécessaires pour :

- Justifier les investissements dans les services de traitement de la consommation en démontrant l'étendue du système et la variété de sa clientèle;
- Mieux évaluer les capacités des systèmes à tous les niveaux à répondre à la demande et déterminer quels sont les obstacles rencontrés par certaines populations;
- Mesurer et contrôler l'incidence qu'auront les changements apportés au système;
- Faciliter l'évaluation de programmes ou de stratégies spécifiques à l'échelle régionale, provinciale, territoriale ou nationale;
- Aider à déterminer les tendances dans les caractéristiques des utilisateurs de services;
- Fournir un indicateur des nouveaux profils de consommation et des problèmes qui en découlent;
- Guider et faciliter, par une collaboration et communication accrues, la planification et le développement continu de vastes systèmes d'information sur la santé et les services sociaux;
- Permettre de faire des comparaisons valides entre les niveaux nationaux et juridictionnels en vue d'une amélioration de la qualité et d'une meilleure planification;
- Fournir des renseignements pancanadiens fiables aux initiatives internationales de collecte de données.

Le projet d'indicateurs nationaux de traitement (INT) vise à fournir un portrait complet du traitement de la consommation de substances au Canada. Les données présentées dans le rapport illustrent la mine d'information potentielle qui pourrait être rendue disponible grâce à une collecte de données améliorée et à une participation accrue au projet.

Les indicateurs nationaux de traitement contribuent à la collecte de l'information systémique nécessaire pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer une approche factuelle du problème de la consommation de substances au Canada en :

- Fournissant le premier tableau pancanadien sur l'utilisation du système de traitement grâce aux données recueillies en fonction de catégories communes;



- Fournissant une source d'information centrale et accessible qui permet aux intervenants, qu'ils œuvrent ou non dans le domaine de la toxicomanie, de découvrir les données actuelles sur le système de traitement national;
- Établissant la capacité du Canada de fournir de l'information fiable et utile sur les services en toxicomanie pour appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes à l'échelle régionale, provinciale, territoriale et nationale;
- Facilitant la collaboration et l'échange de connaissances entre le Canada et les autres pays et les organismes internationaux et en offrant une source de données centrale à l'échelle nationale.

Le deuxième rapport annuel sur les INT fournit des données provenant de huit provinces, d'un territoire et d'un ministère fédéral pour l'exercice financier 2010-2011. La portée du rapport est accrue grâce à l'ajout de données du Yukon, du Manitoba et de Terre-Neuve-et-Labrador, et à l'ajout d'un nouvel indicateur, soit les données sur l'utilisation des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA). Pour une seconde année, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta ont fourni des données sur les services de traitement offerts à l'échelle provinciale. Le Service correctionnel du Canada (SCC) a fourni des données sur le groupe des détenus pour les deux rapports.

Le présent rapport fournit des données sur les bénéficiaires uniques (nombre de personnes utilisant les services) et les épisodes de traitement (nombre de fois où les services ont été utilisés). Une personne peut avoir plus d'un épisode de traitement au cours de l'année; par conséquent, le nombre de personnes indique l'impact sur la population, alors que le nombre d'épisodes indique l'impact sur le système de traitement.

Les INT fournissent de l'information descriptive, à l'échelle des autorités administratives, sur les services de traitement au Canada et présentent cette information en fonction des critères suivants : le nombre de personnes ayant accès à des services spécialisés¹ financés à même les fonds publics et leurs caractéristiques démographiques de base (p. ex. âge, sexe). Le rapport présente les données en détail à l'intention des chercheurs et des analystes; le résumé et l'analyse fournissent de l'information à l'intention des dirigeants, des décideurs et des conseillers désirant appuyer la planification et la mise en œuvre des services ainsi que les communications.

Quelques faits saillants de ce rapport :

- Le nombre d'épisodes de traitement varie considérablement entre les autorités administratives au Canada, tout comme le nombre de bénéficiaires uniques ayant accès à de tels services.
- Au cours de 2010-2011, il y a eu moins d'épisodes relatifs aux problèmes de jeu que d'épisodes relatifs à la consommation de substances.
- Les services de traitement à l'externe (p. ex. traitement de jour) comptent pour la majorité des épisodes de traitement de la toxicomanie, soit d'environ 60 à 70 % dans la plupart des autorités administratives.
- Dans certains cas, soit entre 4 et 13 % des épisodes de traitement de la toxicomanie, les personnes qui demandent un traitement ne le font pas pour elles-mêmes, mais pour une autre personne, comme un membre de la famille. Ce taux est même plus élevé dans le cas du jeu et compte pour environ 20 % dans trois provinces.

¹ Ce rapport n'inclut pas de données provenant des services privés, des services de désintoxication rapide, des services de soins primaires ou des hôpitaux non spécialisés et des services communautaires.



- En moyenne, plus d'hommes que de femmes ont accès à des services de traitement spécialisés, et ce, dans toutes les catégories de services.
- En moyenne, les bénéficiaires âgés de 25 à 34 ans constituent la plus grande proportion de personnes utilisant les services de traitement de la toxicomanie (de 20 à 30 %). Le groupe d'âge 35-44 ans suit de près et représente de 17 à 25 % des utilisateurs.
- La majorité des bénéficiaires de services de traitement spécialisés qui ont fait usage de drogues injectables au cours de la dernière année sont des hommes (de 52 à 67 %).
- Plus de 80 % des personnes participant à des programmes relatifs à la CFA sont de sexe masculin; les hommes de 18 à 34 ans représentent le plus grand pourcentage de ces clients.

Ces résultats ont des répercussions sur le développement du système et l'allocation des ressources. Le présent rapport indique que dans la plupart des provinces, entre 0,5 et 1,5 % de la population a eu accès à un traitement spécialisé de la toxicomanie au cours de la dernière année – une estimation prudente, puisque le rapport ne tient pas compte des établissements privés ou des soins primaires. Ce chiffre illustre le fardeau que la toxicomanie fait peser sur les services de santé et les services sociaux au Canada. La proportion des épisodes de traitement en réponse à une demande d'aide pour un membre de la famille ou un ami aux prises avec un problème de toxicomanie peut atteindre 13 %; ce fait met en évidence les vastes conséquences de la toxicomanie et la nécessité d'offrir un traitement approprié.

La collecte de données pour le prochain rapport (exercice financier 2011-2012) est entreprise et tient compte de deux indicateurs additionnels : les substances consommées et la situation d'emploi. Ces ajouts permettront de faire davantage de liens avec d'autres rapports nationaux fournissant des données sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens (p. ex. l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues). Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) travaille aussi étroitement avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin de trouver des méthodes pour obtenir des données sur l'accès aux soins non spécialisés et aux services communautaires. À mesure que le projet d'INT progressera, le CCLT espère communiquer avec davantage de fournisseurs de services (p. ex. en milieu communautaire et hospitalier) dans le but de recueillir des données plus complètes reflétant le continuum complet des services offerts au Canada.

Étant donné que la participation au projet d'INT s'accroît et que des données plus systématiques sont recueillies, les prochains rapports seront moins descriptifs et deviendront plus analytiques (ils permettront par exemple de comparer des tendances au fil du temps et entre diverses autorités administratives). La plus grande portée de l'information fournie au cours des années ainsi que l'apport de ressources additionnelles permettront d'atteindre le but du projet d'INT : la production d'un tableau exhaustif sur l'utilisation des services afin d'orienter l'élaboration de politiques efficaces, l'allocation de ressources et la mise sur pied de services de traitement de la toxicomanie au Canada.





Table des matières

Liste d'acronymes	1
Introduction	3
Contexte administratif : Dresser un portrait national et international	5
Méthodologie.....	6
Résultats.....	9
Analyse	32
Conclusions et prochaines étapes.....	34
Bibliographie	35
Annexe A : Membres du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement.....	37
Annexe B : Indicateurs feux vert, jaune et rouge	38
Annexe C : Définitions	40
Annexe D : Administration des systèmes et collecte de données	42





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
RC CET	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 consommation de substances a d'importantes répercussions sur la santé, l'économie et la société au Canada : on estime en effet ses coûts à 40 milliards de dollars par année (Rehm et coll., 2006). Elle 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 de 2011, près de 10 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déjà pris une drogue illicite. De ce nombre, 17,6 % ont subi des méfaits suite à 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 Canada² associés aux effets chroniques et 13,1 %, aux effets aigus (Santé Canada, 2012).

Faire en sorte que les Canadiens aient accès à un système exhaustif de services et de soutiens efficaces et fondés sur des données probantes est un moyen de réduire les risques et les méfaits associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Pourtant, au lieu d'adopter une approche stratégique pour établir un tel système, on a souvent utilisé les investissements dans ce secteur en se contentant de reporter les allocations existantes ou de donner suite à des appels à l'action politique (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008).

Nous avons besoin de meilleures données, de données recueillies de façon plus méthodique à tous les niveaux, pour appuyer les investissements dans les services en toxicomanie – et faire en sorte que le système de traitement fonctionne avec efficacité et efficience, et ce, non seulement pour répondre aux besoins actuels des Canadiens, mais aussi être à l'affût des dernières tendances et du savoir évolutif. Les indicateurs nationaux de traitement (INT) ont été mis en place pour répondre à ce besoin. 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 pays³. En fournissant une source d'information centrale et accessible aux intervenants, qu'ils œuvrent ou non dans le domaine de la toxicomanie, les INT permettent de cerner les lacunes dans les données actuelles sur le système de traitement national et d'y remédier.

Le rapport s'adresse à un vaste public, notamment des chercheurs, des analystes, des dirigeants, des décideurs et des conseillers, qui ont besoin d'information pour appuyer la planification et la mise en œuvre des services ainsi que les communications. 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 faits par l'Institut canadien d'information sur la santé (2001), le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT, Thomas, 2005) et le Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement (2008), le projet d'indicateurs nationaux de traitement vise à fournir un portrait complet du recours aux services de traitement de la toxicomanie au Canada, de façon à combler l'écart entre les renseignements nécessaires au bon suivi du système canadien de traitement et les renseignements dont nous disposons présentement.

² Consulter les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* au www.cclt.ca.

³ Des renseignements sur la dépendance au jeu sont également fournis lorsqu'ils sont facilement accessibles.



Le projet est dirigé par le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (GTINT), qui a été formé en 2009 et regroupe des représentants des 10 provinces, d'un territoire (Yukon) et des ministères fédéraux assumant une responsabilité dans la prestation des traitements. Le GTINT entend élargir sa composition afin d'avoir des représentants de tout le Canada. (Pour obtenir plus d'information sur la composition du GTINT, veuillez consulter l'annexe A.)

Jusqu'à ce jour, le projet d'INT a été financé par le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie de Santé Canada. Il est prévu que le projet se poursuivra après la fin de la période de financement prévue par ce programme, principalement en raison de la capacité de collecte de données et de surveillance que le projet a générée à l'échelle provinciale, territoriale et nationale.

Progrès réalisés

Publié en mars 2012, le premier Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement présentait les données de l'exercice 2009-2010 fournies par six provinces (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Saskatchewan, Alberta) et un organisme fédéral (Service correctionnel du Canada). Le second rapport inclut les données de deux provinces additionnelles (Terre-Neuve-et-Labrador et Manitoba) et d'un territoire (Yukon); il se rapproche ainsi de la représentation nationale complète. Le nombre d'autorités administratives fournissant des données sur la participation aux programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies (CFA) a aussi augmenté : il est passé de deux en 2009-2010 à sept en 2010-2011. Bien que deux rapports ne fournissent pas suffisamment d'information pour indiquer des tendances, les résultats à ce jour laissent entrevoir une constance.

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 le système de traitement de la toxicomanie.

Le projet d'INT figure en outre sur le site Web d'Approche systémique (www.ccsa.ca/Fra/topics/Monitoring-Trends/National-Treatment-Indicators/Pages/default.aspx), 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 très 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.



Contexte administratif : 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 Service correctionnel Canada dans le cas des détenus sous responsabilité fédérale, Anciens Combattants Canada dans le cas des vétérans, des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, qui finance le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (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 être pleinement intégrés ou se trouver quelque part entre les deux. Bien que toutes les autorités administratives recueillent des renseignements dans une optique de suivi des activités et d'efficacité, la nature et la complexité de ces efforts varient considérablement. En raison de ces variations dans la structure des systèmes et la prestation des programmes, il est souvent impossible de comparer les données recueillies d'une autorité à l'autre, 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. À titre de chef de file mondial en matière de soins de santé, le Canada devrait être en mesure de respecter ces exigences rapidement et de façon pertinente. Toutefois, la plupart des renseignements fournis par le Canada sur les services de traitement des problèmes de consommation sont fondés sur des données partielles issues de certains territoires et provinces seulement, ou des estimations obtenues par l'extrapolation des données d'un petit nombre de territoires à l'échelle du pays. En renforçant la capacité du Canada à fournir aux organismes internationaux qui les demandent des renseignements significatifs et fiables sur les services de traitement de la toxicomanie offerts à l'échelle nationale, le projet d'INT facilite la collaboration et l'échange de connaissances entre le Canada, d'autres pays et les organisations internationales.



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 accessibles⁴.

Indicateurs « feu vert »

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

⁴ 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. De nombreuses initiatives axées sur le jeu présentent des données et des interprétations qui vont au-delà de la portée du présent rapport.



Les données du présent rapport sont le résultat d'un processus en plusieurs étapes. D'abord, les fournisseurs de services ont entré les données concernant le client, lesquelles ont été soumises à l'échelon régional ou provincial, selon les exigences en matière de déclaration. Les données ont ensuite été analysées à l'échelle provinciale (selon les définitions mentionnées à l'annexe C), et des protocoles de collecte des données ont été établis par le CCLT en consultation avec le GTINT⁵. Ensuite, les données ont été entrées dans des modèles de collecte et soumises au CCLT par les membres du GTINT. Toute l'information fournie au CCLT et contenue dans ce rapport est présentée au niveau agrégé et non au niveau des dossiers individuels. Enfin, le CCLT a analysé les données et produit ce rapport en consultation étroite avec le GTINT.

Présentation des données

Le présent rapport fournit des données provenant de huit provinces, d'un territoire et d'un ministère fédéral pour l'exercice financier 2010-2011. Plus précisément, les données sur les services à l'échelle provinciale ont été fournies par Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta; les données sur les services fournis à l'échelle territoriale sont fournies par le Yukon; et le Service correctionnel du Canada (SCC) a fourni des données sur les détenus sous responsabilité fédérale. L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec a aussi fourni des données sur les programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies au Québec.

Collecte de données dans les autorités administratives

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. D'une province à l'autre, les exigences relatives aux données soumises aux bailleurs de fonds peuvent varier, ce qui entraîne 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.

⁵ Possibilité d'obtenir les protocoles de collecte de données en les demandant au CCLT.



Services inclus : Les données ne représentent que les services financés par le secteur public et les services spécialisés. Les données relatives aux traitements privés⁶ 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 d'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 la soumission de données au cours des années à venir.

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

Définitions des services : La collecte de renseignements cohérents repose sur l'utilisation d'un ensemble de définitions normalisé. Cependant, les modèles de prestation de services varient considérablement au Canada. 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.

⁶ Les fournisseurs de traitements financés par le secteur privé fonctionnent de façon indépendante et ne sont pas tenus de fournir des données aux autorités administratives ou à toute autorité fédérale.



Résultats

Le présent rapport renferme de l'information sur neuf indicateurs concernant les services de traitement de la consommation et du jeu, pour l'exercice financier 2010-2011. En raison des limites susmentionnées, les données ne devraient pas être comparées entre les autorités administratives. Des notes en bas de page ont été insérées au besoin afin que les données soient interprétées de façon appropriée.

Des 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 tableaux n'incluent que les autorités administratives qui ont pu fournir des données pour l'indicateur ou l'analyse en question. Les astérisques indiquent que les nombres ont été supprimés (c.-à-d. les données représentant moins de cinq personnes dans la plupart des autorités administratives ou moins de dix personnes pour le Nouveau-Brunswick). La suppression de certaines données vise à empêcher que des bénéficiaires puissent être identifiés, au moyen des données agrégées, en raison de caractéristiques uniques ou de l'accès aux services.

L'interprétation de ces résultats devrait également être guidée par le fait que le nombre de personnes qui reçoivent des services de traitement de problèmes de consommation et de jeu est le résultat d'une combinaison de nombreux facteurs et ne représente pas une mesure précise des besoins dans la population (l'encadré ci-dessous décrit une initiative sur cette mesure). 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 références 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 ses méfaits.

Les résultats incluent 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 affectée par les variations dans la façon dont un épisode est mesuré par les différentes autorités administratives⁷ ou par un petit nombre de personnes ayant eu un nombre élevé d'épisodes.

Brian Rush, Joël Tremblay et des collègues au Centre de toxicomanie et de santé mentale travaillent à l'élaboration d'une méthode pour évaluer les niveaux des besoins en traitement d'après les données sur la population (Rush et coll., 2012). Cette planification fondée sur les besoins (PFB) est actuellement à l'étape pilote. Il y a des échanges fructueux entre les intervenants du projet PFB et ceux du projet d'INT pour s'assurer que les deux projets sont complémentaires. Par exemple, les fonctions de service dans le projet PFB ont mené aux catégories de services dans le projet d'INT. Par conséquent, dès que les deux projets auront pris de l'ampleur, les estimations fondées sur les besoins de la population pourront être comparées aux données sur l'utilisation des services afin de produire une analyse des lacunes et de favoriser la planification d'un système fondée sur des données probantes.

⁷ Certaines autorités administratives considèrent l'accès à une nouvelle composante du service ou à une nouvelle catégorie de services comme un nouvel épisode, alors que d'autres autorités limitent la désignation « nouvel épisode » uniquement à l'accès au système de traitement dans son ensemble. Le GTINT veut résoudre ce manque d'uniformité dans ces 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 traitements spécialisés de la consommation de substances et des problèmes de jeu, respectivement, dans une autorité donnée, pour l'exercice 2010-2011.

Le tableau 1 donne de l'information sur le nombre total d'épisodes de traitement de la consommation (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 2010-2011. Le tableau 1 montre aussi le nombre d'épisodes par 100 000 habitants, d'après les estimations de Statistique Canada sur les populations de chaque autorité pour l'année 2010.

Tableau 1. Épisodes de traitement pour la consommation de substances et le jeu, 2010-2011⁸

Autorité administrative	Consommation de substances		Jeu	
	n ^{bre}	n/100 000	n ^{bre}	n/100 000
Terre-Neuve-et-Labrador	2 938	574	207	40
Î.-P.-É.	2 933	2 050	24	17
Nouvelle-Écosse	12 535	1 326	459	49
Nouveau-Brunswick	9 356	1 243	420	56
Ontario	109 777	830	6 455	49
Manitoba ⁹	17 130	1 386	731	59
Saskatchewan	21 144	2 025	423	41
Alberta ¹⁰	51 269	1 377	2 409	65
Yukon	2 951	8 529	s/o	s/o
SCC ¹¹	2 420	10 881	s/o	s/o

⁸ Les taux pour 100 000 habitants ont été calculés à partir des données de Statistique Canada sur les populations approximatives de chaque province pour l'année 2010 (données accessibles à <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/demo02a-fra.htm>). Pour ce qui est du SCC, les données concernant la population totale ont été tirées du document *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, publié en 2010 (données accessibles à <http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/2010-ccrs-fra.aspx#c1>).

⁹ De nombreux organismes étaient incapables de fournir des données reportées (c.-à-d. les données sur les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et qui ont continué d'en recevoir en 2010-2011). Par conséquent, la majorité des données représentent uniquement l'information recueillie pour les cas traités du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011.

¹⁰ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.

¹¹ Depuis janvier 2010, le Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI) a été mis à l'essai dans la région du Pacifique du SCC. Le MPCI couvre toutes les facettes des comportements criminels des délinquants, mais il ne s'agit pas à proprement parler d'un programme spécialisé dans le traitement de l'abus de substances. Par conséquent, les délinquants participant au MPCI ne sont pas inclus dans ces données.



Le tableau 2 compare le nombre total d'épisodes de traitement pour la consommation de substances et le jeu pour les bénéficiaires qui ont tenté d'obtenir un traitement pour eux-mêmes et ceux qui ont demandé de l'aide pour un membre de leur famille. Selon les données, en 2010-2011, plus de 90 % des épisodes de traitement de la toxicomanie ont été offerts à des bénéficiaires voulant obtenir un traitement pour eux-mêmes; entre 3 et 10 % des épisodes de traitement de la toxicomanie représentent des situations où la demande d'aide a été faite pour quelqu'un d'autre (p. ex. membre de la famille, ami intime).

La consommation de substances a des conséquences non seulement pour l'utilisateur, mais aussi pour sa famille et ses proches (Center for Substance Abuse Treatment, 2004).

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, 2010-2011¹²

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
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%		n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	
Terre-Neuve-et-Labrador	2 848	96,9	107	3,6	2 938	206	99,5	*		207
Î.-P.-É.	2 850	97,2	83	2,8	2 933	24	100,0			
Nouvelle-Écosse	11 848	94,5	687	5,5	12 535	373	81,3	86	18,7	468
Ontario	104 413	95,1	5 364	4,9	109 777	5 221	80,9	1 234	19,1	6 455
Manitoba	15 580	91,0	1 550	9,0	17 130	606	82,9	125	17,1	731
Saskatchewan	19 743	93,4	1 379	6,5	21 144	389	92,0	34	8,0	423
Alberta	46 233	90,2	5 036	9,8	51 269	2 137	88,7	272	11,3	2 409
Yukon					2 997	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)

¹² Dans certaines autorités administratives, un seul épisode peut aborder plus d'un problème (p. ex. demande par le client concerné et demande pour un membre de la famille). C'est pourquoi, le total général peut être inférieur à la somme des épisodes demandés par les clients et des épisodes demandés pour une autre personne.



Indicateur 4

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

Les indicateurs 3 et 4 sont également présentés ensemble à des fins de concision et ils donnent de l'information sur le nombre total de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés dans les problèmes de consommation de substances et de jeu, respectivement, pour l'exercice 2010-2011.

Le tableau 3 montre que, en moyenne, les bénéficiaires ont accès aux services de traitement plus d'une fois au cours d'une année donnée. En interprétant ces ratios, 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 faire gonfler la moyenne générale.

Selon une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2010, près de 9 % de la population canadienne déclare avoir des problèmes liés à la consommation de substances, ce qui indique un besoin potentiel de traitement spécialisé (Rush et coll., 2012).

Tableau 3. Bénéficiaires uniques qui accèdent à des services pour la consommation de substances et le jeu, 2010-2011

Autorité administrative	Consommation de substances			Jeu		
	n ^{bre}	n/100 000	Ratio d'épisodes par bénéficiaire	n ^{bre}	n/100 000	Ratio d'épisodes par bénéficiaire
Terre-Neuve-et-Labrador	1 454	284	2,0	101	20	2,0
Î.-P.-É.	2 050	1 433	1,4	23	16	1,0
Nouvelle-Écosse	7 626	807	1,6	430	45	1,1
Nouveau-Brunswick	6 107	811	1,5	311	41	1,4
Ontario	71 647	542	1,5	6 014	45	1,1
Manitoba ¹³	10 159	822	1,7	440	36	1,7
Saskatchewan	14 778	1 415	1,4	338	32	1,3
Alberta ¹⁴	33 685	905	1,5	1 790	48	1,2
Yukon	743	2 147	4,0	s/o	s/o	s/o
SCC	2 346	10 881	1,0	s/o	s/o	s/o

¹³ Les données de trois organismes ne sont pas incluses dans « Consommation de substances » (n = 901). Des données minimales reportées (c.-à-d. les données sur les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et qui ont continué d'en recevoir en 2010-2011) sont incluses pour la consommation de substances, mais aucune n'est incluse pour le jeu.

¹⁴ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement. Veuillez noter que les ratios ont été calculés en utilisant uniquement les services offerts directement par SSA (non présentés dans les tableaux).



Le tableau 4 montre que la majorité (>87 %) de tous les bénéficiaires qui ont eu accès à des services de traitement de la consommation au cours de l'exercice 2010-2011 ont demandé de l'aide pour eux-mêmes, et qu'une proportion se situant entre 4 et 13 % de tous les bénéficiaires ont demandé de l'aide pour une autre personne. Le nombre de bénéficiaires cherchant de l'aide pour une autre personne ayant un problème de jeu est plus élevé, soit environ 20 % dans trois provinces.

Tableau 4. Bénéficiaires uniques demandant de l'aide pour traiter un problème de consommation ou de jeu pour eux-mêmes ou une autre personne, 2010-2011¹⁵

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
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%		n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	
Terre-Neuve-et-Labrador	1 391	95,7	74	5,1	1 454	100	99,0	*	*	101
Î.-P.-É.	1 972	96,2	78	3,8	2 050	23	100,0	0	0,0	23
Nouvelle-Écosse	7 148	93,7	478	6,3	7 626	332	81,2	77	18,8	409
Nouveau-Brunswick					6 107					311
Ontario	66 556	92,9	5 091	7,1	71 647	4 816	80,1	1 198	19,9	6 014
Manitoba ¹⁶	9 405	92,6	834	8,2	10 159	349	79,3	92	20,9	440
Saskatchewan	13 519	91,5	1 237	8,4	14 778	304	89,9	34	10,1	338
Alberta ¹⁷	29 344	87,1	4 341	12,9	33 685	1 545	86,3	245	13,7	1 790
Yukon					743	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
SCC	2 346	100,0	s/o	s/o	2 346	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

¹⁵ Dans certaines autorités administratives, un seul épisode peut aborder plus d'un problème (p. ex. demande par le client concerné et demande pour un membre de la famille). C'est pourquoi, le total général peut être inférieur à la somme des épisodes demandés par les clients et des épisodes demandés pour une autre personne.

¹⁶ En ce qui concerne la consommation de substances, trois organismes ont été incapables de fournir des données sur les bénéficiaires qui demandaient de l'aide pour eux-mêmes. Sont incluses les données minimales reportées (c.-à-d. les données des cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et qui ont continué à en recevoir en 2010-2011).

¹⁷ Comprend les services offerts directement par SSA seulement.



Le tableau 5 fournit des données sur le nombre total et le pourcentage de bénéficiaires qui étaient considérés comme de nouveaux cas dans leur autorité administrative respective pour la consommation de substances et le jeu au cours de l'exercice financier 2010-2011.

Tableau 5. Bénéficiaires uniques qui sont de nouveaux dossiers, 2010-2011¹⁸

Autorité administrative	Consommation de substances		Jeu	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Terre-Neuve-et-Labrador	655	45,0	31	30,7
Î.-P.-É.	1 538	75,0	17	73,9
Nouvelle-Écosse	7 232	94,8	289	70,7
Nouveau-Brunswick	2 000	32,7	129	41,5
Ontario	44 928	62,7	2 631	43,7
Manitoba ¹⁹	9 709	95,6	440	100,0
Alberta	26 822	79,6	1 443	80,6
Yukon			s/o	s/o
SCC	2 024	86,3	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 ayant accès 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 est le service le plus couramment utilisé, et ce, que la mesure soit faite en fonction du nombre d'épisodes ou du nombre de bénéficiaires. Cependant, les pourcentages varient en fonction des autorités. À l'exception du Yukon et de Terre-Neuve-et-Labrador, le ratio d'épisodes par rapport au nombre de bénéficiaires uniques était plus élevé pour la prise en charge du sevrage à l'interne que pour le traitement à l'externe. Le tableau 6 fournit une répartition détaillée de l'accès aux services, selon la catégorie de services.

Pour s'attaquer efficacement à la toxicomanie, il faut un vaste continuum de services et de soutiens. Les catégories de traitement devraient tenir compte des divers risques, méfaits et habitudes de consommation ainsi que des besoins des bénéficiaires.
[Approche systémique de la toxicomanie au Canada, 2008](#)

¹⁸ Il existe une variation en ce qui concerne les cas qui sont considérés comme « nouveaux ». Par exemple, certaines autorités administratives considèrent l'accès à une nouvelle composante du service comme un nouvel épisode, alors que d'autres autorités administratives limitent la désignation « nouvel épisode » uniquement à l'accès au système de traitement dans son ensemble.

¹⁹ Cinq organismes ont été incapables de fournir des données pour la consommation de substances.



Épisodes

Tableau 6. Épisodes de traitement, selon la catégorie de services, 2010–2011

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		
	n ^{bre}	%	Ratio (é:b)	n ^{bre}	%	Ratio (é:b)	n ^{bre}	%	Ratio (é:b)	n ^{bre}	%	Ratio (é:b)
Terre-Neuve-et-Labrador ²⁰	673	27,4	1,5	s/o	s/o	s/o	193	7,8	1,0	1 593	64,8	1,9
Î.-P.-É.	935	31,4	1,6	804	27,0	1,3	135	5,0	1,1	1 090	36,6	1,1
Nouvelle-Écosse	3 796	27,0	1,7	535	3,8	1,2	783	5,6	1,2	8 957	63,7	1,1
Nouveau-Brunswick ²¹	3 170	33,9	1,6	s/o	s/o	s/o	361	3,9	1,1	5 825	62,3	1,2
Ontario	41 257	33,4	2,4	1 790	1,5	1,1	9 786	7,9	1,1	70 588	57,2	1,2
Manitoba ^{22, 23}	1 782	11,5	1,9	5	0,0	1,0	2 632	16,6	1,2	11 168	71,9	1,5
Saskatchewan	4 095	22,3	1,4	s/o	s/o	s/o	1 678	9,2	1,0	12 565	68,5	1,1
Alberta ²⁴	11 328	24,5	1,4	s/o	s/o	s/o	5 172	11,2	1,1	29 733	64,3	1,1
Yukon ²⁵	827	28,0	2,7	s/o	s/o	s/o	104	3,5	1,1	2 020	68,5	2,0
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	2 420	100,0	1,0

²⁰ Terre-Neuve-et-Labrador n'enregistre aucune donnée sur la prise en charge du sevrage à l'externe.

²¹ Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe au Nouveau-Brunswick.

²² Ces chiffres n'incluent pas les données reportées (c.-à-d. les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009–2010 et ont continué à en recevoir en 2010–2011) pour la prise en charge du sevrage chez les adultes à l'interne.

²³ Pour le traitement des adultes à l'interne, les chiffres sont fondés uniquement sur les admissions et n'incluent pas l'accueil et les évaluations avant et après le programme de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD) (ces renseignements figurent dans les données sur le traitement à l'externe). Les données concernant le traitement à l'interne n'incluent pas les données reportées pour la FMLD et quatre autres organismes. Les données pour le traitement à l'externe n'incluent pas les données reportées de la FMLD.

²⁴ Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement. Les ratios sont calculés en utilisant uniquement les données sur les services directement offerts par SSA (non présentées dans le tableau).

²⁵ 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.



Le tableau 7 présente le nombre et le pourcentage de bénéficiaires uniques traités pour la consommation de substances en 2010–2011 en fonction de la catégorie de services auquel ils ont eu accès. La majorité des bénéficiaires ont eu accès à un traitement à l'externe.

Tableau 7. Bénéficiaires uniques selon la catégorie de services, 2010-2011

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	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Terre-Neuve-et-Labrador ²⁶	464	31,1	s/o	s/o	193	13,0	833	55,9
Î.-P.-É.	582	24,8	628	26,7	135	5,7	1 004	42,7
Nouvelle-Écosse	2 280	20,0	460	4,0	654	5,8	7 979	70,2
Nouveau-Brunswick ²⁷	2 034	28,4	s/o	s/o	326	4,6	4 797	67,0
Ontario	17 208	20,2	1 637	1,9	8 675	10,2	57 513	67,6
Manitoba ²⁸	915	8,6	5	0,0	2 071	19,5	7 612	71,8
Saskatchewan	2 982	18,7	s/o	s/o	1 612	10,1	11 330	71,2
Alberta ²⁹	4 910	14,7	s/o	s/o	2 128	6,4	26 473	79,0
Yukon ³⁰	311	21,4	s/o	s/o	97	6,7	1 043	71,9
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	2 346	100,0

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

Épisode : sexe

Le tableau 8 fournit de l'information sur le nombre d'épisodes pour l'exercice 2010–2011 en fonction du sexe des bénéficiaires. Les hommes constituent la plus grande proportion des bénéficiaires dans toutes les catégories de services de toxicomanie, à l'exception de la prise en charge du sevrage à l'externe au Manitoba et du traitement à l'interne au Yukon.

Les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de consommer des substances illicites et de l'alcool, et de déclarer qu'ils dépassent les directives de consommation d'alcool à faible risque (Santé Canada, 2012).

²⁶ Terre-Neuve-et-Labrador n'enregistre aucune donnée sur la prise en charge du sevrage à l'externe.

²⁷ Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe au Nouveau-Brunswick.

²⁸ La prise en charge du sevrage à l'interne n'inclut pas la prise en charge médicale du sevrage des adultes à l'interne ou les données reportées en ce qui a trait aux services aux adultes (c.-à-d. les données sur les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009–2010 et ont continué à en recevoir en 2010–2011). La prise en charge du sevrage à l'externe n'inclut pas les données reportées. Le traitement à l'interne n'inclut pas les données de deux organismes, et inclut des données minimales reportées. Le traitement à l'externe inclut des données minimales reportées.

²⁹ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.

³⁰ 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.



Tableau 8. Épisodes de traitement selon la catégorie de services et le sexe, 2010–2011

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 n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ³¹	493 (73,3)	180 (26,7)	s/o	s/o	130 (67,4)	63 (32,6)	1 020 (64,0)	558 (35,0)
Nouvelle-Écosse	2 632 (69,8)	1 130 (30,0)	333 (62,5)	199 (37,3)	522 (67,7)	248 (32,2)	7 569 (63,3)	4 383 (36,7)
Nouveau-Brunswick	2 307 (72,8)	863 (27,2)	s/o	s/o	298 (82,5)	63 (17,5)	3 774 (64,8)	2 051 (35,2)
Ontario	31 326 (75,9)	9 924 (24,1)	930 (52,0)	860 (48,0)	6 328 (64,7)	3 455 (35,3)	45 003 (63,8)	25 550 (36,2)
Manitoba ³²	1 049 (59,4)	717 (40,6)	0	5 (100,0)	1 429 (56,4)	1 106 (43,6)	6 707 (60,7)	4 340 (39,3)
Saskatchewan	2 767 (61,7)	1 716 (38,3)	s/o	s/o	1 048 (62,4)	631 (37,6)	8 999 (67,3)	4 367 (32,7)
Alberta ³³	7 957 (70,2)	3 364 (29,7)	s/o	s/o	3 387 (65,5)	1 782 (34,5)	19 253 (64,8)	10 419 (35,0)
Yukon	647 (78,2)	180 (21,8)	s/o	s/o	39 (37,5)	65 (62,5)	1 105 (54,7)	915 (45,3)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	2 261 (93,4)	159 (6,6)

Toutes les catégories de services ³⁴		
Autorité administrative	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)
Î.-P.-É.	2 087 (63,7)	1 191 (36,3)

³¹ Terre-Neuve-et-Labrador n'enregistre aucune donnée sur la prise en charge du sevrage à l'externe.

³² N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009–2010 et ont continué à en recevoir en 2010–2011). L'accueil des adultes et l'évaluation avant et après le traitement ne sont pas inclus dans les données de la FMLD (cette information figure dans les données sur le traitement à l'externe).

³³ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.

³⁴ L'Île-du-Prince-Édouard ne peut présenter des données sur le sexe selon la catégorie de services.



Épisode : âge

Dans les tableaux 9 à 13, le nombre total de bénéficiaires uniques ayant eu accès à des services de traitement de la toxicomanie est présenté en fonction de leur âge. Dans de nombreuses autorités administratives, la plupart des clients ayant accès aux services se trouvent principalement dans les catégories d'âges suivantes : 25-34 ans, 35-44 ans et 45-54 ans.

Les habitudes de consommation de substances varient en fonction de l'âge. Chez les jeunes (les 15-24 ans), on observe des pourcentages plus élevés de consommation de drogues illicites, une plus faible consommation d'alcool et un plus grand risque de dépasser les limites prévues dans les directives de consommation d'alcool à faible risque (Santé Canada, 2012).

Tableau 9. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'interne, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	0 (0,0)	27 (4,0)	131 (19,5)	167 (24,8)	112 (16,6)	157 (23,3)	69 (10,3)	10 (1,5)
Nouvelle-Écosse	0 (0,0)	54 (1,4)	595 (15,6)	892 (23,4)	792 (20,7)	844 (22,1)	473 (12,4)	167 (4,4)
Nouveau-Brunswick	11 (0,3)	60 (1,9)	474 (15,0)	775 (24,4)	631 (19,9)	732 (23,1)	375 (11,8)	112 (3,5)
Ontario	14 (0,0)	495 (1,2)	4 519 (11,0)	9 426 (22,8)	10 132 (24,6)	11 289 (27,4)	4 218 (10,2)	1 164 (2,8)
Manitoba ³⁵	40 (19,4)	158 (76,7)						8 (3,9)
Saskatchewan	64 (1,4)	352 (7,8)	643 (14,3)	1 296 (28,9)	990 (22,1)	813 (18,1)	257 (5,7)	70 (1,6)
Alberta ³⁶	236 (2,1)	687 (6,1)	1 030 (9,1)	2 733 (24,1)	2 999 (26,5)	2 771 (24,5)	722 (6,4)	150 (1,5)

³⁵ N'inclut pas la prise en charge médicale du sevrage chez l'adulte. N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011). Aucune donnée pour la prise en charge médicale du sevrage chez l'adulte à l'interne. En ce qui concerne le sevrage non médical, l'organisme n'était pas en mesure de fournir des données pour les groupes d'âges 18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans et 55-64 ans, en raison de l'utilisation de tranches d'âge différentes.

³⁶ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.



Tableau 10. Épisodes de prise en charge du sevrage à l'externe, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ³⁷	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Nouvelle-Écosse	0 (0,0)	*	85 (15,9)	147 (27,4)	124 (23,1)	115 (21,5)	46 (8,6)	16 (3,0)
Ontario	*	36 (2,0)	185 (10,3)	446 (24,9)	445 (24,9)	481 (26,9)	148 (8,3)	47 (2,6)
Manitoba ³⁸	s/o	s/o	*	*	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)
Saskatchewan	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Alberta ³⁹	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Tableau 11. Épisodes de traitement à l'interne, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (8,8)	71 (36,6)	44 (22,7)	40 (20,6)	20 (10,3)	*
Nouvelle-Écosse	*	46 (5,6)	128 (15,6)	138 (16,8)	143 (17,4)	199 (24,2)	124 (15,1)	43 (5,2)
Nouveau-Brunswick		*	35 (10,0)	76 (21,7)	91 (25,9)	98 (27,9)	51 (14,5)	*
Ontario	17 (0,2)	230 (2,4)	1 439 (14,7)	2 818 (28,8)	2 469 (25,2)	2 152 (22,0)	579 (5,9)	82 (0,8)
Manitoba ⁴⁰	45 (2,4)	162 (8,5)	354 (18,6)	616 (32,4)	388 (20,4)	253 (13,3)	63 (3,3)	21 (1,1)
Saskatchewan	34 (2,0)	176 (10,5)	261 (15,5)	482 (28,7)	319 (19,0)	293 (17,4)	94 (5,6)	21 (1,3)
Alberta ⁴¹	22 (0,4)	108 (2,1)	871 (16,8)	1 569 (30,3)	1 291 (25,0)	1 006 (19,5)	277 (5,4)	27 (0,5)

³⁷ Terre-Neuve-et-Labrador n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.

³⁸ N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011).

³⁹ Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta.

⁴⁰ N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011). Aucune donnée recueillie auprès de quatre organismes de services pour adultes.

⁴¹ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.



Tableau 12. Épisodes de traitement à l'externe, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	*	44 (2,8)	254 (16,0)	478 (30,2)	329 (20,8)	271 (17,1)	165 (10,4)	39 (2,5)
Nouvelle-Écosse	59 (0,7)	398 (4,6)	1 464 (17,0)	1 948 (22,7)	1 791 (20,8)	1 815 (21,1)	838 (9,7)	285 (3,3)
Nouveau-Brunswick	200 (3,4)	1 509 (25,9)	1 118 (19,2)	982 (16,9)	875 (15,0)	713 (12,2)	336 (5,8)	92 (1,6)
Ontario	1 911 (2,7)	6 567 (9,3)	12 080 (17,1)	17 208 (24,4)	14 741 (20,9)	12 584 (17,8)	4 340 (6,1)	1 157 (1,6)
Manitoba ⁴²	394 (3,6)	1 463 (13,2)	2 212 (20,0)	2 956 (26,7)	2 032 (18,4)	1 339 (12,1)	481 (4,3)	109 (1,0)
Saskatchewan	389 (2,9)	1 347 (10,1)	2 897 (21,7)	3 639 (27,3)	2 510 (18,8)	1 811 (13,6)	609 (4,6)	150 (1,1)
Alberta ⁴³	988 (3,3)	2 880 (9,7)	5 343 (18,0)	8 230 (27,7)	6 026 (20,3)	4 587 (15,4)	1 389 (4,7)	290 (1,0)
SCC	s/o	s/o	406 (16,8)	866 (35,8)	671 (27,7)	382 (15,8)	81 (3,4)	14 (0,6)

Tableau 13. Épisodes de traitement dans toutes les catégories de services à l'Î.-P.-É., selon l'âge, 2010-2011⁴⁴

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Î.-P.-É. ⁴⁵	53 (1,6)	212 (6,5)	340 (10,5)	722 (22,2)	726 (22,4)	604 (18,6)	487 (15,0)	104 (3,2)

⁴² N'inclut pas la prise en charge médicale du sevrage chez l'adulte. N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011). Aucune donnée recueillie auprès de quatre organismes de services pour adultes. Dans un organisme offrant des services à l'externe, la majorité des clients veulent faire traiter un problème d'abus de substances, mais les admissions liées à d'autres problèmes que la consommation aussi incluses.

⁴³ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.

⁴⁴ L'Île-du-Prince-Édouard ne peut présenter des données sur l'âge selon la catégorie de services.

⁴⁵ Les données représentent toutes les catégories de traitement pour un âge donné.



Épisode : situation résidentielle, avec domicile fixe

Les tableaux 14 et 15 présentent le nombre total d'épisodes dans quatre autorités administratives en fonction de la situation résidentielle du bénéficiaire (c.-à-d. avec ou sans domicile fixe). Dans toutes les autorités administratives ayant présenté des données, la majorité des épisodes concernaient des bénéficiaires ayant un domicile fixe. Selon les données minimales disponibles, la plus grande proportion d'épisodes chez les bénéficiaires sans domicile fixe se trouve dans la catégorie prise en charge du sevrage à l'interne.

Il existe une corrélation entre l'itinérance et des taux élevés de consommation d'alcool et de drogues illicites, la dépendance et des méthodes de consommation risquées (Grinman et coll., 2010; Palepu, Marshall, Lai, Wood et Kerr, 2010).

Tableau 14. Épisodes de traitement pour les bénéficiaires ayant un domicile fixe, selon la catégorie de services, 2010-2011

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	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Terre-Neuve-et-Labrador ⁴⁶	636	94,5	s/o	s/o	191	99,0	1 378	86,7
Ontario	31 668	76,8	1 624	90,7	8 468	86,5	65 689	93,1
Manitoba ⁴⁷	179	90,4	s/o	s/o	445	67,1	257	95,2
Alberta ⁴⁸	9 908	87,5	s/o	s/o	4 912	95,0	26 619	89,5
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	en prison	s/o

⁴⁶ Terre-Neuve-et-Labrador n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.

⁴⁷ La FMLD et six organismes ont été incapables de fournir des données. N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011).

⁴⁸ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement. « Situation résidentielle inconnue » s'applique aux clients sans domicile fixe et aux cas où cet élément n'est pas précisé.



Épisode : situation résidentielle, sans domicile fixe

Tableau 15. Épisodes de traitement pour les bénéficiaires sans domicile fixe, selon la catégorie de services, 2010-2011

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	
	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%	n ^{bre}	%
Terre-Neuve-et-Labrador ⁴⁹	37	5,5	s/o	s/o	*	*	212	13,3
Ontario	9 589	23,2	166	9,3	1 318	13,5	4 899	6,9
Manitoba ⁵⁰	19	9,6	s/o	s/o	218	32,9	13	4,8
Alberta ⁵¹	1 420	12,5	s/o	s/o	260	5,0	3 114	10,5
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

⁴⁹ Ce chiffre inclut les bénéficiaires qui ont déclaré uniquement un « domicile temporaire ». L'option « sans domicile fixe » n'était pas disponible. Il est possible que l'itinérance soit surreprésentée dans ces données, si l'adresse d'un domicile temporaire légitime a été fournie.

⁵⁰ La FMLD et six organismes ont été incapables de fournir des données. N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011).

⁵¹ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement. « Situation résidentielle inconnue » s'applique aux clients sans domicile fixe et aux cas où cet élément n'est pas précisé.



Bénéficiaires uniques : sexe

Le tableau 16 fournit de l'information détaillée sur le nombre de bénéficiaires ayant eu accès à des services de traitement de la toxicomanie, au cours de l'exercice 2010-2011, en fonction de leur sexe et de la catégorie de services. Comme il a été mentionné précédemment, dans presque toutes les autorités administratives, les hommes ont plus tendance que les femmes à recourir à des services de traitement en toxicomanie.

Les hommes et les femmes ont des besoins différents en matière de traitement. Un traitement spécifiquement adapté pour les femmes pourrait tenir compte, par exemple, de leurs responsabilités premières dans le soin des enfants et des problèmes de toxicomanie associés à des événements traumatisants (Niccols, Dell et Clarke, 2010).

Tableau 16. Bénéficiaires uniques selon la catégorie de traitement et le sexe, 2010–2011

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 n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador ⁵²	346 (74,6)	118 (25,4)	s/o	s/o	130 (67,4)	63 (32,6)	992 (64,1)	541 (34,9)
Nouvelle-Écosse	1 629 (71,2)	657 (28,7)	293 (63,6)	167 (36,2)	426 (67,7)	202 (32,1)	5 448 (67,7)	2 605 (32,3)
Nouveau-Brunswick	1 444 (71,0)	590 (29,0)	s/o	s/o	267 (81,9)	59 (18,1)	3 114 (64,9)	1 683 (35,1)
Ontario	12 168 (70,7)	5 034 (29,3)	881 (53,8)	756 (46,2)	5 497 (63,4)	3 175 (36,6)	36 798 (64,0)	20 681 (36,0)
Manitoba ⁵³	549 (74,7)	186 (25,3)	0 (0,0)	5 (100,0)	1 124 (58,5)	798 (41,5)	4 524 (60,4)	2 966 (39,6)
Saskatchewan	1 976 (60,3)	1 301 (39,7)	s/o	s/o	999 (62,2)	607 (37,8)	7 219 (67,4)	3 493 (32,6)
Alberta ⁵⁴	3 249 (66,2)	1 654 (33,7)	s/o	s/o	1 481 (69,6)	644 (30,3)	17 327 (65,5)	9 089 (34,3)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	2 197 (93,6)	149 (6,4)

Toutes les catégories de services ⁵⁵		
Autorité administrative	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)
Î.-P.-É.	1 644 (67,7)	784 (32,3)

⁵² Terre-Neuve-et-Labrador n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe.

⁵³ N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011) ni les données sur la prise en charge médicale du sevrage des adultes à l'interne. Dans un organisme offrant des services à l'externe, la majorité des clients veulent faire traiter un problème d'abus de substances, mais les admissions liées à d'autres problèmes que la consommation sont aussi incluses. En ce qui concerne le traitement à l'interne, trois organismes ont été incapables de fournir des données.

⁵⁴ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.

⁵⁵ L'Île-du-Prince-Édouard ne peut présenter des données sur le sexe selon la catégorie de services.



Bénéficiaires uniques : âge

Les tableaux 17 à 21 présentent le nombre de bénéficiaires ayant eu accès à des services de traitement de la toxicomanie en 2010-2011, en fonction de leur âge et de la catégorie de services. Le groupe des 25-34 ans est le plus représenté.

Tableau 17. Bénéficiaires uniques de services de prise en charge du sevrage à l'interne, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	0 (0,0)	19 (4,1)	98 (21,1)	129 (27,8)	78 (16,8)	87 (18,8)	45 (9,7)	8 (1,7)
Nouvelle-Écosse	0 (0,0)	42 (1,8)	367 (15,9)	543 (23,5)	492 (21,3)	479 (20,7)	275 (11,9)	112 (4,8)
Nouveau-Brunswick	*	50 (2,5)	328 (16,2)	518 (25,6)	439 (21,7)	424 (20,9)	205 (10,1)	63 (3,1)
Ontario	13 (0,1)	338 (2,0)	2 678 (15,6)	4 610 (26,8)	4 171 (24,2)	3 881 (22,6)	1 232 (7,2)	285 (1,7)
Manitoba ⁵⁶	38 (21,2)	141 (8,5)		0 (0,0)				
Saskatchewan	57 (1,7)	280 (8,5)	502 (15,2)	914 (27,7)	775 (23,5)	546 (16,6)	172 (5,2)	52 (1,6)
Alberta ⁵⁷	170 (3,5)	502 (10,2)	511 (10,4)	1 215 (24,7)	1 099 (22,4)	1 039 (21,2)	304 (6,2)	70 (1,4)

Tableau 18. Bénéficiaires uniques de services de prise en charge du sevrage à l'externe, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Nouvelle-Écosse	0 (0,0)	*	75 (16,2)	123 (26,6)	109 (23,5)	97 (21,0)	42 (9,1)	14 (3,0)
Ontario	*	35 (2,1)	176 (10,8)	409 (25,0)	408 (24,9)	428 (26,1)	139 (8,5)	40 (2,4)
Manitoba ⁵⁸			*	*		*		
Saskatchewan	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
Alberta ⁵⁹	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

⁵⁶ N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011) ni les données sur la prise en charge médicale du sevrage des adultes à l'interne.

⁵⁷ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.

⁵⁸ N'inclut pas de données reportées (c.-à-d. les données des cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et qui ont continué d'en recevoir en 2010-2011).

⁵⁹ Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta.



Tableau 19. Bénéficiaires uniques de services de traitement à l'interne, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (8,8)	71 (36,6)	44 (22,7)	40 (20,6)	20 (10,3)	*
Nouvelle-Écosse	0 (0,0)	26 (4,0)	109 (16,7)	120 (18,4)	124 (19,0)	149 (22,9)	90 (13,8)	33 (5,1)
Nouveau-Brunswick	.	*	28 (8,9)	71 (22,5)	83 (26,3)	88 (27,8)	46 (14,6)	*
Ontario	17 (0,2)	216 (2,5)	1 254 (14,5)	2 473 (28,5)	2 183 (25,2)	1 919 (22,1)	536 (6,2)	77 (0,9)
Manitoba ⁶⁰	40 (2,3)	134 (7,6)	331 (18,8)	565 (32,1)	368 (20,9)	239 (13,6)	63 (3,6)	19 (1,1)
Saskatchewan	34 (2,1)	169 (10,5)	248 (15,4)	460 (28,6)	309 (19,2)	276 (17,2)	90 (5,6)	20 (1,2)
Alberta ⁶¹	20 (0,9)	99 (4,7)	217 (10,2)	633 (29,7)	507 (23,8)	479 (22,5)	157 (7,4)	16 (0,8)

⁶⁰ Exclut les données de quatre organismes. N'inclut pas de données reportées (c.-à-d. les données des cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et qui ont continué d'en recevoir en 2010-2011).

⁶¹ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement.



Tableau 20. Bénéficiaires uniques de services de traitement à l'externe, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	*	44 (2,9)	244 (15,9)	451 (29,3)	323 (21,3)	270 (17,5)	164 (10,7)	39 (2,5)
Nouvelle-Écosse	55 (0,7)	350 (4,5)	1 304 (16,8)	1 654 (21,3)	1 676 (21,6)	1 631 (21,0)	826 (10,6)	265 (3,4)
Nouveau-Brunswick	181 (3,8)	1 280 (26,7)	886 (18,5)	801 (16,7)	700 (14,6)	601 (12,5)	271 (5,6)	77 (1,6)
Ontario	1 798 (3,1)	5 825 (10,1)	9 986 (17,4)	13 558 (23,6)	11 636 (20,2)	10 033 (17,4)	3 667 (6,4)	1 010 (1,1)
Manitoba ⁶²	334 (4,5)	1 179 (15,9)	1 459 (19,7)	1 874 (25,3)	1 314 (17,7)	872 (11,8)	308 (4,2)	80 (1,1)
Saskatchewan	338 (3,2)	1 154 (10,8)	2 418 (22,6)	2 904 (27,1)	1 935 (18,1)	1 378 (12,9)	469 (4,4)	119 (1,1)
Alberta ⁶³	881 (3,3)	2 500 (9,4)	4 742 (17,9)	7 327 (27,7)	5 370 (20,3)	4 132 (15,6)	1 244 (4,7)	277 (1,0)
SCC	0 (0,0)	0 (0,0)	393 (16,8)	833 (35,5)	651 (27,8)	376 (16,0)	79 (3,4)	14 (0,6)

Tableau 21. Bénéficiaires uniques dans toutes les catégories de services à l'Î.-P.-É., selon l'âge, 2010-2011⁶⁴

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Î.-P.-É. ⁶⁵	47 (1,9)	194 (8,0)	320 (13,2)	575 (23,7)	464 (19,1)	376 (15,5)	374 (15,4)	78 (3,2)

⁶² Exclut les données de quatre organismes. N'inclut pas de données reportées (c.-à-d. les données des cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et qui ont continué d'en recevoir en 2010-2011). Dans un organisme offrant des services à l'externe, la majorité des clients veulent faire traiter un problème d'abus de substances, mais les admissions liées à d'autres problèmes que la consommation sont aussi incluses.

⁶³ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.

⁶⁴ L'Île-du-Prince-Édouard ne peut présenter des données sur l'âge selon la catégorie de services.

⁶⁵ Les données représentent toutes les catégories de traitement pour un âge donné.



Bénéficiaires uniques : situation résidentielle

Comme l'indique le tableau 22, la majorité (>66 %) des bénéficiaires de services de traitement de la toxicomanie ont un domicile fixe.

Tableau 22. Bénéficiaires uniques selon la catégorie de services et la situation résidentielle, 2010-2011

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	Sans domicile fixe	Avec domicile fixe	Sans domicile fixe	Avec domicile fixe	Sans domicile fixe	Avec domicile fixe	Sans domicile fixe
Terre-Neuve-et-Labrador ⁶⁶	444 (95,7)	20 (4,4)	s/o	s/o	191 (99,0)	*	1 338 (86,6)	207 (13,4)
Ontario	14 355 (83,4)	2 853 (16,6)	1 493 (91,2)	144 (8,8)	7 607 (87,7)	1 068 (12,3)	54 232 (94,3)	3 281 (5,7)
Manitoba ⁶⁷	604 (66,2)	309 (33,8)	s/o	s/o	285 (60,5)	186 (39,5)	257 (95,2)	13 (4,8)
Alberta ⁶⁸	4 031 (82,1)	879 (17,9)	s/o	s/o	1 961 (92,2)	167 (7,8)	23 684 (89,5)	2 789 (10,5)
SCC	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	en prison	s/o

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

L'indicateur 7 donne de l'information sur le 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 23 fournit de l'information sur le nombre d'épisodes de traitement, au cours de l'exercice 2010-2011, au cours duquel les clients ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables dans les 12 mois qui ont précédé le traitement. Le tableau fournit aussi de l'information en fonction du sexe et du ratio d'épisodes par bénéficiaire. Les hommes ont plus tendance à déclarer l'utilisation de drogues injectables; toutefois, le ratio des épisodes par bénéficiaire varie généralement davantage en fonction de la province que

De graves risques pour la santé sont associés aux drogues injectables, p. ex. les surdoses et des virus transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C (Agence de la santé publique du Canada, 2006).

⁶⁶ Terre-Neuve-et-Labrador n'offre aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe. Les chiffres pour le traitement à l'interne et à l'externe incluent les bénéficiaires qui ont déclaré uniquement un « domicile temporaire ». L'option « sans domicile fixe » n'est pas disponible. Il est possible que l'itinérance soit surreprésentée dans ces données, si l'adresse d'un domicile temporaire légitime a été fournie.

⁶⁷ N'inclut pas les données reportées (c.-à-d. les données concernant les cas qui ont commencé à recevoir des services en 2009-2010 et ont continué à en recevoir en 2010-2011). Aucune donnée pour la prise en charge médicale du sevrage chez l'adulte à l'interne. La Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD) et quatre autres organismes n'ont pu fournir d'information sur le traitement à l'interne et à l'externe. Dans un organisme offrant des services à l'externe, la majorité des clients veulent faire traiter un problème d'abus de substances, mais les admissions liées à d'autres problèmes que la consommation aussi incluses.

⁶⁸ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Aucun service de prise en charge du sevrage à l'externe en Alberta. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement. « Situation résidentielle inconnue » s'applique aux clients sans domicile fixe et aux cas où cet élément n'est pas précisé.



du sexe du bénéficiaire. Cette variation peut refléter des différences dans l'utilisation des services ainsi que dans la structure des services et leur façon de consigner l'information en dossier.

Tableau 23. Épisodes de traitement pour les bénéficiaires ayant utilisé des drogues injectables, selon le sexe, 2010-2011

Autorité administrative	Hommes		Femmes		Ratio global (é:b)
	n ^{bre} (%)	Ratio (é:b)	n ^{bre} (%)	Ratio (é:b)	
Nouveau-Brunswick	477 (67,5)	1,9	230 (32,5)	1,7	1,9
Ontario	7 230 (66,7)	2,0	3 658 (33,6)	1,7	1,9
Saskatchewan	1 499 (51,8)	1,6	1 393 (48,2)	1,8	1,7
Alberta ⁶⁹	2 006 (61,6)	1,5	1 250 (38,4)	1,6	1,5

Le tableau 24 fournit une répartition, en fonction du sexe, du nombre total de bénéficiaires uniques qui ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables dans les 12 mois qui ont précédé le début de leur traitement. Dans chaque autorité administrative qui a fourni des données, les hommes ont plus tendance que les femmes à déclarer l'utilisation de drogues injectables dans les 12 mois précédant le début du traitement.

Tableau 24. Bénéficiaires uniques ayant utilisé des drogues injectables selon le sexe, 2010-2011

Autorité administrative	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)
Nouveau-Brunswick	245 (65,0)	132 (35,0)
Ontario	3 659 (63,6)	2 091 (36,3)
Saskatchewan	910 (53,5)	790 (46,5)
Alberta ⁷⁰	984 (62,4)	592 (37,5)

Indicateur 8

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

Huit autorités administratives ont été en mesure de fournir de l'information sur le nombre de bénéficiaires ayant obtenu un traitement de substitution aux opioïdes, sept de ces autorités ont fourni des données réparties en fonction du sexe des bénéficiaires (tableau 25). Les taux de traitement de substitution aux opioïdes sont fonction de nombreux facteurs, notamment les tendances dans l'utilisation de ce traitement, l'accès à des médecins autorisés à prescrire de la méthadone et/ou de la buprénorphine, et l'accès à des pharmacies autorisées. On reconnaît de plus en plus que des médicaments

Il n'y a aucune donnée nationale fiable sur l'utilisation abusive des opioïdes d'ordonnance; toutefois, on constate une augmentation des taux de morbidité et de mortalité (Fischer et Argento, 2012). Le CCLT travaille avec des partenaires à l'élaboration d'une stratégie canadienne pour remédier à l'utilisation abusive des médicaments d'ordonnance. Cette stratégie devrait être connue en 2013.

⁶⁹ Comprend les services offerts directement par SSA et ceux qui sont financés par SSA ou offerts dans le cadre d'un contrat avec SSA. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement. Les ratios ont été calculés en utilisant uniquement les données sur les services offerts directement par SSA (non présentées dans les tableaux).

⁷⁰ Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Ne sont pas comptés les clients qui ont déclaré « tabagisme seulement », « jeu seulement » ou « autre seulement » comme raison du traitement. Les données excluent aussi les clients qui n'ont pas précisé de raison de traitement.



d'ordonnance tels que l'oxycodone ont un impact sur la consommation abusive d'opioïdes et, conséquemment, sur la demande en matière de programmes de substitution. Bien que la méthadone soit utilisée pour la majorité des traitements de substitution, la buprénorphine peut être prescrite au Canada depuis 2008 pour ce type de traitement.

Tableau 25. Bénéficiaires uniques dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon le sexe, 2010-2011

Autorité administrative	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	75 (61,5)	44 (36,1)
Î.-P.-É.	24 (54,5)	20 (45,5)
Nouvelle-Écosse	305 (67,2)	149 (32,8)
Nouveau-Brunswick	1 716 (100,0)	
Ontario	2 677 (58,2)	1 922 (41,8)
Manitoba ⁷¹	56 (60,9)	36 (39,1)
Saskatchewan	171 (46,3)	198 (53,7)
Alberta ⁷²	705 (60,1)	463 (39,5)
Yukon	s/o	s/o

Le tableau 26 donne le nombre et le pourcentage des bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opioïdes, en fonction de leur âge. La plupart des clients ayant accès à ces services sont des hommes âgés de 25 à 34 ans.

Tableau 26. Bénéficiaires uniques dans des programmes publics de substitution aux opioïdes, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Terre-Neuve-et-Labrador	0 (0,0)	*	24 (20,0)	63 (52,5)	20 (16,7)	8 (6,7)	*	0 (0,0)
Î.-P.-É.	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (11,4)	20 (45,5)	10 (22,7)	6 (13,6)	*	0 (0,0)
Nouvelle-Écosse	0 (0,0)	0 (0,0)	134 (29,3)	170 (37,2)	90 (19,7)	50 (10,9)	13 (2,8)	0 (0,0)
Ontario	13 (0,3)	55 (1,2)	851 (18,5)	1 863 (40,5)	1 072 (23,3)	618 (13,4)	114 (2,5)	14 (0,3)
Manitoba ⁷³	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (18,5)	38 (41,3)	20 (21,7)	12 (13,0)	5 (5,4)	0 (0,0)
Saskatchewan	0 (0,0)	0 (0,0)	56 (15,2)	171 (46,3)	102 (27,6)	33 (8,9)	7 (1,9)	0 (0,0)
Alberta ⁷⁴	*	*	100 (8,5)	450 (38,4)	340 (29,0)	230 (19,6)	49 (4,2)	0 (0,0)
Yukon	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

⁷¹ Ces chiffres s'appuient uniquement sur les admissions au cours de l'exercice financier

⁷² Comprend les services offerts directement par SSA seulement. Il n'y a aucun organisme financé ou mandaté par SSA qui offre des traitements de la dépendance aux opioïdes. Les traitements de la dépendance aux opioïdes en Alberta sont destinés à des personnes de 18 ans et plus. Les clients plus jeunes peuvent être admis, selon les circonstances.

⁷³ Voir la note 71 ci-dessus.

⁷⁴ Voir la note 72 ci-dessus



Indicateur 9

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

Les tableaux 27 et 28 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.

Selon l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2011, 7,7 % des répondants ont déclaré avoir pris le volant dans l'heure suivant la consommation de deux verres ou plus (CCLT, 2013).

Tableau 27. Bénéficiaires uniques des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies, selon le sexe, 2010-2011

Autorité administrative	Total	Hommes n ^{bre} (%)	Femmes n ^{bre} (%)
Nouvelle-Écosse	1 462	1 246 (85,2)	216 (14,8)
Nouveau-Brunswick	1 387		
Québec	10 383	8 876 (85,5)	1 507 (14,5)
Manitoba ⁷⁵	1 618	1 374 (84,9)	243 (15,0)
Saskatchewan	3 907	3 149 (80,6)	753 (19,3)
Alberta ⁷⁶	5 413	4 606 (85,1)	806 (14,9)
Yukon	54	43 (79,6)	11 (20,4)

⁷⁵ Données fournies par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD). Les personnes accusées de conduite avec facultés affaiblies sont tenues de se présenter à la FMLD pour une évaluation. Dans le cadre du programme relatif à la conduite avec facultés affaiblies, les évaluations comptent deux phases : la collecte d'information fournie par le client (c.-à-d. que le client remplit un formulaire d'admission ainsi que le questionnaire *Substance Abuse Life Circumstance Evaluation [SALCE]*) et l'entrevue d'évaluation avec un conseiller. Après l'entrevue, le conseiller recommandera l'orientation du client vers d'autres services.

⁷⁶ Les données reflètent le nombre de conducteurs qui ont terminé le cours *Planning Ahead* ou *IMPACT* en Alberta entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011. Données fournies par l'Alberta Motor Association.



Tableau 28. Bénéficiaires uniques des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies, selon l'âge, 2010-2011

Autorité administrative	Groupe d'âge							
	<15 n ^{bre} (%)	15-17 n ^{bre} (%)	18-24 n ^{bre} (%)	25-34 n ^{bre} (%)	35-44 n ^{bre} (%)	45-54 n ^{bre} (%)	55-64 n ^{bre} (%)	65+ n ^{bre} (%)
Nouvelle-Écosse	0 (0,0)	*	288 (19,7)	406 (27,8)	321 (22,0)	270 (18,5)	140 (9,6)	36 (2,5)
Québec ⁷⁷	0 (0,0)	19 (0,2)	2 025 (19,5)	2 596 (25,0)	1 879 (18,1)	2 306 (22,2)	1 092 (10,5)	466 (4,5)
Manitoba ⁷⁸	s/o	9 (0,6)	400 (24,7)	450 (27,8)	334 (20,6)	296 (18,3)	101 (6,2)	28 (1,7)
Saskatchewan	10 (0,3)	44 (1,2)	1 005 (28,5)	1 147 (32,6)	585 (16,6)	480 (13,6)	194 (5,5)	57 (1,6)
Alberta ⁷⁹	*	*	987 (18,2)	1 813 (33,5)	1 154 (21,3)	994 (18,4)	362 (6,7)	98 (1,8)

Autorité administrative	Groupe d'âge						
	11-20 n ^{bre} (%)	21-30 n ^{bre} (%)	31-40 n ^{bre} (%)	41-50 n ^{bre} (%)	51-60 n ^{bre} (%)	61-70 n ^{bre} (%)	71-90 n ^{bre} (%)
Nouveau-Brunswick	82 (5,6)	435 (29,6)	300 (20,4)	285 (19,4)	184 (12,5)	81 (5,5)	20 (1,4)

⁷⁷ Données fournies par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) qui est chargée par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) de procéder aux évaluations nécessaires en vertu du Programme d'évaluation et de réduction du risque. Quand les évaluations sont terminées, l'ACRDQ présente à la SAAQ des recommandations sur la compatibilité du comportement de consommation du conducteur et la conduite sécuritaire d'un véhicule.

⁷⁸ Données fournies par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD). Les personnes accusées de conduite avec facultés affaiblies sont tenues de se présenter à la FMLD pour une évaluation. Dans le cadre du programme relatif à la conduite avec facultés affaiblies, les évaluations comptent deux phases : la collecte d'information fournie par le client (c.-à-d. que le client remplit un formulaire d'admission ainsi que le questionnaire *Substance Abuse Life Circumstance Evaluation [SALCE]*) et l'entrevue d'évaluation avec un conseiller. Après l'entrevue, le conseiller recommandera l'orientation du client vers d'autres services.

⁷⁹ Les données reflètent le nombre de conducteurs qui ont terminé le cours *Planning Ahead* ou *IMPACT* en Alberta entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011. Données fournies par l'Alberta Motor Association.



Analyse

Les données présentées dans le deuxième rapport sur les indicateurs nationaux de traitement (INT) fournissent de l'information pancanadienne sur des caractéristiques démographiques de base et l'accès aux catégories de traitement, au cours de l'exercice financier 2010-2011. Voici les principales conclusions du rapport :

- Le nombre d'épisodes de traitement varie considérablement entre les autorités administratives au Canada, tout comme le nombre de bénéficiaires uniques ayant accès à de tels services.
- Au cours de 2010-2011, il y a eu moins d'épisodes relatifs aux problèmes de jeu que d'épisodes relatifs à la consommation de substances.
- Les services de traitement à l'externe (p. ex. traitement de jour) comptent pour la majorité des épisodes de traitement de la toxicomanie, soit d'environ 60 à 70 % dans la plupart des autorités administratives.
- Dans certains cas, soit entre 4 et 13 % des épisodes de traitement de la toxicomanie, les personnes qui demandent un traitement ne le font pas pour elles-mêmes, mais pour une autre personne, comme un membre de la famille. Ce taux est même plus élevé dans le cas du jeu et compte pour environ 20 % dans trois provinces.
- En moyenne, plus d'hommes que de femmes ont accès à des services de traitement spécialisés, et ce, dans toutes les catégories de services.
- En moyenne, les bénéficiaires âgés de 25 à 34 ans constituent la plus grande proportion de personnes utilisant les services de traitement de la toxicomanie (de 20 à 30 %). Le groupe d'âge 35-44 ans suit de près et représente de 17 à 25 % des utilisateurs.
- La majorité des bénéficiaires de services de traitement spécialisés qui ont fait usage de drogues injectables au cours de la dernière année sont des hommes (de 52 à 67 %).
- La plupart des bénéficiaires qui suivent des programmes publics de substitution aux opioïdes sont des hommes âgés de 25 à 35 ans.
- Plus de 80 % des personnes participant à des programmes relatifs à la CFA sont de sexe masculin; les hommes de 18 à 34 ans représentent le plus grand pourcentage de ces clients.

Les conclusions du présent rapport sont en continuité avec celles qui ont été présentées dans le premier rapport pour l'exercice 2009-2010. En continuant d'élargir la base de connaissances sur la prestation de services en toxicomanie, les résultats de ce rapport permettront d'orienter la planification du système et fourniront des données probantes pour guider l'investissement des ressources. Par exemple :

- Étant donné que les répercussions de la toxicomanie dépassent l'accès aux services pour les personnes aux prises avec le problème, la proportion de personnes qui demandent des services pour un de leurs proches peut donner à penser qu'il faudrait accorder plus d'attention aux services qui ciblent les familles.
- Selon les recherches, en comparaison avec les hommes, les femmes doivent faire face à différents obstacles pour accéder aux services et, en fait, les données montrent que les taux d'accès aux services sont plus bas pour les femmes. À l'avenir, les données sur les INT pourront être considérées comme une ressource montrant l'effet des efforts visant à réduire les disparités sexospécifiques qui font obstacle à l'accès aux services.



- Le grand nombre de jeunes hommes participant à des programmes relatifs à la conduite avec facultés affaiblies confirme la nécessité d'avoir des mesures d'éducation et de prévention efficaces ciblant cette population.

Le présent rapport montre aussi que malgré la diversité du Canada, il y a beaucoup d'uniformité dans les services en toxicomanie. Dans la plupart des provinces, entre 0,5 et 1,5 % de la population a eu accès à des services spécialisés en toxicomanie au cours de la dernière année – et il s'agit ici d'une estimation prudente puisqu'elle n'inclut pas, par exemple, les établissements privés et les soins primaires. L'utilisation des services à cette échelle montre le fardeau que la toxicomanie fait porter sur les services de santé et les autres services au Canada. Les données sur les INT montrent aussi que de nombreuses personnes qui ont accès au traitement entrent dans le système et en sortent ou ont accès à plus d'un type de service au cours d'une année. Cette façon d'utiliser les services fait ressortir l'importance d'avoir des procédés efficaces pour la gestion de cas, le dépistage et l'orientation afin que les bénéficiaires reçoivent des services adaptés à leur situation et à leurs besoins – et qu'ils puissent faire une transition harmonieuse au fur et à mesure que leurs besoins changent au fil du temps.

Les données sur les INT présentées ne devraient pas être examinées de façon isolée, mais plutôt en tant que contributions importantes aux renseignements disponibles au sujet de la consommation de substances et des répercussions de cette dernière au Canada, y compris, par exemple, les renseignements de l'ESCCAD sur les taux autodéclarés de consommation dans la population et les renseignements de l'ICIS sur les congés de l'hôpital associés à la consommation. Une fois mises en commun, les données obtenues grâce à ces initiatives permettront de dresser le portrait complet dont nous avons besoin pour l'élaboration de politiques, l'allocation des ressources et la mise sur pied de services.



Conclusions et prochaines étapes

Les données du présent rapport ont pour but d'éclairer les analystes, les chercheurs, les dirigeants, les décideurs et les conseillers sur les services de traitement spécialisés au Canada. Le Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement a réalisé d'importants progrès en mettant de l'avant une série d'indicateurs de traitement comparables. Ce deuxième rapport est déjà plus étoffé que le premier : on a élargi la portée des données en ajoutant les données de trois nouvelles autorités administratives (Yukon, Manitoba, Terre-Neuve-et-Labrador) ainsi qu'un nouvel indicateur (accès aux programmes relatifs à la CFA). La collecte de données pour le prochain rapport est déjà en cours et elle a été élargie pour inclure des données sur les substances consommées et la situation d'emploi. Ces ajouts permettront de comparer les taux de prévalence de certaines substances au niveau de la population à leur prévalence chez les personnes ayant accès à des traitements. Au cours de la prochaine année, le CCLT travaillera aussi plus étroitement avec l'Institut canadien d'information sur la santé afin de découvrir des méthodes pour mesurer l'accès aux soins communautaires et aux soins primaires.

Grâce à une approche de plus en plus méthodique quant à la définition et à la collecte des données sur les INT et à une participation croissante de la part des intervenants, les prochains rapports permettront de comparer les tendances au fil du temps et entre les différentes autorités administratives. Le prochain rapport sur les INT (le troisième de cette série de rapports annuels) permettra d'aborder les tendances observées dans les données sur les INT. Un ensemble complet de données canadiennes permettrait aussi d'étayer les comparaisons avec les systèmes de traitement du monde entier. Le rôle du GTINT sera de continuer à améliorer la collecte de données tout en appuyant l'interprétation et l'utilisation, de manière exacte et appropriée, des données sur les INT.

Il est avantageux d'investir dans les soutiens et les services fondés sur des données probantes. En effet, ces mesures sont un moyen efficace de réduire les coûts socioéconomiques et les coûts pour la santé de la consommation de substances et du jeu au Canada. Pour assurer l'efficacité, l'efficacité et la transparence des programmes et services, la validité de ces derniers devra être justifiée par une planification factuelle du système. Les données présentées dans ce rapport constituent une étape dans le processus de création d'un portrait national complet de la prestation des services et du soutien offerts au Canada pour la consommation de substances.



Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. *I-Track : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada : Rapport sur la phase I, août 2006*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, 2006. Accessible au http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/pdf/itrack06_f.pdf.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment and Family Therapy*, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, no. 39, Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004. Accessible au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64265/>.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Fiche de renseignements : La conduite avec facultés affaiblies*, Ottawa, auteur, 2013.
- Fischer, B. et E. Argento. Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review, *Pain Physician*, vol. 15, 2012, ES191-203. Accessible au <http://www.painphysicianjournal.com/2012/july/2012;15;ES191-ES203.pdf>.
- Fondation de recherches sur les blessures de la route. *Sondage sur la sécurité routière de 2012 – L'alcool au volant au Canada : Tendances*, Ottawa, auteur, 2012. Accessible au http://www.tirf.ca/publications/PDF_publications/RSM_2012_Drinking_Driving_FR_2.pdf.
- Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa, Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008. Accessible au <http://www.nts-snt.ca/2012%20Document%20Library/nts-systems-approach-substance-abuse-canada-2008-fr.pdf>.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale et de toxicomanie - Rapport prototype sur les indicateurs*, Ottawa, auteur, 2001. Accessible au http://www.cihi.ca/CIHI-external/pdf/internet/HMDB_INDICATOR_PROTO_REP_FR.
- Niccols, A., C.A. Dell et S. Clarke. Treatment issues for Aboriginal mothers with substance use problems and their children, *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 8(1), 2010, p. 320-335.
- Palepu A., B.D.L. Marshall, C. Lai, E. Wood et T. Kerr. Addiction treatment and stable housing among a cohort of injection drug users, *PLoS ONE*, vol. 5(7), 2010, e11697. Accessible au <http://www.homelesshub.ca/Resource/Frame.aspx?url=http%3a%2f%2fwww.homelesshub.ca%2fResourceFiles%2fPalepu.2010.pdf&id=49032&title=Addiction+Treatment+and+Stable+Housing+among+a+Cohort+of+Injection+Drug+Users&owner=121>.
- Rehm, J. et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada - Points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006. Accessible au <http://www.cclt.ca/Fra/Priorities/Research/CostStudy>.
- Rush, B., J. Tremblay, R. Behrooz, C. Fougere et W. Perez. *Development of a needs-based planning model for substance use services and supports in Canada: Interim report*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues - Sommaire des résultats pour 2011*, 2012. Accessible au <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/2011/summary-sommaire-fra.php>.



Sécurité publique Canada. *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2010. Accessible au <http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/fl/2010-ccrso-fra.pdf>.

Thomas, G. *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2005. Accessible au <http://www.cclt.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-011133-2005.pdf>.



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

Nom	Organisation
Anderson, Brent	Vie saine, Jeunesse et Aînés, Manitoba
Chen, Debra	Institut canadien d'information sur la santé
Desrosiers, Pierre	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
Dupuis, Robin	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
Edwards, Mark	Santé Canada
Estey, John	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Farrell MacDonald, Shanna	Service correctionnel du Canada
Gallant, Stephen	Santé Î.-P.-É.
Hansen, Rebecca	Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Services de dépendance du Yukon
Hay, Laura	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
James, Darlene	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 Bien-être de la Nouvelle-Écosse
Rush, Brian	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Snell, Anita	Ministère des Services de santé de la C.-B.
West, Randi	Ministère des Services de santé de la C.-B.

Au 6 janvier 2013.



Annexe B : Indicateurs feu 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 d'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 prise en charge du sevrage à l'interne et à l'externe, et traitement à l'interne et à l'externe.
7. Nombre total d'épisodes et de bénéficiaires uniques traités dans les services publics spécialisés classés par statut d'utilisation de drogues injectables.
8. Nombre total de bénéficiaires de traitement de substitution aux opioïdes dans les services publics spécialisés ainsi que dans les cliniques externes de substitution aux opioïdes.
9. Nombre total de bénéficiaires des programmes 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 de dossier se déroule habituellement en personne, mais elle peut aussi se faire à distance (p. ex. au téléphone), surtout dans les régions rurales.

Épisode⁸⁰

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

Membre de la famille

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

Nouveau bénéficiaire

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.

⁸⁰ Dans les données recueillies d'une autorité administrative à l'autre, il y a toujours des fluctuations 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.



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 »).

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 d'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 désintoxication ou 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.



Annexe D : Administration des systèmes et collecte de données

Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ⁸¹	Systèmes de données	Système par navigateur ⁸²	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 Bien-être	Santé Î.-P.-É. (organisme provincial centralisé)	O	ISM (Integrated System Management)	N	Annuelle
N.-É.	Ministère de la Santé et du Bien-être	Neuf régies de santé de district et Centre de santé IWK	O	ASist (Addiction Services Statistical Information System Technology)	O	Mises à jour en temps réel (région et province)
N.-B.	Ministère de la Santé	Deux régies régionales de la santé	O	RASS (Regional Addiction Service System)	N	Annuelle
Qué.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	16 centres de réadaptation en dépendance 95 centres de santé et de services sociaux Plus de 100 centres communautaires et privés d'hébergement durant le traitement qui sont certifiés ou en processus de certification ou de renouvellement	N	SIC-SRD (Système d'information clientèle pour les services de réadaptation dépendances)	N	Annuelle
Ont.	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) Organismes communautaires	O	DASIT (Drogue et alcool - Système d'information sur le traitement)	O	Des rapports trimestriels et annuels sont produits sur les chiffres du DASIT

⁸¹ Fait allusion à l'intégration des services en santé mentale et en toxicomanie sur le plan administratif. O = oui; N = non; EC = en cours.

⁸² 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.



Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ⁸¹	Systèmes de données	Système par navigateur ⁸²	Présentation de rapports
Man.	Ministère de la Vie Saine, de la Jeunesse et des Aînés Santé Manitoba pour les services de prise en charge du sevrage des adultes à l'interne et un programme de traitement à l'interne	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	0	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	0	Annuelle (province)
C.-B.	Ministère des Services de santé	Une régie provinciale de la santé et cinq régies régionales de la santé	0	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



Autorité administrative	Ministère responsable	Structure de prestation des services	Intégration SM et T ⁸¹	Systèmes de données	Système par navigateur ⁸²	Présentation de rapports
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 régions 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	
PNLAAD A 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

