

Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement

Gerald Thomas

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme
et les toxicomanies

Mars 2005

Table des matières

Introduction	1
Contexte : réforme des soins de santé et rôle de l'infrastructure de santé	1
Organisation du traitement des toxicomanies et collecte de données au Canada	2
Discussion	16
Recommandations	19
Conclusion	19
Bibliographie	19

Résumé

Le présent document offre un survol du secteur du traitement des toxicomanies au Canada. Il comporte une analyse descriptive des systèmes de prestation des soins de santé et des données sur le traitement des toxicomanies recueillies par les principaux fournisseurs de ces services. L'objectif est d'élaborer des recommandations en vue de créer un réseau national de collecte et d'analyse des données sur le traitement des toxicomanies au Canada. La première partie du document (*Contexte*) traite des efforts déployés actuellement pour réformer le secteur des soins de santé au Canada et du rôle que joue la technologie de l'information dans ces réformes. La deuxième partie donne un aperçu de l'organisation actuelle des systèmes de prestation des soins de santé d'un bout à l'autre du Canada, présente des renseignements sur les données recueillies par les principaux fournisseurs de traitement des toxicomanies et décrit les systèmes de données utilisés à ces fins. La troisième partie contient des recommandations visant la création d'un réseau national de collecte des données sur le traitement des toxicomanies au Canada.

Le présent document est publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT)
75, rue Albert, bureau 300, Ottawa (Ontario) K1P 5E7, tél. : (613) 235-4048, info@ccsa.ca, www.cclat.ca

Citation proposée : Thomas, Gerald. (2005). Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (Groupe de travail national sur les politiques / Document de travail sur les politiques)

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

This document is also available in English under the title *Addiction Treatment Indicators in Canada: An Environmental Scan*

Ce document est publié grâce entre autres à la participation financière de Santé Canada. Les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Droit d'auteur © 2006 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Tous droits réservés.

ISBN 1-897321-08-2

Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement

Gerald Thomas, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, mars 2005

Introduction

Le présent document offre un survol du secteur du traitement des toxicomanies au Canada. Il comporte une analyse descriptive des systèmes de prestation des soins de santé et des données sur le traitement des toxicomanies recueillies par les principaux fournisseurs de ces services. L'objectif est d'élaborer des recommandations en vue de créer un réseau national de collecte et d'analyse des données sur le traitement des toxicomanies au Canada.

La première partie du document (*Contexte*) traite des efforts déployés actuellement pour réformer le secteur des soins de santé au Canada et du rôle que joue la technologie de l'information dans ces réformes. La deuxième partie donne un aperçu de l'organisation actuelle des systèmes de prestation des soins de santé d'un bout à l'autre du Canada, présente des renseignements sur les données recueillies par les principaux fournisseurs de traitement des toxicomanies et décrit les systèmes de données utilisés à ces fins. La troisième partie contient des recommandations visant la création d'un réseau national de collecte des données sur le traitement des toxicomanies au Canada.

Contexte : réforme des soins de santé et rôle de l'infrastructure de santé

Le système canadien des soins de santé traverse actuellement une période de réorganisation et de réforme en profondeur. Le besoin de changement est dicté en grande partie par l'escalade des coûts des soins de santé qui menace d'ébranler la solvabilité budgétaire de certains gouvernements provinciaux et territoriaux. La réforme des soins de santé au Canada porte sur les thèmes suivants :

- décentralisation des pouvoirs et régionalisation de la prestation des services par la création de régies régionales de la santé (RRS);
- système décisionnel reposant davantage sur des éléments probants et mise au point d'un système de soins de santé plus transparent et rentable;
- les soins en établissement et l'approche axée sur la maladie évolue vers des services communautaires et une approche axée sur le mieux-être;
- intégration des organismes, des programmes et des services pour créer un continuum de services de santé et réduire les dédoublements et les chevauchements;
- adoption de l'approche des services axés sur la personne;
- accent mis sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la responsabilité individuelle à l'égard de la santé (ICIS, 2000b:1).

L'information constitue un élément commun à l'ensemble de ces thèmes. La mise en place de ces réformes sera grandement facilitée par la collecte, la gestion, l'analyse et la mise en commun efficaces de l'information sur la santé à tous les niveaux organisationnels (local, régional, provincial/territorial et national).

Dès 1995, on a reconnu que le secteur des soins de santé au Canada était déficient relativement à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, et qu'il faudrait effectuer d'importants investissements pour garantir la viabilité du régime canadien d'assurance-maladie (Comité consultatif sur l'autoroute de l'information et Industrie Canada, 1995). Des évaluations plus récentes des soins de santé au pays ont mené à la conclusion que la capacité de recueillir, de gérer, d'analyser et de mettre en commun l'information en matière de santé sera un élément nécessaire de toute tentative d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience dans ce secteur (Commission Romanow, 2002; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2002, 2001). Lewis et Kouri (2004) énoncent le problème de la manière suivante :

Parmi les affaires en suspens (liées à la réforme des soins de santé) se trouve la transition vers un système davantage fondé sur des données probantes et reposant sur une information exacte et actuelle. Les régies régionales de la santé doivent avoir l'autorisation, ou mieux encore le mandat, de consacrer d'importantes ressources aux éléments à la base de l'amélioration de la qualité. À certains endroits, notamment à Calgary, on dépense près de 5 % pour [la collecte et l'analyse des données], mais la norme nationale se rapproche plutôt de 2 à 3 %. Les meilleures organisations américaines de soins de santé intégrés sans but lucratif [...] consacrent jusqu'à 10 % de leur budget à la seule technologie de l'information et des montants additionnels à la recherche et à l'analyse. Les Canadiens ont tendance à penser que l'argent dépensé pour toute autre chose que des soins directement dispensés aux patients représente des frais fixes non productifs; cette mentalité doit changer si l'on veut que la régionalisation, ou une autre approche, réussisse à améliorer la qualité et l'efficience [traduction libre].

Certains ont réclamé des investissements dans « l'infrastructure de la santé », vocable qui recouvre maintenant l'ensemble de ces activités, et leurs appels ont été entendus. En 1997, le gouvernement fédéral a débloqué 50 millions de dollars sur trois ans pour promouvoir la mise au point d'un réseau pancanadien d'information sur la santé. Il a créé le Bureau de la santé et l'Inforoute (maintenant appelé la Division de la santé et l'Inforoute) à Santé Canada afin de coordonner les efforts fédéraux. En 1999, le gouvernement fédéral a attribué des crédits additionnels de 95 millions de dollars pour le financement de l'Initiative du carnet de route de l'information sur la santé, entreprise menée en collaboration par Santé Canada, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en vue d'évaluer de manière continue la santé des Canadiens et celle du système de soins de santé du Canada.

Cette même année, le gouvernement a financé le Réseau canadien de la santé, initiative de télésanté visant à sensibiliser davantage le grand public à l'importance de la santé. En 2000, Inforoute Santé du Canada, société à but non lucratif de grande envergure, a été créée en vue d'accélérer la mise en œuvre du dossier électronique de la santé et de promouvoir la modernisation et la croissance de l'infrastructure de la santé. Depuis 2004-2005, Inforoute Santé du Canada a reçu au total 1,11 milliard de dollars de crédits fédéraux. Son mandat a été étendu pour englober la promotion des initiatives de télésanté et la mise au point d'un système national de surveillance de la santé. Depuis 1997, le gouvernement fédéral a consacré plus de 1,5 milliard de dollars à la mise au point de l'infrastructure de la santé au Canada¹.

La nécessité de consacrer des investissements considérables à l'infrastructure de la santé est maintenant généralement reconnue. Mais le domaine des toxicomanies, le « parent pauvre » du système de soins de santé du Canada, a en grande partie été exclu de ces initiatives. En fait, plusieurs évaluations récentes du domaine des toxicomanies ont conclu au manque de données standardisées comparables sur lesquelles se fonder pour prendre efficacement des décisions en ce qui concerne le traitement, les politiques ou la planification, surtout au niveau national (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2004; Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, 2001; Bureau du vérificateur général du Canada, 2001; ICIS, 2000a, 2000b)². Bien que l'on puisse se procurer des données d'envergure nationale en matière de traitement des toxicomanies en s'adressant aux hôpitaux et à d'autres sources institutionnelles (ICIS, 2001), ces données sont incomplètes : elles ne tiennent pas compte des traitements dispensés dans le cadre de programmes communautaires, pourtant le mode de prestation le plus courant pour les services de traitement des toxicomanies (en établissement ou en externe) au Canada.

Organisation du traitement des toxicomanies et collecte de données au Canada

Comme pour la plupart des dossiers de la santé, les interventions dans le domaine des toxicomanies au Canada sont organisées principalement au niveau provincial-territorial (certaines populations – prisonniers sous responsabilité fédérale, Premières nations et Inuits, membres des Forces canadiennes – sont servies par des programmes fédéraux). Chaque province et territoire offre des services de traitement des toxicomanies, mais comme chaque système a été établi séparément, les modèles varient énormément pour ce qui est des politiques, du financement et du mode de prestation. Le traitement des toxicomanies englobe tout un éventail de services : services en établissement ou en externe dans des hôpitaux psychiatriques ou généraux; services assurés dans le cadre de programmes communautaires; services d'urgence et interventions en situation de crise; et services donnés par des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux. Les divers traitements offerts par les hôpitaux, les médecins généralistes et les programmes communautaires varient d'une province à l'autre. Certains systèmes mettent surtout l'accent sur les services dispensés dans les hôpitaux, par les médecins de famille ou autres professionnels de la santé, alors que d'autres font plutôt une large place aux programmes de traitement communautaires.

L'ensemble des provinces et des territoires recueillent, gèrent et analysent des données sur les toxicomanies, quoique les activités dans ce domaine soient plus ou moins poussées d'un endroit à l'autre. Au Canada, trois provinces ont un organisme à cet effet, soit l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario. On trouvera ci-dessous une description des modèles de prestation des services de santé et des systèmes de collecte et de gestion des données sur les toxicomanies de chacun des principaux fournisseurs de services au Canada.

ALBERTA (ALB.) (la population en 2003 est estimée à 3 158 600 habitants)

La Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies (AADAC) est mandatée par l'*Alcohol and Drug Abuse Act* pour exploiter et financer des services de traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie et du jeu excessif ainsi que pour réaliser des travaux de recherche connexes. Un conseil composé d'au plus douze membres dirige la Commission sous la présidence d'un député relevant du ministre de la Santé et du Mieux-être. Le conseil de la Commission assure l'orientation des programmes et des services de l'AADAC.

L'AADAC offre des services d'information, de prévention et de traitement dans 49 localités de l'Alberta par l'entremise d'un réseau de cliniques urbaines, d'installations de traitement en établissement et de cliniques rurales. Cet organisme finance également des traitements dispensés par une trentaine de partenaires

¹ Les provinces et les territoires investissent aussi des sommes considérables dans l'élaboration de l'infrastructure de la santé dans leurs territoires. On trouvera des descriptions sommaires des initiatives provinciales et territoriales dans le domaine de l'infrastructure de la santé à http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/chics/pt/index_f.html.

² Au milieu des années 1990, un comité fédéral-provincial-territorial (FPT) de Santé Canada a envisagé la création d'un système national normalisé de collecte et d'analyse de renseignements sur les traitements propres à chaque toxicomanie, mais l'idée a été abandonnée lorsqu'on a constaté l'ampleur du travail qui serait nécessaire. Plus récemment, des chercheurs de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) y ont réfléchi de nouveau dans le cadre de plusieurs rapports de recherche (ICIS, 2000a, 2000b), mais ces efforts n'ont mené à aucune mesure précise pour établir des normes pancanadiennes.

communautaires indépendants. En 2003-2004, l'AADAC a admis 29 847 personnes pour des traitements liés à la consommation d'alcool, de drogues ou au jeu excessif. En 2004-2005, son budget total s'élevait à 59,96 millions de dollars³.

L'AADAC utilise deux systèmes pour recueillir et gérer les données portant sur le traitement des toxicomanies :

- le système d'information et de suivi du service de l'AADAC (ASIST) recueille les données de ses établissements spécialisés dans le traitement des toxicomanies;
- le système Interim Corporate Reporting (ICR) recueille et gère des renseignements sur les programmes de traitement communautaires financés en tout ou en partie par l'AADAC.

L'ASIST, système électronique de collecte de données sur le Web utilisant le logiciel de base de données SQL de Microsoft, est devenu opérationnel en 2002-2003 et recueille les données suivantes pour les services de traitement :

Type de données	Éléments recueillis
services	type de services reçus, pour soi-même ou pour d'autres, source de l'aiguillage, nombre d'heures de traitement reçues (par type de personne et par type de services), taux d'assiduité aux traitements externes, raison de la cessation du service, commentaires sur l'accès au service
personne	nom, adresse, sexe, date de naissance, état civil, identité culturelle, niveau de scolarité, statut d'étudiant, emploi, profession habituelle
consommation d'alcool ou d'autres drogues/jeu	domaine du traitement (alcool, tabac, autres drogues, jeu excessif), substances consommées dans les 12 derniers mois, substances préoccupantes dans les 12 derniers mois, participation à des jeux de hasard au cours des 12 derniers mois, préoccupations liées au jeu au cours des 12 derniers mois, utilisation de drogues injectables au cours de la vie, utilisation de drogues injectables au cours des 12 derniers mois
instruments d'évaluation utilisés	échelle de dépendance à l'alcool (ADS), gravité de la dépendance à l'alcool (AAS), test de dépistage de drogue, gravité de la toxicomanie (DAS), gravité de la dépendance au jeu (GAS), South Oaks Gambling Screen (SOGS), indice de stabilité sociale (SSI)

Le système ICR recueille des données plus limitées sur les services, la personne, la consommation d'alcool ou d'autres drogues ou le jeu excessif chez les partenaires communautaires de l'AADAC. À l'heure actuelle, l'ICR n'est pas informatisé. Le personnel de recherche de l'AADAC recueille les données sur papier et en fait la saisie dans SPSS pour analyse.

Les plans de l'AADAC en matière de collecte et d'analyse de données sur le traitement des toxicomanies sont de continuer à améliorer l'efficacité de la saisie et l'intégrité des données de l'ASIST. De plus, le 1^{er} avril 2005, un nouveau système appelé Service Tracking and Outcomes Reporting (STOR) a remplacé l'ICR pour la collecte des données sur les traitements parmi les partenaires communautaires de l'AADAC. Le STOR comprend davantage de variables démographiques (état civil, scolarité, emploi, identité culturelle et profession) ainsi que des renseignements sur la consommation d'alcool et d'autres drogues et le jeu excessif. Comme l'ICR, le système STOR fonctionne sur papier, mais les données peuvent être numérisées au lieu d'être entrées manuellement.

COLOMBIE-BRITANNIQUE (C.-B.) (4 152 300 habitants)

Le système de soins de santé de la Colombie-Britannique est administré par le ministère des Services de santé. C'est la seule province où il existe un ministre d'État à la santé mentale et aux toxicomanies. En 2002, la Colombie-Britannique a réorganisé son système de prestation de services de santé en remplaçant les 52 régies locales de la santé par cinq régies régionales de la santé (RRS) et une régie provinciale de la santé (RPS). Les cinq RRS sont en outre divisées en 15 secteurs de prestation de services correspondant aux régions géographiques de la province, ainsi qu'aux modes d'aiguillage des patients et des médecins. En 2003, la province a amalgamé la santé mentale et les toxicomanies en un seul portefeuille au sein de cette nouvelle structure de prestation des services. Les cinq RRS géographiques dispensent les services de traitement des toxicomanies dans leurs régions respectives⁴. En 2003-2004, la province a consacré environ 64 millions de dollars aux dépendances (à l'exclusion du jeu excessif).

3 Les partenaires communautaires de l'AADAC ont dispensé des traitements à 7 595 autres personnes en 2003-2004. Le système de rapport Interim Corporate Reporting ne permet pas de faire la distinction entre les nouvelles personnes et celles qui retournent suivre des traitements, de sorte que ce chiffre représente le nombre total des admissions chez les partenaires de l'AADAC. Il est possible que des personnes soient comptées en double après être allées suivre des traitements dans l'un des établissements de l'AADAC.

4 Bien que la santé mentale et les toxicomanies aient été intégrées sur le plan administratif en Colombie-Britannique, l'intégration des programmes cliniques n'a pas progressé au même rythme. Des cinq RRS de la province, la régie régionale de la santé de la région côtière de Vancouver est la plus avancée dans l'intégration clinique des services de santé mentale et de toxicomanie. Comme le regroupement de ces deux domaines de services semble être une tendance générale au Canada, il importera de suivre l'évolution et les résultats obtenus dans cette régie régionale afin d'obtenir une validation empirique indispensable de l'utilité d'une approche intégrée pour les traitements de santé mentale et des toxicomanies.

La Colombie-Britannique utilise actuellement un système appelé Addictions Information Management System (AIMS) pour recueillir et gérer les données sur le traitement des toxicomanies dans la province. Ce système électronique a été mis au point par le ministère de l'Enfance et de la Famille (maintenant appelé ministère de l'Enfance et du Développement de la famille), qui était chargé du portefeuille des toxicomanies en Colombie-Britannique de 1995 à 2002, année où la responsabilité administrative de la santé mentale et des toxicomanies a été transférée au ministère des Services de santé. L'AIMS relève maintenant de la Division de la santé mentale et des toxicomanies nouvellement créée au ministère. La responsabilité de la collecte des données et de la rédaction des rapports sur le traitement des toxicomanies a été confiée aux RRS quand le système de services de santé a été régionalisé en 2003⁵. L'AIMS recueille les éléments de données suivants :

Type de données	Éléments recueillis
services	date de l'admission, date de l'évaluation, type de programme ou de service, bureau régional/district, organisme, nom de l'intervenant qui a fait l'admission, date du transfert, transfert au programme, source de l'aiguillage
personne	nom, code postal, date de naissance, sexe, numéro de carte-santé, langue maternelle, appartenance à une bande (oui ou non), nom de la bande, résidence dans une réserve (oui ou non), niveau de scolarité, emploi actuel, accusations portées aux termes de la <i>Loi sur les jeunes contrevenants</i> , accusations liées à la consommation d'alcool ou de drogues, état civil, nombre d'enfants, nombre d'enfants à charge, date de la dernière visite chez le médecin, hospitalisation pour abus d'alcool ou de drogues, actuellement enceinte (oui ou non), pratiques sexuelles sans risque, pensées suicidaires, tentatives de suicide
consommation d'alcool ou d'autres drogues/jeu	présentation du problème par la personne, problèmes familiaux actuels ou antérieurs d'abus d'alcool ou de drogues ou de jeu excessif, consommation d'alcool, fréquence de la consommation d'alcool au moment de l'admission, consommation de médicaments (oui ou non), nom du ou des médicaments pris

instruments d'évaluation utilisés

outil de dépistage des déclencheurs médicaux, test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan (MAST-10), test de dépistage de l'abus de drogues (DAST), dépistage initial du jeu excessif

En 2002 et 2003, la Colombie-Britannique a déployé des efforts considérables en vue d'établir des exigences minimales pour la présentation de rapports (Minimum Reporting Requirements, ou MRR) dans le domaine de la santé mentale en fonction de besoins clairement énoncés d'information sur la gestion des services de santé. La province a ensuite appliqué ces critères pour élaborer les exigences minimales en matière de rapports sur les soins externes de santé mentale (MH-MRR) (ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, 2003). Les MH-MRR déterminent les données spécifiques que les régies régionales de la santé de Colombie-Britannique sont tenues de recueillir et de communiquer au ministère des Services de santé dans le cadre de leurs processus de rapports ordinaires. La Division de la santé mentale et des toxicomanies du ministère des Services de santé travaille actuellement à établir des éléments de données additionnels dans le domaine des toxicomanies, lesquels serviront de base aux exigences uniformisées en matière de rapports entre les RRS et le ministère des Services de santé pour les services de traitement des toxicomanies. Les éléments de données requis dans ces exigences minimales en Colombie-Britannique sont énumérés dans la note en bas de page 24.

5 Les cinq régies régionales de la santé (RRS) de la Colombie-Britannique sont chargées de recueillir des données sur les toxicomanies en appliquant les exigences minimales en matière de rapports que le ministère des Services de santé met actuellement au point. La province a adopté la position selon laquelle, du moment que les RRS fournissent les données requises au ministère dans un format électronique compatible avec son système de gestion des données, elle ne se préoccupe pas de savoir quel système de collecte de données les RRS utilisent pour recueillir ces renseignements. Ainsi, l'AIMS sera probablement remplacé bientôt par des systèmes de technologie de l'information mis au point dans chacune des RRS. En fait, les rapports fondés sur les données stockées dans l'AIMS sont devenus plus sporadiques ces dernières années, car les RRS se préparent à utiliser leur propre système de collecte de données et à adopter les exigences minimales en matière de rapports. La régie régionale de la santé de la région côtière de Vancouver, par exemple, a commencé en 2002 à mettre en œuvre un système de gestion des données sur les personnes appelé PARIS, qui recueille les données de presque tous les fournisseurs de services sociaux et de santé financés à même les deniers publics et relevant de la régie de la santé, y compris les fournisseurs de traitement des toxicomanies. On met actuellement en place une deuxième phase du système PARIS, qui permettra d'automatiser des processus comme l'évaluation des personnes, la planification des soins, l'établissement du calendrier des services, le suivi des dossiers et la gestion des immunisations dans l'ensemble du domaine des services sociaux et de santé de la régie de la santé.

MANITOBA (MAN.) (1 161 600 habitants)

Le ministère de la Santé administre la plupart des services de santé au Manitoba, notamment par l'entremise de 11 régions régionales de la santé. Comme l'Alberta, le Manitoba possède un organisme provincial qui se consacre exclusivement aux toxicomanies : la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD). Cette fondation est une société d'État qui relève du ministre délégué à la Vie saine, qui est responsable de la prestation des traitements des toxicomanies dans la province et des recherches menées dans ce domaine. La Fondation est organisée en trois régions (Winnipeg, Nord et Ouest) et fournit des services de traitement dans 23 établissements disséminés dans toute la province. Le budget annuel de la FMLD est d'environ 17 millions de dollars. En 2003-2004, 9 788 nouvelles personnes ont été admises pour des traitements contre l'alcoolisme, les toxicomanies ou le jeu excessif.

Les données sur le traitement des toxicomanies sont recueillies par la FMLD au moyen d'un système sur papier et sont saisies dans une base de données SPSS par numérisation de formulaires « Teleforms » conçus à cet effet. Les éléments de données les plus couramment recueillis par ce système sont décrits ci-dessous⁶ :

Type de données

services

Éléments recueillis
date de l'admission, date de l'évaluation, numéro de cas ou de dossier, type de programme ou de service, bureau, région, nom de la personne qui a rempli le formulaire d'admission, source de l'aiguillage, date du transfert, transféré à (programme), date du congé, raison du congé, plan de réadaptation continu (oui ou non), aiguillage vers une source externe (code), nombre de séances communautaires suivies, nombre de séances en établissement suivies

personne

nom, adresse, numéro de téléphone à la maison et au travail, date de naissance, âge, sexe, numéro de carte-santé, niveau de scolarité, emploi actuel, évaluation par la personne de sa situation d'emploi, profession, revenu du ménage, évaluation par la personne de sa situation financière, langue maternelle ou préférée, ascendance autochtone (oui ou non), résidence dans une réserve (oui ou non), nom de la bande, accusation en instance/comparution devant le tribunal, état de la probation ou libération conditionnelle, évaluation par la personne de ses démêlés avec la justice pénale, antécédents d'agressions physiques ou sexuelles, accusations relatives à l'alcool ou aux drogues, état à l'arrivée, dossier à l'arrivée, conditions de logement actuelles, évaluation par la personne de ses conditions de logement, pensées suicidaires, évaluation par la personne de son état de santé affective ou mentale, problèmes antérieurs ou actuels de santé,

évaluation par la personne de sa santé physique, antécédents de dépression ou d'anxiété, consultation antérieure pour des problèmes psychologiques ou de santé mentale (oui ou non), médicaments prescrits (oui ou non), hospitalisation pour des problèmes de santé mentale (oui ou non), tentatives ou idées d'automutilation, tentatives de suicide, nombre de tentatives de suicide, consommation d'alcool ou de drogues au moment de la dernière tentative de suicide, évaluation par la personne de sa situation sociale

consommation
d'alcool ou
d'autres
drogues/jeu

présentation du problème par la personne, problèmes familiaux actuels ou antérieurs d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu, consommation actuelle de tabac, consommation d'alcool (au cours des 45 derniers jours), fréquence de la consommation d'alcool (quantité), effets physiques attribuables à l'alcool, conséquences négatives attribuables à l'alcool, consommation de drogue (oui ou non), type de drogues utilisées, fréquence de la consommation de drogue, évaluation par la personne de sa consommation d'alcool ou de drogue, conséquences négatives attribuables au jeu, tentatives antérieures de réduire ou d'arrêter la consommation d'alcool ou de drogue ou le jeu, programme antérieur de réadaptation des toxicomanes, groupes antérieurs ou actuels d'entraide (oui ou non)

instruments
d'évaluation
utilisés

Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), questionnaire CAGE, dépistage initial du jeu excessif

La Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances recueille également de manière ponctuelle des données sur les résultats des traitements pour des études d'évaluation des programmes. La FMLD espère que la collecte et l'analyse de données sur les résultats fera un jour partie intégrante de ses activités.

⁶ La FMLD recueille un grand nombre d'éléments de données qui sont particuliers à certains programmes (jeu excessif, conduite en état d'ébriété, traitement des jeunes, etc.). Les éléments de données énumérés ici sont ceux qui sont le plus couramment recueillis chez la plupart des personnes adultes.

NOUVEAU-BRUNSWICK (N.-B.) (750 900 habitants)

Le système de prestation de services de santé du Nouveau-Brunswick, administré par le ministère de la Santé et du Mieux-être, est organisé en huit régions régionales de la santé dans sept régions, qui exploitent environ 50 établissements de soins de santé d'un bout à l'autre de la province⁷. Dans cette structure de gestion, les services aux toxicomanes et les services de santé mentale ont été combinés en une seule unité administrative. Les services de désintoxication, le counseling en consultation externe et les services de traitement communautaires sont offerts dans toutes les régions sanitaires. Des services résidentiels de courte et de longue durée sont assurés à l'échelle de la province. Le Nouveau-Brunswick a aussi pour les jeunes un programme de traitement résidentiel de longue durée qui s'inspire du modèle de Portage. En 2003-2004, la province a attribué 13,4 millions de dollars aux services de lutte contre les toxicomanies et a admis 2 517 nouvelles personnes pour des traitements.

Les données sur le traitement des toxicomanies sont recueillies au Nouveau-Brunswick depuis 1992-1993 par le système des services régionaux de toxicomanie (RASS). Ce système électronique de collecte de données qui n'utilise pas Internet mais plutôt le gestionnaire de base de données HP Image recueille les éléments suivants :

Type de données	Éléments recueillis
services	date de l'admission, numéro de cas ou de dossier, type de programme ou de service, bureau régional/district, résidentiel ou externe, formulaire d'admission rempli par (code de l'employé), date d'inscription sur la liste d'attente, en attente de quel programme, code de priorité, date de congé, types de programmes suivis, durée du programme, types d'évaluations effectuées
personne	nom, adresse, numéro de téléphone à la maison et au travail, date de naissance, sexe, numéro de carte-santé, langue maternelle ou préférée, origine raciale
consommation d'alcool ou d'autres drogues/jeu	présentation du problème par la personne, préoccupations de la personne sur sa consommation de tabac, drogues injectables (oui ou non) outil de dépistage des déclencheurs médicaux, test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan (MAST-10), test de dépistage de l'abus de drogues (DAST), dépistage initial du jeu compulsif
instruments d'évaluation utilisés	Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), questionnaire CAGE, South Oaks Gambling Screen (SOGS) ⁸

Santé et Mieux-être Nouveau-Brunswick commence à chercher un nouveau système de gestion des données pour sa division des services de lutte contre les toxicomanies.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR (T.-N.-L.) (518 400 habitants)

Administré par le ministère de la Santé et des Services communautaires, le système de soins de santé de Terre-Neuve-et-Labrador a été réorganisé en 2004 par la fusion de 14 conseils de la santé communautaires intégrés et institutionnels en quatre régies régionales intégrées de la santé (Regional Integrated Health Authorities, ou RIHA). Ces quatre RIHA sont celles de l'Est, du Centre, de l'Ouest et de Labrador-Grenfell. Le traitement des toxicomanies est assuré par les RIHA. Le Recovery Centre de St. John's fournit des services de désintoxication et le Humberwood Centre, à Corner Brook, des services de traitement à l'interne pour la province. En 2003-2004, le gouvernement provincial a accordé des crédits de 4,5 millions de dollars pour les toxicomanies.

Terre-Neuve-et-Labrador a commencé à mettre en œuvre son système de gestion de l'aiguillage des personnes (CRMS), système électronique de gestion des données pour les services de santé. Le CRMS utilise une base de données Oracle (et non Web) pour recueillir des renseignements démographiques et de santé de base, notamment sur le traitement des toxicomanies, auprès de tous les fournisseurs de services de santé de la province. Les éléments de données recueillis par le CRMS sont les suivants :

Type de données	Éléments recueillis
services	date de l'évaluation, région, fournisseur de services (personne-ressource, région, titre de la personne-ressource), détails sur le service (secteur, programme, nom, date de prestation du service, district, endroit où le service a été dispensé), détails sur la charge de travail (durée du traitement, méthode de prestation du service)
personne	nom, adresse, numéro de téléphone, numéro de carte-santé, date de naissance, état civil, niveau de scolarité, sexe, religion, statut d'immigrant, citoyenneté, transport, traitement antérieur (type, description, date de début et de fin), emploi
consommation d'alcool ou d'autres drogues/jeu	nature du problème : substance(s)/comportements (alcool, hallucinogènes, jeux de dés, etc.), y compris âge de la première utilisation, âge des premiers problèmes et type d'utilisation pour chaque substance/comportement
instruments d'évaluation utilisés	échelle de dépendance à l'alcool (ADS), questionnaire CAGE, test de dépistage de l'abus de drogues (DAST), inventaire du risque du conducteur (DRI), questionnaire sur la consommation des drogues (DTCQ), inventaire des états dépressifs (IDS), liste des occasions de consommation de drogues (LOCD), test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan (MAST), évaluation de l'abus de drogues/situations de vie

⁷ L'une des régions du Nouveau-Brunswick compte deux régies de la santé : une en anglais et l'autre en français.

⁸ Les scores obtenus à l'aide de ces instruments d'évaluation ne sont pas entrés dans le système de gestion des données RASS.

(SALCE), Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), South Oaks Gambling Scale (SOGS), YOUTH

Des discussions sont en cours à Terre-Neuve-et-Labrador sur les questions de vie privée et de sécurité soulevées par la collecte et l'utilisation de renseignements sur la santé. Une fois les discussions terminées, le CRMS sera déployé dans l'ensemble de la province, probablement d'ici la fin de 2005-2006.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST (T. N.-O.) (42 200 habitants)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre la prestation des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest. Dans le gouvernement territorial, le ministère guide la planification et l'élaboration des politiques, établit et applique des normes de gestion et de prestation des services et finance l'ensemble du système de santé publique et de services sociaux. On compte huit régions de la santé et des services sociaux dans l'ensemble du territoire. Leur mandat est de dispenser tous les services sociaux et de santé aux résidents dans leurs régions respectives. En 2003, le Modèle de prestation de services intégrés a été élaboré pour s'assurer que les résidents des Territoires du Nord-Ouest reçoivent un éventail complet de services à la fois coordonnés, intégrés, souples, durables, de qualité et transparents. Dans le cadre de cette approche intégrée, les Services de santé mentale et de traitement des toxicomanies ont été créés pour être l'un de six services de base. Ainsi, ces services sont intégrés et coordonnés dans l'ensemble du continuum de prestation des services de santé. Les régions de la santé et des services sociaux ont depuis reçu du financement pour fournir des services intégrés de counseling en santé mentale et en toxicomanie, ainsi qu'un volet en prévention et en éducation du public lié à la santé mentale, aux toxicomanies et à la violence familiale. Les huit régions offrent des services de counseling dans toutes les collectivités. Dans les très petites collectivités, certains services sont assurés par avion; les services de counseling sont offerts sur place dans la plupart d'entre elles.

Le territoire a un centre de traitement pour toxicomanes adultes d'une capacité de 30 places qui est situé dans la réserve de Hay River. Les hommes adultes peuvent aussi avoir accès au programme Life Recovery Substance Abuse, offert par l'Armée du Salut. Actuellement, les enfants et les adolescents qui ont besoin de traitement en établissement pour des problèmes de toxicomanie doivent aller à l'extérieur du territoire, principalement en Alberta. Les adultes qui doivent recevoir des traitements en établissement plus spécialisés pour des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale sont également obligés de se rendre à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest. Les résidents peuvent avoir accès à des services de désintoxication sous surveillance médicale dans les hôpitaux du territoire et peuvent aussi s'inscrire à un programme social de désintoxication dispensé par l'Armée du Salut à Yellowknife. En 2003-2004, les Territoires du Nord-Ouest ont alloué 2,41 millions de dollars à leurs programmes résidentiels de traitement pour toxicomanes (y compris la désintoxication) et ont desservi 262 personnes. Toutefois, 101 de ces personnes en établissement ont été envoyées suivre des traitements dans les provinces situées au sud, généralement l'Alberta.

Il n'y a pas dans les Territoires du Nord-Ouest de système spécialement établi pour la collecte de données sur le traitement des toxicomanies. Des renseignements sur l'évaluation et le traitement des personnes sont recueillis au niveau de la localité, mais le mode de collecte n'est pas uniformisé et les données ne sont pas compilées pour l'ensemble du territoire. Dans le cadre de ses processus administratifs, le ministère de la Santé et des Services sociaux recueille des données de base sur le nombre de personnes, l'endroit où elles sont traitées et le coût du traitement.

Les Territoires du Nord-Ouest en sont à la deuxième année d'un plan de dix ans visant à reconfigurer leurs services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Une amélioration de la gestion de l'information est prévue dans ce processus. L'élaboration d'un système de dossiers de santé électroniques, par exemple, est une option que le territoire étudie.

NOUVELLE-ÉCOSSE (N.-É.) (936 200 habitants)

Le Service de toxicomanie est un service de base du ministère de la Santé et du Bureau de la promotion de la santé et est chargé d'établir la politique, les normes des programmes, les indicateurs de rendement et les procédures de suivi des résultats, de vérifier les programmes et les services et d'appuyer l'élaboration et la prestation des services au niveau des districts et des régions. La gestion et la prestation des services de toxicomanie relèvent de chacune des neuf régions de santé de district et sont réparties dans quatre domaines de services partagés. Durant l'exercice 2003-2004, la Nouvelle-Écosse a admis 4 044 nouvelles personnes en traitement et, dans l'ensemble de la province, a affecté au total 22,3 millions de dollars à tous les services de prévention et de traitement ainsi qu'aux travaux de recherche dans le domaine des toxicomanies.

La Nouvelle-Écosse utilise actuellement le système StatIS pour recueillir et gérer les données sur le traitement des toxicomanies et compile ces données depuis 1992. Ce système électronique de gestion des données, qui utilise le logiciel FoxPro, recueille les éléments suivants :

Type de données	Éléments recueillis
services	date d'admission, numéro de dossier, établissement ou département, type d'aiguillage (volontaire ou obligatoire), agent d'aiguillage (soi-même, famille, médecin, agent de libération conditionnelle, service correctionnel, organisme communautaire, etc.)
personne	nom, adresse, numéro de téléphone, plus proche parent, date de naissance, numéro de carte-santé, sexe, situation professionnelle, emploi actuel ou le plus récent, niveau de scolarité, principale source de revenu, état civil, conditions de logement, nombre d'enfants, nombre d'enfants à charge, nombre d'adultes à charge

consommation d'alcool ou d'autres drogues/jeu	inscription à un programme de traitement à la méthadone (oui ou non), présentation du problème par la personne (consommation d'alcool ou d'autres drogues, consommation d'alcool ou d'autres drogues et jeu, autres dépendances, nature des substances utilisées)
instruments d'évaluation utilisés	Substance Abuse Subtle Screening Inventory 3 (SASSI), questionnaire sur la volonté de changer, South Oaks Gambling Screen (SOGS), test de Fagerstrom sur la dépendance à la nicotine (FTND) Pour les personnes du programme de traitement à la méthadone dans la région du Cap-Breton : indice de gravité de la dépendance (ASI) Pour les personnes admises pour conduite en état d'ébriété : appréciation personnelle de l'Institut de recherche sur les toxicomanies (RIASI)

La Nouvelle-Écosse est actuellement en négociation avec la province de l'Ontario pour utiliser une version modifiée du système Catalyst de l'Ontario (voir plus loin) afin de recueillir des données sur le traitement des toxicomanies dans la province. On prévoit que la transition au programme Catalyst se fera au milieu de l'année 2005.

NUNAVUT (NT) (29 100 habitants)

Le Nunavut est l'une des deux provinces ou territoires du Canada qui n'ont pas régionalisé la prestation des services de santé (le Yukon étant l'autre); les services de santé sont administrés principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En 2003-2004, environ 949 000 \$ ont été dépensés pour des activités relatives aux toxicomanies. Des ressources supplémentaires provenant du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones ont été consacrées à la formation et à d'autres fins. En 2002-2003, 46 personnes des régions de Kitikmeot et de Kivalliq ont été aiguillées vers des traitements dispensés à l'extérieur du territoire.

Quoique le Nunavut n'ait aucun système de collecte et de gestion des données consacré exclusivement aux toxicomanies, on travaille actuellement à mettre au point un programme d'application plus général pour l'ensemble des services de santé du territoire. Pour le moment, le personnel qui traite les problèmes de toxicomanies au niveau communautaire dans les régions de Kitikmeot et de Kivalliq envoie les données liées aux traitements à un travailleur en santé mentale, qui compile le tout dans des feuilles de calcul Excel à des fins administratives.

Aucune collecte systématique de données n'est faite dans la région de Baffin, mais il est possible d'obtenir des données financières sur le coût du traitement des toxicomanies dans cette région en consultant les factures des services qui y sont dispensés. Ces renseignements sont recueillis une fois l'an par le ministère de la Santé et des Services sociaux et transmis au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et à Santé Canada dans le cadre de la procédure habituelle de rapports du Territoire. Des données sur le traitement des toxicomanies au Nunavut ont été rassemblées de façon épisodique depuis 1999. Les éléments de données actuellement recueillis comprennent le nom du patient, le numéro de la carte-santé, l'endroit du traitement, sa durée et son coût.

ONTARIO (ONT.) (12 392 700 habitants)

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée administre la prestation des services sociaux et de santé en Ontario. La province a récemment régionalisé la prestation des services de santé en créant 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les RLISS seront responsables de la planification, de l'intégration, de la gestion et du financement (avec l'aide de la province) de la prestation des services de santé dans leur région, y compris le traitement des toxicomanies. L'Ontario compte beaucoup sur les organismes communautaires en matière de traitement des toxicomanies. Il existe environ 175 de ces fournisseurs dans l'ensemble de la province. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) est un important fournisseur de tels traitements dans la province et effectue beaucoup de recherches dans ce domaine grâce à la fois à des fonds de l'extérieur et à des crédits fournis par le gouvernement provincial. En 2003-2004, l'Ontario a consacré environ 130 millions de dollars aux dépendances (alcool, drogues et jeu excessif) et admis en traitement environ 57 000 nouvelles personnes⁹.

L'Ontario recueille et gère les données sur le traitement des dépendances en utilisant un système exclusif appelé Catalyst. Ce système en ligne de pointe, de type « client léger », fonctionne à l'aide d'un gestionnaire de base de données Oracle qui sert à la fois de système d'information de gestion pour les personnes et les dossiers, de registre des activités et des rendez-vous (y compris le suivi des listes d'attente, la gestion des groupes et le suivi de l'aiguillage) et d'outil de soutien administratif. Le système Catalyst a été complètement déployé dans la province en 2002. Les éléments de données saisis par le système Catalyst sont les suivants :

Type de données | Éléments recueillis

services	place sur la liste d'attente, date de l'aiguillage, source de l'aiguillage (type de programme), agence d'aiguillage, service de préadmission (date et durée en minutes), date d'admission, heure d'admission, nombre d'admissions (le cas échéant), type de programme auquel le patient est admis, conditions au moment du contact (p. ex. « choix entre le traitement ou la prison »), nom du programme, catégorie de service provincial (centre de désintoxication, traitement externe, etc.), date de début du programme, principal travailleur du programme, date et heure de fin du programme, raison du congé, besoin de suivi (oui ou non), résumé des services dispensés dans le cadre du programme (nombre total de séances, nombre total d'heures), programme vers lequel la personne est aiguillée, catégorie de service provincial de ce programme, date de l'aiguillage de départ, personne-ressource pour l'aiguillage en question, raison de l'aiguillage, statut de l'aiguillage, date et heure du congé du programme, raison de la cessation
----------	---

personne

numéro de dossier, clé DASIT (identificateur de la personne), nom, date de naissance, sexe, nom de famille à la naissance, type de personne, numéro de carte-santé, langue préférée, origine ethnique, date de début et de fin de la probation, jeune contrevenant (oui ou non), état civil, source de revenu, emploi, fournisseur de soins de santé primaires, nombre d'hospitalisations d'au moins une nuit au cours des 12 derniers mois pour des problèmes de santé physique, raison de l'hospitalisation la plus récente, diagnostic de troubles de santé mentale au cours des 12 derniers mois et de la vie, diagnostic le plus récent de troubles de santé mentale (gravité), hospitalisation pour troubles mentaux au cours des 12 derniers mois et de la vie, antécédents de counseling/soutien/traitement pour troubles mentaux (oui ou non), trouble affectif, comportemental ou psychologique actuel et au cours des 12 derniers mois et de la vie, nom du fournisseur de services de santé mentale, médicaments prescrits pour troubles mentaux au cours des 12 derniers mois et de la vie, déficience visuelle (oui ou non), handicap moteur ou déficience physique (oui ou non), déficience auditive (oui ou non), enceinte (oui ou non), état de santé actuel (troubles de tension artérielle, cancer, etc.), médicaments actuellement prescrits (champ séparé pour la méthadone)

consommation d'alcool ou d'autres drogues/ jeu

présentation des problèmes au moment du contact, présentation du problème d'abus de substances et fréquence de la consommation au cours des 30 derniers jours, utilisation de drogues injectables non médicales (oui ou non, et fréquence), identification d'un problème de jeu (oui ou non)

instruments d'évaluation utilisés

questionnaire sur la consommation des drogues (DTCQ), Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), perception du soutien social (PSS), questionnaire sur les antécédents de consommation de drogues (DHQ), conséquences négatives de la consommation d'alcool ou d'autres drogues (ADV CONSEQ), échelle de comportement et d'identification des symptômes (BASIS-32), questionnaire de début de traitement (TEQ), South Oaks Gambling Screen (SOGS)

⁹ Au 13 mars 2005, l'Ontario signalait avoir admis 47 212 nouvelles personnes en 2003-2004 aux fins de traitement de la toxicomanie. Ce chiffre sous-représente le nombre réel de nouvelles personnes d'environ 10 000, car il n'inclut pas les données de huit organismes de la province, dont six sont d'importants fournisseurs de traitement. Les chiffres définitifs sur le nombre de nouveaux patients admis seront disponibles à la fin du printemps 2005.

En plus du système Catalyst, qui met l'accent sur les questions liées à la gestion du cas, du dossier de la personne et du programme, l'Ontario exploite aussi Drogue et alcool – Répertoire des traitements (DART), qui recueille des données sur la teneur du programme, la disponibilité et le délai d'attente pour les services de traitement des toxicomanies financés publiquement dans l'ensemble de la province¹⁰.

L'Ontario cherche actuellement à mettre au point des moyens d'intégrer les données sur les résultats des traitements dans son système de gestion de l'information sur les toxicomanies afin que l'évaluation de l'efficacité des programmes puisse se faire à l'intérieur du secteur provincial de traitement des toxicomanies.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD (Î.-P.-É.) (137 300 habitants)

L'Île-du-Prince-Édouard administre ses services de santé par l'entremise du ministère de la Santé et des Services sociaux. La prestation est assurée par quatre régies régionales de la santé (RRS). Comme en Colombie-Britannique, l'Î.-P.-É. a une régie provinciale de la santé qui oriente la prestation de tous les services de soins actifs, secondaires et spécialisés dans la province, en mettant l'accent sur les questions d'accès ainsi que sur l'amélioration de la planification et l'utilisation de ces services. En 2003-2004, l'Î.-P.-É. a accordé des crédits d'environ 6,1 millions de dollars au traitement des toxicomanies et a admis 5 050 personnes en traitement¹¹.

L'Î.-P.-É. utilise actuellement des formulaires pour recueillir à la main les données sur les toxicomanies. Les éléments de données recueillis sont les suivants :

Type de données Éléments recueillis

services	numéro de cas ou de dossier, date de l'admission, date de l'évaluation, type de programme ou de service, type d'admission (volontaire, non volontaire, libération conditionnelle, tribunal, etc.), nom de la personne qui a rempli le formulaire d'admission, source de l'aiguillage, date du transfert, transféré à (programme), date du congé, raison du congé
personne	nom, adresse, numéro de téléphone à la maison et au travail, date de naissance, sexe, numéro de carte-santé, numéro d'assurance sociale, langue maternelle ou préférée, origine ethnique, religion, personne à contacter en cas d'urgence, ascendance autochtone (oui ou non), conditions de logement actuelles, niveau de scolarité, emploi actuel, profession, durée de l'emploi, durée du chômage, principale source de revenu, problèmes financiers causés par la consommation d'alcool, de drogue ou le jeu (oui ou non), description par la personne de son

enfance, nom du médecin, troubles de santé antérieurs et actuels, allergies, antécédents de blessures graves, de maladies ou d'hospitalisations, enceinte (oui ou non), médicaments prescrits (oui ou non), nom des médicaments, médicaments en vente libre, admis antérieurement pour troubles affectifs ou mentaux (oui ou non), médicaments prescrits (oui ou non), tentatives de suicide, consommation d'alcool ou de drogue à la dernière tentative de suicide, relations actuelles avec les membres de la famille, antécédents d'agressions physiques ou sexuelles, antécédents d'agressions psychologiques ou verbales, historique de comportement violent, historique de dépression ou d'anxiété, assistance sociale (oui ou non), accusations ou condamnations pour infraction criminelle, accusations liées à l'alcool ou aux drogues, état civil, nombre d'enfants à charge, arrangements pour la garde des enfants, soins donnés par la personne à des adultes (oui ou non)

consommation d'alcool ou d'autres drogues/jeu

présentation du problème par la personne, problèmes familiaux actuels ou antérieurs d'alcool, de drogues ou de jeu, consommation d'alcool (oui ou non), fréquence de la consommation d'alcool au moment de l'admission, dernière fois que de l'alcool a été consommé, consommation de drogue (oui ou non), type de drogue consommée au moment de l'admission, drogue(s) consommée(s) le plus souvent, utilisation de drogues injectables (oui ou non), fréquence de la consommation de drogue au moment de l'admission, tentatives antérieures d'arrêter ou de réduire la consommation d'alcool ou de drogue ou le jeu, programme antérieur de réadaptation pour toxicomanie, type de services de réadaptation et nombre de fois, programme de réadaptation pour alcoolisme ou toxicomanie le plus récent (endroit, année), groupes actuels ou antérieurs d'entraide (oui ou non), Alcooliques Anonymes (oui ou non)

instruments d'évaluation utilisés

Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI), test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan (MAST-10), test de dépistage de l'abus de drogues (DAST), South Oaks Gambling Screen (SOGS), Compulsive Gambler 20 Questions

¹⁰ Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies se penche également sur la normalisation et l'intégration des données sur les programmes de traitement des toxicomanies et leur disponibilité au Canada. On peut obtenir des renseignements auprès de la gestionnaire de la base de données sur le traitement des toxicomanies, en composant le (613) 235-4048, poste 242.

¹¹ Le nombre de personnes énumérées pour l'Î.-P.-É. n'est pas limité aux nouvelles personnes, de sorte que celles qui sont entrées dans le système à de multiples occasions sont comptées plus d'une fois dans ce total.

L'Î.-P.-É. se dirige vers l'adoption d'un système de gestion intégrée fondé sur des dossiers électroniques de santé et des exigences minimales en matière de données transmises entre les RRS et le ministère de la Santé et des Services sociaux; les services de toxicomanie seront inclus dans ce nouveau système. Les exigences minimales en matière de rapports ont été établies pour l'ensemble des catégories de services et de programmes dans le domaine des toxicomanies. Des groupes de travail ont été formés pour organiser la création et la mise en œuvre du système dans la province; il devrait être opérationnel en 2006-2007.

QUÉBEC (QC) (7 492 300 habitants)

Les services de santé au Québec sont administrés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Québec a été l'une des premières provinces du Canada à régionaliser la prestation des services sociaux et de santé (en 1989). La structure actuelle comprend 18 régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSS) qui planifient, mettent en œuvre et évaluent les services de santé dans leurs régions géographiques. En 2004, le Québec a établi un processus pour réorganiser son système de prestation de soins de santé et de services sociaux en créant 95 réseaux locaux de services (RLS). On ne sait pas clairement si les RLS vont remplacer les RRSS ou s'ils relèveront de ces dernières. Le noyau des RLS est un système de gestion intégrée des services sociaux et de santé créé par la fusion des Centres locaux de services communautaires (CLSC) existants, des Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et des fournisseurs de services communautaires. En 2003-2004, le Québec a accordé des crédits d'environ 60 millions de dollars pour la prévention des toxicomanies, le traitement et la recherche sur l'alcool et d'autres drogues, en plus d'une somme additionnelle de 20 millions de dollars pour le jeu excessif.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recueille actuellement des données minimales sur le traitement des toxicomanies auprès du vaste réseau de fournisseurs de traitement financé à même les deniers publics, en se fondant sur les exigences en matière de rapports établies pour les soins hospitaliers dans les années 1970. Les éléments de données recueillis sont les suivants :

Type de données	Éléments recueillis
services	type de programme (en établissement ou externe)
personne	données démographiques de base (nom, adresse, numéro de téléphone, sexe, âge, etc.)
consommation d'alcool ou d'autres drogues/ jeu	type(s) de dépendance (alcool, alcool et autres drogues, médicaments d'ordonnance, drogues illicites, jeu excessif)
instruments d'évaluation utilisés	indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)

Bien que la collecte et l'analyse de données sur le traitement des toxicomanies soient actuellement rudimentaires au Québec, la province a utilisé de l'argent provenant des jeux de hasard pour financer l'évaluation de pointe de programmes de traitement du jeu excessif. De plus, elle travaille à fixer les exigences minimales en matière de rapports sur les toxicomanies et crée également un système de collecte de données en temps réel pour le traitement des toxicomanies en modifiant le système de gestion de l'information des services de santé élaboré pour le réseau des 140 CLSC de la province. Information CLSC (ICLSC) est un système de gestion des données utilisant Oracle qui recueille des données sur un vaste éventail de services, de personnes et de toxicomanies.

SASKATCHEWAN (SASK.) (994 400 habitants)

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan administre le secteur des services de santé dans la province. La prestation des services relève de 12 régies régionales de la santé qui dispensent le traitement directement tout en finançant également des organismes communautaires chargés de la prestation de services de traitement des toxicomanies dans leur région. En 2002-2003, environ 16 millions de dollars ont été consacrés au traitement des toxicomanies en Saskatchewan.

Les données sur le traitement des toxicomanies en Saskatchewan sont transmises pour analyse à la Direction générale des technologies de l'information (CITB) du ministère de la Santé. On ne possède aucun renseignement sur les éléments de données précis recueillis.

YUKON (YN) (30 600 habitants)

Au Yukon, les services de santé sont administrés par le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le territoire est l'une des deux provinces ou territoires du Canada qui n'ont pas régionalisé l'administration et la prestation des soins de santé. En 2002-2003, le Yukon a consacré 2,4 millions de dollars à la lutte contre les toxicomanies. On ne possède aucun renseignement sur les éléments de données précis recueillis au Yukon.

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES (PNLAADA) (la population autochtone en 2001 était estimée à 1 319 890)

Santé Canada, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, appuie le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), principal fournisseur de services de traitement des toxicomanies à l'intention des Inuits et des Premières nations du Canada. Le PNLAADA assure directement la prestation des traitements (à l'exclusion des services de désintoxication sous surveillance médicale) par l'entremise de 50 centres répartis dans tout le Canada qui comprennent notamment environ 700 places de traitement en établissement et quelques programmes de traitement externe. Le PNLAADA comprend aussi environ 550 programmes communautaires de prévention et de sensibilisation qui emploient plus de 700 travailleurs dans l'ensemble du pays. Une évaluation du PNLAADA sera entreprise en 2005; elle permettra d'obtenir de l'information qui contribuera à orienter et à améliorer la prestation des services du programme. En 2003-2004, le PNLAADA a dépensé quelque 28 millions de dollars pour le traitement des toxicomanies et 30 millions pour des programmes communautaires de prévention et de sensibilisation. Cette même année, le programme a admis au total 5 079 Autochtones et Inuits à des traitements en établissement. Par ailleurs, 4 422 personnes ont reçu des soins externes ou de jour pour des problèmes liés à l'alcool, à la drogue ou au jeu excessif¹².

Les données du PNLAADA et des centres de traitement du YSAC sont recueillies sur papier par l'entremise du Système d'information sur l'abus des substances (SIAS), puis saisies manuellement dans un logiciel de gestion de données et présentées sous forme de graphique. Les éléments de données recueillis dans le SIAS sont les suivants :

Type de données	Éléments recueillis
services	type de traitement (en établissement ou externe), coût par jour-personne, taux d'occupation des lits, retour au traitement, taux d'achèvement du traitement, raisons de l'achèvement ou du non-achèvement du traitement
personne	nom, adresse, sexe, âge
consommation d'alcool ou d'autres drogues/ jeu	principales substances consommées, dépendance croisée
instruments d'évaluation utilisés	certains programmes utilisent le SASSI pour l'évaluation, même si les scores obtenus ne sont pas entrés dans le SIAS

Depuis 2000, Santé Canada met au point le Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI). Ce système de gestion de l'information de pointe, fondé sur le Web et sur un gestionnaire de base de données Oracle, doit être déployé complètement en 2007. Le SNGITPNI servira d'outil intégré pour la gestion des personnes et des programmes à la fois pour le PNLAADA et pour les sept centres de traitement en établissement du Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes (YSAC) au Canada.

12 Le PNLAADA comprend aussi le système de traitement de l'abus de solvants chez les jeunes (YSAC), qui consiste en sept centres de traitement en établissement. On peut obtenir des renseignements à ce sujet à www.members.shaw.ca/ysac/.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (SCC) (population totale sous surveillance en 2003-2004 : 21 388)

Le Service correctionnel du Canada est responsable de tous les délinquants qui purgent des peines de plus de deux ans au Canada. De 70 à 80 % des prisonniers sous responsabilité fédérale au pays ont été évalués comme ayant des problèmes d'alcool ou de drogue. Environ 40 % des hommes détenus sont considérés comme ayant une dépendance envers un ou plusieurs agents psychoactifs (Pernanen et coll., 2002). En 2003-2004, on comptait 12 888 détenus incarcérés dans des établissements fédéraux, plus 8 500 sous surveillance dans la collectivité, pour une population totale de 21 388. Cette année-là, le SCC a dépensé 20 millions de dollars pour les toxicomanies (traitement et recherche) et a fourni des traitements des toxicomanies à environ 5 100 délinquants sous responsabilité fédérale.

Le SCC se prépare à adopter un système d'évaluation informatisée du problème de toxicomanie (ÉIPT) comportant 285 rubriques. Ce système permettra de recueillir des données sur les toxicomanies chez les détenus sous responsabilité fédérale dans le cadre du processus général d'évaluation initiale des délinquants. Les résultats obtenus par l'ÉIPT sont intégrés au Système de gestion des détenus, système complet de collecte et de gestion des données qui assure une foule de fonctions de soutien pour la gestion des détenus et des dossiers. L'ÉIPT, qui est en cours de conception depuis mars 2000, emploie un flux de questions contrôlé par ordinateur et la vérification automatique des données pour renforcer l'intégrité et la qualité des données fournies par la personne. Le système comprend aussi une option permettant de « lire » les questions aux détenus qui ont une déficience visuelle ou de la difficulté à lire. Les éléments de données recueillis par le système ÉIPT sont les suivants :

Type de données	Éléments recueillis
services	N/D
personne	données démographiques saisies par le Système de gestion des détenus, état de préparation au traitement et motivation au changement de la personne
consommation d'alcool ou d'autres drogues/ jeu	topographie et densité de la consommation d'alcool ou de drogue, gravité et conséquences de la consommation d'alcool ou de drogue, indicateurs de consommation concomitante d'alcool ou d'autres drogues, antécédents de toxicomanie chez les parents biologiques, traitement antérieur de la toxicomanie, y compris l'inscription à un programme de traitement d'entretien à la méthadone
instruments d'évaluation utilisés	test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan (MAST), échelle de dépendance à l'alcool (ADS), test sur les problèmes liés à la consommation d'alcool (PRD), Severity of Dependence Scale (SDS), test de dépistage de l'abus de drogues (DAST), Paulhus Deception Scale (PDS)

L'ÉIPT a fait l'objet d'un projet pilote en anglais dans les régions de l'Atlantique et de l'Ontario, où sa validité et sa fiabilité ont reçu une évaluation favorable. On s'attend à ce que l'ÉIPT soit mis en œuvre dans l'ensemble des établissements correctionnels fédéraux du Canada en 2005.

Le tableau 1 (page suivante) présente un aperçu des modèles de prestation de services de santé et des systèmes de collecte des données sur le traitement des toxicomanies qui sont décrits ci-dessus.

Tableau 1 : Sommaire de l'organisation du système de santé et de la collecte de données sur les toxicomanies au Canada en 2004

	Ministère responsable	Structure de prestation des services de santé	Intégration administrative de la santé mentale et des dépendances	Budget des dépenses liées aux dépendances en 2003-2004	Nombre de nouvelles personnes en traitement en 2003-2004	Collecte de données informatisée	Système(s) de gestion des données	Fondé sur le Web	Gestionnaires de bases de données	Utilisation d'instruments d'évaluation normalisés	Plans de mise à niveau des normes ou des systèmes de collecte de données
ALB.	Ministère de la Santé et du Bien-être	9 régions régionales de la santé (RRS) ¹³	Non	59,96 millions \$	29 847 dans les programmes de l'AAADAC; 7 595 dans des programmes de partenaires communautaires ¹⁴	Oui	ASIST et ICR	ASIST, oui ICR, non	ASIST, serveur SQL de Microsoft	AUS, AAS, DAST, DAS, GAS, SOGS, SSI	L'ICR pourrait être informatisé
C.-B.	Ministère des Services de santé	5 RRS et 1 région provinciale de la santé (RPS)	Oui	64 millions \$	N/D	Oui	AIMS et CPIM	Non	AIMS, Access de Microsoft; CPIM, Oracle	MIST, MAST-10, DAST, IGS	Oui, en fonction des exigences minimales de rapports déterminées à l'échelle provinciale
MAN.	Ministère de la Santé	11 RRS ¹⁵	Non	17 millions \$	9 788	Partiellement	S/O	S/O	Saisie dans SPSS par numérisation ou à la main	SASSI, questionnaire CAGE, IGS	Non
N.-B.	Ministère de la Santé et du Bien-être	8 RRS	Oui	13,2 millions \$	2 517	Oui	RASS	Non	HP Image	SASSI, questionnaire CAGE, SOGS	Oui
T.-N.-L.	Ministère de la Santé et des Services communautaires	4 RRS	N/D	4,5 millions \$	N/D	Partiellement	Système de gestion de l'ajoutage des personnes (CRMS)	Non	Oracle	CODEPENDENCY, DRI, DTCQ, DAST, questionnaire CAGE, IDIS, MAST, SAI, SCQ39, SOGS	Oui, une partie des fournisseurs de services utilisent le CRMS pour rapporter des données minimales. Sa mise en œuvre complète est prévue d'ici la fin de l'exercice 2005-2006
T.-N.-O.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	8 régions de santé et de services sociaux (RSSS)	Oui	2,41 millions \$ ¹⁶	262 ¹⁷	Non	S/O	S/O	S/O	N/D	Oui
N.-É.	Ministère de la Santé	9 régions de santé de district (RSU)	Non	22,3 millions \$	4 044	Oui	StatIS	Non	FoxPro	SASSI-3, questionnaire sur la volonté de changer, SOGS, FND	Oui, pourrait adopter une version du système Catalyst de l'Ontario
NT	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Non régionalisée	Non ¹⁸	0,949 million \$	N/D	Non	S/O	S/O	Saisie à la main dans Excel de Microsoft	N/D	Oui, on élabore actuellement un système de collecte de données pour tout le réseau des services de santé
ONT.	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Réorganisation en cours - création de 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RISS)	Oui	Environ 130 millions \$	Environ 57 000	Oui	Catalyst	Oui	Oracle	DTCA, SOGRATES, PSS, DHQ, conséquences négatives de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, BASIS-32, TEQ, SOGS	Non

Î.-P.-É.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	4 RRS et 1 RPS	Partiellement ¹³	6.1 millions \$	5 050 ²⁰	Non	S/O	S/O	Saisie à la main dans Paradox	SASSI, MAST-10, DAST, SOGS, Compulsive Gambler 20 Questions	Oui, mise en place d'un système de gestion intégrée qui inclura les toxicomanies; des exigences minimales de rapports ont été établies
QC	Ministère de la Santé et des Services sociaux	18 régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSS) et 95 réseaux locaux de services (RLS)	Non	80 millions \$	N/D	Non	S/O	S/O	S/O	ASI	Oui, on établit actuellement des exigences minimales de rapports et l'on modifie le système ICSC pour l'utiliser dans le secteur des toxicomanies
SASK.	Ministère de la Santé	12 RRS et 1 RPS	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
YN	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Non régionalisée	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
PNLA-ADA	Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord	S/O	S/O	N/D	9 501 ²¹	Non	SMS et SNGTPNI	SMS, non SNGTPNI, oui	SNGTPNI, Oracle	Le SASSI est utilisé dans certains centres de traitement	Oui, le logiciel du système SNGTPNI a été mis au point et son application à l'échelle nationale est prévue pour 2007
SCC	Sécurité publique et Protection civile Canada	5 régions	S/O	Environ 20 millions \$	Environ 5 100	Oui	Système de gestion des détenus (SGD) et système d'évaluation informatisée du problème de toxicomanie (ÉIPT)	Non	SGD - Oracle; ÉIPT - Access de Microsoft	MAST, DAST, ADS, PRD, SDS, Paulhus Deception Scale	Oui, l'ÉIPT remplace le QIMV en 2005

13 Le traitement des toxicomanies à l'extérieur des hôpitaux est assuré en Alberta par la Commission albertainne contre l'alcool et les toxicomanies (AADAC) et par ses partenaires communautaires, distincts des RRS dans leur organisation. Deux conseils de santé spécialisés subsistent à l'échelle de la province pour le traitement des cancers et pour la santé mentale.

14 Comme il n'y a aucun moyen d'identifier les personnes individuellement dans le système ICR, celles qui sont admises plus d'une fois en traitement sont comptées plusieurs fois.

15 Les services de traitement des toxicomanies en milieu non hospitalier au Manitoba sont assurés par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (FMLD), distincte des RRS dans son organisation.

16 Ce chiffre représente seulement les personnes qui ont reçu des traitements en établissement contre les toxicomanies dans le territoire.

17 Ce chiffre représente seulement les personnes qui ont reçu des traitements en établissement contre les toxicomanies dans le territoire.

18 Au Nunavut, le financement du traitement des maladies mentales est distinct de celui du traitement des toxicomanies. Le traitement des troubles mentaux est couvert par le plan général de la santé, tandis que celui des toxicomanies est assuré dans le cadre du financement du PNLAADA. Cependant, aux fins de planification, le Nunavut a une stratégie combinée pour la santé mentale et les toxicomanies.

19 Deux des quatre régions régionales de la santé de l'Île-du-Prince-Édouard (Kings et Prince) ont un gestionnaire responsable à la fois des programmes de santé mentale et de toxicomanie. Il y a aussi un petit projet pilote sur la prestation de traitements spécialisés aux personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie; ce projet pourrait servir de modèle pour l'intégration clinique de la santé mentale et des toxicomanies à l'avenir.

20 Il s'agit du nombre total d'admissions, et non pas de nouvelles personnes, car le système d'information de l'Î.-P.-É. ne permet pas actuellement de distinguer celles qui constituent de nouvelles personnes. Les personnes qui sont admises en traitement plus d'une fois sont donc comptées comme des admissions multiples.

21 Ce chiffre représente le nombre total des admissions au PNLAADA, et non pas le nombre de personnes individuelles. Les personnes admises en traitement plus d'une fois sont comptées comme des admissions multiples.

Discussion

En ce qui concerne l'organisation des systèmes de santé et la gestion des données sur le traitement des toxicomanies au Canada, plusieurs conclusions peuvent être tirées des renseignements présentés ci-dessus.

Premièrement, le système de prestation des soins de santé au Canada est en évolution, plusieurs provinces et territoires ayant procédé à de profonds changements structurels et administratifs au cours des dernières années. Entre 2000 et 2005, par exemple, l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec ont complètement modifié leur structure de soins de santé. Plusieurs autres (le Manitoba, les Territoires du Nord-Ouest et la Saskatchewan) ont apporté des changements mineurs. Certaines tendances ressortent de ces changements, notamment un mouvement plus prononcé vers l'adoption d'un modèle organisationnel de régie régionale de la santé (seuls le Nunavut et le Yukon n'ont pas régionalisé leur prestation de services de santé), ainsi qu'un mouvement vers l'intégration de la prestation des services de santé (notamment en combinant sur le plan administratif les services de santé mentale et de toxicomanie) pour permettre une meilleure coordination entre les divers types de services sociaux et de santé.

L'organisation de systèmes de prestation de services de santé a d'importantes répercussions sur la collecte et la gestion des données relatives au traitement des toxicomanies au Canada, répercussions qui découlent de plusieurs facteurs. Par exemple, à mesure que des efforts sont déployés pour moderniser l'infrastructure de la santé dans l'ensemble du Canada, le degré d'intégration ou de coordination du traitement des toxicomanies dans l'ensemble du système de prestation des services de santé d'une province donnée influe directement sur l'éventuelle inclusion du secteur des toxicomanies dans le processus de modernisation de l'infrastructure générale de la santé²². Bien sûr, la tendance à la régionalisation et à l'intégration de la prestation des services de santé aide à rapprocher les toxicomanies des systèmes globaux de soins de santé dans quelques provinces, ce qui peut contribuer à réduire certains des problèmes dans certains cas. Cependant, il faut chercher comment inclure explicitement dans le processus actuel de modernisation de l'infrastructure générale de la santé les systèmes de traitement des toxicomanies qui ne sont pas bien intégrés ou coordonnés dans l'ensemble du système de soins de santé²³.

Deuxièmement, la capacité de recenser les personnes et de suivre leur cheminement dans les divers services de santé disponibles peu importe la région constitue l'un des aspects techniques les plus importants de la régionalisation et de l'intégration des services de santé. La création de dossiers électroniques de santé (DES) est la première étape vers l'établissement de cette capacité. Bon nombre des principaux intervenants en cause dans la mise en place de l'infrastructure de la santé au Canada

(notamment Inforoute Santé du Canada) investissent beaucoup dans la conception et la mise en œuvre des technologies associées aux DES.

Malheureusement, le secteur du traitement des toxicomanies est quelque peu négligé dans ce processus. Dans certaines provinces, les toxicomanies sont englobées dans les efforts de modernisation de l'infrastructure de la santé (Colombie-Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard), mais pour la plupart, le traitement des toxicomanies semble mal coordonné ou intégré de manière plutôt lâche dans les tentatives faites pour moderniser l'infrastructure de la santé au Canada. Et surtout, il n'y a eu aucune discussion sur l'uniformisation des exigences en matière de rapports ou encore sur des questions relatives à l'interopérabilité des systèmes de données sur les toxicomanies au niveau national. Le train de l'infrastructure de la santé au Canada quitte la gare et il semble que les toxicomanies aient été abandonnées sur les rails. Si des efforts ne sont pas déployés dès maintenant pour attacher le wagon du traitement des toxicomanies à la locomotive de l'infrastructure de la santé, les possibilités de mettre ce secteur au même niveau que les autres domaines du système de soins de santé à l'avenir pourraient être limitées et l'on risque de perdre une excellente occasion de créer un système national intégré de collecte et d'analyse des données.

Troisièmement, au moins trois provinces ou territoires du Canada ont récemment entrepris d'établir des exigences minimales en matière de données sur les toxicomanies, en se fondant sur des besoins d'information bien définis dans chaque instance (l'Ontario en 1999, l'Île-du-Prince-Édouard en 2003 et la Colombie-Britannique en 2004). Plusieurs autres ont investi des ressources pour moderniser leurs systèmes de collecte et de gestion des données sur les toxicomanies (l'Alberta et le PNLAADA en 2002, l'Ontario en 2003 et le SCC en 2005). Mais surtout, la majorité des instances (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Territoires du Nord-Ouest, Nouvelle-Écosse, Nunavut, Île-du-Prince-Édouard, Québec, PNLAADA et SCC) travaillent actuellement à mettre à niveau leurs systèmes de collecte et de gestion des données sur les toxicomanies ou prévoient le faire. Bien que les besoins d'information de ces instances soient probablement différents, la description ci-dessus des efforts actuels en matière de collecte de données fait aussi ressortir beaucoup d'éléments communs dans les données recueillies par les divers fournisseurs de services de traitement des toxicomanies au Canada. Du point de vue de l'efficacité, il est raisonnable de croire que les efforts déployés par les instances qui ont déjà établi des exigences en matière de communication de données et mis à niveau leurs systèmes de gestion des données pourraient mener à une réduction manifeste des coûts pour celles qui prévoient moderniser leur système. Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue chaque fois que l'on discute des exigences de rapports ou que l'on élabore de nouveaux systèmes de données. En particulier, les leçons tirées de l'établissement

22 Dans au moins une province, le Manitoba, le fait que les toxicomanies soient gérées par un organisme indépendant (la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances [FMLD]) constitue probablement un élément négatif quand il s'agit d'inclure les toxicomanies dans l'ensemble des efforts déployés dans la province pour moderniser l'infrastructure de la santé. Ce n'est pas une situation souhaitable, car puisque la FMLD a l'un des systèmes de collecte et de gestion des données sur le traitement des toxicomanies les plus désuets de tout le pays, elle peut donc difficilement se permettre d'être laissée à l'écart du processus de modernisation.

23 Une autre question connexe est le degré auquel les toxicomanies et la santé mentale sont intégrées administrativement. Si les deux sont gérées ensemble et si le système de traitement des troubles mentaux bénéficie d'investissements dans l'infrastructure de la santé, cela peut être de bon augure pour le secteur du traitement des toxicomanies. C'est par exemple le cas en Colombie-Britannique.

des exigences minimales relatives aux rapports régionaux sur les toxicomanies en Colombie-Britannique²⁴ et de la mise au point et du déploiement du système dernier cri de collecte et de gestion des données en Ontario (Catalyst) pourraient donner aux instances qui planifient la modernisation de leur système de collecte et de gestion des données une longueur d'avance dans leurs propres efforts²⁵. En plus des économies importantes qu'elle permettrait de réaliser, cette approche faciliterait la normalisation des éléments de données sur le traitement d'un bout à l'autre du pays, ce qui donnerait la possibilité de faire des analyses comparatives utiles.

Quatrièmement, quelques instances au Canada recueillent actuellement de très bonnes données détaillées sur le traitement des toxicomanies (l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le SCC et d'autre part le Québec pour les résultats du traitement du jeu). Bien que ces données ne soient pas normalisées et ne puissent donc pas servir à faire des comparaisons utiles sans avoir été considérablement remaniées, il serait bon pour les chercheurs d'y avoir accès, puisqu'il existe au pays très peu de renseignements disponibles sur le traitement des toxicomanies. Il faudra résoudre des questions complexes relativement au respect de la vie privée et au caractère confidentiel des données dans le cadre de tout processus utilisé pour accorder l'accès à celles-ci, mais il n'en demeure pas moins que l'utilité potentielle de ces renseignements suffit amplement à justifier la mise en place de protocoles pour permettre aux parties intéressées d'y accéder de façon sécuritaire. Par exemple, dans le cadre de son Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies produit des rapports sur des questions relatives aux toxicomanies au Canada; il bénéficierait grandement d'un accès aux données existantes sur le traitement des toxicomanies.

Enfin, il importe de signaler que la collecte de données sur le traitement des toxicomanies devrait être fondée sur des besoins d'information clairement énoncés. Il faudrait toujours commencer par se poser la question : « Que devons-nous savoir pour que le système de traitement soit plus efficace à aider les gens qui ont des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu excessif? ».

La réponse à cette question dépend du degré d'analyse envisagé. Par exemple, l'information nécessaire pour prendre de bonnes décisions de gestion à l'égard du programme diffère de celle dont on a besoin au niveau de l'établissement (où plusieurs programmes peuvent être offerts), au niveau régional (où il peut y avoir de nombreux établissements de traitement), au niveau provincial ou territorial (où il existe peut-être plusieurs RRS) et au niveau national.

En 2000, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a fait une enquête auprès de 101 spécialistes et praticiens dans les domaines de la santé mentale et des toxicomanies d'un bout à l'autre du Canada pour déterminer quels étaient leurs besoins en matière d'information et cerner les lacunes à cet égard pour assurer la gestion des services de traitement au niveau régional. Les résultats de cette enquête ont fait ressortir les éléments suivants.

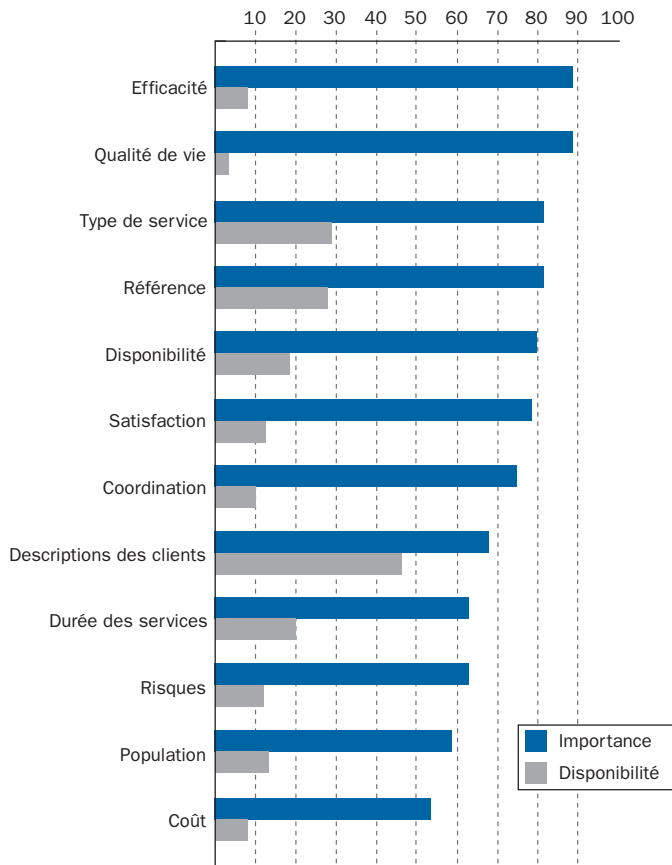
- Il existe un faible niveau de satisfaction relativement au type d'information disponible sur les services de santé mentale et de toxicomanie ainsi qu'à l'accès rapide à cette information.
- Il existe un besoin de *données utiles, normalisées et comparables* auxquelles peuvent facilement avoir accès une vaste gamme d'utilisateurs.
- Il existe un besoin d'information montrant les *résultats, le degré d'utilisation et le niveau de coordination* des services de santé mentale et de toxicomanie. Ces renseignements ne sont pas disponibles actuellement.
- Il existe un besoin d'information sur le *bassin de population* des régions sanitaires pour aider à planifier, à gérer et à évaluer les services de santé mentale et de toxicomanie. Ces renseignements ne sont pas disponibles actuellement (ICIS, 2000a: i).

En particulier, l'enquête de l'ICIS a révélé l'existence de dix besoins distincts en matière d'information et la mesure dans laquelle ceux-ci sont actuellement comblés par les systèmes de collecte de données au Canada. Ces renseignements se trouvent à la figure 1 (Importance perçue et disponibilité actuelle des renseignements sur la santé mentale et la toxicomanie au Canada).

24 En date de décembre 2004, les exigences minimales en matière de rapports en Colombie-Britannique pour le traitement des toxicomanies comprenaient les éléments suivants : type de personne (utilisateur abusif de substances ou victime de la consommation de substances d'un tiers), numéro de carte-santé, date de naissance, sexe, fumeur (oui ou non), lieu de résidence, état civil, situation juridique (reconnu coupable, en libération conditionnelle, etc.), emploi, composition du ménage (vit seul, etc.), niveau de scolarité, ascendance autochtone, polyconsommateur de drogues (oui ou non), conditions de logement au moment de l'admission (maison, appartement, chambre, etc.), date de l'aiguillage, source de l'aiguillage (parent, tuteur, établissement d'enseignement, etc.), cible de l'aiguillage (aiguillé vers), lieu de l'organisme, type de programme, consommation d'alcool ou d'autres drogues au moment de l'admission (alcool, marijuana, stimulants, caféine, etc.), fréquence de l'utilisation de chaque substance au cours des 30 jours précédant l'admission, diagnostic DSM-IV axe 1 (problèmes principaux, secondaires, psychosociaux et environnementaux), méthode de consommation de drogues, score au DAST, score au MAST, score à l'Évaluation globale de fonctionnement (EGF) (au moment de l'admission), principaux foyers de service (santé mentale, toxicomanie, les deux), date du premier contact (évaluation), date d'admission au programme, date de prestation de service, type de services (admission et dépistage, aiguillage, évaluation à court terme, conseils/information, examen formel du cas, thérapie individuelle, thérapie de groupe, intervention en situation de crise, etc.), date de fin du service, raison de la cessation du service (transfert à un autre service, suppression administrative, a mis fin au programme contrairement à l'avis reçu, a reçu son congé à la fin du service, etc.), cible de l'aiguillage au moment du congé (parent, tuteur, médecin, hôpital, services de santé autochtones, etc.), score à l'EGF au moment du congé, consommation d'alcool ou d'autres drogues au moment du congé, fréquence de la consommation d'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 jours précédant le congé, quantité d'alcool ou d'autres drogues consommée au cours des 30 jours précédant le congé, organisation du logement au moment du congé.

25 La Nouvelle-Écosse, actuellement en négociation avec l'Ontario pour l'obtention d'une licence d'utilisation du logiciel Catalyst, est un bon exemple de ce potentiel de réduction considérable des coûts pour l'élaboration de l'infrastructure sur les toxicomanies.

Figure 1 : Importance perçue et disponibilité actuelle des renseignements sur la santé mentale et la toxicomanie au Canada^{26,27}



Source : ICIS, 2000a: 9

Les besoins d'information indiqués ci-dessus pourraient être un bon point de départ pour la discussion sur les exigences minimales en matière de rapports dans l'ensemble du Canada²⁸.

Il importe de souligner que les données sur l'efficacité viennent en tête de liste des besoins d'information dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale, suivies d'un besoin de données fiables sur les résultats des traitements, données qui sont généralement difficiles à recueillir pour un certain nombre de raisons méthodologiques et administratives. Comme mentionné précédemment, deux provinces (l'Ontario et le Manitoba) cherchent des moyens d'intégrer des données utiles sur le résultat des traitements dans leur système de collecte de données sur les toxicomanies. À ce sujet, il faut signaler que le SCC est le plus avancé pour ce qui est d'assurer un suivi des résultats des traitements au Canada. Cette situation s'explique en partie par la nature de la clientèle du service, qui facilite le suivi des personnes après la fin du traitement, ce que la plupart des autres systèmes sont incapables de faire. Compte tenu de la capacité du SCC à cet égard, il pourrait être très utile d'utiliser le SCC comme terrain d'essai pour des traitements innovateurs afin de pouvoir effectuer des comparaisons sur l'efficacité à l'aide de données fondées sur les résultats. Le fait que la clientèle du SCC compte certaines personnes parmi les plus difficiles à traiter justifie davantage la mise à l'essai de nouvelles méthodes de traitement, étant donné qu'un traitement qui se révèle efficace pour cette population serait probablement encore plus efficace pour la population dans son ensemble.

26 Efficacité = efficacité des services; Qualité de vie de la personne; Type de service = type de services fournis; Référence = raison de l'aiguillage vers le traitement; Disponibilité = disponibilité des services; Satisfaction = satisfaction de la personne à l'égard des services; Coordination = coordination des services avec d'autres services sociaux et de santé; Descriptions des clients = description des caractéristiques de la personne; Durée des services = période pendant laquelle le service est fourni; Risques = facteurs de risque de la population; Population = caractéristiques de la population, y compris renseignements épidémiologiques; Coût = coût des services.

27 Les renseignements recueillis pour rédiger le présent document de recherche corroborent en grande partie les résultats présentés à la figure 1. Plus précisément, les éléments les plus couramment recueillis actuellement au Canada portent sur la description de la personne, le type de services et les sources de l'aiguillage, tandis que les données sur l'efficacité du programme (les résultats) ne sont généralement pas disponibles. Deux provinces (le Manitoba et l'Ontario) ont fait savoir qu'elles travaillent à la mise au point d'indicateurs pour évaluer l'efficacité des programmes, mais dans les deux cas, l'effort n'en est qu'à ses débuts. Comme il a été déterminé que des données sur les résultats des programmes constituent la priorité absolue en matière de besoins d'information dans l'enquête de l'ICIS auprès des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie, il faudrait se consacrer d'abord aux efforts visant à mettre au point des indicateurs fiables du rendement des programmes.

28 Cela ne signifie aucunement que les programmes élaborés pour les toxicomanes en milieu carcéral devraient être transposés intégralement pour les personnes hors du système pénal. Il est cependant vraisemblable qu'on puisse en extraire certains principes de traitement efficace de la toxicomanie et, surtout, les évaluer auprès de cette population. Ainsi, les chercheurs du SCC ont déjà déterminé ce qui donne de bons résultats, et il est possible que ces principes, s'ils sont bien appliqués dans la collectivité, améliorent les résultats des traitements parmi les populations non carcérales. Pour une description détaillée des principes de traitement efficace et un examen des mesures prises par le SCC afin de les mettre en œuvre dans ses programmes de désintoxication, voir Thomas, 2003.

Recommandations

Recommandation 1 : Les intervenants qui connaissent bien la situation dans le secteur du traitement des toxicomanies devraient se rassembler dans les plus brefs délais pour, premièrement, déterminer les besoins précis d'information aux fins d'une gestion efficace des traitements des toxicomanies au niveau national et, deuxièmement, créer une liste d'exigences minimales en matière de rapports à l'échelle nationale, en se fondant sur les besoins des principaux fournisseurs de services de traitement au Canada. Cette liste devrait s'inspirer des efforts de l'ICIS (2000a, 2000b) et du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique (2003), ainsi que des exigences minimales en matière de rapports élaborées dans des cadres nationaux comparables (les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie, etc.). De plus, ce processus devrait prendre en compte le besoin d'intégration avec les données sur les toxicomanies déjà recueillies dans les hôpitaux et d'autres établissements du Canada relativement à la Classification internationale des maladies (CIM-10) et au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV).

Recommandation 2 : Les organismes participant à l'élaboration de l'infrastructure de la santé à l'échelle nationale au Canada (Inforoute Santé du Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Santé Canada, Agence canadienne de santé publique, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, etc.) devraient se réunir pour discuter de stratégies pouvant faciliter l'inclusion du traitement des toxicomanies dans les efforts actuellement déployés pour moderniser l'infrastructure de santé au pays. Ces organismes devraient aussi cerner des possibilités de transférer les systèmes éprouvés de collecte et de gestion des données, comme le système Catalyst en Ontario et l'ASIST en Alberta, à d'autres instances qui prévoient mettre à niveau leur système de collecte et d'analyse de données. Les éléments de données inclus dans ce système transférable devraient être fondés sur les résultats de la mise en œuvre de la recommandation 1.

Recommandation 3 : Les instances du Canada qui recueillent actuellement des données fiables sur le traitement des toxicomanies (l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le SCC et le Québec pour le jeu) devraient créer des protocoles sécurisés pour permettre l'accès à ces données à des fins de recherche. Ces protocoles devraient protéger l'intégrité des données et la vie privée des personnes.

Recommandation 4 : Il y aurait lieu de tirer profit de la capacité particulière du Service correctionnel du Canada de produire des données sur les résultats des traitements afin de définir les pratiques exemplaires pour le traitement autant des populations correctionnelles que du grand public. Le SCC devrait chercher à produire des données fiables sur les résultats des traitements et à diffuser ces données le plus largement possible en les transférant à la fois aux systèmes correctionnels provinciaux et à tous les systèmes de traitement des toxicomanies au Canada.

Conclusion

L'expression chinoise correspondant au mot « crise » se traduit par « une occasion dangereuse d'améliorer les choses » : voilà qui reflète bien l'état actuel du traitement des toxicomanies au Canada, car malgré que la réforme des soins de santé cause certains problèmes dans ce secteur, si les toxicomanies sont intégrées de façon significative dès le départ dans ces changements d'une plus vaste portée, les résultats pourraient être positifs à long terme. Toutefois, si le traitement des toxicomanies n'est pas associé dès le départ au développement de l'infrastructure de la santé et à la réforme des soins de santé, il prendra encore plus de retard et restera à l'écart, demeurant le « parent pauvre » sous-financé du système canadien de soins de santé.

Bibliographie

Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2001, chapitre 11 – Les drogues illicites – Le rôle du gouvernement fédéral*, Ottawa, 2001, <http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/0111cf.html> (12 janvier 2005).

Comité consultatif sur l'autoroute de l'information et Industrie Canada. *Contact Communauté Contenu : Le défi de l'autoroute de l'information*, 1995, www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/pubs/1995_connect/rpt_f.html (13 janvier 2005).

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, Ottawa, Sénat du Canada, 2004, www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report1/repintnov04vol1-f.pdf (20 décembre 2004).

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La Santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral : Volume deux – Tendances actuelles et défis futurs*, Ottawa, Sénat du Canada, 2002, www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repjan01vol2-f.htm (12 janvier 2005).

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *La Santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral : Volume quatre – Questions et options*, Ottawa, Sénat du Canada, 2001, www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintsep01-f.htm (12 janvier 2005).

Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. *Le cannabis : Positions pour un régime de politique publique pour le Canada*, Ottawa, Sénat du Canada, 2002, www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/ille-f/rep-f/summary-f.pdf (5 janvier 2004).

Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments. *Politique pour le nouveau millénaire : Redéfinir ensemble la stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Chambre des communes, 2002, www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/SNUD/Studies/Reports/snudrp02-f.htm (6 janvier 2005).

Commission Romanow. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/soins/romanow_f.pdf (21 mars 2005).

Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale et de toxicomanie : Rapport prototype sur les indicateurs*, Ottawa, ICIS, 2001, http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/indicators_mental_f_Phase1prototype.pdf (7 janvier 2005).

Institut canadien d'information sur la santé. *Besoins en information sur la santé pour les services de santé mentale et de toxicomanie : Résultats de sondage*, Ottawa, ICIS, 2000a, http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/indicators_mental_f_MentalHlthSurv.pdf (10 janvier 2005).

Institut canadien d'information sur la santé. *Mental health and addiction services: A review of health information standards*, Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2000b, http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/indicators_mental_e_Review-July2000.pdf (12 janvier 2005).

Lewis, S. et D. Kouri. « Regionalization: Making sense of the Canadian experience », *Healthcare papers*, Toronto, vol. 5, n° 1, 2004, p. 12-31, www.longwoods.com/hp/5-1Regionalization/HP51lewis.html (5 janvier 2004).

Ministère des Services de santé de la C.-B. *Mental health ambulatory minimum reporting requirements*, Victoria, ministère des Services de santé, 2003, www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/infomgt/mrr_overview.pdf (27 janvier 2005).

Pernanen, K., M.-M. Cousineau, S. Brochu et S. Fu. *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002, www.ccsa.ca/pdf/ccsa-009106-2002.pdf (13 janvier 2005).

Rush, B. *Client characteristics and patterns of service utilization within Ontario's specialized addiction treatment agencies: A provincial report from DATIS*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002, www.datis.ca/download/DATISClientCharReport.pdf (6 janvier 2005).

Thomas, G. « Taking the Principles of effective corrections seriously in CSC's approach to the rehabilitation of drug abusing prisoners ». Dans Gerald B. Thomas (éd.), *Perspectives on Canadian drug policy, Volume two*, Kingston (Ontario), Société John Howard du Canada, 2003.

Annexe : Principaux intervenants dans la création de l'infrastructure de la santé au Canada et la gestion des données sur le traitement des toxicomanies

National

- Inforoute Santé du Canada
www.inforoute-sante.ca
- Division de la santé et l'Inforoute de Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/about_apropos/index_f.html
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
www.secure.cihi.ca
- Centre de coordination de la surveillance, Agence de santé publique du Canada (ASPC)
www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/index_f.html
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT)
www.cclat.ca

Régional

- Health Infrastructure Atlantic
www.gov.ns.ca/health/hia
- Western Health Information Collaborative (WHIC)
www.whic.org
- Western Electronic Health Record Regional Collaborative (WERC)
www.werc-canada.org

Provincial et territorial

Alberta

- Ministère de la Santé et du Mieux-être
www.health.gov.ab.ca
- Alberta Wellnet
www.albertawellnet.org
- Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies
www.aadac.com

Colombie-Britannique

- Division de la santé mentale et des toxicomanies
www.healthservices.gov.bc.ca/mhd
- Healthnet/BC
www.healthnet.hnet.bc.ca
- Régie de la santé de la région côtière de Vancouver
www.vch.ca

Manitoba

- Ministère de la Santé
www.gov.mb.ca/health
- Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances
www.afm.mb.ca

Nouveau-Brunswick

- Ministère de la Santé et du Mieux-être
www.gnb.ca/0051
- Service de traitement des dépendances, ministère de la Santé et du Mieux-être
www.gnb.ca/0051/0378/index-f.asp

Terre-Neuve-et-Labrador

- Ministère de la Santé et des Services communautaires
www.health.gov.nl.ca/health
- Centre d'information sur la santé
www.nlchi.nf.ca

Territoires du Nord-Ouest

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
www.hlthss.gov.nt.ca

Nouvelle-Écosse

- Ministère de la Santé
www.gov.ns.ca/health
- Office de la promotion de la santé
www.gov.ns.ca/ohp

Nunavut

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
www.gov.nu.ca/hsssite/hssmain.shtml
- Stratégie pour la santé mentale et les toxicomanies
www.gov.nu.ca/hsssite/promo.shtml#addictionsmentalhealth

Ontario

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
www.health.gov.on.ca
- Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (DASIT)
www.datis.ca
- Drogue et alcool – Répertoire des traitements (DART)
www.dart.on.ca
- Agence des systèmes intelligents pour la santé (ASIS)
www.ssha.on.ca/french/index2.html
- Réseaux locaux d'intégration des services de santé
www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/lhin_mnf.html

Île-du-Prince-Édouard

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
www.gov.pe.ca/hss
- Office de l'informatique de la santé
www.gov.pe.ca/hss/hi-info

Québec

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
www.msss.gouv.qc.ca/index.php
- Ressources informationnelles, ministère de la Santé et des Services sociaux
www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/ressourcesinfo.html

Saskatchewan

- Ministère de la Santé
www.health.gov.sk.ca
- Health Information Solutions Centre
www.health.gov.sk.ca/hisc.html

Yukon

- Ministère de la Santé et des Affaires sociales
www.hss.gov.yk.ca/francais
- Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie
www.hss.gov.yk.ca/francais/prog/ads/index.html

Autres

- Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/pc/pnlaada
- Système national de gestion de l'information sur la toxicomanie chez les Premières nations et les Inuits (SNGITPNI)
www.nnapf.org/english/pdf/nnaims/Update_on_NNAIMS.pdf
- Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD)
www.nnapf.org
- Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel du Canada
www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/addictions/index_f.shtml
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur l'infrastructure de la santé
www.hc-sc.gc.ca/ohih-bsi/chics/achi_fpt_ccis_f.html
- Canada's Health Informatics Association
www.coachorg.com