

**Résultats des trois premières années
d'implantation du Programme régional
d'évaluation spécialisée du
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
20 juillet 2005 au 31 mars 2008**

**Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.
Joël Tremblay, Ph.D.
Pascal Garceau, étudiant en sociologie**

Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
2525, de la Canardière
Québec, Québec
G1J 2G3
(418) 663-5008, poste 4932 (boîte vocale)
(418) 663-6575 (fax)

Centre de Réadaptation en dépendance Chaudière-Appalaches (CRAT-CA)
419, Dorimène-Desjardins,
Lévis, Québec, G6V 5V3
(418) 830-1221
(418) 830-0516 (télécopieur)

nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

ISBN : 978-2-923230-11-5

© Service de recherche CRUV / CRAT-CA, 6 avril 2009

Tous droits réservés

Avertissement

Dans ce rapport de recherche, le masculin est utilisé comme représentant des deux sexes, sans discrimination à l'égard des hommes ou des femmes et dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VII
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	X
SYNTHÈSE	1
RÉSULTATS CONCERNANT LA PERFORMANCE (LES STANDARDS D'ACCESSIBILITÉ, DE QUALITÉ, DE CONTINUITÉ, D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE) DU PRÉS	1
<i>Délais d'attente</i>	1
<i>Nombre de rencontres d'évaluations</i>	3
<i>Comparaison du nombre d'évaluations selon l'âge et le sexe</i>	3
<i>Groupe de soutien post évaluation</i>	3
COMPARAISON DU PROFIL DE CONSOMMATION DE SPA DES PERSONNES ÉVALUÉES ET NON ÉVALUÉES AU PRÉS	4
<i>Consommation à risque alcool et drogues</i>	4
<i>Comparaison du degré de dépendance alcool et drogues</i>	5
<i>Comparaison des Échelles de conséquences de la consommation alcool et drogues</i>	6
L'ADÉQUATION DE L'ORIENTATION DES USAGERS VERS TROIS NIVEAUX D'INTENSITÉ DE SERVICE.....	6
CONCLUSION	6
INTRODUCTION	7
MÉTHODE	9
PROTOCOLE.....	9
PROCÉDURES D'ANALYSES	10
INSTRUMENT DE MESURE.....	10
RÉSULTATS CONCERNANT LA PERFORMANCE (LES STANDARDS D'ACCESSIBILITÉ, DE QUALITÉ, DE CONTINUITÉ, D'EFFICACITÉ ET D'EFFICIENCE) DU PRÉS	12
LES DÉLAIS D'ATTENTE	12
LE NOMBRE DE RENCONTRES D'ÉVALUATION.....	15
<i>Comparaison du nombre d'évaluations selon le sexe</i>	18
<i>Comparaison du nombre d'évaluations selon l'âge</i>	18
LE GROUPE DE SOUTIEN POST ÉVALUATION	19
COMPARAISON DU PROFIL DE CONSOMMATION DE SPA DES PERSONNES ÉVALUÉES ET NON ÉVALUÉES AU PRÉS	22

DÉBA-ALCOOL.....	23
<i>Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois</i>	24
<i>Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA)</i>	27
<i>Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)</i>	36
DÉBA-DROGUES	42
<i>Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois</i>	44
<i>Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD)</i>	49
<i>Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)</i>	53
RÉSULTATS COMBINÉS DU QBDA ET DE L'ÉSD.....	59
RÉSULTATS COMBINÉS DES ÉCHELLES DE CONSÉQUENCE DE LA CONSOMMATION ALCOOL ET DROGUES	60
L'ADÉQUATION DE L'ORIENTATION DES USAGERS VERS TROIS INTENSITÉS DE SERVICE	61
CONCLUSION	63
RÉFÉRENCES	64
ANNEXE 1 : DÉBA- ALCOOL	65
ANNEXE 2 : DÉBA- DROGUES.....	68

Liste des tableaux

Tableau 1.	Comparaison des délais moyens d'attente entre la demande de service au CRUV et l'évaluation spécialisée pour l'année avant l'implantation et les trois premières années d'activités du PRÉS	2
Tableau 2.	Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée comparant les demandes répondues immédiatement et celles retardées par l'utilisateur entre août 2006 et novembre 2007	2
Tableau 3.	Comparaison du nombre moyen d'évaluations spécialisées réalisées au cours de l'année précédant l'implantation et des trois premières années d'activité du PRÉS	3
Tableau 4.	Comparaison de la participation au groupe de soutien entre les trois premières années d'activité du PRÉS	4
Tableau 5.	Proportion de personnes référées au CRUV à l'aide d'un DÉBA Alcool ou Drogues selon qu'elles aient été évaluées ou non au PRÉS	4
Tableau 6.	Répartition des usagers non évalués et évalués selon le portrait de la consommation de SPA au cours des 12 derniers mois	5
Tableau 7.	Comparaison du nombre d'évaluations faites au cours des différentes périodes financières	15
Tableau 8.	Comparaison du nombre total d'évaluations réalisées depuis l'implantation du PRÉS	16
Tableau 9.	Comparaison du pourcentage de présence aux entrevues d'évaluation pour l'année précédant l'implantation du PRÉS ainsi que pour les trois années d'activité de l'équipe	18
Tableau 10.	Comparaison du nombre d'évaluation selon le sexe pour les trois années d'activité du PRÉS	18
Tableau 11.	Comparaison des moyennes d'âge entre les personnes évaluées et non évaluées pour les trois années d'activité du PRÉS	19
Tableau 12.	Comparaison des personnes évaluées et non évaluées selon les groupes d'âge pour les trois années d'activité du PRÉS	19
Tableau 13.	Comparaison de la participation au groupe de soutien pour les premières années d'activité du PRÉS	20
Tableau 14.	Nombre de demandes de service adressées au CRUV selon l'outil de détection qui accompagne la demande ($N = 533$)	22
Tableau 15.	Proportion de personnes référées au CRUV à l'aide d'un DÉBA-Alcool selon qu'elles aient été évaluées ou non au PRÉS	23
Tableau 16.	Proportion des usagers selon l'âge	24
Tableau 17.	Comparaison des habitudes de consommation d'alcool entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-A ($n = 231$)	25
Tableau 18.	Comparaison de la proportion de personnes ayant une consommation d'alcool à risque entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-A ($n = 231$)	27
Tableau 19.	Proportion des personnes non évaluées et de celles évaluées à qui le QBDA a été administré ($n = 231$)	27
Tableau 20.	Proportion de personnes ayant répondu à l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-Alcool	36
Tableau 21.	Proportion de personnes référées au CRUV à l'aide d'un DÉBA-Drogues selon qu'elles aient été évaluées ou non au PRÉS	43
Tableau 22.	Proportion des usagers selon l'âge	44
Tableau 23.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur consommation de médicaments sédatifs au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)	44

Tableau 24. Comparaison de la proportion de personnes ayant une consommation de drogues, peu importe le produit, entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-Drogues ($n = 302$).....	49
Tableau 25. Proportion de personnes ayant répondu à l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-Alcool.....	54

Liste des figures

Figure 1.	Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée (année 04-06)	12
Figure 2.	Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée (années 05-07).....	13
Figure 3.	Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée comparés selon les demandes immédiates et retardées entre août 2006 et novembre 2007.....	14
Figure 4.	Nombre de personnes évaluées auprès de la clientèle adulte toxicomane et nombre d'absences, par période financière entre avril 2004 et novembre 2007	17
Figure 5.	Nombre de personnes différentes ayant participé au groupe de soutien post évaluation, en attente de début des traitements entre juillet 2005 et novembre 2007	21
Figure 6.	Répartition des usagers non évalués et évalués au DÉBA-Alcool selon le sexe ($n = 231$)	23
Figure 7.	Comparaison des usagers non évalués à ceux évalués selon la fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation au DÉBA-A ($n = 231$).....	24
Figure 8.	Comparaison des personnes non évaluées à celles évaluées selon le nombre total de consommations d'alcool prises lors d'une semaine typique au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation au DÉBA-A ($n = 231$)	25
Figure 9.	Comparaison du nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-A ($n = 231$)	26
Figure 10.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont eu de la difficulté à chasser de leur esprit l'idée de boire de l'alcool ($n = 227$)	28
Figure 11.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où prendre de l'alcool a été plus important que de prendre le prochain repas ($n = 227$)	28
Figure 12.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles organisent leur journée en fonction du moment et du lieu où elles peuvent consommer de l'alcool ($n = 227$)	29
Figure 13.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont déjà pris de l'alcool du matin jusqu'au soir ($n = 227$).....	29
Figure 14.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont bu de l'alcool en pour l'effet, peu importe le type de boisson ($n = 227$).....	30
Figure 15.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles prennent de l'alcool autant que désiré sans se soucier des activités prévues le lendemain ($n = 227$).....	30
Figure 16.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont continué à boire de façon importante tout en sachant que l'alcool leur causerait plusieurs problèmes ($n = 227$).....	31
Figure 17.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles pensent ne pas avoir été capables d'arrêter de boire après avoir débuté ($n = 227$).....	31
Figure 18.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont tenté de contrôler leur consommation d'alcool en arrêtant complètement ($n = 229$)	32
Figure 19.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont déjà eu besoin de prendre un premier verre pour débiter la journée le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)	32

Figure 20.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où leurs mains tremblent à leur réveil le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)	33
Figure 21.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont des vomissements le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$).....	33
Figure 22.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées, selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles imaginent des choses effrayantes, en se rendant compte plus tard qu'elles sont imaginaires le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$).....	34
Figure 23.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées, selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont fait des efforts pour éviter de rencontrer des gens le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)	34
Figure 24.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées, selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont oublié ce qui s'est passé la veille d'un jour d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)	35
Figure 25.	Comparaison des degrés de dépendances selon le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool entre les personnes non évaluées et évaluées ($n = 227$)	35
Figure 26.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a nui au rendement au travail, à l'école ou dans les tâches ménagères ($n = 151$)	37
Figure 27.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a nui aux amitiés ou aux relations proches ($n = 151$)	37
Figure 28.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a nui à au mariage, aux relations amoureuses ou familiales ($n = 151$)	38
Figure 29.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a entraîné des absences au travail ou à l'école ($n = 151$).....	38
Figure 30.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a augmenté les risques de se blesser ($n = 151$).....	39
Figure 31.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont conduit un véhicule à moteur sous l'effet de l'alcool dépassant la limite permise pour conduire ($n = 151$)	40
Figure 32.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont été arrêtées pour avoir conduit un véhicule avec des facultés affaiblies par l'alcool ($n = 151$)	40
Figure 33.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont été arrêtées ou retenues au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'influence de l'alcool ($n = 151$).....	41
Figure 34.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a diminué leur capacité à prendre soin de leurs enfants ($n = 151$)	42
Figure 35.	Répartition des usagers non évalués et évalués au DÉBA-Drogues selon le sexe ($N = 302$)	43
Figure 36.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois ($n = 302$).....	45
Figure 37.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation de PCP au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)	45
Figure 38.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'hallucinogènes au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)	46
Figure 39.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation de cocaïne au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)	47
Figure 40.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'autres stimulants au cours des 12 derniers mois ($n = 302$).....	47

Figure 41.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'opiacés au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)	48
Figure 42.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'inhalants au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)	48
Figure 43.	Répartition des usagers non évalués et évalués selon la drogue la plus consommée ou celle causant problème depuis 1 an ($n = 293$)	50
Figure 44.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont pensé avoir perdu le contrôle de leur consommation de drogue identifiée comme étant problématique ($n = 293$)	50
Figure 45.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où l'idée de ne pas consommer du tout la drogue identifiée comme étant problématique les a rendues inquiètes ou anxieuses ($n = 293$)	51
Figure 46.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où leur consommation de drogue identifiée comme étant problématique les a préoccupées ($n = 293$)	51
Figure 47.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont souhaité être capables d'arrêter de consommer la drogue identifiée comme étant problématique ($n = 293$)	52
Figure 48.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur perception quant au degré de difficulté à arrêter de consommer ou de vivre sans la drogue identifiée comme étant problématique, et ce, pour les 12 derniers mois ($n = 293$)	52
Figure 49.	Comparaison des scores totaux à l'Échelle de Sévérité de la Dépendance au (ÉSD) entre les personnes non évaluées et évaluées ($n = 293$)	53
Figure 50.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a nui au rendement au travail, à l'école ou dans les tâches ménagères ($n = 164$)	54
Figure 51.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a nui aux amitiés ou aux relations proches ($n = 164$)	55
Figure 52.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a nui à au mariage, aux relations amoureuses ou familiales ($n = 164$)	55
Figure 53.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a entraîné des absences au travail ou à l'école ($n = 164$)	56
Figure 54.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a augmenté les risques de se blesser ($n = 164$)	56
Figure 55.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont conduit un véhicule à moteur sous l'effet de drogues ($n = 164$)	57
Figure 56.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont été arrêtées pour avoir conduit un véhicule avec des facultés affaiblies par la drogue ($n = 164$)	57
Figure 57.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont eu des problèmes judiciaires liés à la consommation de drogues ($n = 164$)	58
Figure 58.	Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a diminué leur capacité à prendre soin de leurs enfants ($n = 164$)	58
Figure 59.	Comparaison du degré de dépendance global, tel qu'évalué au DÉBA-A/D (QBDA + ÉSD) entre les personnes non évaluées et évaluées ($n = 470$)	59

Abréviations et acronymes

DÉBA-A/D : Dépistage et évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues

CRUV : Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

ÉCCA : Échelle des conséquences de la consommation d'alcool

ÉCCD : Échelle des conséquences de la consommation de drogues

ÉSD : Échelle de sévérité de la dépendance

IGT : Indice de Gravité d'une toxicomanie

N : Nombre total de tous les participants à l'étude

n : Nombre d'un sous-groupe de participants à l'étude

PRÉS : Programme régional d'évaluation spécialisée

QBDA : Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool

SPA : Substances psychoactives (incluant alcool, drogues et médicaments)

Synthèse

Titre :	Résultats des trois premières années d'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (20 juillet 2005 au 31 mars 2008)
Auteurs :	Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc. (nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca) Joël Tremblay, Ph.D. Pascal Garceau, étudiant en sociologie
Institution :	Service de recherche CRUV / CRAT-CA

En juin 2005, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) a bénéficié d'un fonds non récurrent pour financer l'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée (PRÉS). L'équipe de recherche du CRUV a eu alors le mandat de réaliser une étude permettant d'évaluer ce projet pilote. Ce mandat a été reconduit pour les deux années suivantes. Dans le but d'avoir un comparatif, les résultats des trois premières années d'activité (20 juillet 2005 au 31 mars 2008) sont présentés dans ce rapport.

La synthèse reprend les principaux constats de l'étude qui est divisée en trois parties. La première présente les données portant sur la performance (les standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience) du Programme régional d'évaluation spécialisée pour les trois premières années d'activité. La deuxième partie a pour objectif de comparer le portrait des personnes qui se sont présentées à l'évaluation spécialisée (évaluées) au CRUV à la suite d'une demande de service accompagnée du DÉBA-Alcool ou du DÉBA-Drogues à celles qui ne se sont pas présentées (non évaluées), et ce, pour l'année financière 2006-2007, laquelle correspond à la deuxième année d'activité du PRÉS. Finalement, la dernière partie présente l'adéquation de l'orientation des usagers vers trois niveaux d'intensité de service.

Résultats concernant la performance (les standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience) du PRÉS

Délais d'attente

Avant l'implantation du PRÉS, les cliniciens des différents points de service étaient responsables d'évaluer eux-mêmes les usagers faisant une demande de service au CRUV pour des problèmes de consommation de SPA. Ce modèle de fonctionnement a généré une longue liste d'attente de personnes devant être évaluées dans les mois qui ont précédé l'implantation de l'équipe d'évaluation spécialisée. De toute évidence, cette situation a eu un impact important sur le nombre de personnes à évaluer ainsi que sur les délais d'attente au cours de la première année d'activité du PRÉS.

Au tableau 1, il est possible de constater que le nombre moyen de jours d'attente entre la demande de service et l'évaluation a diminué après l'implantation du PRÉS, et ce, d'une année à l'autre.

Tableau 1. Comparaison des délais moyens d'attente entre la demande de service au CRUV et l'évaluation spécialisée pour l'année avant l'implantation et les trois premières années d'activités du PRÉS

	Nombre moyen de jours d'attente
Avant l'implantation du PRÉS	
Juillet 2004 à Mars 2005	49
Après l'implantation du PRÉS	
Juillet 2005 à mars 2006	41
Avril 2006 à mars 2007	26
Avril 2007 à novembre 2007*	17

* La période de référence des données prend fin le 10 novembre 2007

Dans le but d'obtenir des données plus représentatives sur les délais d'attente entre le moment où la personne fait une demande de service au CRUV et le moment où elle est évaluée, l'équipe du PRÉS a créé en août 2006 un indicateur permettant de distinguer les individus qui se présentent au premier rendez-vous d'évaluation (demandes immédiates) et les autres personnes qui retardent leur rendez-vous, parce qu'elles sont très difficiles à rejoindre ou encore ne se présentent pas au premier rendez-vous alors que le CRUV pouvait les évaluer plus rapidement (demandes retardées).

Le tableau 2 compare les délais moyens d'attente entre les deux catégories de demandes de service (retardées et immédiates), ce qui permet de constater que le nombre de jours d'attente est beaucoup plus grand chez les personnes ayant retardé leur demande que chez celles s'étant présentées immédiatement à leur premier rendez-vous d'évaluation (demandes immédiates). Une diminution du nombre moyen de jours d'attente est observable également entre les deux années financières.

Tableau 2. Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée comparant les demandes répondues immédiatement et celles retardées par l'utilisateur entre août 2006 et novembre 2007

	Nombre moyen de jours d'attente Demandes retardées	Nombre moyen de jours d'attente Demandes immédiates
2^e année d'activité Août 2006 à mars 2007 (8 périodes)	39	15
3^e année d'activité Avril à novembre 2007 (8 périodes)*	24	11

* La période de référence des données prend fin le 10 novembre 2007

Nombre de rencontres d'évaluations

La comparaison de l'évolution du nombre d'entrevues d'évaluation réalisées en 2004-2005, année précédant l'implantation du PRÉS, et des trois premières années d'activité de l'équipe d'évaluation, permet d'observer une augmentation de la performance de l'équipe (tableau 3).

Tableau 3. Comparaison du nombre moyen d'évaluations spécialisées réalisées au cours de l'année précédant l'implantation et des trois premières années d'activité du PRÉS

	Nombre moyen d'évaluations
Avant l'implantation du PRÉS	
2004-2005	699
Après l'implantation du PRÉS	
2005-2006	707
2006-2007	886
2007-2008	
Périodes : 1 à 8	657*
Périodes : 9 à 13	401**
Total 2007-2008	1058

* Données provenant de l'ancien système de données clientèle CRUV (disponibles jusqu'au 10 novembre 2007)

**Données provenant du nouveau système de données clientèle du CRUV (disponibles du 11 novembre 2007 au 31 mars 2008)

Comparaison du nombre d'évaluations selon l'âge et le sexe

Il y a peu de différence en fonction de l'âge ou du sexe observée entre les personnes qui ne se sont pas présentées à leur rendez-vous d'évaluation et celles s'y étant présentées.

Groupe de soutien post évaluation

Un groupe de soutien post évaluation ayant comme objectif de soutenir l'utilisateur durant la période avant de recevoir leur traitement a été mis sur pied dans le cadre de l'implantation du PRÉS. La participation des usagers au groupe de soutien confirme le besoin d'un tel service.

Le tableau 4, démontre que le nombre d'utilisateurs différents ayant participé au groupe de soutien a diminué en 2006-2007 comparativement à 2005-2006, toutefois le nombre total de participations au groupe de soutien a augmenté. Il ressort que les mêmes usagers se présentent fréquemment au groupe de soutien.

Tableau 4. Comparaison de la participation au groupe de soutien entre les trois premières années d'activité du PRÉS

	Nombre de personnes différentes ayant participé au groupe de soutien (au moins une participation)	Nombre total de participations au groupe de soutien
20 juillet 2005 au 31 mars 2006	201	237
1 ^{er} avril 2006 au 31 mars 2007	112	572
1 ^{er} avril au 10 novembre 2007 (8 périodes financières)*	109	234

* La période de référence des données prend fin le 10 novembre 2007

Comparaison du profil de consommation de SPA des personnes évaluées et non évaluées au PRÉS

Le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve a reçu entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007 un total de 487 demandes de service différentes pour des problèmes de consommation de substances psychoactives, et ce, accompagnées d'un DÉBA Alcool, Drogues et parfois des deux. Notons que 46 demandes étaient accompagnées des deux DÉBA-A/D. Ainsi, 231 demandes ont été adressées à l'aide du DÉBA-Alcool et 302 avec le DÉBA-Drogues pour un nombre total de 533 demandes.

En ce qui a trait aux demandes accompagnées du DÉBA-A, 79 % des personnes se sont rendues (évaluées) à l'évaluation spécialisée au CRUV comparativement à 21 % qui n'y sont pas allées (non évaluées). En ce qui concerne les références faites à l'aide du DÉBA-D, les deux tiers des personnes ont été évaluées par le PRÉS au CRUV comparativement au tiers n'y étant pas allées.

Tableau 5. Proportion de personnes référées au CRUV à l'aide d'un DÉBA Alcool ou Drogues selon qu'elles aient été évaluées ou non au PRÉS

	Non évaluées	Évaluées
DÉBA-Alcool	21 % (n = 48)	79 % (n = 183)
DÉBA-Drogues	34 % (n = 104)	66 % (n = 198)

Consommation à risque alcool et drogues

La comparaison de la consommation à risque, telle qu'évaluée dans le DÉBA-A/D, de chacune des substances psychoactives des personnes non évaluées et de celles l'ayant été révèle que les deux sous-groupes sont semblables (tableau 6).

Tableau 6. Répartition des usagers non évalués et évalués selon le portrait de la consommation de SPA au cours des 12 derniers mois

Au cours des 12 derniers mois...	Non évaluées		Évaluées	
	Proportion ayant consommé	Proportion ayant une consommation à risque	Proportion ayant consommé	Proportion ayant une consommation à risque
Alcool (<i>n</i> = 231)	97,9 %	95,8 %	97,3 %	92,9 %
Médicaments sédatifs (<i>n</i> = 302)	12,5 %	3,8 %	21,7 %	9,6 %
Cannabis (<i>n</i> = 302)	63,5 %	48,1 %	70,2 %	57,1 %
PCP (<i>n</i> = 302)	6,7 %	2,9 %	7,1 %	3,5 %
Hallucinogènes (<i>n</i> = 302)	21,2 %	9,6 %	13,6 %	7,1 %
Cocaïne (<i>n</i> = 302)	63,5 %	56,7 %	60,1 %	51,5 %
Autres stimulants (<i>n</i> = 302)	35,6 %	27,9 %	25,3 %	20,7 %
Opiacés (<i>n</i> = 302)	6,7 %	5,8 %	8,6 %	6,6 %
Inhalants (<i>n</i> = 302)	0 %	0 %	0,5 %	0,5 %
Toutes SPA incluant l'alcool (<i>n</i> = 533)	100 %	96,2 %	100 %	95 %

Comparaison du degré de dépendance alcool et drogues

Les résultats pour chacune des questions du Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (*n* = 227) ainsi que pour l'Échelle de sévérité de la dépendance (*n* = 293) révèlent en général une similitude entre les deux sous-groupes et parfois quelques écarts minimes. Un test statistique¹ effectué sur les données n'a révélé aucune différence significative entre les usagers non évalués et les usagers évalués quant au résultat total au Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA) et à l'Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD).

De plus, afin d'obtenir un niveau de dépendance global, le total des résultats au QBDA et celui à l'ÉSD ont été fusionnés. Un test statistique² effectué à partir de ce score fusionné confirme qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux sous-groupes en ce qui concerne leur niveau de dépendance aux SPA.

SAVIEZ-VOUS QUE...

Près de 90 % des usagers ayant été référés au CRUV au cours de l'année financière 2006-2007 ont, selon les normes du DÉBA-A/D, un degré de dépendance élevé aux SPA.

¹ test-*t* pour échantillons indépendants

² idem

Comparaison des Échelles de conséquences de la consommation alcool et drogues

L'analyse des Échelles de conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) et de drogues (ÉCCD) démontre qu'il y a peu de différences entre les deux sous-groupes en ce qui a trait au profil clinique d'abus possible, et ce, même si certains petits écarts sont observés pour chacun des items. Un test statistique³ effectué sur les données n'a révélé aucune différence significative entre les personnes non évaluées et celles l'ayant été concernant le résultat total à chacune des échelles (alcool et drogues) ainsi que lors de l'addition des résultats des deux échelles.

L'adéquation de l'orientation des usagers vers trois niveaux d'intensité de service

En plus d'évaluer la performance du PRÉS, de comparer le profil de consommation des personnes non évaluées à celles évaluées, le CRUV a révisé l'adéquation de l'orientation des usagers vers trois niveaux d'intensité de service au cours de la troisième année d'activité du PRÉS. Un total de 69 évaluations spécialisées (IGT) ainsi que l'orientation s'y rattachant, ont été revus.

Les résultats révèlent que plus de quatre personnes sur cinq ont été orientées vers le niveau d'intensité de service correspondant à leur situation clinique, telle qu'évaluée à l'IGT. Toutefois, pour les personnes qui ont été orientées vers un niveau d'intensité de service différent (17 %) de celui retenu par le consultant, il faut mentionner que dans l'ensemble l'orientation retenue au moment de l'évaluation demeure acceptable au plan clinique. En effet, il est possible qu'au moment de l'évaluation, cette orientation était la bonne selon l'ensemble du profil clinique de l'utilisateur.

Conclusion

En conclusion, nous observons que l'implantation du PRÉS a permis d'augmenter le nombre de personnes évaluées, de diminuer les délais d'attente entre la réception de la demande de service au CRUV et l'évaluation spécialisée ainsi que d'offrir un service de réadaptation plus rapidement aux personnes évaluées par l'entremise du groupe de soutien.

³ test-*t* pour échantillons indépendants

Introduction

En juin 2005, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) a bénéficié d'un fonds non récurrent pour financer le développement d'une équipe d'évaluation spécialisée nommée le « Programme régional d'évaluation spécialisée (PRÉS) ».

Lors de la première phase, l'équipe d'évaluation spécialisée a été implantée afin de réduire le délai d'attente à 15 jours de calendrier entre le moment où la demande de service est reçue au CRUV et où la rencontre d'évaluation est tenue. De plus, l'implantation de ce service incluait des mesures destinées à soutenir la clientèle évaluée en attente de suivi, ce qui s'est traduit par la mise en place d'un groupe de soutien. Le Programme régional d'évaluation spécialisée s'est implanté au CRUV à partir du 20 juillet 2005.

Dès la première année d'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée, l'équipe de recherche du CRUV a réalisé une étude permettant d'évaluer ce projet pilote. Cette dernière a permis la rédaction d'un rapport intitulé « Évaluation du projet pilote de l'équipe d'évaluation spécialisée du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve » (2006). L'étude a été réalisée auprès de tous les usagers ayant fait une demande d'évaluation entre le 1^{er} juillet 2005 et le 31 mars 2006. Les objectifs de cette évaluation étaient :

1. Évaluer la performance du PRÉS quant aux délais entre le moment où la demande de service est reçue au CRUV et le moment de la première rencontre d'évaluation;
2. Qualifier l'état des usagers lors du délai d'attente quant à leur état psychologique, médical, la qualité de leurs relations interpersonnelles et leur situation judiciaire;
3. Évaluer la relation entre la durée du délai d'attente et l'état psychosocial général en émettant l'hypothèse qu'au-delà d'un délai d'attente de 15 jours de calendrier, l'état des individus se détériore dans ses différentes sphères de vie.

L'équipe de recherche du CRUV a eu le mandat de réévaluer le premier objectif de l'étude précédente, soit les délais entre le moment où la demande de service est reçue au CRUV et le moment de la première rencontre, le nombre d'évaluations réalisées, le nombre d'absences aux évaluations ainsi que la participation au groupe de soutien, et ce, pour les deuxième et troisième années (1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007; 2007-2008) d'activité du PRÉS. Il faut toutefois noter que le centre a procédé au changement du système de données clientèle à partir du 11 novembre 2007. Ce changement a entraîné une différence dans l'accessibilité des données, ce qui a empêché de reprendre les mêmes variables utilisées lors des analyses pour les années précédentes. Par conséquent, les résultats pour l'année financière 2007-2008 sont présentés pour la période qui s'étale du 1^{er} avril au 10 novembre 2007. Dans le but d'avoir un comparatif avec les résultats des

années antérieures, les tableaux et figures des trois années d'activités du PRÉS sont conservés dans le rapport actuel.

Dans le même contexte d'évaluation de l'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée, une étude comparant le profil de consommation des usagers qui se sont présentés à leur rendez-vous d'évaluation spécialisée aux usagers ne s'y étant jamais rendus à la suite de leur référence au CRUV, est produite. L'objectif est de mieux documenter les personnes référées au CRUV et de vérifier l'existence de différences entre les deux sous groupes (évaluées et non évaluées) en ce qui a trait à leur portrait de consommation.

Au cours de l'année 2007-2008, une troisième mesure a été ajoutée afin d'évaluer l'implantation du PRÉS. En effet, le CRUV a révisé l'adéquation de l'orientation d'usagers (69 dossiers) vers trois niveaux d'intensité de service.

Ce rapport se divise en trois sections. La première présente l'évaluation de la performance (les standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience) du PRÉS pour les trois premières années d'activités. La seconde expose les résultats de l'évaluation de détection « Dépistage / évaluation du besoin d'aide – Alcool / Drogues » utilisée pour référer les usagers au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve. Pour ce faire, nous avons comparé les personnes qui se sont présentées à l'évaluation aux personnes ne s'y étant jamais présentées, et ce, pour l'année financière 2006-2007, correspondant à la deuxième année d'activité du PRÉS. En terminant, la troisième section expose les résultats de l'analyse d'évaluations en vue de vérifier l'adéquation des orientations des usagers vers trois niveaux d'intensité de service.

Méthode

Protocole

Les données issues des systèmes de données clientèle, tels que le registre du clinicien et la base de données du PRÉS, ont été utilisées afin de produire la section portant sur l'évaluation de la performance du PRÉS (nombre d'évaluations, délais d'attente, nombre de personnes ayant participé au groupe de soutien, etc.). Ces données ont été colligées pour l'ensemble des individus évalués par l'équipe du PRÉS entre le 1^{er} avril et le 10 novembre 2007 pour les deux dernières années d'activité de l'équipe d'évaluation⁴.

Les mêmes bases de données procurent également diverses informations en ce qui concerne la performance du CRUV avant l'implantation du PRÉS.

La présentation des résultats traite :

- de l'ensemble des usagers ayant été évalués au CRUV depuis l'implantation du PRÉS en comparant les trois années financières d'activité de l'équipe d'évaluation ;
- des usagers avant l'implantation pour des fins de comparaisons.

En ce qui a trait à la section comparant les personnes ayant été évaluées au PRÉS de celles ne l'ayant pas été, l'échantillon est constitué de toutes les références au Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve provenant des partenaires de première ligne, principalement des centres de santé et de services sociaux (CSSS), dont la demande est accompagnée du Questionnaire « Dépistage / Évaluation du Besoin d'Aide Alcool / Drogues » (DÉBA-A/D) entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007. Les questionnaires ont été saisis dans des bases de données informatisées.

Finalement, les 69 dossiers pour lesquels une analyse a été produite sur l'adéquation des orientations vers trois niveaux d'intensité de service, ont été sélectionnés au hasard par le consultant. Ces évaluations ont toutes été réalisées entre le 1^{er} avril 2007 et le 31 mars 2008 (troisième année d'activité du PRÉS).

⁴ Tel que mentionné précédemment, il n'est pas possible de présenter les données jusqu'au 31 mars 2008 puisque le centre a procédé au changement du système de données clientèle, ce qui empêche la comparaison des mêmes variables.

Procédures d'analyses

La première partie des analyses statistiques est constituée d'analyses statistiques descriptives, telles que des moyennes, des écarts-types et des distributions de fréquence. Ces analyses permettent de comparer les résultats.

La section comparative des personnes évaluées et non évaluées est également réalisée à partir d'analyses statistiques de bases. De plus, le khi-carré de Pearson et le test-*t* de Student sont utilisés afin de comparer statistiquement les sous-groupes entre eux.

Une grille d'analyse « maison » des dossiers a été utilisée afin d'évaluer les critères permettant d'analyser l'adéquation des orientations. Cette grille a servi de guide dans l'analyse qualitative des résultats par le consultant.

Instrument de mesure

Le questionnaire utilisé dans la section portant sur la comparaison des personnes qui se sont présentées à l'évaluation spécialisée à celles ne s'y étant pas présentées est le « Dépistage / Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool / Drogues » (Tremblay, Rouillard, Sirois, 2001).

Cet instrument de détection permet de déterminer le niveau de service requis lié à la sévérité de la problématique de consommation de substances psychoactives (SPA) de la personne et de l'orienter adéquatement vers le service correspondant à son besoin. Il se présente sous deux versions, l'une pour la consommation d'alcool (DÉBA-A) et l'autre pour la consommation de drogues (DÉBA-D).

Le DÉBA-A/D utilise en série des tests déjà existants ayant été validés. Il s'appuie sur une classification en cinq catégories des utilisateurs de substances psychoactives : 1) les abstinents, 2) les personnes à faible risque, 3) les consommateurs à risque, 4) les individus ayant une consommation leur causant divers problèmes et 5) les personnes qui pourraient potentiellement obtenir un diagnostic de dépendance ou d'abus.

Ce questionnaire évalue trois grands concepts :

- a) la fréquence de consommation d'alcool, de médicaments non prescrits et de drogues,
- b) le degré de dépendance envers ces produits (parallèle avec le diagnostic de dépendance aux SPA du DSM-IV,
- c) les conséquences négatives occasionnées par la consommation au cours de la dernière année (parallèle avec le diagnostic de dépendance aux SPA du DSM-IV).

Les deux principaux questionnaires qui permettent d'évaluer le degré de dépendance sont le Questionnaire bref de dépendance à l'alcool (QBDA)⁵ et l'Échelle de la sévérité de la dépendance (ÉSD)⁶ pour les drogues. Ces questionnaires ont largement été validés dans leur version originale anglaise, présentant de hauts niveaux de sensibilité et de spécificité.

⁵ Traduction du *Severity of Alcohol Dependence Data-SADD* (Raistrick, Dunbar, Davidson, 1983).

⁶ Traduction du *Severity of Dependence Scale-SDS* (Gossop et al., 1995).

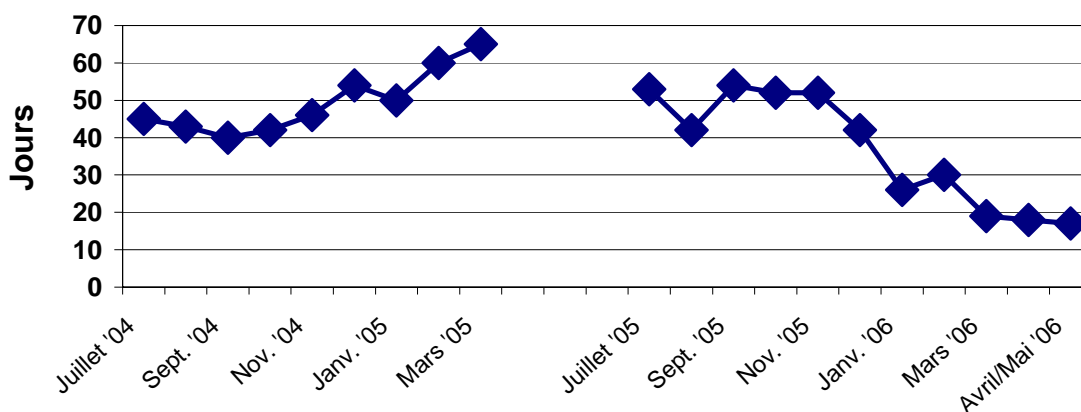
Résultats concernant la performance (les standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience) du PRÉS

Avant l'implantation du Programme régional d'évaluation spécialisée (PRÉS), les cliniciens du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV) procédaient eux-mêmes à l'évaluation des usagers lorsque des demandes de service leur étaient adressées pour des problèmes de consommation de SPA. L'ensemble de ces demandes de service qui n'avaient pas été traitées avant la création du PRÉS a été attribuées à l'équipe d'évaluation. Par conséquent, dès l'implantation de ce programme, les évaluateurs ont été surchargés de travail. Ce n'est qu'à partir de janvier 2006 que l'équipe a pu prendre sa vitesse de croisière. À cet égard, les analyses semblent démontrer que ce rythme a été conservé, voire amélioré, tout au long des années financières 2006-2007 et 2007-2008.

Les délais d'attente

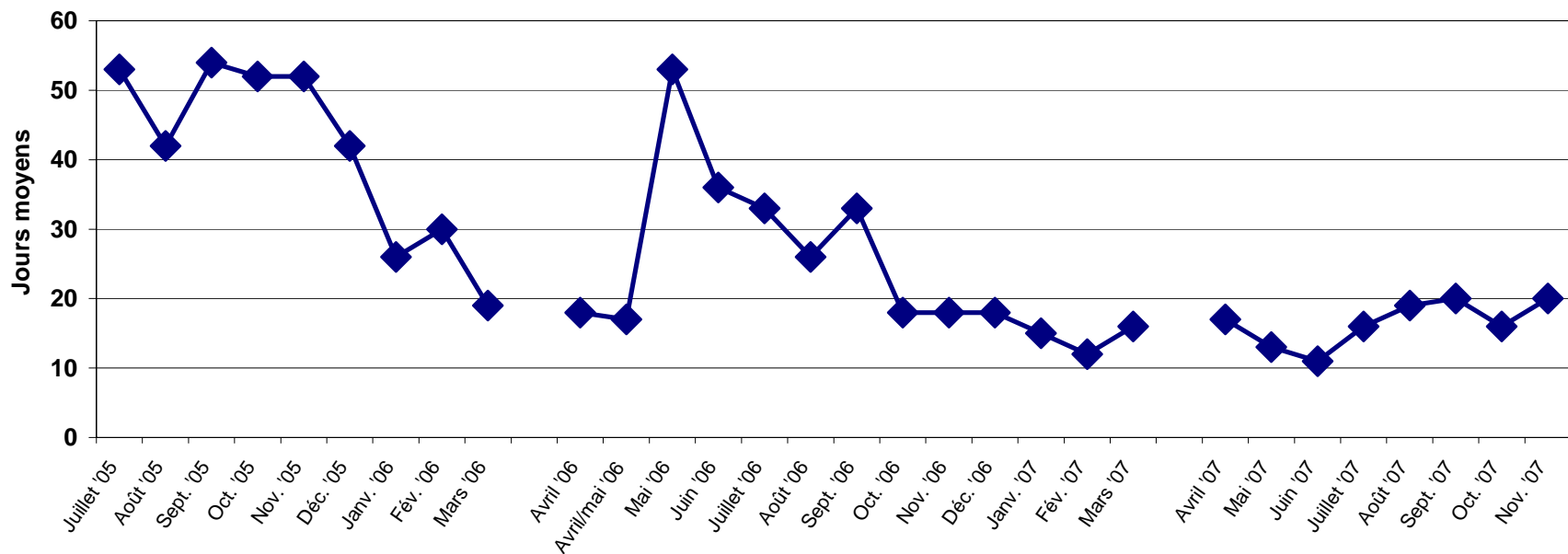
Lors de la première phase d'évaluation (20 juillet 2005 au 31 mars 2006) de l'impact de l'implantation du PRÉS sur les délais d'attente, il a été constaté que dès l'implantation de l'équipe, soit le 20 juillet 2005, les délais d'attente sont passés d'une moyenne de 49 jours (7 semaines), pour la période s'échelonnant entre juillet 2004 et décembre 2005, à un délai moyen de 25 jours (3,6 semaines) pour les mois de janvier à mars 2006, moment où l'équipe a atteint sa vitesse de croisière. Ces délais sont maintenus au début de l'année financière 2006-2007, puisqu'ils sont de 18 jours en avril 2006 et de 17 jours en mai de la même année.

Figure 1. Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée (année 04-06)



La figure 2 présente l'évolution des délais moyens d'attente entre la demande de service au CRUV et l'évaluation de l'utilisateur en fonction des trois premières années d'activité du PRÉS. Lorsque l'on compare la première année d'implantation de l'équipe d'évaluation (1^{er} juillet 2005 au 31 mars 2006) à la deuxième année d'activités (2006-2007), un délai d'attente moins élevé est observé en 2006-2007, et ce, même si au cours des mois de mai à septembre, le nombre de jours d'attente est plus élevé qu'à la fin de l'année financière précédente. Entre octobre 2006 et mars 2007, l'équipe a repris une constance plus faible des délais d'attente, en obtenant une durée moyenne de 16 jours d'attente. Au cours de la troisième année d'activité de l'équipe, soit les périodes 1 à 8 de l'année financière 2007-2008, les délais varient entre 10 à 20 jours selon la période. Il est important de mentionner que malgré des variations pour chacun des mois, les délais d'attente depuis octobre 2006 jusqu'à la fin de l'évaluation de l'impact de l'implantation du PRÉS, soit novembre 2007, se sont toujours maintenus à 20 jours d'attente ou moins.

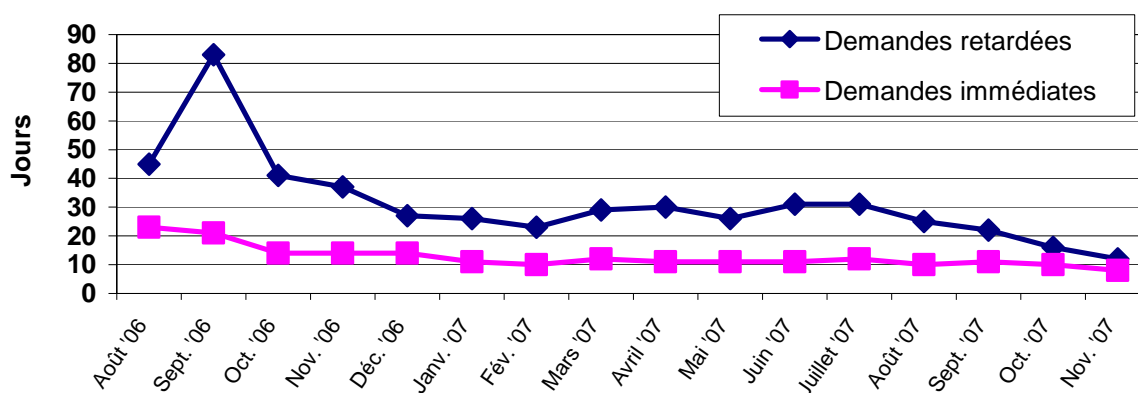
Figure 2. Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée (années 05-07)



Dans le but de fournir des données davantage représentatives sur les délais d'attente entre le moment où la personne fait une demande de service au CRUV et le moment où elle est évaluée, l'équipe d'évaluation a créé en août 2006⁷ un indicateur permettant de distinguer les individus qui se présentent à leur premier rendez-vous d'évaluation et les autres personnes qui, d'une part, sont très difficiles à rejoindre et, d'autre part, qui ne se présentent pas au premier rendez-vous qui leur a été donné (plusieurs rendez-vous peuvent avoir été donnés avant que la personne se présente réellement à son évaluation). Cette distinction permet d'illustrer le fait que les individus qui retardent leur rendez-vous contribuent à faire augmenter le nombre de jours d'attente alors que les cliniciens du CRUV étaient disponibles pour leur donner un service beaucoup plus rapidement. Deux catégories de demandes ont été créées : 1) immédiates et 2) retardées. La première catégorie correspond aux personnes ayant répondu rapidement au premier appel de l'équipe et s'étant présentées au premier rendez-vous d'évaluation (demandes immédiates). La deuxième catégorie est constituée des personnes difficiles à rejoindre, n'étant pas disponibles pour un rendez-vous rapidement, les individus ayant manqué leur rendez-vous d'évaluation et parfois, à plusieurs reprises, etc. (demandes retardées).

La figure 3 compare les délais d'attente entre les deux catégories de demandes de service (immédiates et retardées), ce qui permet de constater que le nombre de jours d'attente est beaucoup plus grand chez les personnes ayant retardé leur demande que chez celles s'étant présentées immédiatement à leur premier rendez-vous d'évaluation (demandes immédiates). Il est intéressant d'observer que le délai d'attente pour les demandes immédiates demeure constant entre octobre 2006 et novembre 2007 avec une moyenne de 11 jours d'attente.

Figure 3. Délais moyens d'attente entre la demande de service et l'évaluation spécialisée comparés selon les demandes immédiates et retardées entre août 2006 et novembre 2007



⁷ Ces données ne sont pas disponibles pour la première année d'implantation.

Le nombre de rencontres d'évaluation

L'étude du nombre d'évaluations réalisées à chacune des périodes financières, au cours des quatre dernières années, illustre un statu quo entre l'année précédant l'implantation de l'équipe d'évaluation (2004-2005) et l'année de l'implantation (2005-2006) quant au nombre moyen d'évaluations effectuées par période de quatre semaines. Néanmoins, une amélioration de la performance de l'équipe est perçue en janvier 2006. Ce progrès s'est poursuivi au cours de l'année financière 2006-2007 où une hausse assez importante du nombre total d'évaluations est observée, tant globalement pour l'année que pour chacune des périodes.

Puisque les données pour l'année 2007-2008 provenant de l'ancien système de données clientèle comprennent seulement les mois d'avril au début de novembre 2007, il n'est pas possible de présenter les résultats par trimestre pour cette année financière (2007-2008).

Tableau 7. Comparaison du nombre d'évaluations faites au cours des différentes périodes financières

Périodes	Nombre d'évaluations par période de 4 semaines			
	Année avant implantation	Trois années d'activités du PRÉS juillet 2005 à novembre 2008		
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Avril à juin (périodes 1 à 3)	184	168	201	242
Juillet à mi-septembre (périodes 4 à 6)	138	167	224	224
Mi-septembre à décembre (périodes 7 à 10)	225	165	251	191*
Janvier à mars (périodes 11 à 13)	152	207	210	n/a
Total	699	707	886	657

* La période de référence des données prend fin le 10 novembre 2007

Toutefois, le nombre total d'évaluations pour la seconde portion de l'année est disponible (du 11 novembre 2007 au 31 mars 2008) dans le nouveau système de données clientèles du centre, ce qui permet d'avoir le nombre total d'évaluations pour l'année complète 2007-2008. Le tableau 8 permet de constater l'évolution croissante du nombre d'évaluations depuis l'implantation du PRÉS.

Tableau 8. Comparaison du nombre total d'évaluations réalisées depuis l'implantation du PRÉS

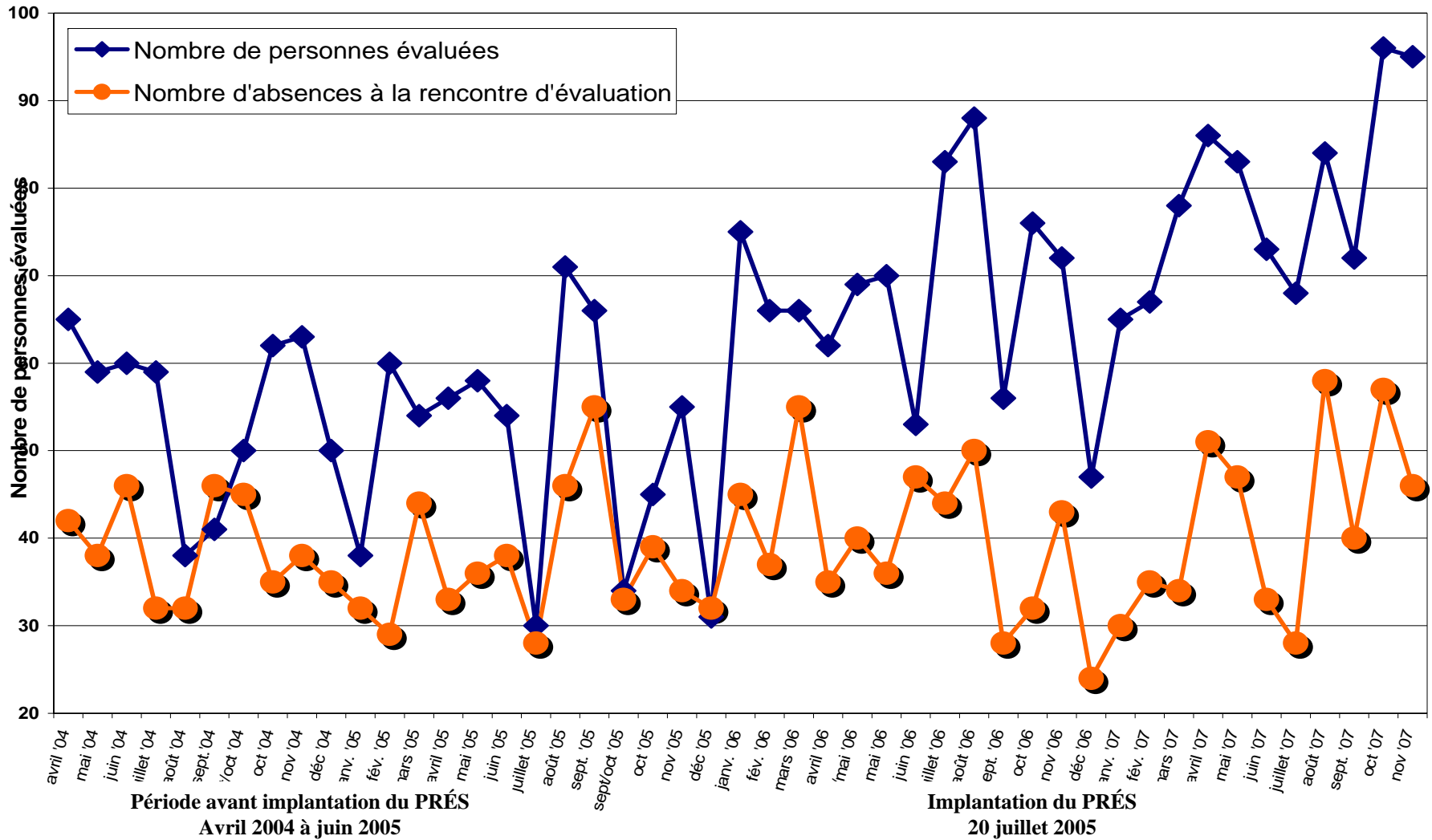
	Nombre moyen d'évaluations
Avant l'implantation du PRÉS	
2004-2005	699
Après l'implantation du PRÉS	
2005-2006	707
2006-2007	886
2007-2008	1058

À la figure 4, il est possible d'observer le nombre de personnes qui se sont présentées à leur rendez-vous d'évaluation (évaluées) en comparaison avec le nombre de personnes s'étant absentes de leur rencontre d'évaluation (ces personnes se sont peut-être présentées à un autre rendez-vous), pour l'année précédant l'implantation de l'équipe d'évaluation et les trois ans d'activité du PRÉS à chacune des périodes financières de quatre semaines. L'objectif de cette comparaison est d'observer concrètement combien de personnes s'absentent d'un rendez-vous alors qu'une plage horaire avait été réservée pour ces dernières.

En ce qui a trait à la comparaison des années financières 2005-2006 et 2006-2007, une hausse du nombre moyen d'évaluations est observée par période où la moyenne est de 54 évaluations / période lors de la première année d'implantation et de 67 évaluations / période pour la deuxième année. De plus, le nombre d'évaluations augmente au cours de l'année 2007-2008 tandis que le nombre d'absences demeure le même. Globalement, entre avril 2004 et novembre 2007, une augmentation du nombre d'évaluations par période de quatre semaines est observée.

En ce qui concerne le nombre d'absences à des rendez-vous d'évaluation, il est passablement élevé au cours de l'année financière 2004-2005. En effet, pour cette période, 42 % des rendez-vous d'évaluation sont manqués (voir figure 4). Lorsqu'on compare de façon détaillée les années financières 2005-2006 et 2006-2007, on observe une légère diminution du nombre d'absences par période (voir figure 4). Le CRUV est passé d'une moyenne de 39 absences par période en 2005-2006 à 33 absences par période en 2006-2007. De plus, on remarque une légère augmentation des absences en 2007-2008 avec une moyenne de 45 absences par période. Il faut toutefois tenir compte du fait que le nombre de demandes de service au CRUV ainsi que le nombre d'évaluations ont augmenté au cours de la dernière année. Ainsi, il est intéressant d'observer que dans l'ensemble, l'écart entre le nombre d'évaluations et le nombre d'absences tend à grandir depuis le début de l'implantation de l'équipe (figure 4).

Figure 4. Nombre de personnes évaluées auprès de la clientèle adulte toxicomane et nombre d'absences, par période financière entre avril 2004 et novembre 2007



Par ailleurs, la comparaison globale des quatre dernières années financières (2004 à 2008) démontre que le pourcentage de présence en 2006-2007 a augmenté comparativement à l'année précédente. En effet, près des deux tiers des usagers se sont présentés à leur entrevue d'évaluation en 2006-2007. De plus, il est intéressant de constater que le pourcentage de présence à l'évaluation demeure à 65 % pour la troisième année d'implantation (1^{er} avril au 10 novembre 2007).

Tableau 9. Comparaison du pourcentage de présence aux entrevues d'évaluation pour l'année précédant l'implantation du PRÉS ainsi que pour les trois années d'activité de l'équipe

	Pourcentage de présence à l'évaluation
2004-2005	59 %
2005-2006	58 %
2006-2007	65 %
2007-2008	65 %

Comparaison du nombre d'évaluations selon le sexe

La comparaison de la proportion de personnes évaluées ou non (jamais évaluées) selon le sexe des usagers indique qu'il n'y a pas de différence entre la proportion d'hommes et de femmes s'étant présenté ou non à leur rendez-vous d'évaluation, et ce, pour les trois années d'activité de l'équipe d'évaluation.

Tableau 10. Comparaison du nombre d'évaluation selon le sexe pour les trois années d'activité du PRÉS

	2005-2006		2006-2007		2007-2008	
	Évaluées	Non évaluées	Évaluées	Non évaluées	Évaluées	Non évaluées
Hommes	51,2 %	48,2 %	60,9 %	39,1 %	62,9 %	37,1 %
Femmes	50 %	50 %	63,8 %	36,2 %	62,7 %	37,3 %

Comparaison du nombre d'évaluations selon l'âge

Les analyses révèlent également qu'il n'y a pas de différence en ce qui a trait à la moyenne d'âge des personnes évaluées comparativement à celles n'ayant pas été évaluées.

Tableau 11. Comparaison des moyennes d'âge entre les personnes évaluées et non évaluées pour les trois années d'activité du PRÉS

	Moyenne d'âge des usagers évalués	Moyenne d'âge des usagers non évalués
2005-2006	37 ans	36 ans
2006-2007	37 ans	38 ans
2007-2008	38 ans	36 ans

Lorsqu'on observe les individus évalués séparés en groupe d'âge, il est possible de remarquer que les résultats sont sensiblement les mêmes pour chacun des groupes tant en 2005-2006 qu'en 2006-2007. Pour l'année financière 2007-2008, on remarque que le groupe des 51 à 60 ans a un taux de présence (évalués) aux rendez-vous un peu plus élevé que pour les autres groupes d'âge.

Tableau 12. Comparaison des personnes évaluées et non évaluées selon les groupes d'âge pour les trois années d'activité du PRÉS

	2005-2006		2006-2007		2007-2008	
	Évaluées	Non évaluées	Évaluées	Non évaluées	Évaluées	Non évaluées
18-30 ans	51,0 %	49,0 %	64,6 %	35,4 %	56,9 %	43,1 %
31-40 ans	52,0 %	48,0 %	61,8 %	38,3 %	67,0 %	33,0 %
41-50 ans	51,2 %	48,8 %	60,8 %	39,2 %	59,3 %	40,7 %
51-60 ans	47,6 %	52,4 %	56,1 %	43,9 %	73,2 %	26,8 %
61 ans et +	51,3 %	48,7 %	62,9 %	37,1 %	67,4 %	32,6 %

Le groupe de soutien post évaluation

L'implantation de l'équipe d'évaluation a favorisé la mise en place, par le CRUV, d'un groupe de soutien pour les personnes ayant été évaluées. En effet, à partir du moment où les usagers sont évalués, ils peuvent accéder à des rencontres de groupe visant à les soutenir lorsqu'ils attendent le début de leur traitement. Au cours des trois premières années d'activité du PRÉS, ces groupes avaient lieu trois fois par semaine. La personne n'avait pas besoin de s'inscrire et se présentait à la rencontre à une fréquence qui correspondait à ses besoins.⁸ Les rencontres sont animées par un professionnel.

⁸ Depuis octobre 2009, la structure de fonctionnement du groupe de soutien a été modifiée afin de répondre au besoin d'un plus grand nombre d'usagers. Ainsi, deux groupes de soutien différents se tiennent deux fois par semaine (pour un total de 4 séances de 2 heures). Le même usager peut se présenter deux fois dans la même semaine, mais dans des plages qui lui ont été attribuées. Toutefois, le groupe demeure ouvert et l'usager à le choix de ce présenter ou non.

Cette mesure semble répondre à un besoin certain. En effet, si les délais d'attente pré évaluation sont réduits, il faut pouvoir soutenir les personnes qui attendront dorénavant au cours de la période post évaluation (délai entre l'évaluation et le traitement). Toutefois, on observe que même si le service est offert à tous les usagers évalués, en moyenne, un usager sur six utilise ce type de service.

Le tableau 13 permet d'observer le nombre de personnes évaluées, le nombre de personnes différentes ayant participé au groupe de soutien ainsi que le nombre de participations (une même personne peut participer plusieurs fois) au groupe pour chacune des années d'activité du PRÉS. Notons que le nombre de personnes différentes ayant participé au groupe est semblable pour les années financières 2006-2007 et 2007-2008, en prenant en considération que les données ont été recueillies jusqu'au 10 novembre 2007. Ainsi, il est possible de penser que si le nombre de personnes total et était disponible jusqu'au 31 mars 2008 il serait plus élevé que pour l'année 2006-2007. Ceci démontre bien le besoin d'un tel groupe.

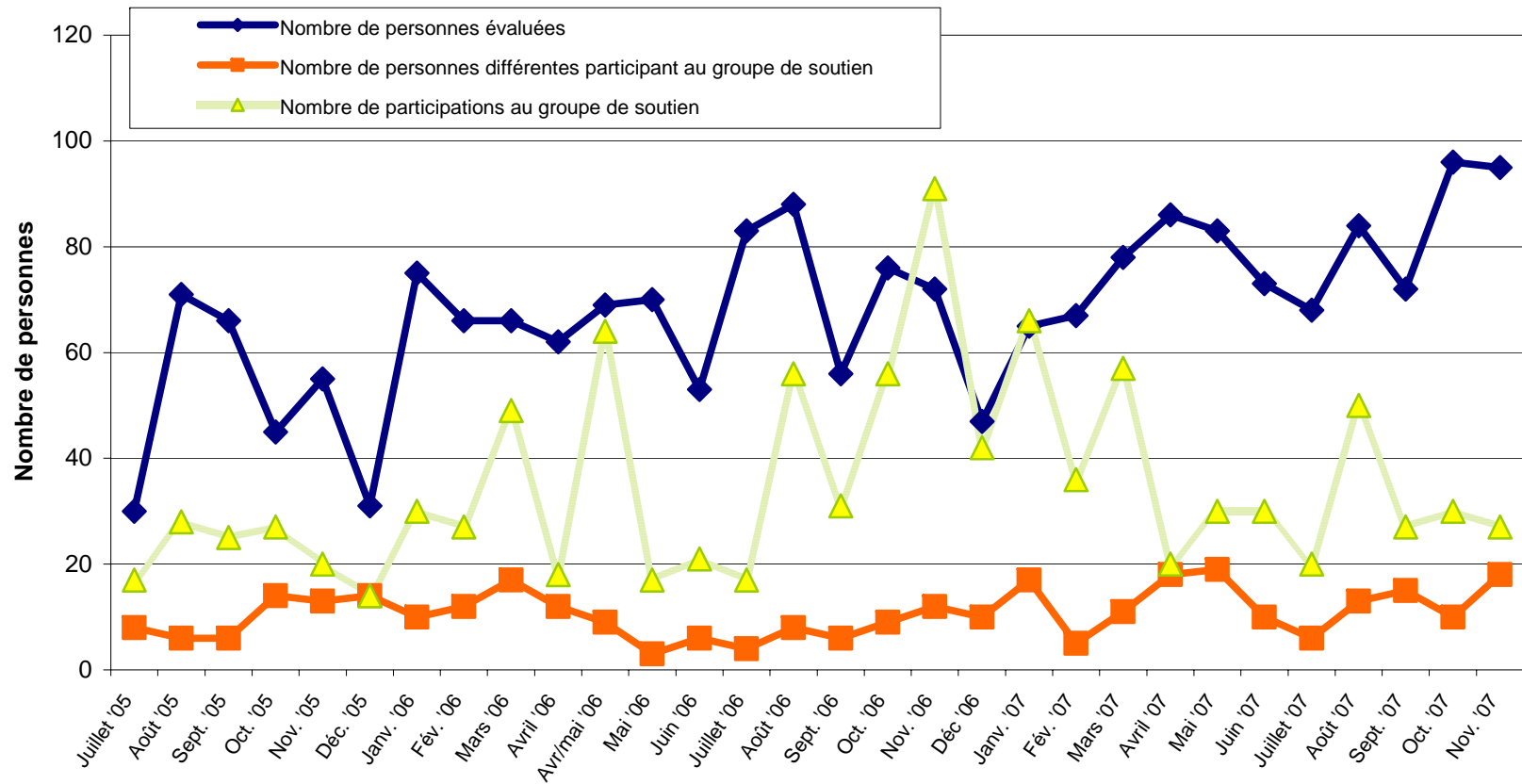
En comparant le nombre de personnes différentes et le nombre total de participations, les résultats indiquent que ce sont les mêmes personnes qui viennent au groupe de soutien (tableau 13).

Tableau 13. Comparaison de la participation au groupe de soutien pour les premières années d'activité du PRÉS

	Nombre d'évaluations	Nombre de personnes différentes ayant participé au groupe de soutien (au moins une participation)	Nombre total de participations au groupe de soutien
20 juillet 2005 au 31 mars 2006	505	201	237
2006-2007	886	112	572
1^{er} avril au 10 novembre 2007	657	109	234

La figure 5 présente de façon détaillée par période financière d'environ quatre semaines, le nombre de personnes évaluées, le nombre de personnes différentes ayant participé au groupe de soutien ainsi que le nombre de participations au groupe entre juillet 2005 et novembre 2007.

Figure 5. Nombre de personnes différentes ayant participé au groupe de soutien post évaluation, en attente de début des traitements entre juillet 2005 et novembre 2007



Comparaison du profil de consommation de SPA des personnes évaluées et non évaluées au PRÉS

Entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007, un total de 487 demandes de service différentes a été adressé au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve pour des problèmes de consommation de substances psychoactives. Ces dernières étaient accompagnées d'un DÉBA Alcool, Drogues et parfois des deux versions (alcool et drogues). En effet, pour 46 personnes, la demande de service a été envoyée avec les deux questionnaires (DÉBA-A/D). Ainsi, 231 demandes ont été adressées à l'aide du DÉBA-Alcool et 302 avec le DÉBA-Drogues pour un nombre total de 533 demandes.

Tableau 14. Nombre de demandes de service adressées au CRUV selon l'outil de détection qui accompagne la demande (N = 533)

	DÉBA-Alcool	DÉBA-Drogues	Total
Nombre de demandes de service	231	302	533

Cette étude se veut une comparaison des résultats des personnes qui se sont réellement rendues à l'évaluation spécialisée au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (évaluées) à la suite de la demande de service faite à l'aide du DÉBA-A/D aux résultats du groupe de personnes pour qui le centre a reçu une demande de service, mais qui ne se sont jamais présentées à l'évaluation spécialisée (non évaluées). L'objectif est de vérifier l'existence de différences entre les deux sous-groupes afin de connaître les motifs ou encore les caractéristiques faisant en sorte qu'un individu se présente à l'évaluation spécialisée comparativement à un autre qui ne s'y présente pas.

La comparaison du portrait de consommation des personnes évaluées et non évaluées ayant fait l'objet d'une demande de service, est divisée en trois sections. L'une présente le portrait des individus dont la demande d'aide a été faite à l'aide du DÉBA-Alcool ($n = 231$). La seconde, à l'aide du DÉBA-Drogues ($n = 302$). Ces deux premières sections suivent la logique du DÉBA-A/D. Elles se divisent en trois sections soient :

- 1) l'évaluation de la consommation à risque ;
- 2) l'évaluation de la dépendance ;
- 3) l'évaluation des conséquences dans les différentes sphères de vie.

La dernière section compare l'ensemble des usagers selon les niveaux de dépendances et d'abus clinique global en fusionnant les résultats du DÉBA-Alcool et du DÉBA-Drogues.

DÉBA-ALCOOL

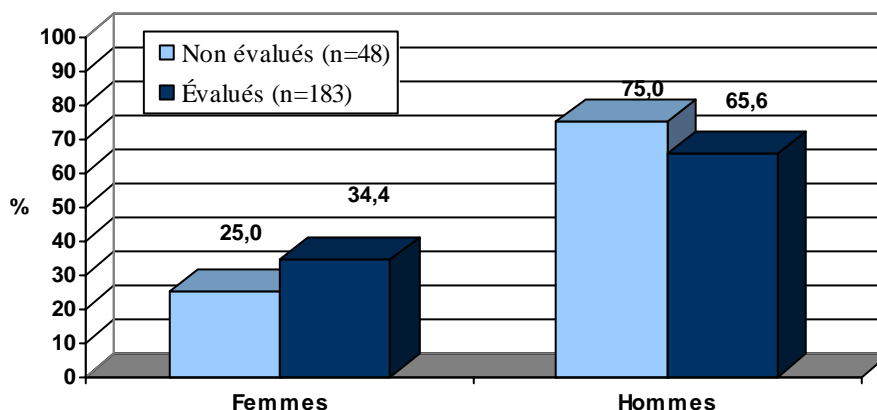
Au total, sur 231 références reçues à l'aide du DÉBA-Alcool, 183 personnes se sont rendues à l'évaluation spécialisée (évaluées) au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve comparativement à 48 qui n'ont pas été évaluées (non évaluées).

Tableau 15. Proportion de personnes référées au CRUV à l'aide d'un DÉBA-Alcool selon qu'elles aient été évaluées ou non au PRÉS

	DÉBA-Alcool (n = 231)
Non évaluées	21 % (n = 48)
Évaluées	79 % (n = 183)

La comparaison des usagers évalués aux personnes non évaluées en fonction du sexe, indique que les femmes semblent légèrement plus nombreuses à s'être présentées à l'évaluation que les hommes. Toutefois, les résultats statistiques démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux sous-groupes. En effet, un test du khi carré ne révèle aucune différence significative, $X^2(1, n = 231) = 1.541$, $p = 0.214$ entre le sexe et le fait de s'être présenté ou non à l'évaluation au CRUV à la suite de la demande de service à l'aide du DÉBA-A.

Figure 6. Répartition des usagers non évalués et évalués au DÉBA-Alcool selon le sexe (n = 231)



La moyenne d'âge des individus ayant fait une demande de service à l'aide du DÉBA-Alcool au cours de l'année financière 2006-2007 est de 40 ans. Au tableau 16, il est possible de constater que la comparaison des moyennes d'âge entre les deux sous-groupes est semblable.

Tableau 16. Proportion des usagers selon l'âge

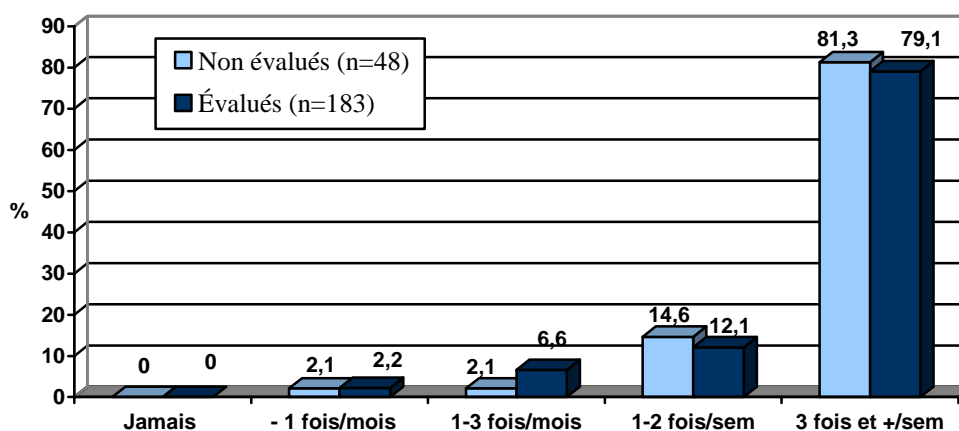
	DÉBA-A (n = 231)
Évaluées	40,9 ans
Non évaluées	37,9 ans

Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois

Une consommation d'alcool, telle qu'évaluée dans le DÉBA-A, correspond à une consommation standard équivalant à une petite bière de 341 ml à 5 % d'alcool.

Pour près de 80 % de l'ensemble de l'échantillon évalué au DÉBA-Alcool, la fréquence de consommation d'alcool au cours de la dernière année précédant l'évaluation est de trois fois et plus par semaine. Les résultats indiquent qu'il ne semble pas y avoir de différence entre les deux sous-groupes.

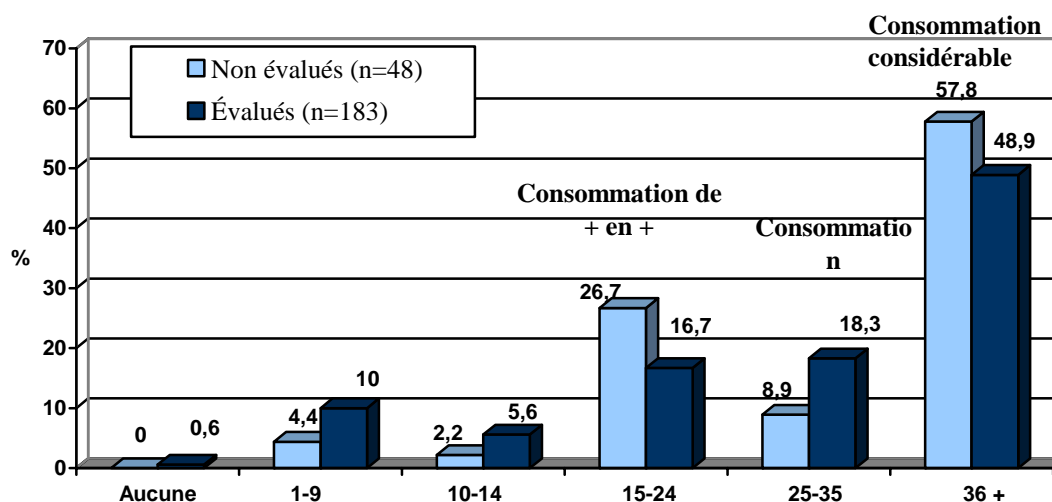
Figure 7. Comparaison des usagers non évalués à ceux évalués selon la fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation au DÉBA-A (n = 231)



Dans l'ensemble, les personnes n'ayant pas été évaluées à la suite de leur demande de service au CRUV ont un nombre de consommations d'alcool, lors d'une semaine typique, semblable aux personnes évaluées. En effet, plus des deux tiers des deux sous-groupes ont pris en moyenne 25 consommations et plus (figure 8) par semaine au cours des 12 derniers mois. Il faut spécifier qu'une semaine typique de consommation réfère à une

semaine qui ressemble aux autres semaines de l'année. En effet, la personne ne doit pas se référer à la semaine du temps des fêtes où elle a davantage consommé de l'alcool ni à celle où elle n'en a pas pris en raison d'une maladie. Une semaine typique est une semaine habituelle de consommation d'alcool.

Figure 8. Comparaison des personnes non évaluées à celles évaluées selon le nombre total de consommations d'alcool prises lors d'une semaine typique au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation au DÉBA-A (n = 231)



Dans l'ensemble, les habitudes de consommation d'alcool des personnes non évaluées et de celles évaluées se ressemblent. Certains petits écarts sont tout de même observables. En effet, le sous-groupe n'ayant pas été évalué consomme, en moyenne, par semaine, un peu plus d'alcool (52 consommations) que celui évalué (47 consommations). Leur nombre d'épisodes de forte consommation est également légèrement supérieur au sous-groupe ayant été évalué (169 épisodes vs 155 épisodes).

Tableau 17. Comparaison des habitudes de consommation d'alcool entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-A (n = 231)

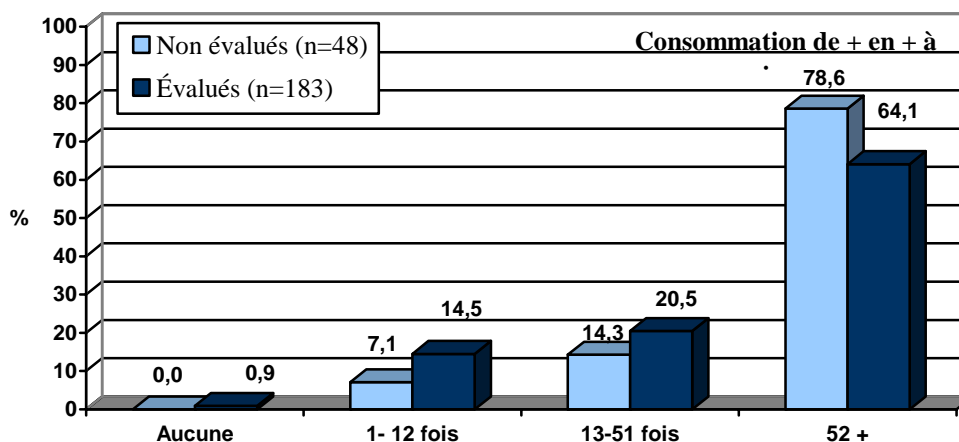
Au cours des 12 derniers mois...	Non évaluées (n = 48)	Évaluées (n = 183)
Nombre moyen de consommation par jour	10 consommations	9 consommations
Nombre moyen de jours de consommations par semaine	5,1 jours	5,1 jours
Nombre moyen de consommation par semaine	52 consommations	47 consommations
Nombre moyen d'épisodes de forte consommation	169 épisodes	155 épisodes

Au sens où la question est posée dans le DÉBA-A, l'expression « épisode de consommation » correspond à une période donnée au cours d'une journée, c'est-à-dire du début à la fin de la consommation d'alcool. Ensuite, pour qu'il soit considéré comme un épisode de forte consommation, une femme doit boire quatre consommations et plus au cours de la même période et un homme cinq et plus. Notons que le nombre différent de consommations entre les hommes et les femmes est attribuable à la différence de masse corporelle entre les deux sexes. Premièrement, de façon générale, les femmes sont en moyenne plus légères que les hommes et le poids d'une personne est associé au calcul du taux d'alcoolémie. De plus, à poids égal et à même quantité d'alcool absorbée, les femmes présentent une alcoolémie sanguine plus élevée. En fait, l'alcoolémie dépend du volume total d'eau de la personne. Puisque le corps de la femme contient habituellement un plus grand pourcentage de gras et un plus faible volume d'eau que le corps de l'homme, à poids égal, l'alcoolémie est plus élevée chez la femme que chez l'homme (Simoneau et autres, 2004). Pour ces deux motifs, à quantité égale d'alcool absorbée, les femmes sont plus vulnérables que les hommes aux risques associés à la consommation d'alcool. Selon les normes du DÉBA-A il y a consommation à risque à partir d'un épisode de forte consommation (5+ chez les garçons et 4+ chez les filles) par mois peu importe le sexe.

Dans chacun des sous-groupes de l'étude, les hommes et les femmes sont regroupés, puisque ce qui compte ici, c'est le nombre de fois où ils ont eu des épisodes de forte consommation.

Les résultats démontrent un petit écart entre les personnes évaluées et celles qui ne l'ont pas été en ce qui a trait au nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois. Entre autres, on observe que les personnes n'ayant pas été évaluées à la suite de leur demande de service au CRUV sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu 52 épisodes et plus de forte consommation au cours de la dernière année (79 % vs 64 %).

Figure 9. Comparaison du nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-A (n = 231)



Selon les critères du DÉBA-A un individu a une consommation à risque de développer un problème si sa consommation hebdomadaire d'alcool est de 10 et plus pour les femmes et de 15 et plus pour les hommes ou que le nombre d'épisodes de forte consommation au cours de la dernière année est de 12 et plus. Si la consommation de la personne est identifiée à risque lors de l'évaluation, le clinicien doit poursuivre la deuxième section du DÉBA-A qui évalue la dépendance sur le plan clinique à l'aide du Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (Traduction par Tremblay J. (1999) du « Severity of Alcohol Dependence Data» (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G., 1983).

Les résultats révèlent que 90 % des personnes non évaluées et 94 % de celles l'ayant été, ont une consommation à risque d'alcool, tel qu'identifié dans le DÉBA-A.

Tableau 18. Comparaison de la proportion de personnes ayant une consommation d'alcool à risque entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-A (n = 231)

Au cours des 12 derniers mois...	Non évaluées (n = 48)	Évaluées (n = 183)
Consommation à faible risque, tel qu'identifié au DÉBA-A	10,4 %	6 %
Consommation à risque, tel qu'identifié au DÉBA-A	89,6 % (n = 43)	94 % (n = 172)

Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA)

Les normes de passation du DÉBA-A indiquent que si la personne dépasse les indicateurs d'une consommation à risque, l'évaluation se poursuit afin d'évaluer le degré de dépendance à l'alcool. Toutefois, il se peut que l'intervenant décide de poursuivre l'évaluation tout de même s'il y a présence de doutes sur la véracité des informations rapportées par l'utilisateur afin d'obtenir davantage de détails sur ses habitudes de consommation ainsi que pour corroborer les informations de la section précédente.

Ainsi, dans cet échantillon, l'évaluation a été poursuivie pour deux personnes non évaluées et huit évaluées pour lesquelles il n'était pas nécessaire de le faire. Le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool a été passé à 98 % des deux sous-groupes (tableau 19).

Tableau 19. Proportion des personnes non évaluées et de celles évaluées à qui le QBDA a été administré (n = 231)

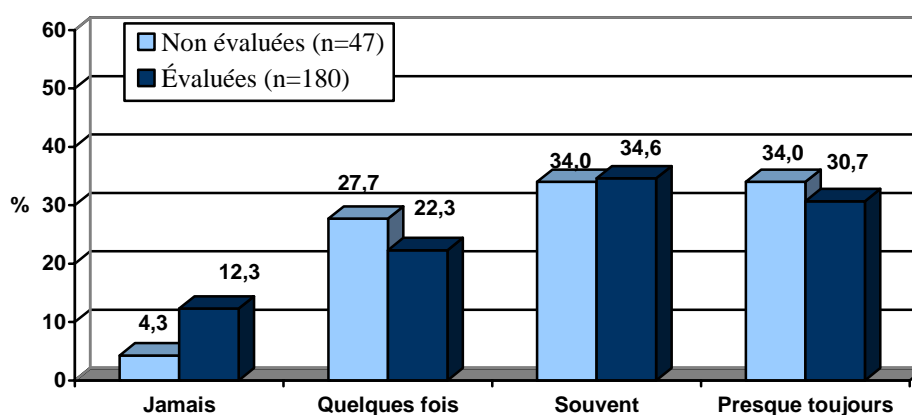
	Non évaluées (n = 48)	Évaluées (n = 183)
Proportion de personnes ayant complété le QBDA	97,9 % (n = 47)	98,4 % (n = 180)

Le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool regroupe 15 questions concernant la dernière année précédant l'évaluation, qui interprétées ensemble, permettent de

déterminer le degré de dépendance clinique de la personne envers l'alcool. Chacun des items est d'abord présenté suivi du résultat global.

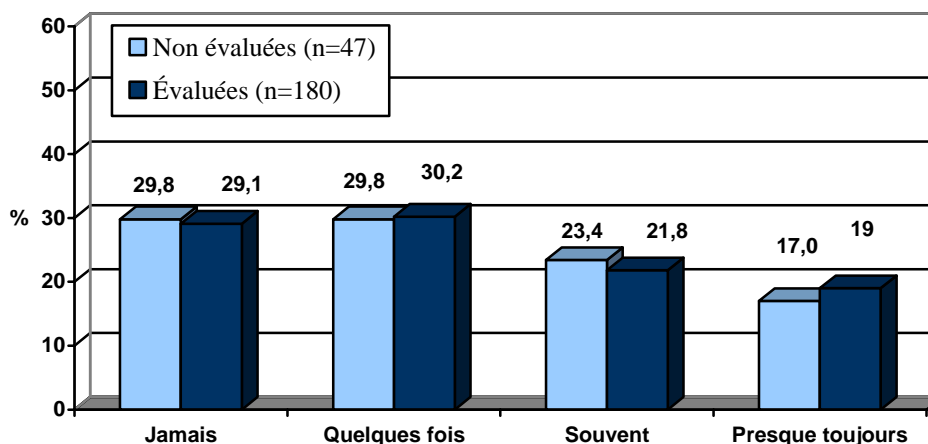
Pour débiter, les résultats sont semblables pour les deux sous-groupes en ce qui concerne la difficulté de penser à autre chose qu'à la consommation d'alcool lors des activités quotidiennes. À la figure 10, il est possible d'observer, entre autres, que plus des deux tiers de l'ensemble des individus ont eu de la difficulté à chasser de leur esprit l'idée de boire souvent ou presque toujours au cours de la dernière année.

Figure 10. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont eu de la difficulté à chasser de leur esprit l'idée de boire de l'alcool ($n = 227$)



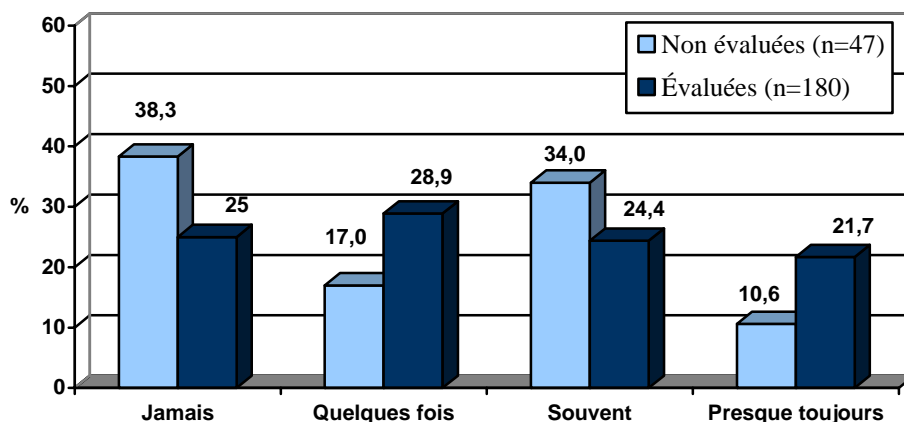
Les résultats indiquent également des proportions semblables entre les deux sous-groupes pour ce qui est de faire passer l'envie de boire de l'alcool avant celui de manger.

Figure 11. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où prendre de l'alcool a été plus important que de prendre le prochain repas ($n = 227$)



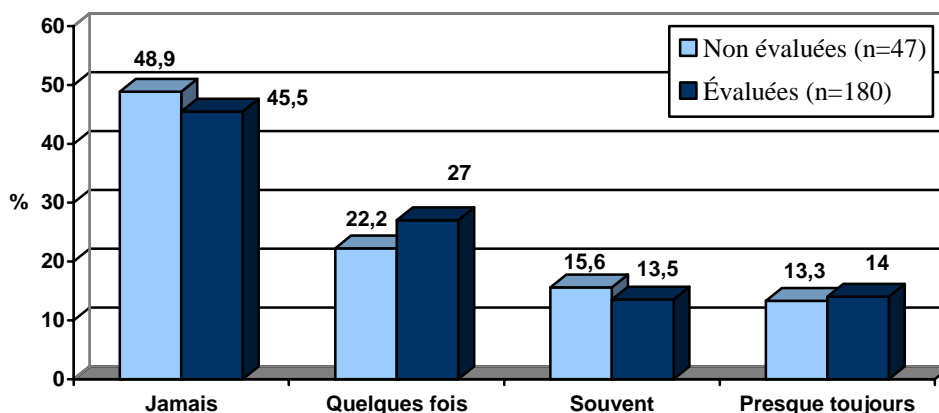
La comparaison des sous-groupes au sujet d'organiser ses journées en fonction du moment où la personne peut consommer de l'alcool, illustre que les personnes évaluées (22 %) sont proportionnellement plus nombreuses que celles non évaluées (11 %) à l'avoir fait presque toujours au cours des 12 derniers mois. À l'inverse, la proportion de personnes non évaluées (38 %) à n'avoir jamais organisé les journées en fonction du moment où elles peuvent boire de l'alcool est plus élevée que pour les personnes qui ont été évaluées au CRUV (25 %).

Figure 12. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles organisent leur journée en fonction du moment et du lieu où elles peuvent consommer de l'alcool ($n = 227$)



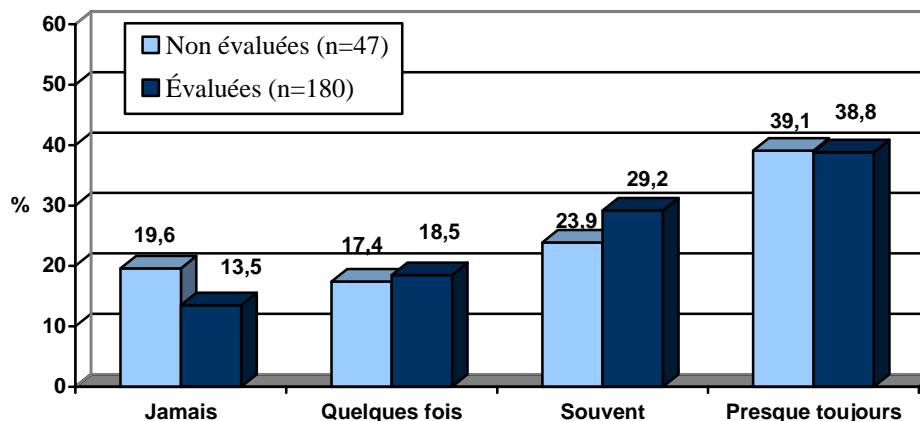
Environ une personne sur deux de l'ensemble de l'échantillon rapporte, au cours de la dernière année, avoir déjà commencé à consommer de l'alcool en se levant le matin sans arrêt jusqu'au moment d'aller dormir le soir. Les résultats permettent de constater que les deux sous-groupes l'ont fait dans des proportions semblables.

Figure 13. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont déjà pris de l'alcool du matin jusqu'au soir ($n = 227$)



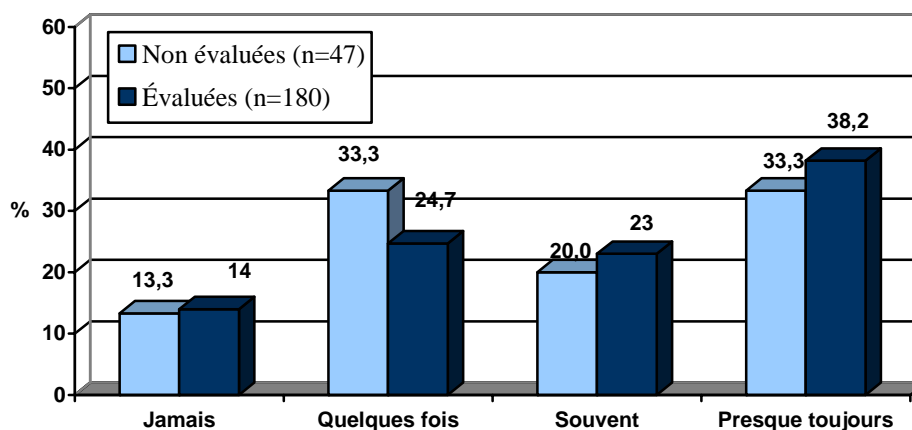
Au cours de la dernière année, plus du tiers des deux sous-groupes ont bu de l'alcool presque toujours pour l'effet qu'elle procure sans accorder d'importance au type d'alcool. De plus, 29 % des personnes évaluées comparativement à 24 % des celles non évaluées, affirment le faire souvent.

Figure 14. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont bu de l'alcool en pour l'effet, peu importe le type de boisson ($n = 227$)



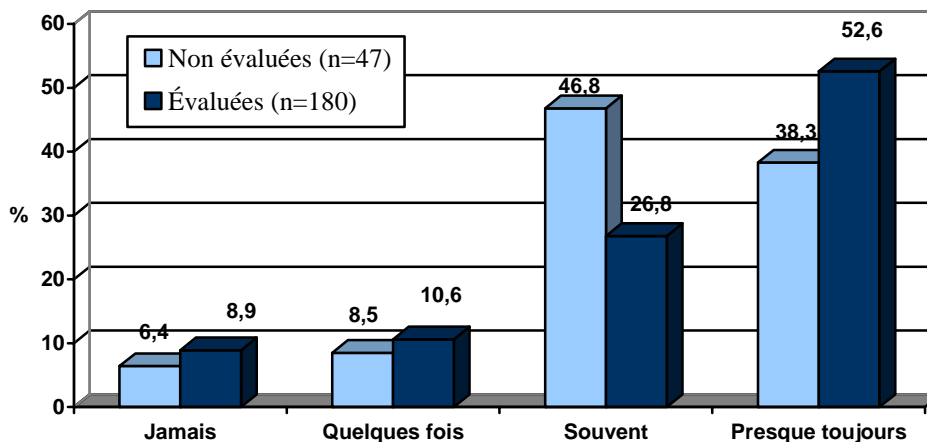
Les personnes ayant été évaluées au CRUV rapportent plus fréquemment avoir consommé de l'alcool autant que désiré sans se soucier des activités prévues le lendemain matin comparativement au deuxième sous-groupe. En effet, les résultats révèlent que 53 % des personnes non évaluées et 61 % de celles l'ayant été l'ont fait souvent ou presque toujours au cours de la dernière année.

Figure 15. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles prennent de l'alcool autant que désiré sans se soucier des activités prévues le lendemain ($n = 227$)



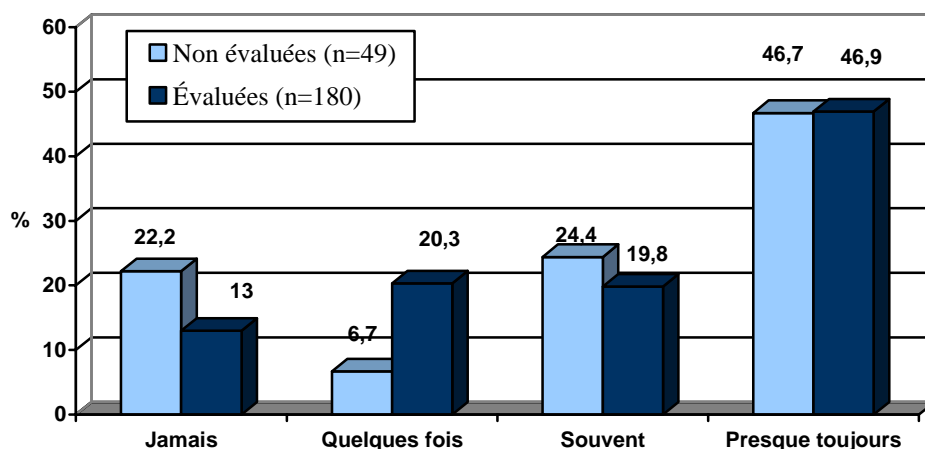
Les usagers évalués sont proportionnellement plus nombreux à avoir bu de l'alcool presque toujours en grande quantité tout en sachant qu'elle leur cause plusieurs problèmes comparativement au groupe des non évalués qui sont plus nombreux dans la catégorie souvent.

Figure 16. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont continué à boire de façon importante tout en sachant que l'alcool leur causerait plusieurs problèmes ($n = 227$)



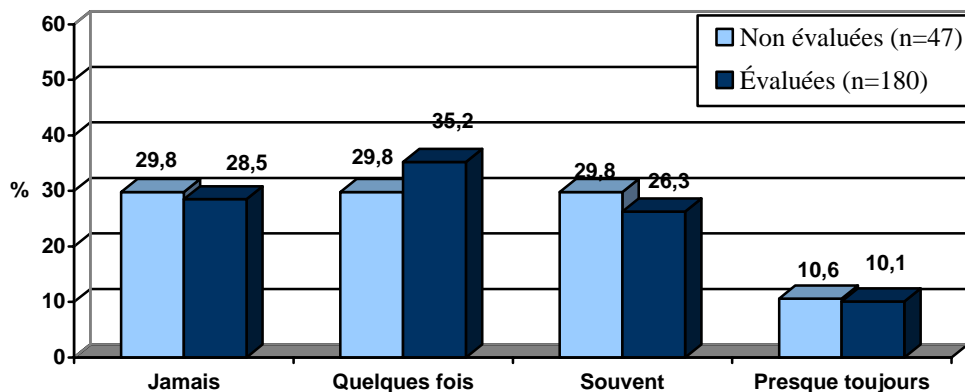
Une proportion semblable des deux sous-groupes rapporte avoir de la difficulté à arrêter de consommer de l'alcool lorsqu'elle prend un premier verre. À la figure 17, il est possible d'observer, notamment, que cela se produit presque toujours chez près d'une personne sur deux.

Figure 17. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles pensent ne pas avoir été capables d'arrêter de boire après avoir débuté ($n = 227$)



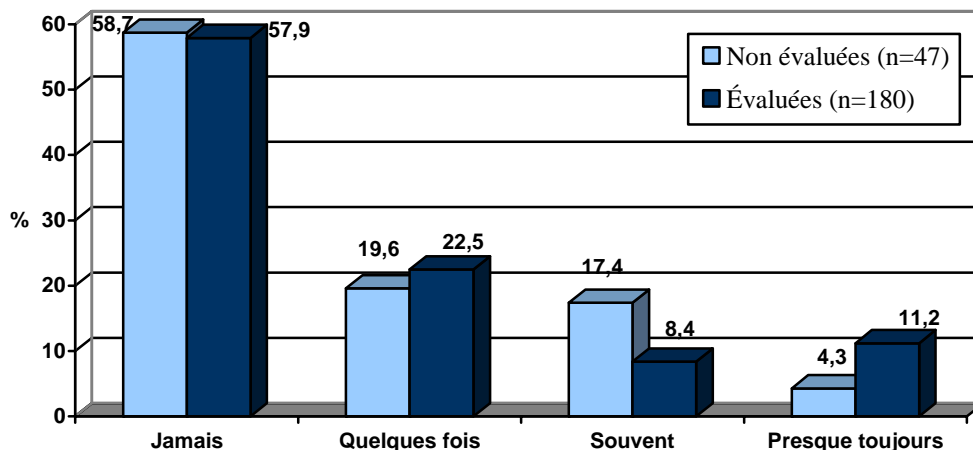
Plus des deux tiers des deux sous-groupes ont, au cours de la dernière année, tenté de contrôler leur consommation d'alcool en cessant complètement de boire pendant plusieurs journées ou semaines. Peu de différence existe entre les personnes évaluées ou non en ce qui a trait au nombre de fois où ils ont tenté d'arrêter.

Figure 18. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont tenté de contrôler leur consommation d'alcool en arrêtant complètement ($n = 229$)



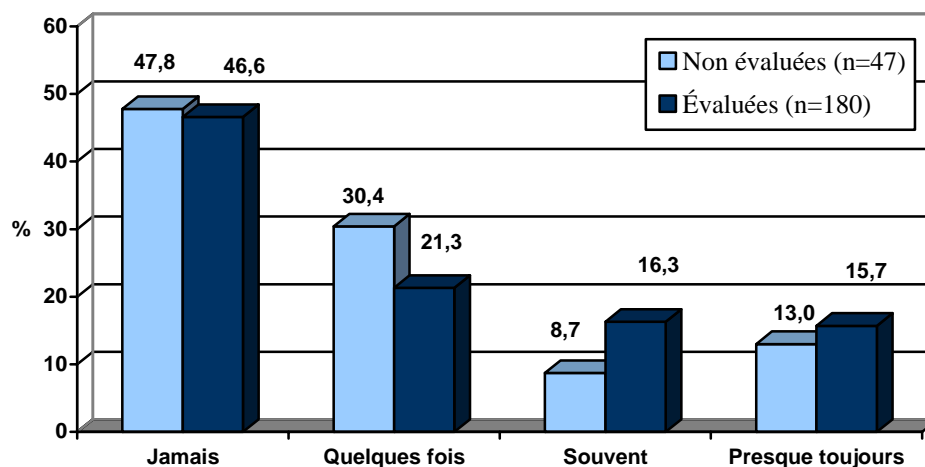
Les figures 19, 20, 21 et 22 portent sur des questions évaluant la possible présence de symptômes de sevrage chez les usagers. En ce qui concerne le premier symptôme de sevrage évalué, les résultats indiquent qu'une personne sur cinq a besoin souvent ou presque toujours de boire de l'alcool pour débiter la journée le lendemain d'un jour où elle en a consommé une grande quantité de l'alcool. La figure suivante illustre que ce symptôme est présent un peu plus fréquemment chez les personnes évaluées.

Figure 19. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont déjà eu besoin de prendre un premier verre pour débiter la journée le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)



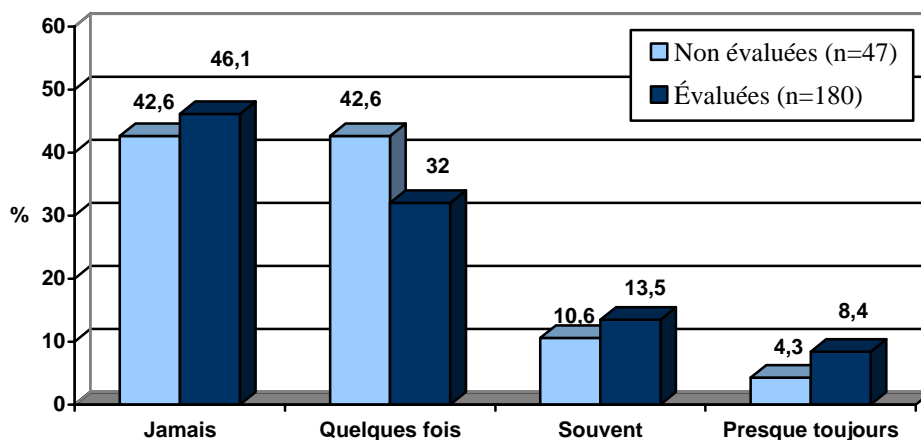
En ce qui a trait au deuxième symptôme de sevrage évalué dans le DÉBA-A, un cinquième des personnes non évaluées et près du tiers des personnes évaluées rapportent, souvent ou presque toujours au cours de la dernière année, avoir eu des tremblements aux mains lors de leur réveil d'un lendemain où elles ont pris beaucoup d'alcool.

Figure 20. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où leurs mains tremblent à leur réveil le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)



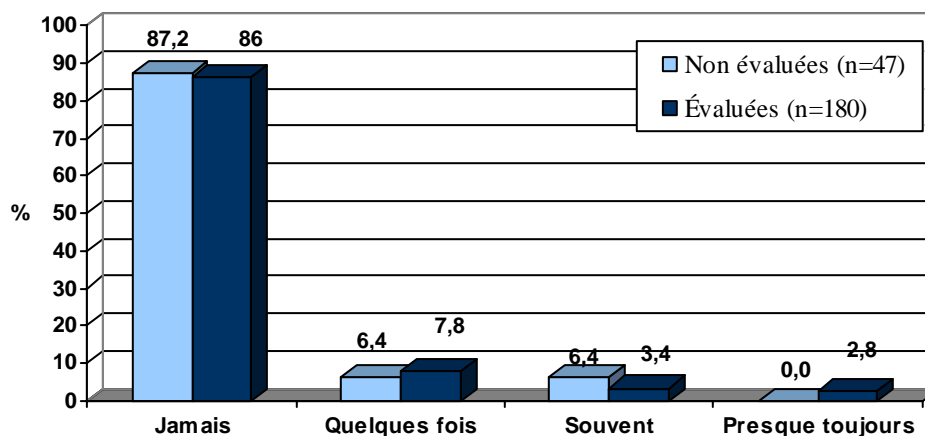
Pour ce qui est du troisième symptôme, les résultats indiquent que 15 % des personnes non évaluées et 22 % de celles l'ayant été ont eu souvent ou presque toujours des vomissements le lendemain d'un jour où elles ont bu beaucoup d'alcool au cours de la dernière année.

Figure 21. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont des vomissements le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)



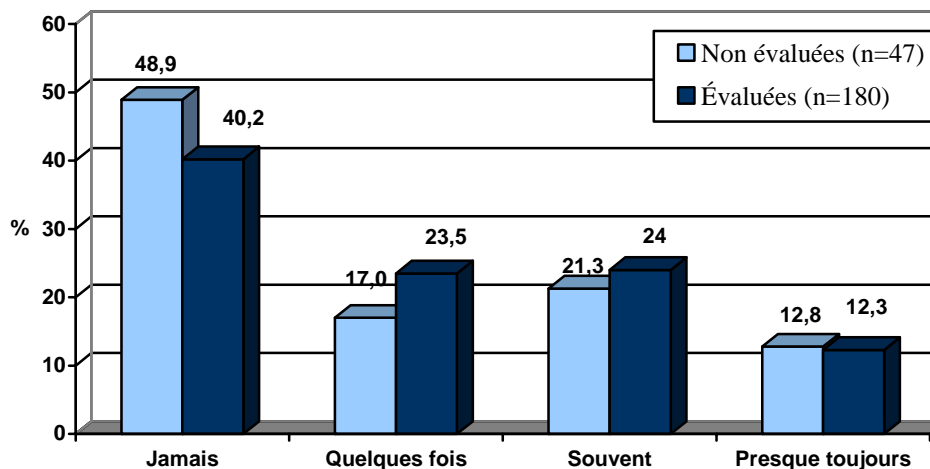
Finalement, l'évaluation du dernier symptôme de sevrage, démontre que la proportion de personnes ayant eu des hallucinations de sevrage au cours de la dernière année est faible, soit moins de 15 % des deux sous-groupes.

Figure 22. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées, selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles imaginent des choses effrayantes, en se rendant compte plus tard qu'elles sont imaginaires le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)



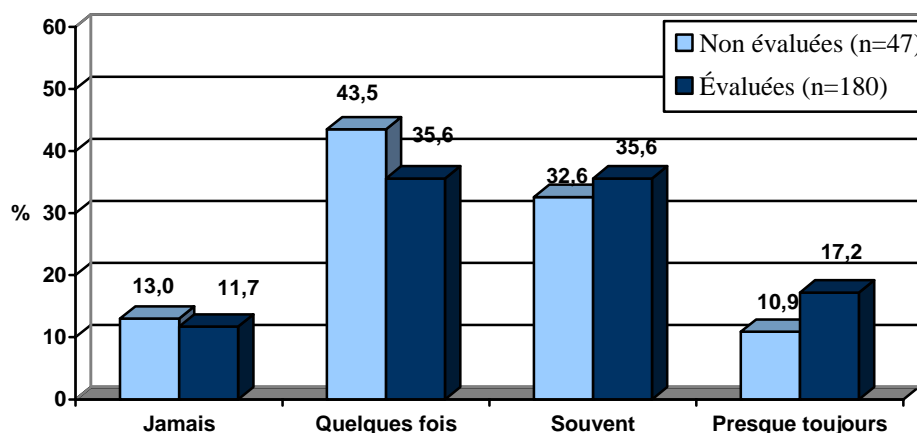
À la figure 23, il est possible d'observer que légèrement plus de personnes évaluées rapportent avoir fait des efforts au cours de la dernière année, variant de quelques fois à presque toujours, pour ne pas rencontrer des gens le lendemain d'un jour où elles ont pris de l'alcool en grande quantité (60 % vs 51 %).

Figure 23. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées, selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont fait des efforts pour éviter de rencontrer des gens le lendemain d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)



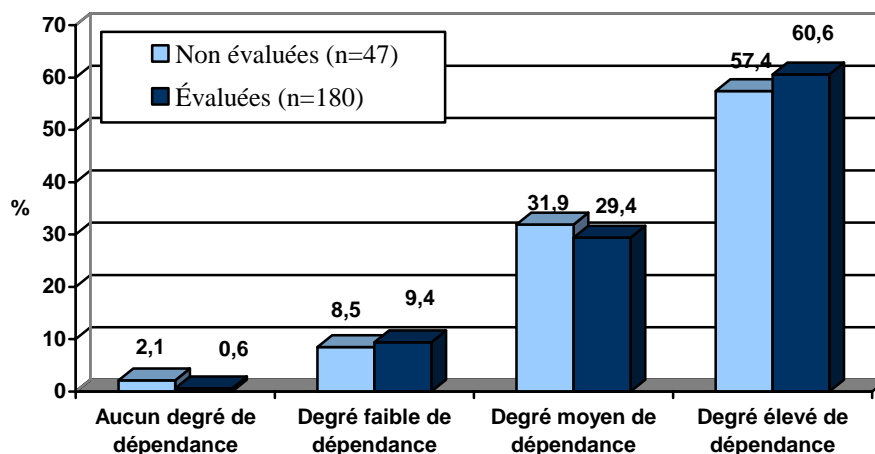
Depuis un an, plus de 85 % de l'ensemble de l'échantillon rapportent avoir déjà oublié ce qui s'est passé la veille d'un jour où elles ont consommé énormément d'alcool. Légèrement plus de personnes évaluées ont eu des pertes de mémoire associées à leur consommation presque toutes les fois où elles ont bu de l'alcool (17 % vs 11 %) et environ un tiers des deux sous-groupes en rapportent souvent.

Figure 24. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées, selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont oublié ce qui s'est passé la veille d'un jour d'un jour où elles ont beaucoup bu ($n = 227$)



En ce qui a trait au degré de dépendance global calculé à partir de l'addition des résultats à chacune des questions du Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA), les résultats démontrent que 58 % des personnes non évaluées et 61 % de celles évaluées ont une situation clinique correspondant à un degré élevé de dépendance. De plus, 30 % des deux sous-groupes à un degré moyen de dépendance.

Figure 25. Comparaison des degrés de dépendances selon le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool entre les personnes non évaluées et évaluées ($n = 227$)



Finalement, la comparaison statistique des moyennes des scores totaux au Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool des deux sous-groupes à l'aide d'un test- t pour échantillons indépendants $t(225) = -0.915$, $p = 0.36$ démontre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les personnes évaluées au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve à la suite de leur demande de service et celles ne s'étant pas rendues à l'évaluation spécialisée. Ainsi, tant pour chacune des questions analysées individuellement que pour le résultat total, les petits écarts identifiés entre les deux sous-groupes, sont attribuables uniquement au hasard.

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Lorsqu'un usager obtient au Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool un résultat total équivalent à un niveau de dépendance élevé ou un degré de dépendance faible, il n'est pas nécessaire de lui poser les questions évaluant les conséquences de la consommation d'alcool sur sa vie, quoique fortement suggérée aux cliniciens.

Le groupe ayant répondu à l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (Tremblay, Rouillard & Sirois, 2000) est constitué de 38 personnes non évaluées et 112 évaluées, pour un total de 151 personnes. Rappelons que 227 personnes ont répondu au Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (tableau 20).

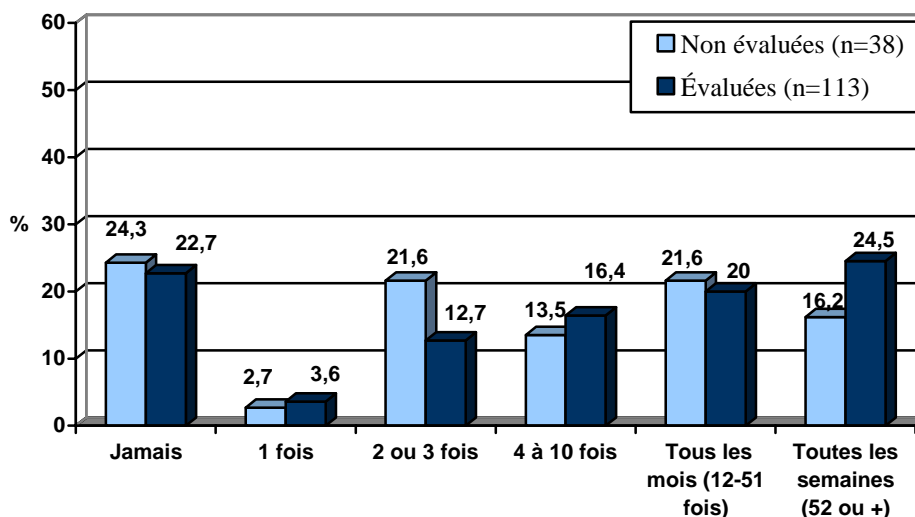
Tableau 20. Proportion de personnes ayant répondu à l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-Alcool

	Non évaluées ($n = 48$)	Évaluées ($n = 183$)	Nombre total ($n = 231$)
Nombre de personnes ayant répondu au QBDA	47	180	227
Nombre de personnes ayant complété l'ÉCCA	38	113	151

Contrairement au Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA), l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) ne s'interprète pas en additionnant le résultat de chacune des questions dans le but d'obtenir un score total. En effet, les symptômes associés à chacune des questions doivent être récurrents au cours des 12 derniers mois pour qu'une situation clinique soit similaire à l'abus, tel qu'énoncé à partir des critères de l'abus du DSM-IV.

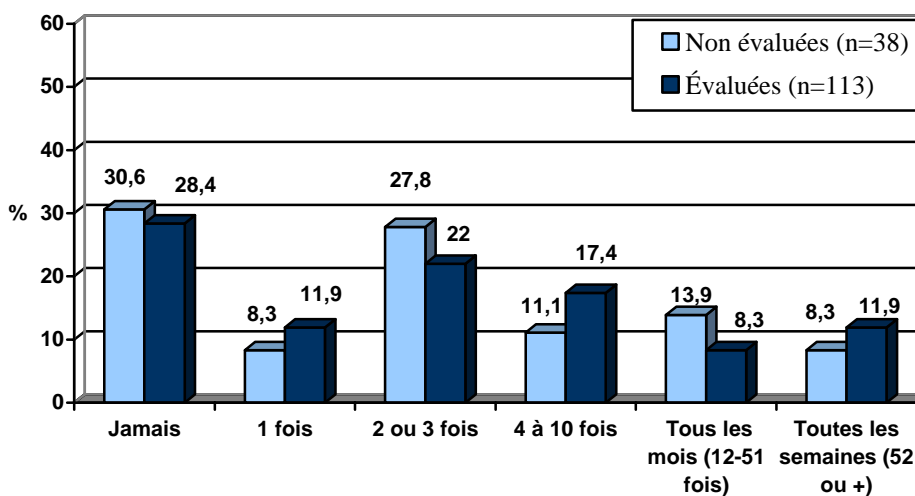
En ce qui a trait à la consommation d'alcool qui a nui au rendement au travail, à l'école ou dans les tâches ménagères, le DÉBA-A estime qu'il y a abus à partir du moment où cette situation se produit tous les mois et plus. Il est possible d'observer à la figure suivante que 38 % des personnes non évaluées et 45 % de celles évaluées sont dans cette situation.

Figure 26. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a nui au rendement au travail, à l'école ou dans les tâches ménagères ($n = 151$)



À nouveau, la consommation d'alcool doit avoir généré des conflits avec des amis ou des proches au moins tous les mois pour considérer qu'il y a un potentiel d'abus clinique. Dans l'ensemble, environ une personne sur cinq est dans cette situation pour cet item.

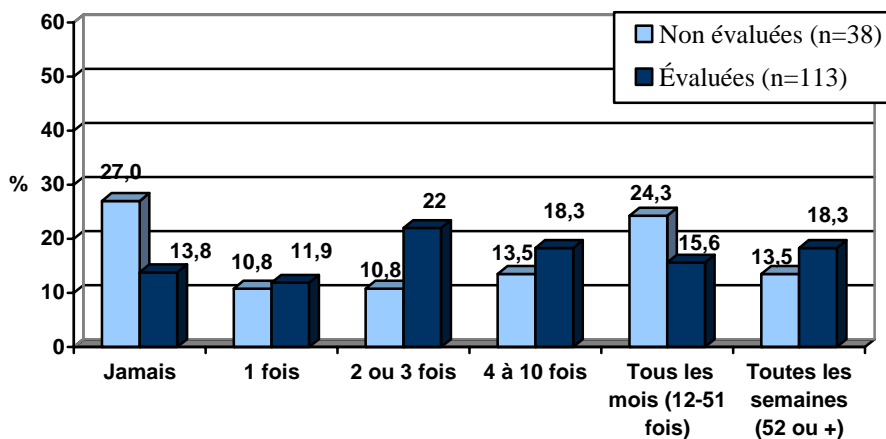
Figure 27. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a nui aux amitiés ou aux relations proches ($n = 151$)



Lorsque la consommation d'alcool a nui au mariage, aux relations amoureuses ou familiales une fois par mois ou plus au cours de la dernière année, les normes du DÉBA-A considèrent qu'il y a récurrence. La figure suivante permet de constater qu'un peu plus du tiers des deux sous-groupes sont dans cette situation. Les personnes non évaluées rapportent davantage de conflits interpersonnels entre 12 et 51 fois au cours de la dernière

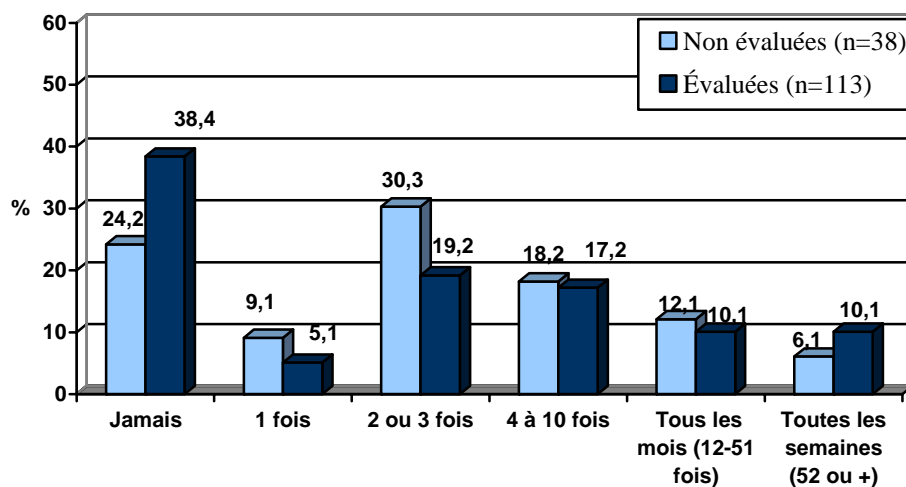
année (24 % vs 16 %) alors que les personnes évaluées sont légèrement plus nombreuses à le rapporter 52 fois et plus (18 % vs 14 %).

Figure 28. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a nui à au mariage, aux relations amoureuses ou familiales ($n = 151$)



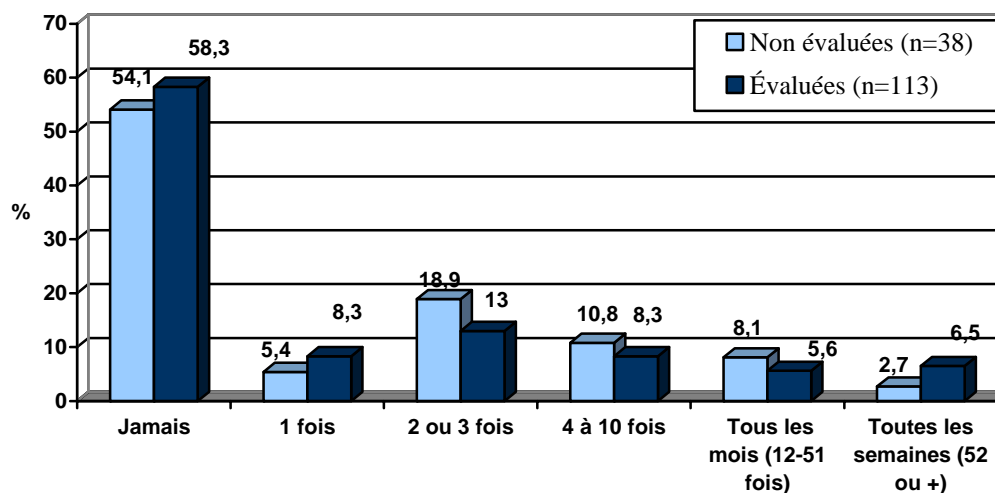
Pour ce qui est de l'absentéisme au travail ou à l'école causé par la consommation d'alcool, une personne est dans une situation probable d'abus au sens clinique lorsque cette situation lui est arrivée plus de quatre fois au cours de la dernière année. La figure 29 illustre que les proportions de personnes non évaluées (36 %) et évaluées (37 %) ayant manqué des jours de travail ou d'école à cette fréquence au cours des 12 derniers mois sont semblables.

Figure 29. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a entraîné des absences au travail ou à l'école ($n = 151$)



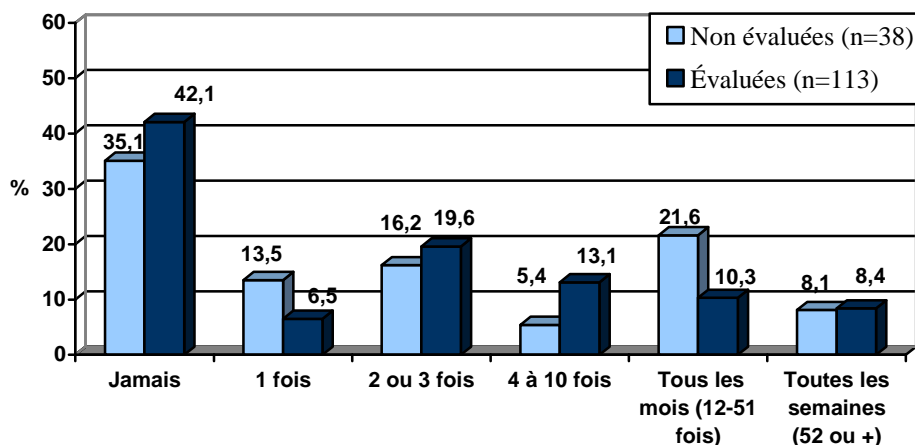
Consommer de l'alcool en grande quantité dans un contexte où le fait de boire augmente les risques de se blesser, par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des côuteurs, faire de l'escalade, se baigner, etc. plus de trois fois au cours d'une année, pourrait être associé à une situation clinique d'abus liée à la consommation. La figure 30 démontre qu'une personne sur cinq a reproduit ce comportement plus de quatre fois au cours des 12 derniers mois, et ce, tant pour les personnes non évaluées qu'évaluées.

Figure 30. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a augmenté les risques de se blesser ($n = 151$)



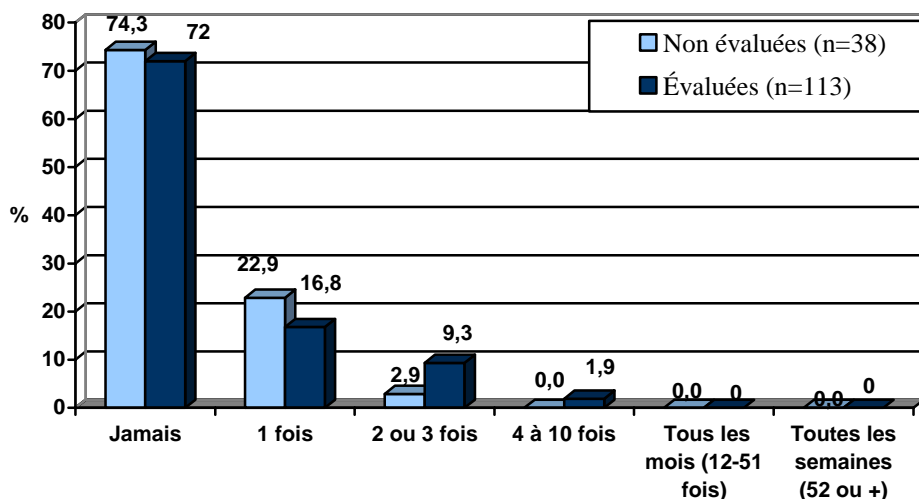
Selon les normes du DÉBA-A, un individu qui a conduit plus de trois fois, au cours de la dernière année, un véhicule à moteur alors qu'il avait pris de l'alcool à un pourcentage dépassant la limite permise pour conduire, est considéré dans une situation clinique probable d'abus. Dans cet échantillon, on observe que 35 % des personnes non évaluées et 32 % de celles l'ayant été ont reproduit ce comportement au cours des 12 derniers mois. Notons que 35 % des individus évalués et 42 % des non évalués disent ne jamais l'avoir fait.

Figure 31. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont conduit un véhicule à moteur sous l'effet de l'alcool dépassant la limite permise pour conduire ($n = 151$)



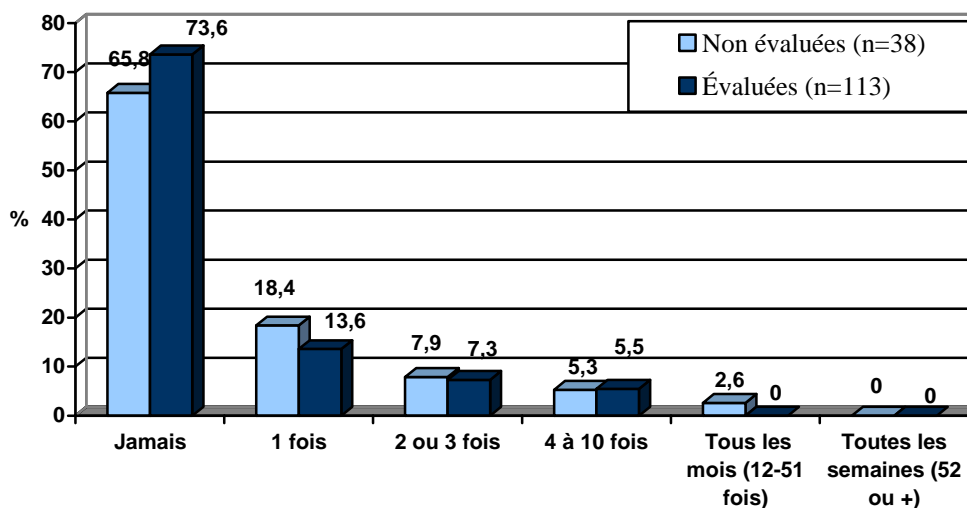
Deux arrestations et plus pour avoir conduit un véhicule avec les facultés affaiblies par l'alcool au cours de la dernière année font ressortir une situation probable d'abus clinique. Peu de personnes rapportent l'avoir vécu au cours des 12 derniers mois (figure 32) si l'on compare au nombre de personnes affirmant avoir conduit avec des facultés affaiblies (figure 31). On remarque toutefois que les personnes évaluées (11 %) rapportent légèrement plus de situations d'abus probable pour cet item que celles ne l'ayant pas été (3 %).

Figure 32. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont été arrêtées pour avoir conduit un véhicule avec des facultés affaiblies par l'alcool ($n = 151$)



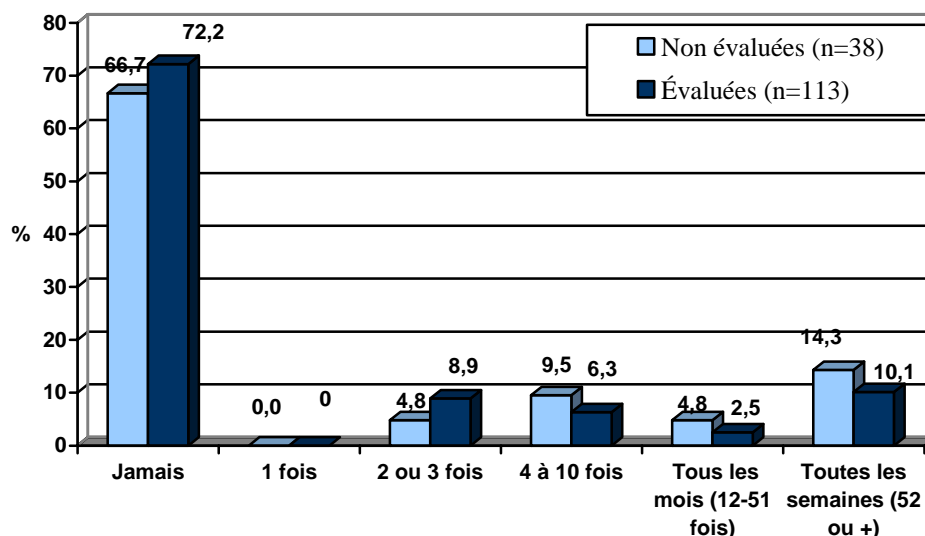
Lorsqu'un individu se fait arrêté ou encore est retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix plus d'une fois au cours de la dernière année, les normes du DÉBA-A indiquent que la personne est dans une position d'abus clinique probable. On observe à la figure 33 que 16 % des non évalués et 13 % des individus évalués sont dans cette situation.

Figure 33. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont été arrêtées ou retenues au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'influence de l'alcool (n = 151)



Les critères du DÉBA-A indiquent qu'une personne dont la consommation d'alcool a diminué la capacité de prendre soin de ses enfants deux fois et plus au cours de la dernière année démontre un contexte clinique probable d'abus. Il est possible d'observer à la figure 34 que 33 % des personnes non évaluées et 28 % de celles l'ayant été ont négligées leurs enfants à plus d'une reprise en raison de leur consommation d'alcool.

Figure 34. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation d'alcool a diminué leur capacité à prendre soin de leurs enfants (n = 151)



Dans le but de comparer statistiquement les résultats de l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) entre les personnes évaluées au CRUV à la suite de leur demande de service et celles ne s'étant pas rendues à l'évaluation spécialisée (non évaluées), le résultat total pour chaque individu a été additionné. Il est important de prendre en considération, que le calcul du résultat total permet seulement de comparer statistiquement les moyennes entre elles et n'a aucune valeur sur le plan clinique. La comparaison des scores de l'ÉCCA à l'aide d'un test-*t* pour échantillons indépendants $t(149) = -0.032$, $p = 0.97$ confirme qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux sous-groupes. Les petits écarts observés entre les personnes évaluées et celles ne l'ayant pas été à chacune des questions de l'ÉCCA prises individuellement, sont attribuables uniquement au hasard.

DÉBA-DROGUES

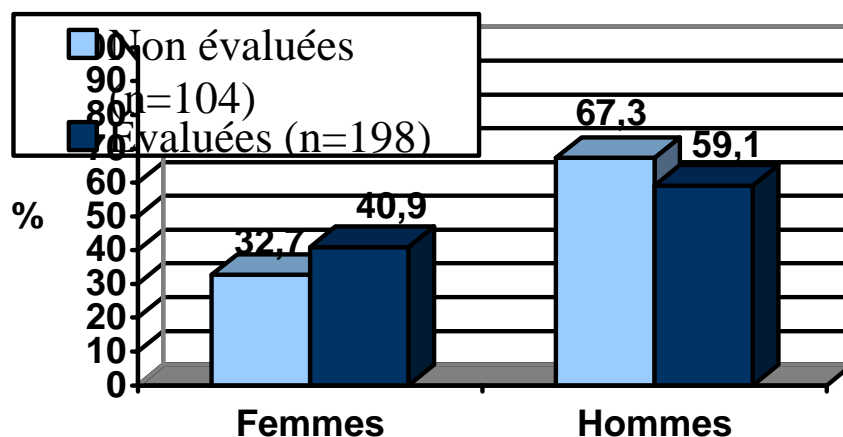
Entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007 un total de 302 personnes a fait l'objet d'une référence au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve à l'aide du DÉBA-Drogues. Le tableau 21 démontre que parmi ces références, 198 (66 %) personnes ont été évaluées (évaluées) au CRUV et 104 (34 %) personnes ne se sont pas rendues à l'évaluation spécialisée au PRÉS (non évaluées).

Tableau 21. Proportion de personnes référées au CRUV à l'aide d'un DÉBA-Drogues selon qu'elles aient été évaluées ou non au PRÉS

	DÉBA-Alcool (n = 302)
Non évaluées	34 % (n = 104)
Évaluées	66 % (n = 198)

La comparaison des personnes non évaluées à celles l'ayant été en fonction du sexe, indique que les femmes semblent proportionnellement légèrement plus nombreuses à s'être présentées à l'évaluation que les hommes. Toutefois, les résultats statistiques démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux sous-groupes. En effet, tout comme pour les références faites à l'aide du DÉBA-A, le test du khi carré ne révèle aucune différence significative, $X^2(1, n = 302) = 1.952, p = 0.162$ entre le sexe et le fait de s'être présenté ou non à l'évaluation spécialisée au CRUV à la suite de la demande de service accompagnée d'un DÉBA-D.

Figure 35. Répartition des usagers non évalués et évalués au DÉBA-Drogues selon le sexe (N = 302)



La moyenne d'âge des individus ayant été référés au CRUV l'aide du DÉBA-D au cours de l'année financière 2006-2007 est de 31 ans. On remarque que les usagers ayant fait une demande pour leur consommation de drogues (31 ans) sont plus jeunes que les personnes pour qui la problématique majeure est la consommation d'alcool (41 ans). Par ailleurs, la comparaison des moyennes d'âge des personnes évaluées et non évaluées est semblable.

Tableau 22. Proportion des usagers selon l'âge

	DÉBA-D (n = 302)
Non évaluées	28,8 ans
Évaluées	32,4 ans

Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois

Cette première partie du DÉBA-A évalue la fréquence de consommation des différentes substances psychoactives au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation et permet d'identifier si la personne a une consommation à risque pour chacune des SPA consommées.

Il est possible d'observer au tableau 23 que 13 % des personnes non évaluées et 22 % de celles évaluées ont déjà consommé au moins une fois des médicaments sédatifs au cours de la dernière année. Notons qu'une personne doit prendre des médicaments sédatifs à une fréquence d'une fois par semaine et plus pour que l'évaluateur vérifie le potentiel d'une consommation à risque de ce produit. Dans cet échantillon, 9 % des individus non évalués et 17 % de ceux évalués sont dans cette situation. Les trois questions à poser afin de vérifier si la personne a une consommation à risque de médicaments sédatifs sont :

1. Est-ce que la personne dépasse la posologie?
2. Est-ce que la prescription est de plus d'un médecin?
3. Est-ce que le médicament est non prescrit?

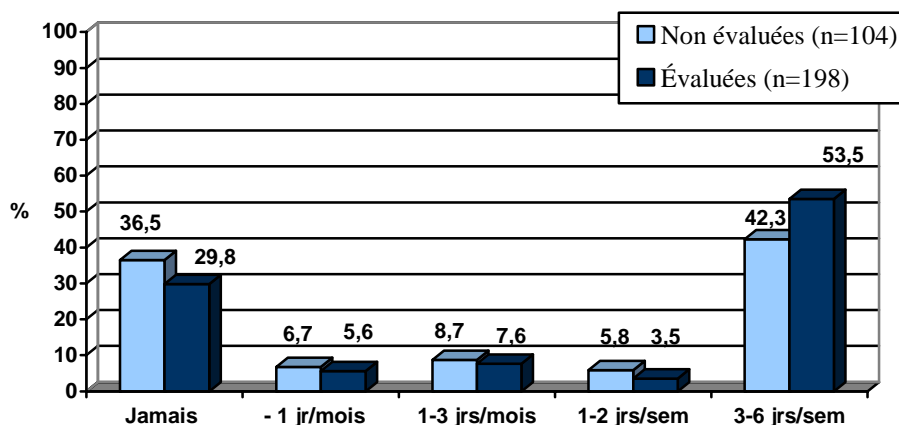
Lorsque la personne répond positivement à au moins une de ces trois questions les normes du DÉBA-D indiquent qu'elle a une consommation à risque. Les résultats révèlent que 4 % des individus non évalués et 10 % de ceux évalués ont eu une consommation à risque de médicaments sédatifs au cours de la dernière année.

Tableau 23. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur consommation de médicaments sédatifs au cours des 12 derniers mois (n = 302)

	Proportion ayant consommé	Proportion ayant consommé une fois / semaine et plus	Dépasse la posologie	Prescrit pas plus d'un médecin	Non prescrit	Proportion ayant une consommation à risque
Non évaluées (n = 104)	12,5 %	8,6 %	1,9 %	1 %	2,9 %	3,8 %
Évaluées (n = 198)	21,7 %	16,6 %	7,1 %	0,5 %	5,1 %	9,6 %

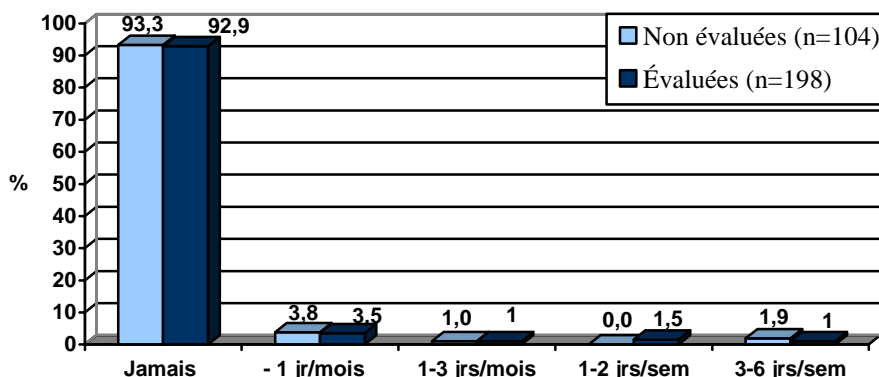
En ce qui a trait à la consommation de cannabis, on observe que 64 % des personnes non évaluées et 70 % de celles évaluées en ont consommé au moins une fois au cours de la dernière année précédant l'évaluation au DÉBA-D. Une consommation à risque de cannabis, selon les normes du DÉBA-D, correspond à une fois et plus par semaine. La figure 36 démontre que 48 % des personnes non évaluées et 57 % de celles évaluées sont dans cette situation.

Figure 36. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois (n = 302)



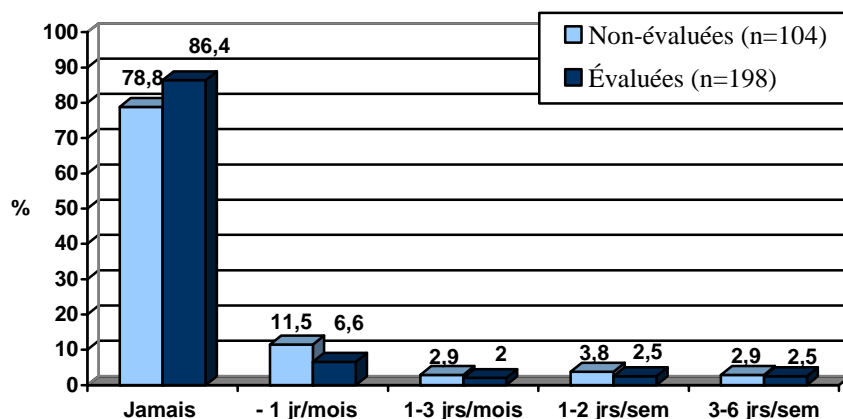
Moins de 10 % de l'ensemble de l'échantillon rapporte avoir consommé du PCP (incluant de la Kétamine) au cours de la dernière année (figure 37). Les normes du DÉBA-D indiquent que la consommation doit être survenue une fois par mois et plus pour qu'elle soit considérée à risque ou encore, il faut que la personne ait utilisé l'injection comme mode d'administration (peu importe la fréquence de consommation). Il est à noter qu'une seule personne de cet échantillon affirme s'être injectée du PCP au cours de la dernière année. Les résultats révèlent que 3 % des personnes non évaluées et 4 % de celles évaluées ont une consommation à risque de ce produit.

Figure 37. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation de PCP au cours des 12 derniers mois (n = 302)



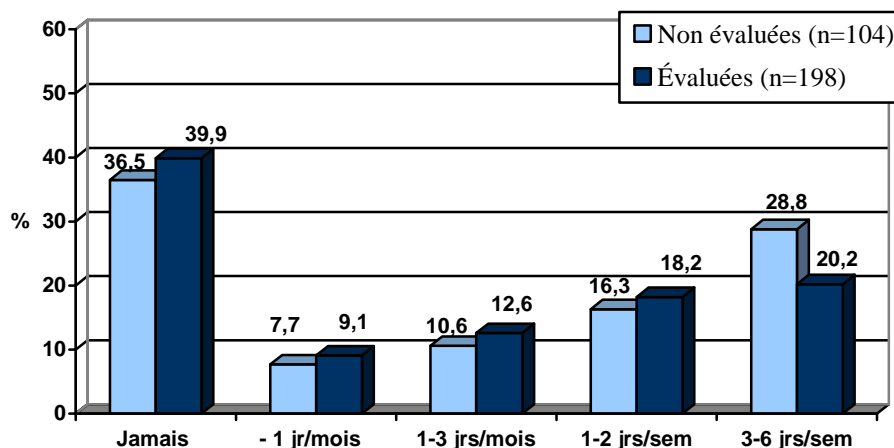
Dans l'ensemble, 21 % des personnes non évaluées et 14 % de celles évaluées indiquent avoir consommé au moins à une reprise des hallucinogènes au cours de la dernière année. Selon le DÉBA-D, la consommation d'hallucinogènes est considérée à risque à partir du moment où la personne prend de ce produit fois et plus par mois. À la figure 38, on remarque que 10 % des personnes non évaluées et 7 % de celles l'ayant été ont une consommation à risque d'hallucinogènes.

Figure 38. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'hallucinogènes au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)



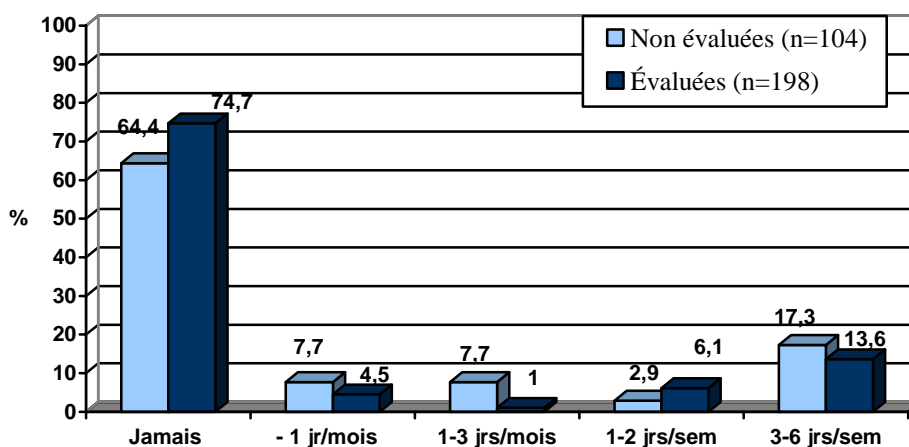
À la figure 39, il est possible de constater qu'environ les deux tiers de l'ensemble de l'échantillon disent avoir consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la dernière année. Les critères d'une consommation à risque de cocaïne établis dans le DÉBA-D indiquent que la personne doit en prendre une fois et plus par mois. On remarque que 56 % des personnes non évaluées et 51 % de celles l'ayant été sont dans cette situation. De plus, le fait de s'être injecté ce produit représente également un critère de consommation à risque, et ce, même si la personne en a consommé moins d'une fois par mois. Les résultats démontrent que 8 % des personnes non évaluées et 6 % de celles évaluées ont eu recours à l'injection comme mode d'administration de la cocaïne au cours de la dernière année. Ainsi, en prenant en considération la fréquence de consommation et l'injection, 57 % du groupe non évalué et 52 % de celui évalué ont une consommation de cocaïne à risque.

Figure 39. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation de cocaïne au cours des 12 derniers mois (n = 302)



La comparaison de la consommation des autres stimulants (ex. : amphétamines) entre les deux sous-groupes permet de constater qu'un peu plus du tiers des personnes non évaluées en ont consommé au moins une fois au cours de la dernière année comparativement au quart de celles évaluées. Le DÉBA-D considère qu'une personne a une consommation à risque de ce produit lorsqu'elle en prend une fois et plus par mois. À la figure 40, on observe que 28 % des personnes non évaluées et 21 % de celles l'ayant été ont une consommation à risque de substances comprises dans les autres stimulants.

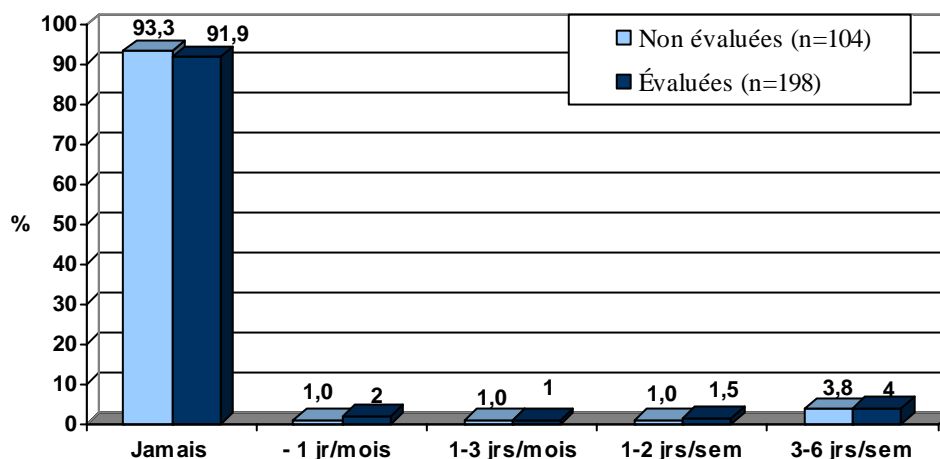
Figure 40. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'autres stimulants au cours des 12 derniers mois (n = 302)



Environ 10 % de l'échantillon rapporte avoir consommé des opiacés au cours de la dernière année. De cette proportion, 6 % des personnes non évaluées et 7 % de celles évaluées ont eu une consommation d'une fois et plus par mois, ce qui constitue une consommation à risque selon les normes du DÉBA-D. De plus, en ce qui a trait aux substances opiacées, le fait d'avoir eu recours à l'injection comme mode d'administration

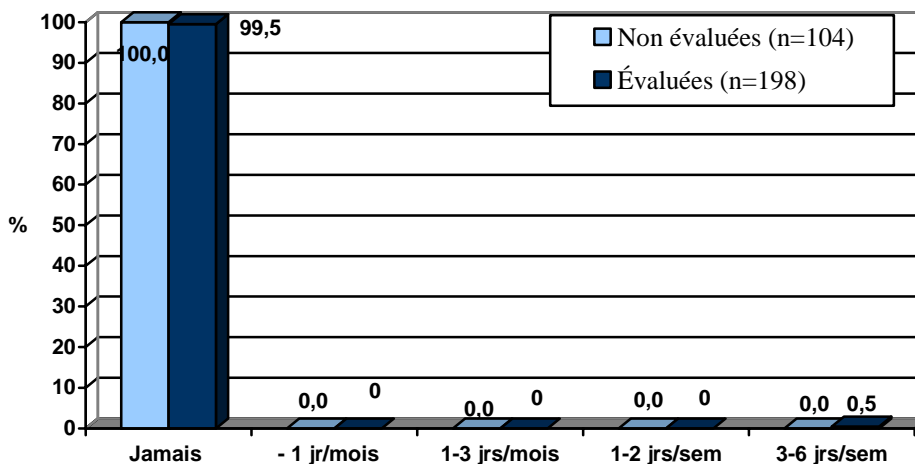
représente également un risque. Les résultats illustrent que 8 % des personnes non évaluées et 1 % de celles évaluées se sont injectées des opiacés au cours de la dernière année. Finalement, en considérant les deux critères de consommation à risque, 6 % du groupe non évalué et 7 % de celui évalué ont une consommation à risque d'opiacés.

Figure 41. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'opiacés au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)



La consommation d'inhalants est rare chez les personnes ayant fait une demande de service au CRUV au cours de cette période, et ce, pour les deux sous-groupes.

Figure 42. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur fréquence de consommation d'inhalants au cours des 12 derniers mois ($n = 302$)



Au tableau 24, il est possible de constater que parmi l'ensemble des personnes ayant fait une demande de service au CRUV accompagnée du DÉBA-D, 98 % des deux sous-groupes ont eu une consommation à risque de drogues (incluant les médicaments sédatifs), et ce, à une ou plusieurs substances.

Tableau 24. Comparaison de la proportion de personnes ayant une consommation de drogues, peu importe le produit, entre les personnes non évaluées et celles évaluées au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-Drogues ($n = 302$)

Au cours des 12 derniers mois...	Non évaluées ($n = 104$)	Évaluées ($n = 198$)
Consommation à faible risque	2 %	2 %
Consommation à risque	98 % ($n = 102$)	98 % ($n = 194$)

Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD)

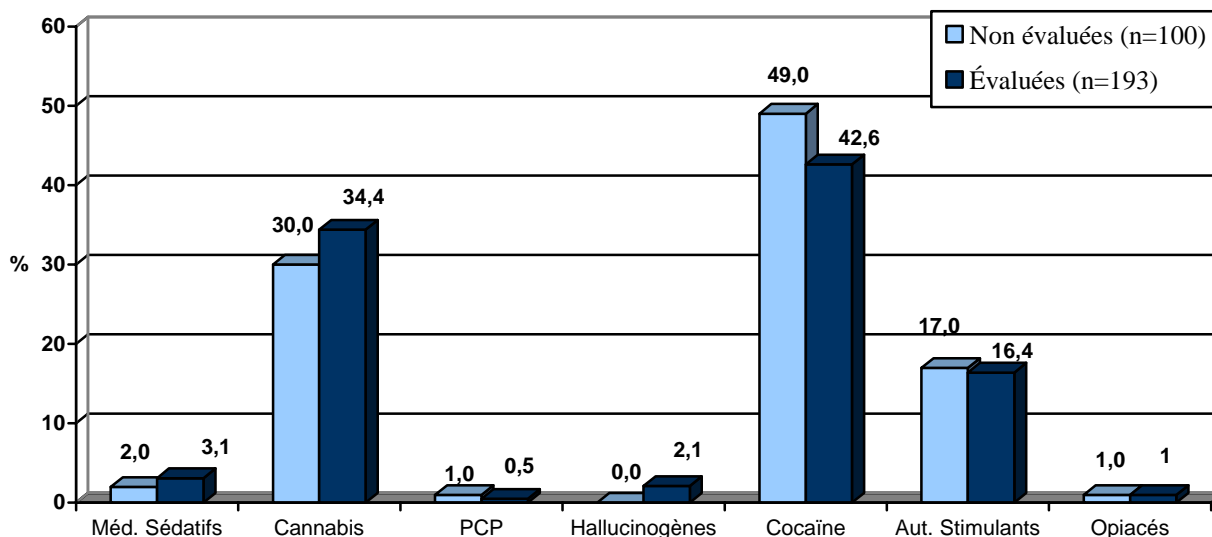
L'Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD) regroupe cinq questions portant sur la consommation de drogues au cours de la dernière année qui, interprétées ensemble, permettent de déterminer le degré de dépendance clinique de la personne envers sa consommation de la drogue lui causant le plus de problèmes. Tout comme pour le Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool les items sont présentés d'abord individuellement suivis du résultat global.

Pour compléter l'Échelle de sévérité de la dépendance, l'évaluateur demande à la personne de choisir une des substances qu'elle a mentionné avoir consommée au cours de la dernière année lui ayant causé le plus de problèmes. Il est possible que la personne ne choisisse pas nécessairement la substance qu'elle consomme en plus grande quantité ou le plus fréquemment, mais celle qui l'amène à ressentir le plus de problèmes dans les différentes sphères de sa vie.

Il est important de préciser que parmi les 296 personnes identifiées comme ayant une consommation à risque de drogues (102 non évaluées et 194 évaluées), deux personnes non évaluées et une évaluée n'ont pas répondu aux questions de l'ÉSD.

À la figure 43, il est possible d'observer les substances identifiées par les usagers comme étant problématiques dans leur vie. Les trois substances rapportées causant le plus de problèmes sont dans l'ordre la cocaïne, le cannabis et les autres stimulants. Légèrement plus de personnes non évaluées ont identifié la cocaïne (49 % vs 43 %) et avec une différence encore plus minime un peu plus de personnes évaluées disent que le cannabis (34 % vs 30 %) est la substance causant le plus de problèmes.

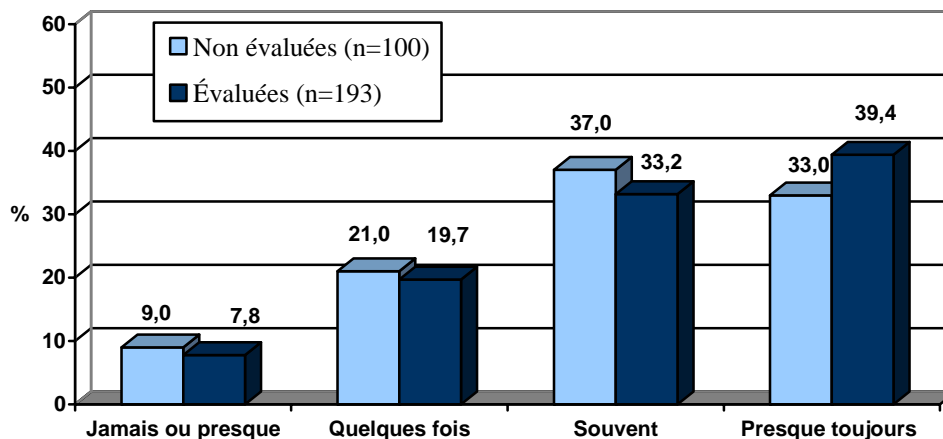
Figure 43. Répartition des usagers non évalués et évalués selon la drogue la plus consommée ou celle causant problème depuis 1 an ($n = 293$)



Les questions de l'Échelle de sévérité de la dépendance sont posées à la personne pour la substance retenue. Puisque les substances sont différentes selon les individus, le terme drogue identifiée comme étant problématique est utilisé dans la présentation des résultats.

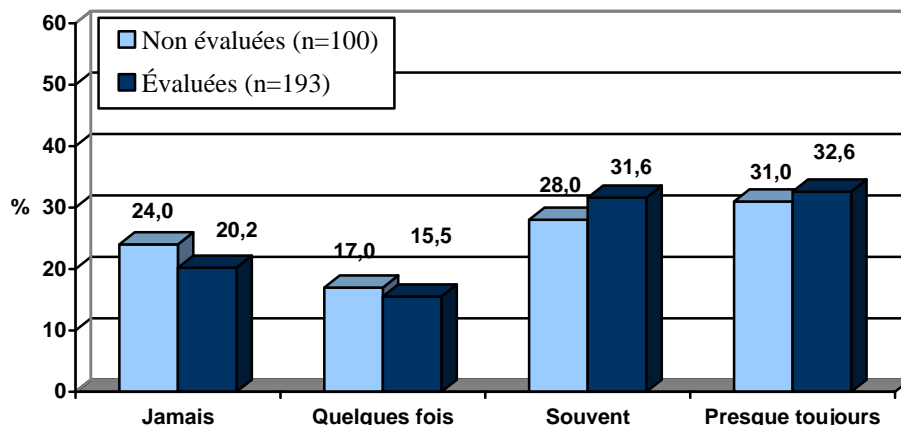
À la figure 44, il est possible d'observer que les deux sous-groupes sont semblables en ce concerne leur perception d'avoir perdu le contrôle de leur consommation de la drogue identifiée comme étant problématique au cours de la dernière année. Environ 70 % de l'échantillon pense l'avoir perdu souvent ou presque toujours.

Figure 44. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont pensé avoir perdu le contrôle de leur consommation de drogue identifiée comme étant problématique ($n = 293$)



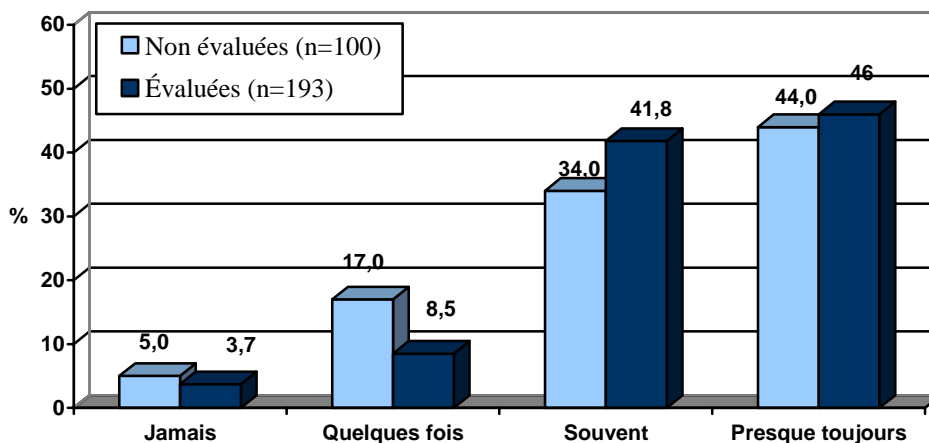
L'idée de ne pas consommer la substance identifiée problématique a rendu inquiets ou anxieux 59 % des personnes non évaluées et 64 % de celles évaluées souvent ou presque toujours depuis un an.

Figure 45. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où l'idée de ne pas consommer du tout la drogue identifiée comme étant problématique les a rendues inquiètes ou anxieuses ($n = 293$)



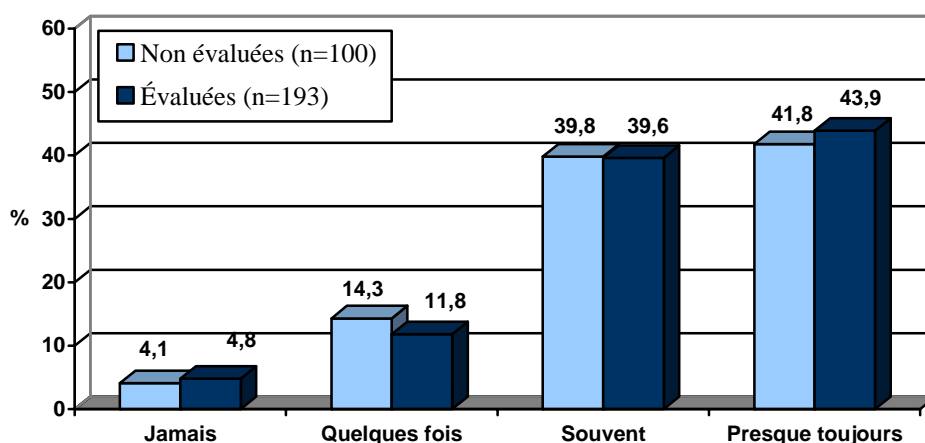
Les résultats indiquent que 78 % des personnes non évaluées et 88 % de celles l'ayant été disent avoir été préoccupées souvent ou presque toujours par leur consommation de la drogue identifiée comme étant problématique au cours de la dernière année.

Figure 46. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où leur consommation de drogue identifiée comme étant problématique les a préoccupées ($n = 293$)



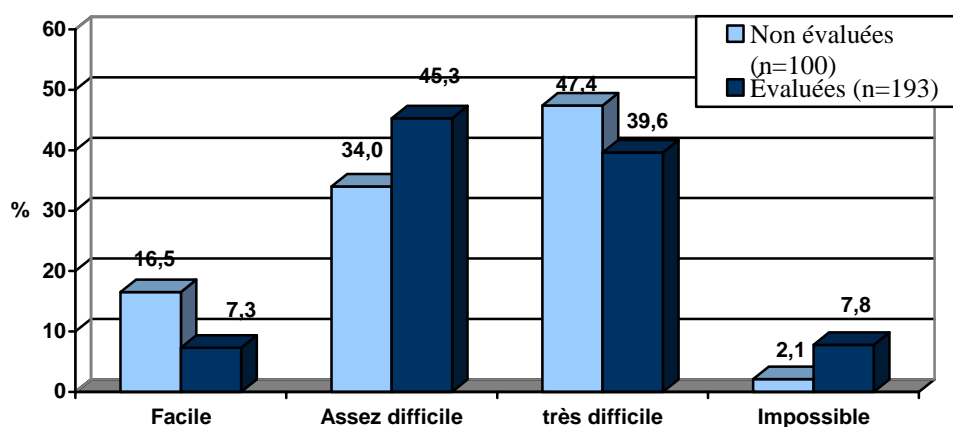
Environ quatre personnes sur cinq provenant des deux sous-groupes mentionnent avoir souhaité être capables d'arrêter de consommer la drogue identifiée comme étant problématique souvent ou presque toujours au cours de la dernière année.

Figure 47. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont souhaité être capables d'arrêter de consommer la drogue identifiée comme étant problématique ($n = 293$)



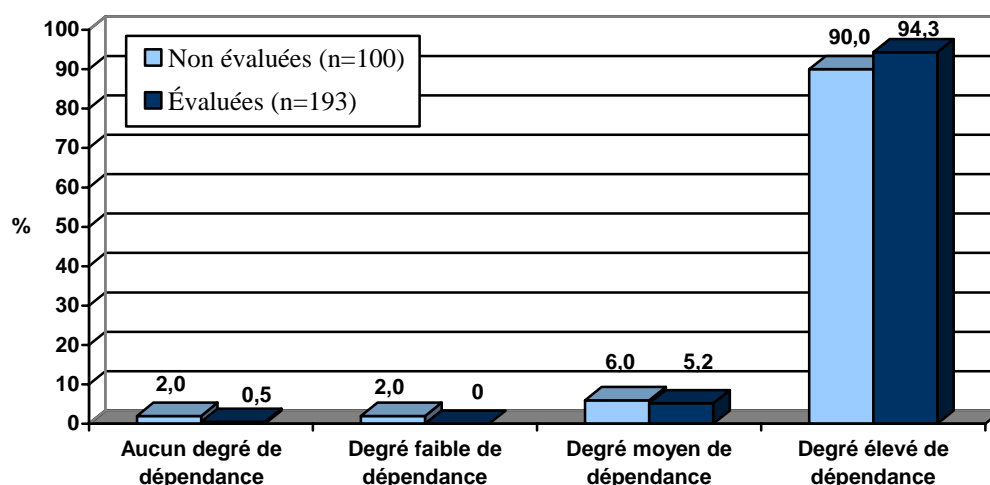
Il semble y avoir une légère différence entre les deux sous-groupes en ce qui a trait au degré de difficulté perçue lorsqu'ils envisagent d'arrêter de consommer ou de vivre sans leur drogue identifiée comme étant problématique. En effet, 34 % des personnes non évaluées comparativement à 45 % de celles évaluées disent que ce serait assez difficile, 47 % des non évaluées et 40 % des évaluées très difficiles et pour 8 % du groupe non évalué et 2 % de celui évalué impossible.

Figure 48. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon leur perception quant au degré de difficulté à arrêter de consommer ou de vivre sans la drogue identifiée comme étant problématique, et ce, pour les 12 derniers mois ($n = 293$)



La comparaison du degré de dépendance à la drogue identifiée comme problématique révèle qu'il n'y a pas réellement de différence entre les deux sous-groupes. En effet, 90 % des personnes non évaluées et 94 % de celles évaluées ont un degré élevé de dépendance.

Figure 49. Comparaison des scores totaux à l'Échelle de Sévérité de la Dépendance au (ÉSD) entre les personnes non évaluées et évaluées ($n = 293$)



La comparaison statistique des moyennes des scores totaux à L'Échelle de sévérité de la dépendance des deux sous-groupes à l'aide d'un test- t pour échantillons indépendants $t(291) = -1,280$, $p = 0,20$ confirme qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les personnes évaluées au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve à la suite de leur demande de service à l'aide du DÉBA-Drogues et celles ne s'étant par rendues à l'évaluation spécialisée. Les petits écarts observés entre les deux sous-groupes, pour chacune des questions, sont donc attribuables uniquement au hasard.

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

L'échelle des conséquences de la consommation de drogues est identique à celle utilisée pour l'alcool (ÉCCA) sauf que le mot « drogues » remplace le mot « alcool » dans chacune des questions. De plus, l'ÉCCD évalue les conséquences de la consommation de toutes les drogues consommées par la personne et non seulement de celles associées à la drogue identifiée comme étant problématique, tel qu'évalué à l'Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD).

Tout comme pour le DÉBA-Alcool, lorsqu'un usager obtient un résultat total équivalent à un degré de dépendance élevé ou faible à l'Échelle de sévérité de la dépendance, il n'est pas nécessaire de lui poser les questions évaluant les conséquences de sa consommation de drogues sur sa vie, quoiqu'également fortement suggérée aux cliniciens. Le nombre total d'individus ayant répondu à l'Échelle des conséquences de la consommation de drogues (Tremblay, Rouillard & Sirois, 2000) est de 62 personnes non évaluées et

102 évaluées, soit 164 personnes, et ce, sur un total de 293 qui ont répondu à l'échelle de sévérité de la dépendance (tableau 25).

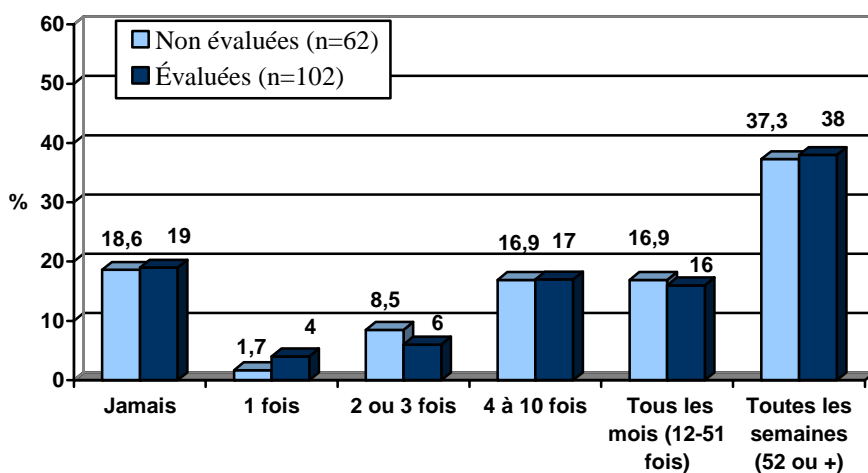
Tableau 25. Proportion de personnes ayant répondu à l'Échelle des conséquences de la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation à l'aide du DÉBA-Alcool

	Non évaluées (n = 104)	Évaluées (n = 198)	Nombre total (n = 302)
Nombre de personnes ayant répondu à l'ÉSD	100	193	293
Nombre de personnes ayant complété l'ÉCCD	62	102	164

Puisque l'Échelle des conséquences de la consommation de drogues est la même que celle pour l'alcool, elle s'interprète également de la même façon, soit chacun des symptômes associés aux questions doit être récurrents au cours des 12 derniers mois pour être associés à une situation clinique similaire à l'abus, tel que l'indique le DSM-IV. D'ailleurs, les seuils identifiés à risque dans l'ÉCCA pour chacune des questions demeurent les mêmes dans l'ÉCCD.

On observe, que plus d'une personne sur deux de l'échantillon sont dans une situation d'abus clinique en ce qui concerne une diminution de rendement au travail, à l'école ou dans les tâches ménagères liées à la consommation de drogues, une fois par mois et plus au cours de la dernière année.

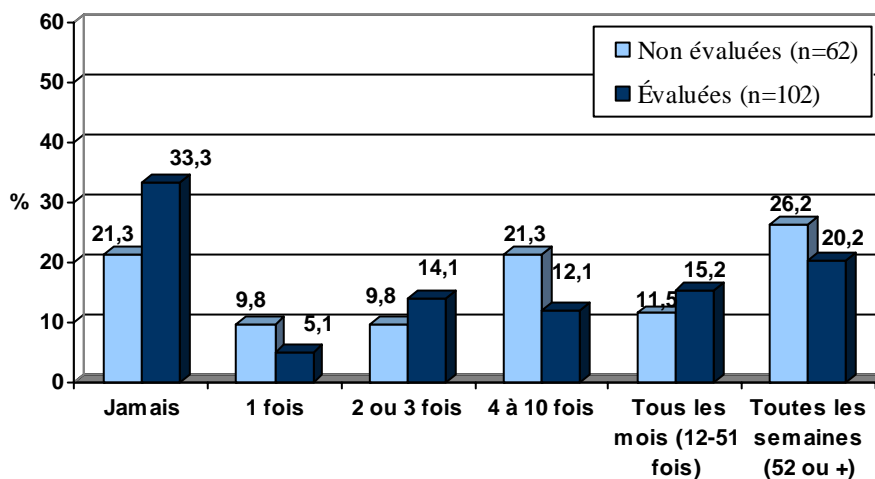
Figure 50. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a nui au rendement au travail, à l'école ou dans les tâches ménagères (n = 164)



Les résultats démontrent que plus du tiers des deux sous-groupes présentent une situation clinique d'abus en ce qui a trait aux difficultés causées par la consommation de drogues

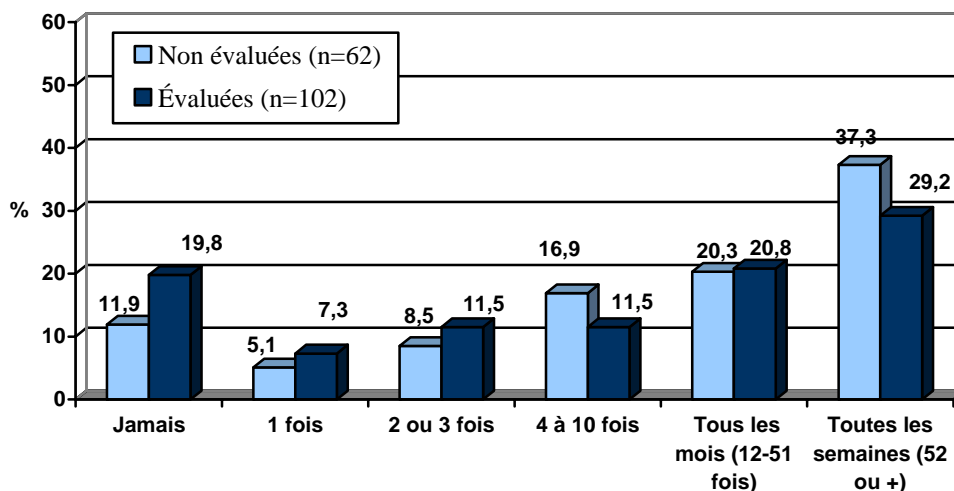
sur le plan des relations interpersonnelles (amis, proches, etc.) à une fréquence mensuelle et plus.

Figure 51. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a nui aux amitiés ou aux relations proches ($n = 164$)



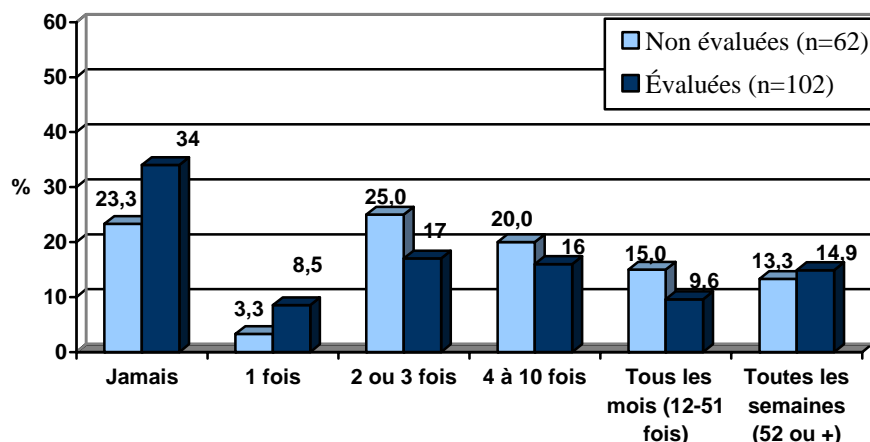
À la figure 52, il est possible de constater que 58 % des personnes non évaluées et 50 % de celles l'ayant été rapportent une situation clinique d'abus liée à la consommation de drogues sur le plan des relations amoureuses et familiales, puisque leur consommation a eu un impact négatif dans cette sphère de leur vie tous les mois et plus depuis un an.

Figure 52. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a nui à au mariage, aux relations amoureuses ou familiales ($n = 164$)



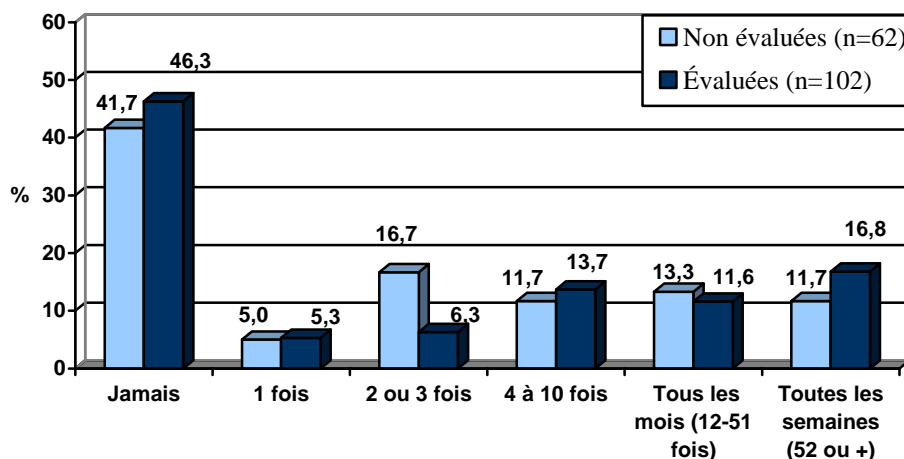
Les analyses indiquent que 48 % des personnes évaluées et 40 % de celles ne l'ayant pas été ont une situation d'abus clinique selon les normes du DÉBA-D en ce qui concerne l'absentéisme au travail ou à l'école causé par la consommation de drogues, puisque cette situation s'est produite plus de trois fois au cours de la dernière année.

Figure 53. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a entraîné des absences au travail ou à l'école ($n = 164$)



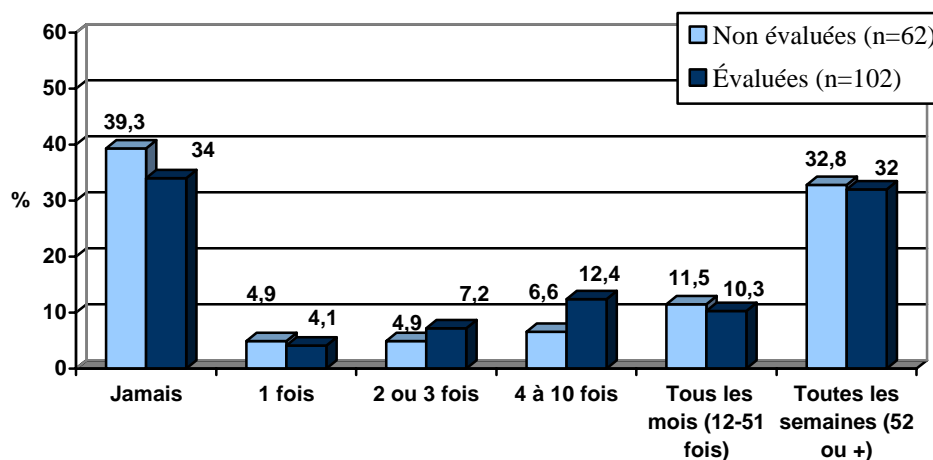
Lorsqu'une personne a pris de la drogue dans un contexte où cette consommation augmente les risques de se blesser plus de trois fois au cours de la dernière année, les normes du DÉBA-D indiquent une situation clinique d'abus probable. La figure 54 démontre que 37 % des personnes non évaluées et 42 % de celles l'ayant été ont reproduit ce comportement au moins à cette fréquence au cours des 12 derniers mois.

Figure 54. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a augmenté les risques de se blesser ($n = 164$)



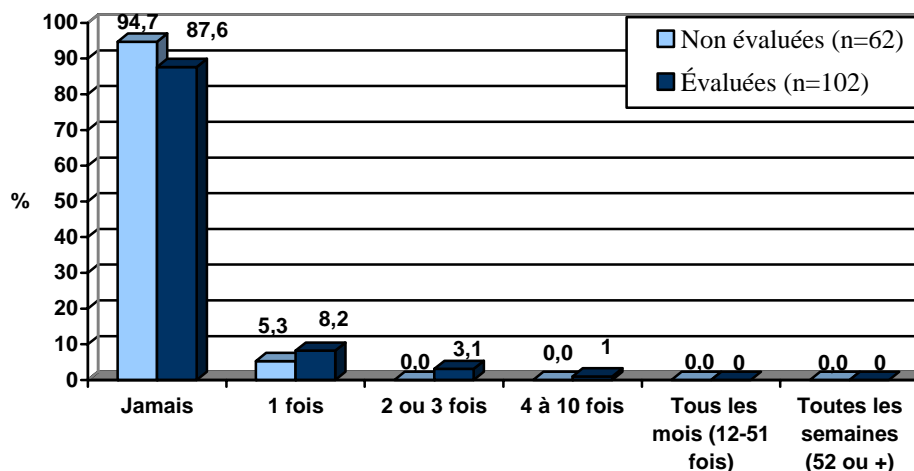
Plus d'une personne sur deux révèle une situation clinique probable d'abus en ayant conduit quatre fois et plus au cours de la dernière année un véhicule à moteur sous l'influence de la drogue.

Figure 55. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont conduit un véhicule à moteur sous l'effet de drogues ($n = 164$)



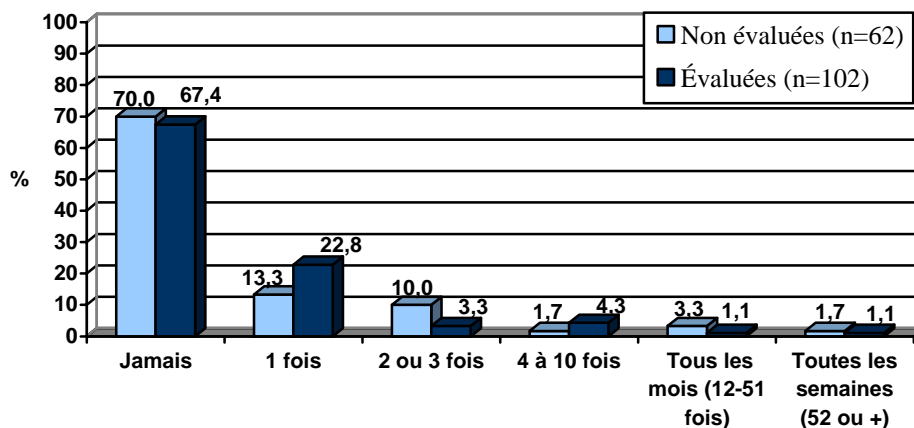
Toutefois, la proportion de personnes ayant été arrêtée pour avoir conduit sous l'influence d'une drogue est faible (figure 56) comparativement à celle rapportant avoir conduit sous l'influence d'une drogue (figure 55). De plus, 4 % des personnes évaluées ont été arrêtées plus d'une fois, ce qui est considéré comme une situation d'abus clinique selon les normes du DÉBA-D.

Figure 56. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont été arrêtées pour avoir conduit un véhicule avec des facultés affaiblies par la drogue ($n = 164$)



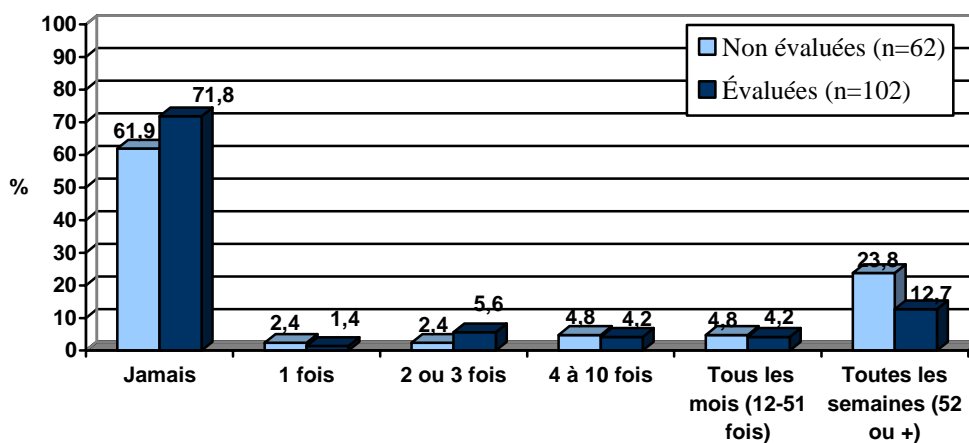
Des problèmes judiciaires récurrents, soit plus d'une fois au cours de la dernière année, liés à la consommation de drogues, indiquent selon le DÉBA-D une position d'abus clinique probable. On observe à la figure 57 que 17 % des personnes non évaluées et 10 % de celles l'ayant été sont dans cette situation.

Figure 57. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où elles ont eu des problèmes judiciaires liés à la consommation de drogues ($n = 164$)



Il est possible d'observer à la figure 58 que pour près du tiers des personnes non évaluées et plus du quart de celles l'ayant été, la consommation de drogues a contribué à diminuer leur capacité à prendre soin de leurs enfants à plus d'une reprise, ce qui permet de croire à un contexte clinique probable d'abus.

Figure 58. Comparaison des personnes non évaluées et évaluées selon la fréquence au cours des 12 derniers mois où la consommation de drogues a diminué leur capacité à prendre soin de leurs enfants ($n = 164$)



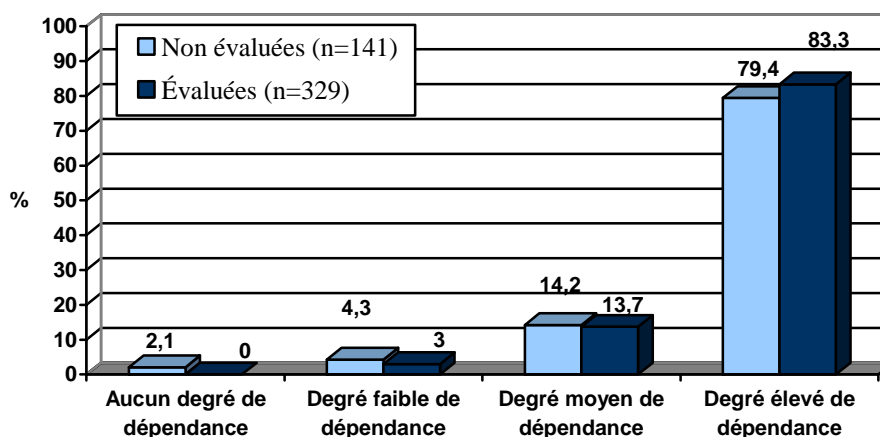
Afin de comparer statistiquement les résultats de l'Échelle des conséquences de la consommation de drogues tout comme nous l'avons fait pour l'ÉCCA entre les personnes évaluées au CRUV à la suite de leur demande de service et celles ne s'étant pas rendues à l'évaluation spécialisée, le résultat total pour chaque individu est additionné. Il est à nouveau important de considérer que le calcul du résultat global permet seulement de comparer statistiquement les moyennes et n'a aucune valeur sur le plan clinique. La comparaison des résultats de l'ÉCCD à l'aide d'un test-*t* pour échantillons indépendants $t(162) = 1.194, p = 0.23$ confirme qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux sous-groupes. Les petits écarts entre les personnes non évaluées et celles l'ayant été pour chacune des questions de l'ÉCCD prises individuellement, sont attribuables uniquement au hasard.

Résultats combinés du QBDA et de l'ÉSD

Après avoir comparé séparément le degré de dépendance à l'alcool (QBDA) et aux drogues (ÉSD) dans les sections précédentes et avoir constaté qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux sous-groupes, il apparaît pertinent de comparer à nouveau les moyennes en combinant le résultat global du Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA) et celui de l'Échelle de sévérité (ÉSD).

Lorsqu'un usager a été référé à l'aide du DÉBA-A et du DÉBA-D, dans le but de ne pas calculer en double le même usager dans ce score combiné, son résultat le plus élevé entre le QBDA et l'ÉSD est sélectionné pour ces analyses. Ainsi, en additionnant le score total du Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool à celui de l'Échelle de sévérité de la dépendance pour avoir un résultat total du degré de dépendance, peu importe la substance problématique, les résultats démontrent qu'environ 80 % des deux sous-groupes ont un degré élevé de dépendance et près de 15 % un degré moyen.

Figure 59. Comparaison du degré de dépendance global, tel qu'évalué au DÉBA-A/D (QBDA + ÉSD) entre les personnes non évaluées et évaluées (n = 470)



La comparaison statistique des moyennes du degré de dépendance combiné des deux sous-groupes à l'aide d'un test- t pour échantillons indépendants $t(468) = -1.058, p = 0.29$ démontre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les personnes évaluées au CRUV à la suite de leur demande de service et celles ne s'étant pas rendues à l'évaluation spécialisée offerte par le PRÉS. Ainsi, les petits écarts observés entre les deux sous-groupes, sont attribuables uniquement au hasard.

Résultats combinés des échelles de conséquence de la consommation alcool et drogues

Les mêmes analyses sont reproduites pour les échelles de conséquences de la consommation d'alcool (ÉCCA) et de drogues (ÉCCD) afin de vérifier s'il y a une différence entre les personnes non évaluées et celles ne l'ayant pas été une fois que les moyennes des deux échelles (alcool et drogues) sont combinées. Ici également, lorsqu'un usager a répondu au DÉBA-A et au DÉBA-D, le score le plus élevé entre l'ÉCCA et l'ÉCCD est sélectionné.

Dans le but de comparer statistiquement les moyennes des Échelles des conséquences de la consommation d'alcool et de drogues, tout comme nous l'avons fait aux sections précédentes, entre les personnes évaluées au CRUV et celles ne s'étant pas rendues à l'évaluation spécialisée, le résultat total pour chaque individu a été additionné. Il faut se rappeler que le calcul du résultat global permet uniquement de comparer statistiquement les moyennes et n'a aucune valeur sur le plan clinique. La comparaison du total des résultats (ÉCCA et ÉCCD) à l'aide d'un test- t pour échantillons indépendants $t(294) = 1.010, p = 0.31$ confirme à nouveau qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux sous-groupes.

L'adéquation de l'orientation des usagers vers trois intensités de service

Cette section a été écrite par Nadine Blanchette-Martin et Yvan Gingras, coordonnateur des services professionnels

En plus d'évaluer la performance du Programme régional d'évaluation spécialisée, de comparer le profil de consommation des personnes qui ne se sont pas présentées à leur entrevue d'évaluation à celles qui ont été évaluées, le CRUV a procédé à une analyse de la qualité des orientations des usagers au cours de la troisième année d'activité du PRÉS. Pour ce faire, un consultant engagé par le CRUV a lu attentivement 69 évaluations spécialisées réalisées à l'aide de l'Indice de Gravité d'une toxicomanie (IGT)⁹. L'objectif était de vérifier l'adéquation de l'orientation avec l'évaluation vers trois intensités différentes de service :

Niveau 1. Traitement externe de moins de neuf heures par semaine¹⁰

- Au CRUV : Suivi individuel (1h/sem.)

Groupe semi-intensif (8h/sem.)

Niveau 2. Traitement externe intensif de neuf heures et plus par semaine¹¹

- Au CRUV : Programme intensif de réadaptation pour adultes (24h/sem.)

L'analyse réalisée s'est appuyée sur des critères comme la gravité du problème de consommation, le nombre de jours de consommation problématique au cours des trente derniers jours, la présence d'une abstinence volontaire d'un mois ou plus dans la dernière année, le risque de rechute, les antécédents de traitement, les risques d'exacerbation de certaines maladies en cas de rechute, la capacité de remplir ses rôles, le réseau social, le potentiel et l'urgence suicidaire, etc.

Les résultats révèlent que plus de quatre personnes sur cinq ont été orientées vers le niveau d'intensité de service correspondant à leur situation clinique, telle qu'évaluée à l'IGT. Toutefois, pour les personnes qui ont été orientées vers un niveau d'intensité de service différent (17 %) de celui retenu par le consultant lors de l'analyse des IGT, il faut mentionner que dans l'ensemble, l'orientation retenue au moment de l'évaluation

⁹ Bergeron, J. Landry, M., Ishak, I., Vaugeois, P., Trépanier, M., (1992). Version modifiée pour le CRUV (2002)

¹⁰ Niveaux de service basés sur l'Offre de service en dépendances (MSSS, 2007).

¹¹ Idem

demeure acceptable au plan clinique. En effet, il est possible que l'évaluateur ait fait une bonne orientation au moment de l'entrevue d'évaluation, selon l'ensemble du profil clinique (incluant d'autres aspects que l'IGT) et les demandes de l'utilisateur.

Finalement, le consultant a fait ressortir l'importance de la consommation des usagers au cours des 30 derniers jours précédant l'évaluation pour l'ensemble des dossiers analysés. En effet, près des deux tiers des évaluations indiquent la présence d'une consommation de SPA entre 20 et 30 jours au cours du dernier mois. Dans le contexte où les services de désintoxication sont de moins en moins accessibles dans la région, que les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec son médecin de famille sont souvent très longs, et que plusieurs usagers n'ont pas de médecin de famille, le besoin de service de désintoxication pré-réadaptation apparaît de plus en plus nécessaire pour ces personnes.

Conclusion

Pour des raisons pratiques, la conclusion se présente sous forme de synthèse dans un mode document détachable permettant une diffusion plus facile. Nous la retrouvons au début du document à la page 1.

Références

APA (1996). *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition*. Paris: Masson.

Bergeron, J. Landry, M., Ishak, I., Vaugeois, P., Trépanier, M., (1992). « *L'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT)* » version traduite et adaptée de « *Addiction Severity Index (ASI)* » de McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E., O'Brien, C.P. (1980). Version modifié pour le CRUV (v2.7), 24 avril 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services DÉPENDACES. Offre de services 2007-2012*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, 58 p.

Simoneau, H., Landry, M., & Tremblay, J. (2004). *Alcochoix+. Un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*. Montréal, Québec, Canada: MSSS, RISQ.

Tremblay, J. (1999). Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA). Traduction du « *Severity of Alcohol Dependence Data* » de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983).

Tremblay, J. (1999). Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD). Traduction du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995).

Tremblay, J. & Blanchette-Martin (2006). *Évaluation du projet pilote de l'équipe d'évaluation spécialisée du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve*. Service de recherche CRUV/CRAT-CA, Québec.

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000). Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA). Service de recherche CRUV/CRAT-CA

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000). Échelle des Conséquences de la Consommation de drogues (ÉCCD). Service de recherche CRUV/CRAT-CA

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. (2003). *DÉBA-A/D: Dépistage évaluation du besoin d'aide, alcool/drogues. Manuel d'utilisation*. Québec, Qc, Canada: Service de recherche CRUV / CRAT-CA.

Annexe 1 : DÉBA- Alcool

Annexe 2 : DÉBA- Drogues