

# Trajectoires d'utilisation des services et de rétablissement des usagers aux prises avec une addiction aux substances psychoactives – usagers des CRD du Québec

- Projet financé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada, MSSS, IUD

## *Équipe de recherche:*

Marie-Josée Fleury, Ph.D.

Christophe Huynh, Ph.D.

Zhirong Cao, M.Sc.

Guy Grenier, Ph.D.

*Présentation*

## *Sommet sur les Dépendances*

27 octobre 2022



McGill



Université   
de Montréal

IUD INSTITUT  
UNIVERSITAIRE SUR LES  
DÉPENDANCES

Québec 

# OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

- 1) Projet de recherche
  - Objectifs, cohorte & base de données
- 2) Description générale de la cohorte
  - Profils sociodémographiques, cliniques, d'utilisation des services
  - Quelques résultats d'impact
- 3) Résultat d'un article: *Abandon des traitements en CRD*

# OBJECTIFS DE LA RECHERCHE & Cohorte

## *Objectif:*

À partir de banques de données administratives (**BDA**) en santé jumelées, décrire les *profils sociodémographiques, cliniques et d'utilisation des services et des résultats de santé* des usagers avec des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (**TLS**) traités dans un centre de réadaptation en dépendance (**CRD**) du Québec en 2012-13 (année index)

### ❖ 14/16 CRD\*

Cohorte: +35 000 (20 000) – 20 ans ➡ 26 ans

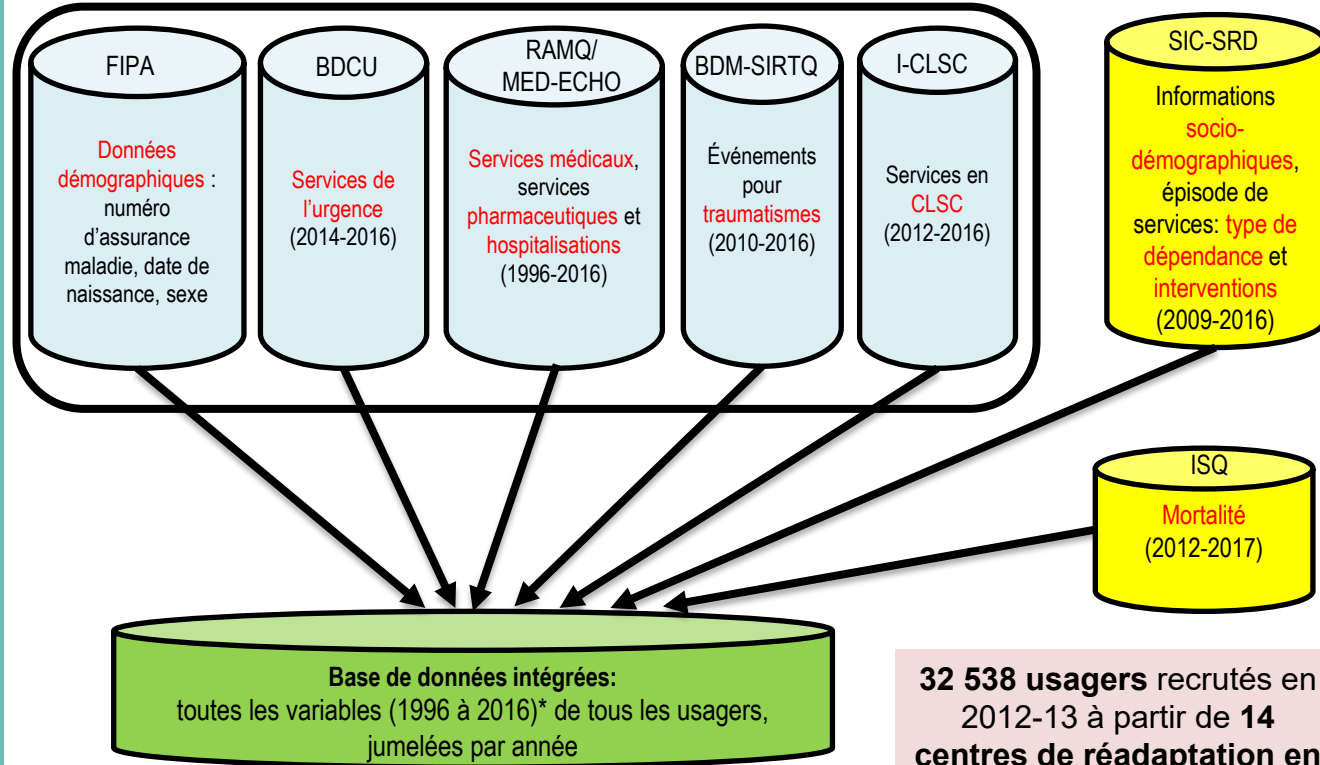
▪ SIC-SRD: 7 ans ➡ 13 ans

**PUDS:** Programme sur l'usage et les dépendances aux substances,  
Santé Canada – MSSS, Direction des dépendances et de l'itinérance

\*\* *Saguenay-Lac-Saint-Jean & Nord-du-Québec*

# JUMELAGE DES BDA

## Banques de données de la RAMQ



\*bientôt jusqu'en 2022

**32 538 usagers** recrutés en 2012-13 à partir de **14 centres de réadaptation en dépendance (CRD)** du Québec

\*BDA: Banques de données administratives en santé

# AVANTAGES/ LIMITES DES BDA

## *Avantages des BDA:*

- Grand échantillon
- Représentativité élevée de la population à l'étude
- Données longitudinales
- Données objectives & de qualité

# AVANTAGES/ LIMITES DES BDA

## *Limites des BDA:*

- ❖ N'incluent pas:
  - Services psychosociaux des hôpitaux
  - Psychologues en privé
  - Organismes communautaires
  - Ressources privées en toxicomanie
  
- ❖ Axées sur le traitement – *dont sous-estimation des TLS dans les BDA*
  
- ❖ ↓ Variables cliniques:
  - Façon de consommation & fréquence
  
- ❖ ↓ Résultats d'impact limités:
  - Rémission ou rétablissement

# Articles

## *Articles publiés (n=7) + un abrégé de recherche (n=8)*

- 1) Fleury, M.-J., G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh (2022). Predictors of no, low and frequent **emergency department** use for any medical reason among patients with **cannabis-related disorders** attending Quebec (Canada) addiction treatment centers. *Drug and Alcohol Review*, 1-16. [DOI: 10.1111/dar.13451](https://doi.org/10.1111/dar.13451)
- 2) Fleury, M.-J., G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh (2022). **Profiles** of individuals with **cannabis-related disorders**: a latent class analysis. *Substance Abuse*, 43(1): 855-864. [DOI: 10.1080/08897077.2021.2007515](https://doi.org/10.1080/08897077.2021.2007515)
  - ❖ Fleury, M.-J., G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh (2022). Profils des patients ayant des troubles liés au cannabis, Les **abrégés de recherche** de l'axe SMP du RRSPQ et de Qualaxia, Nu. 1 – Mai, 2 p.
- 3) Armoon B.\*, G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh, M.-J Fleury (2021). Frequencies of emergency department use and **hospitalization** comparing patients with different types of substance or polysubstance-related disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1):89. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00421-7>
- 4) M.-J Fleury, Z. Cao, G. Grenier, C. Huÿnh (2022). Predictors of **frequent emergency department** use and hospitalization among patients with substance-related disorders recruited in addiction treatment centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 6607: 1-16, [DOI.org/10.3390/ijerph19116607](https://doi.org/10.3390/ijerph19116607).
- 5) Fleury, M.-J., G. Grenier, Z. Cao, C. Huÿnh, D. Chihade\* (2020). Predictors of emergency department use for **suicidal behaviors** among patients with substance-related disorders. *Archives of Suicide Research*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2066591>.
- 6) M.-J Fleury, Z. Cao, G. Grenier, C. Huÿnh. **Predictors of death** by physical illnesses or accidental/intentional causes among patient with substance-related disorders, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1-5, DOI: 10.1177/07067437221136461.
- 7) 217) M.-J Fleury, Z. Cao, G. Grenier, C. Huÿnh (2023). Profiles of quality of outpatient care received, associated sociodemographic and clinical characteristics, and adverse outcomes among patients with substance-related disorders, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18(5): 1-13, <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00511-0j>.

# Articles

## *Un article en soumission:*

- ❖ Predictors of patient **treatment dropout** using specialized addiction treatment centers.



# DESCRIPTION DE LA COHORTE (~20,000)

## Profils sociodémographiques des usagers (2015-16)

❖ Sexe: ♂H 65% ♀F 35%

❖ Age:

- 12-17 ans: 4% (n=795)
  - 18-24 ans: 16%
  - 25-44 ans: 45%
  - 45+: ~35%
- 12-24 ans: 20%

❖ Seuls ou monoparentaux (~15%): ~45%

❖ Sans emploi ou retraités: ~55%

❖ Défavorisés matériellement: ~55%

❖ Défavorisés socialement: ~60%

~Une majorité !

*Défavorisation matérielle* (recensement canadien, 2011): %population avec emploi, salaire moyen, %moins qu'éducation secondaire

*Défavorisation sociale*: %population vivant seule, %célibataire, %monoparentale

\*\* *Saguenay-Lac-Saint-Jean & Nord-du-Québec*

# DESCRIPTION DE LA COHORTE

(~20,000)

## Profils sociodémographiques des usagers (2015-16)

- ❖ Historique, 2009-10 à 2015-16 (7 ans):
  - Itinérance: ~14%
  - Dossier criminel: ~20%
  
- ❖ Territoire:
  - Urbain: ~50%, semi-urbain: ~30%, rural: ~20%

Urban areas (>100,000)

Semi-urban areas (10,000 to 100,000)


Rural areas (<10,000)

# DESCRIPTION DE LA COHORTE

(~20,000)

## Profils cliniques des usagers

❖ TLS – *groupe exclusif*, 2012-13 à 2014-15 (3 ans):

- **Polysubstances: ~60%**
  - Alcool: ~20%
  - Cannabis: ~10%
  - Autres drogues: ~10%
- 
- A blue bracket groups the items 'Cannabis: ~10%' and 'Autres drogues: ~10%'. To the right of the bracket is the label '~20%'.

☞ Total **autres drogues** que cannabis, 2009-10 à 2015-16 (7 ans): **~25%**

~65%: cocaïne (~3 500), avec cannabis (~6 000)

~40%: Amphétamines et méthamphétamines (~2 000), avec cannabis (~5 500)

~20%: Opiacé (~1 000), avec cannabis (~1 400)

❖ **Nombre d'années** avec des TLS 1996-97 à 2015-16 (20 ans):

- ≤2 ans: ~45%
- 3-5 ans: ~30%
- 6+ ans: 25%

☞ 35-55%: TLS durée de 17 ans

Fleury et al., Drug and Alcohol Dependence, 2016

# DESCRIPTION DE LA COHORTE

(~20,000)

## Profils cliniques des usagers

❖ **TM** 2012-13 à 2014-15 (3 ans): ~70%

Principaux TM – total 100%

- TM graves: ~20%
- Troubles de la personnalité: ~10% (~25%)
- TM courants/fréquents: 40% (+60%)
- Pas de TM: 30%

❖ Comportements suicidaires à l'urgence 2012-13 à 2014-15 (3 ans): ~16%

# DESCRIPTION DE LA COHORTE (~20,000)

## Profils cliniques des usagers

- ❖ Maladies physiques chroniques (MPC), 2012-13 à 2015-16 (4 ans): ~40%\*
- ❖ TLS-TM-Maladies physiques chroniques (3 ou 4 ans): ~35%

*\*Plus importantes MPC:* 1) maladies cardiovasculaires,  
2) maladies pulmonaires chroniques, 3) maladie du foie...

# DESCRIPTION DE LA COHORTE (~20,000)

## Profils d'utilisation des services des usagers

- ❖ Avoir un *médecin de famille (MF)* (2 ans): ~60%
  - *Au moins 2 visites avec le même médecin, ou 2 en GMF, inclus I-CLSC– omni. le +fréquent*
- ❖ Nombre de consultations avec **son MF** (1 an, 2015-16):
  - 0-1: ~50%
  - 2-3: ~25%
  - 4+: ~25%

50%
- ❖ Nombre de consultations avec **son psychiatre** (1 an, 2015-16): ~20%
  - 0: ~80%
  - 1-3: ~10%
  - 4+: ~10%

20%

## DESCRIPTION DE LA COHORTE (~20,000)

### Profils d'utilisation des services des usagers

- ❖ **Continuité** élevée de soins médicaux (1 an, 2015-16): ~45%
  - « Usual Provider Continuity Index »
- ❖ Nombre d'interventions psychosociales **en CLSC** (1 an, 2015-16):
  - 0: 60%
  - 1-3: 20%
  - 4+: 20%

40%
- ❖ **Avoir reçu 4+ consultations ambulatoires totales** (1 an, 2015-16): ~55%
  - Avec son MF, son psychiatre, en CLSC ou en CRD

## DESCRIPTION DE LA COHORTE (~20,000)

### ÉPISODE DE TRAITEMENT EN **CRD**, 2009-10 à 2014-15, 6 ans

- ❖ Nbr d'épisodes de traitement:
  - 1: ~40%
  - 2-3: ~40%
  - 4+: ~20%
  
- ❖ Nbr d'interventions par épisode de traitement:
  - Médiane: 6 / moyenne: 11
  
- ❖ Durée en mois du suivi:
  - Médiane: 4 mois / moyenne: 6 mois



# DESCRIPTION DE LA COHORTE (~20,000)

## Résultats d'impacts (« outcomes »)

- ❖ **Utilisation des urgences** (1 an, 2015-16, toute raison): **~50%**
  - ✓ Population générale, avec INSPQ: SISMACQ, 2014-15\*: ~20%
  - ✓ TM-TLS avec SISMACQ\*: 39%
  
- ❖ **Grands utilisateurs des urgences** (1 an, 2015-16): **~18%**
  - 3+ visites/année – minimum standard, toute raison
    - ✓ ↓avec SISMACQ: 17% (mais: 4+ visites/année)

\*SISMACQ: Système intégré de surveillance des maladies chroniques

# DESCRIPTION DE LA COHORTE (~20,000)

## Résultats d'impacts (« outcomes »)

- ❖ **Hospitalisation** (1 an, 2015-16, toute raison): **~17%**
  - ✓ ~Similaire au résultat obtenu avec SISMACQ
  
- ❖ **Abandon des traitements en CRD** (3 ans, 2012-13 à 2015-16): **~55%**
  - ✓ Revue systématique sur les traitements psychosociaux pour les TLS, 2019 (Lappan et al.): 30%
    - ✓ Notre étude: usagers traités en CRD
    - ✓ « Épisode de soins »: ~ 10%: usagers inclus dans les programmes internes des CRD
  
- ❖ **Mortalité** (sur 3 an, 2013-14 à 2015-16, toute raison): **~2.4%**
  - ✓ Pour la même période, population générale au Québec, 0.6%/année (~1.8/3 ans) –  
*Fleury-Payer, F. et al., 2021*

# Déterminants de l'abandon des traitements en CRD

## *Variables indépendantes (VI)*

### *Variables sociodémographiques, dernier épisode en CRD:*

- +Jeunes (<25 ans)
- +Défavorisés socialement

### *Variables cliniques, dernier épisode et période avant, 24 mois:*

- TLS-Polysubstances
- Troubles de la personnalité

### *Variables services, dernier épisode et période avant, 12 mois:*

- Épisodes antérieurs d'abandon de traitement CRD\*

-Historique d'itinérance – ≤6 ans

-+Épisodes antérieures de traitement en CRD: 1, 2, 3+ (↑50%)\*

-4+ Suivis autres qu'en CRD: MF, psychiatre ou CLSC

\*Variables les plus importantes

## *Variables dépendantes (VD) 2012-13 à 2014-14, 3 ans – dernier épisode en CRD*

↑Abandon des traitements

VD, 2015-16

- ❖ ↑Grande utilisation des urgences
- ❖ ↑Décès

Résultats d'articles  
soumis

~20 000 usagers avec TLS

## Référence:

Fleury, M.-J., Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (in submission). Predictors of patient treatment dropout using specialized addiction treatment centers.

Profils des  
usagers en CRD  
basés sur notre  
recherche

## *Conclusion: en résumé...*

### ❖ *Profils des usagers en CRD*

#### ✓ Parmi les usagers les plus vulnérables

- ☹ Majoritairement pauvres & isolés
- ☹ Majorité: avec des TLS-polysubstances
- ☹ Majorité: avec des TLS-TM concomitants (70%)
- ☹ +1/3 avec des TLS-TM & maladies physiques chroniques concomitants (~35%)

# Profils des usagers en CRD basés sur notre recherche

## *Profils des usagers en CRD*

- ☹ Recevant majoritairement *peu de services ambulatoires adéquats*
  - ✓ <50%: Reçoivent une continuité & régularité adéquates de soins
- ☹ +50%: Abandonnent leurs traitements en CRD
- ☹ ~50%: Utilisation élevée des soins aigus
- ☹ Taux de décès: +Élevés que la population générale

# Profils des usagers en CRD basés sur notre recherche

## *Profils des usagers en CRD*

- ☺ Les usagers avec des conditions cliniques +sévères & +défavorisés  
☞ Obtiendraient plus de services ambulatoires
- ☺ ↑Continuité des soins médicaux ☞ ↓Moins d'utilisation des soins aigus
- ☺ ↑Soutien ambulatoire hors CRD & +Épisodes de traitement en CRD  
☞ ↓Moins d'abandons en traitement en CRD

## Recommandations globales basées sur les résultats de la recherche

### *Recommandations:*

- ❖ *↑ Amélioration importante des services ambulatoires*  
pour les usagers en CRD serait suggérée:
  - ✓ +Services « d'outreach »
  - ✓ +Services de liaison, incluant des approches motivationnelles encourageant le traitement, & références à des services ambulatoires appropriés
  - ✓ +Accès à un médecin de famille & services psychiatriques
  - ✓ +Services de longue durée à intensité variable
  - ✓ +Continuité des soins globalement & en CRD
  - ✓ +Interventions sociales: ↓pauvreté & ↓isolement social...

# MERCI !

## *Équipe du projet CRD*

Website: <http://douglas.research.mcgill.ca/marie-josee-fleury>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/myncbi/marie-josee.fleury.1/bibliography/public/>

*L'équipe de recherche remercie le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS, Santé Canada, MSSS et IUD), les 14 CRD.*





# Autres info.



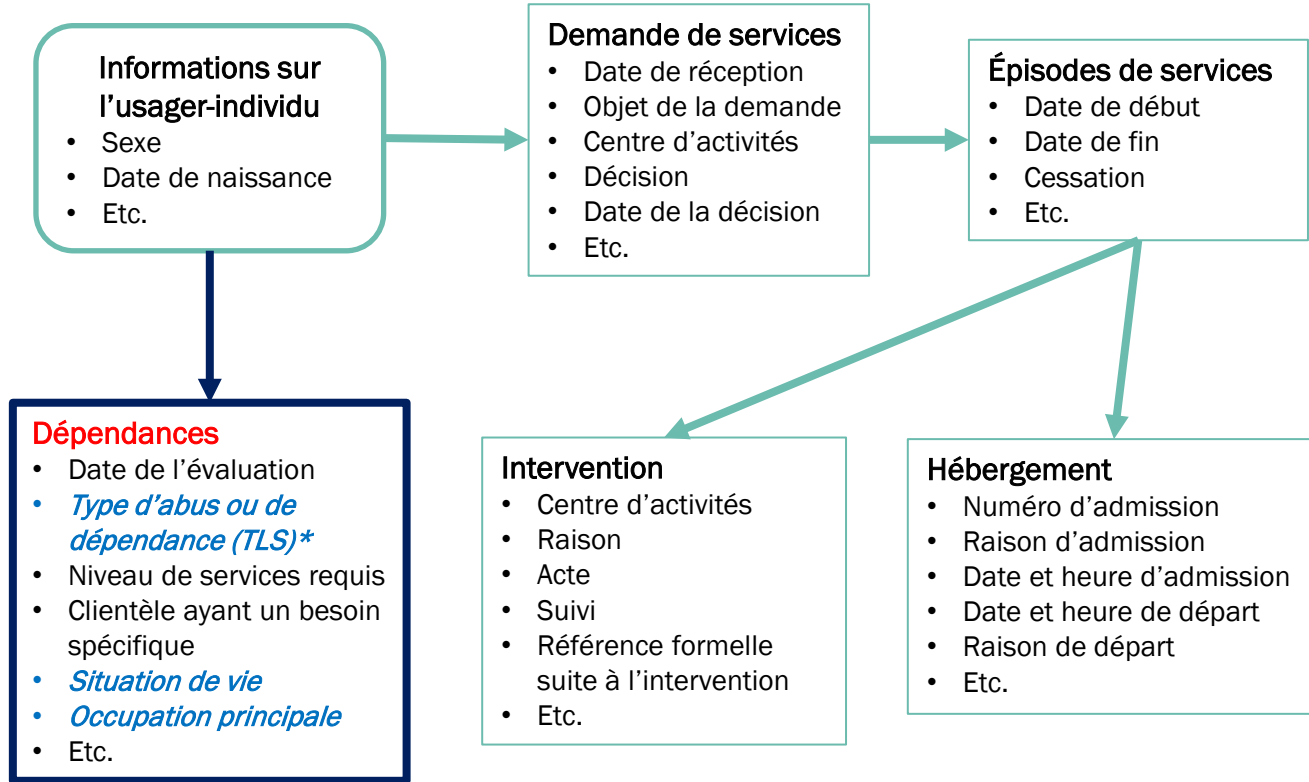
# DISTRIBUTION DES USAGERS DES CRD PAR RÉGION SOCIOSANITAIRE

CRD (n=14)	N	%
01 - Bas-Saint Laurent	888	2,7
02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean	-	-
<b>03 - Capitale-Nationale</b>	<b>3 521<sup>3</sup></b>	<b>10,8</b>
04 - Mauricie-Centre-du-Québec	2 943	9,0
05 - Estrie	2 267	7,0
<b>06 - Montréal</b>	<b>7 301<sup>1</sup></b>	<b>22,4</b>
07- Outaouais	1,020	3,1
08 - Abitibi-Témiscamingue	-	-
09 - Côte-Nord	631	1,9
10 - Nord-du-Québec	-	-
11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	414	1,3
12 - Chaudière-Appalaches	1 551	4,8
13 - Laval	1 688	5,2
14 - Lanaudière	1 405	4,3
15 - Laurentides	2 006	6,2
<b>16 - Montérégie - Le Virage</b>	<b>5 528<sup>2</sup></b>	<b>17,0</b>
16 - Montérégie - Foster	1 375	4,2
<b>Total</b>	<b>32 538</b>	<b>100,0</b>

*Pas de variation significative entre les territoires  
↓Analyse multi-niveau...*

# SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA CLIENTÈLE DES SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE (SIC-SRD)

## Informations sur les services dispensés en CRD



## Figure 1. Framework: predictors of death by physical illnesses or accidental/intentional causes among patients with substance-related disorders (SRD)

**Patient clinical characteristics** (measured from 2012-13 to 2015-16, to time of death or other if specified; a 4-year period; financial year, April 1-March 31)

- Type of SRD (exclusive groups): alcohol-related disorders only, drug-related disorders only, polysubstance-related disorders<sup>a, b, c, d</sup>
- Number of years with SRD (measured from 1996-97 to 2015-16 or to time of death)<sup>a, b, c, d</sup>
- Principal mental disorders (MD): serious MD (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, bipolar disorders), personality disorders, common MD (anxiety, depressive, adjustment disorders or other common MD), no MD<sup>a, b, c</sup>
- Chronic physical illnesses (yes/no, including their severity: 0, 1, 2, 3+)<sup>a, b, c</sup>
- Co-occurring SRD-MD-chronic physical illnesses (yes/no)<sup>a, b, c, d</sup>
- Suicidal behaviors (suicide ideation or attempt, yes/no)<sup>b, c</sup>

**Patient sociodemographic characteristics** (measured in the year of death or other if specified)\*

- Sex (men, women)<sup>f</sup>
- Age group (12-49 years, 50+ years)<sup>f</sup>
- Living situation: alone or single parent (vs. in couple, with relatives or friends)<sup>d</sup>
- Principal occupation: unemployed or retired (vs. student or worker)<sup>d</sup>
- Living in more material deprived areas: 4-5 and not assigned areas (vs. 1-2-3: less deprived areas)<sup>f</sup>
- Living in more social deprived areas: 4-5 and not assigned areas (vs. 1-2-3: less deprived areas)<sup>f</sup>
- Type of residential areas (urban, semi-urban, rural areas)<sup>f</sup>
- Criminal history with/without incarceration (measured from 2009-10 to 2015-16 or to time of death)<sup>d</sup>
- History of homelessness (measured from 2009-10 to 2015-16 or to time of death)<sup>d</sup>

**Patient service use** (measured within 12 months prior to death)\*

- Usual physician (usual general practitioner (GP) only, usual psychiatrist only, both usual GP and psychiatrist, no usual physician)<sup>a, e</sup>
- Frequency of consultations with usual GP (0-1, 2-3, 4+)<sup>a, e</sup>
- Frequency of consultations with usual psychiatrist (0, 1-3, 4+)<sup>a</sup>
- High continuity of physician care integrating both usual GP and psychiatrist ( $\geq 0.80$ )<sup>a, e</sup>
- Psychosocial interventions received in community healthcare centers (excluding GP consultations, yes/no)<sup>e</sup>
- Frequency of interventions provided in any treatment program attended for SRD in addiction treatment centers (0, 1-3, 4+)<sup>d</sup>
- Frequent of emergency department (ED) use for any medical reason (0, 1-3, 4+)<sup>a, b</sup>
- Hospitalization for any medical reason (yes/no)<sup>c</sup>

**Outcome variable**  
**Death from 2013-14 to 2015-16<sup>g</sup>**

(a 3-year period; financial year, April 1-March 31)

- ☛ Death by physical illnesses
- ☛ Accidental/intentional death
- ☛ No death

-**Type of SRD**: cannabis-RD; -Behavioral addictions (gambling, internet and gaming disorders); -Trauma; // -**CRD**: *Treatment episodes*, treatment dropout; -Regularity of care...

N=19,015

# OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

## 3) *Quelques résultats de publications*

- ☞ 1. *Déterminants des grands utilisateurs de l'urgence & de l'hospitalisation*
- 2. *Déterminants de l'abandon des traitements en CRD*
- 3. Déterminants des comportements suicidaires à l'urgence
- 4. Déterminants des décès par maladie physique ou accidentels/intentionnels
- 5. Profils des usagers en CRD selon la qualité des soins obtenus
- 6. Profils des usagers aux prises avec un TLS-cannabis

# Déterminants des grands utilisateurs de l'urgence & de l'hospitalisation

Résultats  
d'articles publiés  
~20 000 usagers avec TLS

## Variables indépendantes (VI)

### Variables cliniques, 2012-13 à 2014-15, 3 ans:

- TLS-Polysubstances
- ↑+Années avec des TLS
- Maladies physiques chroniques sévères\*
- TLS-TM / TLS-TM-MPC\* - troubles concomitants
- Comportements suicidaires\*

### Variables sociodémographiques, 2015-16:

- Historique d'itinérance
- Habiter en milieu rural

### Variables services, 12 mois avant la VD:

- ↑+Services ambulatoires

\*Variables les plus importantes

## Variables dépendantes (VD) – 2015-16

### Soins aigus

- ↑ Grande utilisation des urgences &
- ↑ Hospitalisation

↑ TLS-Alcool

↑ Continuité des soins →

↓ Soins aigus

## Références:

- 1) M.-J Fleury, Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (2022). Predictors of frequent emergency department use and hospitalization among patients with substance-related disorders recruited in addiction treatment centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 6607: 1-16.
- 2) Armoon B.\*, G. Grenier, Z. Cao, C. Huynh, M.-J Fleury (2021). Frequencies of emergency department use and hospitalization comparing patients with different types of substance or polysubstance-related disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1):89.

# Résultats d'articles publiés

~20 000 usagers avec TLS

## Déterminants des comportements suicidaires à l'urgence

### *Variables indépendantes (VI)*

#### *Variables cliniques, 2012-13 à 2014-15, 3 ans:*

- Troubles bipolaires
- Troubles de la personnalité
- Problèmes relatifs à l'environnement social\*
  - Problèmes avec ses finances, le travail/l'argent & conflits interpersonnels...

#### *Variables services, 12 mois avant la VD:*

- 4+ Consultations avec son psychiatre
- ↑Abandons des traitements en CRD
- Grands utilisateurs de l'urgence

*\*Variable la plus importante*

### *Variable dépendante (VD) – 2015-16*

↑ Comportements  
suicidaires à  
l'urgence

#### *Référence:*

Fleury, M.-J., G. Grenier, Z. Cao, C. Huynh, D. Chihade\* (2020). Predictors of emergency department use for suicidal behaviors among patients with substance-related disorders. Archives of Suicide Research, 1-22.

# Déterminants des décès par maladie physique ou accidentels/intentionnels

## Variables indépendantes (VI)

### Variables sociodémographiques, moment de la mort:

- Hommes / 50+\* (*Décès par maladie physique: seul*)
- +Défavorisés socialement & matériellement\*

### Variables services, 12 mois avant la mort:

- Grands utilisateurs des services d'urgence\*

### Variables cliniques, 2012-13 à 2015-16 ou moment de la mort:

- TLS-Alcool
- Maladies physiques chroniques
- Hospitalisation antérieure\*

### Variables services, 12 mois avant la mort:

- +De suivi en CRD & avec son psychiatre

## Variables dépendantes (VD)

1 avril 2013 au 31 mars 2016

Décès reliés à des causes accidentelles ou intentionnelles

Décès suite à une maladie physique

0 versus 1-3 & versus 4+

Tendance seulement, 0 versus 4+ services/année

\*Variables les plus importantes – particulièrement en italique

Résultats  
d'articles publiés  
~20 000 usagers avec TLS



# Profils d'usagers ayant des TLS selon la qualité des services reçus

## Résultats d'articles soumis

~20 000 usagers avec TLS

**Profil 1:** 36% des usagers – utilisation des services, 2014-15

- Bonne continuité et intensité de soins par le MF
- Diversité et régularité des soins modérés
  - +Âgés
  - +TM courants – 2012-13 à 2014-15

→ VD, 2015-16  
↑ Décès (1.15%)\*

**Profil 2:** 47% des usagers

- *Peu d'utilisation des services ambulatoires*
- Faible qualité des soins reçus
- Abandons élevés des traitements en CRD
  - +Jeunes hommes
  - +*Historique de criminalité*
  - +TLS récent
  - ↓TM-TLS concomitants

→ VD, 2015-16  
↓ Décès (0.73%)  
↓ Grands utilisateurs de l'urgence (13%)  
↓ Hospitalisations (12%)

**Profil 3:** 17% des usagers

- Soins psychiatriques intensifs
- Globalement +de qualité de soins
  - Usagers avec les moins bonnes conditions cliniques et sociales

→ VD, 2015-16  
↑ Grands utilisateurs de l'urgence (29%)  
↑ Hospitalisations (29%)

### Référence:

Fleury, M.-J., Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (in submission). Profiles of quality of outpatient care received, associated sociodemographic and clinical characteristics, and adverse outcomes among patients with substance-related disorders.

\*Grands utilisateurs des urgences (19%), Hospitalisation (19%)

# Profils d'usagers ayant des TLS-cannabis – 6 profils

**Profil 1:** 16% des usagers – utilisation des services, 2014-15

- Grande intensité & continuité de soins par le MF
- Utilisation peu élevée des autres services ambulatoires
  - +Âgés, +en couple, +qui travaillent
  - +Problèmes modérés de santé – 2012-13 à 2014-15

**Profil 2:** 17% des usagers

- Peu d'utilisation des services ambulatoires
  - +Âgés
  - +TLS chroniques, +Problèmes sociosanitaires

**Profil 3:** 16% des usagers

- Peu d'utilisation des services ambulatoires
  - Étudiants avec peu de problèmes sociosanitaires

**Profil 4:** 22% des usagers

- Le moins d'utilisation des services ambulatoires & continuité
  - Jeunes adultes, +travaillent, peu de problèmes sociosanitaires

**Profil 5:** 14% des usagers

- Grande utilisation des traitements en CRD, autres ~Profil 3
  - Jeunes, +travaillent, +avec des dossiers criminels
  - TLS +récents, peu de problèmes sociosanitaires

**Profil 6:** 16% des usagers

- Grande intensité & continuité de soins ambulatoires
  - +Âgés, +TLS chroniques, +Problèmes sociosanitaires

VD, 2015-16

↑Grands utilisateurs de l'urgence (37%, 30%)  
↑Hospitalisations (32%, 31%)  
↑Comportements suicidaires (14%, 11%)

Résultats d'articles publiés

~20 000 usagers avec TLS

## Référence:

Flcury, M.-J., Z. Cao, G. Grenier, C. Huynh (in submission). Profiles of quality of outpatient care received, associated sociodemographic and clinical characteristics, and adverse outcomes among patients with substance-related disorders.

## QUESTIONS POUR L'AUDITOIRE

1. Est-ce que ces profils reflètent ce que vous voyez dans votre pratique clinique ?
2. Quelles sont les questions cliniques auxquelles vous aimeriez qu'on réponde à partir de cette base de données jumelées ?
3. Quels sont les thèmes à prioriser d'après-vous pour la continuité de nos travaux ?
4. Quelles recommandations d'amélioration des services feriez-vous basées sur ce qui vous a été présenté et votre propre pratique ?
  - Que pensez-vous du fait que +50% des usagers ont abandonné leurs traitements en CRD ?



McGill

Université  
de Montréal



IUD

INSTITUT  
UNIVERSITAIRE SUR LES  
DÉPENDANCES

Québec 