

## **Draft pour essais sur le terrain**

### **Formulaire d'enquête OMS / ONUDC sur les établissements de traitement de la toxicomanie**

**Février 2018**

#### **Introduction**

Cette enquête est conduite pour cartographier le traitement des troubles liés à l'usage de substances dans un pays. Mesurer la demande de traitement pour les troubles de l'usage de substances est essentiel pour suivre l'évolution du mode de consommation des drogues dans la communauté et pour planifier la réponse du système de traitement.

Cette enquête a été développée dans le cadre du programme ONUDC-OMS sur le traitement et la prise en charge de la toxicomanie.<sup>1</sup>

Les données fournies en réponse à ce questionnaire peuvent être utilisées à plusieurs fins. Les données peuvent être utilisées pour une cartographie de services dans un pays / une région, pour développer un registre pour l'usage du grand public, pour la recherche (sous une forme consolidée) ou en tant que base pour la disponibilité des traitements, l'accessibilité et le suivi de la qualité des services offerts.

L'enquête sur les établissements de traitement et de prise en charge, ainsi que les normes internationales pour le traitement des troubles de l'usage de drogues<sup>2</sup>, l'indicateur de la demande de traitement et l'outil d'assurance de la qualité des traitements de l'ONUDC, font partie des propositions de base pour la planification et le suivi du traitement.

Le questionnaire comprend cinq sections:

- A. Coordonnées de l'établissement de traitement pour la correspondance de l'enquête
- B. Coordonnées détaillées du centre de traitement pour le grand public

---

<sup>1</sup> [http://www.unodc.org/docs/treatment/unodc\\_who\\_programme\\_brochure\\_english.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_english.pdf)

<sup>2</sup> [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC\\_International\\_Standards\\_for\\_the\\_Treatment\\_of\\_Drug\\_Use\\_Disorders\\_March\\_17\\_ebook](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_International_Standards_for_the_Treatment_of_Drug_Use_Disorders_March_17_ebook).

- C. Description de l'établissement de traitement et des traitements offerts
- D. Nombre de personnes traitées
- E. Capacité de traitement (bâtiments et personnel)

Les instructions sont incluses tout au long du questionnaire dans les sections respectives. Veuillez noter que la section A sert uniquement à des fins de communication et ne doit pas être rendue publique. Il est important de compléter toutes les sections de l'outil de cartographie. Si les données ne sont pas disponibles, il est suggéré de donner une estimation et de l'indiquer en tant que telle.

Un établissement est une entité organisationnelle spécifique (un centre médical, un département, un programme, etc.) qui a ses objectifs, procédures, règles et étendue de services et interventions, ses groupes cibles, équipe et responsable propres (chef d'équipe). Ces installations peuvent être autonomes (par exemple, des centres nationaux de traitement de la toxicomanie) ou intégrées à d'autres centres de soins de santé, cliniques ou dispensaires (tels que des centres de santé généraux ou des centres de santé mentale ou des hôpitaux). Notez que si un établissement de traitement offre des services distincts, chaque service doit remplir un formulaire distinct, en indiquant son lien avec l'établissement parental. Des instructions supplémentaires sont fournies pour chaque question.

Le traitement est défini comme un processus visant à atteindre l'état de santé souhaité pour les patients souffrant de troubles liés à l'usage de drogues. Le traitement est assuré par des professionnels qualifiés, dans le cadre d'une pratique d'assistance médicale, psychologique ou sociale reconnue.

*L'année civile comprend les mois de janvier à Décembre d'une année donnée.*

**Partie A : Coordonnées de l'établissement de traitement pour les correspondances d'enquête (vos réponses resteront strictement confidentielles)**

<b>A1.</b> Nom et prénom du Chef d'établissement du centre de traitement			
- adresse email pour correspondance avec l'établissement			
<b>A2.</b> Nom et prénom de la personne responsable du remplissage du questionnaire			
- adresse email de la personne responsable du remplissage du questionnaire			
<b>A3.</b> Adresse email permanente de l'établissement			
<b>A4.</b> Numéro de téléphone de l'établissement pour correspondances administratives	Préfixe int.	Indicatif	Numéro
<b>A5.</b> Date de remplissage du questionnaire	Jour	Mois	Année

**A1.** *Chef d'établissement du centre de traitement\* (nom, prénom)*

Nom, prénom du de l'établissement, au plus haut niveau hiérarchique possible.

- *adresse email pour contacter l'établissement*

Adresse email du Directeur ou Gérant de l'établissement ou du programme de traitement, pour future correspondance et suivi.

**A2.** *Nom et prénom du correspondant pour cette enquête au sein de l'installation / établissement*

A compléter seulement si une personne autre que le chef de l'établissement, ou le cadre supérieur responsable de la gestion de l'établissement a rempli le formulaire, sinon laissez vide.

- *Adresse email de la personne responsable en charge du remplissage du questionnaire*

Fournir l'adresse email de la personne responsable, pour future correspondance et suivi.

**A3.** *Adresse email permanente de l'établissement*

Fournir l'adresse email permanente de l'établissement. Si aucune adresse email n'existe, merci d'indiquer une adresse électronique secondaire pour le Directeur, Chef de l'établissement ou un autre cadre supérieur.

**A4.** *Numéro de téléphone de l'établissement*

Fournir un numéro de téléphone du point focal ou le responsable du programme de traitement. Utiliser le format national pour les numéros de téléphone. Evitez le "+" qui pourrait provoquer des difficultés dans Excel.

**A5.** *Date de remplissage de l'enquête*

Indiquez la date à laquelle vous avez répondu à l'enquête, comme indiqué.

**Partie B: Coordonnées du centre de traitement pour le grand public (vos réponses seront rendues publiques)**

<b>B1.</b> Nom de l'établissement					
<b>B2.</b> Adresse de l'établissement (veuillez inclure (Nom de rue, N° du Bâtiment, code postal, ville/village et pays)	La rue	N° du Bâtiment	Code postal	Ville	Pays
<b>B3.</b> Nom de l'organisation parentale (le cas échéant). Pour les organisations gouvernementales, indiquez quel est le ministère de tutelle					
<b>B4.</b> Coordonnées GPS de l'établissement					
<b>B5.</b> URL du site web de l'établissement					
<b>B6.</b> Numéro de téléphone pour les clients/patient souhaitant accéder aux services					
<b>B7.</b> Le traitement de l'établissement est-il officiellement accrédité par un organisme reconnu au niveau national? (Rayez ou effacez la mention inutile)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
<b>B8.</b> Si oui, par lequel ?	Nom	Site web	Adresse	Numéro de téléphone	Numéro d'accréditation

**B1.***Nom de l'établissement*

Veuillez fournir le nom de l'établissement de traitement. Un établissement de traitement fait référence aux centres de traitement, les départements, les services, unités dédiées et conçues pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances. Ces établissements peuvent être autonomes (par exemple, les centres nationaux de traitement de l'abus des substances psychoactives) ou intégrés avec d'autres centres de santé, cliniques ou dispensaires (tels que les centres de santé de services généraux, les centres de santé mentale ou les hôpitaux).

**B2.***Adresse de l'établissement*

Veuillez inclure les informations suivantes: rue, numéro du bâtiment, code postal, ville et pays.

**B3.***Nom de l'organisation parentale (si applicable).*

Si votre établissement fait partie d'une organisation de plusieurs centres, veuillez indiquer le nom du regroupement, ou le nom de l'organisation parentale ici. Cela pourrait être, par exemple, une ONG avec plusieurs centres de traitement différents. Pour les organisations gouvernementales, indiquez quel est le ministère de tutelle.

**B4.***Coordonnées GPS de l'établissement*

Pour déterminer les coordonnées GPS avec Google Maps:

1. Zoomez sur Google Maps au niveau qui vous permet de voir l'emplacement que vous souhaitez sélectionner.
  2. Déplacez le curseur sur le point correspondant à l'emplacement souhaité et cliquez avec le bouton droit de la souris pour afficher le menu contextuel. Puis cliquez sur "Qu'est-ce qu'il y a ici?"
  3. Un marqueur apparaît à l'endroit souhaité et ses coordonnées apparaissent dans la zone de texte de recherche de Google Maps (par exemple 46.232733, 6.134357).
- Ensuite, vous pouvez copier les coordonnées à partir de la zone de texte de recherche

**B6. Numéro de téléphone des clients / patients souhaitant accéder aux services**

Numéro de téléphone de l'établissement que les clients peuvent utiliser pour prendre rendez-vous ou demander des informations. Ce numéro pourrait figurer dans un répertoire des services disponibles pour le traitement des toxicomanies dans votre pays. Veuillez utiliser le format national pour les numéros de téléphone. Évitez le «+» qui pourrait causer des difficultés dans Excel.

**B7. Services de traitement officiellement accrédités? (Oui ou Non)**

Si le traitement est officiellement reconnu soit par le gouvernement (par exemple, le Ministère de la Santé) ou par d'autres organisations, et est autorisée à fournir des services de traitement, répondez « oui », sinon, répondez « non ». Sélectionnez la réponse appropriée.

**B8. Détails d'accréditation**

Veuillez indiquer le nom de l'institution qui a fourni l'accréditation. Veuillez fournir les coordonnées disponibles (par exemple, site Web, adresse).

**Partie C: Description de l'établissement et du traitement offert**

Notez que si un établissement de traitement offre des services distincts, chaque service doit remplir un formulaire d'enquête distinct, en indiquant leur relation avec l'établissement parental. (Données publiques)

Sélectionnez le type d'établissement auquel cette enquête fait référence. Si l'établissement fournit divers services qui peuvent appartenir aux types énumérés ci-dessous, n'indiquez qu'un type d'établissement en fonction des services qu'il fournit principalement (par rapport au nombre de clients desservis annuellement).

<b>C1. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre établissement (Ne cochez qu'une seule case)</b>	
Service à bas seuil	<input type="checkbox"/>
Service de santé général (soins de santé primaire)	<input type="checkbox"/>
Service de traitement ambulatoire spécialisé des troubles liés à l'usage de substances	<input type="checkbox"/>
Service résidentiel de traitement des troubles liés à l'usage de substances en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/>
Service de traitement des troubles liés à l'usage de substances en établissement non hospitalier	<input type="checkbox"/>
Service de santé mentale	<input type="checkbox"/>
Communauté thérapeutique	<input type="checkbox"/>
Service spécialisé de réinsertion sociale	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser)	

**Service à bas seuil :** le terme à «bas seuil» décrit un cadre de mise en œuvre facilitant l'accès des usagers de drogues aux services de santé et aux services sociaux, en particulier un milieu qui aide à prévenir et à réduire les méfaits liés à la santé et à la consommation de drogues. Pour encourager l'utilisation de ces services, il y a généralement peu de bureaucratie, souvent aucun paiement n'est exigé, et le service n'exige pas que le toxicomane s'abstienne de l'usage de drogues. Ces centres ciblent les utilisateurs actuels, les groupes difficiles à atteindre et les groupes à haut risque parmi les toxicomanes et les utilisateurs expérimentaux. Cela inclut les services de proximité et les centres d'accueil ainsi que les services sociaux de base.

Services de soins de santé généraux (soins de santé primaires) : soins de santé de base ou généraux, généralement un point d'entrée dans le système de santé fournissant des services pour une gamme de troubles. Les services sont fournis à des individus ou à des communautés dans le but de promouvoir, maintenir, surveiller ou rétablir la santé. C'est la base pour les références vers des soins de santé plus spécialisés au besoin. Cette catégorie comprend les médecins généralistes.

Parmi un éventail d'autres services de santé, les prestataires de soins de santé primaires offrent également parfois des éléments de traitement de la toxicomanie.

Service de traitement spécialisé des troubles liés à l'usage de substances en ambulatoire : Décrit un établissement ou un service hospitalier spécifique où les patients en consultation externe reçoivent un traitement médical et des conseils pour leur trouble de l'usage de substance, sans être hospitalisés

Service résidentiel de traitement des troubles liés à l'usage de substances en milieu hospitalier : Décrit un établissement résidentiel qui fournit des soins infirmiers et / ou des soins médicaux 24 heures sur 24 aux personnes malades ou blessées, y compris aux personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances.

Service de traitement des troubles liés à l'usage de substances en milieu résidentiel non hospitalier : Décrit un établissement dans lequel les toxicomanes vivent ensemble et suivent un programme d'aide psychologique ou de thérapie en vue de réaliser un changement social et psychologique. Un éventail d'approches théoriques, y compris les thérapies familiales, psychodynamiques, comportementales et cognitives, les approches médicales ou les approches en douze étapes peuvent soutenir des programmes de traitement en résidentiels.

Service de soins de santé mentale : Ce service est axé sur la fourniture d'une gamme de services de soins de santé mentale, pouvant inclure le traitement des troubles liés à l'usage de drogues. Les services de soins de santé mentale comprennent généralement une variété de services fournis aux personnes de tous âges, notamment des services de conseil, de psychothérapie, de psychiatrie, d'intervention en cas de crise et de groupes de soutien. Cependant, ces établissements ne sont pas uniquement axés sur la fourniture d'un traitement contre la toxicomanie.

Communauté thérapeutique :

En règle générale, un environnement sans drogue dans lequel les personnes toxicomanes vivent ensemble de manière organisée et structurée afin de promouvoir un changement social et psychologique. La philosophie centrale est que les résidents participent activement à leur propre traitement, et que la responsabilité de la gestion quotidienne de la communauté est partagée entre les résidents et les membres du personnel.

Service spécialisé de réinsertion sociale : Etablissement principalement axé sur les services de réinsertion sociale (services relatifs au logement, à l'éducation et à l'emploi) destinés aux groupes vulnérables.

Autre : Si votre établissement ne correspond à aucune des catégories ci-dessus, veuillez proposer une autre catégorie.

## **C2. Affiliation de l'établissement de traitement (en choisir un) (données publiques)**

Veillez indiquer si votre établissement est:

- public / gouvernemental
- privé (à but lucratif)
- à but non lucratif (ONG)
- autre (précisez ci-dessous)

Si autre, veuillez préciser:

### **C2. Affiliation de l'établissement de traitement**

Public / Gouvernement: sélectionnez cette option si l'établissement fait partie du système de santé public géré par le gouvernement.

Non gouvernemental à but lucratif (privé) : sélectionnez cette option si l'établissement est géré par une société à but lucratif, cotée en bourse ou à capital privé.

ONG non gouvernementale à but non lucratif: indiquez si l'établissement est une organisation à but non lucratif ou une entreprise sociale.

### **C3a. Indiquez le pourcentage et la source de votre financement. Toutes les réponses doivent être indiquées en pourcentage (%) (données consolidées).**

- Ministère de la Santé	
- Ministère des Affaires Sociales	
- Ministère pour le Contrôle de la Drogue	
- Ministère de la Justice	
- Ministère de l'Intérieur	
- Ministère de l'Education	
- Non applicable	
- Budget local (ex municipal)	
- Assurance santé publique	
- Assurance santé privée	
- Organisation Internationale	
- Fond Mondial (GF ATM)	
- Autre, veuillez préciser:	
- <b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

### **C3a. Indiquez le pourcentage et la source de votre financement.**

Indiquez en pourcentage vos sources de financement au cours de la dernière année civile.

### **C3b. Quel était le budget total de l'établissement au cours de la dernière année civile en monnaie locale et en USD ? (Données consolidées)**

Monnaie locale	Équivalent en USD

### **C3b. Quel était le budget total de l'établissement au cours de la dernière année civile en devise locale et en équivalent USD?**

Indiquez le budget annuel de la dernière année civile dans votre devise locale et en équivalent USD.

<b>Frais/Paiements directs</b>	
<b>C4.</b> Est-ce que les patients doivent payer des frais médicaux non-remboursés par la sécurité sociale ou leur assurance? (données publiques)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>C5.</b> Coûts moyens par jour pour les patients hospitalisés (paiement direct du patient) / par jour (préciser la devise) (données consolidées)	
<b>C6.</b> Coûts moyens par jour pour les patients en ambulatoire (paiement direct du patient) / par jour (préciser la devise) (données consolidées)	

**C4.** Est-ce que les patients doivent payer des frais médicaux non remboursables ? (Rayer ou effacer la mention inutile)

Ce champ identifie si les clients doivent payer directement pour les services. Rayer ou effacer la mention inutile. Laissez « non » si le traitement est gratuit pour tous les clients (par exemple, parce que les services sont financés par le système de santé nationale, par un impôt spécifique, ou par les assurances de santé publique ou sont financés par des dons de bienfaisances). Laissez « oui » si tous les clients doivent payer directement de leur poche. Si des clients sont pris en charge par des compagnies d'assurance privées, ils doivent être considérés comme si ils payaient eux-mêmes pour le traitement (donc garder « oui » et rayer « non »). Si les clients doivent payer un certain pourcentage des frais totaux comme paiement direct, rayez également « non ».

**C5.** Coût moyen par jour pour les patients hospitalisés (veuillez préciser en devise locale et en USD)

Si les patients doivent effectuer des paiements directs (« oui » à la question précédente), veuillez estimer le coût moyen par jour pour les patients hospitalisés dans un centre de traitement résidentiel. Veuillez préciser en devise locale et en USD. Si cette information est commercialement sensible, vous pouvez choisir de ne pas répondre à cette question. Veuillez l'indiquer en notant n / a.

**C6.** Coûts moyens par patient en ambulatoire (paiement direct du patient) / jour (en devise locale et en USD)

Si les patients doivent effectuer des paiements directs, estimez le coût moyen quotidien des traitements ambulatoires pour chaque patient, en devise locale ou en dollars USD. Si cette information est commercialement sensible, vous pouvez choisir de ne pas répondre à cette question. Veuillez l'indiquer en notant n / a.

<b>C7. Cet établissement entretient-il une collaboration établie avec les institutions suivantes listées. A laquelle peut-il référer des clients? (Données consolidées)</b>	<b>OUI</b>
Établissements de santé (hôpitaux, médecins généralistes, par exemple)	<input type="checkbox"/>
Services sociaux (par exemple, logement / éducation / emploi / fournisseurs de services)	<input type="checkbox"/>
Prison et services de probation	<input type="checkbox"/>
Autres services spécialisés de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme (consultations externes ou hospitalisées)	<input type="checkbox"/>

**C7.** Cet établissement entretient-il une collaboration établie avec les institutions suivantes. A laquelle peut-il référer des clients ?

Sélectionnez « oui » si votre établissement a une collaboration établie avec les institutions respective listées.



C8a. Services disponibles au sein du centre de traitement (données publiques)	Cochez si disponible	
Gestion des symptômes de sevrage	<input type="checkbox"/>	
Traitement de maintenance aux opiaces par agonistes opioïdes (par exemple méthadone ou buprénorphine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prescrire <input type="checkbox"/> Dispenser
Assistance psychosociale de courte durée (moins de 2 semaines)	<input type="checkbox"/>	
Assistance psychosociale de longue durée (plus de 2 semaines)	<input type="checkbox"/>	<i>Si oui, précisez le traitement psychosocial le plus courant.</i>
		<input type="checkbox"/> • Thérapie cognitivo-comportementale <input type="checkbox"/> • Thérapie de renforcement de la motivation <input type="checkbox"/> • Gestion des contingences <input type="checkbox"/> • Thérapie familiale <input type="checkbox"/> • Thérapie de groupe <input type="checkbox"/> • Facilitation en 12 étapes <input type="checkbox"/> • Thérapie individuelle <input type="checkbox"/> • Gestion de cas <input type="checkbox"/> • Traitement via Internet / sur le web <input type="checkbox"/> • Autre, veuillez préciser
Disponibilité de services de gestion de la naloxone et des surdoses au sein du centre de traitement	<input type="checkbox"/>	
Fourniture à domicile de naloxone et formation à la gestion des surdoses	<input type="checkbox"/>	
Aide à la création d'emploi / de revenus	<input type="checkbox"/>	
Formation scolaire / professionnelle	<input type="checkbox"/>	
Logement / Aide au logement	<input type="checkbox"/>	
Services à bas seuil, de « première ligne » « outreach » ou « d'accueil » « drop-in services » pour toxicomanes de rue ou sans abris	<input type="checkbox"/>	
Autres services (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	

**C8a.** Disponibilité du service au sein du centre de traitement

Sélectionnez «disponible» si votre établissement offre le service correspondant et spécifiez le cas échéant.

C8b. Fréquence des services de traitement de base disponibles (données consolidées)	Spécifiez le nombre de personnes qui ont reçu ce service au cours de la dernière année civile	Nombre de clients / patients traités en une seule journée (voir instruction D10 si nécessaire)		
		Date de la journée d'enquête		
		Jour	Mois	Année
		Nombre d'employés absents ce jour-là:		
Gestion du sevrage (désintoxication)				
Traitement de maintenance aux opiacés par agonistes opioïdes (par exemple méthadone ou buprénorphine)				
Assistance psychosociale de courte durée (moins de 2 semaines)				
Assistance psychosociale de longue durée (plus de 2 semaines)				
Disponibilité au sein du centre de traitement de services de gestion de la naloxone et des surdoses				
Fourniture à domicile de naloxone et formation à la gestion des surdoses				
Aide à la création d'emploi / de revenus				
Formation scolaire / professionnelle				
Logement / Aide au logement				
Services à bas seuil, de « première ligne » « outreach » ou « d'accueil » « drop-in services » pour toxicomanes de rue ou sans abris				
Autre, veuillez préciser:				

**C8b. Fréquence des services médicaux de base disponibles**

Veuillez spécifier la fréquence des services disponibles.

C8c. Disponibilité d'autres services médicaux (données consolidées)	Spécifiez le nombre de personnes qui ont reçu ce service au cours de la dernière année civile	Nombre de clients / patients traités en une seule journée (voir instruction D10 si nécessaire)		
		Date de la journée d'enquête		
		DD	MM	YY
		Nombre d'employés absents ce jour-là:		
Disponibilité de matériel d'injection stérile aux consommateurs de drogues injectables				
Distribution de préservatifs et de lubrifiant				
Pharmacie sur place (distribution supervisée de médicaments)				
Test de dépistage du VIH sur place				
Tests pour l'hépatite C sur place				
Tests pour l'hépatite B sur place				
Traitement ARV sur place du VIH / SIDA				
Traitement de l'hépatite C sur place				
Vaccination contre l'hépatite B sur place				
Traitement de l'hépatite B sur place				
Autre, veuillez préciser:				

VIH: virus de l'immunodéficience humaine  
 SIDA: syndrome d'immunodéficience acquise  
 ARV: traitement antirétroviral

**C8c. Prestation d'autres services médicaux**

Sélectionnez «disponible» si votre établissement offre le service correspondant et spécifiez la fréquence.

C8d. Services adaptés / fournis à des populations particulières (données consolidées)	Spécifiez le nombre de personnes qui ont reçu ce service au cours de la dernière année civile	Nombre de clients / patients traités en une seule journée (voir instruction D10 si nécessaire)		
		Date de la journée d'enquête		
		DD	MM	YY
		Nombre d'employés absents ce jour-là:		
Disponibilité de services liés à la drogue aux détenus				
Service spécifiquement destiné aux clients du système de justice pénale (délinquants visés par le système de justice pénale mais ne purgeant actuellement aucune peine en prison)				
Service intégré pour les clients ayant des troubles concomitants de troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances (alcool et / ou drogues)				
Service spécialisé pour les femmes				
Service spécialisé pour les femmes enceintes				
Service spécialisé pour les personnes âgées (> 50)				
Service spécialisé pour les adolescents avec de troubles liés à l'usage de substances (12-18 ans)				
Service spécialisé pour les enfants avec de troubles liés à l'usage de substances (4-11 ans)				
Service spécialisé pour les travailleurs du sexe				
Service spécialisé pour les groupes ethniques et minoritaires, les migrants et les réfugiés				
Service spécialisé pour les personnes sans abri				
Service spécialisé pour les personnes LGBTQI				
Autres services (veuillez préciser)				

LGBTQI: lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer et intersexués

**C8d. Services adaptés / fournis à des populations particulières**

Indiquez si votre établissement offre des services adaptés aux populations spéciales et précisez la fréquence

**Partie D: Nombre de personnes traitées (données consolidées) (toute la partie D)**

<b>D1. Type de patients traités par l'établissement</b>		
Tous les patients ont des troubles liés à l'utilisation de substances (par exemple, le service est axé sur les troubles liés à l'utilisation de substances). Si oui, veuillez sélectionner le cas approprié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> drogues <input type="checkbox"/> L'alcool et la drogues
Le service de traitement est axé sur les troubles mentaux, y compris, mais sans s'y limiter, les troubles liés à l'utilisation de substances.	<input type="checkbox"/>	(Si vous avez répondu oui, veuillez-vous référer attentivement à D2.)
Le service de traitement est axé sur tous les problèmes de santé (soins primaires, hôpital général)	<input type="checkbox"/>	(Si vous avez répondu oui, veuillez-vous référer attentivement à D2.)
Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>	

**D1. Type de patients traités par l'établissement**

Veuillez sélectionner la case appropriée en fonction de l'objectif de votre établissement et du type de patients sur lequel se concentre l'établissement. Si tous les patients ont des troubles liés à l'utilisation de substances, sélectionnez-les de manière appropriée dans la catégorie «veuillez préciser». Si «autre», spécifiez le type de patients que votre établissement traite.

<b>D2. Proportion de patients présentant des troubles liés à l'utilisation de substances</b>	
Tous les patients ont des troubles liés à l'utilisation de substances (par exemple, le service est axé sur les troubles liés à l'utilisation de substances). Indiquer en pourcentage.	%

**D2. Proportion de patients présentant des troubles liés à l'utilisation de substances**

Estimez la proportion de vos patients présentant des troubles liés à l'utilisation de substances. Si l'établissement se concentre sur les troubles liés à l'utilisation de substances, ce nombre sera probablement proche de 100%.

Volume de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances par type de traitement									
Types de traitement	Veuillez sélectionner le cas approprié	D3. Nombre de personnes considérées «en traitement» (voir les instructions)		D4. Nombre total d'épisodes de traitement par an		D5. Durée moyenne de traitement en nombre de jours		D6. Nombre total de clients / patients traités au cours de la dernière année civile	
		R	E	R	E	R	E	R	E
Patients hospitalisés / Résidentiel	<input type="checkbox"/>								
Consultation externe (à l'exclusion des personnes ayant reçu un traitement de maintenance aux opiacées)	<input type="checkbox"/>								
<b>Total de ci-dessus</b>									

Les données Réelles  
Estimation

Si vous ne pouvez pas fournir de données précises pour le **D3-D6**, veuillez compléter le **D7** *Nombre total de personnes traitées en une seule journée.*

D7. Nombre total d'individus traités en une seule journée	Jour	Mois	Année
Types de traitement	Nombre total d'individus traités en une seule journée		
Patients hospitalisés / Résidentiel			
Consultation externe (à l'exclusion des personnes ayant reçu un traitement de maintenance aux opiacées)			
Personnes ayant reçu un traitement de maintenance aux opiacées (à la méthadone ou à la buprénorphine)			

Si les données réelles ne sont pas disponibles, veuillez inclure une estimation.

Traitement de maintenance aux opiacées (à la méthadone ou à la buprénorphine) : Traitement de la toxicomanie par prescription d'un opioïde à action prolongée comme la méthadone ou la buprénorphine, dans le but de réduire ou d'éliminer la consommation des opiacées et de prévenir les conséquences néfastes pour la santé et les conséquences sociales liées à cette consommation.

Dans la ligne «TOTAL», indiquez le nombre total de patients sous traitement.

**D3. Nombre de personnes considérées «en traitement»**

Pour les patients hospitalisés, cela correspond au nombre de patients actuellement hospitalisés ou sous traitement résidentiel dans un hôpital; pour un traitement ambulatoire, il s'agit du nombre de personnes bénéficiant d'un traitement régulier à la clinique au cours du dernier mois.

**D4. Nombre total d'épisodes de traitement par an**

Indiquez le nombre total d'épisodes de traitement au cours d'une année (dernière année civile ou l'année la plus récente pour lesquelles des données sont disponibles), selon le type de traitement / cadre de traitement.

Nombre d'épisodes de traitement : concerne le nombre total d'hospitalisations pour une année donnée, y compris les hospitalisations répétées du même client / patient.

**D5. Durée moyenne de traitement en nombre de jours**

Donnez une estimation de la durée moyenne de traitement en nombre de jours.

**D6. Nombre total de clients / patients traités au cours de la dernière année civile**

Veillez indiquer le nombre de personnes qui ont bénéficié de services de traitement au cours de la dernière année civile.

**D7. Nombre total d'individus traités en une seule journée**

Veillez indiquer le nombre de personnes ayant reçu un traitement pendant un jour donné. Veillez également indiquer la date d'observation.

DRAFT

Traitement de la toxicomanie - volume de traitement par substance principale	Substance spécifique	D8. Nombre d'épisodes de traitement au cours de la dernière année civile	D9. Nombre de clients individuels / patients traités au cours de la dernière année civile	D10. Nombre de clients / patients traités en une seule journée (voir les instructions)		
				Date de la journée d'enquête		
				Jour	Mois	Année
				Nombre d'employés absents ce jour-là:		
		<input type="checkbox"/> Données réelles <input type="checkbox"/> Estimée	<input type="checkbox"/> Données réelles <input type="checkbox"/> Estimée	<input type="checkbox"/> Données réelles <input type="checkbox"/> Estimée		
<b>1. Alcool</b>						
<b>2. Opiacés</b>	Héroïne					
	Opium					
	Opioides prescrits					
	Autre					
	Non connu					
	Total					
<b>3. Cannabis (y compris synthétique)</b>	Cannabis					
	Cannabinoïdes synthétiques					
	Autre					
	Non connu					
	Total					
<b>4. Substances de type cocaïne</b>	Crack cocaïne					
	Cocaine (Chlorhydrate de cocaine)					
	Autre					
	Non connu					
	Total					
<b>5. Stimulants autres que la cocaïne</b>	Amphétamines					
	Méth- amphétamines					
	Ecstasy					
	Cathinones de synthèse					
	Autre					
	Non connu					
	Total					



Traitement de la toxicomanie - volume de traitement par substance principale	Substance spécifique	D8. Nombre d'épisodes de traitement au cours de la dernière année civile	D9. Nombre de clients individuels / patients traités au cours de la dernière année civile	D10. Nombre de clients / patients traités en une seule journée (voir les instructions)
				Date de la journée d'enquête :
				Nombre d'employés absents ce jour-là :
<b>6. Hypnotiques et sédatifs</b>	Benzodiazépines			
	Barbituriques			
	Autre			
	Non connu			
	Total			
<b>7. Hallucinogènes</b>	LSD			
	Kétamine			
	Autre			
	Non connu			
	Total			
<b>8. Substances volatiles inhalées</b>	Total			
<b>9. Nicotine</b>	Total			
<b>10. Autre, veuillez préciser</b>	Total			

Les données réelles sont préférées. Si les données réelles ne sont pas disponibles, veuillez inclure une estimation.

Si vous ne pouvez pas fournir de données précises pour **D8-D9**, veuillez remplir **D10**. *Nombre de clients / patients traités en une seule journée.*

**D8. & D9.** *Nombre total d'épisodes de traitement individuels/patients traités au cours de la dernière année civile*

Complétez les données concernant le nombre total de patients admis au cours d'une année (la dernière année civile ou la dernière année civile pour laquelle des données sont disponibles), par substance principale, en donnant le total des épisodes de traitement au **D8** et le nombre total de patients au **D9**. Si possible, et si vous le connaissez, donnez également un sous-total pour des substances spécifiques. Sinon, confirmez le sous-total dans la catégorie «inconnu» ou indiquez la quantité de substances non énumérées dans la catégorie «autre».

Les sous-catégories tentent de faciliter la notification du volume de traitement car il existe différentes manières de mesurer le volume de traitement. Toutefois, si seule la substance principale est enregistrée, veuillez ne fournir que le nombre total dans la case correspondante dans les **D8** et **D9**.

**D10.** *Nombre de clients / patients traités en une seule journée*

Veuillez fournir l'estimation d'une journée dans votre établissement. Sélectionnez une journée de travail typique au moins deux semaines à l'avance.

## **PARTIE E: Capacité de traitement**

En complétant **E1, E3-E4.**, Vous pouvez soit répondre aux questions sur la base des données de l'ensemble de l'établissement, soit uniquement sur les patients toxicomanes - veuillez indiquer ci-dessous en sélectionnant: (Données consolidées)

**Etablissement entier**

**Patients toxicomanes seulement**

### **E1. Ressources physiques (bâtiments)**

<b>Pavillons de traitement hospitaliers</b>	<b>1.1. Nombre de lits (données publiques)</b>		<b>1.2. Taux d'occupation des lits (%) (données consolidées)</b>	
<b>Centres de traitement ambulatoires</b>	<b>1.3. Nombre de salles de consultation pour voir les patients (données publiques)</b>			

#### **E1. Ressources physiques (bâtiments)**

Remplissez la section qui s'applique à votre établissement, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire, en utilisant des chiffres précis.

Pour les établissements traitant des patients hospitalisés :

- Nombre de lits pour le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances. Ceci sert d'indicateur de la capacité de traitement des patients hospitalisés. Identifie le nombre de lits disponibles pour les patients hospitalisés/ en établissement. Dans les centres où les arrangements en matière de couchage sont moins formels (par exemple, des nattes ou des couvertures étalées sur le sol), le programme de traitement peut compter le nombre maximal de personnes pouvant passer une nuit dans l'établissement, le «lit» étant considéré comme une mesure de capacité de couchage.
- Taux d'occupation : moyenne en pourcentage de lits occupés par patients (quelle que soit la période récente disponible, c'est-à-dire la dernière année civile).

Pour les établissements de traitement ambulatoires:

- Nombre de chambres pour voir les patients / clients Ceci sert d'indicateur de la capacité de traitement en ambulatoire.

**(Données publiques)**

### **E2. Sélectionnez chaque jour de la semaine que cette installation est ouverte aux clients pendant la journée et la nuit**

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Jeudi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
<b>Jour</b>							
<b>Nuit</b>							

#### **E2. Sélectionnez chaque jour de la semaine que cette installation est ouverte aux clients pendant la journée et la nuit**

Veuillez indiquer les heures d'ouverture de l'établissement tous les jours de la semaine, de jour comme de nuit.

Ressources humaines (Données consolidées)	E3. Veuillez préciser le nombre de membres du personnel de chaque type	E4. Nombre équivalent d'employés à temps plein
Personnel médical		
<i>- Médecins spécialisés en toxicomanie ou psychiatrie addictologie</i>		
<i>- Psychiatres généralistes</i>		
<i>- Médecins non-spécialistes en médecine de la toxicomanie ou en psychiatrie</i>		
Infirmiers		
<i>- Infirmiers spécialisés en santé mentale et psychiatrie, et toxicomanie</i>		
<i>- Infirmiers généralistes</i>		
Infirmiers auxiliaires		
Pharmaciens		
Psychologues		
Travailleurs sociaux		
Autre professionnels (diplômés)		
Autres membres du personnel qui fournissent des traitements (anciens patients, travailleurs non-médicaux)		
<i>- Travailleurs de proximité (« bas seuil » et « première ligne »)</i>		
<i>- Agents de santé communautaire</i>		
<i>- Bénévoles</i>		
<i>- Autres (veuillez préciser)</i>		
Individuel qui ne fournissent pas de traitement		
<i>- Membres du personnel</i>		
<i>- Bénévoles / stagiaires</i>		

**E3.***Veillez préciser le nombre de membres du personnel de chaque type*

Enumérez le nombre total de membres de personnel pour chacune des catégories qui fournissent des traitements dans l'établissement (Voir les notes pour **E2**).

**E4.***Nombre équivalent d'employés à temps plein*

Pour calculer « le nombre équivalent d'employés à temps plein », ajoutez le nombre de personnel à temps partiel et les employés à temps plein dans chaque catégorie afin d'estimer le nombre équivalent d'employés à temps plein. Si l'établissement traite également d'autres types de patients (par exemple problèmes de santé mentale), ne tenez compte que de la proportion du temps consacré au traitement de la toxicomanie avec l'estimation finale calculée en équivalents à temps plein.

Exemple 1: 2 employés travaillant 50% du temps compteraient pour 1 équivalent à temps plein.

Exemple 2: s'il y a 2 infirmières à temps plein et 3 autres infirmières travaillant à mi-temps, le nombre équivalent d'employés à temps plein serait  $2 \times 1 + 3 \times 0,5 = 3,5$  équivalents à temps plein.

Exemple 3: dans un hôpital psychiatrique, il y a 10 psychiatres à temps plein, qui passent en moyenne une journée par semaine à voir des patients atteints de troubles liés à la toxicomanie - ceux-ci compteraient comme 2 équivalents temps plein.

**E5.***Veillez décrire vos liens avec d'autres services de santé ou services sociaux dans votre travail de soutenir les personnes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances (250 mots maximum) (données consolidées).*

Donnez votre avis sur les liens qui unissent votre établissement et sur la collaboration avec d'autres établissements et services, afin que vous puissiez avoir une idée du fonctionnement de l'ensemble du système de traitement. Par exemple, indiquez d'où viennent habituellement vos patients, si vous les référez vers d'autres services de traitement et si les patients reçoivent généralement des services de traitement d'autres établissements en même temps que ce dont vous dispensez.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**E6.***Veillez décrire les services de traitement fournis par votre établissement afin qu'il puisse être présenté au public d'une manière satisfaisante (250 mots maximum) (peuvent être rendus publics) (données publiques).*

Veillez inclure une description des services fournis par votre établissement, tels que vous souhaitez qu'ils apparaissent dans un répertoire potentiel d'établissements de traitement. Si les réponses aux questions ci-dessus ne sont pas satisfaisantes, veuillez inclure une description des types de patients à traiter et des services offerts. Veuillez inclure des informations sur la philosophie du service, ou toute autre information pouvant aider les personnes à trouver le centre de traitement le plus approprié pour elle.

---

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E7.Si vous avez d'autres informations pertinentes sur votre établissement, veuillez les fournir ci-dessous.**

Fournissez toute information supplémentaire sur votre établissement qui, selon vous, pourrait ne pas être correctement représentée dans ce questionnaire, ou tout commentaire sur l'enquête. Veuillez indiquer votre préférence si vous souhaitez que votre réponse soit rendue publique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E8.Veuillez estimer le temps qu'il vous a fallu pour remplir ce formulaire: \_\_\_\_\_ heures et \_\_\_\_\_ minutes.**

Veuillez préciser en heures et en minutes le temps qui vous a été nécessaire pour remplir le formulaire. Veuillez inclure le temps pris pour compléter le questionnaire et non pas le temps pris recueillir les données nécessaires à son remplissage, mais inclure le temps passé à exécuter toute nouvelle analyse de données qu'il a été nécessaire de mener.

De plus, si vous avez des photos de votre établissement (ex. de la rue), ainsi que toutes autres vues pouvant être rendue publiques, veuillez les inclure (prière ne pas inclure le visage des patients).

Veuillez envoyer le questionnaire dûment rempli à

\_\_\_\_\_

(indiquez l'organisation qui a localement effectuée l'enquête).

*Merci de votre collaboration et d'avoir pris le temps de remplir cette enquête.*