

# RAPPORT ANNUEL DES CENTRES DE TRAITEMENT DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES (PNLAADA)

Numéro de l'ICD et année financière : HC-P008 (2022-2023)

**NOTE :** Ce document présente les exigences en matière de rapports pour l'ICD no HC-P008. Il ne s'agit pas d'un modèle de rapport ni d'un outil de collecte de données. Le cas échéant, les modèles de rapport, les guides et les outils de collecte de données qui vous aideront à respecter vos exigences en matière de rapports vous seront fournis par votre bureau régional. Veuillez communiquer avec votre [bureau régional de la DGSPNI-SAC](#) si vous n'avez pas reçu de copie des documents, ou si vous avez des questions ou besoin d'aide.

## Exigences du programme en matière de rapports :

<b>Coordonnées</b>	
Nom du centre de traitement	
Adresse du centre de traitement	
Personne-ressource	
Téléphone	
Courriel	
<b>Informations supplémentaires</b>	
Fréquence d'admission (continue en bloc)	
Durée moyenne du cycle de traitement en jours	
Type de financement reçu (PNLAADA, PNLASJ, ou PNLAADA et PNLASJ à la fois)	
Nombre de lits financés en vertu du (PNLAADA)	
Nombre de lits financés en vertu du (PNLASJ)	
Nombre de lits financés par (autre)	
Programmes offerts en anglais	
Programmes offerts en français	
Programmes offerts en langues autochtones (précisez)	
Accessible aux clients ayant une incapacité physique	Oui/Non
Accepte les femmes enceintes	Oui/Non
Accepte les clients aiguillés par les tribunaux ou Services correctionnels	Oui/Non
Accepte les clients qui prennent de la méthadone	Oui/Non
Accepte les clients qui prennent du Suboxone	Oui/Non
Accepte les clients qui prennent d'autres médicaments psychotropes	Oui/Non
<b>Type de programmes offerts</b>	
Cycle propre à l'identité de genre	Oui/Non
Adapté aux troubles concomitants	Oui/Non
Pensionnats	Oui/Non

Sur le terrain	Oui/Non
Selon l'identité de genre	Oui/Non
Traitement familial	Oui/Non
Counseling pour les enfants	Oui/Non
Counseling de couple	Oui/Non
Spécialisé dans le traitement de l'abus de médicaments sur ordonnance en particulier	Oui/Non
Autre (veuillez préciser)	
<b>Accès à du personnel spécialisé au centre</b>	
Personnel enseignant ou école sur place pour les enfants	Oui/Non
Accès à la garde d'enfants	Oui/Non
Services directs d'un psychologue ou d'un psychiatre	Oui/Non
Supervision clinique par un psychologue ou un psychiatre	Oui/Non
Gestionnaire de cas	Oui/Non
Aîné	Oui/Non
Spécialiste des cultures	Oui/Non
Membre du clergé	Oui/Non
Autre (précisez)	
<b>Accès à du personnel spécialisé à l'extérieur du centre</b>	
Services directs d'un psychologue ou d'un psychiatre	Oui/Non
Supervision clinique par un psychologue ou un psychiatre	Oui/Non
Gestionnaire de cas	Oui/Non
Aîné	Oui/Non
Spécialiste des cultures	Oui/Non
Membre du clergé	Oui/Non
Autre (précisez)	

**(B) (i) Nombre total de demandeurs, (ii) nombre total d'admissions et (iii) nombre total de clients ayant terminé le traitement, en fonction de l'identité de genre.**

	Demandeurs	Admissions	Traitement terminé
Nombre de femmes			
Nombre d'hommes			
Nombre de clients d'autres identités de genre			
Nombre de clients de genre inconnu			

**(B) (iv) Nombre total de jours opérationnels et non opérationnels.**

Nombre total de jours opérationnels	
Nombre total de jours non opérationnels	

**(B) (v) Taux d'occupation**

Taux d'utilisation des lits	
Taux d'utilisation des services	

**(B) (vi) Nombre total de conseillers en toxicomanie agréés et non agréés dans les centres de traitement.**

Nombre de conseillers en toxicomanie agréés	
Nombre de conseillers en toxicomanie non agréés	

**PIÈCES JOINTES :** Une documentation pertinente (telle qu'un certificat ou une lettre valide) doit être fournie pour les conseillers agréés.

**(B) (vii) Nombre total et type de renvois à des services après traitement par le centre vers des services de soins de santé mentale ou de suivi en toxicomanie et de soutien communautaire.**

Type	Nombre
Activités et soutiens culturels	
Aîné	
Médecin	
Psychiatre ou psychologue	
Soutiens communautaires en matière de santé mentale	
Travailleurs communautaires dans le domaine de la toxicomanie	
Soutien à l'emploi	
Éducation ou formation professionnelle	
Services de logement	
Services et programmes provinciaux	
Soutiens et programmes pour les familles (p. ex. Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves [PAPAR], Programme canadien de nutrition prénatale [PCNP], Programme de soins de santé maternelle et infantile [SMI])	
Services de gestion de cas	
Programmes communautaires de soutien par les pairs	
Autre (précisez)	

**(B) (viii) Nombre de clients par identité de genre pour chacun des indicateurs suivants:**

a) Répartition de l'âge des clients par identité de genre

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Autre	Inconnu
<15				

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Autre	Inconnu
15-17				
18-24				
25-34				
35-44				
45-54				
55-64				
65+				
Nombre total de clients				

b) Statut des clients par identité de genre

Statut	Hommes	Femmes	Autre	Inconnu
Premières Nations (inscrit)				
Premières Nations (non inscrit)				
Inuits reconnus				
Nombre total de clients				

c) Clients ayant reçu un diagnostic du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux par identité de genre

Hommes	Femmes	Autre	Inconnu

d) Région d'origine des clients par identité de genre

Région	Hommes	Femmes	Autre	Inconnu
Atlantique				
Québec				
Ontario				
Manitoba				
Saskatchewan				
Alberta				
Nord				
Colombie-Britannique				
Nombre total de clients				

e) Clients ayant des idées suicidaires, par identité de genre

Hommes	Femmes	Autre	Inconnu

f) Niveau de scolarité des clients par identité de genre

Niveau de scolarité	Hommes	Femmes	Autre	Inconnu
Études secondaires non terminées				
Études secondaires terminées				
Quelques cours postsecondaires				
Études postsecondaires terminées				

2. Une **description** des réussites et des défis opérationnels du PNLAADA au centre de traitement :

*Insérer le texte*

3. Si le bénéficiaire commence à participer ou participe au processus d'attestation auprès d'un organisme d'attestation agréé :

**PIÈCES JOINTES:** Copie de la partie A : Facture de l'organisme d'attestation.