Les fondements théoriques du système de management de la qualité (SMQ) QuaThéDA

QuaThéDA, la norme qualité pour le domaine des dépendances

Sommaire

Le modèle de processus

Construction logique d'un SMQ

Cohérence: liens entre le modèle de processus et la construction logique

Désignation obligatoire des instruments de MQ

Le noyau d'un SMQ

Impressum
© Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Reproduction autorisée avec mention de la source
Editeur : Office fédéral de la santé publique
Date de publication : avril 2006
Auteurs : General Consulting Network, Winterthur et l'équipe de projets QuaThéDA sous la direction de René Stamm, Office fédéral de la santé publique en collaboration avec des spécialistes du domaine des dépendance.

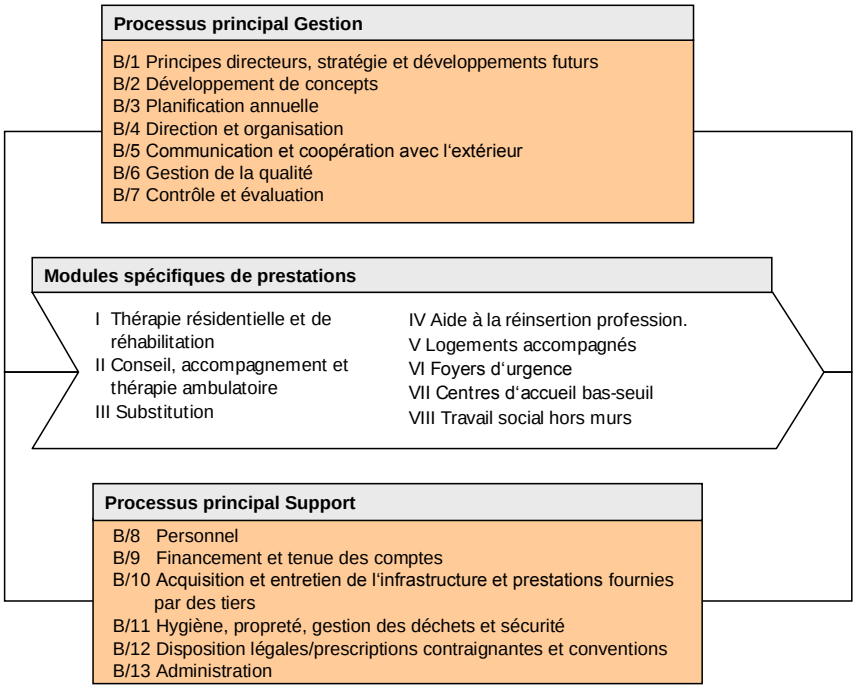
Traduction : Elizabeth Neu

Tirage : français

Renseignements et commande :
Office fédéral de la santé publique
Programmes nationaux de prévention
Section Drogues
3003 Berne
Courriel : Commande@quatheda.ch

Le modèle de processus

Les **processus** sont le fondement structurel d'un système de management de la qualité (SMQ). QuaThéDA établit une distinction entre un module de base, qui contient les processus de management et de support, et huit modules spécifiques incluant des processus de prestations de services propres aux dépendances.



Les processus de management recouvrent tous les processus qui relèvent de la direction d'une institution. Les processus de support contribuent à la prestation des services. Ces deux types de processus sont des conditions importantes à remplir pour assurer des processus de prestations de la meilleure qualité possible.

Les processus de prestations de services sont centrés directement sur les client-es ou les patient-es. Pour tenir compte de l'hétérogénéité du domaine de l'intervention en toxicomanie, ils sont articulés en **huit modules spécifiques**:

I Thérapie résidentielle et réinsertion
II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires
III Substitution
IV Aide à la réinsertion professionnelle
V Logements accompagnés
VI Foyers d'urgence
VII Centres d'accueil bas seuil
VIII Travail social hors murs

Chacun de ces modules est organisé en champs thématiques spécifiques aux dépendances. Ces champs thématiques peuvent aussi être appelés processus principaux.

I Thérapie résidentielle et réinsertion

1. Transmission d'informations
2. Phase exploratoire
3. Thérapie et réinsertion
4. Substitution
5. Enfants dans l'institution
6. Documentation
7. Sortie
8. Travail en réseau avec des intervenants externes
9. Gestion des risques

II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires

1. Transmission d'informations
2. Phase exploratoire et admission
3. Conseil, accompagnement et thérapie
4. Documentation
5. Sortie
6. Sensibilisation et formation
7. Travail en réseau avec des intervenants externes
8. Interventions de crise

III Substitution

1. Transmission d'informations
2. Phase exploratoire et admission
3. Remise de substances
4. Traitement
5. Documentation
6. Sortie
7. Sensibilisation et formation
8. Travail en réseau avec des intervenants externes
9. Interventions de crise

IV Aide à la réinsertion professionnelle

1. Transmission d'informations
2. Phase exploratoire et admission
3. Conseil et accompagnement
4. Sortie
5. Infrastructure de travail
6. Travail en réseau avec des intervenants externes
7. Interventions de crise

V Logements accompagnés

1. Transmission d'informations
2. Phase exploratoire et admission
3. Conseil et accompagnement
4. Sortie
5. Acquisition de logement
6. Travail en réseau avec des intervenants externes
7. Interventions de crise

VI Foyers d'urgence

1. Transmission d'informations
2. Conseil et accompagnement
3. Assistance de base
4. Travail en réseau avec des intervenants externes
5. Interventions de crise

VII Centres d'accueil bas seuil

1. Transmission d'informations
2. Prise de contact, conseil et accompagnement
3. Assistance de base
4. Offres de travail occupationnel
5. Travail en réseau avec des intervenants externes
6. Interventions de crise

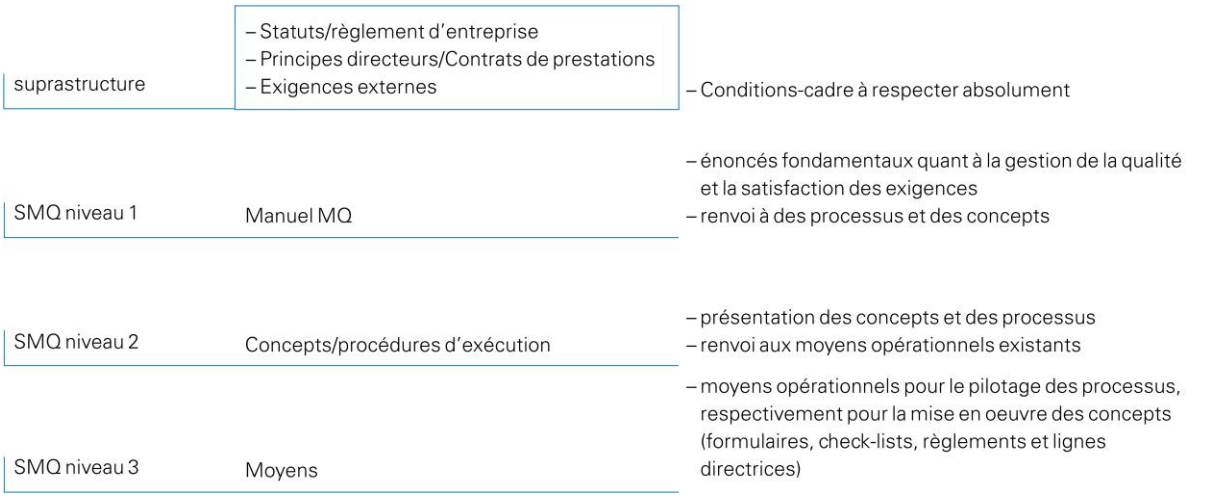
VIII Travail social hors murs

1. Transmission d'informations
2. Prise de contact, conseil et accompagnement
3. Remise de matériel de prévention
4. Dépistage précoce
5. Défense d'intérêts et médiation
6. Travail en réseau avec des intervenants externes
7. Interventions de crise

Construction logique d'un SMQ

La construction logique d'un SMQ est de type pyramidal. Un SMQ se compose ainsi d'une suprastructure et d'un ensemble d'instruments correspondant à trois niveaux d'abstraction. Au niveau le plus bas, les prescriptions sont les plus concrètes et les plus précises – un peu comme dans la législation d'un pays démocratique:

- La **superstructure** correspond à une constitution. Elle établit des lignes de conduite générales. La superstructure d'une institution contient les statuts, l'acte de fondation quand il s'agit d'une fondation, le règlement d'entreprise ou d'institution, les principes directeurs, les contrats de prestations et autres préceptes externes. Ces préceptes n'entrent pas dans la partie opérationnelle du SMQ, mais définissent les conditions cadre à respecter. La direction générale d'une institution est chargée de veiller à la pertinence, à l'intégralité à l'actualité et au respect de ces préceptes. Des exigences de qualité y relatives sont formulées dans le Référentiel QuaThéDA (B/12.1).
- Le **niveau 1** correspond à celui des lois. A ce niveau se situent les énoncés fondamentaux concernant la gestion de la qualité, généralement sous la forme d'un Manuel de management de la qualité (Manuel MQ). Les énoncés généraux de la superstructure sont reformulés de manière spécifique pour l'institution et orientés sur les processus en vue de la gestion de la qualité. De ce niveau on renvoie aux éléments constitutifs du niveau 2 (= référencé).
- Le **niveau 2** comprend les concepts et les procédures d'exécution. Ce niveau peut être comparé à celui des ordonnances. Les concepts et les procédures d'exécution constituent déjà des prescriptions relativement concrètes pour la gestion de la qualité. De ce niveau, on renvoie aux éléments constitutifs du niveau 3 (= référencé).
- Au **niveau 3** se trouvent les moyens opérationnels (ou instruments) permettant la gestion concrète des prescriptions de qualité. C'est à ce niveau que le SMQ est appliqué concrètement.



Le niveau 2 comprend en priorité des concepts et des procédures d'exécution:

Co = concept
Les concepts contiennent des prescriptions opérationnelles et des manières de procéder permettant d'atteindre des buts dans des secteurs clairement distincts. Le Référentiel QuaThéDA n'exige que deux concepts: un concept d'exploitation et un concept de prestations de services. Une institution reste cependant libre d'apporter ici des différences et des compléments et d'intégrer d'autres concepts à son SMQ.

Pe = procédure d'exécution
Une procédure d'exécution décrit une succession d'étapes au cours d'un processus (les spécialistes parlent aussi de description de processus); par ex. le déroulement d'une admission, la planification d'une intervention, la remise de médicaments de substitution, la fin du processus d'accompagnement, la distribution de seringues, etc.

Le niveau 3 comprend les instruments. On établit une distinction entre les check-lists, les formulaires, les règlements et les lignes directrices :

Ch = check-list
Une liste de contrôle à cocher ( ). La procédure est terminée lorsque toutes les cases sont cochées; par ex. une check-list de sortie ou une chek-list de contrôle de sécurité.

Fo = formulaire
Canevas, tableau, grille, où tous les champs doivent être remplis à la main ou autrement; par ex. un formulaire d'admission, une évaluation des collaborateurs/trices.

Re = règlement
Prescription obligatoire; par ex. un règlement du personnel, une règlementation de compétences.

Ld = lignes directrices
Code de conduite obligatoire; par ex. marche à suivre en cas de crise, règlement de maison.

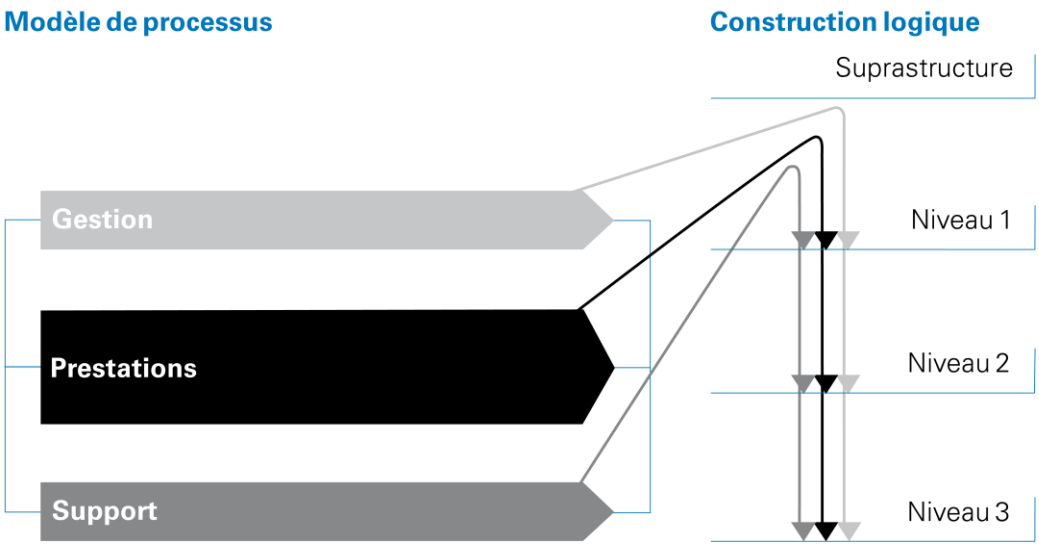
Les catégories au niveau 2 (concepts / procédures d'exécution) et les instruments au niveau 3 (check-list / formulaire / règlement / ligne directrice) ne sont que des suggestions. Dans chaque institution, ils peuvent être désignés ou organisés autrement. Seule compte la cohérence: il ne faut pas que des prescriptions s'appliquant à un niveau concret inférieur soient en contradiction avec celles qui s'appliquent à un niveau supérieur plus abstrait.

Cohérence: liens entre les processus et la construction logique

Le modèle de processus et la construction logique sont les deux composantes théoriques majeures d'un SMQ; on dit souvent qu'ils constituent l'"architecture d'un SMQ". Pour assurer la cohérence d'un SMQ, des liens doivent être établis entre les deux composantes.

La manière de gérer chaque champ thématique ou processus principal est décrite sur le niveau 1 dans le Manuel de management de la qualité. Ce dernier assure également la référence (= le lien, la mise en rapport) au niveau 2. Les concepts et procédures d'exécution du niveau 2 assurent la référence aux instruments du niveau 3. Ainsi est garantie la cohérence d'un SMQ, à savoir

- la cohérence entre les processus et les prescriptions les concernant
- la cohérence entre la suprastructure (par ex. des statuts) et les consignes pratiques ou les activités thérapeutiques quotidiennes dans une institution.



Un **exemple pratique** permet d'expliciter cette cohérence:

- Dans le contrat de prestations (= superstructure), le canton charge une institution de proposer des thérapies appropriées au groupe cible des personnes dépendantes.
- Les principes directeurs (= superstructure) spécifient que l'admission des client-es est effectuée soigneusement, avec un maximum de professionnalisme.
- Dans le Manuel MQ, il est prévu que la procédure d'admission est un processus de prestations de services de qualité dont le but est de n'admettre que des client-es pour lesquels l'offre de l'institution est adéquate.
- Le concept de prise en charge (c'est ainsi que le concept de prestations de services est désigné au niveau 2) stipule que les client-es ne peuvent être admis que s'ils remplissent les conditions suivantes: indication médicale écrite, demande d'admission personnelle écrite, nationalité suisse ou permis de séjour valable, garantie de prise en charge des frais, règlement de maison signé.
- Une procédure d'exécution (= niveau 2) précise le déroulement obligatoire d'une admission: 1. Entretien d'information; 2. Vérifier si les critères d'admission sont remplis; 3. Si oui, faire une semaine de stage; 4. Evaluer le stage; 5. Si l'évaluation est positive, préparer l'admission.

- Une check-list d'admission (= niveau 3) précise les questions auxquelles il faut avoir répondu avant de procéder à l'admission.
- Le règlement de maison (= niveau 3) contient les droits et les devoirs des client-es et de l'institution.

Cet instrumentaire (règlement de maison signé, check-list d'admission remplie, procédure d'admission respectée, conditions formulées dans le concept de prise en charge remplies) sert de preuve que les préceptes définis dans les principes directeurs et dans le contrat de prestations sont respectés dans la pratique.

Désignation obligatoire des instruments de MQ

Pour ne jamais perdre la vue d'ensemble dans un SMQ, pour que les documents d'un SMQ soient retrouvables en tout temps, pour éviter tout malentendu dans la routine quotidienne et pour assurer la cohérence du SMQ, tous les documents d'un SMQ doivent être désignés de manière à éviter toute équivoque. Les désignations comprennent obligatoirement:

- le numéro du document
- le nom du document (= titre du document)
- l'indication du numéro de page (page de pages)
- la date à partir de laquelle le document a été déclaré valide.

Alors que le nom du document, le numéro de page de pages et la date de validité sont évidents, la numérotation des documents est laissée au libre choix. En nous référant à la procédure d'admission des client-es, nous illustrerons ci-dessous le mode de numérotation qui sera également utilisé pour la désignation des instruments dans le modèle de SMQ applicable à QuaThéDA, à savoir X/XX -YY-ZZ.

- X/XX désigne le chapitre du Manuel de management de la qualité, qui est en même temps le numéro du processus principal ou du champ thématique. Exemples relatifs à trois modules:
  - B Module de base (Exigences de qualité B/3): quand le Manuel MQ décrit le déroulement de la planification annuelle comme relevant de la qualité et qu'il est prescrit en tant que procédure d'exécution au niveau 2, on lui attribue le numéro B/3.
  - I Thérapie résidentielle et réinsertion (Exigences de qualité I/2): quand la procédure d'admission est documentée dans le cadre du processus "phase exploratoire", on lui attribue le numéro I/2.
  - II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoire (Exigences de qualité II/3): si le déroulement de la planification du conseil, de l'accompagnement et de la thérapie établie en concertation avec le client est documentée en tant que processus relevant de la qualité, on lui attribuera le numéro II/3.

- YY désigne un instrument du niveau 2. –YY se compose de l'abréviation des instruments au niveau 2, c'est-à-dire Co pour concept ou Pe pour procédure d'exécution, plus le numéro courant si un processus principal comprend plusieurs concepts ou procédures d'exécution. Pour les exemples cités, cela donne les résultats suivants:
  - III Substitution (Exigences de qualité III/3): quand les prescriptions régissant la remise de substances sont décrites dans un concept, on leur attribuera le numéro III/3-Co01.
  - IV Aide à la réinsertion professionnelle (Exigence de qualité IV/3): quand des prescriptions relatives aux instructions concernant le travail et aux modes de paiement sont précisées dans une procédure d'exécution, on attribuera à ces deux instruments les numéros IV/3-Pe01 (instructions concernant le travail) et IV/3-Pe02 (mode de paiement).
  - V Logements accompagnés (Exigences de qualité V/7): si l'analyse des risques fait l'objet d'un concept et que la prophylaxie post-expositionnelle est décrite dans une procédure d'exécution, on attribuera à ces deux instruments les numéros V/7-Co01 (analyse des risques) et V/7-Pe01 (prophylaxie post-expositionnelle).

- ZZ désigne un instrument du niveau 3. -ZZ se compose de l'abréviation des instruments de niveau 3, à savoir un formulaire (Fo) ou une check-list (Ch), un règlement (Re) ou une ligne directrice (Ld) et du numéro correspondant, lorsqu'un processus principal comporte

plusieurs concepts ou lignes directrices. Pour les exemples cités, cela donne les résultats suivants:

- VI Foyers d'urgence (Exigences de qualité VI/2): s'il existe une check-list pour l'admission et une ligne directrice régissant l'admission de client-es mineur-es, ces deux instruments porteront respectivement les numéros VI/2-Pe01-Ch01 et VI/2-Co01-Ld01.
- VII Centres d'accueil bas seuil (Exigences de qualité VII/2): s'il existe un formulaire pour la planification de projets de groupe et un autre formulaire pour l'évaluation, ces deux instruments porteront respectivement les numéros suivants: VII/2-Pe01-Fo01 et VII/2-Pe01-Fo02.
- VIII Travail social hors murs (Exigences de qualité VIII/3): s'il existe un inventaire du matériel de prévention et une liste de commande de nouveau matériel de prévention, ces deux documents porteront respectivement les numéros suivants: VIII/3-Co01-Fo01 et VIII/3-Co01-Fo02.

Le noyau d'un SMQ

Le noyau d'un SMQ, son moteur au sens de la force qui l'anime, est constitué de sept composantes:

1. Des fonctions de MQ assumées par des personnes (responsable qualité, agent-e qualité, auditeur/trice interne)
2. Le management d'amélioration
3. Les audits internes pour assurer et poursuivre le développement, en particulier du SMQ
4. Une organisation qualité
5. Un procédé de controlling pour assurer et développer les mesures qualité
6. Le reporting (rapport d'audit, rapport du/de la responsable qualité et revue de direction)
7. Une documentation de spécification et de preuves fonctionnelle, complète, actualisée et mise en œuvre dans la pratique.

1. Fonctions du MQ

En règle générale, il convient de distinguer dans un SMQ entre les fonctions de responsable qualité, agent-e qualité et d'auditeur/trice interne. En principe, il est recommandé d'attribuer ces fonctions à trois personnes différentes. La plupart des institutions actives dans le domaine des dépendances en Suisse étant des organisations de petite taille, les fonctions de responsable qualité et d'agent-e qualité peuvent aussi être assumées par une seule personne – idéalement par le directeur/trice de l'institution. Il convient cependant d'éviter à tout prix que le/la responsable qualité ne fonctionne en même temps comme auditeur/trice interne.

Fonction	Tâches	Profil d'exigences
Responsable qualité	• Evalue le processus de développement de la qualité • Evalue l'efficacité du SMQ et établit à cet effet une revue de direction annuelle à	• Est membre de la direction • Connaît QuaThéDA et le SMQ de l'institution • A une vue d'ensemble de

	l'intention du comité directeur • Planifie et met en œuvre des mesures pour le développement de la qualité et du SMQ	tous les processus en cours dans l'institution
Agent-e qualité	• Assure le développement opérationnel de la qualité • Est responsable du controlling de la qualité • Veille à la mise en œuvre opérationnelle du SMQ • Planifie les audits internes avec l'auditeur/trice interne • Elabore un rapport qualité trimestriel pour le/la responsable qualité	• Est un-e cadre • Connaît QuaThéDA et le SMQ de l'institution • A une vue d'ensemble de tous les processus en cours dans l'institution • Connaît la procédure d'audit
Auditeur/trice interne	Effectue des audits internes et • Vérifie si les prescriptions sont fonctionnelles, actualisées et complètes • Vérifie si les prescriptions en vigueur formulées dans QuaThéDA et dans le SMQ de l'institution sont vécues dans la pratique • Propose des mesures d'amélioration • Elabore un rapport d'audit à l'intention du/de la responsable qualité	• A une connaissance détaillée de QuaThéDA et du SMQ de l'institution • Maîtrise la procédure d'audit

2. Management d'amélioration

Pour mettre en œuvre et "vivre" au quotidien un processus d'amélioration, il convient de recueillir des propositions d'amélioration, des réclamations, des notifications de fautes et d'autres retours (par ex. dans le cadre d'enquêtes ou encore de résultats ou d'expériences concernant la qualité). Pour augmenter le **caractère obligatoire**, on les formule par écrit ou sous forme informatique et le/la responsable qualité **et** les personnes compétentes les traitent systématiquement. Ainsi, les écarts entre l'état réel et l'état désiré sont utilisés comme autant d'opportunités. Ce qui est visé, c'est une philosophie et une manière d'agir selon la "stratégie de l'erreur unique": il est permis de faire des erreurs, mais une fois seulement. Une telle exigence requiert de tout le personnel d'une institution une attitude responsable et consciente en termes de qualité. Toutes les personnes sont ainsi encouragées à identifier et à évaluer en permanence les problèmes de qualité et à faire des propositions d'amélioration.

3. Audits internes

L'audit est un procédé qui sert à identifier systématiquement les points forts et les points faibles d'un SMQ. Les points forts doivent être rendus conscients et transparents pour en assurer la pérennité à long terme. Pour éliminer les points faibles, des mesures d'amélioration doivent être initiées. Pour le dire en termes simples, un audit interne est un auto-examen: des collaborateurs/trices de l'institution vérifient si les exigences de qualité formulées dans QuaThéDA et les prescriptions du SMQ propre à l'institution sont satisfaites. Un audit interne peut aussi être effectué par un collègue d’une autre institution. En revanche, un audit externe, exigé par la certification QuaThéDA, est réalisé par un organisme de certification accrédité.

Les audits se déroulent toujours en quatre phases: **la planification de l'audit, sa réalisation, son évaluation et la décision** concernant des mesures d'amélioration.
1. Les audits doivent être préparés. Pour cela, un plan d'audit est établi. Il indique qui sont les auditeurs/trices, qui sont les personnes et les processus à auditer, quand et où a lieu l'audit, quel est l'objet de l'audit et à quelles questions il s'agit de répondre.
2. Ensuite, l'audit se déroule selon le plan établi.
3. Au cours de la troisième phase, les résultats sont évalués par l'auditeur/trice et formulés par écrit dans le rapport d'audit. Le rapport d'audit précise les constatations et les points faibles relevés et précise les propositions d'amélioration élaborées conjointement avec les personnes auditées.
4. Il appartient enfin aux acteurs compétents de décider des mesures à prendre pour tenir compte des propositions d'amélioration.

4. Organisation qualité

En règle générale, les agent-es et responsables qualité ne sont pas habilités à décider par eux-mêmes de la manière de traiter les propositions d'amélioration et des mesures concrètes à mettre en place. Aussi faut-il que soit défini précisément, en se fondant sur l'organigramme et la définition des compétences, qui peut prendre quelle décision. Il appartient en effet aux personnes compétentes de décider de la mise en œuvre des propositions d'amélioration provenant du management d'amélioration, des audits ou d'enquêtes internes. La répartition des compétences en la matière est réglée par exemple par un diagramme des fonctions, un règlement des compétences ou une description des postes. Si, dans une institution, une seule et même personne assume les fonctions d'agent-e de qualité, de responsable qualité et de directeur/trice (ce qui est en général recommandé en raison de la taille réduite de la plupart des institutions actives dans le domaine des dépendances), il appartient évidemment à cette personne de prendre des décisions concernant l'assurance et le développement de la qualité.

Une fois que les mesures pour assurer et développer la qualité sont prises, celles-ci sont documentées dans un plan qualité. Si aucune mesure n'est prise, cela doit être motivé et communiqué à toutes les personnes concernées.

5. Procédure de controlling des mesures qualité

En règle générale, on peut partir de l'idée que les mesures visant à développer la qualité qui sont documentées dans le plan qualité seront dans tous les cas mises en œuvre telles qu'elles ont été planifiées. Trop souvent, la routine ou des évènements imprévus de la vie quotidienne amènent à définir de nouvelles priorités, à devoir assumer de nouvelles tâches ou à oublier les engagements pris. C'est la raison pour laquelle un système de controlling doit être ancré dans le cadre du SMQ pour assurer la mise en œuvre systématique ders mesures prévues dans le plan qualité. L'application de cette procédure de controlling est de la compétence du/de la responsable qualité: il/elle pilote et surveille le plan qualité et met en place les mesures correctives en cas de déviation. Le Référentiel QuaThéDA formule des exigences précises à ce propos au chapitre "Contrôle et évaluation" (B/7).

6. Reporting (rapport d'audit, rapport du responsable qualité, revue de direction)

Le reporting comprend, sous forme imprimée ou électronique, un rapport d'audit, un rapport du responsable qualité et une revue de direction.

Le **rapport d'audit** contient, outre le plan d'audit, un résumé des résultats de l'audit, les constats et les propositions d'amélioration (éventuellement séparées en mesures correctives et indications).

Un **rapport du responsable qualité** comprend des informations sur l'efficacité opérationnelle du SMQ.
Un tel rapport peut se composer de plusieurs éléments:

- une chronologie des évènements importants relevant de la qualité durant la période du rapport;
- un avis sur le respect des exigences formulées dans le Référentiel QuaThéDA et dans le SMQ de l'institution;
- les résultats d'enquêtes;
- les résultats ressortant du recueil systématique des propositions d'amélioration, des réclamations, des erreurs signalées ou de retours en provenance d'autres sources ;

- une évaluation globale et une requête pour les mesures à prendre du point de vue du/de la responsable qualité.

Dans la revue de direction, la perspective opérationnelle est complétée par la perspective stratégique, qui tient compte des développements de l'environnement pertinents pour la qualité. Dans les institutions où les fonctions d'agent-e de qualité et de responsable qualité sont assurées par le directeur/la directrice, le rapport du/de la responsable qualité et la revue de direction peuvent aussi faire l'objet d'un seul rapport, intitulé par exemple "rapport qualité".

7. Documentation de spécifications et de preuves

Dans un SMQ, on distingue toujours entre la documentation de spécifications et documentation de preuves.

La **documentation de spécifications** indique de quelle manière les activités doivent être effectuées. Elle doit être actualisée, complète et sans faute. Dans un SMQ, cette documentation comprend la superstructure, le Manuel MQ, les concepts et les procédures d'exécution, les check-lists vierges, les formulaires, les règlements et les lignes directrices.

La **documentation de preuves** atteste que les travaux ont été réalisés conformément aux exigences définies. Il s'agit par exemple de check-lists cochées et de formulaires remplis de même que de tous les documents exigés par le Référentiel QuaThéDA au titre de l'établissement de preuves, par ex.: éléments des projets de développement [B/1.3], planification annuelle [B/3.1], vue d'ensemble des principaux partenaires constituant le réseau [B/5.2], un rapport d'audit [B/6.1], une revue de direction [B/6.2], analyse des indicateurs et standards [B/7.3], des comptes annuels [B/9.2], évaluation des prestations des fournisseurs [B10.4], documentation des entretiens exploratoires dans les dossiers des client-es [I/2.1 à I/2.3], concernant les client-es mineurs, l'accord écrit des détenteurs/trices de l'autorité parentale [I/2.6], un contrat thérapeutique [I/3.1], vérification de l'existence d'une tutelle ou d'une curatelle [I/5.3], mise à jour des dossiers des dossiers des client-es [I/6.1; II/4.1 à II/4.3, III/5.1; IV/2.2; V/2.4], évaluation de la contribution des intervenant-es externes [I/8.3], une analyse de la situation [II/2.7], attestations concernant la remise des médicaments precrits [II/3.3], consentement des client-es pour le travail en réseau autour de son cas [II/7.2; III/8.2], liste du réseau régional d'urgence [II/8.2; III/9.2; IV/7.2; V/7.2; VI/5.2; VII/6.2; VIII/7.2], documentation des interventions de crise [II/8.4], un diagnostic formalisé [III/2.7], un plan de traitement [III/4.2], reçus et décomptes de salaire [IV/3.9], certificat ou attestation de travail [IV/4.3], check-list des activités matinales et de la fermeture du foyer d'urgence [VI/2.4], documentation du nombre de contacts, etc. [VII/2.3; VIII/2.2].

La documentation de preuve doit également être complète et sans faute, conformément aux spécifications en vigueur. Pour assurer que les documents soient actualisés, complets et sans faute, il faut disposer d'une liste de documents et une procédure de gestion des documents doit être définie.