Le Référentiel modulaire QuaThéDA

La norme qualité pour le domaine des dépendances, de la prévention et de la promotion de la santé
Révision juillet 2012

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

La norme qualité pour le domaine des dépendances, de la prévention et de la promotion de la santé
Révision juillet 2012

© OFSP, juillet 2012

Table des matières

Avant-propos 4

Le Référentiel modulaire QuaThéDA 6

Modifications dans le cadre de la révision 8

Processus de révision 10

Certification QuaThéDA 12

Exigences du Référentiel QuaThéDA

B Module de base 15

I Thérapie résidentielle et réinsertion 33

II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires 51

III Traitement basé sur la substitution 65

IV Activités de réinsertion professionnelle 81

V Habitat protégé et accompagnement à domicile 95

VI Centres d'hébergement d'urgence 111

VII Centres d'accueil bas seuil 119

VIII Travail social hors murs (TSHM) 133

IX Sevrage 143

X Promotion de la santé, prévention et intervention précoce 161

Avant-propos

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publiait le premier Référentiel QuaThéDA (Qualité Thérapie Drogue Alcool) en décembre 2000. Il était destiné aux institutions de thérapies résidentielles du domaine des dépendances. En 2006 suivait le nouveau Référentiel QuaThéDA, dit modulaire, car destiné à sept nouveaux types d'institutions du secteur des addictions.

La nouvelle révision a été effectuée conformément aux directives du Service d'accréditation suisse (SAS), qui veulent que les normes enregistrées chez lui soient régulièrement réadaptées. J'ai le plaisir de vous présenter cette version de juillet 2012. Non seulement elle a été améliorée et adaptée dans son contenu, mais elle est enrichie des deux nouveaux modules, «Sevrage» et «Promotion de la santé, prévention et intervention précoce». Ainsi la plus grande partie des activités du domaine des addictions est couverte par les dix modules de la version 2012 du Référentiel QuaThéDA.

En développant une base normative pour les institutions du champ des addictions, l'OFSP poursuivait le but de lancer un large processus d'amélioration permanente des prestations de ce domaine d'activités et donc de contribuer à sa professionnalisation. Un élément est déterminant dans ce contexte. Contrairement à une norme généraliste, QuaThéDA a été conçue spécifiquement pour les institutions du domaine des addictions. A ce jour, pas moins de 94 institutions, représentant 175 offres de prestations, sont certifiées selon les huit modules déjà existants de QuaThéDA.

Comme lors du développement des deux premiers Référentiels (2000 et 2006), la révision 2012 a intégré l'expertise des professionnel-le-s du terrain. Cette fois-ci nous avons de plus intégré les auditrices et auditeurs des organismes de certification. Nous voulions nous assurer, par ce processus participatif, que cette version actualisée et enrichie de QuaThéDA reflète la réalité quotidienne du terrain et du niveau généralement très élevé de qualité du travail dans le domaine des addictions en Suisse.

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé à ce processus et particulièrement aux collaboratrices et collaborateurs d'Infodrog, sans lesquel-le-s une telle tâche n'aurait pu être menée à bien.

Pour conclure, je saisis l'occasion d'inviter les institutions pas encore certifiées selon QuaThéDA de franchir ce pas et de recommander à leurs bailleurs de fonds, les cantons et les villes, de les soutenir dans ce projet. La démarche structurée proposée par QuaThéDA garantit aux institutions de s'engager dans un processus d'amélioration permanente, essence même de la philosophie de la qualité.

Responsable de l'Unité de direction Santé publique

Dr Andrea Arz de Falco
Vice-directrice de l'OFSP

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

Il s'agit de la troisième édition du Référentiel QuaThéDA. Alors que la première version publiée en 2000 n'était consacrée qu'au secteur des thérapies résidentielles de la dépendance, la version de 2006 couvrait sept nouveaux secteurs d'activités. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), porteur de cette norme qualité, a profité de cette révision 2012 pour développer deux nouveaux modules : « Sevrage » et « Promotion de la santé, prévention et intervention précoce ». La version 2012 du Référentiel QuaThéDA est constituée, à côté du module de Base (B), des dix modules de prestations suivants :

I Thérapie résidentielle et réinsertion

II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires

III Traitement basé sur la substitution

IV Activités de réinsertion professionnelle

V Habitat protégé et accompagnement à domicile

VI Centres d'hébergement d'urgence

VII Centres d'accueil bas seuil

VIII Travail social hors murs (TSHO)

IX Sevrage

X Promotion de la santé, prévention et intervention précoce

Ce dernier module X couvre des prestations dont le contenu dépasse largement les seuls problèmes liés aux addictions. La promotion de la santé est une approche plus généraliste que la prévention des drogues et l'intervention précoce adresse une palette plus large de problèmes. Ainsi, ce module s'adresse-t-il également à des institutions n'étant pas spécifiquement focalisées sur la préventions des dépendances.
Un module de Base (B) est commun à tout type d'institution. Il définit les exigences adressées aux deux grands processus de gestion et de support.

En développant cette base normative, l'OFSP poursuit l'objectif stratégique de contribuer à la professionnalisation du travail dans le domaine des dépendances. Il est convaincu que la démarche qualité, couplée à une perspective de certification, constitue un levier efficace pour agir sur le niveau général de qualité des prestations offertes dans le domaine des dépendances. Deux éléments étayent cette conviction. Définir des exigences qualité oblige d'une part à une réflexion systématique sur les prestations offertes, les conditions structurelles à remplir pour en assurer la réalisation et le niveau qualitatif attendu. Définir une base normative revient finalement à fixer un standard général de qualité à un moment donné de l'évolution d'un secteur professionnel. D'autre part, mettre en place le système de gestion de la qualité qui est lié au Référentiel QuaThéDA, engage l'institution dans un processus d'amélioration permanente de ses prestations.

Le Référentiel modulaire QuaThéDA possède un caractère particulier : contrairement à la norme ISO 9001, une base normative généraliste, il définit des exigences relativement spécialisées. Sans jamais dire comment faire les choses, ce qui relève du « génie institutionnel », il précise concrètement sur quels aspects l'institution doit dire ce qu'elle fait et comment elle le fait. En cela il constitue une référence professionnelle pouvant d'ailleurs s'utiliser sans viser une certification.

Modifications dans le cadre de la révision

Au travers de cette révision, l'OFSP poursuit les objectifs suivants :
- simplifier et rendre la conception générale du Référentiel plus lisible
- augmenter la cohérence entre les modules
- flexibiliser les exigences
- élever le standard de qualité où cela paraît pertinent
- éliminer des exigences peu efficientes ou trop imprécises
- formuler plus concrètement des exigences où cela est nécessaire
- ajouter des exigences pour des thèmes insuffisamment développés jusqu'ici, ou pour des thèmes ayant subi des adaptations au niveau professionnel.

La révision des modules existants a touché plusieurs niveaux et il ne s'agit pas que d'une révision cosmétique. En voici quelques exemples.
En terme de contenu, un accent particulier a été mis sur la sécurité. Ainsi, le module de Base (B) différentie désormais les aspects liés à la sécurité du fonctionnement de l'institution, des aspects de sécurité concernant les client-e-s ou patient-e-s. La collaboration avec les partenaires médicaux est aussi renforcée pour garantir le caractère foncièrement interdisciplinaire de la prise en charge des problèmes de dépendances. Le concept de la diversité a été introduit, qui couvre des particularités plus variées à prendre en compte (âge, comorbidités, etc.), que ne le faisait jusqu'ici les seuls aspects du genre et de la migration. Ces trois exemples reflètent les évolutions professionnelles en cours.
Un gros effort a été fourni pour harmoniser les modules entre eux et augmenter leur cohérence. Le thème de l'intervention de crise, par exemple, a été supprimé en tant que tel et les exigences qu'il contenait réparties dans le module de Base (B) et dans le champ thématique de la prise en charge des différents modules de prestations.
Les exigences relatives au développement de concept constituent un exemple de flexibilisation. Il n'est plus exigé que soient définis un concept d'exploitation et un concept de prestations, mais sont simplement définis les sujets qui doivent faire l'objet de définitions conceptuelles. Cette liste réunit par contre tous les sujets qui étaient dispersés auparavant dans différents champs thématiques (cohérence).

Comme exemple de simplification peut être mentionné le nouveau champ thématique 5 du module de Base « Gestion de la qualité » (ancien 6) qui intègre désormais « Contrôle et évaluation » (ancien 7) et « Administration » (ancien 13). Peut également être mentionnée la suppression du premier champ thématique « Transmission d'information » de chaque module. Les éléments qui y étaient listés ont été répartis entre le champ thématique « Evaluation et admission » et celui traitant de la prise en charge dans les différents modules de prestations.
La révision a finalement été l'occasion d'effectuer des améliorations stylistiques et des modifications de vocabulaire qui n'impliquent pas de changement de contenu. On peut citer en exemple « Traitement basé sur la substitution » pour le titre du module III. Le terme « institution » qui apparaissait tout au long du Référentiel a souvent été remplacé par un terme plus générique – l'unité organisationnelle – pour tenir compte de structures faisant partie d'un ensemble plus grand, telle une division spécialisée d'un hôpital, par exemple.

Le Manuel QuaThéDA, qui donnait des explications et des exemples à propos des différentes exigences, n'est plus publié. Par contre, un document avec des commentaires explicatifs sur certaines exigences est à disposition sur le site www.quatheda.ch, de même que deux documents présentant les modifications ayant été apportées. Finalement, Infodrog dispense des journées de formation, également annoncées sur ce site, pour les institutions désirant un soutien pour intégrer les modifications.

Processus de révision

L'OFSP estime que le contenu de cette norme qualité doit constituer le résultat des attentes des différents partenaires concernés. Ainsi, les cantons en tant que bailleurs de fonds, les institutions comme prestataires de services et les organismes de certification ont été associés au processus de révision qui s'est déroulé selon les étapes suivantes :

1. A l'automne 2010, les entreprises de certification et les cantons ont été invités à communiquer, par écrit, leurs remarques, critiques et propositions de changements.

2. Les institutions certifiées ont eu l'occasion de faire part de leurs remarques, critiques et propositions de changements à l'occasion du Symposium QuaThéDA, organisé en janvier 2011.

3. Sur cette base a été rédigée une première version par l'entreprise GCN de Winterthur. Elle a été discutée dans huit groupes de travail correspondants aux huit modules de prestations concernés.

4. Sur la base des retours suite à la mise en consultation de cette version, une deuxième version a été rédigée, intégrant toutes les corrections de contenu et les restructurations des champs thématiques au sein des modules.

5. Le gros œuvre étant terminé, il était possible de créer, à l'automne 2011, les deux nouveaux modules IX et X et de les discuter avec les professionnel-le-s concerné-e-s.

6. C’est alors qu’a pu débuter le travail de mise en cohérence définitive entre les dix modules et avec le module de Base (B). Ce travail plus conceptuel et de détail a été effectué par Regula Hälg, collaboratrice scientifique à Infodrog et René Stamm, chef du projet à l’OFSP.

7. Cette dernière version a été traduite en français par Dominique Jenni, traducteur à Lausanne.

8. Le Référentiel a finalement été remis au Service d’accréditation suisse (SAS), qui l’a validé en juin 2012.

Que toutes les personnes qui ont participé à ce processus de révision soient ici sincèrement remerciées. Ce n’est que grâce à leur engagement qu’a pu être effectué ce long travail.

Certification QuaThéDA

Le Référentiel modulaire QuaThéDA est une base normative validée par le Service d'accréditation suisse (SAS). Il sert en premier lieu de document pour effectuer une certification. A ce jour, pas moins de 94 grandes institutions sont certifiées selon QuaThéDA, représentant 175 offres de prestations réparties dans les huit modules déjà existants. Elles sont publiées par canton sur le site www.quatheda.ch.

Une institution souhaitant se faire certifier selon cette norme doit remplir les exigences du module de Base (B) et au moins celles d'un des dix modules de prestations. Une grande institution dont les activités couvrent plusieurs modules peut faire certifier tous ses secteurs d'activités, ou l'un après l'autre.

Une institution n'a le droit de se prévaloir du Référentiel QuaThéDA que si elle est certifiée selon un ou plusieurs modules de prestations.

Lorsqu'un organisme de certification délivre son label, il doit impérativement préciser pour quel-s module-s de prestations et pour quel-s service-s la certification est valable.

Pour une institution qui n'ambitionnerait pas une certification, les exigences du Référentiel peuvent servir de check-list pour effectuer un bilan de situation. Le Référentiel constitue alors simplement un document de référence qui possède deux vertus essentielles : il est externe à l'institution et largement reconnu par les cantons et la communauté professionnelle. Entreprendre une telle démarche peut constituer le premier pas vers une certification. Choisir cette dernière voie possède un avantage certain : se fixer l'objectif concret de passer l'audit de certification dans un délai défini. Quelques institutions ont investi beaucoup de temps pour QuaThéDA sans aller au bout de la démarche, leur laissant un goût amer d'inachevé.

C'est le rôle du personnel de certification qui accompagne les institutions le long du processus de l'amélioration permanente, de veiller à les stimuler, avec l'attention particulière de ce regard externe et neutre, que constitue la méthode de l'audit externe.

Une certification QuaThéDA constitue pour les instances publiques qui financent les institutions, une garantie d'un bon niveau de qualité, largement reconnu. L'OFSP recommande aux cantons, aux villes et aux autres bailleurs de fonds, de soutenir les institutions qui s'engagent dans cette démarche.

Pour être habilité à certifier selon la base normative QuaThéDA, un organisme de certification doit se faire accréditer auprès du Service d'accréditation suisse (SAS). Pour obtenir cette autorisation, il doit remplir des exigences définies par l'OFSP. Ces dernières sont publiées sur le site www.quatheda.ch. Est également publiée sur ce site la liste des organismes de certification accrédités. Ainsi est garanti que ces processus de certifications, menés par des auditrices et des auditeurs qualifiés, contribuent au processus général d'amélioration permanente du travail dans le domaine des addictions.

Berne, juillet 2012

B Module de base

B Module de base «Processus de gestion et de support»

Les exigences qualité applicables au **Module de base** sont réparties en onze thématiques:

Processus de gestion

1. Principes directeurs, stratégie, projets et planification annuelle
2. Développement de concepts
3. Direction et organisation
4. Communication et coopération avec l'extérieur
5. Gestion de la qualité

Processus de support

6. Personnel
7. Financement et comptabilité
8. Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel
9. Sécurité d'exploitation, hygiène, propreté, traitement et élimination des déchets
10. Sécurité des client-e-s et patient-e-s
11. Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes

Les pages qui suivent détaillent les exigences qualité applicables au module de base.

Nr.	B / 1 Principes directeurs, stratégie, projets et planification annuelle	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle a défini – sous la responsabilité du support juridique, resp. de la direction générale – des principes directeurs mentionnant: ■ ses objectifs principaux; ■ son offre; ■ ses valeurs et attitudes envers les client-e-s ou patient-e-s, les collaborateurs/trices et la société.		
2	L'unité organisationnelle a également défini – sous la responsabilité du support juridique, resp. de la direction générale – une stratégie correspondant aux principes directeurs et précisant: ■ les développements stratégiquement significatifs de son environnement; ■ les objectifs stratégiques visés; ■ son offre; ■ ses groupes cibles; ■ son réseau de partenaires.		

No	B / 1 Principes directeurs, stratégie, projets et planification annuelle	Indicateurs	Standards
3	Pour ses projets, l'unité organisationnelle définit une gestion de projet précisant: ■ leurs objectifs et groupes cibles; ■ leur durée; ■ la manière de procéder; ■ les ressources financières et en personnel nécessaires; ■ les tâches, compétences et responsabilités des personnes impliquées; ■ l'évaluation.		
4	La structure organisationnelle établit une planification annuelle mettant notammment en évidence les objectifs qualité.		

No	B / 2 Développement de concepts	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle dispose de définitions conceptuelles découlant des principes directeurs et de la stratégie et qui précisent: ■ les groupes cibles et leurs besoins; ■ les offres et leurs objectifs; ■ yc les méthodes et procédures appliquées; ■ le principe d'interdisciplinarité; ■ la manière de procéder avec les client-e-s ou patient-e-s placé-e-s à des fins d'assistance ou faisant l'objet de mesures administratives ou judiciaires; ■ les critères d'admission, de transfert, de sortie et de réadmission; ■ les procédures de plainte et de recours et l'instance de recours indépendante; ■ les principes d'une alimentation saine et d'une activité physique ainsi que leur application; ■ la gestion des aspects liés à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.); ■ l'organisation et sa structure organisationnelle; ■ la garantie d'une infrastructure adéquate, répondant aux exigences tant externes qu'internes en matière d'hygiène et de sécurité; ■ les limites d'utilisation de l'unité organisationnelle tant en termes d'infrastructure (p.ex. capacité d'accueil) que de ressources.		

No	B / 2 Développement de concepts	Indicateurs	Standards
2	Les structures multisites et/ou proposant des offres concernant plusieurs modules QuaThé-DA disposent de définitions conceptuelles propres à chaque site et/ou à chaque module QuaThéDA.		

No	B / 3 Direction et organisation	Indicateurs	Standards
1	S'agissant de la direction, les points suivants sont définis en tenant compte de l'interdisciplinarité: ■ organes de directions et fonctions y relatives; ■ tâches, compétences et responsabilités propres aux divers organes et fonctions de direction; ■ autorisations d'accès aux données et documents sensibles, en particulier concernant les client-e-s ou patient-e-s, le personnel et les finances; ■ positions hiérarchiques; ■ suppléances; ■ rythme de réunion de la direction; ■ canaux de communication; ■ direction de la structure organisationnelle dans des situations extraordinaires.		
2	La structure de l'organisation est définie.	Organi-gramme	Complet
3	Les membres de la direction exécutive et du personnel ne font pas partie des instances suprêmes de l'organisation.		

No	B / 4 Communication et coopération avec l'extérieur	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle déploie une activité systématique de relations publiques.		
2	La collaboration institutionnelle avec les principaux partenaires du réseau est définie et fait l'objet d'une mise en oeuvre documentée ainsi que d'une évaluation.		
3	L'unité organisationnelle définit comment s'effectue l'échange régulier d'informations avec les principaux partenaires du réseau.		
4	L'unité organisationnelle définit les partenaires du réseau avec lesquels elle établit une convention documentée de collaboration.		
5	L'unité organisationnelle définit sous quelle forme elle déploie, avec ses partenaires du réseau et autres groupes concernés, des activités de sensibilisation aux spécificités de l'addiction et du travail y relatif.		
6	L'acquisition de prestations de tiers et la collaboration avec des prestataires extérieurs sont réglées.		
7	Les unités non médicalisées définissent les modalités de prise en charge médicale et l'organisation d'une suppléance (p.ex. médecin référent). A cet effet, préférence est donnée à des médecins bénéficiant d'une formation continue dans le domaine des addictions et/ou intégrés dans un réseau de médecine de l'addiction.		

Nr.	B / 5 Gestion de la qualité	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle met en place, sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale, une gestion systématique de la qualité réglant: ■ les fonctions liées à la gestion de la qualité; ■ les processus significatifs en matière de qualité; ■ les procédures administratives; ■ la gestion et l'archivage des documents; ■ la mesure de la satisfaction des client-e-s ou patient-e-s et du personnel; ■ la mesure de la qualité relative aux processus et aux résultats; ■ les données régulièrement ou ponctuellement recueillies en matière de traitement et/ou d'intervention; ■ l'évaluation de la qualité des fournisseurs et autres prestataires; ■ les audits internes et externes; ■ une gestion permanente de l'amélioration indiquant l'utilisation faite du résultat des mesures effectuées et autres données récoltées; ■ la revue de direction; ■ une planification de la qualité tenant compte des objectifs y relatifs.	Audits internes réguliers	1x par an

No	B / 5 Gestion de la qualité	Indicateurs	Standards
2	L'actualité et l'exhaustivité des principes directeurs, de la stratégie et des définitions conceptuelles sont réguliérement vérifiées et, cas échéant, modifiées.	Fréquence	Principes directeurs: 1x tous les 5 ans;Stratégie et définitions concep-tuelles: 1x tous les 3 ans
3	L'unité organisationnelle définit et documente des indicateurs et standards pour les exi-gences qualité du référentiel QuaThéDA et en fait une évaluation systématique.	Fréquence	Tous les 3 ans
4	L'unité organisationnelle procède régulière-ment, sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale, à une revue de direction portant notamment sur: ■ la conformité des processus décrits avec la pratique; ■ le résultat des audits; ■ le résultat des mesures de la qualité et de la satisfaction; ■ la mise en oeuvre des propositions d'améliorations; ■ les feedbacks des client-e-s ou patient-e-s ainsi que du personnel et des partenaires du réseau; ■ l'état de la planification de la qualité; ■ les mesures prises à l'issue des revues de direction précédentes; ■ les mesures décidées sur la base de la revue de direction.	Fréquence	1x par an

No	B / 6 Personnel	Indicateurs	Standards
1	Une politique du personnel – correspondant aux principes directeurs, à la stratégie et aux définitions conceptuelles de l'unité organisationnelle – définit: ■ les objectifs et mesures ayant trait au personnel; ■ les ressources en personnel requises; ■ le profil d'exigences des postes; ■ les règles régissant l'engagement et l'encadrement des stagiaires; ■ les formations post-grade requises, ainsi que la formation continue et permanente systématique du personnel; ■ la manière d'assurer et d'encourager une réflexion du personnel sur son activité professionnelle; ■ le respect des principes de l'éthique professionnelle; ■ les règles relatives au secret professionnel; ■ les mesures de protection du personnel à l'encontre d'aggressions physiques, psychiques et sexuelles de la part de client-e-s ou patient-e-s ainsi que de la part d'autres membres du personnel ou de la hiérarchie; ■ les mesures de protection des client-e-s ou des patient-e-s à l'encontre d'aggressions physiques, psychiques ou sexuelles de la part de membres du personnel; ■ les procédures et responsabilités en cas d'actes avérés de harcèlement ou d'abus sexuel, de mobbing, de discrimination raciale ou autre, ainsi que de suspicion de tels actes;		

No	B / 6 Personnel	Indicateurs	Standards
1	■ les procédures à même de garantir l'égalité et l'égalité des chances; ■ la prise en considération de la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		
3	Le recrutement du personnel, la mise au courant, le développement et le départ des membres du personnel font l'objet de procédures systématisées et vérifiables.		
4	Chaque collaborateur/trice dispose d'un contrat de travail en bonne et due forme réglant les droits et devoirs de chaque partie.		
5	L'unité organisationnelle établit pour chaque collaborateur/trice un dossier personnel indiquant notamment les mesures de formation continue et permanente prises ou prévues.		
6	Des entretiens confidentiels portant sur leur développement ont régulièrement lieu avec les membres du personnel.	Fréquence	1x par an
7	Lors de l'engagement de personnes présentant une problématique de dépendance à l'alcool ou aux drogues, l'unité organisationnelle définit ses exigences concernant: ■ leur qualification et formation; ■ le laps de temps écoulé depuis la fin du traitement de leur dépendance; ■ le soutien particulier à leur apporter; ■ le nombre de personnes anciennement alcoolo- ou toxicodépendantes travaillant au sein de l'unité organisationnelle.		

No	B / 6 Personnel	Indicateurs	Standards
7	La direction de l'unité organisationnelle soutient les mesures visant à promouvoir la santé du personnel et garantit une prévention post-exposition en cas de mise en danger.		
8	Le personnel est régulièrement informé et formé en matière de sécurité d'exploitation, de sécurité au travail et de sécurité des traitements, ainsi qu'en matière d'hygiène, de propreté et d'élimination des déchets.		
9	Le comportement du personnel en cas de situation à risque ou de situation de crise est dûment défini.		

No	B / 7 Financement et comptabilité	Indicateurs	Standards
1	Le support juridique, resp. la direction générale, veille à ce que des ressources financières suffisantes soient systématiquement mises à disposition et gérées de manière rigoureuse.		
2	La comptabilité est tenue conformément aux prescriptions en vigueur et aux exigences des mandants et/ou des instances supérieures.		
3	Finances et comptabilité sont contrôlées et vérifiées par un organe de révision indépendant.		
4	L'unité organisationnelle dispose d'une gestion des risques à même d'identifier les risques économiques et financiers et de prévoir les mesures propres à les maîtriser.		

No	B / 8 Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel	Indicateurs	Standards
1	La procédure régissant l'acquisition d'une infrastructure appropriée et de matériel est définie.		
2	L'entretien de l'infrastructure et du matériel est systématique et dûment réglée.		

No	B / 9 Sécurité d'exploitation, hygiène, propreté, traitement et élimination des déchets	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle dispose d'une analyse des risques relatifs à la sécurité d'exploitation qui ■ décrit les situations à risques et de crise (incendie, cambriolage, voies de fait, trafic de stupéfiants) ainsi que leurs conséquences potentielles; ■ prévoit des mesures permettant de maîtriser ces risques.		
2	L'unité organisationnelle s'assure, dans les limites de sa sphère d'influence et d'action, que ■ l'hygiène et la propreté sont garanties; ■ le traitement et l'élimination des déchets sont clairement définis et les règles y relatives respectées; ■ la sécurité d'exploitation satisfait tant aux directives externes qu'aux exigences internes.		
3	La gestion des médicaments – notamment de substitution – ainsi que du matériel stérile fait l'objet de règles portant sur: ■ un marquage adéquat; ■ le contrôle des dates d'expiration; ■ le stockage; ■ l'emballage; ■ l'élimination; ■ les procédures et compétences relatives à leur mise à disposition, à leur utilisation et à leur distribution.		

No	B / 10 Sécurité des client-e-s et patient-e-s	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle dispose d'une analyse des risques en matière de sécurité des client-e-s et patient-e-s, qui ■ recense les principales situations à risque et de crise (violence, overdose, urgences médicales, décès, tendances suicidaires, etc.) ainsi que leurs conséquences potentielles; ■ prévoit des mesures adéquates pour les maîtriser.		
2	L'unité organisationnelle définit la manière d'agir en cas de développements problématiques.		
3	Une liste actualisée et exhaustive des services régionaux d'urgence est portée à la connaissance de l'ensemble du personnel ainsi que des client-e-s et patient-e-s et leur est en tout temps accessible.		
4	Durant les heures d'ouverture, un personnel spécialement formé aux situations de crise est atteignable.		
5	Les principales situations à risque et de crise sont documentées par écrit à des fins de monitorage.		

No	B / 11 Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes	Indicateurs	Standards
1	Une synthèse actualisée des dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes importantes pour les activités de l'unité organisationnelle est disponible.		
2	Les responsables disposent d'une compilation des dispositions légales concernant leur domaine de compétence et d'activité.		
3	L'unité organisationnelle définit comment garantir l'application des dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes.		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

I Thérapie résidentielle et réinsertion

I Module «Thérapie résidentielle et réinsertion»

Les exigences qualité du module **«Thérapie résidentielle et réinsertion»** sont réparties en sept thématiques.

1. **Evaluation et admission**
2. **Thérapie et réinsertion**
3. **Prestations médicales et administration de médicaments**
4. **Accueil d'enfants**
5. **Sortie**
6. **Travail en réseau**
7. **Documentation**

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module I.

No	I / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
1	L'accès à la structure organisationnelle est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	La procédure d'admission est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ le contact initial; ■ les informations demandées aux client-e-s; ■ la décision d'admission.		

No	Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
4	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission: ■ données personnelles nécessaires à la documentation du cas; ■ conditions juridiques, formelles et personnelles à remplir en vue d'une admission; ■ état de santé; ■ analyse de la situation aux plans psychosocial et de l'addiction; ■ motivation et ressources personnelles du ou de la client-e; ■ système de soutien social et réseau relationnel des client-e-s, notamment concernant leurs enfants mineurs; ■ pour les client-e-s mineur-e-s, existence de l'accord écrit du détenteur/de la détentrice de l'autorité parentale, ou de mesures administratives de protection de l'enfance; ■ tutelle et curatelle; ■ placement aux fins d'assistance, mesures judiciaires et administratives; ■ clarification des conditions financières, soit des coûts de pension, de traitement, de réinsertion et autres frais éventuels, ainsi que des participations à charge du ou de la client-e.		
5	Si besoin est, l'unité organisationnelle se procure, avec l'accord du ou de la client-e, les informations nécessaires auprès des services l'ayant suivi-e précédemment.		

No	I / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
6	Au cours de la procédure d'admission, clients et clientes sont informé-e-s sur: ■ les conditions d'admission et la procédure d'entrée; ■ les offres de prise en charge; ■ leurs droits et devoirs; ■ le règlement intérieur; ■ les questions liées à l'aptitude à conduire; ■ les questions liées à la grossesse; ■ les aspects financiers de la prise en charge; ■ la protection des données et le respect du secret professionnel par le personnel.		
7	Au terme de l'évaluation, les client-e-s ainsi que les professionnel-le-s concerné-e-s sont informé-e-s si ils/elles se trouvent au bon endroit ou devraient être orienté-e-s vers une autre institution et quelles sont les prochaines démarches à entreprendre.		
8	Lorsque des client-e-s doivent être orienté-e-s vers une autre institution et/ou que d'autres démarches sont nécessaires, ils/elles reçoivent, si besoin est, tout conseil utile à cet effet.		
9	Chaque client-e se voit attribuer au moins un ou une répondant-e fixe, dont la désignation tient compte des compétences liées à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		

No	I / 2 Thérapie et réinsertion	Indicateurs	Standards
1	Thérapies et autres formes d'accompagnement satisfont à des critères professionnels reconnus, se réfèrent à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	Un contrat thérapeutique signé par l'unité organisationnelle et les client-e-s fixe leurs droits et devoirs respectifs, et notamment: ■ les mesures prises pour assurer le respect de l'autonomie des client-e-s; ■ les dispositions particulières appliquées en cas de placement à des fins d'assistance et d'autres mesures administratives ou judiciaires; ■ l'établissement d'un plan thérapeutique et de réinsertion, réévalué à intervalles réguliers avec le ou la client-e; ■ les voies de plainte et de recours; ■ les possibilités et limites des pratiques religieuses; ■ les motifs d'exclusion.		

No	I / 2 Thérapie et réinsertion	Indicateurs	Standards
3	Le plan thérapeutique et de réinsertion ■ est établi d'entente avec les client-e-s de manière transparente et compréhensible, et tient compte de leurs capacités cognitives; ■ est centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des client-e-s; ■ est réévalué à intervalles réguliers avec les client-e-s et adapté à leur situation individuelle; ■ est dûment documenté.		
4	Le plan thérapeutique comporte: ■ un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des client-e-s ainsi que de leur parcours en addiction et des traitements suivis jusqu'alors; ■ si nécessaire, d'autres investigations somatiques et/ou psychiatriques; ■ les objectifs visés; ■ les mesures thérapeutiques envisagées; ■ des informations sur le comportement addictif, les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé, la consommation à faible risque, les maladies infectieuses et notamment la prévention du SIDA et de l'hépatite, les questions liées à la grossesse et à l'aptitude à conduire; ■ des informations sur la fin de la prise en charge; ■ l'évaluation des objectifs fixés en commun.		

No	I / 2 Thérapie et réinsertion	Indikatoren	Standards
5	L'unité organisationnelle vérifie à intervalles réguliers, dans le cadre du plan thérapeutique: ■ la nécessité de nouvelles offres thérapeutiques ou d'accompagnement (p.ex. offres de groupes) propres à favoriser le processus de rétablissement des client-e-s; ■ leurs besoins de soutien en matière de santé, d'alimentation, d'exercice physique et d'hygiène; ■ les mesures de soutien nécessaires en vue de leur (ré)insertion professionnelle (offres internes et/ou externes d'intégration au travail); ■ leur besoin éventuel de soutien par rapport à d'autres formes d'aide pratique (impôts, logement, assurances, etc.).		
6	La participation de personnes de confiance issues de l'entourage des client-e-s est encouragée et se fait en accord avec le ou la client-e concerné-e.		
7	Des offres d'aide – disponibles sur place ou organisées à l'extérieur – sont proposées à l'entourage des client-e-s, en particulier à leurs enfants mineurs.		
8	Structure de la journée et participation aux activités quotidiennes de l'unité organisationnelle sont réglées et contribuent au processus thérapeutique des client-e-s. L'intégration dans le processus thérapeutique du feedback des expériences vécues au quotidien par les client-e-s est garantie.		

No	I / 2 Thérapie et réinsertion	Indicateurs	Standards
9	L'offre de travail se base sur un concept qui ■ en mentionne les objectifs, les diverses possibilités, les conditions, l'indemnisation financière, la couverture d'assurance et la forme contractuelle; ■ favorise la réinsertion professionnelle des client-e-s; ■ garantit la prise en considération, dans le processus thérapeutique, du feedback des expériences faites au travail par les client-e-s.		
10	Sous réserve de questions de sécurité, les mesures suivantes garantissent la sphère d'intimité des client-e-s : ■ l'attribution d'un appartement ou d'une chambre s'effectue en fonction de critères préétablis tenant compte des spécificités des groupes cibles; ■ les client-e-s disposent d'espaces et de moments leur permettant de se retirer dans leur sphère privée.		
11	Transfert, suspension temporaire du séjour (time out) et absence non autorisée des client-e-s font l'objet de procédures et échanges d'informations dûment réglés.		
12	Pour leur permettre de faire face de manière autonome à des situations de crise, clients et clientes disposent d'interlocuteurs à qui s'adresser ainsi que des adresses et numéros de téléphones des services d'urgence.		

No	I / 2 Thérapie et réinsertion	Indicateurs	Standards
13	En situation de crise, l'unité organisationnelle garantit la circulation de l'information avec ses partenaires du réseau.		
14	La conception d'offres de groupes inclut une définition claire des objectifs, contenus, méthodes et compétences.		

No	I / 3 Prestations médicales et administration de médicaments	Indicateurs	Standards
1	Un suivi médical, interne ou externe, est assuré durant toute la durée du séjour.		
2	L'unité organisationnelle dispose des autorisations requises pour administrer des médicaments de substitution.		
3	L'approvisionnement, la conservation et le contrôle des médicaments – notamment de substitution – administrés dans le cadre d'un traitement de substitution sont réglés conformément aux exigences de sécurité.		
4	Les tâches, compétences et responsabilités inhérentes à l'administration de médicaments – notamment de substitution – sont clairement définies.		
5	Les exigences en matière d'hygiène et de sécurité relatives à l'administration de médicaments – notamment de substitution – sont réglées et leur respect garanti.		
6	Toute administration de médicaments de substitution est précédée d'un contrôle – effectué selon un protocole standard – de la tolérance individuelle du ou de la client-e concerné-e au médicament en question.		
7	La procédure permettant de s'assurer que les client-e-s reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie.		

No	I / 3 Prestations médicales et administration de médicaments	Indicateurs	Standards
8	A qui et quand quels médicaments – notamment de substitution – sont administrés est documenté de manière exhaustive.		
9	Les exigences suivantes s'appliquent aux unités de prise en charge dont les client-e-s entament un premier traitement de substitution: ■ mise en évidence d'une dépendance aux opiacés; ■ vérification des conditions légales autorisant un traitement de substitution; ■ adéquation d'un traitement de substitution; ■ clarification des ressources personnelles et de la motivation de l'intéressé-e; ■ information sur les effets secondaires du médicament de substitution administré; ■ pose de l'indication conforme aux standards internationaux; ■ existence d'un contrat thérapeutique - contresigné par l'institution et le ou la client-e - définissant leurs droits et devoirs respectifs.		

No	I / 4 Accueil d'enfants	Indicateurs	Standards
1	Lorsque l'unité organisationnelle accueille des enfants de client-e-s, elle dispose de définitions conceptuelles appropriées pour les mesures thérapeutiques de soutien qui leur sont destinés et offre une infrastructure adaptée.		
2	L'accueil d'enfants fait l'objet d'une évaluation particulière à laquelle sont associés les parents ou les personnes en charge de leur éducation ainsi que les autorités concernées.		
3	L'unité organisationnelle examine l'opportunité de requérir des mesures de protection de l'enfance.		
4	Le bien de l'enfant primant sur les besoins des parents: ■ des mesures permettant de veiller au bien de l'enfant sont définies et convenues à l'avance pour les cas d'interruption de la thérapie par les parents ou l'un des parents; ■ parents et enfants n'ont pas les mêmes répondant-e-s; ■ des mesures sont définies pour assurer la détection précoce de situations difficiles pour les enfants et de situations où les parents sont dépassés.		

No	I / 5 Sortie	Indicateurs	Standards
1	La sortie, planifiée ou non, est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi et/ou à clarifier les conditions d'une réadmission.		
2	Lors de sorties planifiées, tant les mesures thérapeutiques de réinsertion prises que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le ou la client-e.		
3	Lorsqu'est prévue une mesure de suivi, l'unité organisationnelle définit d'entente avec le ou la client-e concerné-e quelles informations sont transmises à qui.		
4	En cas de sortie non planifiée, l'unité organisationnelle définit: ■ à quel moment le dossier du ou de la client-e est fermé; ■ la procédure et les principaux contenus d'une évaluation interne.		
5	Sortie de client-e-s mineur-e-s: ■ la sortie s'effectue en concertation avec le détenteur ou la détentrice de l'autorité parentale; ■ lorsque un ou une client-e mineur-e désire interrompre la thérapie, ses parents ou le/la détenteur/trice de l'autorité parentale en sont immédiatement informé-e-s et un entretien réunissant toutes les parties est proposé.		
6	Pour toute sortie, planifiée ou non, est défini quelles informations sont transmises à qui.		

No	Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle ■ vérifie pour chaque client-e- la nécessité de le ou la mettre en relation avec des offres favorisant son intégration sociale ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts et intègre les résultats du travail en réseau dans le processus de thérapie et de réinsertion.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la client-e- concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la client-e concerné-e, ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	L'unité organisationnelle définit quels rapports sont transmis à quels partenaires du réseau.		
5	L'orientation de client-e-s vers des soins médicaux, de même que la prise de contact avec leur médecin de famille – et, en cas de traitement de substitution, avec le médecin prescripteur – sont réglés.		

No	I / 7 Documentation	Indicateurs	Standards
1	A l'ouverture des dossiers, l'unité organisationnelle recueille les données suivantes: ■ nom, prénom, adresse et coordonnées personnelles des client-e-s; ■ année de naissance, sexe, état civil et nationalité; ■ religion, statut de séjour et situation professionnelle; ■ numéros AVS, AI et d'assurance maladie; ■ nombre, nom(s) et année(s) de naissance des enfants; ■ coordonnées et langue maternelle des principales personnes de référence.		
2	Le dossier des client-e-s contient notamment les éléments suivants: ■ données personnelles recueillies; ■ analyse de la situation/anamnèse; ■ accords thérapeutiques; ■ objectifs convenus d'un commun accord; ■ plan thérapeutique; ■ personne(s) de référence; ■ correspondance; ■ éventuelle levée du secret professionnel et/ou déclarations de consentement; ■ contrats, décisions et autorisations;.		

No	I / 7 Documentation	Indicateurs	Standards
2	■ rapports internes et externes; ■ documentation relative à une éventuelle médication; ■ journal de la thérapie ainsi que des principaux événements, yc des interventions de crise.		
3	Inscriptions portées au dossier et rapports correspondent à la réalité des faits, satisfont aux standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.		
4	Sous réserve d'autres dispositions cantonales ou fédérales, les dossiers des client-e-s (yc données électroniques) sont à conserver durant 10 ans.		
5	La question de savoir ce qu'il advient des dossiers au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité de l'unité organisationnelle est réglée.		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires

II Module «Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires»

Les exigences qualité applicables au module **«Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires»** sont organisées en cinq thématiques.

1. Evaluation et admission
2. Conseil, accompagnement et thérapie
3. Fin de la prise en charge
4. Travail en réseau
5. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module II.

No	II / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	La procédure d'admission est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ le contact initial; ■ les informations demandées aux client-e-s; ■ la décision d'admission.		
4	L'unité organisationnelle s'assure que la première personne en contact avec les client-e-s connaît les prestations offertes ainsi que l'offre régionale d'aide aux personnes dépendantes et dispose des notions de base en matière de conduite d'entretien.		

No	II / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
5	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission: ■ données personnelles nécessaires à la documentation du cas; ■ conditions juridiques, formelles et personnelles à remplir en vue de l'admission; ■ état de santé; ■ analyse de la situation aux plans psychosocial et de l'addiction; ■ motivation et ressources personnelles du ou de la client-e-; ■ système de soutien social et réseau relationnel des client-e-s, notamment concernant leurs enfants mineurs; ■ tutelle et curatelle; ■ placement à des fins d'assistance, mesures judiciaires et administratives.		
6	Si besoin est, l'unité organisationnelle se procure, avec l'accord du ou de la client-e, les informations nécessaires auprès des services l'ayant suivi-e précédemment.		
7	Au cours de la procédure d'admission, clients- et clientes sont informé-e-s sur: ■ les conditions d'admission et la procédure d'entrée; ■ les offres de prise en charge; ■ leurs droits et devoirs; ■ le règlement intérieur; ■ les aspects financiers de la prise en charge; ■ la protection des données et le respect du secret professionnel par le personnel.		

No	II / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
8	Au terme de l'évaluation, les client-e-s ainsi que les professionnel-le-s concerné-e-s sont informé-e-s si ils/elles se trouvent au bon endroit ou devraient être orienté-e-s vers une autre institution et quelles sont les prochaines démarches à entreprendre.		
9	Lorsque des client-e-s doivent être orienté-e-s vers une autre institution et/ou que d'autres démarches sont nécessaires, ils/elles reçoivent, si besoin est, tout conseil utile à cet effet.		
10	Chaque client-e se voit attribuer au moins un ou une répondant-e fixe, dont la désignation tient compte des compétences liées à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		
11	La question de la prise en charge de client-e-s mineur-e-s est réglée.		

No	II / 2 Conseil, accompagnement et thérapie	Indicateurs	Standards
1	Conseils, accompagnement et thérapies satisfont à des critères professionnels reconnus, se réfèrent à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	L'unité organisationnelle fixe quand est établi un accord thérapeutique, d'accompagnement ou de conseil signé par les client-e-s, document qui règle les droits et devoirs de chaque partie ainsi que les voies de plainte et de recours. S'y ajoutent, si nécessaire, des dispositions particulières en cas de placement à des fins d'assistance et de mesures administratives ou judiciaires.		
3	Le plan thérapeutique, de conseil ou d'accompagnement ■ est établi d'entente avec les client-e-s de manière transparente et compréhensible, et tient compte de leurs facultés cognitives; ■ est centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des client-e-s; ■ est réévalué à intervalles réguliers avec les client-e-s et adapté à leur situation individuelle; ■ est dûment documenté.		

No	II / 2 Conseil, accompagnement et thérapie	Indicateurs	Standards
4	Le plan thérapeutique, de conseil ou d'accompagnement comporte, en fonction des possibilités et des besoins: ■ un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des client-e-s ainsi que de leur parcours en addiction et des traitements suivis jusqu'alors; ■ si nécessaire, d'autres investigations somatiques et/ou psychiatriques; ■ les objectifs visés; ■ les mesures thérapeutiques envisagées; ■ des informations sur le comportement addictif, les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé, la consommation à risque moindre, les maladies infectieuses et notamment la prévention du SIDA et de l'hépatite, les questions liées à la grossesse et à l'aptitude à conduire; ■ des informations sur la fin de la prise en charge; ■ l'évaluation des objectifs fixés en commun.		
5	L'unité organisationnelle vérifie à intervalles réguliers, dans le cadre du plan thérapeutique, de conseil ou d'accompagnement: ■ la nécessité de nouvelles offres thérapeutiques ou d'accompagnement (p.ex. offres de groupes) propres à favoriser le processus de rétablissement des client-e-s;		

No	II / 2 Conseil, accompagnement et thérapie	Indicateurs	Standards
5	■ leurs besoins de soutien en matière de santé, d'alimentation, d'exercice physique et d'hygiène; ■ les mesures de soutien nécessaires en vue de leur (ré)insertion professionnelle (offres internes et/ou externes d'intégration au travail); ■ leur besoin éventuel de soutien par rapport à d'autres formes d'aide pratique (impôts, logement, assurances, etc.).		
6	Si l'unité organisationnelle délivre des médicaments, ■ leur approvisionnement, conservation et contrôle sont réglés conformément aux exigences de sécurité; ■ la procédure permettant de s'assurer que les client-e-s reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie; ■ elle documente de manière exhaustive à qui et quand quels médicaments sont délivrés.		
7	La participation de personnes de confiance issues de l'entourage des client-e-s est encouragée et se fait en accord avec le ou la client-e concerné-e.		
8	Des offres d'aide – disponibles sur place ou organisées à l'extérieur – sont proposées à l'entourage des client-e-s.		

No	II / 2 Conseil, accompagnement et thérapie	Indicateurs	Standards
9	Les client-e-s ayant des enfants mineurs sont soutenus dans la prise de conscience de leurs responsabilités parentales; leurs enfants se voient proposer des offres d'aide répondant au souci de veiller au bien de l'enfant.		
10	Pour leur permettre de faire face de manière autonome à des situations de crise, clients et clientes disposent d'interlocuteurs à qui s'adresser ainsi que des adresses et numéros de téléphone des services d'urgence.		
11	En situation de crise, l'unité organisationnelle garantit la circulation des informations avec ses partenaires du réseau.		
12	La conception d'offres de groupes inclut une définition claire des objectifs, contenus, méthodes et compétences.		

No	II / 3 Fin de la prise en charge	Indicateurs	Standards
1	La fin de la prise en charge – planifiée ou non – est structurée et réglée de manière à rendre possibles un suivi et/ou à clarifier les conditions d'une réadmission.		
2	Lorsque la prise en charge prend fin comme convenue, tant les mesures thérapeutiques, de conseil et d'accompagnement que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le ou la client-e.		
3	Lorsqu'est prévue une mesure de suivi, l'unité organisationnelle définit d'entente avec le ou la client-e concerné-e quelles informations sont transmises à qui.		
4	En cas de fin de prise en charge non planifiée, l'unité organisationnelle définit: ■ à quel moment le dossier du ou de la client-e est fermé; ■ la procédure et les principaux contenus d'une évaluation interne.		
5	Pour toute fin de prise en charge, planifiée ou non, est défini quelles informations sont transmises à qui.		

No	II / 4 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle ■ vérifie pour chaque client-e la nécessité de le ou la mettre en relation avec des offres favorisant son intégration sociale ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts et intègre les résultats du travail en réseau dans le processus de thérapie, de conseil et d'accompagnement.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la client-e concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la client-e concerné-e, ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	L'unité organisationnelle définit quels rapports sont transmis à quels partenaires du réseau.		
5	L'orientation de client-e-s vers des soins médicaux, de même que la prise de contact avec leur médecin de famille – et, en cas de traitement de substitution, avec le médecin prescripteur – sont réglées.		

No	II / 5 Documentation	Indicateurs	Standards
1	A l'ouverture des dossiers, l'unité organisationnelle recueille les données suivantes: ■ nom, prénom, adresse et coordonnées personnelles des client-e-s; ■ année de naissance, sexe, état civil et nationalité; ■ religion, statut de séjour et situation professionnelle; ■ numéros AVS, AI et d'assurance maladie; ■ nom(s) et année(s) de naissance des enfants; ■ coordonnées et langue maternelle des principales personnes de référence.		
2	Le dossier des client-e-s contient notamment les éléments suivants: ■ données personnelles recueillies; ■ analyse de la situation/anamnèse; ■ accords thérapeutiques, de conseil et d'accompagnement; ■ objectifs fixés d'un commun accord; ■ personne(s) de référence; ■ correspondance; ■ éventuelle levée du secret professionnel et/ou déclarations de consentement; ■ contrats, décisions et autorisations; ■ rapports internes et externes; ■ journal des entretiens thérapeutiques, de conseil et d'accompagnement ainsi que des principaux événements, yc des interventions de crise; ■ en cas de suivi médical interne: journal du médecin en charge ainsi que des prescriptions et remises de médicaments.		

Nr.	II / 5 Documentation	Indicateurs	Standards
3	Inscriptions portées au dossier et rapports correspondent à la réalité des faits, satisfont aux standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.		
4	Sous réserve d'autres dispositions cantonales et/ou fédérales, les dossiers des client-e-s (yc données électroniques) sont à conserver durant dix ans.		
5	La question de savoir ce qu'il advient des dossiers au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité de la structure organisationnelle est réglée.		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

III Traitement basé sur la substitution

III Module «Traitement basé sur la substitution»

Les exigences qualité applicables au module **«Traitement basé sur la substitution»** sont organisées en six thématiques.

1. Evaluation et admission
2. Traitement
3. Administration de substances et médication
4. Fin du traitement
5. Travail en réseau
6. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module III.

No	III / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	La procédure d'admission est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ le contact initial; ■ les informations demandées aux patient-e-s; ■ la décision d'admission.		
4	L'unité organisationnelle s'assure que la première personne en contact avec les patient-e-s connaît les prestations offertes ainsi que l'offre régionale d'aide aux personnes dépendantes et dispose des notions de base en matière de conduite d'entretien.		

No	III / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
5	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir - parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission: ■ données personnelles nécessaires à la documentation du cas; ■ conditions juridiques, formelles et personnelles à remplir en vue de l''admission; ■ anamnèse bio-psycho-sociale et anamnèse infirmière; ■ analyse de la situation en matière d'addiction; ■ motivation et ressources personnelles des patient-e-s; ■ système de soutien social et réseau relationnel des patient-e-s, notamment concernant leurs enfants mineurs; ■ tutelle et curatelle; ■ placement à des fins d'assistance, mesures judiciaires et administratives; ■ clarification des conditions financières, soit du coût du traitement de substitution ainsi que des participations à charge des patient-e-s.		
6	La pose du diagnostic est conforme aux standards internationaux.		
7	Si besoin est, l'unité organisationnelle se procure, avec l'accord du ou de la patient-e, les informations nécessaires auprès des services l'ayant suivi-e précédemment.		

No	III / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
8	Au cours de la procédure d'admission, patients et patientes sont informé-e-s sur: ■ les conditions d'admission et la procédure d'entrée; ■ les offres de prise en charge; ■ leurs droits et devoirs; ■ le règlement intérieur; ■ les modalités de remise de substances; ■ les effets et effets secondaires des médicaments administrés, notamment de substitution; ■ les dangers de la prise simultanée ou du mélange de substances illégales et de médicaments non prescrits; ■ la nécessité de déclarer toute prise simultanée de médicaments prescrits par des médecins extérieurs; ■ les questions liées à l'aptitude à conduire; ■ les questions liées à la grossesse; ■ les aspects financiers de la prise en charge; ■ la protection des données et le respect du secret professionnel par le personnel.		

No	III / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
9	Au terme de l'évaluation, les patient-e-s ainsi que les professionnel-le-s concerné-e-s sont informé-e-s si ils/elles se trouvent au bon endroit ou devraient être orienté-e-s vers une autre institution et quelles sont les prochaines démarches à entreprendre..		
10	Lorsque des patient-e-s doivent être orienté-e-s vers une autre institution et/ou que d'autres démarches sont nécessaires, ils/elles reçoivent, si besoin est, tout conseil utile à cet effet.		
11	Chaque patient-e- se voit attribuer au moins un ou une répondant-e fixe, dont la désignation tient compte des compétences liées à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		
12	La question de la prise en charge de patient-e-s mineur-e-s est réglée.		

No	III / 2 Traitement	Indicateurs	Standards
1	Les traitements satisfont à des critères professionnels reconnus, se réfèrent à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés, sont fondés sur l'évidence scientifique et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	Un accord thérapeutique signé par l'unité organisationnelle et le ou la patient-e règle leurs droits et devoirs respectifs, et notamment ■ les dispositions particulières appliquées en cas de placement à des fins d'assistance et de mesures administratives ou judiciaires; ■ l'établissement d'un plan thérapeutique, réévalué à intervalles réguliers avec le ou la patient-e; ■ les voies de plainte et de recours; ■ les motifs d'exclusion.		
3	Le plan thérapeutique ■ est établi d'entente avec les patient-e-s de manière transparente et compréhensible, et tient compte de leurs facultés cognitives; ■ est centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des patient-e-s; ■ est réévalué à intervalles réguliers avec les patient-e-s et adapté à leur situation individuelle; ■ est dûment documenté.		

No	III / 2 Traitement	Indicateurs	Standards
4	Le plan thérapeutique comporte: ■ un relevé actualisé des antécédents et des conditions de vie actuelles des patient-e-s ainsi que de leur parcours en addiction et des traitements suivis jusqu'alors; ■ si nécessaire, d'autres investigations somatiques et/ou psychiatriques; ■ les objectifs visés; ■ les mesures thérapeutiques envisagées; ■ des informations sur le comportement addictif, les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé, la consommation à faible risque, les maladies infectieuses et notamment la prévention du SIDA et des hépatites, les questions liées à la grossesse et à l'aptitude à conduire; ■ des informations sur la fin du traitement; ■ l'évaluation des objectifs fixés en commun.		
5	L'unité organisationnelle vérifie à intervalles réguliers, dans le cadre du plan thérapeutique: ■ la nécessité de nouvelles offres thérapeutiques ou d'accompagnement (p.ex. offres de groupes) propres à favoriser le processus de rétablissement des patient-e-s; ■ les besoins de soutien des patient-e-s en matière de santé, d'alimentation, d'exercice physique et d'hygiène; ■ les mesures de soutien nécessaires en vue d'une (ré)insertion professionnelle (p.ex. offres de travail et d'activités occupationnelles) ou d'une intégration sociale (p.ex structure de jour, offres de loisirs);		

No	III / 2 Traitement	Indicateurs	Standards
5	■ le besoin éventuel de soutien par rapport à d'autres formes d'aide pratique (impôts, logement, assurances, etc.).		
6	La participation de personnes de confiance issues de l'entourage des patient-e-s est encouragée et se fait en accord avec le ou la patient-e concerné-e.		
7	Des offres d'aide – disponibles sur place ou organisées à l'extérieur – sont proposées à l'entourage des patient-e-s.		
8	Les patient-e-s ayant des enfants mineurs sont soutenu-e-s dans la prise de conscience de leurs responsabilités parentales; leurs enfants se voient proposer des offres d'aide – disponibles sur place ou organisées à l'extérieur – répondant au souci de veiller au bien de l'enfant.		
9	Pour leur permettre de faire face de manière autonome à des situations de crise, patients et patientes disposent d'interlocuteurs à qui s'adresser ainsi que des adresses et numéros de téléphone des services d'urgence.		
10	En situation de crise, l'unité organisationnelle garantit la circulation des informations avec ses partenaires du réseau.		
11	La conception d'offres de groupes inclut une définition claire des objectifs, contenus, méthodes et compétences.		

No	III / 3 Administration de substances et médication	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle dispose des autorisations requises pour administrer des médicaments de substitution.		
2	L'approvisionnement, la conservation et le contrôle des médicaments – notamment de substitution – sont réglés conformément aux exigences de sécurité.		
3	Les tâches, compétences et responsabilités inhérentes à l'administration de médicaments – notamment de substitution – sont clairement définies.		
4	Les exigences en matière d'hygiène et de sécurité relatives à l'administration de médicaments – notamment de substitution – sont réglées et leur respect garanti.		
5	L'administration de substances s'effectue dans des locaux appropriés.		
6	Le respect de la sphère intime des patient-e-s est garanti, sous réserve de questions de sécurité.		
7	Toute administration de médicaments de substitution est précédée d'un contrôle – effectué selon un protocole standard – de la tolérance individuelle du ou de la patient-e concerné-e au médicament en question.		

Nr.	III / 3 Administration de substances et médication	Indicateurs	Standards
8	La procédure permettant de s'assurer que les patient-e-s reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie.		
9	A qui et quand quels médicaments – notamment de substitution – sont administrés est documenté de manière exhaustive.		
10	L'administration de substances fait l'objet d'une surveillance stricte afin d'éviter tout incident indésirable (trafic, overdoses, etc.) et de garantir la sécurité.		
11	Les modes de consommation des médicaments de substitution administrés sont dûment réglés.		

No	III / 4 Fin du traitement	Indicateurs	Standards
1	La fin du traitement, planifiée ou non, est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi et/ou à clarifier les conditions d'une reprise du traitement.		
2	Lorsque le traitement prend fin comme convenu, tant les mesures thérapeutiques prises que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le ou la patient-e.		
3	Lorsqu'est prévue une mesure de suivi, l'unité organisationnelle définit d'entente avec le ou la patient-e concerné-e quelles informations sont transmises à qui.		
4	En cas de fin de traitement non planifiée, l'unité organisationnelle définit : ■ à quel moment le dossier du ou de la patient-e est fermé; ■ la procédure et les principaux contenus d'une évaluation interne.		
5	Pour toute fin de traitement, planifiée ou non, est défini quelles informations sont transmises à qui.		

No	III / 5 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle ■ vérifie pour chaque patient-e la nécessité de le ou la mettre en relation avec des offres favorisant son intégration sociale ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la patient-e concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la patient-e concernée, ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	L'unité organisationnelle définit quels rapports et/ou informations sont transmis-e-s à quels partenaires du réseau.		
5	L'orientation de patient-e-s vers d'autres soins médicaux, de même que la prise de contact avec leur médecin de famille sont réglés et garantis.		

No	III / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
1	A l'ouverture des dossiers, l'unité organisationnelle recueille les données suivantes: ■ nom, prénom, adresse et coordonnées personnelles des patient-e-s; ■ année de naissance, sexe, état civil et nationalité; ■ religion, statut de séjour et situation professionnelle; ■ numéros AVS, AI et d'assurance maladie; ■ nom(s) et année(s) de naissance des enfants; ■ coordonnées et langue maternelle des principales personnes de référence.		
2	Les dossiers des patient-e-s contiennent notamment les éléments suivants: ■ données personnelles recueillies; ■ anamnèse et diagnostic; ■ objectifs fixés d'un commun accord ; ■ accord thérapeutique; ■ Plan thérapeutique; ■ documentation sur les médicaments administrés, notamment de substitution; ■ personne(s) de référence; ■ correspondance; ■ éventuelle levée du secret professionnel et/ou déclarations de consentement; ■ accords, décisions et autorisations; ■ rapports internes et externes; ■ journal des substances administrées et du traitement ainsi que des principaux événements, yc des interventions de crise.		

No	III / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
3	Inscriptions portées aux dossiers et rapports correspondent à la réalité des faits, satisfont aux standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.		
4	Sous réserve d'autres prescriptions cantonales et/ou fédérales, les dossiers des patient-e-s (yc données électroniques) sont à conserver 10 ans.		
5	La question de savoir ce qu'il advient des dossiers au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité de l'unité organisationnelle est réglée.		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

IV Activités de réinsertion professionnelle

IV Module «Activités de réinsertion professionnelle»

Les exigences qualité applicables au module **«Activités de réinsertion professionnelle»** sont réparties en six thématiques.

1. Evaluation et admission
2. Conseil et prise en charge socioprofessionnelle
3. Infrastructure de travail
4. Fin de la prise en charge
5. Travail en réseau
6. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module IV.

No	IV / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	La procédure d'admission est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ le contact initial; ■ les informations demandées aux client-e-s; ■ la décision relative aux possibilités d'engagement ou d'entrée dans les programmes de travail offerts.		
4	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir les informations nécessaires en vue de l'engagement prévu: ■ données personnelles nécessaires pour l'engagement; ■ conditions juridiques, formelles et personnelles à un engagement; ■ évaluation socioprofessionnelle, expérience professionnelle, capacité de travail, connaissances et compétences; ■ état de santé; ■ situation en matière d'addiction; ■ motivation et ressources personnelles; ■ système de soutien social et réseau relationnel des client-e-s; ■ majorité, tutelle et curatelle; ■ placement à des fins d'assistance, mesures judiciaires et administratives.		

No	IV / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
5	Si besoin est, l'unité organisationnelle se procure, avec l'accord du ou de la client-e, les informations nécessaires auprès des services de prise en charge concernés.		
6	Dans le cadre de la procédure d'admission, clients et clientes reçoivent les informations nécessaires à un engagement visant leur réinsertion socioprofessionnelle, soit: ■ conditions d'admission et procédure d'entrée; ■ offres et possibilités d'engagement; ■ droits et devoirs; ■ règlement intérieur; ■ rémunération et modalités de paiement; ■ assurances; ■ droit à un certificat de travail ou à une attestation d'engagement; ■ conséquences en cas de non respect des engagements pris; ■ protection des données et respect du secret professionnel par le personnel.		
7	Au terme de l'évaluation, les client-e-s et les professionnel-le-s concerné-e-s savent si l'offre de travail et l'infrastructure y relative sont adaptées à leurs capacités, si ils/elles se trouvent au bon endroit ou devraient être orienté-e-s vers une autre institution et quelles sont les prochaines démarches à entreprendre.		
8	Lorsque des client-e-s doivent être orienté-e-s vers une autre institution et/ou que d'autres démarches sont nécessaires, ils/elles reçoivent, si besoin est, tout conseil utile à cet effet.		

No	IV / 2 Conseil et prise en charge socioprofes-sionnelle	Indicateurs	Standards
1	La prise en charge socioprofessionnelle satisfait à des critères professionnels recon-nus, se réfère à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	L'unité organisationnelle fixe quand est établi une convention ou un contrat de travail signé par le ou la client-e, document qui règle leurs droits et devoirs respectifs, en particulier concernant: ■ les exigences du travail; ■ la rémunération individuelle, le système de bonus/malus ainsi que d'éventuelles règles de cession du salaire; ■ les questions d'assurance; ■ les règles de comportement au travail; ■ la protection des donnnées et le respect du secret professionnel par le personnel; ■ les voies de plainte et de recours; ■ les motifs d'exclusion; ■ en cas de prolongation du programme de travail, l'établissement d'un plan d'intervention socio-professionnelle, et sa réévaluation à intervalles réguliers avec le ou la client-e.		

No	IV / 2 Conseil et prise en charge socioprofes-sionnelle	Indicateurs	Standards
3	L'activité occupationnelle ou professionnelle ■ se définit d'entente avec les client-e-s, de manière transparente et compréhensible et tient compte de leurs capacités cognitives; ■ est centrée sur des buts et sur les ressources personnelles des cliente-e-s; ■ est adaptée à la situation individuelle des client- e-s et régulièrement réévaluée avec eux/elles; ■ est documentée.		
4	Les programmes de travail de longue durée font l'objet d'un plan d'engagement qui comporte, en fonction des possibilités et des besoins, les points suivants: ■ durée de l'engagement; ■ objectifs visés; ■ mesures d'accompagnement envisagées; ■ informations sur la sécurité au travail, le travail et la consommation de stupéfiants, l'aptitude à conduire; ■ selon les besoins, sur les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé, la consommation à faible risque, les maladies infectieuses et notam-ment la prévention du SIDA et des hépatites, et les questions liées à la grossesse; ■ informations sur la fin de la prise en charge; ■ évaluation des objectifs fixés en commun.		
5	En cas de besoin, l'unité organisationnelle vérifie - dans le cadre du plan d'engagement ou lors d'entretiens d'évaluation – la nécessité de		

Nr.	IV / 2 Conseil et prise en charge socioprofessionnelle	Indicateurs	Standards
5	nouvelles offres thérapeutiques ou d'accompagnement (offres de groupes, en matière de santé ou d'aide pratique) propres à favoriser le processus de rétablissement des client-e-s.		
6	En cas d'engagement auprès d'entreprises extérieures, une évaluation est effectuée avec l'employeur concerné.		
7	Les instructions, directives concernant le travail et évaluations sont dispensées par des professionnels au bénéfice d'une formation continue dans le domaine socioprofessionnel.		
8	Un rapport adéquat entre nombre d'accompagnant-e-s et nombre de client-e-s est défini.		
9	Le mode paiement est ■ défini; ■ compréhensible pour les client-e-s; ■ garanti du point de vue de la logistique et de l'organisation des locaux.		
10	Clients et clientes reçoivent, sur demande, un reçu pour chaque versement et une fois par mois un décompte de salaire.		
11	Pour leur permettre de faire face de manière autonome à des situations de crise, clients et clientes disposent d'interlocuteurs à qui s'adresser ainsi que des adresses et numéros de téléphone des services d'urgence.		
12	En situation de crise, l'unité organisationnelle garantit la circulation des informations avec ses partenaires du réseau.		

No	IV / 3 Infrastructure de travail	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle met à disposition une infrastructure de travail satisfaisant aux exigences internes et externes tant au plan fonctionnel, de la sécurité du travail et de l'hygiène que de la propreté		
2	L'utilisation de l'infrastructure de travail et du matériel est réglée et tient compte des particularités des clients et clientes.		

No	IV / 4 Fin de la prise en charge	Indicateurs	Standards
1	Lors de programmes de réinsertion professionnelle de longue durée, la fin de la prise en charge – planifiée ou non – est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi et/ou à clarifier les conditions d'une réadmission.		
2	Lorsque la prise en charge prend fin comme prévue, les mesures socioprofessionnelles prises et les objectifs atteints font généralement l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec les client-e-s.		
3	Lorsqu'est prévue une mesure de suivi, l'unité organisationnelle définit d'entente avec le ou la client-e quelles informations sont transmises à qui.		
4	En cas de fin de prise en charge non planifiée, l'unité organisationnelle définit: ■ à quel moment le dossier du ou de la client-e est fermé ; ■ la procédure et les principaux contenus d'une évaluation interne.		
5	Pour toute fin de prise en charge, planifiée ou non, est défini quelles informations sont transmises à qui.		
6	Lors de programmes de travail de longue durée, clients et clientes se voient délivrer un certificat ou une attestation de travail.		

No	IV / 5 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle ■ vérifie pour chaque client-e la nécessité de le ou la mettre en relation avec des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la client-e concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la client-e concerné-e, ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	L'unité organisationnelle définit quelles informations sont transmises à quels partenaires du réseau.		
5	La procédure d'acquisition de possibilités de travail - tant internes qu'externes - s'effectue de manière méthodique, est documentée et régulièrement réévaluée.		
6	La collaboration avec des employeurs externes fait l'objet de règles contractuelles.		

No	IV / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
1	A l'ouverture d'un dossier, l'unité organisationnelle recueille les données suivantes: ■ nom, prénom, adresse et coordonnées personnelles des client-e-s; ■ année de naissance, sexe, état civil et nationalité; ■ religion, statut de séjour et situation professionnelle; ■ numéros AVS, AI et d'assurance maladie; ■ nom(s) et année(s) de naissance des enfants mineurs; ■ coordonnées et langue maternelle des principales personnes de référence.		
2	Les dossiers des client-e-s contiennent – concernant les points suivants – les éléments d'information nécessaires à un engagement: ■ données personnelles recueillies; ■ analyse de la situation au plan du travail; ■ conventions ou contrats de travail; ■ objectifs fixés d'un commun accord; ■ personne(s) de référence; ■ correspondance; ■ éventuelle levée du secret professionnel et/ou déclarations de consentement; ■ contrats et autorisations; ■ rapports internes et externes; ■ journal des engagements de travail et de la prise en charge ainsi que des principaux événements, yc des interventions de crise.		

No	IV / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
3	Inscriptions portées aux dossiers et rapports correspondent à la réalité des faits, satisfont aux standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.		
4	Sous réserve d'autres dispositions cantonales et/ou fédérales, les dossiers des client-e-s (yc données électroniques) sont à conserver durant dix ans.		
5	La question de savoir ce qu'il advient des dossiers au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité de l'unité organisationnelle est réglée.		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

V Habitat protégé et accompagnement à domicile

V Module «Habitat protégé et accompagnement à domicile»

Les exigences qualité applicables au module **«Habitat protégé et accompagnement à domicile»** sont réparties en six thématiques.

1. Evaluation et admission
2. Conseil et accompagnement
3. Infrastructure d'hébergement
4. Fin de la prise en charge
5. Travail en réseau
6. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module V.

No	V / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	La procédure d'admission est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ le contact initial; ■ les informations demandées aux client-e-s; ■ la décision d'admission.		
4	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission: ■ données personnelles nécessaires à la documentation du cas; ■ conditions juridiques, formelles et personnelles à remplir en vue d'une admission; ■ état de santé; ■ analyse de la situation aux plans psychosocial et de l'addiction; ■ motivation et ressources personnelles du ou de la client-e; ■ évaluation de l'aptitude du ou de la client-e à occuper un logement ou à vivre en communauté; ■ système de soutien social et réseau relationnel des client-e-s, notamment concernant leurs enfants mineurs;		

No	V / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
4	■ tutelle et curatelle ■ placement à des fins d'assistance, mesures judiciaires et administratives; ■ organisation et occupation de la journée; ■ ressources financières.		
5	Si besoin est, l'unité organisationnelle se procure, avec l'accord du ou de la client-e, les informations nécessaires auprès des services l'ayant suivi-e précédemment.		
6	Au cours de la procédure d'admission, clients et clientes sont informé-e-s sur: ■ les conditions d'admission et la procédure d'entrée; ■ les offres de prise en charge; ■ leurs droits et devoirs; ■ le règlement intérieur; ■ les aspects financiers de la prise en charge; ■ la protection des données et le respect du secret professionnel par le personnel.		
7	Au terme de l'évaluation, les client-e-s et les professionnel-le-s concerné-e-s sont informé-e-s si ils/elles se trouvent au bon endroit ou devraient être orienté-e-s vers une autre institution et quelles sont les prochaines démarches à entreprendre.		
8	Lorsque des client-e-s doivent être orienté-e-s vers une autre institution et/ou que d'autres démarches sont nécessaires, ils/elles reçoivent, si besoin est, tout conseil utile à cet effet.		

No	V / 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
9	Chaque client-e se voit attribuer au moins un ou une répondant-e fixe, resp. un ou une accompagnant-e de référence, dont la désignation tient compte des compétences liées à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		
10	L'attribution d'un appartement ou d'une chambre se fait selon des critères préétablis. Elle tient compte du résultat des entretiens d'évaluation, des ressources et besoins individuels des client-e-s ainsi que des aspects liés à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		
11	L'accueil de client-e-s accompagné-e-s d'enfants mineurs est réglé.		
12	L'accueil de client-e-s mineur-e-s est réglé.		

No	V / 2 Conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
1	Conseil et accompagnement satisfont à des critères professionnels reconnus, se réfèrent à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	Un accord thérapeutique signé par l'unité organisationnelle et les client-e-s fixe leurs droits et devoirs respectifs, et notamment: ■ les mesures prises pour assurer le respect de l'autonomie des client-e-s dans les communautés d'habitation ainsi que les tâches communes à y assumer; ■ l'accès aux espaces d'habitation et leur contrôle, resp. la fréquence des visites à domicile; ■ les dispositions particulières appliquées en cas de placement à des fins d'assistance et d'autres mesures administratives ou judiciaires; ■ l'établissement d'un plan d'accompagnement, réévalué à intervalles réguliers avec les client-e-s; ■ les voies de plainte et de recours; ■ les motifs d'exclusion.		

No	V / 2 Conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
3	Le plan de conseil et d'accompagnement ■ est établi d'entente avec les client-e-s de manière transparente et compréhensible, et tient compte de leurs capacités cognitives; ■ est centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des client-e-s; ■ est réévalué à intervalles réguliers avec les client-e-s et adapté à leur situation individuelle; ■ est dûment documenté.		
4	Le plan de conseil et d'accompagnement comporte généralement les points suivants: ■ un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des client-e-s ainsi que de leur parcours en addiction et des traitements suivis jusqu'alors; ■ si nécessaire, d'autres investigations somatiques et/ou psychiatriques; ■ les objectifs visés et les mesures propres à améliorer la capacité des client-e-s à occuper un logement ou à vivre en communauté et à assumer des tâches quotidiennes et administratives; ■ des offres favorisant leur intégration sociale (travail, sport et loisirs); ■ des informations sur le comportement addictif, les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé et la consommation à faible risque, les maladies infectieuses et notamment la prévention du SIDA et des hépatites, les questions liées à la grossesse et à l'aptitude à conduire;		

No	V / 2 Conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
4	■ des informations sur la fin de la prise en charge; ■ l'évaluation des objectifs fixés en commun.		
5	L'unité de prise en charge vérifie à intervalles réguliers, dans le cadre du plan de conseil et d'accompagnement: ■ la nécessité de nouvelles offres thérapeutiques ou d'accompagnement (p.ex. offres de groupes) propres à favoriser le processus de rétablissement des client-e-s; ■ leurs besoins de soutien en matière de santé, d'alimentation, d'exercice physique et d'hygiène; ■ les mesures de soutien nécessaires en vue d'une (ré)insertion professionnelle (offres internes et/ou externes d'intégration au travail); ■ le besoin éventuel de soutien par rapport à d'autres formes d'aide pratique (impôts, assurances, etc.).		
6	La participation de personnes de confiance issues de l'entourage des client-e-s est encouragée et se fait en accord avec le ou la client-e concerné-e.		
7	Des offres d'aide – disponibles sur place ou organisées à l'extérieur – sont proposées à l'entourage des client-e-s, en particulier à leurs enfants mineurs.		

No	V / 2 Conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
8	Lorsque cela est prévu, structuration de la journée et participation aux activités quotidiennes sont réglées et discutées dans le cadre du processus de conseil et d'accompagnement.		
9	Procédure et flux d'informations en cas de transfert, de suspension provisoire de la prise en charge (time out) ou d'absence non autorisée sont dûment réglés.		
10	Une prise en charge médicale – interne ou externe – est assurée durant toute la durée du séjour.		
11	Si l'unité organisationnelle délivre des médicaments, ■ leur approvisionnement, conservation et contrôle sont réglés conformément aux exigences de sécurité; ■ la procédure permettant de s'assurer que les client-e-s reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie; ■ à qui et quand quels médicaments sont administrés est documenté de manière exhaustive.		
12	Pour leur permettre de faire face de manière autonome à des situations de crise, clients et clientes disposent d'interlocuteurs à qui s'adresser ainsi que des adresses et numéros de téléphone des services d'urgence.		
13	En situation de crise, l'unité organisationnelle garantit la circulation des informations avec ses partenaires du réseau.		

No	V / 3 Infrastructure d'hébergement	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle met à disposition une infrastructure d'hébergement conforme aux exigences internes et externes tant aux plans fonctionnel, de la sécurité et de l'hygiène que de la propreté.		
2	Les règles relatives à l'utilisation de l'infrastructure d'hébergement sont conçues de manière à tenir compte des particularités des client-e-s.		
3	La procédure d'acquisition de logements est méthodique, documentée et régulièrement réévaluée.		
4	La location de logements par l'unité organisationnelle fait l'objet d'accords contractuels avec la gérance concernée.		

No	V / 4 Fin de la prise en charge	Indicateurs	Standards
1	La fin de la prise en charge, planifiée ou non, est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi et/ou à clarifier les conditions d'une réadmission.		
2	Lorsque la prise en charge prend fin comme prévue, tant les mesures de conseil et d'accompagnement prises que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le ou la client-e.		
3	Lors d'un transfert ou de la fin d'une prise en charge, l'unité organisationnelle définit avec le ou la client-e concerné-e quelles informations sont transmises à qui.		
4	En cas de fin de prise en charge non planifiée, l'unité organisationnelle définit: ■ à quel moment le dossier du ou de la client-e est fermé; ■ la procédure et les principaux contenus d'une évaluation interne.		
5	Pour toute fin de prise en charge, planifiée ou non, est défini quels institutions ou services doivent être informés.		

No	V / 5 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle ■ vérifie pour chaque client-e- la nécessité de le ou la mettre en relation avec des offres favorisant son intégration sociale ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la client-e- concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la client-e concerné-e ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	L'unité organisationnelle définit quels rapports sont transmis à quels partenaires du réseau.		
5	L'orientation de client-e-s vers des soins médicaux, de même que la prise de contact avec leur médecin de famille – et, en cas de traitement de substitution, avec le médecin prescripteur – sont réglées.		

No	V / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
1	A l'ouverture des dossiers, l'unité organisationnelle recueille les données suivantes: ■ nom, prénom, adresse et coordonnées personnelles des client-e-s; ■ année de naissance, sexe, état civil et nationalité; ■ religion, statut de séjour et situation professionnelle; ■ numéros AVS, AI et d'assurance maladie; ■ nom(s) et année(s) de naissance des enfants; ■ coordonnées et langue maternelle des principales personnes de référence.		
2	Les dossiers des client-e-s contiennent notamment les éléments ci-dessous: ■ données personnelles recueillies; ■ analyse de la situation; ■ contrat ou convention d'habitation; ■ accord de conseil et d'accompagnement; ■ personnes de référence; ■ correspondance; ■ éventuelle levée du secret professionnel et/ou déclarations de consentement; ■ contrats et autorisations; ■ rapports internes et externes; ■ documentation relative à une éventuelle médication; ■ journal du conseil et de l'accompagnement, de l'aptitude à occuper un logement ou à vivre en communauté, ainsi que des principaux événements, yc des interventions de crise.		

No	V / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
3	Inscriptions portées aux dossiers et rapports correspondent à la réalité des faits, satisfont aux standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.		
4	Sous réserve d'autres dispositions cantonales ou fédérales, les dossiers des client-e-s (yc données électroniques) sont à conserver durant dix ans.		
5	La question de savoir ce qu'il advient des dossiers au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité de l'unité organisationnelle est réglée.		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

VI Centres d'hébergement d'urgence

VI Module «Centres d'hébergement d'urgence»

Les exigences qualité applicables au module **«Centres d'hébergement d'urgence»** sont réparties en cinq thématiques.

1. Admission
2. Séjour, conseil et triage
3. Assistance de base
4. Travail en réseau
5. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module VI.

No	VI / 1 Admission	Indicateurs	Standards
1	L'accès au centre d'hébergement d'urgence est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	La procédure d'admission est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ les critères d'admission; ■ les données personnelles définies par les directives communales ou cantonales; ■ les modalités de paiement; ■ les informations fournies aux client-e-s.		
4	A leur arrivée, le centre fait part aux client-e-s de tous les points du règlement intérieur ainsi que de leurs droits et devoirs durant leur séjour.		
5	L'attribution des chambres se fait selon des critères préétablis, critères qui tiennent au moins compte: ■ du comportement du ou de la client-e en matière de consommation de substances; ■ de la situation actuelle du ou de la client-e; ■ des aspects liés à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		

No	VI / 2 Séjour, conseil et triage	Indicateurs	Standards
1	Durant la nuit, au moins une personne qualifiée est en permanence présente au centre, et une autre personne, également qualifiée, atteignable en tout temps.		
2	Activités matinales et fermeture du centre sont effectuées selon une check-list.		
3	Si besoin est, les client-e-s reçoivent toute information utile sur les offres disponibles pour la journée et la nuit suivantes.		
4	Le centre règle la question de la prise en charge ■ de clients et clientes mineur-e-s; ■ de femmes enceintes; ■ de client-e-s accompagné-e-s d'enfants mineurs; ■ des clients et clientes revenant régulièrement.		
5	Clients et clientes réguliers/ères sont informé-e-s sur les offres d'habitat protégé et d'accompagnement à domicile et sont mis-e-s en contact, si nécessaire, avec les organismes concernés.		

No	VI / 3 Assistance de base	Indicateurs	Standards
1	Le centre règle l'étendue des soins infirmiers de base offerts et du matériel nécessaire (yc médicaments) mis à disposition à cet effet.		
2	Le centre offre la possibilité – interne ou externe – de cuisiner, de laver du linge ainsi que d'utiliser des installations sanitaires autant que possible séparées pour les hommes et les femmes.		
3	La remise de matériel d'injection est dûment réglée.		
4	La remise de matériel de prévention s'effectue en fonction des groupes cibles et de leurs besoins.		

No	VI / 4 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	Si nécessaire, le centre met en contact les client-e-s avec d'autres offres d'aide aux personnes dépendantes ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base.		
2	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la client-e concerné-e, ou avec son consentement.		

No	VI / 5 Documentation	Indicateurs	Standards
1	Le centre règle quelles données personnelles des client-e-s sont recueillies.		
2	Les interventions de crise sont documentées par écrit.		
3	Le centre règle lesquels des éléments ci-dessous doivent être documentés: ■ nombre de nuitées; ■ nombre d'entretiens brefs de conseil; ■ données quantitatives sur le matériel d'injection distribué; ■ incidents survenus à l'interne (p.ex. violences, dynamiques de groupe particulières, etc.); ■ incidents significatifs intervenus sur la scène de la drogue (p.ex. apparition de nouveaux produits, variations du prix des substances illégales, trafic illicite de médicaments, apparition de nouveaux groupes de client-e-s, etc.).		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

VII Centres d'accueil bas seuil

VII Module «Centres d'accueil bas seuil»

Les exigences qualité applicables au module **«Centres d'accueil bas seuil»** sont réparties en six thématiques.

1. Accès et prise de contact
2. Conseil et accompagnement
3. Assistance de base
4. Offres d'activités occupationnelles
5. Travail en réseau
6. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module VII.

No	VII / 1 Accès et prise de contact	Indicateurs	Standards
1	L'accès au centre d'accueil bas seuil est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	Les tâches et compétences des personnes qui règlent l'accueil sont clairement définies.		
4	La procédure relative au contact initial et à la décision d'admission au centre est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ Les critères d'admission ■ les informations demandées aux client-e-s ■ les informations fournies aux client-e-s		
5	Le centre s'assure que l'équipe de conseil et d'accompagnement connaît les prestations offertes ainsi que l'offre régionale d'aide aux personnes dépendantes et dispose des notions de base en matière de conduite d'entretien.		
6	Le centre règle la question de l'accueil ■ de client-e-s mineur-e-s; ■ de femmes enceintes; ■ de client-e-s accompagné-e-s d'enfants mineurs.		
7	Lorsque des client-e-s se voient refuser l'accès au centre, des informations leur sont fournies, si nécessaire, sur d'autres offres		

No	VII / 2 Conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
1	Conseils, accompagnement et traitements satisfont à des critères professionnels reconnus, se réfèrent à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	Le centre règle ■ l'étendue des activités de conseil et d'accompagnement dévolues aux client-e-s faisant régulièrement appel à lui, en particulier aux mineurs et aux jeunes adultes; ■ l'observation individuelle des client-e-s- en vue de repérer précocement toute situation d'urgence ou de crise.		

No	VII / 2 Conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
3	A l'occasion des activités de conseil et d'accompagnement, clients et clientes sont informé-e-s sur: ■ les offres gratuites et payantes du centre; ■ les offres des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ leurs droits et devoirs; ■ les voies de plainte et de recours; ■ le règlement intérieur; ■ la protection des données et le respect du secret professionnel par le personnel; ■ le comportement addictif, les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé, la consommation à faible risque, les maladies infectieuses et notamment la prévention du SIDA et de l'hépatite, les questions liées à la grossesse et à l'aptitude à conduire.		
4	Les activités de conseil et d'accompagnement ■ sont établies d'entente avec les client-e-s de manière transparente et compréhensible et tiennent compte de leurs capacités cognitives; ■ sont centrées sur des objectifs et sur les ressources personnelles des client-e-s; ■ sont réévaluées à intervalles réguliers avec les client-e-s et adaptées à leur situation individuelle; ■ sont, si cela est prévu, documentées.		

No	VII / 2 Conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
5	Si besoin est, le centre se procure, avec l'accord du ou de la client-e, les informations nécessaires au conseil ou à l'accompagnement auprès des services concernés ou l'ayant suivi-e précédemment.		
6	Le centre vérifie, dans le cadre de ses activités de conseil et d'accompagnement, les besoins de soutien des client-e-s en matière de santé, d'alimentation, d'exercice physique et d'hygiène.		
7	Les client-e-s ayant des enfants mineurs sont soutenus dans la prise de conscience de leurs responsabilités parentales; leurs enfants se voient proposer des offres d'aide répondant au souci de veiller au bien de l'enfant.		
8	Pour leur permettre de faire face de manière autonome à des situations de crise, clients et clientes disposent d'interlocuteurs à qui s'adresser ainsi que des adresses et numéros de téléphones des services d'urgence.		
9	En situation de crise, le centre garantit la circulation des informations avec ses partenaires du réseau.		

No	VII / 3 Assistance de base	Indicateurs	Standards
1	La remise et l'échange de matériel d'injection ainsi que la remise ou la vente d'accessoires et de produits de préparation (p.ex. acide ascorbique) nécessaires à cet effet sont dûment réglés.		
2	La remise de matériel de prévention s'effectue en fonction des groupes cibles et de leurs besoins.		
3	L'accès à des repas et boissons est réglé à l'interne ou garanti au sein de structures extérieures.		
4	La possibilité de se doucher ou de laver ses habits et l'accès à une bourse aux vêtements sont réglés à l'interne ou assurés au sein de structures extérieures.		
5	Les soins infirmiers de base (traitement de plaies, soins des veines, bandages, etc.) sont réglés et dispensés dans des locaux appropriés.		
6	La procédure à appliquer en cas de complications et de situations d'urgence est réglée et un traitement médical d'urgence garanti en tout temps.		

No	VII / 3 Assistance de base	Indicateurs	Standards
7	L'exploitation d'un local de consommation de substances (injectées ou fumées) se fait dans des lieux appropriés et répond aux critères professionnels suivants: ■ les exigences en matière d'hygiène et de sécurité sont réglées et garantissent en particulier une prévention efficace et effective du SIDA et des hépatites; ■ la procédure de consommation garantit une atmosphère calme; ■ une réglementation définit les substances et modes de consommation autorisés, ainsi que les produits et matériels utilisables; ■ le local de consommation est surveillé; ■ la sphère d'intimité des usagers est garantie, sous réserve d'impératifs de sécurité.		
8	Les lieux offrent une zone de repos permettant aux client-e-s de se retirer et une zone de contact, dévolue aux activités de conseil et d'accompagnement entre personnel et client-e-s.		

No	VII / 4 Offres d'activités occupationnelles	Indicateurs	Standards
1	Le centre règle les possibilités internes d'occupation et définit les éléments en relation avec: ■ l'accès aux activités occupationnelles; ■ leur indemnisation; ■ leur couverture d'assurance; ■ les droits et devoirs des client-e-s; ■ les directives en matière de sécurité et d'hygiène.		
2	Directives relatives au travail et déroulement de celui-ci sont clairement décrits et adaptés aux capacités et à l'état de santé des client-e-s.		

No	VII / 5 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	Le centre ■ vérifie, en particulier pour les client-e-s réguliers/ères, la nécessité de les mettre en relation avec des offres favorisant leur intégration sociale ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base ; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la client-e- concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la client-e concerné-e, ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	Le centre définit quelles informations sont transmises à quels partenaires du réseau.		
5	L'orientation de client-e-s vers des soins médicaux, de même que la prise de contact avec leur médecin de famille – et, en cas de traitement de substitution, avec le médecin prescripteur – sont réglées.		

No	VII / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
1	Lorsqu'il y a ouverture de dossiers, le centre règle lesquelles des données ci-dessous sont recueillies: ■ nom, prénom adresse et coordonnées personnelles ou pseudonyme des client-e-s; ■ année de naissance, sexe, état civil et nationalité; ■ religion, statut de séjour et situation professionnelle; ■ numéros AVS, AI et d'assurance maladie; ■ nom(s) et année(s) de naissance des enfants; ■ coordonnées et langue maternelle des principales personnes de référence.		
2	Lorsqu'il y a gestion de dossiers, le centre règle lesquels des éléments ci-dessous y sont contenus: ■ données personnelles recueillies; ■ analyse de la situation; ■ objectifs fixés d'un commun accord; ■ correspondance éventuelle; ■ éventuelle levée du secret professionnel et/ou déclaration de consentement; ■ rapports internes et externes; ■ éventuels contrats, autorisations et autres procurations; ■ journal de l'activité de conseil et d'accompagnement ainsi que des principaux évènements, yc des interventions de crise; ■ en cas de prise en charge médicale interne: journal du médecin responsable, yc des prescriptions et remises de médicaments.		

No	VII / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
3	Inscriptions portées aux dossiers et rapports correspondent à la réalité des faits, satisfont aux standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.		
4	Le centre règle lesquels des éléments ci-dessous sont documentés: ■ nombre de visites journalières; ■ nombre de client-e-s ayant sollicité des prestations; ■ résultats de l'observation individuelle des client-e-s en vue d'un repérage précoce de situations d'urgence ou de crise; ■ données quantitatives sur le matériel d'injection distribué; ■ en cas de mise à disposition d'un local de consommation: nombre de consommations; ■ incidents survenus à l'interne (violences, dynamiques de groupe particulières, etc.); ■ incidents significatifs intervenus sur la scène de la drogue (apparition de nouveaux produits, variation du prix des substances illégales, trafic illicite de médicaments, apparition de nouveaux groupes de client-e-s, etc.).		

No	VII / 6 Documentation	Indicateurs	Standards
5	Sous réserve d'autres dispositions cantonales ou fédérales, les dossiers des client-e-s (yc données électroniques) sont à conserver durant dix ans.		
6	La question de savoir ce qu'il advient des dossiers au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité du centre est réglée.		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

VIII Travail social hors murs (TSHM)

VIII Module «Travail social hors murs (TSHM)»

Les exigences qualité applicables au module **«Travail social hors murs»** sont réparties en cinq thématiques.

1. Prise de contact, conseil et accompagnement
2. Remise de matériel
3. Conception, développement et mise en oeuvre de prestations
4. Collaboration avec le réseau externe
5. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module VIII.

No	VIII / 1 Prise de contact, conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
1	L'unité de travail social hors murs (TSHM) définit: ■ la nature, l'ampleur, les conditions cadre et le genre d'évaluation de ses activités dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de l'intervention précoce ainsi que de la réduction des risques; ■ la nature, l'ampleur, les conditions cadre et le genre d'évaluation de ses activités de défense des intérêts de ses client-e-s vis-à-vis de divers groupes d'intérêt; ■ la nature, l'ampleur, les conditions cadre et le genre d'évaluation de ses activités de médiation entre client-e-s et autres groupes concernés; ■ les objectifs, la durée, le contenu, les responsabilités, la formation et l'évaluation d'offres et de projets impliquant des pairs.		
2	Conseil et accompagnement satisfont à des critères reconnus, se réfèrent à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
3	Le TSHM définit les conditions cadre et méthodes lui permettant une prise de contact proactive avec la clientèle visée.		

No	VIII / 1 Prise de contact, conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
4	A l'occasion de ses activités de conseil et d'accompagnement, clients et clientes sont informé-e-s sur: ■ les offres gratuites et payantes du TSHM; ■ les offres des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ leurs droits et devoirs; ■ les voies de plainte; ■ la protection des données et le respect du secret professionnel par le personnel; ■ le comportement addictif, les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé, la consommation à faible risque, les maladies infectieuses et notamment la prévention du SIDA et des hépatites, les questions liées à la grossesse et à l'aptitude à conduire.		
5	Les activités de conseil et d'accompagnement ■ sont réalisées en tenant compte des capacités cognitives des client-e-s et de leur autonomie; ■ sont centrées sur des objectifs et sur les ressources personnelles des client-e-s; ■ favorisent la compétence des client-e-s à se montrer autonomes dans la recherche de soutien; ■ sont, si cela est prévu, documentées.		
6	Le TSHM vérifie, dans le cadre de ses activités de conseil et d'accompagnement, les besoins des client-e-s en matière de santé, d'alimentation, d'exercice physique et d'hygiène.		

No	VIII / 1 Prise de contact, conseil et accompagnement	Indicateurs	Standards
7	Le TSHM règle la question de la prise en charge ■ de client-e-s mineur-e-s; ■ de femmes enceintes; ■ de clients et clientes accompagné-e-s d'enfants.		
8	Le TSHM définit comment observer de manière attentive et structurée scène de la drogue et autres espaces publics.		
9	La procédure à appliquer lors de situations de crise est réglée et une aide de premiers secours garantie.		

No	VIII / 2 Remise de matériel	Indicateurs	Standards
1	Le TSHM définit quel matériel d'information et de prévention est remis et comment sa distribution tient compte des groupes cibles et de leurs besoins.		
2	La remise et l'échange de matériel d'injection ainsi que la remise ou la vente d'accessoires et de produits de préparation (p. ex. acide ascorbique) nécessaires à cet effet sont dûment réglés.		

No	VIII / 3 Conception, développement et mise en oeuvre de prestations	Indicateurs	Standards
1	La conception, le développement et/ou la mise en oeuvre de prestations ou projets nouveaux et destinés à durer ■ répondent à un besoin avéré; ■ sont centrés sur des groupes cibles et des objectifs déterminés; ■ définissent les niveaux d'efficacité visés; ■ tiennent compte d'évolutions actuelles ou prévisibles de la société; ■ se basent sur les acquis scientifiques en la matière et tiennent compte des expériences déjà faites ainsi que du matériel existant; ■ s'effectuent en y associant les principaux acteurs concernés ainsi que d'entente avec le canton et/ou les communes concernés; ■ définissent qui doit être informé quand et par qui; ■ s'effectuent en y intégrant des principes et méthodes reconnus en matière de promotion de la santé, de prévention et d'intervention précoce; ■ prennent en considération les spécificités des settings visés; ■ tiennent compte des aspects liés à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.); ■ s'agissant de projets, prennent en considération la possibilité de les reproduire; ■ rendent publics les soutiens publicitaires dont l'unité de TSHM pourrait bénéficier sous forme de services et/ou de produits; ■ définissent sous quelle forme se font l'évaluation et la mise en valeur.		

No	VIII / 4 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	Le TSHM ■ met, si nécessaire, les client-e-s en contact avec des offres de réduction des risques, de thérapie et de conseil; ■ vérifie, en particulier pour ses client-e-s réguliers/ères, la nécessité de les mettre en relation avec des offres favorisant leur intégration sociale ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la client-e- concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la client-e concerné-e, ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	Le TSHM définit quelles informations sont transmises à quels partenaires du réseau.		

No	VIII / 5 Documentation	Indicateurs	Standards
1	Le TSHM règle quelles données relatives aux client-e-s sont recueillies ainsi que les contenus d'éventuels dossiers de clients et clientes réguliers/ères.		
2	Les interventions de crise sont documentées par écrit.		
3	Le TSHM règle lesquels des éléments ci-dessous doivent être documentés: ■ nombre de contacts établis et/ou nombre approximatif de client-e-s avec qui un contact a eu lieu; ■ nombre des entretiens brefs de conseil; ■ projets réalisés impliquant des pairs; ■ nombre d'activités de défense des intérêts de client-e-s; ■ nombre d'activités de médiation; ■ entretiens avec des partenaires du réseau; ■ données quantitatives sur la remise de matériel d'injection; ■ Incidents survenus (p.ex. violence, dynamiques de groupe particulières, etc.); ■ incidents significatifs survenus sur la scène de la drogue ou dans d'autres espaces publics (p.ex. apparition de nouveaux produits, variations du prix des substances illégales, trafic illicite de médicaments, apparitions de nouveaux groupes de client-e-s, etc.).		

Le Référentiel modulaire QuaThéDA

IX Sevrage

IX Module «Sevrage»

Les exigences qualité applicables au module **«Sevrage»** sont réparties en six thématiques:

1. Evaluation et admission
2. Traitement
3. Prestations médicales et administration de médicaments
4. Sortie
5. Travail en réseau
6. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module IX.

No	IX/ 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	L'unité organisationnelle s'assure que la première personne en contact avec les patient-e-s connaît les prestations offertes ainsi que l'offre régionale d'aide aux personnes dépendantes et dispose des notions de base en matière de conduite d'entretien.		
4	La procédure d'admission est réglée et définit les éléments en relation avec: ■ le contact initial; ■ les informations demandées aux patient-e-s; ■ la décision d'admission.		

No	IX/ 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
5	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir - parmi les points ci-dessous - les informations nécessaires pour décider d'une admission: ■ données personnelles nécessaires à la documentation du cas; ■ conditions juridiques, formelles, financières et personnelles à remplir en vue de l'admission; ■ anamnèse bio-psycho-sociale et anamnèse infirmière; ■ analyse de la situation en matière d'addiction; ■ motivation et ressources personnelles des patient-e-s; ■ système de soutien social et réseau relationnel des patient-e-s, notamment s'agissant d'enfants mineurs, d'autres proches et d'animaux domestiques; ■ tutelle et curatelle; ■ placement à des fins d'assistance, mesures judiciaires et administratives.		
6	Si besoin est, l'unité organisationnelle se procure, avec l'accord du ou de la patient-e, les informations nécessaires auprès des services l'ayant suivi-e précédemment.		

No	IX/ 1 Evaluation et admission	Indicateurs	Standards
7	Au cours de la procédure d'admission, patients et patientes sont informé-e-s sur: ■ les conditions d'admission et la procédure d'entrée; ■ les offres de prise en charge; ■ la durée du séjour et le déroulement des journées; ■ leurs droits et devoirs; ■ le règlement intérieur; ■ la question de l'aptitude à conduire; ■ les questions liées à la grossesse; ■ les aspects financiers et de garantie de paiement de la prise en charge; ■ la protection des données et le respect du secret professionnel par le personnel.		
8	Au terme de l'évaluation, les patient-e-s ainsi que les professionnel-le-s concerné-e-s sont informé-e-s si les patient-e-s se trouvent au bon endroit ou devraient être orienté-e-s vers une autre institution et quelles sont les prochaines démarches à entreprendre.		
9	Lorsque des patient-e-s doivent être orienté-e-s vers une autre institution et/ou que d'autres démarches sont nécessaires, ils/elles reçoivent, si besoin est, tout conseil utile à cet effet.		
10	Chaque patient-e se voit attribuer au moins un ou une répondant-e fixe, dont la désignation tient compte des compétences liées à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.).		
11	La question de la prise en charge de patient-e-s mineur-e-s est réglée.		

No	IX/ 2 Traitement	Indicateurs	Standards
1	Le traitement de la dépendance satisfait à des critères professionnels reconnus, se réfère à des méthodes ayant fait leurs preuves au sein des groupes professionnels concernés, est fondé sur l'évidence scientifique et obéit aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	Un accord thérapeutique signé par l'unité organisationnelle et le ou la patient-e règle leurs droits et devoirs respectifs, et notamment ■ les mesures prises pour assurer le respect de l'autonomie des patient-e-s; ■ les dispositions particulières appliquées en cas de placement à des fins d'assistance et de mesures administratives ou judiciaires; ■ l'établissement d'un plan thérapeutique, réévalué à intervalles réguliers avec le ou la patient-e; ■ la gestion, durant le séjour, de la consommation de stupéfiants et de médicaments non prescrits; ■ les possibilités et limites des pratiques religieuses; ■ les voies de plainte et de recours; ■ les motifs d'exclusion.		

No	IX/ 2 Traitement	Indicateurs	Standards
3	Le plan thérapeutique ■ est établi d'entente avec les patient-e-s de manière transparente et compréhensible, et tient compte de leurs capacités cognitives; ■ est centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des patient-e-s; ■ est réévalué à intervalles réguliers avec les patient-e-s et adapté à leur situation individuelle; ■ est dûment documenté.		

No	IX/ 2 Traitement	Indicateurs	Standards
4	Le plan thérapeutique comporte: ■ un relevé actualisé des antécédents et des conditions de vie actuelles des patient-e-s ainsi que de leur parcours en addiction et des traitements suivis jusqu'alors; ■ si nécessaire, d'autres investigations somatiques, psychiatriques et/ou infirmières; ■ la procédure de surveillance clinique – somatique et psychiatrique – et/ou infirmière des patient-e-s; ■ les objectifs visés; ■ les mesures thérapeutiques envisagées; ■ la transmission de stratégies permettant de gérer situations à risque, crises et complications dues au sevrage; ■ des informations sur le comportement addictif, les effets et effets secondaires de diverses substances, les risques pour la santé, la consommation à faible risque, les maladies infectieuses et notamment la prévention du SIDA et des hépatites, les questions liées à la grossesse et l'aptitude à la conduite; ■ des informations sur la fin du traitement et le début d'une post-cure; ■ l'évaluation des objectifs fixés en commun.		
5	L'unité organisationnelle vérifie à intervalles réguliers, dans le cadre du plan thérapeutique: ■ le besoin de soutien des patient-e-s en matière de structuration des journées, de santé, d'alimentation, d'exercice physique et d'hygiène;		

No	IX/ 2 Traitement	Indicateurs	Standards
5	■ leur besoin éventuel de soutien par rapport à d'autres formes d'aide pratique (impôts, logement, assurances, etc.); ■ le type de post-cure nécessaire.		
6	La participation de personnes de confiance issues de l'entourage des patient-e-s est encouragée et se fait en accord avec le ou la patient-e concerné-e.		
7	Des offres de soutien sont proposées, si nécessaire, à l'entourage des patient-e-s, en particulier à leurs enfants mineurs et autres proches.		
8	Structure de la journée et participation aux activités quotidiennes de l'unité organisationnelle sont réglées et contribuent au processus thérapeutique des patient-e-s. L'intégration dans le processus thérapeutique du feedback des expériences vécues au quotidien est garantie.		
9	Sous réserve de questions de sécurité, les mesures suivantes garantissent la sphère d'intimité des client-e-s: ■ l'attribution d'une chambre s'effectue en fonction de critères préétablis tenant compte d'aspects spécifiques liés aux groupes cibles; ■ les patient-e-s disposent d'espaces et de moments leur permettant de se retirer dans leur sphère privée.		

No	IX/ 2 Traitement	Indicateurs	Standards
10	Procédure et circulation de l'information en cas de cessation du traitement et/ou de fuite sont réglés.		
11	Pour leur permettre de faire face de manière autonome à des situations de crise, clients et clientes disposent d'interlocuteurs à qui s'adresser ainsi que des adresses et numéros de téléphones des services d'urgence.		
12	En situation de crise, l'unité organisationnelle garantit la circulation de l'information avec ses partenaires du réseau.		

No	IX/ 3 Prestations médicales et administration de médicaments	Indicateurs	Standards
1	Un suivi médical et psychiatrique, interne ou externe, est assuré durant toute la durée du séjour.		
2	Les tâches, compétences et responsabilités inhérentes à l'administration de médicaments – notamment de substitution – sont clairement définies.		
3	L'approvisionnement, la conservation et le contrôle des médicaments – notamment de substitution – administrés dans le cadre d'un traitement de sevrage sont réglés et tiennent compte des exigences de sécurité.		
4	Les exigences en matière d'hygiène et de sécurité relatives à l'administration de médicaments – notamment de substitution – sont réglées et leur respect garanti.		
5	Toute administration de médicaments de substitution ou d'autre médicaments est précédée d'un contrôle – effectué selon un protocole standard – de la tolérance individuelle du ou de la patient-e concerné-e au médicament en question.		

No	IX/ 3 Prestations médicales et administration de médicaments	Indicateurs	Standards
6	La procédure permettant de s'assurer que les patient-e-s reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie.		
7	A qui et quand quels médicaments – notamment de substitution – sont administrés est documenté de manière exhaustive.		
8	La procédure en cas de complications et de situations d'urgence est réglée et un traitement médical d'urgence en tout temps garanti.		

No	IX/ 4 Sortie	Indicateurs	Standards
1	La sortie, planifiée ou non, est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi et/ ou à clarifier les conditions d'une réadmission.		
2	Afin de garantir la post-cure, des rendez-vous fermes auprès de médecins spécialistes, d'institutions et/ou de services d'assistance sociale et médicale de base sont organisés d'entente avec les patient-e-s.		
3	Lors de sorties planifiées, ■ la situation financière et légale des patient-e-s est clarifiée; ■ le traitement médicamenteux est réglé et discuté avec le ou la patient-e; ■ les objectifs atteints sont évalués avec le ou la patient-e.		
4	En cas de sortie non planifiée, l'unité organisationnelle définit: ■ à quel moment le dossier du ou de la patient-e est fermé; ■ la procédure et les principaux contenus d'une évaluation interne.		
5	Pour toute sortie, planifiée ou non, est défini quelles informations sont transmises à qui.		

No	IX/ 5 Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle ■ vérifie pour chaque patient-e la nécessité de le ou la mettre en relation avec des offres favorisant son intégration sociale ainsi qu'avec des services d'assistance sociale et médicale de base; ■ veille, si nécessaire, à l'instauration de tels contacts, soutient les patient-e-s et intègre les résultats du travail en réseau dans le processus thérapeutique.		
2	Lors du suivi d'un même cas par plusieurs institutions, leurs compétences et responsabilités respectives ainsi que la gestion du cas sont clairement définies et documentées. Tant cette collaboration que la situation du ou de la patient-e- concerné-e sont régulièrement réévaluées.		
3	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du ou de la patient-e concerné-e, ou avec son consentement. Les exceptions doivent être motivées et documentées par écrit.		
4	L'unité organisationnelle définit quels rapports et/ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau.		
5	L'orientation de patient-e-s vers d'autres traitements médicaux de même que le contact avec leur médecin de famille sont réglés.		

No	IX/ 6 Documentation	Indicateurs	Standards
1	A l'ouverture des dossiers, l'unité organisationnelle recueille les données suivantes: ■ nom, prénom adresse et coordonnées personnelles des patient-e-s; ■ année de naissance, sexe, état civil et nationalité; ■ religion, statut de séjour et situation professionnelle; ■ numéros AVS, AI et d'assurance maladie; ■ nom(s) et année(s) de naissance des enfants; ■ coordonnées et langue maternelle des principales personnes de référence.		
2	Les dossiers des patient-e-s contiennent une partie médicale et une partie non médicale, étant entendu que: ■ la partie médicale répond aux standards médicaux; ■ concernant la partie non médicale, la documentation destinée aux patient-e-s, aux personnes touchées et aux ayants droit est réglée de manière transparente.		

No	IX/ 6 Documentation	Indicateurs	Standards
3	Les dossiers des patient-e-s contiennent notamment les éléments suivants: ■ données personnelles recueillies; ■ analyse de la situation/anamnèse; ■ accords thérapeutiques; ■ objectifs fixés d'un commun accord; ■ plan thérapeutique; ■ documentation relative à une éventuelle médication, notamment de substitution; ■ personne(s) de référence; ■ correspondance; ■ éventuelle levée du secret professionnel et/ou déclaration de consentement; ■ contrats, décisions et autorisations; ■ rapports internes et externes; ■ journal de la thérapie ainsi que des principaux événements, yc des interventions de crise.		
4	Inscriptions portées au dossier et rapports correspondent à la réalité des faits, satisfont aux standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.		
5	Sous réserve d'autres dispositions cantonales et/ou fédérales, les dossiers des patient-e-s (yc données électroniques) sont à conserver durant dix ans.		
6	La question de savoir ce qu'il advient des dossiers au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité de l'unité organisationnelle est réglée.		

X Promotion de la santé, prévention et intervention précoce

X Module «Promotion de la santé, prévention et intervention précoce»

Les exigences qualité du module spécifique **«Promotion de la santé, prévention et intervention précoce»** sont réparties en cinq thématiques.

1. Acquisition et définition du mandat
2. Conception, développement et mise en oeuvre de prestations
3. Mise à disposition d'informations
4. Travail en réseau
5. Documentation

Les pages qui suivent précisent les exigences qualité applicables au module X.

No	X/ 1 Acquisition et définition du mandat	Indicateurs	Standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle est suffisamment bien signalé.		
2	Accueil et prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
3	L'unité organisationnelle dispose d'une vue d'ensemble et d'un descriptif de ses client-e-s et mandant-e-s potentiel-le-s.		
4	L'unité organisationnelle définit chacune des prestations offertes dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention et de l'intervention précoce et indique clairement à ses client-e-s et mandant-e-s potentiel-le-s: ■ les coûts à leur charge; ■ les prestations fournies; ■ les prestations qu'il leur revient d'assumer.		
5	Le processus d'acquisition et de définition de mandats est réglé.		
6	Sur la base de la définition du mandat, mandant-e-s et client-e-s savent si l'unité organisationnelle est en mesure de répondre à leurs attentes ou si un autre organisme conviendrait mieux à leurs besoins.		

No	/ 1 Acquisition et définition du mandat	Indicateurs	Standards
7	Si l'unité organisationnelle ne convient pas, mandant-e-s et client-e-s sont orienté-e-s vers d'autres organismes.		
8	L'unité organisationnelle définit à partir de quand un accord écrit peut être signé avec ses mandant-e-s ou client-e-s.		
9	Les accords écrits passés avec des mandant-e-s ou client-e-s précisent: ■ les prestations fournies par l'unité organisationnelle; ■ les objectifs, la stratégie et les mesures prévus; ■ les acteurs impliqués; ■ les tâches, responsabilités et compétences de chaque partie; ■ les méthodes appliquées ou mises en oeuvre; ■ le calendrier; ■ l'investissement financier et en personnel requis de la part des mandant-e-s ou client-e-s; ■ les droits et devoirs de chaque partie ainsi que d'éventuelles autres conditions; ■ l'évaluation.		

Nr.	X/ 2 Conception, développement et mise en oeuvre de prestations	Indicateurs	Standards
1	La conception, le développement et/ou la mise en oeuvre de prestations en matière de promotion de la santé, de prévention et d'intervention précoce ■ répondent à un besoin avéré; ■ sont centrés sur des groupes cibles et des objectifs déterminés; ■ définissent les niveaux d'impact visés; ■ tiennent compte des évolutions actuelles ou prévisibles de la société; ■ se basent sur les acquis scientifiques en la matière et tiennent compte des expériences déjà faites ainsi que du matériel existant; ■ s'effectuent en y associant les principaux acteurs concernés ainsi que d'entente avec le canton et/ou les communes concernés; ■ définissent qui doit être informé quand et par qui; ■ s'effectuent en y intégrant des principes et méthodes reconnus en matière de promotion de la santé, de prévention et d'intervention précoce; ■ prennent en considération les spécificités des Settings visés; ■ tiennent compte des aspects liés à la diversité (genre, migration, âge, comorbidité, etc.);		

No	X/ 2 Conception, développement et mise en oeuvre de prestations	Indicateurs	Standards
1	■ s'agissant de projets, prennent en considération la possibilité de les reproduire; ■ rendent publics les soutiens publicitaires dont l'unité organisationnelle pourrait bénéficier sous forme de services et/ou de produits; ■ définissent sous quelle forme se font l'évaluation et la mise en valeur des résultats.		
2	Quand et comment il est mis un terme à des prestations en matière de promotion de la santé, de prévention et d'intervention précoce est dûment réglé.		
3	L'évaluation des prestations fournies est systématique et prend en particulier en considération ■ l'égalité des chances; ■ l'Empowerment; ■ l'approche par Settings; ■ le principe participatif; ■ s'agissant de projets: les motifs, la planification, l'organisation et le pilotage du projet, ainsi que ses résultats et effets; ■ les leçons qui en ont été tirées.		

No	X/ 3 Mise à disposition d'informations"	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle garantit que ■ la forme et le contenu des informations transmises sont d'actualité et adaptés aux spécificités du public cible; ■ le mix-média utilisé pour la transmission d'informations est clairement défini; ■ la transmission d'informations s'appuie sur une évaluation systématique de l'évolution du paysage médiatique.		
2	Client-e-s et mandant-e-s sont soutenu-e-s et conseillé-e-s dans leur recherche d'informations.		
3	Le placement, la diffusion et la présentation d'informations répondent à des objectifs et besoins déterminés et sont régulièrement réévalués.		

No	Travail en réseau	Indicateurs	Standards
1	La manière dont s'effectue la collaboration avec des acteurs extérieurs ainsi que les compétences et responsabilités de chaque partie sont réglées et régulièrement réévaluées.		
2	L'unité organisationnelle définit, en cas de projets et programmes communs, quand un accord écrit de coopération est conclu avec les acteurs concernés.		
3	Au cas où, dans le cadre de ses activités, l'unité organisationnelle vient à identifier des indices d'une possible mise en danger du développement physique, psychique et/ou social d'une personne, elle recourra aux dispositifs reconnus de repérage et d'intervention précoces et/ou lui fournira une aide directe.		

No	X/ 5 Documentation	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle règle quelles activités sont documentées et sous quelle forme.		

Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Editeur: OFSP
Date de publication: juillet 2012

Informations complémentaires:
Office fédéral de la santé publique
Programmes nationaux de prévention
Section Drogues
3003 Berne

Auteurs: L'équipe de projet QuaTheDA sous la direction de René Stamm,
Office fédéral de la santé publique en collaboration avec Infodrog,
General Consulting Network, Winterthur et des spécialistes du domaine des dépendances
Traduction française: Dominique Jenni

Layout: Silversign GmbH, Berne

Numéro de publication OFSP: OeG 07.12 1200 d 500 f 20EXT1221

Diffusion/commande:
OFCL, Diffusion publications,CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
Numéro de commande : 311.831.f

Imprimé sur papier blanchi sans chlore.