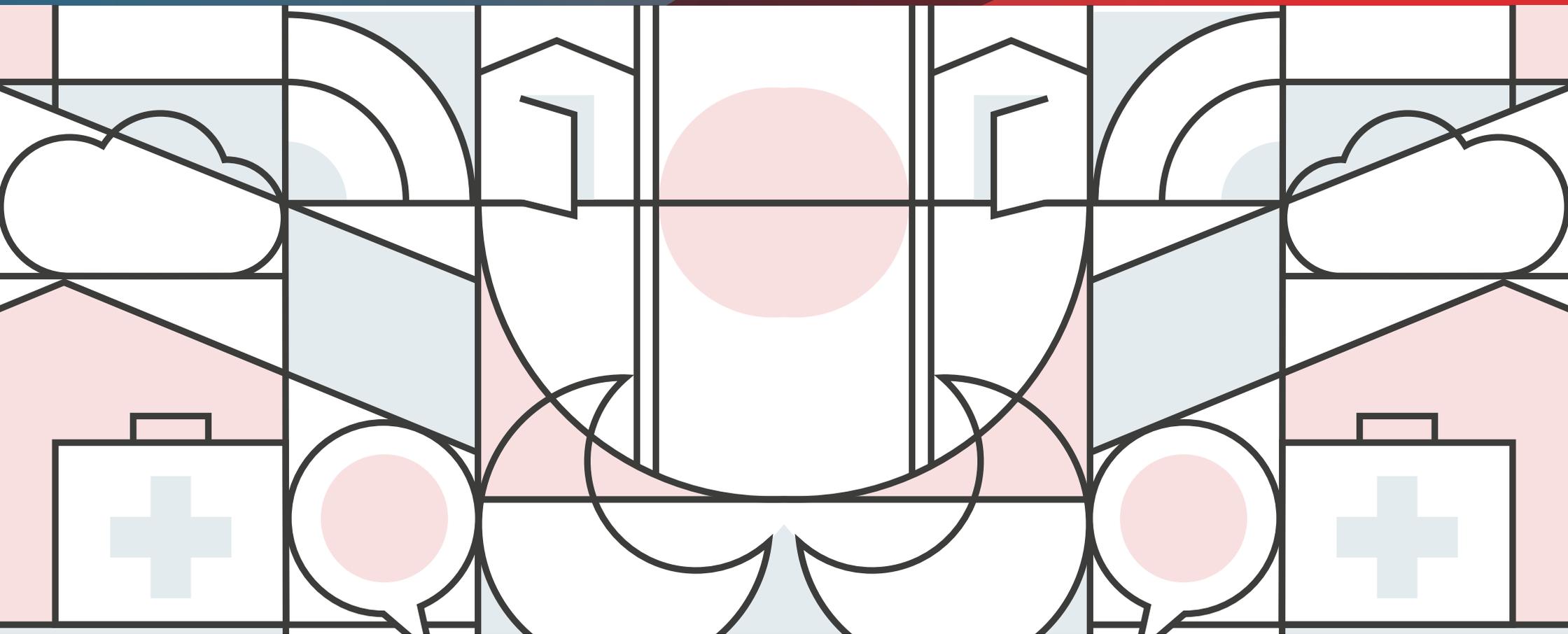


Manuel QuaTheDA modulaire

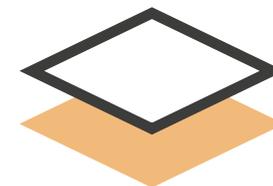
Commentaires relatifs au Référentiel QuaTheDA – Module de base

Révision octobre 2021



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



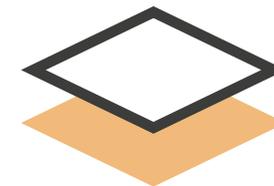


Table des matières

Acteurs associés à la conception du Manuel	3
Structure et objectifs du Manuel	4
Règles s'appliquant à la certification QuaTheDA	6
Module de base : Processus de gestion et de support	8
B / 1 Processus de gestion «Principes directeurs, stratégie et planification annuelle»	9
B / 2 Processus de gestion «Concepts»	15
B / 3 Processus de gestion «Direction et organisation»	20
B / 4 Processus de gestion «Communication et coopération avec l'extérieur»	26
B / 5 Processus de gestion «Gestion de la qualité»	30
B / 6 Processus de gestion «Gestion des risques et des opportunités»	36
B / 7 Processus de support «Personnel»	42
B / 8 Processus de support «Financement et comptabilité»	54
B / 9 Processus de support «Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel»	57
B / 10 Processus de support «Sécurité d'exploitation, hygiène et propreté»	61
B / 11 Processus de support «Sécurité des clients et des patients»	66
B / 12 Processus de support «Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes»	71



Acteurs associés à la conception du Manuel

Le manuel pour le système de référence modulaire QuaTheDA 2020 a été révisé par Sandra Bärtschi et Melody Guillaume-Gentil d'Infodrog, en collaboration avec Thomas Siegrist – responsable du projet à l'OFSP – et Rudolf Bätcher – GCN, General Consulting Network, à Winterthur. En outre, il a été consulté par divers représentant.e.s du domaine des addictions. Nous profitons de l'occasion pour remercier tout particulièrement la Santé Bernoise, Contact Fondation Aide Addiction, Suchthilfe Basel, le centre d'hébergement d'urgence de Jobdach Lucerne, la Croix-Bleue Berne-Soleure-Fribourg, Stiftung Suchthilfe à Saint-Gall et Addiction Neuchâtel pour leur précieuse collaboration.



Structure et objectifs du Manuel

Dans le cadre de la révision 2020 du Référentiel QuaTheDA, le Manuel QuaTheDA a également été actualisé. Le Manuel QuaTheDA modulaire contient des possibilités de mise en œuvre des différentes exigences ainsi que des exemples de bonnes pratiques. Régulièrement mis à jour, le Manuel contient notamment des informations pratiques et des hyperliens en rapport avec les nouvelles technologies et les derniers développements dans les divers domaines d'activité de l'aide dans les addictions. C'est un instrument agile pour toutes les institutions qui souhaitent obtenir une (re)certification QuaTheDA. La terminologie utilisée dans le Manuel a été définie en concertation étroite avec des représentant-e-s du réseau d'aide aux personnes dépendantes et reflète le consensus actuel dans les milieux spécialisés, sans prétendre pour autant à une définition qui devrait s'imposer à tous. Le contenu du Manuel est mis à jour en permanence. Vous pouvez faire part de vos commentaires ou compléments à Infodrog qui les prendra volontiers en compte : office@infodrog.ch.

Le Manuel QuaTheDA modulaire suit la même structure que le Référentiel QuaTheDA. Cette structure repose sur le modèle de processus QuaTheDA qui différencie trois types de processus : gestion, support et prestations. Les processus de gestion et de support constituent ensemble le Module de Base (B). Il a été complété par un nouveau chapitre « Gestion des risques et des opportunités » afin de donner plus de poids à ce sujet important pour les institutions. Pour tenir compte de la diversité du champ d'intervention de l'aide aux personnes dépendantes, le type de processus « prestations » est organisé en dix modules spécifiques :

- I [Thérapie résidentielle et réinsertion](#)
- II [Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires](#)
- III [Traitement basé sur la substitution](#)
- IV [Activités de réinsertion socioprofessionnelle](#)
- V [Habitat protégé et accompagnement à domicile](#)
- VI [Centres d'hébergement d'urgence](#)
- VII [Centres d'accueil bas seuil](#)
- VIII [Travail social hors murs \(TSHM\)](#)
- IX [Sevrage](#)
- X [Promotion de la santé, prévention et intervention précoce](#)



Les prestations des différents modules sont ensuite résumées en champs thématiques sous les exigences de qualité structurées de manière systématique. Toutefois, la structure de processus définie dans le Référentiel QuaTheDA ne doit pas forcément être reprise telle quelle. Chaque unité organisationnelle est libre de conserver ou de mettre au point sa propre structure de processus.

Chaque champ thématique fait l'objet d'une introduction, qui décrit succinctement quelles activités sont concernées et explique en quoi les éléments qui constituent ce champ thématique sont importants en termes de qualité.

Après l'introduction à chaque champ thématique ou processus, le Manuel QuaTheDA reprend ensuite les exigences de qualité une par une. Seules celles figurant dans la colonne « Exigences de qualité » – reprises du Référentiel QuaTheDA – font l'objet de la certification. Les commentaires donnés dans la colonne « Illustrations » n'ont aucun caractère contraignant et ne font pas l'objet d'une certification QuaTheDA.

Les indicateurs et les standards sont proposés à titre d'exemples. Ils visent à soutenir l'unité organisationnelle dans le choix de ses propres indicateurs et standards et par là-même du niveau de qualité qu'elle veut se fixer. Ils sont donc un élément important de la concrétisation du développement de la qualité dans les unités organisationnelles.

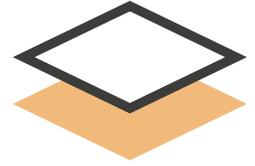


Règles s'appliquant à la certification QuaTheDA

- En tant que détenteur de la norme QuaTheDA, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a confié à Infodrog la mise en œuvre de la procédure de reconnaissance et la surveillance du travail des organismes de certification pour QuaTheDA.
- Une certification QuaTheDA ne peut être délivrée que par un organisme de certification qui est accrédité auprès d'Infodrog. Vous trouverez la liste sous : [Agences de certification - QuaTheDA](#)
- La certification QuaTheDA peut être délivrée si une unité organisationnelle a certifié le module de base et au moins un module de prestations.
- La communication autour de la certification QuaTheDA doit faire apparaître de manière transparente le(s) module(s) de prestations pour le(s) quel(s) l'unité organisationnelle est certifiée.
- Face à la question de la certification, l'unité organisationnelle est placée devant le choix suivant si ses prestations couvrent plusieurs modules :
 - Elle choisit de se concentrer sur ses prestations principales, correspondant à l'un des modules (p. ex. Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires) et elle sera certifiée QuaTheDA « Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires ». Cela ne l'empêche pas de se référer à des exigences de qualité d'autres modules pour améliorer ses prestations dans ces autres domaines.
 - Elle choisit de certifier toutes les prestations qu'elle offre et doit alors remplir toutes les exigences des modules concernés (p. ex. Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires, Activités de réinsertion professionnelle et Habitat protégé et accompagnement à domicile).

B

Module de base : Processus de gestion et de support



Description des champs thématiques
Commentaires concernant les exigences de qualité
Exemples d'indicateurs et de standards

Les exigences de qualité du module de base sont structurées en 12 champs thématiques.

Les processus de gestion couvrent six champs thématiques :

- B/1 [Principes directeurs, stratégie et planification annuelle](#)
- B/2 [Concepts](#)
- B/3 [Direction et organisation](#)
- B/4 [Communication et coopération avec l'extérieur](#)
- B/5 [Gestion de la qualité](#)
- B/6 [Gestion des risques et des opportunités](#)

Les processus de support couvrent six champs thématiques :

- B/7 [Personnel](#)
- B/8 [Financement et comptabilité](#)
- B/9 [Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel](#)
- B/10 [Sécurité d'exploitation, hygiène et propreté](#)
- B/11 [Sécurité des clients et des patients](#)
- B/12 [Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes](#)



B/1 Processus de gestion
«Principes directeurs, stratégie et planification annuelle»

L'aménagement et le développement à moyen et à long terme d'une unité organisationnelle sont systématiquement fondés sur des principes directeurs, une stratégie et une planification annuelle. La responsabilité de l'élaboration des principes directeurs, de la stratégie et de la planification annuelle relève du support juridique. Les principes directeurs, la stratégie et la planification annuelle doivent tenir compte des orientations générales, notamment des statuts, de la charte de la fondation ou des mandats de prestations.

Les principes directeurs, la stratégie et la planification annuelle sont **significatifs pour la qualité**, car

- Des principes directeurs et une stratégie clairs servent d'orientation, aussi bien pour le personnel, les services qui adressent les client-e-s, les financeurs que pour les client-e-s et les patient-e-s ainsi que leurs proches;
- Une orientation stratégique claire peut être décisive pour la survie de l'unité organisationnelle;
- Des projets systématiques de développement favorisent un engagement optimal de moyens (savoir, temps, moyens financiers, etc.);
- Il devient ainsi possible de s'adapter aux changements intervenant dans la société et dans l'environnement des client-e-s et des patient-e-s.

Les buts du processus ou l'utilité des principes directeurs, de la stratégie et de la planification annuelle peuvent être les suivants:

1. Les principes directeurs sont régulièrement revus et adaptés.
2. La stratégie est régulièrement revue et ne date pas de plus de cinq ans.
3. Les objectifs stratégiques sont définis.
4. Les objectifs en termes de qualité de la planification annuelle sont atteints.



B/1 Exigences de qualité par rapport aux principes directeurs, à la stratégie et à la planification annuelle.

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2	<p>L'unité organisationnelle a également défini – sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale – une stratégie correspondant aux principes directeurs et précisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les enjeux et développements internes et externes d'importance stratégique ; • les objectifs stratégiques visés ; • son offre et ses groupes cibles ; • ses parties intéressées. 	<p>Une telle stratégie devrait avoir une durée de validité d'environ cinq ans et sa pertinence devrait être vérifiée à intervalles réguliers (cf. Exigences qualité B / 1.5 dans ce chapitre). Elle exprime clairement le positionnement d'une unité organisationnelle et de ses offres de prestations dans son environnement.</p> <p>Les thèmes et développements stratégiques internes peuvent être : Les objectifs et directives pour la fourniture de prestations à la population municipale et régionale relatifs aux contrats de prestations.</p> <p>Les thèmes et développements stratégiques externes peuvent être : Modifications juridiques dans la loi sur les stupéfiants, stratégies nationales, changements dans la politique en matière d'addiction (par exemple, dans le domaine du cannabis et ses essais pilotes qui permettent la distribution contrôlée de cannabis à des fins de consommation récréative).</p> <p>Les objectifs stratégiques : Notre unité organisationnelle est le principal prestataire de foyers d'urgence et de logements accompagnés dans le canton, l'interlocuteur principal des communes du district pour toute question concernant les dépendances ou traitement résidentiel et de réinsertion à l'intention des client-e-s ou patient-e-s avec enfants, etc.</p> <p>L'offre et le public cible: Une stratégie fournit des informations, entre autres, sur les sujets suivants: compétences de base, services offerts, parties prenantes ou intéressées (client-e-s ou patient-e-s, parents/proches, organismes de financement municipaux/cantonaux, partenaires de réseau dans les secteurs de la santé, du social et des addictions), domaines de coopération, financement, ressources humaines, objectifs de développement et de performance et développement futur (p. ex. taille, région de recrutement et relation entre les commanditaires et les financeurs.)</p> <p>Les différentes parties prenantes doivent être impliquées dans le développement de la stratégie. Par exemple, quelles sont les attentes et les propositions des organismes de financement concernant les objectifs stratégiques de l'institution ? Une coopération stratégique avec les partenaires du réseau peut-elle être explicitement incluse dans sa propre stratégie ? Quels sont les besoins à satisfaire ou les exigences pertinentes de la clientèle vis-à-vis de l'institution (mais aussi, les exigences de la part des organismes de financement) ?</p> <p>Dans ce contexte, il est important de définir soigneusement l'approche et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs stratégiques.</p>	<p>Stratégie</p> <p>Vérification de la stratégie ou évaluation des objectifs stratégiques</p>	<p>Exhaustivement documentée</p> <p>Env. tous les 5 ans</p>



B/1 Exigences de qualité par rapport aux principes directeurs, à la stratégie et à la planification annuelle.

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
3	<p>L'unité organisationnelle prépare une planification annuelle sur la base des principes directeurs et de la stratégie, avec des objectifs de qualité et des mesures pour les atteindre.</p>	<p>La planification annuelle est à concevoir comme une planification globale. Elle ne porte pas seulement sur des aspects financiers, mais aussi sur les activités professionnelles dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes qui sont considérées comme prioritaires au cours d'une année. Elle tient compte de tous les facteurs influents dans le contexte et au sein de l'unité organisationnelle.</p> <p>Les objectifs annuels sont définis dans une planification annuelle, qui définit des performances à atteindre et des tâches opérationnelles à réaliser.</p> <p>Les objectifs annuels peuvent être les suivants: objectifs spécifiques en termes d'aide aux personnes dépendantes, objectifs financiers, objectifs concernant le personnel, l'infrastructure, la qualité, un nouveau lancement du site Internet, un événement (anniversaire) ainsi que des activités planifiées pour les client-e-s et les patient-e-s.</p> <p>Dans le cadre de la planification annuelle, on peut également définir des objectifs d'efficacité pour différents groupes de clientèle ou pour l'ensemble de l'unité organisationnelle. De cette manière, les directives externes des financeurs (par ex. cantons, assurance invalidité) peuvent être mises en lien avec le Référentiel QuaTheDA. Exemple: dans un contrat de prestations, un canton exige la réalisation de certains objectifs précis. Pour l'unité organisationnelle, ces objectifs font partie intégrante de la planification annuelle (nombre de consultations effectuées ou degré d'utilisation des capacités, etc.).</p> <p>Peuvent être des développements pertinents de l'environnement: modifications législatives, nouvelles dispositions politiques, changement de comportements en termes de dépendances, nouvelles substances, etc.</p> <p>Les buts du processus ou l'utilité de la planification annuelle peuvent être les suivants:</p> <p>La planification annuelle correspond aux principes définis dans les principes directeurs, la stratégie et les concepts.</p> <p>En l'absence de justifications dues à des facteurs extérieurs sur lesquels l'organisation n'a aucune influence, les objectifs annuels sont réalisés à 80% au moins.</p>	<p>Planification annuelle</p> <p>Fréquence de la planification annuelle</p>	<p>Exhaustivement documentée</p> <p>1x par année</p>



B/1 Exigences de qualité par rapport aux principes directeurs, à la stratégie et à la planification annuelle.				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
4	L'unité organisationnelle assure le développement de ses prestations de service et définit les mesures nécessaires à cette fin.	En règle générale, le développement de nouvelles offres est fondé sur l'analyse des besoins et des attentes actuels et à venir des client·e·s, des patient·e·s et des partenaires du réseau.	Directives pour les projets de développement	Respectées à 90%
		<p>Pour ses projets de développement, l'organisation définit de manière documentée les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • buts, groupes cibles ; • durée du projet ; • manière de procéder ; • ressources personnelles et financières requises ; • tâches, compétences et responsabilités des personnes concernées. <p>Sont compris dans les projets de développement les projets visant l'optimisation de l'offre, la révision ou le développement d'offres et de concepts et de leur mise en œuvre, le développement de l'organisation, l'introduction de QuaTheDA et des instruments y relatifs, etc.</p> <p>Vous trouverez des outils des gestion de projet sur le site Good-Practice, entre autres.</p>	Check-liste du projet	Les développements de projets sont vérifiables et compréhensibles
5	L'actualité et l'exhaustivité des principes directeurs, de la stratégie et des concepts sont régulièrement vérifiées et, le cas échéant, modifiées.	<p>Les principes directeurs, la stratégie et les concepts doivent être développés en permanence afin de tenir compte de l'évolution de l'environnement et des besoins qui en découlent. Les résultats actuels de la recherche scientifique doivent également être inclus dans le développement.</p> <p>Les principes directeurs et la stratégie sont évalués conjointement par le support juridique et la direction. La planification annuelle est évaluée par la direction avec la participation des cadres et du personnel.</p>	Fréquence	<p>Planification annuelle : 1x par année</p> <p>Principes directeurs : env. tous les 5 ans en fonction des besoins de l'unité</p> <p>Stratégie : Chaque 5 ans</p>



B/2 Processus de gestion
« Concepts »

L'organisation opérationnelle et les développements futurs d'une unité organisationnelle se réfèrent systématiquement à des concepts (p. ex. un concept d'exploitation et un concept de prise en charge). La base conceptuelle doit prendre en compte les aspects relevant du fonctionnement d'une unité organisationnelle (p. ex. organisation, finances, questions relatives au personnel) d'une part et les aspects spécifiques des dépendances et de la prise en charge d'autre part (p. ex. offres et objectifs, méthodes, mise en réseau de l'organisation).

La formulation du concept est indispensable ; c'est le contenu qui est déterminant pour satisfaire aux exigences de qualité du Référentiel QuaTheDA. La responsabilité de développer les concepts est en règle générale du ressort de la direction opérationnelle de l'unité organisationnelle.

Les concepts sont **significatifs pour la qualité**, car

- Des concepts clairs sont des repères et des principes d'action tant pour le personnel, les services placeurs et les instances de financement que pour les client·e·s, les patient·e·s et leurs proches ;
- Des qualités relatives aux contenus au niveau opérationnel sont définies dans ces concepts.

Les buts du processus ou l'utilité des concepts peuvent être les suivants :

1. Les concepts sont exhaustifs et ne datent pas de plus de trois ans.
2. L'offre répond aux besoins des groupes cibles et est actualisée.



B/2 Exigences de qualité s'appliquant aux concepts

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	<p>Pour chaque site ou chaque module QuaTheDA certifié, l'unité organisationnelle dispose d'énoncés conceptuels dérivés des principes directeurs et de la stratégie qui définissent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les groupes cibles et leurs besoins ; • les offres et leurs objectifs ; • les méthodes et procédures appliquées ; • la coopération interdisciplinaire ; • la gestion de la diversité ; • les critères d'admission, de transfert, de sortie et de réadmission ; • l'organisation et sa structure organisationnelle ; • la garantie d'une infrastructure adéquate. 	<p>Les énoncés conceptuels précisent, entre autres, comment est assurée une prise en charge des client·e·s et des patient·e·s répondant aux besoins et aux exigences professionnelles (consultation, prise en charge, soins et traitement). Il peut s'agir d'un concept de traitement, de thérapie, de prise en charge, de réinsertion, de remise de substances, d'intervention ou encore d'un concept nommé autrement. Ils doivent régler les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les finalités relatives aux groupes cibles définis (p. ex. assurer la survie; stabiliser et promouvoir la santé physique et psychique; prendre de la distance par rapport à la scène de la drogue; réduction de la consommation à risques de drogues légales ou illégales; diminution de la criminalité liée à l'acquisition de drogues; réappropriation des compétences sociales et de la responsabilité personnelle dans l'existence; réinsertion sociale et professionnelle; rétablissement de la relation parentale et développement de compétences éducatives). • Les offres. Il convient d'établir un catalogue détaillé des prestations proposées qui précise les offres décrites dans les principes directeurs et la stratégie (p. ex. l'accompagnement et la thérapie incluent des suivis téléphoniques, des consultations en ligne, des interventions brèves, des consultations en groupes et un appui dans le cadre de groupes de partage d'expériences; ou: les traitements incluent sevrages, traitements de substitution, traitements avec prescription médicale d'héroïne, traitements palliatifs et traitements temporaires en vue d'une orientation vers un service approprié). Chaque offre peut être décrite par rapport à son contenu, à son utilité pour les client·e·s ou les patient·e·s, aux méthodes utilisées, aux résultats attendus et en vue d'autres critères de succès quantitatifs et qualitatifs. • Les aspects de la diversité concernent notamment le genre, la migration, l'âge, la religion, l'appartenance à une couche sociale donnée, le handicap, le tableau clinique et la parentalité. Voir à ce sujet Les lignes directrices sur la diversité dans le domaine des addictions d'Infodrog. ... 	<p>Enoncés conceptuels par rapport à une prise en charge des client·e·s et des patient·e·s répondant aux besoins et aux exigences professionnelles ainsi qu'aux aspects de gestion économique et organisationnelle de l'unité organisationnelle</p>	<p>Documentés, exhaustifs, en cohérence avec les principes directeurs et la stratégie</p>



B/2 Exigences de qualité s'appliquant aux concepts

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
----	----------------------	---------------	-------------	-----------

1		<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes. A propos des méthodes de traitement et d'intervention utilisées, les éléments suivants peuvent figurer dans le concept : <ul style="list-style-type: none"> • une description des programmes d'intervention et des principaux principes thérapeutiques ; • le fondement scientifique des interventions ; • la méthode thérapeutique ; • la prise en compte du besoin d'accompagnement des personnes prises en charge ; • l'assurance d'une approche interdisciplinaire; • des précisions concernant les lieux d'intervention, les règles régissant l'accès et la durée de l'intervention ; • les règles relatives à la documentation des interventions (historique des client-e-s et des patient-e-s) 		
---	--	--	--	--

Dans la mesure où ils ne figurent pas dans les principes directeurs ou dans la stratégie, les aspects suivants peuvent également être réglés dans un concept de prestations :

- La protection de la dignité, de l'intégrité et de l'autodétermination des client-e-s ou patient-e-s et des autres personnes impliquées ;
- Les devoirs des client-e-s ou patient-e-s ;
- La relation avec le réseau relationnel des client-e-s ou des patient-e-s, notamment ceux qui ont des enfants ; Le travail avec les proches, qui doivent faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne les client-e-s ou patient-e-s issus de la migration et dont les proches parlent une langue étrangère ;
- La coopération avec des partenaires externes autour d'un cas ;
- Les processus décisionnels, notamment en cas d'absence/de restriction de la capacité d'agir ;
- Les éléments structurels : type d'unité organisationnelle (service de sevrage, institution transitoire, thérapie résidentielle, thérapie semi-résidentielle, offres de logement accompagné, placements familiaux, centre de consultation ambulatoire, hébergement d'urgence, centre d'accueil bas seuil, etc.) ;
- Les places offertes selon le groupe cible (adultes, enfants, couples ; en cas de logements en dehors de l'unité organisationnelle : client-e-s ou patient-e-s internes et externes ;
- 



B/2 Exigences de qualité s'appliquant aux concepts

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
----	----------------------	---------------	-------------	-----------

1		<ul style="list-style-type: none"> • Les tarifs (client·e·s et patient·e·s résidant dans le canton ou hors du canton); • Les critères d'admission, de passage d'une institution à une autre, de sortie et de réadmission; Transmission d'informations sur la promotion de l'autogestion, p. ex. la plateforme SafeZone.ch qui propose des consultations en ligne anonymes et des informations sur la promotion de l'autogestion dans le domaine des addictions. Vous trouverez d'autres informations sur la promotion de l'autogestion dans le cadre de référence pour la promotion de l'autogestion de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). • Le développement futur de l'offre; • L'observation structurée de la scène de la drogue; • L'existence d'une autorisation de pratiquer, d'un mandat de prestations, d'une obligation de prise en charge ou d'autres mandats externes. 		
---	--	---	--	--

En outre, les énoncés conceptuels contiennent des explications sur les **principes de gestion économique et organisationnelle** de l'unité organisationnelle, en particulier:

- La direction et l'organisation ([voir B / 3](#));
- La communication et la coopération avec l'extérieur ([voir B / 4](#));
- La gestion de la qualité ([voir B / 5](#));
- La gestion des risques et des opportunités ([voir B / 6](#));
- Le personnel ([voir B / 7](#));
- Le financement et la comptabilité ([voir B / 8](#));
- L'acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel ([voir B / 9](#));
- La sécurité d'exploitation, l'hygiène et la propreté ([voir B / 10](#));
- La sécurité des client·e·s et des patient·e·s ([voir B / 11](#));
- Les dispositions légales, les conventions et autres prescriptions contraignantes ([voir B / 12](#)).



B/3 Processus de gestion
« Direction et organisation »

La direction et l'organisation déterminent la collaboration au sein de l'unité organisationnelle et garantissent la prestation de service.

La direction et l'organisation sont **significatives pour la qualité**, car

- une collaboration interne exempte autant que possible de frictions crée les conditions optimales pour une prestation de service de qualité auprès des client·e·s et des patient·e·s ;
- une collaboration exempte autant que possible de frictions est toujours efficiente.

Les buts du processus ou l'utilité des concepts peuvent être les suivants :

1. La preuve d'une collaboration efficiente est donnée aux instances de financement et à d'autres groupes concernés.



B/3 Exigences de qualité s'appliquant à la direction et à l'organisation

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	<p>S'agissant de la direction, les points suivants sont définis en tenant compte de l'interdisciplinarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les organes de direction et les fonctions y relatives ; • les tâches, compétences et responsabilités propres aux divers organes et fonctions de direction ; • les positions hiérarchiques ; • les suppléances ; • le processus de direction et le cycle PDCA (roue de Deming) ; • la communication interne et les canaux de communication 	<p>Les dispositions concernant la direction et ses instruments doivent figurer dans le concept de fonctionnement.</p> <p>Le principe d'interdisciplinarité est important dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes où le travail en réseau est très répandu. Ce principe implique une manière de travailler dans laquelle des professionnel-le-s ayant des formations différentes partagent leurs observations et leurs analyses ; cela leur permet de définir en commun – si nécessaire, à propos d'un cas, mais généralement en coopération avec les client-e-s et les patient-e-s – les objectifs de l'intervention en mettant ensemble leurs compétences et leurs savoir-faire. On peut ainsi mettre en place des interventions adaptées aux besoins particuliers des client-e-s et des patient-e-s. En tablant explicitement sur l'interdisciplinarité, on vise également à mettre en évidence que l'aide aux personnes dépendantes doit toujours être pratiquée en tenant compte de divers points de vue et de différentes professions et qu'elle ne doit jamais être considérée d'un seul point de vue. Pour aller plus loin encore dans l'interdisciplinarité, il est possible de définir, au sein d'une unité organisationnelle, les compétences des partenaires avec lesquels elle travaille en réseau (voir aussi à ce propos le processus de gestion B / 4 « Communication et coopération avec l'extérieur » et le processus de prestations « Travail en réseau » dans les différents modules spécifiques).</p> <p>Les principes régissant la direction et l'organisation doivent prendre en compte de façon appropriée ce caractère constitutif de l'aide aux personnes dépendantes. Les instruments du travail interdisciplinaires peuvent être les suivants : rapports, entretiens sur des cas ou état des lieux, dossiers médicaux partagés, séances d'équipe, supervisions, entretiens périodiques ou tenue d'un journal. ...</p>	<p>Canaux de communication</p> <p>Fréquence minimale des séances</p> <p>Organigramme / diagramme des fonctions / plan des processus / description des postes</p>	<p>Définis et connus de l'ensemble du personnel ainsi que de tous les client-e-s et patient-e-s</p> <p>Hebdomadaire, mensuelle, semestrielle</p> <p>Actuel et connu de toutes les personnes concernées</p>



B/3 Exigences de qualité s'appliquant à la direction et à l'organisation

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	<p>S'agissant de la direction, les points suivants sont définis en tenant compte de l'interdisciplinarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> les organes de direction et les fonctions y relatives ; les tâches, compétences et responsabilités propres aux divers organes et fonctions de direction ; les positions hiérarchiques ; les suppléances ; le processus de direction et le cycle PDCA (roue de Deming) ; la communication interne et les canaux de communication 	<p>Les éléments suivants peuvent être retenus à propos de la direction :</p> <ul style="list-style-type: none"> Organes et fonctions de direction : séances de comité, de direction, de secteur, de département, d'équipe, etc; Tâches, compétences et responsabilités : présentation sous la forme d'un diagramme des fonctions ou d'une description des postes ou encore de cahiers des charges (voir à ce propos le Processus de support B / 7 Personnel); les structures de déroulement ou de processus doivent être précisées clairement (ordre chronologique des tâches, définition de critères de hiérarchisation des tâches/projets) ; les modalités de décision en particulier doivent être précisées clairement (par ex. décision autonome, co-décision, participation à la décision, consultation, information). La planification des interventions fait aussi partie de cet aspect de la direction. De ce point de vue, il paraît utile qu'en plus de la communication de la répartition des tâches et de la planification des interventions pour les semaines suivantes, tous les membres du personnel aient en permanence la possibilité d'accéder aux plans d'intervention et de proposer des modifications à leurs supérieur-e-s hiérarchiques. Structures hiérarchiques: présentées sous la forme d'un organigramme ou d'un règlement interne. Il convient également d'envisager des structures organisationnelles agiles, qui reposent davantage sur le travail en équipe, la réduction des niveaux hiérarchiques ou les hiérarchies horizontales, et le partage des domaines de responsabilité. Suppléances: présentés sous la forme d'un organigramme ou d'un règlement de fonctionnement, fait également partie intégrante de la description de poste le cas échéant ; les responsabilités et les suppléances sont définies. Processus de direction et cycle PDCA (roue de Deming): le nombre, la durée, la fréquence des séances de direction et les personnes qui y participent sont définis. Communication interne et canaux de communication: où et dans quelle mesure les discussions de cas ont lieu ; À quel endroit le personnel, les client-e-s et les patient-e-s peuvent donner leur feed-back et sous quelle forme celui-ci est pris en compte pour la gestion de la qualité de l'unité institutionnelle ; sous quelle forme le personnel, les client-e-s et les patient-e-s sont régulièrement informé-e-s des changements ; comment la communication en situation d'urgence est organisée. 		



B/3 Exigences de qualité s'appliquant à la direction et à l'organisation

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2	La procédure de plainte et de recours est définie.	<p>L'accès à une instance de plainte, si possible indépendante, est assuré aussi bien pour le personnel que pour les client·e·s et les patient·e·s (p. ex. au sein du support juridique ou du conseil de fondation de l'unité organisationnelle ou auprès d'une organisation externe). De plus, pour tenir compte des aspects pénaux, l'unité organisationnelle est tenue de prendre les mesures adéquates pour prévenir le harcèlement sexuel et les agressions ou pour empêcher la répétition de tels incidents. Les procédures régissant les responsabilités, les manières d'agir et les sanctions en cas de harcèlement sexuel et d'agression, de mobbing, de discrimination raciale ou autre peuvent p. ex. être prévues dans le règlement du personnel ;</p> <p>Il en va de même pour les procédures visant à garantir l'égalité hommes/femmes et l'égalité des chances ainsi que pour d'autres questions transversales qui ne doivent pas entraîner de discrimination, p. ex. les comorbidités, l'âge, la religion, le handicap, la parentalité, etc.</p>	L'instance et la procédure de plaintes sont documentées.	Connues de l'ensemble du personnel, des client·e·s et des patient·e·s
3	L'organe directeur suprême et la direction opérationnelle sont séparés sur les plans personnels et fonctionnels et leurs tâches, compétences et responsabilités respectives sont définies.	<p>L'organisation structurelle d'une unité organisationnelle comprend différents éléments qui sont différenciés en niveau stratégique (support juridique, comité, conseil de fondation), niveau opérationnel (direction, cadre) et l'ensemble du personnel.</p> <p>L'organe de gestion stratégique du support juridique doit contrôler et gérer la direction opérationnelle et du personnel.</p> <p>Par ailleurs, il ne doit pas y avoir de liens de parenté entre membres de la direction générale et membres de l'organe dirigeant ; cela vaut pour la parenté directe ou par alliance, le mariage ou le partenariat conjugal.</p> <p>Il est recommandé d'appliquer les dispositions prévues pour l'obtention du label de qualité de la Fondation ZEWÖ, le service spécialisé suisse des organisations d'utilité publique collectant des dons.</p> <p>Les tâches, les compétences et les responsabilités des différents organes peuvent par exemple être définies dans le règlement interne. Pour la gestion opérationnelle, il est également possible de les définir dans une description de poste.</p>	Défini dans le règlement interne ou dans la description de poste pour la direction opérationnelle	Actuel, connu de l'ensemble du personnel et de l'organe de gestion stratégique



B/3 Exigences de qualité s'appliquant à la direction et à l'organisation				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
4	La structure de l'organisation est définie.	<p>L'organisation structurelle d'une unité organisationnelle comprend différents éléments qui sont différenciés en niveau stratégique et niveau opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Font partie du niveau stratégique le support juridique et les autres unités organisationnelles situées au même niveau (par ex. assemblée, comité, bureau, commissions, organe de révision de l'association). • Les unités constituant le niveau opérationnel peuvent être l'équipe de traitement ou l'administration, les antennes régionales ou le secrétariat général. <p>Le degré de complexité de l'organisation dépend de la taille de l'unité organisationnelle. Dans une unité organisationnelle relativement petite, divers éléments de la direction opérationnelle peuvent être le fait d'une seule personne. Il se peut p. ex. que la directrice ou le directeur de l'unité organisationnelle soit aussi la ou le responsable de la qualité.</p>	<p>Organigramme</p> <p>Directives concernant la procédure</p>	<p>Actuel</p> <p>Disponibles et appliquées</p>



B/4 Processus de gestion « Communication et coopération avec l'extérieur »

La communication et la coopération avec l'extérieur incluent le travail de relations publiques en général et la collaboration avec les partenaires du réseau ainsi que des prestataires externes. La collaboration avec les partenaires du réseau ne porte pas ici sur la coopération autour de cas, mais sur celle au niveau des unités organisationnelles.

La communication et la coopération externes sont significatives pour la qualité, car

- la compréhension manifestée par l'opinion publique locale (voisinage immédiat ou plus lointain, politicien-ne-s, population de la région, habitant-e-s du quartier, services cantonaux, etc.) vis-à-vis de l'aide aux personnes dépendantes est importante pour que le travail fourni par l'unité organisationnelle soit accepté;
- la coopération avec les principaux partenaires du réseau et les prestataires externes crée de bonnes conditions pour travailler en réseau autour de cas.

Les buts du processus ou l'utilité de la communication et de la coopération externes peuvent être les suivants :

1. L'unité organisationnelle est connue de la population de la région qu'elle dessert
2. Les personnalités reconnues par l'opinion publique locale manifestent leur compréhension et leur soutien vis-à-vis de l'aide aux personnes dépendantes en général et du travail de l'unité organisationnelle concernée en particulier.
3. La collaboration avec les principaux partenaires du réseau est réglée dans des conventions de base et permet des coopérations efficaces.



B/4 Exigences de qualité s'appliquant à la communication et à la coopération avec l'extérieur

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	Les activités de relations publiques et de communication sont déterminées.	<p>Un travail systématique de relations publiques est pratiqué à l'adresse des publics concernés : voisinage, quartier, région, instances politiques locales et cantonales, services adressant des client-e-s [par exemple autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), justice, services sociaux, hôpitaux], proches, services de maternité et de gynécologie des hôpitaux, associations, médias, etc.</p> <p>Le but du travail systématique de relations publiques d'une unité organisationnelle est de faire reconnaître son existence et l'offre qu'elle propose auprès du public en assurant la transparence de ses prestations ainsi que de ses structures, et en cultivant ainsi une image positive.</p> <p>Les moyens d'un travail systématique de relations publiques peuvent être les suivants : rapports annuels, publications, dépliants, affiches, site Internet, journées portes ouvertes, marchés aux puces, expositions, séances d'information, journées, tables rondes, interviews dans les médias, recours à des médiateurs ou médiatrices et à des multiplicateurs ou multiplicatrices culturels au sein des communautés migrantes.</p>	<p>Instructions concernant la procédure</p> <p>Check-liste</p> <p>Rapport d'activité</p> <p>Degré d'information auprès du public concerné</p> <p>Image</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Vérifiée 1x par an</p> <p>Inclu au rapport annuel</p> <p>Au moins 70% (p. ex. à travers d'enquêtes périodiques auprès des principales parties prenantes)</p> <p>Positive au moins à 80% (p. ex. à travers des enquêtes périodiques auprès des principales parties prenantes)</p>
2	La collaboration institutionnelle avec les prestataires externes et les principaux partenaires du réseau est définie et fait l'objet d'une mise en œuvre documentée ainsi que d'une évaluation.	<p>Les prestations fournies par des tiers ne sont pas des prestations propres. Le contenu et la forme des prestations fournies par des tiers sont basés sur des mandats ou des contrats de services. Les prestations fournies par des tiers ne sont pas rémunérées sous forme de salaire mais payées sur facture. En pratique, il peut s'agir : de médecins, de superviseurs ou de superviseuses, d'entreprises de construction, de développeurs IT, vérificateurs, etc. Les prestations fournies par des tiers sont régulièrement contrôlées, répondent aux exigences de l'unité organisationnelle et soutiennent le processus de prestations de l'unité organisationnelle. Par exemple, la qualité des repas peut être contrôlée ou évaluée si un service de repas externe a été mandaté. Les client-e-s et le personnel sont-ils satisfaits de la qualité des repas? Le rapport qualité-prix est-il bon? La coopération fonctionne-t-elle? etc.</p> <p>Les partenaires du réseau peuvent être: institutions d'aide aux personnes dépendantes et d'aide sociale, autorité de protection de l'enfants et de l'adulte (APEA), médecins, hôpitaux et leurs services d'urgence, communes, services cantonaux, caisses maladie, services régionaux de placement, police, justice, service d'exécution de peines, entreprises privées, gérances immobilières, centres culturels, centres d'accueil, foyers pour femmes, services d'accueil pour hommes, clubs sportifs, associations, communautés de migrants, associations de quartier, etc.</p> <p>...</p>	<p>Liste</p> <p>Check-liste</p> <p>Accords de collaboration</p> <p>Procès-verbaux des séances</p>	<p>Documentée; accessibles à toutes les personnes concernées</p> <p>Remplie</p> <p>Disponibles et signés</p> <p>Disponibles</p>



B/4 Exigences de qualité s'appliquant à la communication et à la coopération avec l'extérieur

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2		<p>Voir à ce propos la base de données Indexaddictions.ch d'Infodrog, qui répertorie les institutions ambulatoires, résidentielles, semi-résidentielles, de réduction des risques, les centres spécialisés dans l'aide dans les addictions, les groupes d'entraide, les associations de parents ainsi que les offres spécifiques d'aide aux victimes et aux auteur-e-s d'infractions en Suisse.</p> <p>La collaboration institutionnelle doit permettre une harmonisation conceptuelle avec les structures régionales, cantonales et extra-cantonales d'aide aux personnes dépendantes et les prestataires d'autres offres de soins. En outre, cela permet de poser les bases en vue d'un positionnement et d'une poursuite du développement de l'offre propre à l'unité organisationnelle ; cela permet également d'éviter des doublons.</p> <p>Il est particulièrement important de réglementer la collaboration avec les partenaires avec lesquels l'unité organisationnelle a des contacts réguliers et avec lesquels des conflits en termes d'objectifs peuvent se faire jour, parce que par exemple leur fonction sociale les amène à poursuivre d'autres buts généraux (par ex. police, instance d'exécution des peines).</p> <p>Les dispositions régissant la collaboration institutionnelle peuvent porter sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'unité organisationnelle répartit de manière claire les fonctions et les responsabilités ainsi que les modalités de transfert des client-e-s et des patient-e-s. • Dans les unités organisationnelles sans prise en charge médicale interne, cette dernière est définie, y compris la suppléance, (p. ex., accord de collaboration avec le médecin de référence). Une préférence est donnée aux médecins qui ont suivi une formation complémentaire dans le domaine des addictions et/ou qui sont intégrés dans des réseaux de médecine de l'addiction. • L'unité organisationnelle définit comment s'effectue l'échange régulier d'informations avec les principaux partenaires du réseau. • L'unité organisationnelle définit avec quels partenaires du réseau elle conclut un accord de collaboration documenté. • L'unité organisationnelle définit la forme sous laquelle des activités de sensibilisation aux addictions et au travail dans les addictions ont lieu avec les partenaires du réseau et les autres parties prenantes. • L'achat de prestations fournies par des tiers et la collaboration avec les prestataires de services sont réglementés. 		



B/5 Processus de gestion
« Gestion de la qualité »

Gérer la qualité consiste à structurer, évaluer et développer la qualité de manière systématique et durable.

La gestion de la qualité est **significative pour la qualité**, car

- en tant que fonction transversale, elle porte sur l'ensemble des processus en œuvre dans une unité organisationnelle ;
- elle sert à assurer le développement permanent de l'unité organisationnelle ;
- elle assure le contrôle et le développement continus des prestations de services, contribuant ainsi à la protection de la santé physique et psychique des client-e-s et des patient-e-s.

Les buts du processus ou l'utilité de la gestion de la qualité peuvent être les suivants :

1. La transparence est assurée par rapport à la qualité visée et atteinte.
2. Le développement et l'amélioration permanents de la qualité sont assurés.
3. La procédure en cas de déviation des objectifs de qualité est définie.
4. L'état des connaissances est indépendant des individus.
5. Un mode de pensée et d'action structuré permet d'optimiser les interventions.
6. Les processus d'optimisation peuvent être initiés et mis en œuvre de façon systématique.
7. Les feedbacks sont recueillis et analysés de manière structurée.
8. Les doublons sont évités.



B/5 Exigences de qualité s'appliquant à la gestion de la qualité				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	<p>L'unité organisationnelle met en place, sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale, une gestion systématique de la qualité définissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> les fonctions et les responsabilités liées à la gestion de la qualité ; les processus significatifs en matière de qualité, y compris les procédures administratives et opérationnelles ; la planification de la qualité ; la gestion des risques et des opportunités ; la gestion documentaire ; la mesure de la satisfaction des clients ou patients et du personnel ; l'évaluation de la satisfaction des services placeurs et des autres clients ; la collecte de données en matière de traitement ou d'intervention ; la mesure de la qualité relative aux processus et aux résultats la révision et l'adaptation des méthodes ou outils utilisés au regard des normes en vigueur ; la gestion du savoir ; les audits internes et externes ; la revue de direction ; un processus d'amélioration continue indiquant l'utilisation faite du résultat des mesures effectuées et autres données récoltées. 	<p>La gestion de la qualité est formellement documentée dans un manuel. Dans la pratique, diverses appellations désignent ce manuel : manuel de qualité, manuel de gestion de la qualité, manuel de l'organisation ou simplement manuel. Il décrit le système de gestion de la qualité de l'unité organisationnelle et son appellation est sans importance s'agissant de la réalisation des exigences de qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les fonctions du personnel et les responsabilités dans la gestion de la qualité sont les suivantes : responsable(s) qualité, agent-e qualité, auditrices et auditeurs internes, auditrices et auditeurs externes. Dans les petites unités organisationnelles, il est conseillé de confier les fonctions de responsable qualité et d'agent-e qualité à une même personne (appartenant si possible à la direction). Les processus significatifs pour la qualité, y compris les processus administratifs et opérationnels, sont en premier lieu ceux qui sont explicitement nommés comme champs thématiques dans le Référentiel QuaTheDA et décrits dans ce Manuel. Une unité organisationnelle peut, en outre, définir et régler ses propres processus qui lui paraissent significatifs pour la qualité (par ex. processus d'engagement du personnel, de documentation, y compris l'archivage, le contrôle des documents, etc.). La planification de la qualité consiste en mesures, délais et responsabilités. Elle peut être intégrée dans la planification annuelle. La gestion des risques et des opportunités : voir le processus de gestion B / 6 « Gestion des risques et des opportunités » Les dispositions relatives aux mesures de la qualité concernent la définition de grandeurs à mesurer, le recueil des données et leur évaluation. Les données sont récoltées à des fins de gestion ; cela signifie toujours pour une unité organisationnelle la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances et d'adapter et de développer son offre sur cette base. Compte tenu des ressources limitées, mieux vaut régler clairement la collecte, l'évaluation et la documentation des données. La collecte de données interne à l'unité organisationnelle comprend par exemple le nombre de nouvelles inscriptions, d'admissions ou de sorties ; les interruptions d'interventions ; les réadmissions ; le taux d'occupation, la structure des client-e-s et des patient-e-s en termes de sexe, d'éducation, d'expérience migratoire, d'âge. 	<p>Manuel ou politique de gestion de la qualité</p> <p>Descriptifs des processus</p> <p>Objectifs mesurables de la qualité</p> <p>Directives concernant la procédure</p> <p>Catalogue des données et lignes directrices</p>	<p>Disponible et actuel</p> <p>Disponibles</p> <p>Connus des personnes concernées</p> <p>Disponibles et appliquées</p>



B/5 Exigences de qualité s'appliquant à la gestion de la qualité

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1		<p>Les mesures de la qualité comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des enquêtes de satisfaction des client·e·s et des patient·e·s (par exemple au moyen de QuaTheSI), du personnel (par exemple au moyen de QuaTheTeam) ainsi que des services adressant des client·e·s et des patient·e·s ou les instances de financement ; • Critical Incident Reporting System (CIRS), éventuellement des mesures de résultats ; • Comparaisons entre ce qui devrait être et ce qui est (voir également à ce propos le processus de gestion B / 6 « Gestion des risques et des erreurs ») • Il faut régulièrement contrôler si les méthodes et les instruments utilisés correspondent aux normes en vigueur: Les résultats de la recherche sont intégrés dans le développement des offres, des canaux internes favorisent la réflexion professionnelle sur le travail spécialisé et les méthodes/instruments peuvent également être révisés ou mis à jour au moyen d'échanges externes avec d'autres unités organisationnelles. Les pratiques réflexives peuvent prendre la forme de discussion de cas concrets, de supervisions (d'équipe), d'intervisions ou encore de réunions d'équipe périodiques (voir également les exigences de qualité s'appliquant au personnel B / 7.7). Il convient de définir clairement les thèmes de supervisions (p. ex. analyse de cas particuliers, collaboration au sein de l'équipe, conflits au sein de l'organisation, analyses et évaluations du travail en rapport avec le stress, attitudes et comportements). La gestion des connaissances fait partie de la gestion de la qualité. Les objectifs en matière de connaissances peuvent par exemple être fixés à un niveau stratégique et les connaissances doivent ensuite être identifiées, acquises, utilisées et conservées au sein de l'unité organisationnelle à un niveau opérationnel. Des exemples de gestion des connaissances peuvent être les suivants : Le personnel partage les résultats de bonnes pratiques et ceux-ci sont rassemblés dans un manuel ; les documents importants d'une unité organisationnelle sont saisis dans un système documentaire et peuvent être consultés par mot-clé par tout le personnel ; un échange régulier sur les points de vue, les priorités dans le travail ; des objectifs sont fixés au sein de l'unité organisationnelle (interfaces de communication) ; formations continues internes et externes suivies d'une présentation du contenu au sein de l'unité organisationnelle, etc. 	<p>Fréquence</p> <p>Manuel, système de documentation, procès-verbaux</p> <p>Directives concernant la procédure</p>	<p>Discussions de cas et séances d'équipe : au moins 2x par mois</p> <p>Supervisions et/ou interventions : au moins 2x par an</p> <p>Actuels, disponibles et connus du personnel</p> <p>Disponibles et appliquées</p>



B/5 Exigences de qualité s'appliquant à la gestion de la qualité				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2	<p>L'unité organisationnelle procède régulièrement, sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale, à une revue de direction portant notamment sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la conformité des processus décrits avec la pratique ; • le résultat des audits ; • les non-conformités et les actions correctrices ; • l'efficacité et l'efficience des actions mises en œuvre face aux risques et opportunités ; • le résultat des mesures de la qualité et de la satisfaction ; • la prise en compte des feedbacks et la mise en œuvre des propositions d'améliorations ; • l'évaluation des incidents critiques survenus au sein de l'unité organisationnelle et les mesures de correction mises en œuvre ; • la performance des prestataires externes ; • l'état de la planification de la qualité ; • les mesures prises à l'issue des revues de direction précédentes ; • les mesures à prendre sur la base de la revue de direction actuelle. 	<p>Une revue de direction se compose de deux éléments : le rapport et la mise en oeuvre.</p> <p>Le rapport de revue de direction est rédigé par le ou la responsable qualité ou l'agent-e qualité. Il sert de base à la réalisation de la revue de direction. Il contient les résultats relatifs aux contenus cités dans les exigences de qualité et résume les résultats des audits internes et externes, des mesures de la qualité, des propositions d'amélioration, ainsi que d'autres sources encore.</p> <p>Lors de la revue de direction, l'équipe de direction et le support juridique discutent, dans le cadre d'une séance d'une demi-journée organisée chaque année par exemple, des résultats du rapport et en tirent les conclusions qui s'imposent. Un plan de qualité pour l'année suivante est établi à l'issue de la revue de direction.</p> <p>Vous trouverez plus d'informations sur l'efficacité des mesures par rapport à la gestion des risques et des opportunités dans les exigences B / 6.3 concernant la gestion des risques et des opportunités.</p>	Fréquence	1x par an



B/6 Processus de gestion
« Gestion des risques et des opportunités »

La gestion des risques et des opportunités se réfère aux événements et aux dangers possibles pouvant survenir au sein ou à l'extérieur de l'unité organisationnelle et influencer la réalisation de ses objectifs opérationnels et stratégiques.

La gestion des risques et des opportunités est **significative pour la qualité**, car

- elle contribue à la réalisation des objectifs d'une unité organisationnelle ;
- elle permet de mieux protéger les client-e-s et les patient-e-s ainsi que le personnel des dangers ;
- elle permet d'ancrer l'ensemble de l'unité organisationnelle à long terme (stratégie de gestion des risques) ;
- elle garantit que les prestations de services soient efficaces et efficientes (garantir l'efficacité et l'efficience).

Les **buts du processus ou l'utilité** de la gestion des risques et des opportunités peuvent être les suivants :

1. Les risques et les opportunités au sein d'une unité organisationnelle sont constamment identifiés, analysés et thématiques.
2. La gestion des risques et des opportunités ou la manière de les aborder est assurée et contribue à l'amélioration continue de la qualité au sein de l'unité organisationnelle.
3. Une gestion des risques et des opportunités éprouvée et établie assure la sécurité tant pour les client-e-s, les patient-e-s et le personnel (à l'interne) que pour les services adressant des client-e-s et des patient-e-s et les autorités cantonales (à l'externe).
4. Aussi bien l'efficacité des activités de l'unité organisationnelle est assurée (la bonne chose est faite) que l'efficience de ses activités (les choses sont faites de manière juste).



B/6 Exigences de qualité s'appliquant à la gestion des risques et des opportunités

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	<p>L'unité organisationnelle dispose d'un système de gestion des risques et des opportunités en relation avec les sujets et domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les enjeux internes et externes d'importance stratégique ; • la sécurité financière et économique ; • la sécurité du personnel ; • la sécurité des clients et des patients ; • la sécurité de l'infrastructure et de l'exploitation ; • les systèmes informatiques et la protection des données. 	<p>La gestion des risques et des opportunités comprend entre autres les thèmes clés suivants :</p> <p>Enjeux internes et externes d'importance stratégique : La gestion des risques et des opportunités doit être cohérente avec les principes directeurs et la stratégie de l'unité organisationnelle. Les enjeux externes, tels que les interventions parlementaires, les décisions politiques qui en découlent ainsi que les modifications législatives doivent également être pris en compte.</p> <p>Sécurité financière et économique : L'unité organisationnelle dispose d'un système de gestion des risques qui identifie les risques économiques et financiers et prévoit des mesures appropriées de gestion des risques, par exemple un plan de liquidité actualisé, y compris la planification des investissements.</p> <p>Sécurité : L'exigence de qualité du champ thématique de la sécurité se rapporte aux procédures générales de gestion des risques au niveau institutionnel ainsi qu'aux informations et aux formations sur le thème de la sécurité. Au premier plan figurent la sécurité au travail et la promotion de la santé au travail, la protection contre les incendies, la protection contre les dangers potentiels (inondation, cambriolage, etc.), la sécurité et la protection des données (systèmes informatiques, voir également le processus de support B / 9 « Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel »).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'unité organisationnelle dispose d'une analyse des risques concernant la sécurité opérationnelle : elle décrit les situations de danger et de crise pertinentes (incendie, cambriolage, agressions, trafic illégal et contrebande, etc.) et leurs effets potentiels ; • Elle prévoit des mesures appropriées de gestion des risques. Peuvent, par exemple, faire partie de la sécurité : la protection anti-virus de tous les systèmes informatiques et leur entretien régulier, la garantie d'une infrastructure sans obstacles répondant aux besoins des client-e-s et des patient-e-s ou le stockage des objets de valeur des client-e-s et les patient-e-s dans un coffre-fort. <p>...</p>	<p>Directives concernant la procédure</p> <p>Lignes directrices et fiches thématiques</p> <p>Formations continues régulières du personnel</p> <p>Entretien régulier des installations</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Actuelles et connues de toutes les personnes concernées</p> <p>Réalisées et documentées</p> <p>Réalisé et documenté</p>



B/6 Exigences de qualité s'appliquant à la gestion des risques et des opportunités

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1		<p>Les directives en matière de protection contre les incendies peuvent être les suivantes : L'unité organisationnelle est équipée d'extincteurs, de systèmes d'alarme et de sorties de secours conformément aux dispositions cantonales. Les dispositifs de sécurité doivent être en bon état de fonctionnement et testés régulièrement. Le personnel est formé à l'utilisation des dispositifs de sécurité. La protection contre les incendies doit être assurée jour et nuit.</p> <p>Vous trouverez des modèles concernant la sécurité au travail dans les directives de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST). Le cas échéant, il convient en outre de vérifier les questions d'assurance – p. ex. pour certains sports de plein air (pratique du canoë).</p> <p>La personne responsable de la sécurité est en charge de ces thèmes.</p> <p>L'unité organisationnelle dispose d'une analyse des risques concernant la sécurité des client-e-s et des patient-e-s :</p> <ul style="list-style-type: none"> • elle décrit les situations de crise ou de danger pertinentes (violence, surdosages, urgences médicales, décès, tentatives de suicide, etc.) et leurs effets potentiels ; • elle prévoit des mesures appropriées de gestion des risques. <p>Vous trouverez des directives de qualité sur la Sécurité des client-e-s et des patient-e-s dans le chapitre B / 11 et sur la Sécurité d'exploitation, l'hygiène et la propreté dans le cahpitre B / 10.</p> <p>D'autres thèmes importants dans ce contexte sont la gestion des risques liés à l'environnement, en particulier les pandémies (p. ex. le coronavirus) et les catastrophes naturelles (p. ex. les tremblements de terre). En cas de pandémie, il est essentiel de mettre en œuvre un plan de protection de l'unité organisationnelle et de garantir la mise à disposition de suffisamment de matériel de protection pour le personnel, les client-e-s et les patient-e-s. En cas de pandémie, vous trouverez davantage d'informations sur le site de l'OFSP sur les flambées et les épidémies actuelles.</p> <p>De plus, le personnel est régulièrement formé sur les risques liés à l'environnement.</p>	Plan de protection	Disponible et accessible.



B/6 Exigences de qualité s'appliquant à la gestion des risques et des opportunités				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2	Des analyses des risques et des opportunités sont effectuées et documentées régulièrement.	<p>Les risques et les opportunités des différentes unités organisationnelles de l'institution sont récoltés, décrits et évalués en fonction de leur probabilité de survenue et de leur degré d'impact.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cela peut par exemple être assuré par un simple formulaire sur le lieu de travail des collaborateurs et des collaboratrices sur lequel sont notés tous les risques et opportunités repérés. Les risques et les opportunités ainsi collectés constituent la base d'un nouveau processus de gestion des risques. Les client-e-s et les patient-e-s peuvent également signaler des risques ou des opportunités qu'ils ont identifiés (anonymement si nécessaire), qui sont alors répertoriés en conséquence et pris en compte dans le processus de gestion des risques. La grille des opportunités-risques est aussi un outil qui peut apporter un soutien. On peut par exemple diviser les différents domaines d'une institution (personnel, finances, prise en charge/consultation des client-e-s et des patient-e-s et distinguer les opportunités et les risques internes/externes et stratégiques/opérationnels). <p>Après l'identification des risques et des opportunités, ceux-ci doivent être évalués au moyen d'une analyse de cause à effet (cause en amont, cause et conséquences directes, conséquences en aval). Celle-ci peut également inclure une estimation de l'ampleur des dégâts et de la probabilité d'occurrence. Pour cette analyse, les événements passés, la participation d'expert-e-s internes et externes et des travaux scientifiques peuvent être utiles.</p>	<p>Directives concernant la procédure</p> <p>La documentation des risques et des opportunités est garantie.</p> <p>Matrice des risques</p> <p>Système de contrôle interne (SCI) selon l'article 716a du Droit des obligations</p> <p>Procès-verbal de l'analyse</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Connue de toutes les personnes concernées, prête à l'emploi</p> <p>Disponible pour les 10 risques les plus importants</p> <p>Vérifié et accepté par l'organe de révision</p> <p>Disponible</p> <p>La fréquence de l'analyse est définie et connue.</p>



B/6 Exigences de qualité s'appliquant à la gestion des risques et des opportunités

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
3	Des mesures sont définies, mises en œuvre et évaluées pour gérer les risques et saisir les opportunités. Les étapes sont documentées.	<p>La gestion des risques identifiés est réglementée et documentée (p. ex. dans le manuel de qualité interne). Des mesures doivent être définies, programmées et contrôlées à partir de la gestion des risques et des opportunités en amont. L'objectif est d'éviter les risques les plus importants ou les plus graves et de limiter les risques qui ne peuvent pas être évités.</p> <p>De plus, une distinction doit être faite entre les mesures qui doivent être prises avant l'apparition du risque ou de ses causes en amont (prévention) et celles qui doivent être prises en aval pour faire face à ses effets ou conséquences.</p> <p>Les questions suivantes peuvent être utiles lors de l'évaluation des mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mesures définies ont-elles été mises en œuvre ? • La mise en œuvre de cette mesure a-t-elle fonctionné ? • Dans quelle mesure la gestion des risques et des opportunités influence-t-elle le personnel, les client-e-s et les patient-e-s ? La manière de procéder est-elle motivante ? <p>Il est important que les risques et les opportunités en termes de clientèle ne soient pas négligés au profit des risques organisationnels. Par conséquent, la gestion des risques et des opportunités ne devrait pas être la responsabilité exclusive de la direction de l'unité organisationnelle, mais devrait inclure la participation active du personnel ainsi que des client-e-s et des patient-e-s.</p>	<p>Directives concernant la procédure</p> <p>Documentation des risques</p> <p>L'évaluation des mesures est documentée.</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Disponible et actuelle</p> <p>Disponible et accessible aux personnes responsables</p>



B/7 Processus de gestion
« Personnel »

Font partie du processus régissant le personnel : planification, recrutement, évaluation, développement et départ des membres du personnel.

Les processus régissant le personnel sont **significatifs pour la qualité**, car

- le personnel constitue la ressource principale dans les processus d'aide aux personnes dépendantes ;
- l'aide aux personnes dépendantes est très largement un travail relationnel ;
- des structures claires confortent le personnel dans l'exercice de ses activités ;
- des membres du personnel satisfaits fournissent des prestations de meilleure qualité que des membres du personnel insatisfaits ;
- des contrats de travail, des conditions d'engagement, des processus systématiques et vérifiables protègent le personnel, les client-e-s, les patient-e-s et l'unité organisationnelle dans son ensemble contre l'arbitraire et les problèmes juridiques.

Les **buts du processus ou l'utilité** des processus régissant le personnel peuvent être les suivants :

1. Les taux de fluctuation sont recensés et analysés.
2. Les aptitudes et les qualifications nécessaires à l'exploitation de l'unité organisationnelle sont disponibles et développées en tenant compte des besoins.
3. Les cahiers des charges sont réalisés.
4. La collaboration fonctionne sans lacunes ni doublons.
5. Toute possibilité d'arbitraire est exclue de l'unité organisationnelle.
6. Les mesures nécessaires sont prises en vue d'éviter les abus de pouvoir et les conflits d'intérêts.
7. La séparation des pouvoirs est assurée.



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	<p>La politique du personnel tient compte de questions telles que l'éthique professionnelle, l'égalité des sexes, l'égalité des chances et la diversité.</p>	<p>Les directives éthiques pour l'action professionnelle sont établies et servent d'orientation pour une attitude basée sur l'éthique professionnelle, qui aide également à prendre position dans différents contextes.</p> <p>Un comportement transparent en termes d'éthique professionnelle peut être obtenu et encouragé par une réflexion et une évaluation systématiques du mode de comportement individuel et collectif au sein de l'équipe (voir également les exigences de qualité sur la gestion de la qualité B / 5.1).</p> <p>La sensibilisation des professionnel-le-s aux différents aspects de la diversité tels que l'âge, le sexe, la parentalité, l'origine, le statut socio-économique et les comorbidités dans le domaine des addictions favorise l'égalité des chances en matière de santé. L'égalité des chances est assurée entre autres par la parité entre les sexes : les femmes et les hommes doivent être représentés équitablement à tous les niveaux hiérarchiques de l'unité organisationnelle ; l'égalité de traitement entre femmes et hommes telle qu'elle est définie dans la Loi sur l'égalité est respectée – notamment en ce qui concerne l'accès aux fonctions de direction, mais aussi d'autres thèmes comme un salaire égal à travail égal et à qualifications égales. Vous trouverez davantage d'informations dans les Lignes directrices sur la diversité dans le domaine des addictions d'Infodrog.</p> <p>Pour un travail dans les addictions adapté à la migration, les professionnel-le-s doivent disposer de compétences transculturelles et de connaissances spécifiques sur le thème de la migration et les questions liées (telles que les traumatismes, les dynamiques familiales et la communication). Cela doit être pris en compte dans le profil des postes et les annonces d'emploi. Les aspects spécifiques à la migration peuvent être : expériences professionnelles spécifiques et/ou formations continues et perfectionnements portant sur la problématique de la migration, une expérience personnelle de la migration, des connaissances linguistiques pertinentes. Vous trouverez plus d'informations dans la fiche thématique «Origine et expérience migratoire» d'Infodrog.</p>	<p>Satisfaction des client-e-s, des patient-e-s et du personnel</p> <p>Fiches thématiques ou concepts internes à l'unité organisationnelle</p> <p>Fiches thématiques, concepts ou profil des postes</p>	<p>Consultation des codes déontologiques des différentes professions</p> <p>80 % des client-e-s, des patient-e-s et du personnel sont satisfaits.</p> <p>Disponibles et connues de toutes les personnes concernées</p> <p>Disponibles et connus de toutes les personnes concernées</p>



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2	<p>Une politique du personnel, conforme aux principes directeurs, à la stratégie et aux définitions conceptuelles de l'unité organisationnelle, définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les objectifs et mesures ayant trait au personnel ; • les ressources en personnel requises ; • les profils d'exigences des postes ; • les exigences pour un engagement ; • les règles relatives au secret professionnel et à la gestion des données sensibles ; • les mesures de promotion de la santé et de détection précoce de problèmes. 	<p>Une politique du personnel a pour but qu'une unité organisationnelle engage du personnel qualifié et réunisse toutes les conditions requises pour que ces qualifications soient entretenues et développées en fonction des besoins. La politique du personnel est la base de toutes les mesures relevant du domaine du personnel. Elle a une fonction centrale, car elle constitue une condition cadre pour un travail relationnel de qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la politique du personnel sont formulés des objectifs et des mesures relatifs au profil professionnel de l'aide dans les addictions, à la motivation et à la satisfaction du personnel ainsi qu'aux collaboratrices et collaborateurs bénévoles. • Une instance de plainte indépendante doit être prévue ; elle est notamment en charge des problèmes d'agressions sexuelles, de mobbing et de burn out ainsi que des difficultés avec la direction (voir aussi les exigences de qualité s'appliquant à la direction et à l'organisation B / 3.2). La procédure en cas de licenciement doit être connue du personnel. • D'autres objectifs et mesures relevant du domaine du personnel peuvent porter sur les aspects suivants : garantie des principes de l'éthique professionnelle; dispositions en vue d'identifier, de prévenir et de réduire le burnout; dispositions de prévention du harcèlement sexuel au niveau du personnel et/ou du mobbing (avec détermination d'un lieu de consultation en dehors de l'unité organisationnelle); égalité de traitement de tous les collaborateurs et collaboratrices indépendamment du genre, de l'âge, du contexte culturel, social ou religieux; une instance de plainte facile d'accès, extérieure à l'unité organisationnelle, à la disposition du personnel et dont celui-ci est informé. • Les ressources en personnel peuvent être définies de plusieurs manières : les pourcentages de postes ; les qualifications requises ; la répartition du personnel en fonction de critères relatifs au genre (par ex. respect du principe de la parité), en termes de migration (par ex. lorsque la clientèle d'une unité organisationnelle est composée en grande partie de personnes issues de la migration) ou en fonction du contexte médical, paramédical et social. • Un profil d'exigences peut comporter des indications concernant les thèmes suivants : exigences professionnelles, exigences en termes de compétences sociales et d'aptitude à gérer les conflits, exigences vis-à-vis des cadres, responsabilités. La reconnaissance d'une formation professionnelle qui se réfère aux directives de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) ou à celles de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). Il devrait également exister des profils d'exigences pour les collaborateurs et les collaboratrices bénévoles. •  	Politique du personnel	Disponible
			Profils d'exigences et descriptions des fonctions	Disponible
			Cahiers des charges ou profil des postes	Disponibles et connus des personnes concernées



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2		<ul style="list-style-type: none"> • Conditions préalables à l'engagement: L'unité organisationnelle dispose de directives en termes de dotation en personnel, d'exigences de qualité envers le personnel spécialisé et de quotas en personnel spécialisé. Les directives tiennent compte des exigences cantonales. Il est en particulier indiqué si un extrait du casier judiciaire ou un extrait spécial du casier judiciaire, une attestation de capacité civile et un certificat médical sont exigés lors de l'engagement. Voir à ce propos par exemple la Check-liste pour le contrôle des compétences professionnelles et personnelles lors de l'engagement de CURAVIVA • Règles relatives à la confidentialité et au traitement des données (particulièrement) sensibles: Voir à ce propos <ul style="list-style-type: none"> • les guides du Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence ; • Le Code de déontologie du travail social d'Avenir social ; • l'aide-mémoire de la Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes sur le droit et l'obligation d'aviser l'APEA ainsi que la prise de position «Compétence en matière d'annonce selon l'article 3c de la Loi sur les stupéfiants» (en allemand uniquement) présentent en détail le droit et l'obligation d'aviser l'autorité de protection de l'enfance et de l'adulte selon le Code civil suisse. • Les mesures de promotion de la santé et de détection précoce des problèmes vont de l'aménagement du lieu de travail, à l'organisation des heures et de la planification des ressources, en passant par la conception des tâches et des processus en veillant à éviter un stress psychique et physique et enfin les dispositions nécessaires pour détecter les risques à un stade précoce. La protection active de la santé comprend en particulier des informations, des formations continues et des perfectionnements portant sur les risques d'infection, la prévention post-exposition, la gestion des agressions (par ex. assimilation, débriefing) ainsi que sur la sécurité au travail selon les directives de la CFST (voir aussi les exigences de qualité sur la sécurité des clients et des patients B / 11). De plus, dans le cadre de la promotion de la santé au travail, des informations ou des formations peuvent être dispensées sur l'organisation du travail (notamment pour les services de piquet, le travail de nuit et du dimanche), sur la gestion du stress (prévention du burn-out) ou des conflits (voir aussi les aide-mémoires et les listes de contrôle du SECO et le site de Promotion Santé Suisse sur la gestion de la santé en entreprise). 	<p>Check-liste</p> <p>Fiche thématique ou concept</p> <p>Lignes directrices ou concept</p>	<p>Disponible et connue des personnes concernées</p> <p>Disponible et connue des personnes concernées</p> <p>Disponible et connue des personnes concernées</p>



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
3	<p>Le recrutement, l'arrivée, la mise au courant, le soutien, le développement et le départ des membres du personnel et des stagiaires font l'objet de procédures systématisées et documentées.</p>	<p>Concernant le recrutement du personnel, une unité organisationnelle peut régler les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les membres du personnel correspondent, en termes d'aptitudes, au profil d'exigences et à la description du poste correspondant ; ils disposent tous d'un contrat de travail valable et bénéficient d'un programme de mise au courant (introduction); • le profil d'exigences et la description du poste sont disponibles et ne datent pas de plus de trois ans ; une description de poste comprend au minimum : catalogue des tâches, compétences et responsabilités, postes supérieurs et subalternes ; • les voies utilisées pour rechercher du personnel sont précisées ; • les entretiens d'embauche sont conduits au moyen d'un canevas d'entretien qui correspond au profil d'exigences ; • il est précisé qui participe aux entretiens d'embauche de personnel ; • pour les cadres, un test d'aptitude est réalisé ; • les collaboratrices et les collaborateurs bénévoles ont un cahier des charges, qui peut comporter des précisions concernant les aspects suivants : activités, temps de travail indicatif et reconnaissance ; un collaborateur ou une collaboratrice fixe qui assume la responsabilité de la collaboratrice ou du collaborateur bénévole organise au moins une fois par semestre un entretien d'analyse de la pratique ; pendant ses heures de travail, la collaboratrices ou le collaborateur bénévole peut atteindre en tout temps la personne responsable qui lui sert de référence ; sur demande de la collaboratrice ou du collaborateur bénévole, la réflexion est accompagnée d'une supervision. • Les conditions d'engagement et d'encadrement des stagiaires. <p>S'agissant de la mise au courant du personnel, on peut prévoir les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les nouvelles collaboratrices et les nouveaux collaborateurs sont introduits dans l'unité organisationnelle et intégrés de manière systématique ; • chaque personne nouvellement engagée dispose d'une interlocutrice ou d'un interlocuteur dans l'unité organisationnelle qui est notamment responsable du programme d'introduction ; •  	<p>Directives concernant la procédure</p> <p>Canevas d'entretien</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Disponible dans le dossier personnel</p>



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
----	----------------------	---------------	-------------	-----------

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| 3 | | <ul style="list-style-type: none"> • au cours des trois premiers mois, la personne nouvellement engagée et son interlocutrice ou interlocuteur se rencontrent au moins deux fois par mois pour un entretien de réflexion en vue de l'évaluation de la période d'introduction ; • un programme d'introduction comprend obligatoirement les éléments suivants : objectifs de l'introduction, activités en vue de réaliser ces objectifs, rythme de contrôle du degré de réalisation de ces objectifs et mesures éventuelles en cas de non-réalisation répétée de ces objectifs. | | |
|---|--|---|--|--|

En ce qui concerne le **développement du personnel**, les éléments suivants peuvent être définis :

- la formation initiale et continue et le perfectionnement du personnel, de même que les entretiens avec les collaboratrices et les collaborateurs sont des mesures de développement du personnel (voir à ce propos voir également [B / 7.6](#) et [B / 7.7](#) dans ce chapitre) ;
- toute personne en formation a une interlocutrice ou un interlocuteur au sein de l'unité organisationnelle qui est notamment responsable du programme de formation ;
- les personnes en formation et leur interlocutrice ou interlocuteur se rencontrent au moins une fois par mois pour un entretien de réflexion en vue de l'évaluation de la formation ;
- un programme de formation comprend obligatoirement les éléments suivants : objectifs de la formation, activités, rythme des contrôles, mesures éventuelles en cas de non-réalisation de ces objectifs ;
- les stagiaires disposent d'une personne de contact au sein de l'unité organisationnelle qui est responsable de leurs domaines d'activité ainsi que des entretiens réguliers ;
- au cours des entretiens d'évaluation du personnel, on procède à la vérification de la concordance entre les aptitudes, le profil d'exigences et la description du poste au moyen de questions concrètes se rapportant au quotidien du travail dans les addictions ; l'évaluation du personnel fait partie intégrante du développement du personnel et se base sur des critères et des thèmes prédéfinis.



Grille d'évaluation

Signée, disponible dans le dossier personnel



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
----	----------------------	---------------	-------------	-----------

3		<p>S'agissant du départ d'un membre du personnel, les éléments suivants peuvent être définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • lors d'un départ, les raisons qui ont conduit au licenciement et les résultats d'un entretien personnel sont consignés par écrit ; • au moment du départ, un certificat de travail écrit est remis au collaborateur ou à la collaboratrice qui s'en va, les questions financières sont réglées, toutes les informations requises à propos de la prévoyance professionnelle, des assurances et du secret professionnel lui sont remises par écrit, la personne qui s'en va accuse réception par écrit des informations ainsi reçues ; • dans tous les cas, le certificat mentionne : la durée de l'engagement, les activités accomplies, l'évaluation de celles-ci, des remerciements pour la collaboration ; • une fois par an, les raisons des départs sont analysées et évaluées par la direction générale ; le résultat de cette évaluation est intégré à la revue de direction. 		
---	--	--	--	--

4	<p>Chaque collaboratrice ou collaborateur dispose d'un contrat de travail en bonne et due forme réglant les droits et devoirs de chaque partie.</p>	<p>Les contenus d'un contrat de travail ou d'un règlement du personnel peuvent être les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • début, durée d'un engagement et volume des tâches; engagement écrit ; • vacances, absences (règles relatives à l'obligation d'annoncer, de négocier les absences, énumération des absences payées et non payées) ; • formation initiale et continue (p. ex. droit minimal à des journées de formation continue et de perfectionnement) ; • forme et fréquence des entretiens d'évaluation du personnel ; • système de rémunération, salaires, prévoyance professionnelle et assurances (couverture, volume des prestations, répartition des primes, institutions d'assurance) ; • Toute modification du statut du personnel, de la rémunération ou concernant les assurances sociales devrait être communiquée au personnel automatiquement et par écrit et pas seulement sur demande ; • principes régissant l'éthique professionnelle ; • respect du secret professionnel et protection des données ; • ... 	<p>Contrat de travail</p> <p>Règlement du personnel</p>	<p>Signé par l'employeur et la collaboratrice ou le collaborateur</p> <p>Elément constitutif du contrat de travail</p>
---	---	--	---	--



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
----	----------------------	---------------	-------------	-----------

4		<ul style="list-style-type: none"> • dispositions visant à identifier et à prévenir le burnout, le harcèlement sexuel et le mobbing (voir dans ce chapitre B / 7.8) ; • traitement linguistiquement et culturellement approprié du personnel issu de la migration et respect des lignes directrices sur la diversité, voir dans ce chapitre B / 7.1) ; • instance de plainte indépendante ; • vue d'ensemble des droits et des devoirs de l'employeur et du collaborateur ou de la collaboratrice ; • sanctions en cas de manquements aux devoirs (p. ex. en cas de harcèlement sexuel ou d'agressions sexuelles par un membre du personnel); en particulier, mention des conséquences pénales ; • procédure de licenciement. Exemple : en cas de licenciement ordinaire les principes suivants valent pour tous les membres du personnel : la démission du collaborateur ou de la collaboratrice a lieu dans le cadre du délai prévu et la libération de la fonction est laissée à l'appréciation de l'employeur. Un entretien de départ doit avoir lieu dans tous les cas. 		
---	--	--	--	--

Les contenus décrits ici peuvent aussi figurer dans une convention de travail générale, évitant ainsi à l'unité organisationnelle de devoir les répéter en détails; il suffit alors de faire référence à cette convention générale de travail.

5	L'unité organisationnelle établit pour chaque collaboratrice ou collaborateur un dossier personnel complet.	Doivent faire partie du dossier personnel : <ul style="list-style-type: none"> • Données personnelles, adresse • Dossier de candidature, références • Contrat de travail • Accords de formation continue • Fiches d'évaluation basées sur les entretiens avec les membres du personnel, plan de développement personnel • Informations sur le salaire • Absences (vacances, maladie/accident, service militaire) • Avertissements 	Dossier personnel	Disponible
---	---	---	-------------------	------------



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
6	Des entretiens d'évaluation et de développement du personnel sont régulièrement organisés dans un cadre confidentiel.	<p>Les entretiens avec les membres du personnel ou les évaluations des collaboratrices ou collaborateurs font partie des éléments essentiels d'un développement systématique du personnel ; ils sont systématisés et vérifiables en tout temps. Concrètement, on peut poser les principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> des évaluations des collaboratrices ou collaborateurs ont lieu avec tous les membres du personnel au moins une fois par an en veillant à garantir la protection de la personnalité ; les critères d'évaluation sont les suivants : objectifs et réalisation de ceux-ci ; comportement vis-à-vis des client-e-s et des patient-e-s ; collaboratrices, collaborateurs ou cadres ; développement personnel au cours de l'année écoulée ; besoins en termes de formation initiale, continue ou de perfectionnement ; effets de mesures de formation initiale, continue et de perfectionnement suivies ; satisfaction ; motivation ; absences ; symptômes de burnout ; les résultats des évaluations et d'éventuelles mesures de développement sont intégrées de manière vérifiable dans le plan de développement des collaboratrices ou des collaborateurs et sont documentés dans un plan de développement personnel ; les mesures de développement sont formulées selon la trame suivante : objectifs de développement, mesures de développement et délai de réalisation des objectifs ; l'efficience et l'efficacité des formations continues et des perfectionnements de même que des évaluations des collaboratrices ou collaborateurs sont analysées au moins une fois par an par la direction générale et font partie de la revue de direction. 	<p>Fréquence</p> <p>Plan de développement</p> <p>Evaluation des entretiens avec les collaboratrices et les collaborateurs au niveau institutionnel</p>	<p>1x par an</p> <p>Réalisé à 80 %</p> <p>1x par an</p>



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
7	La formation et le perfectionnement du personnel sont assurés en continu, à l'interne comme à l'externe.	<p>La formation initiale et continue et le perfectionnement du personnel peuvent être définis généralement comme un élément de la politique du personnel qui peut être défini concrètement dans un règlement du personnel ou sous la forme d'un concept de formation séparé.</p> <p>Pour déterminer l'efficacité et l'efficacités des formations initiales et continues et des perfectionnements, il convient de déterminer à l'avance le bénéfice concret d'une telle formation du point de vue des participant-e-s et en référence aux besoins de l'unité organisationnelle.</p> <p>Les formations continues et les perfectionnements peuvent aussi se dérouler sous la forme de formations et/ou de séances d'informations internes. Les thèmes suivants pourraient être pertinents: conduite à tenir en cas d'urgence, sécurité au travail, promotion de la santé, introduction de la perspective genre, etc.</p> <p>Les règles de base s'appliquant à la formation initiale et continue et au perfectionnement peuvent être les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le temps minimum consacré chaque année au perfectionnement est défini et budgétisé. • Tous les membres du personnel ont droit à un nombre défini de journées de formation continue et de perfectionnement par an. <p>L'évaluation des formations initiales et continues et du perfectionnement peuvent avoir lieu dans le cadre de la gestion de la qualité (voir aussi le processus de gestion « Gestion de la qualité » B / 5.1). L'important est de démontrer les effets (p. ex. progrès, améliorations) qu'ont ces formations pour les personnes qui les ont suivies et pour l'unité organisationnelle.</p>	<p>Plan de développement personnel pour chaque membre du personnel</p> <p>Programme de formation initiale, continue et de perfectionnement de l'unité organisationnelle</p> <p>Evaluation des mesures de formation initiales, continues et de perfectionnement au niveau institutionnel</p> <p>Diffusion</p>	<p>Disponible dans le dossier personnel</p> <p>Connu de tout le personnel</p> <p>1x par an</p> <p>Ce qui a été appris ou expérimenté lors des formations initiales, continues et de perfectionnement est activement rapporté au sein de l'unité organisationnelle par les participant-e-s</p>



B/7 Exigences de qualité s'appliquant au personnel				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
8	Des mesures de protection contre la discrimination et les agressions physiques, psychologiques et sexuelles sont définies, de même que les procédures et les responsabilités dans de tels cas.	Cette exigence a pour but de protéger le personnel de la violence. La violence peut être physique ou psychique, se manifester par des agressions sexuelles, physiques, religieuses, émotionnelles ou racistes. Voir à ce sujet aussi la Liste de contrôle - Harcèlement sexuel sur le lieu de travail ou la Liste de contrôle – Protection de l'intégrité personnelle au travail du SECO.	Formations Nombre d'agressions / de discriminations	Au moins 1x par an Zéro
9	Lors de l'engagement de personnes présentant une problématique d'addiction, l'unité organisationnelle définit ses exigences concernant : <ul style="list-style-type: none"> leur qualification/formation ; le laps de temps écoulé depuis la fin du traitement de leur dépendance ; le soutien particulier à leur apporter ; le nombre d'employés ayant des antécédents en matière d'addictions au sein de l'unité organisationnelle. 	L'engagement de personnes connaissant ou ayant connu des problèmes d'alcool ou de drogues étant un sujet délicat et controversé, une unité organisationnelle devrait déterminer clairement si elle entend engager de telles personnes, et si oui, pour quelles raisons et dans quelles conditions. Les motifs doivent être explicités de façon transparente et vérifiable. En outre, la cohérence avec les affirmations formulées dans les principes directeurs et le concept de prestations doit être assurée. Exemples : <ul style="list-style-type: none"> Soutien du personnel en cas d'arrêt du tabac, réglementation de la consommation de tabac au sein de l'établissement et dans la collaboration avec les client-e-s/patient-e-s. A ce sujet, voir le site internet de Stop-tabac. dans un centre de traitement de substitution, on n'engage personne qui a eu ou qui a encore un problème de dépendance (médicaments, alcool et substances illégales). Dans une institution thérapeutique résidentielle, des personnes ayant été dépendantes de la drogue ou de l'alcool peuvent être engagées au plus tôt 2 ans après la fin de leur propre thérapie. Elles doivent en outre avoir travaillé ailleurs que dans l'unité organisationnelle au terme de leur propre thérapie. 	Personnel avec des antécédents en matière d'addictions Temps écoulé depuis la fin de la thérapie	2 ans



B/8 Processus de support
« Financement et comptabilité »

Le financement et la comptabilité comportent :

- assurer le financement de l'unité institutionnelle ;
- établir le budget ;
- planifier les liquidités et établir le plan financier ;
- contrôler les aspects financiers de l'entreprise ;
- réaliser les décomptes et le trafic de paiements ;
- tenir les décomptes ;
- tenir la comptabilité ;
- établir la facturation.

Le financement et la comptabilité sont **significatifs pour la qualité**, car

- la garantie d'un financement suffisant est déterminante pour la survie de l'unité institutionnelle;
- la transparence financière et le professionnalisme de la gestion financière font partie des exigences majeures des instances de financement.

Les **buts du processus ou l'utilité** du financement et de la comptabilité peuvent être les suivants :

1. La transparence est assurée s'agissant de la provenance et de l'utilisation des moyens financiers.
2. La transparence est assurée s'agissant des actifs et des passifs.
3. Le financement est assuré en fonction des besoins.



B/8 Exigences de qualité s'appliquant au financement et à la comptabilité				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	Le support juridique ou la direction générale assure l'obtention du financement et veille à une gestion rigoureuse des finances.	Cette exigence concerne l'ensemble de l'unité organisationnelle et pas seulement une partie de celle-ci. Il s'agit de déterminer la manière de trouver les moyens financiers nécessaires pour l'exploitation courante et les investissements ou les projets de développement. Un plan financier à moyen terme (à l'horizon de trois à quatre ans) et un budget actualisé annuellement en sont les principaux instruments.	Stratégie de financement	Décidée par le support juridique
2	La comptabilité est tenue conformément aux prescriptions en vigueur et aux exigences des mandants ou des instances supérieures.	<p>L'établissement des comptes est conforme aux prescriptions en vigueur s'il respecte les dispositions cantonales. Selon ces dernières, l'établissement conforme des comptes peut comprendre un plan financier, un plan de liquidités, un décompte de frais et/ou un budget.</p> <p>L'établissement des comptes est conforme aux prescriptions en vigueur s'il répond aux exigences de Swiss GAAP FER 21, qui préconise qu'ils doivent comporter les éléments suivants : bilan, compte d'exploitation, liquidités disponibles, calcul des modifications du capital, annexes explicatives et rapport de prestations. Un rapport de prestations peut aussi correspondre à un rapport de revue de direction (voir l'exigence de qualité « Gestion de la qualité » B / 5.2).</p>	Application des prestations ou normes	100%
3	Les finances et la comptabilité sont contrôlées et vérifiées par un organe de révision indépendant.	L'unité organisationnelle travaille avec un organe de révision indépendant. La vérification des comptes est nécessaire pour les organismes de financement (p.ex. les cantons) et fait souvent partie des contrats de prestation.	Rapport de révision annuel	Pas de contestation



B/9 Processus de support « Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel »

Chaque unité organisationnelle d'aide aux personnes dépendantes dispose d'une infrastructure et de matériel (bâtiments, locaux, aménagements, systèmes informatiques, équipement médical, etc.). Une infrastructure impeccable et la certitude que les prestations fournies par des tiers correspondent aux exigences de l'unité institutionnelle sont indispensables pour réaliser des interventions réussies.

L'acquisition et l'entretien de l'infrastructure et du matériel sont **significatifs pour la qualité**, car

- une infrastructure répondant aux besoins des clients ou patients est une condition importante pour assurer un processus de prestations qualitativement impeccable ;
- ces prestations contribuent de manière significatives à la sécurité dans l'unité organisationnelle et à la protection des client-e-s ou patient-e-s.

Les **buts du processus ou l'utilité** de l'acquisition et de l'entretien de l'infrastructure et du matériel peuvent être les suivants :

1. L'infrastructure est en permanence fonctionnelle à 100%.
2. Les limites de capacité sont définies, ce qui permet d'éviter une surcharge de l'infrastructure et des collaborateur-trice-s. Le matériel livré correspond à 100% aux exigences de l'unité organisationnelle et est contrôlé.



B/9 Exigences de qualité s'appliquant à l'acquisition et à l'entretien de l'infrastructure et du matériel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	Les modalités relatives au choix d'une infrastructure appropriée, ainsi que des produits et du matériel provenant de l'extérieur sont fixées.	<p>Font partie de l'infrastructure : aménagements, bâtiments, locaux, environnement, matériel, appareils, mobilier, véhicules, installations, etc.</p> <p>L'infrastructure (espace disponible, installations et utilisation de l'espace) répond aux besoins des client·e·s et des patient·e·s. Les exigences des autorités cantonales en matière de locaux et d'installations sont respectées.</p> <p>Lors de l'acquisition, il convient de veiller à tenir compte des aspects liés au genre en prévoyant des installations sanitaires séparées, des possibilités de s'isoler, des logements séparés, etc.</p> <p>Dans la mesure du possible, il convient également de veiller à ce que les constructions soient sans obstacles.</p> <p>Suivant le domaine d'activité de l'unité organisationnelle, les fournisseurs peuvent livrer du matériel médical, des denrées alimentaires ou des instruments de travail. Ils peuvent être évalués en termes de qualité des marchandises, de qualité du service, de prix, de fiabilité, etc.</p>	<p>Directives concernant la procédure</p> <p>Fonctionnalité</p> <p>Check-liste</p> <p>Fréquence</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Réalisée à 98 %</p> <p>Disponible et appliquée</p> <p>1x par année</p>
2	L'entretien de l'infrastructure et du matériel est systématique et dûment réglementé.	<p>Une check-liste des tâches et un inventaire actualisé fournissent une vue d'ensemble des tâches liées à l'entretien.</p> <p>Fixer une limite de la capacité d'accueil a notamment pour but de prévenir une surcharge de travail chronique pour le personnel.</p> <p>Les limites peuvent être identifiées à partir d'une sur-occupation ou d'une sous-occupation, de listes d'attente, de queues devant le local de consommation, des chambres occupées ou inoccupées, du nombre de contacts établis, du nombre de repas servis, des heures d'ouverture, etc.</p> <p>Les limites peuvent aussi être fixées dans les objectifs annuels.</p>	<p>Directives concernant la procédure</p> <p>Inventaires Check-liste</p> <p>Capacité d'accueil</p> <p>Plan d'occupation</p> <p>Objectifs annuels</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Exhaustifs et ne datant pas de plus d'un an</p> <p>Au moins 80%, au maximum 100%</p> <p>Disponible</p> <p>Disponibles</p>



B/9 Exigences de qualité s'appliquant à l'acquisition et à l'entretien de l'infrastructure et du matériel

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
3	La sécurité de l'information et celle de l'infrastructure informatique sont garanties.	<p>Tous les ordinateurs sont protégés par un programme antivirus qui est mis à jour régulièrement. Un pare-feu est également important ainsi que des mises à jour et des sauvegardes de sécurité régulières.</p> <p>Chaque membre du personnel dispose de son propre compte utilisateur, de sorte qu'il doive s'identifier en allumant l'ordinateur et lors de l'utilisation des différentes applications avec lesquelles il travaille. L'organisation interne détermine les droits d'accès de chaque membre du personnel.</p> <p>Les comptes utilisateurs sont protégés par des mots de passe qui doivent être régulièrement renouvelés.</p> <p>Si les membres du personnel accèdent à l'intranet de l'organisation à distance, la sécurité doit être assurée par une technologie appropriée (p. ex. VPN, RDS, MFA, etc.).</p> <p>L'échange de données sensibles avec des tiers ou des autorités doit avoir lieu sous forme chiffrée. Il est nécessaire de décider quel type de chiffrement est approprié pour les messages. Le personnel est formé à ce sujet et sait quels messages doivent être envoyés sous forme chiffrée.</p> <p>Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans le Guide relatif aux mesures techniques et organisationnelles de la protection des données du Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT).</p> <p>De plus, le Préposé cantonal à la protection des données du canton de Zurich a examiné différents produits du point de vue de la protection et de la sécurité des données. Voir la plateforme pour la collaboration numérique (en allemand).</p> <p>L'utilisation d'outils conformes à la protection des données pour la consultation et la communication en ligne est importante, à ce sujet voir les recommandations sur la télémédecine de la FMH ainsi que la fiche d'information à ce sujet. De plus, la Fachhochschule Nordwest-Schweiz a préparé des recommandations concernant la protection des données lors de consultation en ligne (en allemand uniquement).</p> <p>Pour les consultations en ligne, il est important que les client-e-s et les patient-e-s soient informés que les institutions ou les consultant-e-s n'assument pas la responsabilité de la sécurité des données que les client-e-s et les patient-e-s stockent sur leurs propres ordinateurs. De même, aucune responsabilité n'est assumée pour les communications par e-mail non chiffrées des client-e-s et des patient-e-s. Cependant, dès qu'un-e consultant-e prend en charge un-e client-e ou un-e patient-e, la suite de la consultation / de l'accompagnement doit avoir lieu à travers un canal sécurisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recommandation: Activer l'authentification à deux facteurs pour les données sensibles. 	Directives concernant la procédure, lignes directrices et programme anti-virus	Disponibles, appliqués et actualisés



B/10 Processus de support « Sécurité d'exploitation, hygiène et propreté »

Formulation, application et contrôle de la sécurité d'exploitation, de l'hygiène et de la propreté.

La sécurité d'exploitation, l'hygiène et de la propreté sont **significatifs pour la qualité**, car

- une infrastructure propre, fonctionnelle et une utilisation de moyens irréprochables sont des conditions importantes pour assurer un processus de prestations qualitativement impeccable ;
- l'application des critères en matière de sécurité d'exploitation, d'hygiène et de propreté doit correspondre au minimum aux dispositions légales.

Les **buts du processus ou l'utilité** de la sécurité d'exploitation, de l'hygiène et de la propreté peuvent être les suivants :

1. Pas de maladies dues au manque d'hygiène et de propreté.
 2. Gestion des déchets sûre et respectueuse de l'environnement.
 3. La fonctionnalité de l'infrastructure et des moyens utilisés est assurée.
-



B/10 Exigences de qualité s'appliquant à la sécurité d'exploitation, l'hygiène et la propreté

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	Le personnel est informé sur la façon de faire face aux dangers et aux situations de crise et formé à cet effet.	<p>Des bases conceptuelles ou des aide-mémoires sur la manière de gérer les crises et les urgences ainsi que sur la communication d'urgence au sein de l'organisation sont disponibles. Une analyse des risques a une fonction préventive en encourageant et en professionnalisant l'aptitude du personnel et de l'unité organisationnelle à faire face aux crises. Ainsi, il est par exemple pertinent d'associer l'ensemble du personnel à une analyse des risques ou à la revue de cette dernière.</p> <p>En cas de crises, les connaissances ne suffisent pas. Il faut aussi être capable d'adopter rapidement les comportements adéquats pour ne pas perdre de temps. Les comportements adéquats ne s'acquièrent que par des exercices répétés, ce qui nécessite une réglementation appropriée. L'unité organisationnelle devrait parallèlement en tenir compte dans le cadre de la formation interne.</p> <p>Elle doit aussi décider quels processus doivent être réglés. Par exemple : Evaluer rapidement la situation et organiser des mesures d'urgence ; dispenser les premiers soins ; procéder à des réanimations ; agir de manière à éviter l'escalade de situations ; évacuer le bâtiment ; avertir les services d'urgences (ambulance, police ou pompiers).</p> <p>Vous trouverez plus d'explications sur les situations de crise ou de danger dans le processus de support B / 11 sur la sécurité des client-e-s et des patient-e-s.</p>	<p>Aide-mémoires</p> <p>Exercices de crises et d'états d'urgence</p>	<p>Disponibles, connues et accessibles de tous</p> <p>Annuel et obligatoire pour chaque collaborateur·trice</p>



B/10 Exigences de qualité s'appliquant à la sécurité d'exploitation, l'hygiène et la propreté

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
2	<p>L'unité organisationnelle s'assure que</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'hygiène et la propreté sont garanties ; • la sécurité d'exploitation satisfait tant aux directives externes qu'aux exigences internes. 	<p>Les directives en matière d'hygiène et de propreté visent à prévenir les infections et les maladies. Elles sont relatives à des domaines comme les denrées alimentaires, la vaisselle, les couverts, les soins médicaux, les installations sanitaires et les autres locaux. Pour garantir le déroulement correct de ces processus de travail, il est possible de confier à une personne la responsabilité du domaine « hygiène et propreté ». Pour assurer l'hygiène et la propreté, les directives suivantes peuvent par exemple être formulées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les ustensiles de consommation sont éliminés de manière sûre après usage ; il s'agit notamment de mettre à disposition des récipients sécurisés pour les seringues usagées ; • le local de consommation est nettoyé et les ustensiles destinés à être réutilisés sont désinfectés ; un temps suffisant est réservé pour un nettoyage soigneux ; • la gestion hygiénique des déchets est réglée; par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • liste des centres de ramassage de déchets spéciaux ou toxiques ; • liste de rangement indiquant où sont stockés les différents objets ; • directives en matière de tri des déchets ; • tableau du ramassage des déchets dans la commune (quand sont ramassés quels déchets?) ; • rythme de nettoyage et produits à utiliser ; • utilisation d'un liquide désinfectant pour la désinfection hygiénique et chirurgicale des mains ; • utilisation d'un savon liquide pour se laver les mains ; • utilisation d'alcool à 70% au moins pour la désinfection du matériel (par ex. masques d'appareils respiratoires, instruments médicaux, cuillers, téléphones) et des meubles (par ex. sièges, tables); • utilisation de produits de désinfection de surfaces pour désinfecter les salles d'eau, les portes et les places de consommation ; • masques de protection ; • matériel de protection pour les collaborateur-trice-s. 	<p>Concept d'exploitation</p> <p>Aide-mémoires</p> <p>Check-listes</p> <p>Contrôles</p>	<p>Disponible</p> <p>Disponibles et accessibles à tous</p> <p>Disponibles et appliquées</p> <p>1x par an</p>



B/10 Exigences de qualité s'appliquant à la sécurité d'exploitation, l'hygiène et la propreté

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
3	La gestion des médicaments ainsi que du matériel stérile est conforme aux directives en vigueur.	<p>Pour le personnel, les client·e·s et les patient·e·s, il est très important que la gestion des médicaments et du matériel stérile soit réglée, car cela permet d'éviter des erreurs de médication, des confusions, des empoisonnements de personnes ou de l'environnement, etc. Les points suivants sont réglés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le marquage adéquat ; • le contrôle des dates d'expiration ; • le stockage ; • la distribution ; • l'emballage ; • l'élimination. 	<p>Check-listes</p> <p>Contrôles</p> <p>Nombre d'erreurs de médication par année</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>1x par mois</p> <p>Zéro</p>



**B/11 Processus de support
« Sécurité des clients et des patients »**

Les interventions de crise se produisent la plupart du temps au niveau des client-e-s et des patient-e-s. On peut les décrire comme des situations problématiques aiguës, les analyser comme telles et les désamorcer en prenant les mesures qui conviennent (assurer les premiers secours en cas d'urgences psychiques ou physiques, réanimation, organisation de mesures de secours). Les comportements à adopter en cas d'urgence aiguë doivent être exercés, p. ex. technique de comportement personnelle favorisant la désescalade.

La sécurité des client-e-s et des patient-e-s sont **significatives pour la qualité**, car

- réduire ou éviter des dommages ou conséquences subis par les client-e-s, les patient-e-s ou des tiers peut s'avérer déterminant en termes de survie ;
- parer aux risques existentiels dans des situations de crise est prioritaire ;
- l'unité organisationnelle doit assumer sa responsabilité éthique ;
- les coûts sanitaires, sociaux et économiques sont ainsi réduits.

Les **buts du processus ou l'utilité** de la sécurité des client-e-s et des patient-e-s peuvent être les suivants :

1. Une analyse préalable des risques est disponible (description des situations à risque dans l'unité organisationnelle et des mesures possibles pour y parer).
2. Les situations problématiques et les dangers sont immédiatement identifiés et désamorcés.
3. Les situations de crise sont stabilisées et analysées.
4. Les services concernés (médecins de garde, hôpitaux, police, service du feu, ambulance, etc.) sont rapidement contactés.



B/11 Exigences de qualité s'appliquant à la sécurité des clients et des patients

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle assure la sécurité des clients et des patients.	<p>Les situations de crise ou de danger peuvent se produire au niveau individuel ou au niveau du groupe. Il peut s'agir d'une répétition d'incidents ponctuels ou encore d'évènements relativement rares mais qui peuvent avoir des conséquences graves : crises physiques et/ou psychiques ; mise en danger par risque de transmission de maladies infectieuses (p. ex. sida, hépatite, coronavirus) ou suite à une consommation de substances (en particulier pendant la grossesse ou l'allaitement ou par rapport à l'aptitude à conduire) ; violence, agressivité et autres situations présentant une menace ; accidents ; surdosages ; décompensations ; risque ou tentative de suicide ; problèmes dans les domaines de l'alimentation et de l'hygiène (p. ex. intoxication alimentaire) ; feu, etc.</p> <p>Font p. ex. partie des mesures à prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes qui travaillent ou séjournent dans des institutions d'aide dans les addictions encourent un risque d'infection par le VIH ou aux hépatites lorsqu'elles sont en contact avec du sang ou d'autres liquides corporels (voir à ce propos le site de l'OFSP sur l'hépatite C, le site internet Hepatitis C et les directives sur l'hépatite C chez les consommateurs de drogue avec des fiches d'information spécifiques aux contextes de l'OFSP. La brochure « Prévention des infections transmises par voie sanguine » de la SUVA (numéro de commande 2869/31.F) est également utile. Les mesures à prendre en cas de blessure (provoquée p. ex. par une seringue et impliquant un risque d'infection) font partie de la prophylaxie post-exposition. Il s'agit des mesures d'urgence (laver, rincer, enlever les corps étrangers, désinfecter) et de mesures liées aux hépatites et au VIH (estimation du risque individuel d'une infection par le VIH, réalisation d'un test VIH et/ou mise en route concomitante d'un traitement antirétroviral, prophylaxie chimique, contrôles). Chaque unité organisationnelle devrait avoir édicté des directives définissant clairement la marche à suivre avant et après une exposition ; en ce qui concerne la prophylaxie post-exposition, il convient aussi de définir le déroulement des tests VIH. •  	<p>Directives concernant la procédure</p> <p>Aide-mémoires pour différentes situations de crise</p> <p>Analyse des risques</p> <p>Fréquence des exercices de sauvetage</p> <p>Présence d'enfants</p>	<p>Disponibles et appliquées</p> <p>Disponibles et facilement accessibles</p> <p>Disponible</p> <p>2x par an</p> <p>Situation en termes de prise en charge connue</p>



B/11 Exigences de qualité s'appliquant à la sécurité des clients et des patients

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1		<ul style="list-style-type: none"> • Premiers secours ; • Mise en œuvre des mesures de secours (services sanitaires, police, etc.) ; • Transmission à des professionnel-le-s de la santé spécialisés ; • Vous trouverez des concepts de prévention en cas de pandémie et d'autres informations à ce propos sur le site de l'OFSP sur les flambées et épidémies actuelles ainsi que des plans et des mesures de protection, comme par exemple contre l'épidémie de coronavirus actuelle ; • Protection du personnel contre les agressions ; • Accord avec la police, les pompiers, les médecins, les hôpitaux ou les pharmacies sur la manière de procéder en cas de crise ; • Dispositions à prendre en cas de décès ; • Organisation, à intervalles réguliers, d'un exercice de sauvetage et d'une formation aux premiers secours permettant de sauver des vies ; • Assurance de la prise en charge des enfants en cas de crise de leur père/mère ; • Information des services concernés (service de la jeunesse, autorités de protection de l'enfance et de l'adulte, services sociaux communaux, etc.), avis de mise en danger aux autorités compétentes ; • Protection des client-e-s et des patient-e-s contre la violence et les menaces (en lien avec leurs activités antérieures telles que la prostitution pour financer l'achat de drogues, le deal, etc.) 		
2	<p>Une liste actualisée et exhaustive des services régionaux d'urgence est portée à la connaissance de l'ensemble du personnel ainsi que des clients et des patients et leur est en tout temps accessible.</p>	<p>En cas de crise, l'accès aux informations peut être vital. Cela vaut en particulier pour la connaissance du réseau d'urgences et des heures où sont atteignables les différents services et personnes constituant ce réseau. C'est pourquoi toutes les personnes travaillant dans une unité organisationnelle doivent avoir accès à tout moment à ces informations.</p> <p>Une liste peut comprendre : les noms, adresses et numéros de téléphone des hôpitaux, pharmacies, médecins, centres spécialisés, interprètes, postes de police, service du feu et instituts toxicologiques régionaux.</p> <p>A l'occasion de séances d'information ou de formation internes et lors de la mise au courant des nouvelles collaboratrices et nouveaux collaborateurs, la liste du réseau régional d'urgences peut être communiquée et commentée à intervalles réguliers.</p>	<p>Actualité</p> <p>Rythme d'actualisation</p> <p>Exhaustivité</p> <p>Degré d'information du personnel</p>	<p>100 %</p> <p>Au moins 1x par an</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>



B/11 Exigences de qualité s'appliquant à la sécurité des clients et des patients

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
3	Durant les heures de service, le personnel est formé à répondre aux situations de crise.	Une liste ou fiche d'information, consultable et accessible à tout moment, énumère les collaboratrices ou collaborateurs responsables, leurs numéros de téléphone ainsi que les modalités de contact avec d'autres spécialistes en situation de crise. Le téléphone d'urgence est géré par les personnes responsables. La planification du personnel, le service de piquet et les horaires de travail sont également accessibles et actualisés.	Actualité et exhaustivité	100 %
		Le comportement à adopter dans les situations d'urgence aiguë est régulièrement exercé dans l'unité organisationnelle.	Degré d'information du personnel	100 %
4	Les situations de crise sont évaluées et les mesures prises documentées par écrit.	Le débriefing, au cours duquel les questions suivantes sont passées en revue, fait partie intégrante de l'évaluation faisant suite à une situation de crise. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui a fonctionné ? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ? • Pourquoi cela n'a-t-il pas fonctionné ? • Que ferait-on différemment avec le recul ? Comment le ferait-on exactement ? • Où est-il nécessaire d'agir ? 	Directives concernant la procédure	Disponibles, appliquées et connues des personnes responsables
		Des mesures peuvent ensuite être prises sur la base du débriefing : <ul style="list-style-type: none"> • Définition des mesures • Déterminer les personnes responsables et fixer les délais et la marche à suivre • Contrôle des nouvelles mesures 	Evaluations documentées des situations de crise	Disponibles



B/12 Processus de support
« Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes »

Le principe suivant devrait être appliqué dans chaque unité institutionnelle : les dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes sont connues et appliquées.

Les dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes sont **significatives pour la qualité**, car leur non-respect peut :

- porter un préjudice important à la qualité ;
- peut entraîner des conséquences civiles et pénales et mettre ainsi en péril la survie même de l'unité organisationnelle.

Les **but du processus ou l'utilité** des dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes sont :

1. la certitude que les dispositions légales, les conventions et les autres prescriptions contraignantes sont respectées ;
2. la récupération et la traçabilité des documents importants sont assurées.



B/12 Exigences de qualité s'appliquant aux dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1	L'unité organisationnelle dispose d'une méthodologie lui permettant de suivre l'évolution des prescriptions légales et de prendre connaissance des nouvelles réglementations.	<p>L'unité organisationnelle détermine dans ses concepts comment le respect des prescriptions légales, des directives et des accords contraignants est assuré. Cela peut se faire par exemple par des formations continues régulières ou par la participation à des journées cantonales et nationales.</p> <p>De plus, les personnes responsables reçoivent une liste des prescriptions légales pertinentes pour leurs responsabilités ou domaines d'activité respectifs.</p> <p>Font notamment partie des dispositions légales importantes en termes d'aide aux personnes dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loi sur les stupéfiants (LStup) • Code civil suisse • Droit des obligations • Code pénal suisse y compris la norme sur la discrimination et l'incitation à la haine (art. 261bis du Code pénal suisse) • Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et faillites (LP) • Loi sur le travail (LTr) • Loi sur l'égalité (LEg) • Loi fédérale sur les étrangers et l'intégration (LEI) • Ordonnance sur l'intégration des étrangers (OIE) • Loi fédérale sur la protection des données (LPD) • Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) • Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) • Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) • Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) • Directives de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (Directives CFST) • Loi fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels (LDAI) et Ordonnance sur les denrées alimentaires et les objets usuels (ODAIOUS) • Ordonnance du DFI sur l'hygiène dans les activités liées aux denrées alimentaires (Ordonnance du DFI sur l'hygiène, OHyg) • Loi fédérale sur la circulation routière (LCR) • Ordonnance sur les mouvements de déchets (OMoD) • Lois cantonales sur l'aide sociale • ... 	Liste Rythme d'actualisation	Exhaustive à 100 % et actuelle 1x par an



B/12 Exigences de qualité s'appliquant aux dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes				
N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
1		<p>Peuvent faire partie des autres prescriptions contraignantes ou conventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuel traitement avec prescription de diacétylmorphine de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) • Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) et de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS) sur les traitements basés sur la substitution en cas de dépendance aux opioïdes • Autorisation d'exploitation délivrée par la commune/le canton • Normes CSIAS • Autorisation délivrée par le médecin cantonal • Contrats de prestation • Conventions de collaboration 		
2	L'unité organisationnelle respecte les dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes en vigueur.	Cette exigence concerne la situation existante. Une fois par an, la direction générale devrait procéder, avec l'équipe, dans le cadre de la gestion de la qualité (voir le processus B / 5 « Gestion de la qualité ») à une auto-évaluation critique pour vérifier si les dispositions légales, les conventions et autres prescriptions contraignantes ont effectivement été appliquées au cours de l'année écoulée. Le résultat de cette auto-évaluation peut aussi faire partie de la revue de direction.	Protocole de contrôle	Pas de réclamation
3	L'unité organisationnelle réglemente les autorisations d'accès aux données et documents sensibles.	<p>L'unité organisationnelle dispose d'un système de gestion de la clientèle qui assure le contrôle et l'identification des documents pertinents et les autorisations d'accès. Il est ainsi possible de reconnaître, marquer et retrouver les documents.</p> <p>Vous trouverez plus d'informations sur la confidentialité des données des client-e-s et des patient-e-s dans le Guide pour le traitement des données personnelles dans le domaine médical du Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence.</p>	<p>Système de gestion de la clientèle</p> <p>Directives concernant la procédure</p> <p>Documents retrouvables</p> <p>Nombre d'accès non autorisés</p>	<p>Disponible</p> <p>Disponibles et appliquées</p> <p>100 %</p> <p>Zéro</p>


B/12 Exigences de qualité s'appliquant aux dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes

N°	Exigences de qualité	Illustrations	Indicateurs	Standards
4	<p>Sous réserve d'autres dispositions cantonales ou fédérales, les dossiers des clients (y c. les données électroniques) et les autres documents relatifs à la gestion de l'unité organisationnelle sont à conserver durant 10 ans au minimum.</p>	<p>L'unité organisationnelle veille à ce qu'un lieu d'archivage soit disponible et à ce que la responsabilité de l'ensemble du processus d'archivage soit définie.</p>	Lignes directrices	Disponibles
5	<p>L'unité organisationnelle décide de ce qu'il advient des dossiers et autres documents archivés au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité.</p>	<p>Lors de la cessation d'activité de l'unité organisationnelle, le support juridique en informe l'autorité compétente (canton ou commune) où les dossiers sont conservés jusqu'à l'expiration du délai légal de dix ans.</p>	Réglementation	Disponible

Impressum

Editeur

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Date de publication

Octobre 2021

Auteurs

Office fédéral de la santé publique en collaboration avec Infodrog, Centrale nationale de coordination des addictions, et des spécialistes du domaine des addictions.

Layout du référentiel QuaTheDA 2020

Heyday, Konzeption und Gestaltung GmbH, Berne

Adaptation des layouts pour le manuel QuaTheDA 2021

Graphus Sàrl, Lausanne

Informations complémentaires

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Case postale, CH-3003 Berne

sucht-addiction@bag.admin.ch

office@infodrog.ch

www.quatheda.ch

www.bag.admin.ch/addictions