









Le Référentiel modulaire QuaThéDA

La norme qualité pour le domaine des dépendances

Table des matières

Avant-propos	4
Mandats et objectifs	6
Un processus participatif	8
Les différents acteurs	8
Le processus de développement	12
Structure du Référentiel modulaire QuaThéDA	15
Certification QuaThéDA	17

Exigences du Référentiel QuaThéDA

B	B Le module de base	19
	I Thérapie résidentielle et réinsertion	37
	II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires	55
	III Substitution	69
	IV Aide à la réinsertion professionnelle	83
	V Logements accompagnés	95
	VI Foyers d'urgence	107
	VII Centres d'accueil bas seuil	115
	VIII Travail social hors murs	125

En décembre 2000, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) lançait le Référentiel QuaThéDA pour le domaine des thérapies résidentielles. Une septantaine d'institutions est actuellement certifiée selon cette norme.

Avec la publication de ce nouveau Référentiel, ce sont toutes les prestations offertes dans les secteurs des thérapies résidentielles et ambulatoires, médicalisées ou non, et de la réduction des risques, qui sont couvertes. Il est conçu de manière modulaire pour satisfaire la diversité de ces prestations (suivi intensif en thérapie résidentielle et anonymat dans le secteur de la réduction des risques, par exemple).

Au travers de l'élaboration de cette norme qualité, l'OFSP poursuit deux buts stratégiques :

- Permettre aux partenaires sociaux de parler un langage commun lorsqu'ils parlent de qualité
- créer les conditions cadre pour le développement, à terme, de la qualité des résultats.

L'OFSP a lancé et piloté le projet d'élaboration de ce nouveau Référentiel modulaire. Mais il a été réalisé en collaboration étroite avec tous les acteurs concernés. Les exigences qualité ont été élaborées par des professionnels du terrain et elles ont été discutées avec des représentants des cantons, de communes et des associations professionnelles. Le résultat obtenu constitue le reflet de ce que les partenaires concernés considèrent comme un standard général de qualité en 2005. Ce niveau est appelé à évoluer et le Référentiel sera réadapté vers 2010 environ, répondant ainsi au critère du Service d'Accréditation Suisse (SAS), auprès duquel il est enregistré. La norme QuaThéDA est compatible avec la Norme ISO 9001-2000.

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration du Référentiel, et j'invite les partenaires sociaux, prestataires de services et organismes financeurs, à s'inscrire, au travers de la mise en application de cet instrument, dans une démarche d'amélioration permanente et de recherche de l'excellence.



Flavia Schlegel, Dr méd, MAS
Vice-directrice
Unité de direction Santé publique, la cheffe

Mandat et objectifs

Le Référentiel modulaire QuaThéDA a été élaboré sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), 3003 Berne.

Le Référentiel modulaire QuaThéDA doit contribuer de manière importante et durable à répondre aux questions suivantes :

- quelles interventions / traitements ;
- pour quelles client-es / patient-es ;
- avec quels résultats ;
- et avec quelles ressources ?

Pour réaliser cet objectif visionnaire, un *catalogue d'exigences* a été établi en vue de développer un Référentiel. Le Référentiel modulaire QuaThéDA doit

- être applicable dans tous les secteurs de l'aide aux personnes dépendantes (à l'exclusion de la prévention primaire et des médecins privés prescrivant de la méthadone) ;
- tenir compte de l'hétérogénéité des prestations d'aide aux personnes dépendantes ;
- être centré sur les processus ;
- pouvoir faire l'objet d'une certification ;
- être d'un maniement aisé pour les institutions d'aide aux personnes dépendantes et pour les organismes de certification ;
- être organisé en modules ;
- prendre en compte les résultats d'une recherche bibliographique réalisée par l'Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) ;
- intégrer des exigences de qualité fondées sur la Loi sur l'assurance invalidité (LAI) et la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) ;
- comprendre des normes de qualité formulées dans le système ISO 9001-2000, les exigences de qualité définies par l'Office fédéral des assurances sociales et les normes de qualité du modèle de l'European Foundation for Quality Management (EFQM) pour assurer la compatibilité.

Le Référentiel modulaire QuaThéDA doit pouvoir servir de *référence de travail et de certification* pour toutes les institutions d'aide aux personnes dépendantes qui mettent en place un système de gestion de la qualité ou qui souhaitent développer un système existant, ainsi que pour tous les cantons.

Un processus participatif

Avec le Référentiel modulaire QuaThéDA, il s'agissait de développer un produit répondant aux attentes des parties concernées – à savoir les institutions d'aide aux personnes dépendantes et leurs commanditaires, les cantons et les villes. Pour y parvenir, le processus de développement a été organisé de façon très participative. Il était en effet primordial de parvenir à un consensus entre tous les partenaires concernés.

Les différents acteurs

Une équipe de l'OFSP a travaillé en coopération étroite avec un groupe d'experts issus de la pratique et avec le soutien et l'accompagnement du Comité de pilotage et d'un Groupe d'accompagnement stratégique. Cela constituait une garantie que la norme développée coïncide avec la pratique et avec l'état actuel du développement de la qualité.

Tant l'organisation du projet que la composition des groupes de travail répondent à cette exigence d'une procédure participative.

Le *Comité de pilotage* avait pour tâche de prendre des décisions concernant des résultats intermédiaires importants et de valider le Référentiel modulaire QuaThéDA. Les personnes suivantes en étaient membres : Martin Buechi (chef de la section Bases scientifiques et juridiques), Markus Jann (chef de la section Drogues), Anne Lévy (cheffe de la section Alcool), Thérèse Peverelli (Co-Direction Section Planification, controlling et instruments organisationnels).

L'*équipe de projet QuaThéDA*, placée sous la direction de René Stamm, avait pour mandat d'élaborer le Référentiel modulaire QuaThéDA, en coopération avec des représentant-es de l'aide aux personnes dépendantes et avec des spécialistes de la gestion de la qualité. Les collaborateurs/trices suivants de la section Drogues de l'OFSP en étaient membres : Thomas Egli, Martin Hosek, Andrea Schärmeli (jusqu'en été 2005), de même que l'assistante de projet Silvia Steiner (à partir du printemps 2004) et Michael Domeisen (jusqu'au printemps 2004).

Le *Groupe d'accompagnement stratégique* appuyait l'équipe de projet QuaThéDA et la conseillait. Il avait pour mandat de valider les résultats intermédiaires et finaux des travaux de développement d'un point de vue stratégique. Les personnes suivantes étaient membres de ce groupe : Toni Berthel (Swiss Society of Addiction Medicine, SSAM), Iva Bolgiani (représentante du canton du Tessin), Jacqueline Chopard (Schweizerischer Dachverband Stationäre Suchthilfe, SDSS), Rolf Dietiker (Verein Christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich, VCRD), Franziska Eckmann (Centrale de coordination nationale des offres de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue, COSTE), Heidi Gstöhl (Conférence des délégués des villes aux problèmes de toxicomanies, CDVT/SKBS), Georges Krieg (Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies, CDCT/KKBS et Plate-forme Qualité Confédération - cantons), Régine Linder (Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues, BRR/FASD), Walter Meury (Verein Art. 74 IV et Fachverband Sucht), Pascal Roudit (Coordination romande des institutions et organisations œuvrant dans le domaine des addictions, CRIAD), Helena Shang Meier (Service du médecin cantonal Lucerne), Gérald Thévoz (Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, GREAT).

Le *Groupe d'experts* avait pour mandat de développer le concept d'un référentiel modulaire, d'effectuer des travaux préparatoires à l'intention des groupes de travail et de valider du point de vue professionnel les résultats intermédiaires produits par ceux-ci. Les personnes suivantes étaient membres du Groupe d'experts : Annick Clerc-Bérod (Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies, LVT, Sion), Adrian Bösch (Drop-in, Basel, jusqu'au printemps 2004), Janine Dahinden (Swiss Forum for migration and population studies SfM and Institut of Ethnology), Marie-Louise Ernst (Mandat OFSP Genre), Stephan Germundson (Die Alternative, jusqu'à fin 2003), Walter Grisenti (Swiss Forum for migration and population studies SfM and Institut of Ethnology), Barbara Gugger (Centre méthadone du Contact Netz Berne), François-Xavier Gutapfel (Croix-Bleue romande), Dieter Haller (Contact Netz Berne), Paolo Hendry (Drop-in Lucerne), Ruedi Hotz (Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues, FASD/BRR), Petra Keller (Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme, ZfA), Roger Mäder (Soziale Fachstellen Toggenburg), Eric Moser (Drop-in Bienne), Carl Müller

(Contact Netz Berne), Hansjürg Neuenschwander (Aargauischer Verein für Suchthilfe, AVS), Elisabeth Reber (Le Torry, Fribourg), Nella Sempio (Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel, MUSUB), Susanne Zähringer (Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, ISGF, jusqu'au printemps 2004). Le groupe d'experts a bénéficié pour son travail de conceptualisation d'un exposé sur « Migration et dépendance » proposé par Dagmar Domenig (Centre santé et migration de la Croix-Rouge suisse).

Sur la base du concept élaboré par le Groupe d'experts, cinq *groupes de travail* ont conçu, développé et mis au point des exigences de qualité spécifiques aux différents secteurs de l'aide aux personnes dépendantes. Pour constituer ces groupes de travail, le Groupe d'experts a été complété par d'autres spécialistes du domaine. Dans leur ensemble, ces groupes couvraient la totalité du champ hétérogène de l'aide aux personnes dépendantes (à l'exception de la prévention primaire et des médecins privés prescrivant de la méthadone). Ils ont été complétés par un sixième groupe « module de base » qui a formulé les exigences de qualité s'appliquant aux processus de gestion et de support.

Les personnes suivantes ont participé aux travaux des différents groupes :

- B Groupe de travail 'Module de base' : Rudolf Bäscher et Astrid Arodell (présidence à deux, GCN), Annick Clerc-Bérod (LVT, Sion), Franziska Eckmann (COSTE), François-Xavier Gutapfel (Croix-Bleue romande), Hansjörg Neuenschwander (AVS, Aarau) et Elisabeth Reber (Le Torry, Fribourg).
- I Groupe de travail 'Thérapie résidentielle et réinsertion' : Thomas Egli (présidence, OFSP), Annick Clerc-Bérod (LVT, Sion), Franziska Eckmann (COSTE), Peter Gut (Rehabilitationszentrum Lutzenberg), Felix Jeanmaire (Therapeutische Wohn- und Arbeitsgemeinschaft Casa fidelio), Elisabeth Reber (Le Torry, Fribourg), Ueli Simmel (COSTE), Isabella Strecke (Rehabilitationszentrum Mühlhof), Urs Thalmann (Rehabilitationszentrum Mühlhof), Markus Zahnd (Stiftung Hilfe zum Leben).
- II Groupe de travail 'Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires' : René Stamm (présidence, OFSP), Petra Keller (Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme, ZfA), Roger Mäder (Soziale Fachstellen Toggenburg), Tanya Mezzera (Fachstelle für Suchtberatung und Prävention, Aarau), Esther Schläppi-Burkhalter (Blaues Kreuz, Berne).

III Groupe de travail 'Substitution' : Martin Hosek (présidence, OFSP), Susan Dober Spielmann (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, ARUD, Zurich), Barbara Gugger (Methadonzentrum des Contact Netz Berne), Paolo Hendry (Drop-In Lucerne), Sonja Lehmann (Unité de traitement des addictions, Fribourg) et Cornelia Moser (Unité Ambulatoire Spécialisée, UAS Fondation de Nant, Montreux).

IV, V & VI Groupe de travail 'Aide à la réinsertion professionnelle / Logements accompagnés / Foyers d'urgence' : Thomas Egli (présidence, OFSP), Esther Geier Feser (Notschlafstelle Thun), Margrit Hüsler (Treff Arbeitseinsätze, Suchthilfe Region Olten), Judith Kruschwitz (Wohn- und Obdachlosenhilfe, Begleitetes Wohnen, Stadt Zürich), Carl Müller (Contact Netz Berne) et Matthias Schneebeli (Wohn- und Obdachlosenhilfe, Notschlafstelle, Stadt Zürich).

VII & VIII Groupe de travail 'Centres d'accueil bas seuil/travail social hors murs' : Andrea Schärmeli (présidence, OFSP), Ruedi Hotz (co-présidence, BRR, Fribourg), Thomas Bonda (Kontakt- & Anlaufstellen, Suchthilfe Region Basel), Christiane Lubini (première ligne, Genève) et Eric Moser (Drop-in Bienne).

Chargé du suivi externe du projet, GCN avait pour mandat de mettre à disposition des méthodes et des instruments pour le pilotage du processus, d'amener les compétences en termes de gestion de la qualité et de veiller à la cohérence des exigences de qualité dans leur ensemble. Les personnes suivantes faisaient partie de l'équipe CGN : Rudolf Bätcher, Markus Piller (jusqu'à fin 2003) et Astrid Arodell (depuis début 2004). Cette équipe a bénéficié du soutien professionnel de Dieter Haller, directeur de Wissen @ Praxis au Contact Netz Berne.

Le Référentiel modulaire QuaThéDA a fait l'objet d'une consultation nationale de mai à juillet 2005. Ont été associés à cette consultation :

- les délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies
- les délégués des villes aux problèmes de toxicomanies
- les associations professionnelles (Fachverband Sucht, GREAT, CRIAD, SSAM)
- les institutions d'aide aux personnes dépendantes
- d'autres milieux intéressés.

Nous aimerions remercier ici les associations professionnelles pour le travail de synthèse qu'elles ont réalisé, ainsi que tous les acteurs qui ont participé à cette consultation et dont les remarques nous ont été précieuses.

Les résultats intermédiaires du processus de développement ont en outre fait l'objet d'expertises externes. Les experts suivants ont été mandatés par l'OFSP : Paul C.M. Baartmans, Unterehrdingen, et Martial Gottraux, Villarimboud.

Le processus de développement

Dans ce contexte participatif, la *méthode Delfi* s'est avérée particulièrement appropriée pour développer un Référentiel accepté par la majeure partie des acteurs concernés. Cette méthode a été choisie

- parce qu'au début de son développement il n'y avait pas de vision claire de ce que serait le produit final ;
- parce qu'il fallait pouvoir compter sur la créativité d'une multitude hétérogène de spécialistes ;
- parce qu'il s'agissait d'initier un processus de sensibilisation et de recherche de consensus des milieux professionnels et politiques à propos du Référentiel QuaThéDA.

Les écarts par rapport à la méthode Delfi « pure » ont été que

- l'on a renoncé à l'anonymat ; le processus de développement et ses résultats intermédiaires ont ainsi été accessibles en tout temps pour toutes les personnes intéressées ;
- les conférences Delfi ont été choisies comme plate-forme méthodologique pour favoriser, au moyen d'interactions et de confrontations interpersonnelles, le travail en réseau dans le champ très hétérogène de l'aide aux personnes dépendantes.

En se fondant sur la méthode Delfi, une *procédure par étapes* a été conçue – une procédure que l'on pouvait également considérer comme un processus itératif porteur d'une herméneutique particulière :

- Etape 1 (août à novembre 2003) : Opérationnalisation des questions posées et choix par l'équipe de projet QuaThéDA des spécialistes et des représentant-es devant constituer le Groupe d'experts et le Groupe d'accompagnement stratégique.
- Etape 2 (novembre 2003 à juin 2004) : Elaboration de la conception du Référentiel modulaire QuaThéDA avec le Groupe d'experts.
- Etape 3 (juin à juillet 2004) : Validation de la conception du Référentiel modulaire QuaThéDA au sein de l'équipe de projet et du Groupe d'accompagnement stratégique ; approbation de cette conception par le Comité de pilotage.
- Etape 4 (juillet à décembre 2004) : Choix des spécialistes devant constituer les groupes de travail et élaboration des exigences de qualité par ces spécialistes dans les groupes de travail.
- Etape 5 (décembre 2004 à janvier 2005) : Mise en forme des résultats produits par les groupes de travail et validation de ces résultats dans le cadre du Groupe d'experts, de l'équipe de projet QuaThéDA, du Groupe d'accompagnement stratégique et auprès des représentant-es des cantons et d'experts extérieurs.
- Etape 6 (janvier à février 2005) : Mise en forme des réactions recueillies et transmission des résultats validés aux groupes de travail pour qu'ils en poursuivent le développement.
- Etape 7 (février à mars 2005) : Poursuite du développement des exigences de qualité par les groupes de travail.
- Etape 8 (mars à avril 2005) : Mise en forme des résultats produits par les groupes de travail et soumission pour validation au Groupe d'experts, à l'équipe de projet QuaThéDA, au Groupe d'accompagnement stratégique et aux représentant-es des cantons.

- Etape 9 (mai à juillet 2005) : Mise en forme des réactions recueillies et mise en consultation des résultats validés auprès des institutions d'aide aux personnes dépendantes, des associations professionnelles, des cantons et de certaines villes sélectionnées.
- Etape 10 (juillet à août 2005) : Mise en forme des résultats de la consultation et évaluation de ces résultats avec les groupes de travail, le Groupe d'experts et l'équipe de projet QuaThéDA.
- Etape 11 (août à octobre 2005) : Mise au point de la version définitive du Référentiel modulaire QuaThéDA et soumission au Comité de pilotage.
- Etape 12 (novembre 2005) : Approbation du Référentiel modulaire QuaThéDA par le Comité de pilotage et le commanditaire.

En réalisant ce développement par étapes, les thèmes et les champs d'activité décisifs en termes de qualité pour l'aide professionnelle aux personnes dépendantes ont été identifiés, nommés et décrits. Pour les processus se déroulant dans ces champs thématiques, ont été formulés des avantages et des objectifs possibles (voir à ce propos le Guide QuaThéDA). Sur ces bases objectives, ont enfin été formulées des exigences de qualité.

L'herméneutique propre à ce processus a permis le développement d'un Référentiel modulaire QuaThéDA connu, reconnu et ancré dans le champ de l'aide aux personnes dépendantes.

La publication du Référentiel QuaThéDA ne met toutefois pas un point final à ce processus itératif. Maintenant débute son application dans les institutions avec la définition d'indicateurs et de standards propres à chacune d'elle.

Structure du Référentiel modulaire QuaThéDA

L'organisation structurelle du Référentiel modulaire QuaThéDA est fondée sur une distinction entre les types de processus « gestion », « support » et « prestations ». Les types de processus « gestion » et « support » forment ensemble la *module de base (B)*. Afin de prendre en compte l'hétérogénéité du champ d'intervention de l'aide aux personnes dépendantes, le type de processus « prestations » est organisé en *huit modules spécifiques* :



Thérapie résidentielle et réinsertion (I)



Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires (II)



Substitution (III)



Aide à la réinsertion professionnelle (IV)



Logements accompagnés (V)



Foyers d'urgence (VI)



Centres d'accueil bas seuil (VII)



Travail social hors murs (VIII)

Les types de processus « gestion » et « support » et les prestations dans chaque module spécifique sont structurés en champs thématiques. Des *exigences de qualité* sont définies pour chaque champ thématique. Afin de garantir la compatibilité avec les exigences de qualité formulées par l'Office fédéral des assurances sociales (« conditions qualitatives » et « Exigences en termes de gestion de la qualité » sur la base des articles 73 et 74 de la Loi sur l'assurance invalidité) ainsi qu'avec ISO 1901-2000, des indicateurs et des standards ont été formulés pour quelques exigences qualité du module de base.

De plus, le présent Référentiel reprend dans le module « Thérapie résidentielle et réinsertion » des indicateurs et des standards du premier Référentiel QuaThéDA. Pour conserver une vue d'ensemble, le Guide QuaThéDA contient des matrices de corrélation.

L'OFSP a veillé à ce que les modules spécifiques et les champs thématiques soient définis et structurés en tenant compte le plus étroitement possible de la réalité du terrain afin de faciliter leur application pratique. Il en résulte que certains champs thématiques (par ex. transmission d'informations) et certaines exigences de qualité apparaissent plusieurs fois. De cette manière, chaque module constitue une unité en soi.

Un Guide QuaThéDA a été élaboré pour faciliter la compréhension et favoriser l'application du Référentiel.

Certification QuaThéDA

Pour les institutions d'aide aux personnes dépendantes, le Référentiel QuaThéDA sert de système normatif en vue d'une *certification QuaThéDA*. Toute institution qui entend obtenir une telle certification doit répondre à toutes les exigences formulées dans le module de base et au moins à celles d'un module de prestations. Une institution qui entend obtenir la certification QuaThéDA pour l'ensemble de ses prestations, doit répondre aux exigences de qualité formulées dans les différents modules spécifiques correspondants. Les exigences de qualité prévues dans les modules spécifiques ne doivent donc pas être satisfaites toutes en même temps. Dans le cadre d'un processus de développement de la qualité, une institution peut appliquer progressivement un module spécifique après l'autre.

Avec le Référentiel QuaThéDA, les organismes de certification accrédités disposent d'un système normatif à l'aide duquel elles vérifient si une institution satisfait aux exigences de qualité définies. En se fondant sur l'audit de certification et en cas de résultat positif, elles remettent à l'institution un certificat QuaThéDA qui précisera le ou les modules de prestations concernés.

Pour éviter tout malentendu, précisons qu'une institution d'aide aux personnes dépendantes n'a le droit de se référer du label QuaThéDA qu'à la condition d'avoir été certifiée QuaThéDA.

Pour une institution qui n'ambitionnerait pas une certification QuaThéDA, le Référentiel peut lui servir de référence pour procéder à un *bilan de la situation* concernant la qualité de ses propres prestations. En se fondant sur un tel examen, elle peut ensuite entreprendre au besoin un développement ciblé de la qualité en son sein.

Une certification QuaThéDA peut constituer, pour les instances de financement et les commanditaires (par ex. les cantons, les villes, etc.), une garantie que certains standards de qualité sont assurés dans les institutions concernées. Si cela répond à un souhait, l'exigence d'une certification QuaThéDA peut être intégrée dans des contrats de prestations.

Référentiel QuaThéDA

B Module de base



B

B Le module de base : Processus de gestion et de support

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

Les processus de gestion couvrent sept champs thématiques :

1. Principes directeurs, stratégie et développements futurs
2. Développement de concepts
3. Planification annuelle
4. Direction et organisation
5. Communication et coopération avec l'extérieur
6. Gestion de la qualité
7. Contrôle et évaluation

Les processus de support couvrent six champs thématiques :

8. Personnel
9. Financement et tenue des comptes
10. Acquisition et entretien de l'infrastructure et prestations fournies par des tiers
11. Hygiène, propreté, gestion des déchets et sécurité
12. Dispositions légales / prescriptions contraignantes et conventions
13. Administration

Les exigences de qualité s'appliquant au module de base sont formulées dans les pages qui suivent.

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 1 « Principes directeurs, stratégie et développements futurs »	Indicateurs	Standards
1	<p>Sous la responsabilité du support juridique, l'institution a défini des principes directeurs faisant mention</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des objectifs principaux de l'institution ; ■ de l'offre ; ■ des valeurs et des attitudes à l'égard des client-es ou des patient-es, des collaborateurs/trices et de la société. 		
2	<p>Sous la responsabilité du support juridique, l'institution a défini une stratégie correspondant aux principes directeurs et faisant mention</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des objectifs à atteindre ; ■ de l'offre ; ■ des groupes cibles ; ■ des partenaires du réseau. 		
3	<p>Pour ses projets de développement, l'institution a défini 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. 		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 2 « Développement de concepts »	Indicateurs	Standards
1	L'institution dispose d'un concept d'exploitation correspondant aux principes directeurs et à la stratégie.		
2	L'institution dispose d'un concept de prestations correspondant aux principes directeurs et à la stratégie faisant mention <ul style="list-style-type: none">■ des objectifs;■ des groupes cibles;■ des offres;■ des thèmes transversaux, du genre et de la migration notamment;■ des méthodes.		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 3 « Planification annuelle »	Indicateurs	Standards
1	En se référant aux principes directeurs, à la stratégie et aux concepts d'exploitation et de prestations, l'institution définit des objectifs annuels qui tiennent compte des directives externes et des développements pertinents de son environnement.		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 4 « Direction et organisation »	Indicateurs	Standards
1	<p>S'agissant de la direction, les éléments suivants sont définis en tenant compte de l'interdisciplinarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les organes de direction et les structures de communication ; ■ le rythme de direction ; ■ les positions hiérarchiques ; ■ les tâches, les compétences et les responsabilités des différents organes de direction et des structures de communication ; ■ les procédures et les responsabilités en cas de harcèlement sexuel, de mobbing, de discrimination raciale ou autre ; ■ les procédures prévues pour assurer l'égalité hommes/femmes et l'égalité des chances. 		
2	L'organisation de la structure et du déroulement est définie.	Organi-gramme	Complet

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 5 « Communication et coopération avec l'extérieur »	Indicateurs	Standards
1	L'institution pratique un travail systématique de relations publiques.		
2	L'institution dispose d'une vue d'ensemble documentée des principaux partenaires constituant son réseau.		
3	La collaboration institutionnelle avec les principaux partenaires du réseau est réglée.		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 6 « Gestion de la qualité »	Indicateurs	Standards
1	<p>Sous la responsabilité du support juridique, l'institution met en œuvre une gestion systématique de la qualité au travers d'un manuel qualité qui règle les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les processus significatifs en matière de qualité ; ■ les fonctions liées à la gestion de la qualité ; ■ les mesures faites en matière de qualité ; ■ les audits internes et externes ; ■ une gestion permanente de l'amélioration ; ■ la revue de direction ; ■ la planification de la qualité en tenant compte des objectifs y relatifs. 	Audits internes réguliers	1x par an
2	<p>Sous la responsabilité du support juridique, l'institution procède régulièrement à une revue de direction incluant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conformité des processus avec la réalité ; ■ résultats des audits ; ■ résultats des mesures en matière de qualité ; ■ résultats des propositions d'amélioration ; ■ retours des client-es, des collaborateurs/trices et des partenaires du réseau ; ■ résultats des processus de contrôle et d'évaluation ; ■ état de la planification de la qualité ; ■ mesures issues des revues de direction précédentes ; ■ mesures décidées sur la base des résultats de la revue de direction. 	Fréquence	1x par an

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 7 « Contrôle et évaluation »	Indicateurs	Standards
1	<p>En procédant aux contrôles et aux évaluations, l'institution vérifie, dans tous les processus significatifs, la mise en œuvre des activités dans les délais prévus et la réalisation des objectifs, en se fondant sur les contenus suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ activités et mesures ; ■ responsabilités ; ■ délais ; ■ buts et résultats escomptés ; ■ analyse des non-conformités et mesures de correction. 		
2	L'actualité, l'exhaustivité et l'efficacité des principes directeurs, de la stratégie et des concepts d'exploitation et de prestations font l'objet d'une évaluation régulière.	Fréquence	tous les 3 ans
3	L'institution définit et documente des indicateurs et des standards relatifs aux exigences du Référentiel QuaThéDA et les évalue systématiquement.		
4	L'institution définit les données qu'elle saisit, analyse et documente en plus des indicateurs et standards QuaThéDA.		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 8 « Personnel »	Indicateurs	Standards
1	<p>Une politique du personnel propre à l'institution et correspondant à ses principes directeurs, à sa stratégie et à ses concepts définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les objectifs et les mesures en matière de personnel ; ■ les ressources en personnel requises ; ■ les profils d'exigences envers le personnel ; ■ la prise en compte d'aspects relatifs à des thèmes transversaux, notamment au genre et à la migration; ■ les responsabilités et les suppléances, les fonctions, les compétences et les tâches. 		
2	<p>Les conditions d'engagement de l'ensemble du personnel sont obligatoirement régies par un contrat de travail et / ou un règlement du personnel.</p>		
3	<p>Les tâches, les compétences et les responsabilités propres à chaque fonction sont régies par un cahier des charges.</p>		
4	<p>Le recrutement du personnel, la mise au courant, le développement et le départ des membres du personnel sont régis par des procédures systématiques et vérifiables en tout temps.</p>		
5	<p>La direction de l'institution veille à ce que le personnel se comporte conformément aux principes de l'éthique professionnelle.</p>		
6	<p>L'institution règle de manière systématique les questions liées à la formation de base et continue et au perfectionnement du personnel.</p>		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 8 « Personnel »	Indicateurs	Standards
7	Des entretiens avec les membres du personnel ont lieu régulièrement dans un cadre confidentiel.		
8	Les pratiques réflexives concernant l'activité professionnelle sont assurées et encouragées.		
9	Des dispositions sont prises pour prévenir des agressions physiques et psychiques.		
10	Lors de l'engagement de personnel avec une problématique de dépendance aux drogues ou à l'alcool, l'institution règle les exigences envers : <ul style="list-style-type: none"> ■ leur qualification / formation; ■ le laps de temps depuis la fin de la thérapie de leur dépendance; ■ leur soutien particulier; ■ le nombre de personnes ayant été dépendantes à la drogue ou à l'alcool dans l'institution. 		
11	Les membres de la direction et du personnel ne font pas partie de l'organe suprême de direction.		
12	La direction de l'institution encourage les mesures visant à promouvoir la santé du personnel.		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 9 « Financement et tenue des comptes »	Indicateurs	Standards
1	Le support juridique assure un approvisionnement et une exploitation systématique des finances.		
2	Les comptes sont établis conformément aux prescriptions en vigueur.		

No	Exigences de qualité s’appliquant à B / 10 «Acquisition et entretien de l’infrastructure et prestations fournies par des tiers»	Indicateurs	Standards
1	La procédure régissant l’acquisition d’une infrastructure fonctionnelle est définie.		
2	L’entretien de l’infrastructure est assuré méthodiquement et est réglé.		
3	La procédure régissant l’appel à des prestations fournies par des tiers est réglée.		
4	La qualité des prestations des principaux fournisseurs fait l’objet d’une évaluation systématique.		
5	Les limites de capacité d’accueil de l’infrastructure sont fixées.		

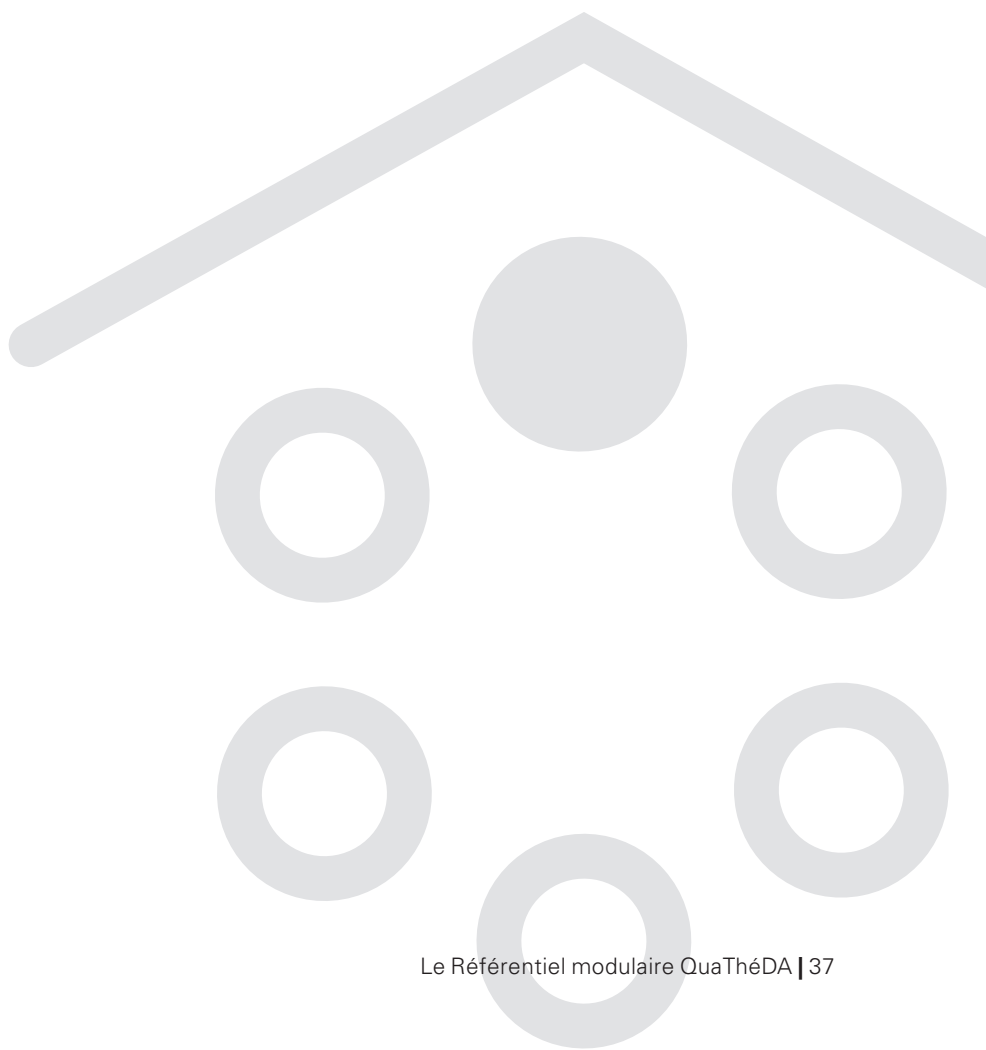
No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 11 « Hygiène, propreté, gestion des déchets et sécurité »	Indicateurs	Standards
1	Dans son concept d'exploitation, l'institution a formulé des directives en matière d'hygiène, de propreté, de gestion des déchets et de sécurité respectant les dispositions cantonales et autres prescriptions externes.		
2	Pour la gestion des médicaments et du matériel stérile, les points suivants sont réglés: <ul style="list-style-type: none"> ■ le marquage adéquat; ■ le contrôle des dates d'expiration; ■ le stockage; ■ la distribution; ■ l'emballage; ■ l'élimination 		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 12 « Dispositions légales / prescriptions contraignantes et conventions »	Indicateurs	Standards
1	Une vue d'ensemble actualisée des dispositions légales et autres prescriptions ou conventions ayant valeur contraignante qui sont pertinentes pour les activités de l'institution est disponible.		
2	Le concept d'exploitation mentionne comment l'application des dispositions légales, des prescriptions et conventions ayant valeur contraignante est garantie.		
3	Les dispositions légales, ainsi que les prescriptions et conventions ayant valeur contraignante sont connues et appliquées de manière vérifiable.		

No	Exigences de qualité s'appliquant à B / 13 «Administration»	Indicateurs	Standards
1	L'institution dispose d'un système de gestion des documents et d'archivage garantissant: <ul style="list-style-type: none">■ que les documents importants sont lisibles, classés de manière à les identifier et faciles à retrouver ;■ que la protection, la conservation et l'élimination des documents archivés sont réglées en tenant compte des dispositions légales ;■ que le droit d'accès est défini.		
2	Les procédures administratives sont documentées.		

Référentiel QuaThéDA

I Thérapie résidentielle et réinsertion





I Le module spécifique «Thérapie résidentielle et réinsertion »

Les exigences de qualité du module spécifique «Thérapie résidentielle et réinsertion » sont structurées en neuf champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique «Thérapie résidentielle et réinsertion » sont formulées dans les pages qui suivent.



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution a formulé par écrit les informations concernant les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conditions d'admission ; ■ procédure d'entrée ; ■ concept thérapeutique et de réhabilitation ; ■ règlement interne ; ■ droits et devoirs des client-es ; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel ; ■ voies de plainte et/ou de recours ; ■ conséquences financières ; ■ partenaires du réseau ; ■ fin de l'intervention ; ■ possibilités d'exclusion ; ■ maladies infectieuses, grossesse et aptitude à conduire ; ■ comportements à l'égard du problème de dépendance, des risques pour la santé et des modes de consommation impliquant moins de risques. 		
2	<p>L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.</p>		
3	<p>La procédure en cas de plainte est réglée ; une instance de plainte non impliquée directement dans la direction de l'institution est définie.</p>		



Thérapie résidentielle et réinsertion

I / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la phase exploratoire

No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 2 « Phase exploratoire »	Indicateurs	Standards
1	Les critères régissant l'admission ou la réadmission d'un client / d'une cliente sont définis.		
2	La phase exploratoire porte sur les conditions juridiques, formelles et personnelles nécessaires pour décider d'une admission ; elle comporte au moins les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">■ majorité légale ;■ autorisation de séjour ;■ système de soutien social et réseau relationnel des client-es, enfants en particulier ;■ état de santé ;■ problématique de dépendance ;■ conditions financières, c.à.d. les frais de pension, de thérapie et de réhabilitation et les autres frais éventuels, de même que les participations à la charge des client-es.		
3	L'institution conduit un entretien exploratoire et/ou se procure, avec l'accord du client / de la cliente, des informations auprès du service qui l'a suivi-e précédemment.		
4	Au terme de la phase exploratoire, <ul style="list-style-type: none">■ le client / la cliente sait s'il / si elle est admis-e ou alors où il / elle doit s'adresser ;■ il / elle dispose des informations requises pour l'étape suivante.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 2 « Phase exploratoire »	Indicateurs	Standards
5	Lorsqu'un client / une cliente est admis-e en thérapie résidentielle et réinsertion, l'admission effective a lieu dans un délai défini.		
6	Les client-es mineur-es ne sont admis que moyennant l'accord écrit des détenteurs/trices de l'autorité parentale, ou en application de mesures de protection de l'enfance ou d'une décision administrative.		



Thérapie résidentielle et réinsertion

I / 3 Exigences de qualité s'appliquant à la thérapie et à la réhabilitation

No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 3 «Thérapie et réhabilitation»	Indicateurs	Standards
1	Un contrat thérapeutique fondé sur les résultats de la phase exploratoire est établi.		
2	Dans un contrat, un chapitre 'droits et devoirs' précise <ul style="list-style-type: none"> ■ comment l'autonomie des client-es est respectée ; ■ que les limitations individuelles d'autonomie sont fondées et discutées avec les personnes concernées ou leurs représentant-es ; ■ dans quels domaines et sous quelle forme la participation des client-es est possible. 		
3	La thérapie et la réhabilitation comprennent les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ établissement de l'histoire de vie et de la situation existentielle actuelle, histoire de la dépendance, clarification de la problématique multiple, expérience thérapeutique ; ■ analyse du problème ; ■ définition d'objectifs évaluables et de délais précis ; ■ élaboration d'un plan thérapeutique et de réhabilitation en vue de réaliser ces objectifs ; ■ (ré)évaluation de l'atteinte des objectifs et adaptation de ceux-ci si nécessaire ; ■ coordination des mesures appliquées en vue de la mise en œuvre du plan thérapeutique et de réhabilitation à l'occasion de séances régulières ; ■ évaluation finale du résultat de la thérapie et de la réhabilitation. 	Fréquence minimale de l'évaluation du plan thérapeutique et de réhabilitation	Tous les 2 mois



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 3 «Thérapie et réhabilitation»	Indicateurs	Standards
4	Les intérêts et les besoins des client-es sont investigués et intégrés de manière appropriée au plan thérapeutique.		
5	La planification de la thérapie et de la réhabilitation est convenue avec les client-es de façon transparente et compréhensible, est évaluée, adaptée et documentée avec eux / elles à intervalles réguliers.	Fréquence minimale de l'évaluation commune	1x par an
6	La thérapie et la réhabilitation se réfèrent à des principes interdisciplinaires.		
7	La structuration de la journée est obligatoire et vise le développement.		
8	<p>L'intimité des client-es est garantie de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'attribution d'un appartement ou d'une chambre se fait en fonction de critères prédéfinis qui tiennent compte d'aspects spécifiques liés aux groupes cibles ; ■ une chambre individuelle est disponible sur demande et les exceptions sont justifiées ; ■ les client-es ont à disposition des lieux et du temps nécessaires pour se retirer et ils/elles en disposent à leur guise. 		
9	Si des évolutions problématiques se font jour chez les client-es et leurs enfants, des traitements appropriés sont entrepris.		
10	Lorsque les prestations thérapeutiques et de réhabilitation sont assurées par des tiers, le pilotage du processus est assuré par une personne qualifiée au sein de l'institution.		



Thérapie résidentielle et réinsertion

I / 3 Exigences de qualité s'appliquant à la thérapie et à la réhabilitation

No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 3 «Thérapie et réhabilitation»	Indicateurs	Standards
11	En cas de changement de lieu ou de « time out » d'un client / d'une cliente, l'institution en informe le service placeur et l'instance de financement à l'avance, ou, en cas d'imprévu, le plus vite possible.	Délai maximal d'information	Dans les 24 heures
12	Chaque client-e se voit attribuer un-e répondant-e fixe chargé-e de son accompagnement ou de sa thérapie ; cette attribution se fait en tenant compte d'aspects spécifiques aux groupes cible.		
13	L'association des proches et de l'entourage des client-es est recherchée et se fait en accord avec le client / la cliente.		
14	Des offres d'aide sont disponibles sur place ou proposées ailleurs pour des personnes faisant partie de l'entourage des client-es, en particulier pour leurs enfants ou leurs proches.		
15	L'offre de travail et d'occupation est organisée de manière à être variée pour les client-es ; les directives et les processus de travail sont adaptés aux aptitudes et à l'état de santé des client-es.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 3 «Thérapie et réhabilitation»	Indicateurs	Standards
16	<p>Lorsque des offres de travail leur sont proposées, les client-es disposent d'un accord de travail valable et signé, qui comprend notamment les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'indemnisation est fixée de manière transparente et obligatoire ; ■ les directives de l'OFAS concernant l'indemnisation et les entretiens d'évaluation sont respectées. 	Fréquence minimale des entretiens d'évaluation	1x par an
17	Les soins médicaux sont assurés pendant toute la durée du séjour.		
18	La procédure de remise de médicaments et les compétences en la matière sont définies.		
19	Le client / la cliente reçoit les médicaments prescrits, de manière vérifiable.		
20	Dans son concept de prestations, l'institution précise de quelle manière les principes d'une alimentation saine sont appliqués.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 4 « Substitution »	Indicateurs	Standards
1	<p>Les exigences suivantes s'appliquent aux institutions qui reçoivent des client-es suivant déjà un traitement de substitution :</p> <ul style="list-style-type: none">■ avant chaque remise de substance, la tolérance individuelle du client / de la cliente est vérifiée selon une procédure standardisée ;■ le maniement des substances est réglé et tient compte des exigences en matière de sécurité ;■ le respect de la sphère intime doit être garanti ;■ Il est attesté que les patient-es reçoivent la médication adéquate, au dosage qui convient et au bon moment.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 4 « Substitution »	Indicateurs	Standards
2	<p>Les exigences suivantes s'appliquent aux institutions dont les client-es commencent un traitement de substitution :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ on a vérifié si les conditions légales d'un traitement de substitution sont remplies et si un tel traitement est approprié ; ■ dans le cadre de la phase exploratoire, il a été procédé à un diagnostic formel qui comprend les éléments suivants : anamnèse bio-psycho-sociale, motivation, ressources, conditions cadre générales ; ■ un diagnostic est établi sur la base de ces données, puis une indication est posée ; ■ le diagnostic est conforme aux standards internationaux ; ■ avant la première remise d'opioïdes, il convient de vérifier si une dépendance aux opiacés est avérée et si les conditions légales sont remplies ; ■ un contrat thérapeutique, signé par l'institution et le client / la cliente, définit les droits et devoirs des deux parties. 		



Thérapie résidentielle et réinsertion

I / 5 Exigences de qualité s'appliquant aux enfants dans l'institution

No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 5 « Enfants dans l'institution »	Indicateurs	Standards
1	Si l'institution accueille des enfants de clients, elle dispose d'un concept thérapeutique et de réhabilitation distinct pour les enfants et veille à mettre à disposition une infrastructure adaptée aux enfants et conforme à ce concept.		
2	L'accueil d'enfants fait l'objet d'un examen préalable auquel sont associés les parents ou les personnes en charge de l'éducation des enfants et les autorités concernées.		
3	L'entrée dans l'institution est précédée de démarches visant à vérifier l'existence d'une tutelle ou d'une curatelle, ou la nécessité d'établir des démarches dans ce sens.		
4	Le bien de l'enfant passe avant le besoin des parents : <ul style="list-style-type: none">■ des mesures permettant de veiller au bien de l'enfant sont définies et convenues à l'avance en cas d'interruption de la thérapie par les parents / l'un des parents ;■ les parents et les enfants n'ont pas les mêmes personnes de référence ;■ des mesures sont définies pour assurer la détection précoce de situations difficiles pour les enfants et de situations où les parents sont dépassés.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 6 « Documentation »	Indicateurs	Standards
1	L'institution tient des dossiers standardisés de ses client-es et les met à jour à intervalles réguliers.		
2	L'institution garantit la documentation des mesures en matière de soins médicaux.		
3	La planification de la thérapie et de la réhabilitation et la réalisation des objectifs sont vérifiables à l'aide des dossiers des client-es.		
4	Les dossiers des client-es doivent être conservés pendant dix ans. La question de savoir ce qu'il advient des dossiers en cas de dissolution de l'institution est réglée.		
5	Les rapports intermédiaires et les rapports de sortie sont remis aux services ou aux personnes en charge de la postcure et peuvent être consultés par les client-es ; au moment de la sortie, ils peuvent également être remis aux client-es à leur demande. Les client-es attestent par leur signature qu'ils / elles ont pris connaissance de ces rapports.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 7 « Sortie »	Indicateurs	Standards
1	Au moment de la sortie, des solutions pour la suite et/ou la possibilité d'une réadmission, de même que la procédure en cas d'évènements particuliers sont définies.		
2	Sortie de client-es mineur-es : <ul style="list-style-type: none">■ la sortie a lieu en concertation avec le détenteur / la détentrice de l'autorité parentale ;■ lorsque le client / la cliente désire interrompre la thérapie, ses parents ou les détenteurs/trices de l'autorité parentale en sont immédiatement informés et un entretien réunissant toutes les parties concernées est proposé.		
3	Si le client / la cliente décide de quitter l'institution, celle-ci en informe les instances de financement et/ou le service placeur.		



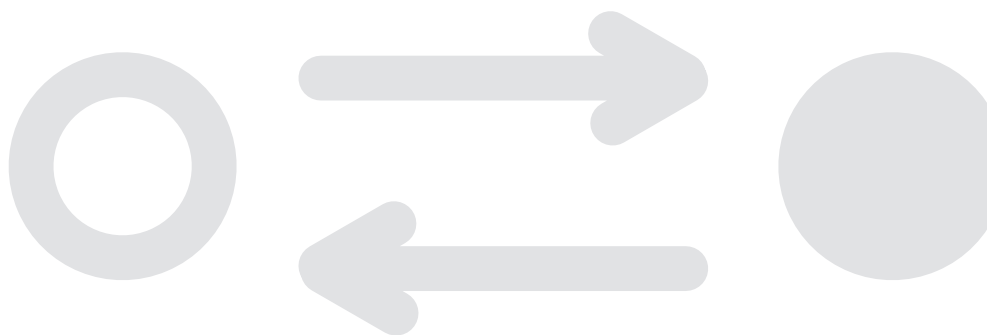
No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 8 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	Lors du suivi d'un cas particulier par plusieurs institutions, les compétences et les responsabilités de chacun des acteurs sont définies et formulées par écrit.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du client / de la cliente ou en sa présence.		
3	La contribution des intervenants externes est évaluée à intervalles réguliers.		
4	L'institution dispose d'un médecin de référence et les modalités de son remplacement sont définies. Ces médecins doivent attester d'activités de perfectionnement dans le domaine des addictions.		
5	Les médecins de référence coordonnent les traitements médicaux prescrits aux client-es et préservent le cas échéant la relation avec les médecins de famille.		
6	Pour les client-es issus de la migration, l'institution recherche la mise en relation avec des offres particulières pour les migrant-es.		

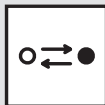


No	Exigences de qualité s'appliquant à I / 9 « Gestion des risques »	Indicateurs	Standards
1	L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle <ul style="list-style-type: none">■ les dangers possibles ainsi que leurs conséquences potentielles sont décrits ;■ notamment les enfants et les facteurs de risque particuliers au genre et à la migration sont retenus ;■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues.		
2	Une liste complète du réseau régional d'urgence est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices et des client-es.		
3	La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à des situation à risque est prévue et fait régulièrement l'objet de formations.	Fréquence minimale des formations du personnel Fréquence minimale d'exercices pratiques de protection contre les incendies pour l'ensemble du personnel.	1x par an 1x par an

Référentiel QuaThéDA

II Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires



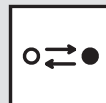


II Le module spécifique « Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires »

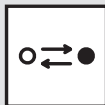
Les exigences de qualité du module spécifique « Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires » sont structurées en huit champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique « Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires » sont formulées dans les pages qui suivent.



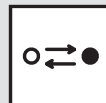
No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	L'institution a formulé par écrit les informations concernant les aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ conditions d'accès et d'admission ; ■ offre interne de prestations ; ■ offre externe de prestations pertinente ; ■ méthodes appliquées ; ■ déroulement et fin du conseil, de l'accompagnement et de la thérapie ambulatoires ; ■ droits et devoirs des client-es ; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel ; ■ voies de plainte et / ou de recours ; ■ conduites addictives, effets et effets secondaires de diverses substances ; ■ maladies infectieuses, grossesse et aptitude à conduire ; ■ modes de consommation et comportements impliquant moins de risques. 		
2	L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.		



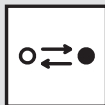
Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires

II / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la phase exploratoire et à l'admission

No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 2 « Phase exploratoire et admission »	Indicateurs	Standards
1	L'accès et la prise de contact sont réglés de manière simple et non bureaucratique.		
2	L'institution veille à ce que la personne qui assure le premier contact avec les client-es connaisse l'offre de prestations de l'institution, de même que l'offre régionale dans le domaine des dépendances et qu'elle dispose des notions de base de conduite d'entretien.		
3	Le temps maximum entre le premier contact et le premier rendez-vous pour un entretien est défini.		
4	Au terme de la phase exploratoire, l'institution sait si le client / la cliente se trouve dans le service adéquat, s'il convient de prévoir sa réorientation vers un autre service ou quelles sont les démarches suivantes à entreprendre.		
5	Lorsque des client-es doivent être réorientés vers d'autres services ou que d'autres démarches sont nécessaires, un soutien leur est proposé si nécessaire.		
6	La phase exploratoire et l'admission sont structurées et le moment où il convient d'ouvrir un dossier d'admission dans un processus de conseil, d'accompagnement et/ou de thérapie est défini.		
7	Au cours de la phase exploratoire, il est procédé à une analyse de la situation en termes de dépendance tenant compte des attentes du client / de la cliente.		



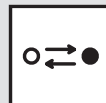
No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 2 « Phase exploratoire et admission »	Indicateurs	Standards
8	Le choix de l'intervenant-e de référence prend en compte des aspects relevant de thèmes transversaux, du genre et de la migration notamment.		
9	La question de l'accueil des mineurs est réglée.		



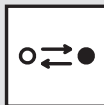
Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires

II / 3 Exigences de qualité s'appliquant à « Conseil, accompagnement et thérapie »

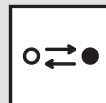
No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 3 « Conseil, accompagnement et thérapie »	Indicateurs	Standards
1	<p>Les prestations en matière de conseil, d'accompagnement et de thérapie</p> <ul style="list-style-type: none">■ sont centrées sur les objectifs définis et les ressources mobilisables ;■ se situent dans le cadre de la planification en matière de conseil, d'accompagnement et de thérapie ;■ se réfèrent à des méthodes reconnues au sein des groupes professionnels concernés ;■ tiennent compte de thèmes transversaux, ceux liés au genre et à la migration notamment.		
2	<p>La planification du conseil, de l'accompagnement et de la thérapie est</p> <ul style="list-style-type: none">■ établie avec le client / la cliente de manière transparente et compréhensible, en tenant compte de ses capacités cognitives ;■ régulièrement évaluée et adaptée à la situation individuelle ;■ documentée.		
3	<p>Les compétences et la procédure en matière de remise de médicaments sont clairement définies.</p>		
4	<p>L'association des proches de l'entourage des client-es est recherchée et se fait avec leur accord.</p>		
5	<p>Des offres d'aide sont disponibles sur place ou proposées ailleurs pour des personnes faisant partie de l'entourage des client-es, en particulier de leurs enfants ou de leurs proches.</p>		



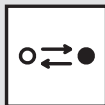
No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 3 « Conseil, accompagnement et thérapie »	Indicateurs	Standards
6	<p>Pour chaque client-e, l'institution vérifie à intervalles réguliers</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ si des offres complémentaires ou différentes sont nécessaires en vue de l'étape suivante ; ■ si des offres de groupe représentent une alternative ou un complément aux offres individuelles proposées. 		
7	<p>Les thérapies de groupe ou autres prestations de ce type sont conduites avec les compétences requises ; leurs objectifs et leurs contenus sont définis.</p>		
8	<p>Un accompagnement psychosocial assure une aide pratique et un soutien relationnel au moyen de mesures d'intégration, d'appui et de stabilisation.</p>		
9	<p>Des conseils relatifs à l'alimentation, à l'hygiène et à la santé sont assurés de manière adaptée à la situation du client / de la cliente et au groupe cible dont il / elle fait partie.</p>		



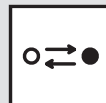
No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 4 « Documentation »	Indicateurs	Standards
1	<p>Le dossier du client / de la cliente comprend</p> <ul style="list-style-type: none">■ une analyse de la situation ;■ les objectifs définis ensemble ;■ le nom de l'intervenant-e de référence ;■ les données recueillies ;■ la correspondance ;■ les éventuelles levées du secret professionnel ;■ les contrats, les décisions et les autorisations et éventuelles procurations ;■ les rapports internes et externes ;■ le cas échéant, la documentation de la médication ;■ le journal des entretiens et des événements importants.		
2	<p>L'institution recense les données suivantes : nom, prénom, adresse, année de naissance, sexe, état civil, nationalité, langue maternelle et langue maternelle des parents, enfants et leur année de naissance, confession et situation financière.</p>		
3	<p>Les éléments figurant au dossier et les rapports (finaux) correspondent aux faits, respectent des standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.</p>		



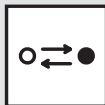
No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 5 « Sortie »	Indicateurs	Standards
1	La sortie est structurée et réglée de manière à permettre une réadmission et/ou des solutions pour la suite.		
2	Lorsque le départ est planifié, les mesures prises et les buts atteints sont évalués avec le client / la cliente.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 6 « Sensibilisation et formation »	Indicateurs	Standards
1	Le type et l'étendue des activités de sensibilisation et de formation de personnes et d'organisations de l'environnement des clientes sont définis dans le concept de prestations.		
2	Les activités de sensibilisation et de formation sont planifiées, réalisées et évaluées de manière professionnelle et systématique.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 7 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	Lors du suivi d'un cas particulier par plusieurs institutions, les compétences et les responsabilités de chacun des acteurs sont définies et formulées par écrit.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du client / de la cliente ou en sa présence.		
3	Pour chaque client-e, l'institution recherche la mise en relation avec des offres visant une intégration sociale.		
4	Pour les client-es issus de la migration, l'institution recherche la mise en relation avec des offres particulières pour les migrant-es.		
5	Un soutien est assuré en vue de rétablir l'accès à l'aide sociale et aux soins de base, ainsi qu'aux activités sociales. Il tiendra compte de thèmes transversaux, en particulier d'offres spécifiquement adaptées au genre et à la migration.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à II / 8 « Interventions de crise »	Indicateurs	Standards
1	L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle <ul style="list-style-type: none">■ les situations de risque et de danger ainsi que leurs conséquences possibles sont décrites ;■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues.		
2	Une liste du réseau régional d'urgence complète est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices.		
3	La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à une situation de crise est prévue en tenant compte des risques spécifiques liés à la dépendance et à la situation sociale des client-es, de leurs enfants et de leurs proches en particulier.		
4	Les interventions de crise sont documentées par écrit.		
5	Une prophylaxie post-expositionnelle est assurée aux client-es et au personnel.		
6	Pour pouvoir gérer eux-mêmes des situations de crise, les client-es disposent des coordonnées des services d'urgence et des interlocuteurs/trices auxquels ils/elles peuvent s'adresser.		
7	Lors de situations de crise, la circulation de l'information est assurée entre les acteurs du réseau concerné.		

Référentiel QuaThéDA

III Substitution





III Le module spécifique « Substitution »

Les exigences de qualité du module spécifique « Substitution » sont structurées en neuf champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique « Substitution » sont formulées dans les pages qui suivent.



No	Exigences s'appliquant à III / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution a formulé par écrit les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conditions d'accès et d'admission ; ■ offre interne de prestations ; ■ offre externe de prestations pertinente ; ■ méthodes appliquées ; ■ déroulement et fin de la remise de substances et du traitement ; ■ règlement interne ; ■ droits et devoirs des patient-es ; ■ conditions et autorisations requises pour bénéficier d'un traitement de substitution ; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel ; ■ voies de plainte et / ou de recours ; ■ conduites addictives, effets et effets secondaires de diverses substances ; ■ maladies infectieuses, grossesse et aptitude à conduire ; ■ modes de consommation et comportements impliquant moins de risques. 		
2	<p>L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.</p>		



Substitution

III / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la phase exploratoire et à l'admission

No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 2 « Phase exploratoire et admission »	Indicateurs	Standards
1	L'accès et la prise de contact sont réglés de manière simple et non bureaucratique.		
2	L'institution veille à ce que la personne qui assure le premier contact avec les client-es connaisse l'offre de prestations de l'institution, de même que l'offre régionale dans le domaine des dépendances et qu'elle dispose des notions de base de conduite d'entretien.		
3	Le temps maximum entre le premier contact et le rendez-vous pour un entretien est défini.		
4	Au terme de la phase exploratoire, l'institution sait si le client / la cliente se trouve dans le service adéquat, s'il convient de prévoir sa réorientation vers un autre service ou quelles sont les démarches suivantes à entreprendre.		
5	Lorsque des client-es doivent être réorientés vers d'autres services ou que d'autres démarches sont nécessaires, un soutien leur est proposé si nécessaire.		
6	On a vérifié si les conditions légales d'un traitement de substitution sont remplies et si un tel traitement est approprié.		

Substitution

III / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la phase exploratoire et à l'admission



No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 2 « Phase exploratoire et admission »	Indicateurs	Standards
7	Dans le cadre de la phase exploratoire et de l'admission, il est procédé à un diagnostic formel qui comprend les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">■ anamnèse bio-psycho-sociale ;■ motivation ;■ ressources ;■ conditions cadre générales. Un diagnostic est établi sur la base de ces données, puis une indication est posée.		
8	Le diagnostic est conforme aux standards internationaux.		
9	Avant la première remise d'opioïdes, il convient de vérifier les faits suivants : <ul style="list-style-type: none">■ une dépendance aux opiacés est avérée ;■ les conditions légales sont remplies.		
10	Un contrat thérapeutique, signé par l'institution et le patient / la patiente, définit les droits et devoirs des deux parties.		
11	Chaque patient-e se voit attribuer au moins un-e intervenant-e de référence; lors de cette attribution, on tiendra compte des aspects relevant de thèmes transversaux, du genre et de la migration notamment.		



Substitution

III / 3 Exigences de qualité s'appliquant à la remise de substances

No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 3 « Remise de substances »	Indicateurs	Standards
1	Avant chaque remise de substance, la tolérance individuelle du patient / de la patiente est vérifiée selon une procédure standardisée.		
2	Le maniement des substances est réglé et tient compte des exigences en matière de sécurité.		
3	Le respect de la sphère intime doit être garanti.		
4	Il est attesté que les patient-es reçoivent la médication adéquate, au dosage qui convient et au bon moment.		



No	Exigences de qualité s’appliquant à III / 4 «Traitement»	Indicateurs	Standards
1	Les traitements répondent à des critères professionnels reconnus et sont fondés sur des données probantes.		
2	Le plan de traitement est <ul style="list-style-type: none"> ■ établi avec le client / la cliente de manière transparente et compréhensible, en tenant compte de ses capacités cognitives ; ■ régulièrement évalué et adapté à la situation individuelle ; ■ documenté. 		
3	Les traitements <ul style="list-style-type: none"> ■ sont centrés sur les objectifs définis et les ressources mobilisables ; ■ se situent dans le cadre du plan de traitement ; ■ se réfèrent à des méthodes reconnues au sein des groupes professionnels concernés ; ■ tiennent compte de thèmes transversaux, ceux liés au genre et à la migration notamment. 		
4	L’association des proches de l’entourage des patient-es est recherchée et se fait avec leur accord.		
5	Des offres d’aide sont disponibles sur place ou proposées ailleurs pour des personnes faisant partie de l’entourage des patient-es, en particulier de leurs enfants ou de leurs proches.		



Substitution

III / 4 Exigences de qualité s'appliquant au traitement

No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 4 «Traitement»	Indicateurs	Standards
6	<p>Pour chaque patient-e, l'institution vérifie à intervalles réguliers</p> <ul style="list-style-type: none">■ si des offres complémentaires ou différentes sont nécessaires en vue de l'étape suivante ;■ si des offres de groupe représentent une alternative ou un complément aux offres individuelles proposées.		
7	<p>Les thérapies de groupe ou autres prestations de ce type sont conduites avec les compétences requises ; leurs objectifs et leurs contenus sont définis.</p>		
8	<p>Des conseils relatifs à l'alimentation, à l'hygiène et à la santé sont assurés de manière adaptée à la situation du patient / de la patiente et au groupe cible dont il / elle fait partie.</p>		



No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 5 « Documentation »	Indicateurs	Standards
1	<p>Le dossier du patient / de la patiente comprend au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'anamnèse et le diagnostic ; ■ les objectifs définis ensemble ; ■ le nom de l'intervenant-e de référence ; ■ les données recueillies ; ■ la correspondance ; ■ les éventuelles levées du secret professionnel ; ■ les contrats, décisions, autorisations ; ■ les rapports internes et externes ; ■ la documentation de la médication ; ■ la documentation du plan de traitement ; ■ le journal des entretiens et des événements importants. 		
2	<p>L'institution recense les données suivantes : nom, prénom, adresse, année de naissance, sexe, état civil, nationalité, langue maternelle et langue maternelle des parents, enfants et leur année de naissance, confession et situation financière.</p>		
3	<p>Le plan de traitement comporte une analyse de la situation, des objectifs, des mesures et des évaluations relatives à la consommation, à l'état psychique et physique, à la situation sociale et à la compliance du patient / de la patiente.</p>		
4	<p>Les éléments figurant au dossier et les rapports (finaux) correspondent aux faits, respectent des standards professionnels et sont compréhensibles pour leurs destinataires.</p>		



Substitution

III / 6 Exigences de qualité s'appliquant à la sortie

No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 6 « Sortie »	Indicateurs	Standards
1	La sortie est structurée et réglée de manière à permettre une réadmission et/ou des solutions pour la suite.		
2	Lorsque le départ est planifié, les mesures prises et les buts atteints sont évalués avec le patient / la patiente.		



No	Exigences de qualité s’appliquant à III / 7 « Sensibilisation et formation »	Indicateurs	Standards
1	Le type et l’étendue des activités de sensibilisation et de formation de proches et d’organisations de l’environnement des patient-es sont définis dans le concept de prestations.		
2	Les activités de sensibilisation et de formation sont planifiées, réalisées et évaluées de manière professionnelle et systématique.		



Substitution

III / 8 Exigences de qualité s'appliquant au travail en réseau avec des intervenants externes

No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 8 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	Lors du suivi d'un cas particulier par plusieurs institutions, les compétences et les responsabilités sont définies et documentées.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du patient / de la patiente ou en sa présence.		
3	Pour chaque patient-e, l'institution recherche la mise en relation avec des offres visant une intégration sociale.		
4	Pour les patient-es issus de la migration, l'institution recherche en outre la mise en relation avec des offres particulières pour les migrant-es.		
5	Un soutien est assuré en vue de rétablir l'accès à l'aide sociale et aux soins de base, ainsi qu'aux activités sociales. Il tiendra compte de thèmes transversaux, en particulier d'offres spécifiquement adaptées au genre et à la migration.		
6	Au début du traitement, les patient-es s'engagent à déclarer tous les médicaments déjà prescrits ou qui le seraient par des médecins pratiquant en dehors de l'institution.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à III / 9 « Interventions de crise »	Indicateurs	Standards
1	L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle <ul style="list-style-type: none"> ■ les situations de risque et de danger ainsi que leurs conséquences possibles sont décrites ; ■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues. 		
2	Une liste du réseau régional d'urgence complète est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices.		
3	La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à une situation de crise est prévue en tenant compte des risques spécifiques liés à la dépendance et à la situation sociale des patient-es, de leurs enfants et de leurs proches en particulier.		
4	Les interventions de crise sont documentées par écrit.		
5	Une prophylaxie post-expositionnelle est assurée aux patient-es et au personnel.		
6	Pour pouvoir gérer eux-mêmes des situations de crise, les client-es disposent des coordonnées des services d'urgence et des interlocuteurs/trices auxquels ils/elles peuvent s'adresser.		
7	Durant les heures d'ouverture, des collaborateurs/trices formés aux interventions de crise sont présents.		
8	Lors de situations de crise, la circulation de l'information est assurée entre les acteurs du réseau concerné.		

Référentiel QuaThéDA

IV Aide à la réinsertion professionnelle





IV Le module spécifique « Aide à la réinsertion professionnelle »

Les exigences de qualité du module spécifique « Aide à la réinsertion professionnelle » sont structurées en sept champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique « Aide à la réinsertion professionnelle » sont formulées dans les pages qui suivent.



No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution a formulé par écrit les informations concernant les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ offre interne de prestations ; ■ offre externe de prestations pertinente ; ■ conditions de sortie ; ■ droits et devoirs des client-es ; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel ; ■ voies de plainte et /ou de recours ; ■ exigences et conditions de travail avec indications concernant le salaire, le dédommagement individuel et les règles de comportement au travail ; ■ règles de cession de salaire aux services sociaux. 		
2	<p>L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.</p>		



Aide à la réinsertion professionnelle

IV / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la phase exploratoire et à l'admission

No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 2 « Phase exploratoire et admission »	Indicateurs	Standards
1	<p>La phase exploratoire et l'admission à l'aide à la réinsertion professionnelle sont au moins structurées en un entretien d'admission et un plan d'engagement; les aspects suivants sont abordés lors de l'entretien d'admission :</p> <ul style="list-style-type: none">■ la motivation ;■ une évaluation de l'aptitude au travail ;■ des aspects liés aux thèmes transversaux, le genre et la migration en particulier ;■ les ressources mobilisables ;■ les conditions cadre générales;■ les conditions de travail et des indications concernant le salaire, le dédommagement individuel et les règles de comportement au travail ;■ le système de soutien au client / à la cliente ;■ les étapes suivantes.		
2	<p>L'institution tient un dossier pour chaque client-e comportant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">■ résultats issus du processus d'admission ;■ évaluation de l'aptitude au travail du client / de la cliente à l'aide de critères préétablis ;■ données recueillies.		
3	<p>Dans le cadre des offres de travail à visée intégrative, chaque client-e est au bénéfice d'un contrat de travail valable et signé ou d'un accord de travail écrit.</p>		



No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 3 « Conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
1	<p>Le concept de prestations comporte des indications relatives aux aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'offre de places de travail échelonnée / différenciée ; ■ les méthodes appliquées pour assurer le suivi et les directives concernant le travail du client / de la cliente ; ■ la prévention de l'hépatite et du sida ; ■ les conditions de travail ; ■ la protection contre l'exploitation et l'arbitraire ; ■ un dédommagement réglementaire ; ■ les droits et les devoirs ; ■ les assurances ; ■ l'outillage et les vêtements de travail ; ■ le système de bonus et malus. 		
2	Les exigences envers les offres de travail sont définies.		
3	Les instructions et les directives concernant le travail sont dispensées par des professionnels.		
4	Les interventions en matière d'aide à la réinsertion professionnelle se réfèrent aux objectifs, aux étapes suivantes et aux mandats formulés au cours du processus d'accompagnement.		
5	Le conseil et l'accompagnement en matière d'aide à la réinsertion professionnelle sont convenus de façon vérifiable avec les client-es, documentés et régulièrement évalués.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 3 « Conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
6	Les directives et l'organisation du travail sont adaptées aux capacités et à l'état de santé des client-es		
7	Un rapport pertinent entre nombre de personnes accompagnantes et nombre de client-es est défini pour chaque travail entrepris.		
8	Le mode de paiement est <ul style="list-style-type: none">■ défini ;■ compréhensible pour les client-es ;■ garanti du point de vue logistique.		
9	Les client-es reçoivent un reçu pour chaque versement et une fois par mois un décompte de salaire.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 4 « Sortie »	Indicateurs	Standards
1	Il existe des directives régissant la fin des prestations; elles sont conçues pour permettre une réadmission et des solutions de transfert incluant un suivi éventuel.		
2	Au terme des offres de travail à visée intégrative, les mesures prises et les buts atteints sont évalués avec le client / la cliente.		
3	S'ils ont bénéficié d'une offre de travail à visée intégrative, les client-es reçoivent un certificat ou une attestation de travail.		
4	Lorsque l'accompagnement du client / de la cliente est assuré par un employeur externe, un feedback est demandé à l'employeur puis transmis au client / à la cliente et vice-versa.		



Aide à la réinsertion professionnelle
IV / 5 Exigences de qualité s'appliquant à l'infrastructure de travail

No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 4 « Infrastructure de travail »	Indicateurs	Standards
1	L'institution met à disposition de ses client-es une infrastructure de travail adaptée à leurs capacités et garantissant leur sécurité au travail.		
2	La procédure assurant l'acquisition de possibilités internes et externes de travail est gérée de manière professionnelle, méthodique et planifiée ; elle est documentée et évaluée.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 6 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	Lors du suivi d'un cas particulier par plusieurs institutions, les compétences et les responsabilités de chacun des acteurs sont définies et formulées par écrit.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du client / de la cliente ou en sa présence.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à IV / 7 « Interventions de crise »	Indicateurs	Standards
1	L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle <ul style="list-style-type: none">■ les situations de risque et de danger ainsi que leurs conséquences possibles sont décrites ;■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues.		
2	Une liste du réseau régional d'urgence complète est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices.		
3	La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à une situation de crise est prévue en tenant compte des risques spécifiques liés à la dépendance et à la situation sociale des client-es, de leurs enfants et de leurs proches en particulier.		
4	Les interventions de crise sont documentées par écrit.		
5	Une prophylaxie post-expositionnelle est assurée aux client-es et au personnel.		
6	Durant les heures d'ouverture, des collaborateurs/trices formés aux interventions de crise sont atteignables.		

Référentiel QuaThéDA

V Logements accompagnés





V Le module spécifique « Logements accompagnés »

Les exigences de qualité du module spécifique « Logements accompagnés » sont structurées en sept champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique « Logements accompagnés » sont formulées dans les pages qui suivent. Elles s'appliquent de manière analogue lorsqu'une institution met à disposition un service d'hébergement bénéficiant d'un suivi fonctionnant 24 heures sur 24. Si les prestations proposées portent prioritairement sur le conseil et l'accompagnement et non seulement sur la mise à disposition d'un logement, l'institution devrait se référer également aux modules spécifiques « Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires » ou « Thérapie résidentielle et réinsertion » pour satisfaire aux exigences définies dans le présent module. Ces dernières ne font pourtant pas l'objet d'une certification « Logements accompagnés ».



No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution a formulé par écrit les informations concernant les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conditions/ restrictions d'accès et modalités d'admission ; ■ offre interne de prestations ; ■ offre externe de prestations pertinente ; ■ conditions et modalités de sortie ; ■ règlement interne ; ■ droits et devoirs des client-es ; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel ; ■ voies de plainte et / ou de recours ; ■ modes de consommation impliquant moins de risques. 		
2	<p>L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.</p>		



Logements accompagnés

V / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la phase exploratoire et à l'admission

No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 2 « Phase exploratoire et admission »	Indicateurs	Standards
1	<p>La phase exploratoire et l'admission comportent un entretien d'admission et une phase exploratoire au cours desquels les aspects suivants sont clarifiés :</p> <ul style="list-style-type: none">■ la motivation ;■ les conditions cadre générales ;■ le système social et relationnel du client / de la cliente, en particulier les enfants ;■ évaluation de l'aptitude à occuper un logement ;■ structuration de la journée ;■ l'état de santé ;■ problématique de dépendance ;■ situation financière.		
2	<p>En se fondant sur les éléments ainsi réunis, il est procédé à une sélection et le client / la cliente</p> <ul style="list-style-type: none">■ sait s'il / si elle est dans le bon service ou bien où il/elle doit s'adresser ;■ dispose des informations nécessaires pour passer à l'étape suivante.		
3	<p>Lorsqu'un-e client-e est admis en logement accompagné, l'admission effective a lieu dans un délai défini.</p>		



No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 2 « Phase exploratoire et admission »	Indicateurs	Standards
4	<p>L'institution définit le moment à partir duquel un dossier doit être ouvert et tenu à jour ; ce dossier comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ contenus et résultats du processus d'admission ; ■ évaluation de la situation ; ■ données recueillies ; ■ droits et devoirs de l'institution et des client-es ; ■ contrat de location. 		
5	<p>L'attribution d'un appartement ou d'une chambre se fait en fonction de critères prédéfinis et uniformes ; ces critères tiennent compte des thèmes transversaux, des aspects liés au genre et à la migration notamment, et du problème de dépendance.</p>		



Logements accompagnés

V / 3 Exigences de qualité s'appliquant au conseil et à l'accompagnement

No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 3 « Conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
1	<p>Le conseil et l'accompagnement se réfèrent à des objectifs et font l'objet d'un plan d'intervention qui</p> <ul style="list-style-type: none">■ est convenu avec le client / la cliente ;■ est évalué régulièrement et adapté en conséquence ;■ est documenté.		
2	<p>L'évaluation régulière du plan d'intervention porte sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">■ la santé physique et psychique ;■ les offres possibles de prestations de groupe ;■ le comportement en matière de dépendance ;■ la prévention du HIV et de l'hépatite ;■ la situation sociale, en particulier la situation familiale et celle des enfants ;■ l'aptitude à occuper un logement ;■ les offres encourageant l'intégration sociale.		
3	<p>Chaque client-e dispose d'un-e accompagnant-e de référence ; lors de la désignation de cette personne, il est tenu compte de critères transversaux, du genre et de la migration en particulier.</p>		
4	<p>L'accompagnant-e de référence ne peut accéder au logement du client / de la cliente qu'en présence de celui-ci / celle-ci ; il ne peut y accéder en son absence que dans des situations prédéfinies.</p>		



No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 3 « Conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
5	La fréquence des visites à domicile est réglée.		
6	La manière de procéder avec les client-es admis avec leurs enfants est réglée.		
7	La manière de procéder avec les client-es mineurs est réglée.		



Logements accompagnés

V / 4 Exigences de qualité s'appliquant à la sortie

No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 4 « Sortie »	Indicateurs	Standards
1	Il existe des directives régissant la fin des prestations ; elles sont prévues pour permettre une réadmission et prévoient des solutions de transfert incluant un suivi éventuel.		
2	Il est procédé à une évaluation des mesures et des objectifs avec le client / la cliente.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 5 « Acquisition de logement »	Indicateurs	Standards
1	La procédure en vue de l'acquisition de logements est gérée de manière professionnelle, méthodique et planifiée ; elle est documentée et évaluée.		
2	Lorsque les logements sont loués, ils font l'objet de contrats écrits avec la régie concernée.		



Logements accompagnés

V / 6 Exigences de qualité s'appliquant au travail en réseau avec des intervenants externes

No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 6 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	Lors du suivi d'un cas particulier par plusieurs institutions, les compétences et les responsabilités de chacun des acteurs sont définies et formulées par écrit.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du client / de la cliente ou en sa présence.		
3	Pour les client-es issus de la migration, l'institution recherche la mise en relation avec des offres particulières pour les migrant-es.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à V / 7 « Interventions de crise »	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les situations de risque et de danger ainsi que leurs conséquences possibles sont décrites ; ■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues. 		
2	<p>Une liste du réseau régional d'urgence complète est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices.</p>		
3	<p>La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à une situation de crise est prévue en tenant compte des risques spécifiques liés à la dépendance et à la situation sociale des client-es, de leurs enfants et de leurs proches en particulier.</p>		
4	<p>Les interventions de crise sont documentées par écrit.</p>		
5	<p>Une prophylaxie post-expositionnelle est assurée aux client-es et au personnel.</p>		
6	<p>Durant les heures d'ouverture, des collaborateurs/trices formés aux interventions de crise sont atteignables.</p>		

Référentiel QuaThéDA

VI Foyers d'urgence





VI Le module spécifique « Foyers d'urgence »

Les exigences de qualité du module spécifique « Foyers d'urgence » sont structurées en cinq champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique « Foyers d'urgence » sont formulées dans les pages qui suivent.



No	Exigences de qualité s'appliquant à VI / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution a formulé par écrit les informations concernant les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conditions / restrictions d'accès et modalités d'admission; ■ offre interne de prestations ; ■ offre externe de prestations pertinente ; ■ règlement interne de l'institution; ■ droits et devoirs des client-es ; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel ; ■ voies de plainte; ■ modes de consommation et comportement impliquant moins de risques en termes de dépendance. 		
2	<p>L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.</p>		



Foyers d'urgence

VI / 2 Exigences s'appliquant au conseil et à l'accompagnement

No	Exigences de qualité s'appliquant à VI / 2 « Conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
1	L'admission est structurée et les aspects suivants au moins y sont réglés : <ul style="list-style-type: none">■ données personnelles à recueillir conformément aux prescriptions communales ou cantonales ;■ mode de paiement.		
2	L'attribution d'une chambre s'effectue selon des critères préétablis tenant compte au moins des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none">■ le sexe du client / de la cliente ;■ le comportement du client / de la cliente en matière de consommation ;■ la situation actuelle du client / de la cliente ;■ les thèmes transversaux.		
3	Au moins 2 personnes sont présentes pendant la nuit, l'une d'entre elles au moins étant qualifiée du fait de sa formation initiale et continue ou de son expérience.		
4	Les activités matinales et la fermeture du foyer d'urgence sont effectuées selon une check-list.		
5	Sur demande et en cas d'exclusion, des propositions sont faites aux client-es pour la journée et la nuit suivantes.		
6	La manière de procéder avec les client-es qui viennent avec leurs enfants est réglée.		
7	La manière de procéder avec les client-es mineurs est réglée.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VI / 3 «Assistance de base»	Indicateurs	Standards
1	Le foyer d'urgence dispose du matériel nécessaire pour assurer les soins médicaux et paramédicaux de base et vérifie régulièrement les réserves de matériel et les dates de péremption.		
2	Le foyer d'urgence dispose de possibilités de cuisiner, de laver du linge et d'installations sanitaires qui peuvent être utilisées de manière séparée pour les femmes et les hommes.		
3	Il existe des directives concernant la remise de seringues.		
4	Le matériel de prévention est remis en tenant compte de la situation et du groupe cible.		



Foyers d'urgence

VI / 4 Exigences de qualité s'appliquant au travail en réseau avec des intervenants externes

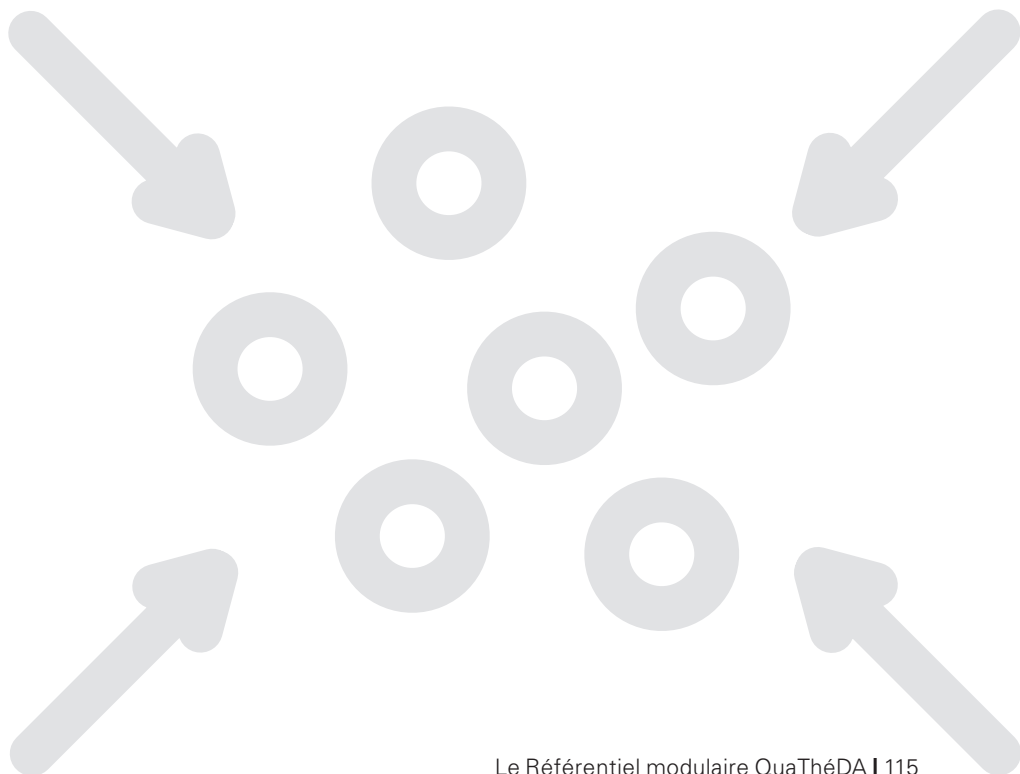
No	Exigences de qualité s'appliquant à VI / 4 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	L'institution transmet et/ou accompagne le client / la cliente auprès d'autres services d'aide aux personnes dépendantes ou de services d'assistance de base.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du client / de la cliente ou en sa présence.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VI / 5 « Interventions de crise »	Indicateurs	Standards
1	L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle <ul style="list-style-type: none"> ■ les situations de risque et de danger ainsi que leurs conséquences possibles sont décrites ; ■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues. 		
2	Une liste du réseau régional d'urgence complète est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices.		
3	La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à une situation de crise est prévue en tenant compte des risques spécifiques liés à la dépendance et à la situation des client-es, de leurs enfants et de leurs proches en particulier.		
4	Les interventions de crise sont documentées par écrit.		
5	Une prophylaxie post-expositionnelle est assurée aux client-es et au personnel.		
6	Les client-es doivent être au courant de la procédure en cas de situation d'urgence.		
7	Durant les heures d'ouverture, des collaborateurs/trices formés aux interventions de crise sont présents.		

Référentiel QuaThéDA

VII Centres d'accueil bas seuil





VII Le module spécifique Centres d'accueil bas seuil

Les exigences de qualité du module spécifique « Centres d'accueil bas seuil » sont structurées en six champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique « Centres d'accueil bas seuil » sont formulées dans les pages qui suivent.



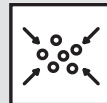
No	Exigences de qualité s'appliquant à VII / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution a formulé par écrit les informations concernant les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ restrictions d'accès; ■ offre interne de prestations; ■ offre externe de prestations pertinente; ■ règlement interne de l'institution; ■ droits et devoirs des client-es; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel; ■ voies de plainte; ■ diverses substances, formes de consommation, conduites addictives, risques sanitaires en général et les risques liés aux relations sexuelles en particulier; ■ modes de consommation et comportement impliquant moins de risques en termes de dépendance. 		
2	<p>L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.</p>		



Centres d'accueil bas seuil

VII / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la prise de contact, au conseil et à l'accompagnement

No	Exigences de qualité s'appliquant à VII / 2 « Prise de contact, conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
1	L'accès au centre d'accueil et la prise de contact sont réglés de manière simple et non bureaucratique.		
2	Le concept de prestations comporte des indications relatives aux aspects suivants : <ul style="list-style-type: none">■ les lieux d'interventions ;■ l'observation structurée de la scène.		
3	Les aspects suivants sont retenus par écrit : <ul style="list-style-type: none">■ le nombre de contacts établis et/ou le nombre de client-es avec lesquels un contact a été établi ;■ les thèmes majeurs ;■ lors de la mise à disposition d'un local de consommation : nombre de consommations.		
4	Les conseils et l'accompagnement encouragent et favorisent la responsabilisation des client-es en respectant le libre choix de ces derniers.		
5	Les projets de groupes et le travail avec les pairs sont centrés sur les objectifs et les ressources, encouragent la responsabilisation des client-es; ils sont planifiés, réalisés et évalués de manière professionnelle et méthodique.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VII / 2 « Prise de contact, conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
6	La manière de procéder avec les client-es qui viennent avec leurs enfants est réglée.		
7	La manière de procéder avec les client-es mineurs est réglée.		



Centres d'accueil bas seuil

VII / 3 Exigences de qualité s'appliquant à l'assistance de base

No	Exigences de qualité s'appliquant à VII / 3 « Assistance de base »	Indicateurs	Standards
1	Le matériel de prévention est remis en tenant compte de la situation et du groupe cible.		
2	Il existe des directives concernant la remise de seringues.		
3	L'accès aux repas et aux boissons est réglé et tient compte des groupes cibles et des besoins.		
4	L'assistance médicale et paramédicale est réglée et fondée sur l'état actuel des connaissances.		
5	L'assistance médicale et paramédicale est dispensée dans un local séparé, spécialement aménagé à cet effet.		
6	La gestion d'un local de consommation répond aux critères professionnels suivants : <ul style="list-style-type: none">■ son usage est clairement réglementé et tient compte des aspects touchant à l'hygiène, à la sécurité, au genre et à la migration ;■ il existe une réglementation concernant les substances autorisées ;■ il existe une réglementation concernant les formes de consommation, en particulier les adjuvants et les localisations des injections intraveineuses ;■ le local de consommation est surveillé.		
7	L'infrastructure est adaptée à la gestion d'un local de consommation et elle garantit le respect de la sphère intime.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VII / 4 « Offres de travail occupationnel »	Indicateurs	Standards
1	<p>Le concept de prestations décrit l'offre en précisant les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conditions d'accès aux offres de travail occupationnel ; ■ droits et devoirs des clients ; ■ directives en matière de sécurité et d'hygiène ; ■ conditions de dédommagement et d'assurance. 		
2	<p>Les directives et l'organisation du travail sont adaptées aux capacités et à l'état de santé des client-es.</p>		
3	<p>La mise au courant concernant les directives relatives au travail, à la sécurité et à l'hygiène est assurée.</p>		



Centres d'accueil bas seuil

VII / 5 Exigences de qualité s'appliquant au travail en réseau avec des intervenants externes

No	Exigences de qualité s'appliquant à VII / 5 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	L'institution transmet et/ou accompagne le client / la cliente auprès d'autres services d'aide aux personnes dépendantes ou de services d'assistance de base.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du client / de la cliente ou en sa présence.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VII / 6 « Interventions de crise »	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les situations de risque et de danger ainsi que leurs conséquences possibles sont décrites ; ■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues. 		
2	<p>Une liste du réseau régional d'urgence complète est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices.</p>		
3	<p>La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à une situation de crise est prévue en tenant compte des risques spécifiques liés à la dépendance et à la situation des client-es, de leurs enfants et de leurs proches en particulier.</p>		
4	<p>Les interventions de crise sont documentées par écrit.</p>		
5	<p>Une prophylaxie post-expositionnelle est assurée aux client-es et au personnel.</p>		
6	<p>Pour pouvoir gérer eux-mêmes des situations de crise, les client-es disposent des coordonnées des services d'urgence et des interlocuteurs/trices auxquels il/elles peuvent s'adresser.</p>		
7	<p>Durant les heures d'ouverture, des collaborateurs/trices formés aux interventions de crise sont présents.</p>		

Référentiel QuaThéDA

VIII Travail social hors murs





VIII Le module spécifique « Travail social hors murs »

Les exigences de qualité du module spécifique « Travail social hors murs » sont structurées en sept champs thématiques.

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

Les exigences de qualité s'appliquant au module spécifique « Travail social hors murs » sont formulées dans les pages qui suivent.



No	Exigences de qualité s'appliquant à VIII / 1 «Transmission d'informations»	Indicateurs	Standards
1	<p>L'institution a formulé par écrit les informations concernant les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ offre interne de prestations ; ■ offre externe de prestations pertinentes ; ■ droits et devoirs des client-es ; ■ protection des données et soumission du personnel au secret professionnel ; ■ voies de plainte ; ■ diverses substances, formes de consommation, conduites addictives, risques sanitaires en général et les risques liés aux relations sexuelles en particulier ; ■ modes de consommation et comportement impliquant moins de risques en termes de dépendance. 		
2	<p>L'institution transmet ces informations aux client-es de manière adaptée à la situation et au groupe cible dont ils/elles font partie.</p>		



Travail social hors murs

VIII / 2 Exigences de qualité s'appliquant à la prise de contact, au conseil et à l'accompagnement

No	Exigences de qualité s'appliquant à VIII / 2 « Prise de contact, conseil et accompagnement »	Indicateurs	Standards
1	Le concept de prestations comporte des indications relatives aux aspects suivants : <ul style="list-style-type: none">■ les lieux d'interventions ;■ l'observation structurée de la scène .		
2	Les aspects suivants sont retenus par écrit : <ul style="list-style-type: none">■ le nombre de contacts établis et/ou le nombre de client-es avec lesquels un contact a été établi ;■ les thèmes majeurs abordés ;■ les entretiens avec les partenaires du réseau.		
3	Les conseils et l'accompagnement encouragent et favorisent la responsabilisation des client-es en respectant le libre choix de ces derniers.		
4	Les projets de groupes et les interventions de pairs sont centrés sur les objectifs et les ressources et encouragent la responsabilisation des client-es ; ils sont planifiés, réalisés et évalués de manière professionnelle et méthodique.		
5	La manière de procéder avec les client-es admis avec leurs enfants est réglée.		
6	La manière de procéder avec les client-es mineurs est réglée.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VIII / 3 « Remise de matériel de prévention »	Indicateurs	Standards
1	Le concept de prestations comporte des indications relatives à la remise de matériel de prévention.		
2	La remise de matériel de prévention se fait en tenant compte des groupes cibles et des besoins.		
3	Il existe des directives concernant la remise de seringues.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VIII / 4 « Dépistage précoce »	Indicateurs	Standards
1	La nature et l'étendue des activités de dépistage précoce sont définies dans le concept de prestations.		
2	Les activités de dépistage précoce sont planifiées, réalisées et évaluées de manière professionnelle et méthodique.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VIII / 5 « Défense d'intérêts et médiation »	Indicateurs	Standards
1	La nature et l'étendue des activités visant la défense d'intérêts et celles visant la médiation sont définies dans le concept de prestations.		
2	Les activités visant la défense d'intérêts et celles visant la médiation sont planifiées, réalisées et évaluées de manière professionnelle et méthodique.		



Travail social hors murs

VIII / 6 Exigences de qualité s'appliquant au travail en réseau avec des intervenants externes

No	Exigences de qualité s'appliquant à VIII / 6 «Travail en réseau avec des intervenants externes»	Indicateurs	Standards
1	L'institution transmet et/ou accompagne le client / la cliente auprès d'autres services d'aide aux personnes dépendantes ou de services d'assistance de base.		
2	Le travail en réseau autour d'un cas se fait avec le consentement documenté du client / de la cliente ou en sa présence.		



No	Exigences de qualité s'appliquant à VIII / 7 « Interventions de crise »	Indicateurs	Standards
1	L'institution procède à une analyse des risques dans laquelle <ul style="list-style-type: none"> ■ les situations de risque et de danger ainsi que leurs conséquences possibles sont décrites ; ■ les mesures permettant de parer adéquatement à ces risques sont prévues. 		
2	Une liste du réseau régional d'urgence complète est établie, tenue à jour, accessible en tout temps et connue de l'ensemble des collaborateurs/trices.		
3	La conduite à adopter par les collaborateurs/trices face à une situation de crise est prévue en tenant compte des risques spécifiques liés à la dépendance et à la situation des client-es, de leurs enfants et de leurs proches en particulier.		
4	Les interventions de crise sont documentées par écrit.		
5	Une prophylaxie post-expositionnelle est assurée aux client-es et au personnel.		