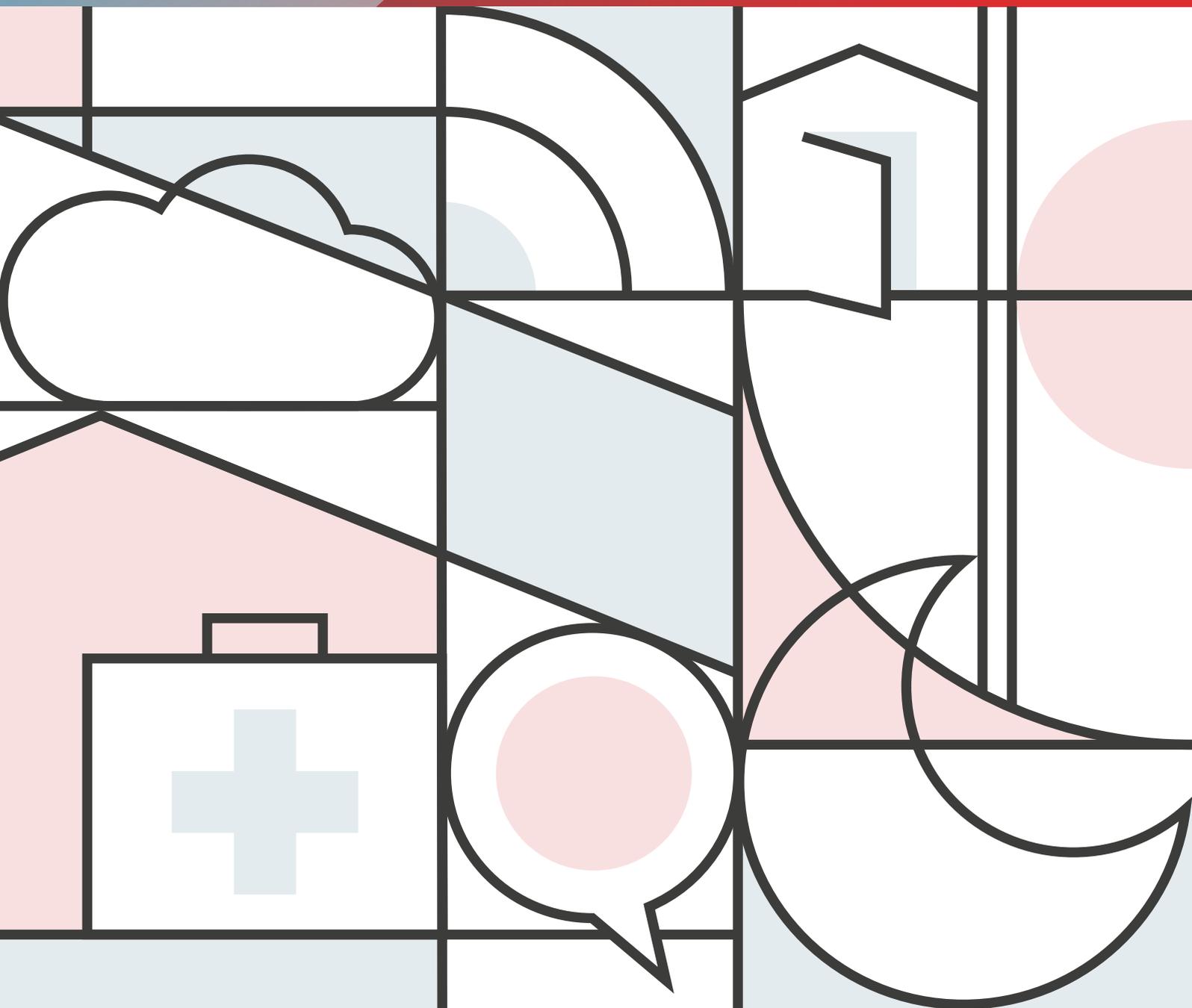


# Référentiel QuaTheDA

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

Révision 2020



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

# Table des matières

Avant-propos	3
Le Référentiel modulaire QuaTheDA (Qualité Thérapie Drogues Alcool)	4
Modifications dans le cadre de la révision	5
Processus de révision	6
Certification QuaTheDA	7

## Référentiel QuaTheDA

	<b>B</b>	Module de base	8
	<b>I</b>	Thérapie résidentielle et réinsertion	22
	<b>II</b>	Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires	33
	<b>III</b>	Traitement basé sur la substitution	41
	<b>IV</b>	Activités de réinsertion professionnelle	51
	<b>V</b>	Habitat protégé et accompagnement à domicile	60
	<b>VI</b>	Centres d'hébergement d'urgence	69
	<b>VII</b>	Centres d'accueil bas seuil	75
	<b>VIII</b>	Travail social hors murs	84
	<b>IX</b>	Sevrage	90
	<b>X</b>	Promotion de la santé, prévention et intervention précoce	100

# Avant-propos

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publiait le premier Référentiel QuaTheDA (Qualité Thérapie Drogue Alcool) en décembre 2000 pour les institutions de thérapies résidentielles du domaine des dépendances. En 2006 suivait le nouveau Référentiel QuaTheDA, dit modulaire, car destiné à sept nouveaux types d'institutions du secteur des addictions. La révision de juillet 2012 portait le nombre de modules à dix, couvrant ainsi l'essentiel des activités du domaine des addictions.

Outre une adaptation aux développements intervenus depuis 2012, l'objectif visé par la nouvelle révision est de standardiser la norme et de la simplifier autant que possible, de façon à ce que les institutions puissent l'intégrer à leurs processus de travail et l'appliquer de manière efficace et efficiente au quotidien.

Comme de coutume, la révision 2020 a intégré l'expertise des professionnel-le-s du terrain, des auditrices et auditeurs des organismes de certification, des associations professionnelles ainsi que des cantons et des communes.

La norme QuaTheDA tient compte des exigences et évolutions de la norme ISO, particulièrement dans le module de base, mais vise également à répondre aux besoins des différents corps de métiers actifs dans le domaine des addictions. Il paraissait essentiel de poursuivre dans cette voie afin de soutenir les institutions du domaine

des addictions, dont environ 80 sont actuellement certifiées selon la norme QuaTheDA, à maintenir et renforcer leurs processus d'amélioration continue.

J'invite les institutions non encore certifiées selon QuaTheDA et leurs bailleurs de fonds à s'inscrire dans cette démarche de qualité, adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé à ce processus, et salue l'engagement des collaboratrices d'Infodrog, sans lesquelles cette tâche n'aurait pu être menée à bien.

Responsable de l'Unité de direction Santé publique



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

# Le Référentiel modulaire QuaTheDA

Il s'agit de la quatrième version du Référentiel QuaTheDA (Qualité Thérapie Drogue Alcool). Comme la précédente, l'édition 2020 comprend, outre le module de base, dix modules qui couvrent l'essentiel du champ d'intervention en matière d'addictions. Il s'agit des modules de prestations suivants :

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

Le module de base s'applique à toutes les institutions du domaine des addictions et intègre les exigences les plus importantes de la norme ISO 9001 : 2015. QuaTheDA définit cependant également des exigences professionnelles spécifiques.

Les prestations de chaque module spécifique sont structurées en champs thématiques pour lesquels des exigences de qualité sont systématiquement formulées.

Un guide de la version QuaTheDA 2020 est disponible en ligne pour faciliter l'utilisation du Référentiel. Il offre de l'aide et des explications sur les exigences de qualité et fournit, le cas échéant, des exemples de bonne pratique.

# Modifications dans le cadre de la révision

Au travers de cette révision, l'OFSP poursuit les objectifs suivants :

- standardiser la norme et simplifier l'utilisation du Référentiel
- éliminer des exigences peu efficaces ou trop imprécises
- formuler plus concrètement des exigences peu claires
- compléter les exigences sur les sujets qui n'ont pas été suffisamment approfondis jusqu'à présent, ou pour lesquels des adaptations sont intervenues au niveau professionnel.

Les exigences figurant dans le Référentiel révisé doivent pouvoir être mises en application par les institutions et contrôlées par les agences de certification. Dès lors, les listes de points détaillés et les exemples donnés pour chaque exigence ont été supprimés dans tous les modules pour ne garder que les exigences essentielles. La focalisation sur la norme et sa rationalisation ont ainsi été rendues possibles.

Un nouveau chapitre intitulé « Gestion des risques et des opportunités » a été ajouté au module de base pour donner davantage de poids à un sujet d'actualité et d'importance pour les institutions et refléter les exigences correspondantes de la norme ISO 9001 : 2015.

La révision a également été l'occasion d'apporter des améliorations stylistiques et des ajustements terminologiques, qui n'impliquent toutefois pas un changement de contenu.

Un guide visant à faciliter l'application du Référentiel sera en outre mis à disposition en ligne, comme ce fut le cas lors de la révision 2006 de QuaTheDA. Les possibilités de mise en œuvre des exigences individuelles du Référentiel y seront décrites, accompagnées d'exemples de bonne pratique. Régulièrement mis à jour, le guide contiendra notamment des informations pratiques et des hyperliens en rapport avec les nouvelles technologies (conseil en ligne par exemple) et les derniers développements dans les divers domaines d'activité (par exemple les lignes directrices relatives à l'hépatite C).

Le Référentiel QuaTheDA et le guide QuaTheDA sont à disposition en ligne sur le site [www.quathedada.ch](http://www.quathedada.ch). Infodrog propose en outre des formations sur différents sujets afin d'aider les institutions à mettre en œuvre les exigences de la norme QuaTheDA.

# Processus de révision

L'OFSP attache une grande importance au fait que le contenu de cette norme qualité reflète les attentes des partenaires concernés. Les cantons (par l'intermédiaire des délégués cantonaux aux problèmes d'addictions CDCA) et les communes (par le biais des délégués des villes aux problèmes de dépendance CDVD) ont donc été associés au processus de révision en tant que bailleurs de fonds. Les institutions certifiées QuaTheDA y ont également participé en qualité de prestataires de services, de même que les associations professionnelles faitières et les organismes de certification. Le processus de révision a été divisé en plusieurs étapes :

1. En été 2018, les agences de certification, les institutions, les cantons et les communes ont été invités à communiquer leurs remarques, critiques et propositions de modification du Référentiel existant par le biais d'un sondage en ligne.
2. Les résultats de l'enquête en ligne ont été intégrés dans une expertise externe du bureau d'études et de conseil socialdesign, mandaté pour déterminer si la norme QuaTheDA répondait encore aux exigences actuelles d'un système de management de la qualité et si des ajustements étaient nécessaires.
3. L'expertise a été achevée en février 2019. Les possibilités d'adaptation et de simplification de la norme y figurant ont servi de base à la création d'une première version du nouveau Référentiel.
4. Les propositions d'adaptation et les besoins des institutions ont été discutés sur la base de cette première version entre mars et avril 2019, dans des groupes de travail séparés par module.
5. La version issue des discussions a été revue par les certificateurs et l'OFSP (sur la base du module de base et du module I). Quelques modifications (parfois l'annulation de certaines modifications précédentes) ou des clarifications mineures supplémentaires ont été apportées.
6. Infodrog a ensuite harmonisé les formulations et les exigences des différents modules dans une troisième version. Celle-ci a été soumise aux cantons, aux communes, aux associations faitières, aux certificateurs et aux institutions pour recueillir leurs ultimes commentaires entre juillet et septembre 2019.
7. En octobre 2019, la version finale du Référentiel conçue par Infodrog en allemand et en français a été envoyée pour révision à l'OFSP qui, pour la première fois depuis l'introduction de la norme QuaTheDA, le traduira également en italien.

Que toutes les personnes qui ont participé au processus de révision soient ici chaleureusement remerciées. Seule leur collaboration a permis de mener cette tâche à bien.

# Certification QuaTheDA

Le Référentiel modulaire QuaTheDA (Qualité Thérapie Drogue Alcool) a été élaboré pour tenir compte des spécificités du domaine des addictions. Il ne s'agit donc pas juste d'une norme technique au sens strict mais d'un document conçu avec le concours d'experts de terrain. Il reflète le niveau de professionnalisme demandé dans le domaine en question à un moment donné de son histoire et doit de ce fait être adapté régulièrement à l'évolution de ce même domaine et de ses exigences en termes de compétences professionnelles et de qualité.

Jusqu'à fin 2015, le Référentiel modulaire QuaTheDA était enregistré auprès du Service d'accréditation suisse (SAS) comme norme de qualité pour le domaine des addictions. Pour pouvoir procéder à des certifications selon la norme QuaTheDA, les organismes de certification devaient se faire accréditer par ce service.

Depuis 2017, la surveillance des organismes de certification s'effectue par la voie d'une procédure de reconnaissance. Le règlement de la procédure de reconnaissance applicable aux organismes de certification pour la réalisation de certifications selon la norme QuaTheDA fait foi (cf. [www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)). Détenteur de la norme QuaTheDA, l'Office fédéral de la santé publique a confié la responsabilité de sa surveillance à Infodrog. L'OFSP mandate Infodrog pour assurer la surveillance de la norme QuaTheDA, à savoir la gestion de la procédure de reconnaissance et les activités de surveillance des organismes de certification pour QuaTheDA.

Les organismes de certification qui ont déposé une demande d'autorisation pour certifier des institutions selon QuaTheDA se sont vus délivrer la reconnaissance

correspondante de la part d'Infodrog une fois la procédure terminée avec succès. L'objectif de la procédure de reconnaissance reste bien de garantir que tous les organismes de certification disposent des ressources humaines, techniques et organisationnelles requises pour leurs activités de certification.

Rappelons ici que pour une institution qui n'ambitionnerait pas une certification, les exigences du Référentiel peuvent servir de check-list pour effectuer un bilan de situation et améliorer la qualité de son travail. Le Référentiel constitue alors simplement un document de référence qui possède deux vertus essentielles : il est externe à l'institution et bien reconnu par les cantons et la communauté professionnelle. Entreprendre une telle démarche peut d'ailleurs constituer le premier pas vers une certification.

La norme QuaTheDA a réussi à s'imposer comme la principale référence parmi toutes les normes de qualité potentiellement applicables dans le domaine des addictions. Une certification QuaTheDA constitue pour les instances publiques qui financent les institutions, une garantie d'un niveau de qualité élevé. C'est là un gros avantage du point de vue des cantons, comme de celui des institutions elles-mêmes. Un avantage qu'il s'agit non seulement de préserver mais aussi de développer.

Berne, février 2020



# B

## Module de base

### Processus de gestion

1	Principes directeurs, stratégie et planification annuelle	9
2	Concepts	10
3	Direction et organisation	11
4	Communication et coopération avec l'extérieur	12
5	Gestion de la qualité	13
6	Gestion des risques et des opportunités	14

### Processus de support

7	Personnel	15
8	Financement et comptabilité	17
9	Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel	18
10	Sécurité d'exploitation, hygiène et propreté	19
11	Sécurité des clients et des patients <sup>1</sup>	20
12	Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes	21

<sup>1</sup> Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes



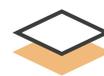
B/1 Principes directeurs, stratégie et planification annuelle	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle a défini – sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale – des principes directeurs mentionnant :	– ses objectifs principaux ; – son offre et ses groupes cibles ; – ses valeurs et attitudes éthiques.
2	L'unité organisationnelle a également défini – sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale – une stratégie correspondant aux principes directeurs et précisant :	– les enjeux et développements internes et externes d'importance stratégique ; – les objectifs stratégiques visés ; – son offre et ses groupes cibles ; – ses parties intéressées.
3	L'unité organisationnelle prépare une planification annuelle sur la base des principes directeurs et de la stratégie, avec des objectifs de qualité et des mesures pour les atteindre.	
4	L'unité organisationnelle assure le développement de ses prestations de service et définit les mesures nécessaires à cette fin.	
5	L'actualité et l'exhaustivité des principes directeurs, de la stratégie et des concepts sont régulièrement vérifiées et, le cas échéant, modifiées.	



B/2 Concepts	indicateurs	standards
<p>1 Pour chaque site ou chaque module QuaTheDA certifié, l'unité organisationnelle dispose d'énoncés conceptuels dérivés des principes directeurs et de la stratégie qui définissent :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– les groupes cibles et leurs besoins ;</li><li>– les offres et leurs objectifs ;</li><li>– les méthodes et procédures appliquées ;</li><li>– la coopération interdisciplinaire ;</li><li>– la gestion de la diversité ;</li><li>– les critères d'admission, de transfert, de sortie et de réadmission ;</li><li>– l'organisation et sa structure organisationnelle ;</li><li>– la garantie d'une infrastructure adéquate.</li></ul>		



B/3 Direction et organisation	indicateurs	standards
<p><b>1</b> S'agissant de la direction, les points suivants sont définis en tenant compte de l'interdisciplinarité :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– les organes de direction et les fonctions y relatives ;</li><li>– les tâches, compétences et responsabilités propres aux divers organes et fonctions de direction ;</li><li>– les positions hiérarchiques ;</li><li>– les suppléances ;</li><li>– le processus de direction et le cycle PDCA (roue de Deming) ;</li><li>– la communication interne et les canaux de communication.</li></ul>		
<p><b>2</b> La procédure de plainte et de recours est définie.</p>		
<p><b>3</b> L'organe directeur suprême et la direction opérationnelle sont séparés sur les plans personnels et fonctionnels et leurs tâches, compétences et responsabilités respectives sont définies.</p>		
<p><b>4</b> La structure de l'organisation est définie.</p>		



B/4 Communication et coopération avec l'extérieur	indicateurs	standards
---	-------------	-----------

1 Les activités de relations publiques et de communication sont déterminées.

---

2 La collaboration institutionnelle avec les prestataires externes et les principaux partenaires du réseau est définie et fait l'objet d'une mise en œuvre documentée ainsi que d'une évaluation.

---



B/5 Gestion de la qualité	indicateurs	standards
------------------------------	-------------	-----------

1 L'unité organisationnelle met en place, sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale, une gestion systématique de la qualité définissant :

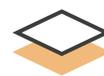
- les fonctions et les responsabilités liées à la gestion de la qualité ;
- les processus significatifs en matière de qualité, y compris les procédures administratives et opérationnelles ;
- la planification de la qualité ;
- la gestion des risques et des opportunités ;
- la gestion documentaire ;
- la mesure de la satisfaction des clients ou patients et du personnel ;
- l'évaluation de la satisfaction des services placeurs et des autres clients ;
- la collecte de données en matière de traitement ou d'intervention ;
- la mesure de la qualité relative aux processus et aux résultats ;
- la révision et l'adaptation des méthodes ou outils utilisés au regard des normes en vigueur ;
- la gestion du savoir ;
- les audits internes et externes ;
- la revue de direction ;
- un processus d'amélioration continue indiquant l'utilisation faite du résultat des mesures effectuées et autres données récoltées.

2 L'unité organisationnelle procède régulièrement, sous la responsabilité du support juridique ou de la direction générale, à une revue de direction portant notamment sur :

- la conformité des processus décrits avec la pratique ;
- le résultat des audits ;
- les non-conformités et les actions correctrices ;
- l'efficacité et l'efficience des actions mises en œuvre face aux risques et opportunités ;
- le résultat des mesures de la qualité et de la satisfaction ;
- la prise en compte des feedbacks et la mise en œuvre des propositions d'améliorations ;
- l'évaluation des incidents critiques survenus au sein de l'unité organisationnelle et les mesures de correction mises en œuvre ;
- la performance des prestataires externes ;
- l'état de la planification de la qualité ;
- les mesures prises à l'issue des revues de direction précédentes ;
- les mesures à prendre sur la base de la revue de direction actuelle.



B/6 Gestion des risques et des opportunités	indicateurs	standards
<p><b>1</b> L'unité organisationnelle dispose d'un système de gestion des risques et des opportunités en relation avec les sujets et domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– les enjeux internes et externes d'importance stratégique ;</li><li>– la sécurité financière et économique ;</li><li>– la sécurité du personnel ;</li><li>– la sécurité des clients et des patients ;</li><li>– la sécurité de l'infrastructure et de l'exploitation ;</li><li>– les systèmes informatiques et la protection des données.</li></ul>		
<p><b>2</b> Des analyses des risques et des opportunités sont effectuées et documentées régulièrement.</p>		
<p><b>3</b> Des mesures sont définies, mises en œuvre et évaluées pour gérer les risques et saisir les opportunités. Les étapes sont documentées.</p>		



B/7 Personnel	indicateurs	standards
1	La politique du personnel tient compte de questions telles que l'éthique professionnelle, l'égalité des sexes, l'égalité des chances et la diversité.	
2	Une politique du personnel, conforme aux principes directeurs, à la stratégie et aux définitions conceptuelles de l'unité organisationnelle, définit : <ul style="list-style-type: none"><li>– les objectifs et mesures ayant trait au personnel ;</li><li>– les ressources en personnel requises ;</li><li>– les profils d'exigences des postes ;</li><li>– les exigences pour un engagement ;</li><li>– les règles relatives au secret professionnel et à la gestion des données sensibles ;</li><li>– les mesures de promotion de la santé et de détection précoce de problèmes.</li></ul>	
3	Le recrutement, l'arrivée, la mise au courant, le soutien, le développement et le départ des membres du personnel et des stagiaires font l'objet de procédures systématisées et documentées.	
4	Chaque collaboratrice ou collaborateur dispose d'un contrat de travail en bonne et due forme réglant les droits et devoirs de chaque partie.	
5	L'unité organisationnelle établit pour chaque collaboratrice ou collaborateur un dossier personnel complet.	
6	Des entretiens d'évaluation et de développement du personnel sont régulièrement organisés dans un cadre confidentiel.	
7	La formation et le perfectionnement du personnel sont assurés en continu, à l'interne comme à l'externe.	

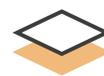


B/7	Personnel	indicateurs	standards
-----	-----------	-------------	-----------

8 Des mesures de protection contre la discrimination et les agressions physiques, psychologiques et sexuelles sont définies, de même que les procédures et les responsabilités dans de tels cas.

9 Lors de l'engagement de personnes présentant une problématique d'addiction, l'unité organisationnelle définit ses exigences concernant :

- leur qualification/formation ;
- le laps de temps écoulé depuis la fin du traitement de leur dépendance ;
- le soutien particulier à leur apporter ;
- le nombre d'employés ayant des antécédents en matière d'addictions au sein de l'unité organisationnelle.



B/8 Financement et comptabilité	indicateurs	standards
------------------------------------	-------------	-----------

1 Le support juridique ou la direction générale assure l'obtention du financement et veille à une gestion rigoureuse des finances.

2 La comptabilité est tenue conformément aux prescriptions en vigueur et aux exigences des mandants ou des instances supérieures.

3 Les finances et la comptabilité sont contrôlées et vérifiées par un organe de révision indépendant.



**B/9**  
**Acquisition et entretien de l'infrastructure et du matériel**

	<b>indicateurs</b>	<b>standards</b>
--	--------------------	------------------

**1** Les modalités relatives au choix d'une infrastructure appropriée, ainsi que des produits et du matériel provenant de l'extérieur sont fixées.

---

**2** L'entretien de l'infrastructure et du matériel est systématique et dûment réglementé.

---

**3** La sécurité de l'information et celle de l'infrastructure informatique sont garanties.

---



B/10

**Sécurité d'exploitation,  
hygiène et propreté**

**indicateurs**

**standards**

**1** Le personnel est informé sur la façon de faire face aux dangers et aux situations de crise et formé à cet effet.

---

**2** L'unité organisationnelle s'assure que

- l'hygiène et la propreté sont garanties;
- la sécurité d'exploitation satisfait tant aux directives externes qu'aux exigences internes.

---

**3** La gestion des médicaments ainsi que du matériel stérile est conforme aux directives en vigueur.

---



**B/11**

**Sécurité des clients et des patients**

**indicateurs**

**standards**

- 1 L'unité organisationnelle assure la sécurité des clients et des patients.

---

- 2 Une liste actualisée et exhaustive des services régionaux d'urgence est portée à la connaissance de l'ensemble du personnel ainsi que des clients et des patients et leur est en tout temps accessible.

---

- 3 Durant les heures de service, le personnel est formé à répondre aux situations de crise.

---

- 4 Les situations de crise sont évaluées et les mesures prises documentées par écrit.

---



B/12

**Dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes**

**indicateurs**

**standards**

- 1 L'unité organisationnelle dispose d'une méthodologie lui permettant de suivre l'évolution des prescriptions légales et de prendre connaissance des nouvelles réglementations.

---

- 2 L'unité organisationnelle respecte les dispositions légales, conventions et autres prescriptions contraignantes en vigueur.

---

- 3 L'unité organisationnelle réglemente les autorisations d'accès aux données et documents sensibles.

---

- 4 Sous réserve d'autres dispositions cantonales ou fédérales, les dossiers des clients (y c. les données électroniques) et les autres documents relatifs à la gestion de l'unité organisationnelle sont à conserver durant 10 ans au minimum.

---

- 5 L'unité organisationnelle décide de ce qu'il advient des dossiers et autres documents archivés au terme de la période légale de conservation ou en cas de cessation d'activité.

---



# I

## Thérapie résidentielle et réinsertion

1	Evaluation et admission	23
2	Traitement et réinsertion	25
3	Prestations médicales et administration de médicaments	27
4	Accueil d'enfants	29
5	Sortie	30
6	Travail en réseau	31
7	Documentation	32



I/1	Evaluation et admission	indicateurs	standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
2	La procédure d'admission est réglementée et documentée. Elle comporte des indications relatives : <ul style="list-style-type: none"><li>– au contact initial ;</li><li>– aux informations demandées aux clients ;</li><li>– à la décision d'admission.</li></ul>		
3	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission : <ul style="list-style-type: none"><li>– les données personnelles nécessaires à la documentation du cas ;</li><li>– les conditions juridiques, formelles, financières et personnelles à remplir en vue d'une admission ;</li><li>– l'état de santé ;</li><li>– la situation aux plans psychosocial et de l'addiction ;</li><li>– la motivation et les ressources personnelles des clients ;</li><li>– le système de soutien social et réseau relationnel des clients ;</li><li>– la situation des enfants mineurs des clients.</li></ul>		
4	Au besoin, l'unité organisationnelle se procure, moyennant une déclaration écrite de libération du secret professionnel de la part du client, les informations nécessaires auprès des services concernés ou précédemment en charge du dossier.		
5	Au cours de la procédure d'admission, les clients sont informés sur : <ul style="list-style-type: none"><li>– les conditions d'admission et la procédure d'entrée ;</li><li>– les offres de prise en charge ;</li><li>– les droits et devoirs mutuels ;</li><li>– le cadre juridique ;</li><li>– les éventuelles conséquences financières de la prise en charge.</li></ul>		
6	S'il s'avère que l'offre n'est pas adaptée au terme de l'évaluation, les clients ainsi que les professionnels concernés en sont informés et reçoivent des conseils sur les démarches à entreprendre.		



I/1

**Evaluation et admission**

**indicateurs**

**standards**

- 7 Chaque client se voit attribuer au moins une personne de référence, dont la désignation tient compte des aspects liés à la diversité.
-



I/2 Thérapie et réinsertion	indicateurs	standards
1	Les thérapies et la réinsertion sont basées sur des approches professionnelles déterminées par l'unité organisationnelle et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.	
2	Un accord thérapeutique est signé entre l'unité organisationnelle et les clients. Il fixe leurs droits et devoirs respectifs.	
3	Le plan thérapeutique et de réinsertion est <ul style="list-style-type: none"><li>– établi d'entente avec les clients de manière transparente et compréhensible;</li><li>– centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des clients;</li><li>– réévalué à intervalles réguliers avec les clients et adapté à leur situation individuelle;</li><li>– dûment documenté.</li></ul>	
4	Le plan thérapeutique contient : <ul style="list-style-type: none"><li>– un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des clients ainsi que de l'évolution de leur addiction et des traitements passés;</li><li>– les objectifs visés;</li><li>– les mesures thérapeutiques envisagées;</li><li>– des informations sur le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés;</li><li>– des informations sur la fin de la prise en charge;</li><li>– l'évaluation des objectifs fixés en commun.</li></ul>	
5	L'unité organisationnelle vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.	
6	La participation de proches des clients est encouragée et se fait avec leur accord.	
7	Les clients ayant des enfants mineurs sont soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.	



I/2 Thérapie et réinsertion	indicateurs	standards
<b>8</b>	La structure de la journée et la participation aux activités quotidiennes de l'unité organisationnelle, voire les activités de réinsertion professionnelle sont basées sur un concept qui :	
<b>9</b>	Sous réserve de questions de sécurité, les mesures suivantes garantissent la sphère d'intimité des clients :	
<b>10</b>	Les transferts, les suspensions temporaires du séjour (time out) et les absences non autorisées des clients font l'objet de procédures et échanges d'informations dûment réglés.	
<b>11</b>	Les clients sont informés de la marche à suivre en situation de crise.	



I/3

**Prestations médicales et administration de médicaments**

**indicateurs**

**standards**

- 1 Un suivi médical somatique et psychiatrique, interne ou externe, est assuré durant toute la durée du séjour.

---

- 2 L'unité organisationnelle dispose des autorisations requises pour administrer des médicaments.

---

- 3 L'approvisionnement, la conservation et le contrôle des médicaments sont réglementés conformément aux exigences de sécurité en vigueur.

---

- 4 Les tâches, compétences et responsabilités inhérentes à l'administration de médicaments sont clairement définies.

---

- 5 Les exigences en matière d'hygiène et de sécurité relatives à l'administration de médicaments sont définies et leur respect garanti.

---

- 6 Toute administration de médicaments est précédée d'un contrôle – effectué selon un protocole standard – de la tolérance individuelle du client concerné au médicament en question.

---

- 7 La procédure permettant de s'assurer que les clients reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie.

---

- 8 L'unité organisationnelle documente de manière exhaustive à qui et quand, quels médicaments sont administrés.



1/3

**Prestations médicales et administration  
de médicaments**

**indicateurs**

**standards**

**9** La procédure à appliquer en cas de complications et de situations d'urgence est déterminée et un traitement médical d'urgence en tout temps garanti.

---

**10** La procédure de gestion des erreurs en matière d'administration de médicaments est définie.

---



I/4

**Accueil d'enfants**

**indicateurs**

**standards**

- 1 Lorsque l'unité organisationnelle accueille des enfants de clients, elle dispose de définitions conceptuelles appropriées pour les mesures thérapeutiques de soutien qui leur sont destinées et offre une infrastructure adaptée.

---

- 2 L'accueil d'enfants fait l'objet d'un examen préalable auquel sont associés les parents ou les personnes en charge de leur éducation ainsi que les autorités concernées.

---

- 3 L'unité organisationnelle examine si des mesures de protection de l'enfant doivent être mises en place ou maintenues.

---

- 4 Le bien de l'enfant primant sur les besoins des parents :
  - des mesures permettant de veiller au bien de l'enfant sont définies et convenues à l'avance pour les cas d'interruption de la thérapie par les parents ou l'un des parents ;
  - 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.



I/5 Sortie	indicateurs	standards
1	Les sorties sont structurées et réglées de manière à rendre possible un suivi ou à clarifier les conditions d'une réadmission.	
2	Lors de sorties planifiées, tant les mesures thérapeutiques de réinsertion prises que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le client.	
3	La procédure et l'évaluation interne sont définies pour les sorties non planifiées.	
4	Pour toute sortie, l'unité organisationnelle définit avec le consentement du client quelles informations sont transmises à qui et dans quel laps de temps.	
5	Lorsque le client est mineur : <ul style="list-style-type: none"><li>– la sortie s'effectue en concertation avec le détenteur de l'autorité parentale ;</li><li>– si le client mineur désire interrompre la thérapie, ses parents ou le détenteur de l'autorité parentale en sont immédiatement informés et un entretien réunissant toutes les parties est proposé.</li></ul>	
6	L'unité organisationnelle définit à quel moment le dossier du client est fermé.	



I/6 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle examine pour l'ensemble des clients l'opportunité d'une mise en relation avec d'autres services ou prestations et assure, si nécessaire, cette mise en réseau avec leur consentement.	
2	Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le client.	
3	L'unité organisationnelle définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le client.	
4	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



I/7

**Documentation**

**indicateurs**

**standards**

- 1 Les dossiers des clients contiennent les données et documents définis par l'unité organisationnelle.

---

- 2 Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail de l'unité organisationnelle et compréhensibles pour leurs destinataires.

---



## II

# Conseil, accompagnement et thérapie ambulatoires

1	Evaluation et admission	34
2	Conseil, accompagnement et thérapie	36
3	Fin de la prise en charge	38
4	Travail en réseau	39
5	Documentation	40



II/1	évaluation et admission	indicateurs	standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
2	La procédure d'admission est réglementée et documentée. Elle comporte des indications relatives : <ul style="list-style-type: none"><li>– au contact initial ;</li><li>– aux informations demandées aux clients ;</li><li>– à la décision d'admission.</li></ul>		
3	L'unité organisationnelle s'assure que la première personne en contact avec les clients connaît les prestations offertes en interne, qu'elle dispose de connaissances de base sur les problématiques d'addiction ainsi qu'en matière de conduite d'entretien et qu'elle connaît les prestations d'aide aux personnes dépendantes disponibles dans la région.		
4	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission : <ul style="list-style-type: none"><li>– les données personnelles nécessaires à la documentation du cas ;</li><li>– les conditions juridiques, formelles, financières et personnelles à remplir en vue de l'admission ;</li><li>– la situation aux plans psychosocial et de l'addiction ;</li><li>– l'état de santé ;</li><li>– la motivation et les ressources personnelles du client ;</li><li>– le système de soutien social et réseau relationnel des clients ;</li><li>– la situation des enfants mineurs des clients.</li></ul>		
5	Au besoin, l'unité organisationnelle se procure, moyennant une déclaration écrite de libération du secret professionnel de la part du client, les informations nécessaires auprès des services concernés ou précédemment en charge du dossier.		
6	Au cours de la procédure d'admission, les clients sont informés sur : <ul style="list-style-type: none"><li>– les conditions d'admission ;</li><li>– les offres de prise en charge ;</li><li>– les droits et devoirs mutuels ;</li><li>– les conséquences financières éventuelles de la prise en charge ;</li><li>– le cadre juridique ;</li><li>– la procédure en cas de crise.</li></ul>		



II/1 Evaluation et admission	indicateurs	standards
7	S'il s'avère que l'offre n'est pas adaptée au terme de l'évaluation, les clients ainsi que les professionnels concernés en sont informés et reçoivent des conseils sur les démarches à entreprendre.	
8	Chaque client se voit attribuer au moins une personne de référence, dont la désignation tient compte des aspects liés à la diversité.	
9	La question de la prise en charge de clients mineurs est réglée.	



II/2	Conseil, accompagnement et thérapie	indicateurs	standards
1	Les conseils, l'accompagnement et les thérapies sont basés sur des approches professionnelles déterminées par l'unité organisationnelle et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.		
2	L'unité organisationnelle fixe dans quels cas un accord thérapeutique, d'accompagnement ou de conseil qui règle les droits et devoirs de chaque partie est établi et signé par le client.		
3	Le plan thérapeutique, de conseil ou d'accompagnement est <ul style="list-style-type: none"><li>– établi d'entente avec les clients de manière transparente et compréhensible ;</li><li>– centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des clients ;</li><li>– réévalué à intervalles réguliers avec les clients et adapté à leur situation individuelle ;</li><li>– dûment documenté.</li></ul>		
4	Le plan thérapeutique, de conseil ou d'accompagnement contient : <ul style="list-style-type: none"><li>– un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des clients ainsi que de l'évolution de leur addiction et des traitements passés ;</li><li>– les objectifs visés ;</li><li>– les mesures thérapeutiques envisagées ;</li><li>– des informations sur le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés ;</li><li>– des informations sur la fin de la prise en charge ;</li><li>– l'évaluation des objectifs fixés en commun.</li></ul>		
5	L'unité organisationnelle vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.		
6	Si l'unité organisationnelle délivre des médicaments, <ul style="list-style-type: none"><li>– leur approvisionnement, leur conservation et leur contrôle sont réglés conformément aux exigences de sécurité en vigueur ;</li><li>– la procédure permettant de s'assurer que les clients reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie ;</li><li>– une documentation exhaustive indique à qui et quand, quels médicaments sont administrés.</li></ul>		



II/2	Conseil, accompagnement et thérapie	indicateurs	standards
------	-------------------------------------	-------------	-----------

7 La participation de proches des clients est encouragée et se fait avec leur accord.

---

8 Les clients ayant des enfants mineurs sont soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

---



II/3 Fin de la prise en charge	indicateurs	standards
1	La fin de la prise en charge est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi ou à clarifier les conditions d'une réadmission.	
2	Lorsque la prise en charge prend fin comme convenu, tant les mesures thérapeutiques, de conseil et d'accompagnement que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le client.	
3	La procédure et l'évaluation interne sont définies pour les fins de prise en charge non planifiées.	
4	Pour toute fin de prise en charge, l'unité organisationnelle définit avec le consentement du client quelles informations sont transmises à qui et dans quel laps de temps.	
5	L'unité organisationnelle définit à quel moment le dossier du client est fermé.	



II/4 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle examine pour l'ensemble des clients l'opportunité d'une mise en relation avec d'autres services ou prestations et assure, si nécessaire, cette mise en réseau avec leur consentement.	
2	Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le client.	
3	L'unité organisationnelle définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le client.	
4	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



II/5	Documentation	indicateurs	standards
------	---------------	-------------	-----------

1 Les dossiers des clients contiennent les données et documents définis par l'unité organisationnelle.

---

2 Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail de l'unité organisationnelle et compréhensibles pour leurs destinataires.

---



### III

## Traitement basé sur la substitution

1	Evaluation et admission	42
2	Traitement	44
3	Administration de substances et médication	46
4	Fin du traitement	48
5	Travail en réseau	49
6	Documentation	50



III/1	évaluation et admission	indicateurs	standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.		
2	La procédure d'admission est réglementée et documentée. Elle comporte des indications relatives : <ul style="list-style-type: none"><li>– au contact initial ;</li><li>– aux informations demandées aux patients ;</li><li>– à la décision d'admission.</li></ul>		
3	L'unité organisationnelle s'assure que la première personne en contact avec les patients connaît les prestations offertes en interne, qu'elle dispose de connaissances de base sur les problématiques d'addiction ainsi qu'en matière de conduite d'entretien et qu'elle connaît les prestations d'aide aux personnes dépendantes disponibles dans la région.		
4	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission : <ul style="list-style-type: none"><li>– les données personnelles nécessaires à la documentation du cas ;</li><li>– les conditions juridiques, formelles, financières et personnelles à remplir en vue de l'admission ;</li><li>– l'état de santé ;</li><li>– la situation aux plans psychosocial et de l'addiction ;</li><li>– la motivation et les ressources personnelles des patients ;</li><li>– le système de soutien social et réseau relationnel des patients ;</li><li>– la situation des enfants mineurs des patients.</li></ul>		
5	La pose du diagnostic est conforme aux standards internationaux.		
6	Au besoin, l'unité organisationnelle se procure, moyennant une déclaration écrite de libération du secret professionnel de la part du patient, les informations nécessaires auprès des services concernés ou précédemment en charge du dossier.		



III/1 Evaluation et admission	indicateurs	standards
7	Au cours de la procédure d'admission, les patients sont informés sur : <ul style="list-style-type: none"><li>- les conditions d'admission et la procédure d'entrée;</li><li>- les offres de prise en charge;</li><li>- les droits et devoirs mutuels;</li><li>- les modalités de remise de substances;</li><li>- les effets et effets secondaires des médicaments administrés, notamment de substitution;</li><li>- les dangers de la prise simultanée ou du mélange de substances illégales et de médicaments non prescrits;</li><li>- la nécessité de déclarer toute prise simultanée de médicaments prescrits par des médecins extérieurs;</li><li>- les questions liées à l'aptitude à conduire;</li><li>- les questions liées à la grossesse;</li><li>- les éventuelles conséquences financières de la prise en charge;</li><li>- le cadre juridique.</li></ul>	
8	S'il s'avère que l'offre n'est pas adaptée au terme de l'évaluation, les patients ainsi que les professionnels concernés en sont informés et reçoivent des conseils sur les démarches à entreprendre.	
9	Chaque patient se voit attribuer au moins une personne de référence, dont la désignation tient compte des aspects liés à la diversité.	
10	La question de la prise en charge de patients mineurs est réglée.	



III/2 Traitement	indicateurs	standards
1	Les traitements sont basés sur des approches professionnelles déterminées par l'unité organisationnelle et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.	
2	Un accord thérapeutique est signé entre l'unité organisationnelle et le patient. Il règle leurs droits et devoirs respectifs.	
3	Le plan thérapeutique est <ul style="list-style-type: none"><li>– établi d'entente avec les patients de manière transparente et compréhensible;</li><li>– centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des patients;</li><li>– réévalué à intervalles réguliers avec les patients et adapté à leur situation individuelle;</li><li>– dûment documenté.</li></ul>	
4	Le plan thérapeutique contient: <ul style="list-style-type: none"><li>– un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des patients ainsi que de l'évolution de leur addiction et des traitements passés;</li><li>– les objectifs visés;</li><li>– les mesures thérapeutiques envisagées;</li><li>– des informations sur le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés;</li><li>– des informations sur la fin du traitement;</li><li>– l'évaluation des objectifs fixés en commun.</li></ul>	
5	L'unité organisationnelle vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.	
6	La participation de proches des patients est encouragée et se fait avec leur accord.	
7	Les patients ayant des enfants mineurs sont soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.	



III/2	Traitement	indicateurs	standards
-------	------------	-------------	-----------

8 Les patients sont informés de la marche à suivre en situation de crise.

---



III/3

**Administration de substances  
et médication**

**indicateurs**

**standards**

- 1 L'unité organisationnelle dispose des autorisations requises pour administrer des médicaments de substitution, ainsi que tout autre médicament soumis à autorisation.

---

- 2 L'approvisionnement, la conservation et le contrôle des médicaments sont réglés conformément aux exigences de sécurité en vigueur.

---

- 3 Les tâches, compétences et responsabilités inhérentes à l'administration de médicaments sont clairement définies.

---

- 4 Les exigences en matière d'hygiène et de sécurité relatives à l'administration de médicaments sont réglées et leur respect garanti.

---

- 5 L'administration de substances s'effectue dans des locaux appropriés.

---

- 6 Le respect de la sphère intime des patients est garanti, sous réserve de questions de sécurité.

---

- 7 Toute administration de médicaments est précédée d'un contrôle – effectué selon un protocole standard – de la tolérance individuelle du patient concerné au médicament en question.

---

- 8 La procédure permettant de s'assurer que les patients reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie.

---



III/3

**Administration de substances  
et médication**

**indicateurs**

**standards**

- 9** L'unité organisationnelle documente de manière exhaustive à qui et quand, quels médicaments sont administrés.
- 
- 10** L'administration de substances fait l'objet d'une surveillance stricte afin d'éviter tout incident indésirable (trafic, overdoses, etc.) et de garantir la sécurité.
- 
- 11** Les modes de consommation des médicaments de substitution administrés sont dûment réglés.
- 
- 12** La procédure de gestion des erreurs en matière d'administration de médicaments est définie.
-



III/4 Fin du traitement	indicateurs	standards
1	La fin du traitement est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi ou à clarifier les conditions d'une reprise du traitement.	
2	Lorsque le traitement prend fin comme convenu, tant les mesures thérapeutiques prises que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le patient.	
3	La procédure et l'évaluation interne sont définies pour les fins de traitement non planifiées.	
4	Pour toute fin de traitement, l'unité organisationnelle définit avec le consentement du patient quelles informations sont transmises à qui et dans quel laps de temps.	
5	L'unité organisationnelle définit à quel moment le dossier du patient est fermé.	



III/5 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle examine pour l'ensemble des patients l'opportunité d'une mise en relation avec d'autres services ou prestations et assure, si nécessaire, cette mise en réseau avec leur consentement.	
2	Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le patient.	
3	L'unité organisationnelle définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le patient.	
4	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



III/6

Documentation

indicateurs

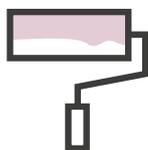
standards

- 1 Les dossiers des patients contiennent les données et documents définis par l'unité organisationnelle.

---

- 2 Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail de l'unité organisationnelle et compréhensibles pour leurs destinataires.

---



# IV

## Activités de réinsertion socioprofessionnelle

1	Evaluation et admission	52
2	Conseil et prise en charge socioprofessionnelle	54
3	Infrastructure de travail	56
4	Fin de la prise en charge	57
5	Travail en réseau	58
6	Documentation	59



IV/1 Evaluation et admission	indicateurs	standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.	
2	La procédure d'admission est réglementée et documentée. Elle comporte des indications relatives : <ul style="list-style-type: none"><li>– au contact initial ;</li><li>– aux informations demandées aux clients ;</li><li>– à la décision relative aux possibilités d'emploi ou d'entrée dans les programmes de travail proposés.</li></ul>	
3	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires en vue de l'engagement prévu : <ul style="list-style-type: none"><li>– les données personnelles nécessaires pour l'engagement ;</li><li>– les conditions juridiques, formelles, financières et personnelles à remplir en vue d'un engagement ;</li><li>– l'expérience professionnelle, la capacité de travail, les connaissances et compétences ;</li><li>– l'état de santé ;</li><li>– la situation de logement ;</li><li>– la situation aux plans psychosocial et de l'addiction ;</li><li>– la motivation et les ressources personnelles ;</li><li>– le système de soutien social et réseau relationnel des clients ;</li><li>– la situation des enfants mineurs des clients.</li></ul>	
4	Au besoin, l'unité organisationnelle se procure, moyennant une déclaration écrite de libération du secret professionnel de la part du client, les informations nécessaires auprès des services concernés ou précédemment en charge du dossier.	



IV/1	Evaluation et admission	indicateurs	standards
5	Dans le cadre de la procédure d'admission, les clients reçoivent les informations nécessaires à leur affectation dans le cadre d'une réinsertion socioprofessionnelle, soit :		
6	S'il s'avère que l'offre n'est pas adaptée au terme de l'évaluation, les clients ainsi que les professionnels concernés en sont informés et reçoivent des conseils sur les démarches à entreprendre.		



IV/2

Conseil et prise en charge  
socioprofessionnelle

indicateurs

standards

- 1 La prise en charge socioprofessionnelle des activités de travail et d'occupation est basée sur des approches professionnelles déterminées par l'unité organisationnelle et obéit aux principes de l'interdisciplinarité.

---

- 2 L'unité organisationnelle établit une convention ou un contrat de travail signé par le client. Ce document règle leurs droits et devoirs respectifs.

---

- 3 L'activité occupationnelle ou professionnelle
  - se définit d'entente avec les clients, de manière transparente et compréhensible;
  - est centrée sur des buts et sur les ressources personnelles des clientes;
  - est réévaluée à intervalles réguliers avec les clients et adaptée à leur situation individuelle;
  - est dûment documentée.

---

- 4 Les programmes de travail de longue durée font l'objet d'un plan d'action qui contient les points suivants:
  - la durée de l'affectation;
  - les objectifs visés;
  - les mesures d'accompagnement envisagées;
  - des informations sur la sécurité au travail, le travail et la consommation de stupéfiants, l'aptitude à conduire;
  - des informations sur le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés;
  - des informations sur la fin de la prise en charge;
  - l'évaluation des objectifs fixés en commun.

---

- 5 L'unité organisationnelle vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.

---

- 6 Les affectations auprès d'entreprises extérieures font l'objet d'une évaluation avec l'employeur concerné.



IV/2

**Conseil et prise en charge  
socioprofessionnelle**

**indicateurs**

**standards**

- 7** Les instructions, les directives concernant le travail et les évaluations sont délivrées par des professionnels qualifiés ou au bénéfice d'une formation continue dans le domaine socioprofessionnel.
- 
- 8** Le mode d'indemnisation est clairement défini et compréhensible pour les clients.
- 
- 9** Les clients signent un reçu pour chaque versement/indemnisation et reçoivent un décompte de salaire une fois par mois. Un certificat de salaire est également délivré une fois par année pour les revenus soumis à l'AVS.
-



IV/3

Infrastructure de travail

indicateurs

standards

- 1 L'unité organisationnelle met à disposition une infrastructure de travail satisfaisant aux exigences internes et externes tant au plan fonctionnel, de la sécurité au travail, de la protection de la santé et de l'hygiène que de la propreté.

---

- 2 L'utilisation de l'infrastructure de travail et du matériel est réglementée et tient compte des particularités des clients.

---



IV/4 Fin de la prise en charge	indicateurs	standards
1	La fin de la prise en charge des programmes de réinsertion professionnelle est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi ou à clarifier les conditions d'une réadmission.	
2	Lorsque la prise en charge prend fin comme prévu, les activités effectuées et les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec les clients.	
3	La procédure et l'évaluation interne sont définies pour les fins de prise en charge non planifiées.	
4	Pour toute fin de prise en charge, l'unité organisationnelle définit avec le consentement du client quelles informations sont transmises à qui et dans quel laps de temps.	
5	Lors de programmes de travail de longue durée, les clients se voient délivrer un certificat ou une attestation de travail.	
6	L'unité organisationnelle définit à quel moment le dossier du client est fermé.	



IV/5 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle examine pour l'ensemble des clients l'opportunité d'une mise en relation avec d'autres services ou prestations et assure, si nécessaire, cette mise en réseau avec leur consentement.	
2	Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le client.	
3	L'unité organisationnelle définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le client.	
4	La procédure d'acquisition de possibilités de travail - tant internes qu'externes - s'effectue de manière méthodique, est documentée et régulièrement réévaluée.	
5	La collaboration avec des employeurs externes fait l'objet de règles contractuelles.	
6	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



IV/6

Documentation

indicateurs

standards

- 1 Les dossiers des clients contiennent les données et documents définis par l'unité organisationnelle.

---

- 2 Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail de l'unité organisationnelle et compréhensibles pour leurs destinataires.

---



# V

## Habitat protégé et accompagnement à domicile

1	Evaluation et admission	61
2	Conseil et accompagnement	63
3	Infrastructure d'hébergement	65
4	Fin de la prise en charge	66
5	Travail en réseau	67
6	Documentation	68



V/1 Evaluation et admission	indicateurs	standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.	
2	La procédure d'admission est réglementée et documentée. Elle comporte des indications relatives : <ul style="list-style-type: none"><li>– au contact initial ;</li><li>– aux informations demandées aux clients ;</li><li>– à la décision d'admission.</li></ul>	
3	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir – parmi les points ci-dessous – les informations nécessaires pour décider d'une admission : <ul style="list-style-type: none"><li>– les données personnelles nécessaires à la documentation du cas ;</li><li>– les conditions juridiques, formelles, financières et personnelles à remplir en vue d'une admission ;</li><li>– l'état de santé ;</li><li>– la situation aux plans psychosocial et de l'addiction ;</li><li>– la motivation et les ressources personnelles du client ;</li><li>– l'autonomie résidentielle ;</li><li>– le système de soutien social et réseau relationnel des clients ;</li><li>– la situation des enfants mineurs des clients ;</li><li>– la capacité à organiser ses journées au quotidien.</li></ul>	
4	Au besoin, l'unité organisationnelle se procure, moyennant une déclaration écrite de libération du secret professionnel de la part du client, les informations nécessaires auprès des services concernés ou précédemment en charge du dossier.	
5	Au cours de la procédure d'admission, les clients sont informés sur : <ul style="list-style-type: none"><li>– les conditions d'admission et la procédure d'entrée ;</li><li>– les offres de prise en charge ;</li><li>– les droits et devoirs mutuels ;</li><li>– le cadre juridique ;</li><li>– le règlement intérieur ;</li><li>– les éventuelles conséquences financières de la prise en charge.</li></ul>	
6	S'il s'avère que l'offre n'est pas adaptée au terme de l'évaluation, les clients ainsi que les professionnels concernés en sont informés et reçoivent des conseils sur les démarches à entreprendre.	



V/1 Evaluation et admission	indicateurs	standards
7	Chaque client se voit attribuer au moins une personne de référence, dont la désignation tient compte des aspects liés à la diversité.	
8	L'attribution d'un appartement ou d'une chambre se fait selon des critères préétablis.	
9	L'accueil de clients accompagnés d'enfants mineurs est réglé.	
10	L'accueil de clients mineurs est réglé.	



V/2 Conseil et accompagnement	indicateurs	standards
1	Le conseil et l'accompagnement sont basés sur des approches professionnelles déterminées par l'unité organisationnelle et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.	
2	Un accord thérapeutique est signé entre l'unité organisationnelle et les clients. Il fixe leurs droits et devoirs respectifs.	
3	Le plan de conseil et d'accompagnement est <ul style="list-style-type: none"><li>– établi d'entente avec les clients de manière transparente et compréhensible;</li><li>– centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des clients;</li><li>– réévalué à intervalles réguliers avec les clients et adapté à leur situation individuelle;</li><li>– dûment documenté.</li></ul>	
4	Le plan de conseil et d'accompagnement contient: <ul style="list-style-type: none"><li>– un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des clients ainsi que de l'évolution de leur addiction et des traitements passés;</li><li>– les objectifs visés;</li><li>– les mesures d'accompagnement envisagées;</li><li>– des informations sur le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés, de même que la consommation à faible risque;</li><li>– des informations sur la fin de la prise en charge;</li><li>– l'évaluation des objectifs fixés en commun.</li></ul>	
5	L'unité de prise en charge vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.	
6	La participation de proches des clients est encouragée et se fait avec leur accord.	



V/2	Conseil et accompagnement	indicateurs	standards
7	Les clients ayant des enfants mineurs sont soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.		
8	Lorsque cela est prévu, la structuration de la journée et la participation aux activités quotidiennes sont définies et discutées dans le cadre du processus de conseil et d'accompagnement.		
9	La procédure à suivre et les échanges d'information en cas de transfert ou de suspension provisoire de la prise en charge (time out) sont dûment réglés.		
10	Une prise en charge médicale – interne ou externe – est assurée durant toute la durée du séjour.		
11	Si l'unité organisationnelle délivre des médicaments, <ul style="list-style-type: none"><li>– leur approvisionnement, leur conservation et leur contrôle sont réglés conformément aux exigences de sécurité en vigueur ;</li><li>– la procédure permettant de s'assurer que les clients reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie ;</li><li>– une documentation exhaustive indique à qui et quand, quels médicaments sont administrés ;</li><li>– la procédure de gestion des erreurs en matière d'administration de médicaments est définie.</li></ul>		
12	Les clients sont informés de la marche à suivre en situation de crise.		



V/3 Infrastructure d'hébergement	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle met à disposition une infrastructure d'hébergement conforme aux exigences de fonctionnalité, de sécurité, d'hygiène et de propreté ainsi qu'aux besoins spécifiques des clients.	
2	La procédure de recherche et d'obtention de logements est méthodique, documentée et régulièrement évaluée.	
3	La location de logements par l'unité organisationnelle fait l'objet d'accords contractuels avec la gérance concernée.	



V/4 Fin de la prise en charge	indicateurs	standards
1	La fin de la prise en charge est structurée et réglée de manière à rendre possible un suivi ou à clarifier les conditions d'une réadmission.	
2	Lorsque la prise en charge prend fin comme prévu, tant les mesures de conseil et d'accompagnement prises que les objectifs atteints font l'objet d'une évaluation effectuée conjointement avec le client.	
3	La procédure et l'évaluation interne sont définies pour les fins de prise charge non planifiées.	
4	Pour toute fin de prise en charge, l'unité organisationnelle définit avec le client concerné quelles informations sont transmises à qui et dans quel laps de temps.	
5	L'unité organisationnelle définit à quel moment le dossier du client est fermé.	



V/5 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle examine pour l'ensemble des clients l'opportunité d'une mise en relation avec d'autres services ou prestations et assure, si nécessaire, cette mise en réseau avec leur consentement.	
2	Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le client.	
3	L'unité organisationnelle définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le client.	
4	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



V/6	Documentation	indicateurs	standards
-----	---------------	-------------	-----------

1 Les dossiers des clients contiennent les données et documents définis par l'unité organisationnelle.

2 Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail de l'unité organisationnelle et compréhensibles pour leurs destinataires.



# VI

## Centres d'hébergement d'urgence

1	Admission	70
2	Séjour, conseil et triage	71
3	Assistance de base	72
4	Travail en réseau	73
5	Documentation	74



VI/1 Admission	indicateurs	standards
<b>1</b>	L'accès au centre et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.	
<b>2</b>	La procédure d'admission est réglée. Elle définit les éléments relatifs : <ul style="list-style-type: none"><li>– aux critères d'admission ;</li><li>– à la collecte des données personnelles, conformément aux directives communales ou cantonales ;</li><li>– aux modalités de paiement ;</li><li>– aux informations fournies aux clients.</li></ul>	
<b>3</b>	A leur arrivée, le centre fait part aux clients de tous les points du règlement intérieur ainsi que de leurs droits et devoirs durant leur séjour.	
<b>4</b>	L'attribution des chambres tient au moins compte des points suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>– le comportement du client en matière de consommation de substances ;</li><li>– la situation actuelle du client ;</li><li>– les aspects liés à la diversité.</li></ul>	



VI/2 Séjour, conseil et triage	indicateurs	standards
1	Durant la nuit, au moins une personne qualifiée est en permanence présente au centre, et une autre personne, également qualifiée, atteignable en tout temps.	
2	Les activités du centre sont effectuées selon une check-list ou une marche à suivre.	
3	Au besoin, les clients reçoivent toute information utile sur les offres disponibles pour la journée suivante.	
4	Le centre règle la question de la prise en charge <ul style="list-style-type: none"><li>- des clients mineurs;</li><li>- des femmes enceintes;</li><li>- des clients accompagnés d'enfants mineurs;</li><li>- des clients ayant des problèmes médicaux;</li><li>- des clients revenant régulièrement.</li></ul>	
5	Les clients sont informés sur les offres d'habitat protégé et d'accompagnement à domicile et sont, au besoin, mis en contact avec les organismes concernés.	
6	Les clients sont informés de la marche à suivre en situation de crise.	



VI/3

Assistance de base

indicateurs

standards

- 1 Le centre règle l'étendue des soins de santé offerts et du matériel nécessaire (y c. médicaments) mis à disposition à cet effet.

---

- 2 Le centre offre la possibilité de se doucher et de laver du linge. Les installations sanitaires sont autant que possible séparées par genre.

---

- 3 La remise de matériel d'injection est réglementée.

---

- 4 La remise de matériel de prévention s'effectue en fonction des groupes cibles.

---



VI/4 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	Si nécessaire, le centre met en contact les clients avec d'autres services et prestations.	
2	La prise en charge en réseau d'un cas s'effectue en présence du client concerné, ou avec son consentement.	
3	Le centre règle la procédure relative aux signalements (avis de détresse).	
4	L'unité organisationnelle définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le client.	
5	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



VI/5

Documentation

indicateurs

standards

1 Le centre détermine quelles données personnelles des clients sont recueillies.

---

2 Les interventions de crise sont documentées par écrit.

---

3 Le centre définit les données et les événements critiques à documenter.

---



## VII

# Centres d'accueil bas seuil

1	Accès et prise de contact	76
2	Conseil et accompagnement	77
3	Assistance de base	79
4	Offres d'activités occupationnelles	81
5	Travail en réseau	82
6	Documentation	83



VII/1

Accès et prise de contact

indicateurs

standards

- 1 L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.

---

- 2 Les tâches et compétences des personnes qui règlent l'accueil sont clairement définies.

---

- 3 La procédure relative au contact initial et à la décision d'admission au centre définit les éléments relatifs :
  - aux critères d'admission ;
  - aux clarifications nécessaires en vue de l'admission ;
  - aux informations fournies aux clients.

---

- 4 Le centre s'assure que l'équipe de conseil et d'accompagnement connaît les prestations offertes en interne, qu'elle dispose de connaissances de base sur les problématiques d'addiction ainsi qu'en matière de conduite d'entretien et qu'elle connaît les prestations d'aide aux personnes dépendantes disponibles dans la région.

---

- 5 Le centre règle la question de l'accueil
  - des clients mineurs ;
  - des femmes enceintes / des futurs pères ;
  - des clients accompagnés d'enfants mineurs.

---

- 6 Lorsque des clients se voient refuser l'accès au centre, des informations sur d'autres offres leur sont fournies, si nécessaire.

---



VII/2

Conseil et accompagnement

indicateurs

standards

1 Le conseil, l'accompagnement et les traitements sont basés sur des approches professionnelles déterminées par le centre et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.

2 Le centre définit

- l'étendue des activités de conseil et d'accompagnement dévolues aux clients faisant régulièrement appel à lui, en particulier aux mineurs et aux jeunes adultes;
- l'observation individuelle des clients-en vue de repérer précocement toute situation d'urgence ou de crise.

3 Au cours des activités de conseil et d'accompagnement, les clients sont informés sur :

- les offres gratuites et payantes du centre;
- les offres des services sociaux et de santé;
- les droits et devoirs mutuels;
- les voies de plainte et de recours;
- le règlement intérieur;
- le cadre juridique;
- le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés, de même que la consommation à faible risque.

4 Les activités de conseil et d'accompagnement

- sont établies d'entente avec les clients de manière transparente et compréhensible;
- sont centrées sur des objectifs et sur les ressources personnelles des clients;
- sont réévaluées à intervalles réguliers avec les clients et adaptées à leur situation individuelle;
- sont, si cela est prévu, documentées.

5 Au besoin, le centre se procure, moyennant une déclaration écrite de libération du secret professionnel de la part du client, les informations nécessaires au conseil ou à l'accompagnement auprès des services concernés ou précédemment en charge du dossier.

6 Le centre vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.



VII/2 Conseil et accompagnement	indicateurs	standards
------------------------------------	-------------	-----------

7 Les clients ayant des enfants mineurs sont soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

---

8 Les clients sont informés de la marche à suivre en situation de crise.

---



VII/3

Assistance de base

indicateurs

standards

1 Les règles concernant la remise de matériel de consommation sont définies.

2 Les règles relatives à l'élimination correcte du matériel d'injection sont définies.

3 Les règles concernant la remise de matériel de prévention sont fixées.

4 L'accès à des repas et boissons est réglé.

5 La possibilité de se doucher ou de laver ses habits et l'éventuel accès à une bourse aux vêtements sont déterminés.

6 Les soins infirmiers de base sont définis.

7 La procédure à appliquer en cas de complications et de situations d'urgence est déterminée et un traitement médical d'urgence garanti en tout temps.

8 L'infrastructure et l'exploitation de locaux de consommation de substances répondent aux standards professionnels.



VII/3

Assistance de base

indicateurs

standards

- 9 La disposition des locaux offre une zone de tranquillité pour les clients, ainsi qu'une zone de contact pour les activités de conseil.
-



VII/4

Offres d'activités occupationnelles

indicateurs

standards

1 Le centre règle les possibilités internes d'occupation.

---

2 Les directives relatives au travail et le déroulement de celui-ci sont clairement décrits et adaptés aux capacités et à l'état de santé des clients.

---



VII/5

Travail en réseau

indicateurs

standards

- 1 Le centre d'accueil et de contact assure, si nécessaire et avec leur consentement, la mise en réseau des clients avec d'autres services et prestations.

---

- 2 Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le client.

---

- 3 Le centre définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le client.

---

- 4 La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.

---



VII/6

Documentation

indicateurs

standards

- 1 Le centre détermine les cas dans lesquels un dossier client est ouvert.

---

- 2 Les éventuels dossiers des clients contiennent les données et documents définis par le centre.

---

- 3 Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail du centre et compréhensibles pour leurs destinataires.

---

- 4 Le centre définit les données, les activités et les évènements critiques à documenter.

---



## VIII

# Travail social hors murs (TSHM)

1	Prise de contact, conseil et accompagnement	85
2	Remise de matériel	87
3	Travail en réseau	88
4	Documentation	89



VIII/1

**Prise de contact, conseil et accompagnement**

**indicateurs**

**standards**

- 1 L'unité de travail social hors murs (TSHM) définit le type, l'étendue, le cadre et l'évaluation des activités.

---

- 2 La prise de contact, le conseil et l'accompagnement sont basés sur des approches professionnelles déterminées par le TSHM et obéissent aux principes de l'interdisciplinarité.

---

- 3 Le TSHM définit les conditions cadre et méthodes lui permettant une prise de contact proactive avec la clientèle visée.

---

- 4 Au cours des activités de conseil et d'accompagnement, les clients sont informés sur :
  - les offres gratuites et payantes du TSHM;
  - les offres des services sociaux et de santé;
  - les droits et devoirs mutuels;
  - les voies de plainte;
  - le cadre juridique;
  - le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés, ainsi que la consommation à faible risque.

---

- 5 Les activités de conseil et d'accompagnement
  - sont réalisées de manière transparente et compréhensible avec les clients et en s'assurant du caractère volontaire de leur démarche;
  - sont centrées sur des objectifs et sur les ressources personnelles des clients;
  - favorisent la compétence des clients à se montrer autonomes dans la recherche de soutien;
  - sont, si cela est prévu, documentées.

---

- 6 Le TSHM vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.



VIII/1

**Prise de contact, conseil et accompagnement**

**indicateurs**

**standards**

**7** Le TSHM règle la question de la prise en charge

- des clients mineurs;
- des femmes enceintes / des futurs pères;
- des clients accompagnés d'enfants mineurs.

**8** Le TSHM définit comment observer de manière attentive et structurée la scène de la drogue et les autres espaces publics.

**9** La procédure à appliquer lors de situations de crise est définie et une aide de premiers secours garantie.



VIII/2

Remise de matériel

indicateurs

standards

- 1 Le TSHM définit le matériel d'information et de prévention à remettre et comment sa distribution tient compte des groupes cibles et de leurs besoins.

---

- 2 La remise et l'échange de matériel d'injection ainsi que la remise ou la vente d'accessoires et de produits de préparation (acide ascorbique) nécessaires à cet effet sont réglementés.

---



VIII/3 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	Le TSHM assure, si nécessaire et avec leur consentement, la mise en réseau des clients avec d'autres services et prestations.	
2	Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le client.	
3	Le TSHM définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le client.	
4	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



VIII/4	Documentation	indicateurs	standards
1	Le TSHM détermine les cas dans lesquels un dossier client est ouvert.		
2	Les éventuels dossiers des clients contiennent les données et les documents définis par le TSHM.		
3	Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail du TSHM et compréhensibles pour leurs destinataires.		
4	Le TSHM définit les données, les activités et les événements critiques à documenter.		



# IX

## Sevrage

1	Evaluation et admission	91
2	Traitement de la dépendance	93
3	Prestations médicales et administration de médicaments	95
4	Sortie	97
5	Travail en réseau	98
6	Documentation	99



IX/1 Evaluation et admission	indicateurs	standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.	
2	L'unité organisationnelle s'assure que la première personne en contact avec les patients connaît les prestations offertes en interne, qu'elle dispose de connaissances de base sur les problématiques d'addiction ainsi qu'en matière de conduite d'entretien et qu'elle connaît les prestations d'aide aux personnes dépendantes disponibles dans la région.	
3	La procédure d'admission est réglée et comporte des indications relatives : <ul style="list-style-type: none"><li>– au contact initial;</li><li>– aux clarifications nécessaires;</li><li>– à la décision d'admission.</li></ul>	
4	Au cours des entretiens d'évaluation, l'unité organisationnelle veille à obtenir - parmi les points ci-dessous - les informations nécessaires pour décider d'une admission : <ul style="list-style-type: none"><li>– les données personnelles nécessaires à la documentation du cas;</li><li>– les conditions juridiques, formelles, financières et personnelles à remplir en vue de l'admission;</li><li>– l'anamnèse bio-psycho-sociale, médicale et infirmière;</li><li>– l'analyse de la situation en matière d'addiction;</li><li>– la motivation et les ressources personnelles des patients;</li><li>– le système de soutien social et réseau relationnel des patients;</li><li>– la situation des enfants mineurs des patients.</li></ul>	
5	Au besoin, l'unité organisationnelle se procure, moyennant une déclaration écrite de libération du secret professionnel de la part du patient, les informations nécessaires auprès des services concernés ou précédemment en charge du dossier	



IX/1	Evaluation et admission	indicateurs	standards
6	Au cours de la procédure d'admission, les patients sont informés sur : <ul style="list-style-type: none"><li>- les conditions d'admission et la procédure d'entrée;</li><li>- les offres de prise en charge;</li><li>- la durée du séjour, le règlement intérieur et le déroulement des journées;</li><li>- les droits et devoirs mutuels;</li><li>- les contrôles d'abstinence;</li><li>- les critères d'exclusion;</li><li>- le cadre juridique;</li><li>- la garantie de paiement et les éventuelles conséquences financières de la prise en charge;</li><li>- la marche à suivre en situation de crise.</li></ul>		
7	S'il s'avère que l'offre n'est pas adaptée au terme de l'évaluation, les patients ainsi que les professionnel-le-s concernés en sont informés et reçoivent des conseils sur les démarches à entreprendre.		
8	Chaque patient se voit attribuer au moins une personne de référence, dont la désignation tient compte des aspects liés à la diversité.		
9	La question de la prise en charge de patients mineurs est réglée.		



IX/2

Traitement de la dépendance

indicateurs

standards

- 1 Le traitement la dépendance, plus spécifiquement le sevrage, est basé sur des approches professionnelles déterminées par l'unité organisationnelle et obéit aux principes de l'interdisciplinarité.

---

- 2 Un accord thérapeutique est signé entre l'unité organisationnelle et le patient. Il fixe leurs droits et devoirs respectifs.

---

- 3 Le plan thérapeutique est
  - établi d'entente avec les patients de manière transparente et compréhensible;
  - centré sur des objectifs et sur les ressources personnelles des patients;
  - réévalué à intervalles réguliers avec les patients et adapté à leur situation individuelle;
  - dûment documenté.

---

- 4 Le plan thérapeutique contient:
  - un relevé des antécédents et des conditions de vie actuelles des patients ainsi que de l'évolution de leur addiction et des traitements passés;
  - les objectifs visés;
  - les mesures thérapeutiques envisagées;
  - des informations sur le comportement addictif, la consommation de substances et les risques associés;
  - des informations sur la fin du traitement et le début d'une post-cure;
  - l'évaluation des objectifs fixés en commun.

---

- 5 L'unité organisationnelle vérifie régulièrement si d'autres offres de soutien sont nécessaires.

---

- 6 La participation de proches des patients est encouragée et se fait avec leur accord.

---

- 7 Les patients ayant des enfants mineurs sont soutenus dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.



IX/2

Traitement de la dépendance

indicateurs

standards

- 8** La structure de la journée et la participation aux activités quotidiennes de l'unité organisationnelle, voire les activités de réinsertion professionnelle sont basées sur un concept qui :
- mentionne les objectifs, les diverses possibilités, les conditions, l'indemnisation financière, la couverture d'assurance et la forme contractuelle des activités ;
  - stimule les compétences des patients.
- 
- 9** Sous réserve de questions de sécurité, les mesures suivantes garantissent la sphère d'intimité des patients :
- l'attribution d'une chambre s'effectue en fonction de critères préétablis tenant compte d'aspects spécifiques liés aux groupes cibles ;
  - les patients disposent d'espaces et de moments leur permettant de se retirer dans leur sphère privée.
- 
- 10** La procédure et les informations à échanger en cas d'arrêt du traitement ou de fugue sont définies.
-



IX/3

**Prestations médicales et administration de médicaments**

**indicateurs**

**standards**

- 1 Un suivi médical somatique et psychiatrique, interne ou externe, est assuré durant toute la durée du séjour.

---

- 2 L'unité organisationnelle dispose des autorisations requises pour administrer des médicaments aux patients.

---

- 3 L'approvisionnement, la conservation et le contrôle des médicaments administrés dans le cadre d'un traitement de sevrage sont réglementés conformément aux exigences de sécurité en vigueur.

---

- 4 Les tâches, compétences et responsabilités inhérentes à l'administration de médicaments sont clairement définies.

---

- 5 Les exigences en matière d'hygiène et de sécurité relatives à l'administration de médicaments sont définies et leur respect garanti.

---

- 6 Toute administration de médicaments est précédée d'un contrôle – effectué selon un protocole standard – de la tolérance individuelle du patient concerné au médicament en question.

---

- 7 La procédure permettant de s'assurer que les patients reçoivent la bonne médication, au bon moment et selon la dose prescrite est clairement définie.

---

- 8 L'unité organisationnelle documente de manière exhaustive à qui et quand, quels médicaments sont administrés.



IX/3

**Prestations médicales et administration  
de médicaments**

**indicateurs**

**standards**

**9** La procédure à appliquer en cas de complications et de situations d'urgence est déterminée et un traitement médical d'urgence en tout temps garanti.

---

**10** La procédure de gestion des erreurs en matière d'administration de médicaments est définie.

---



IX/4 Sortie	indicateurs	standards
1	Les sorties sont structurées et réglées de manière à rendre possible un suivi ou à clarifier les conditions d'une réadmission.	
2	Afin de garantir la post-cure, des rendez-vous fermes auprès de médecins spécialistes, d'institutions ou de services sociaux et de santé sont organisés d'entente avec les patients.	
3	Lors de sorties planifiées, <ul style="list-style-type: none"><li>- la situation financière et légale des patients est clarifiée ;</li><li>- le traitement médicamenteux est défini et discuté avec le patient ;</li><li>- l'atteinte des objectifs est évaluée avec le patient.</li></ul>	
4	La procédure et l'évaluation interne sont définies pour les sorties non planifiées.	
5	Pour toute sortie, l'unité organisationnelle définit avec le consentement du patient quelles informations sont transmises à qui et dans quel laps de temps.	
6	L'unité organisationnelle définit à quel moment le dossier du patient est fermé.	



IX/5 Travail en réseau	indicateurs	standards
1	L'unité organisationnelle examine pour l'ensemble des patients l'opportunité d'une mise en relation avec d'autres services ou prestations et assure, si nécessaire, cette mise en réseau avec leur consentement.	
2	Dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire, les responsabilités des parties concernées sont clarifiées et documentées. La situation est régulièrement évaluée avec le patient.	
3	L'unité organisationnelle définit quels rapports ou informations sont transmis à quels partenaires du réseau et en informe le patient.	
4	La circulation de l'information entre les partenaires du réseau est assurée en situation de crise.	



IX/6

Documentation

indicateurs

standards

- 1 Les dossiers des patients contiennent les données et documents définis par l'unité organisationnelle.

---

  - 2 Les inscriptions portées au dossier et les rapports correspondent à la réalité des faits, sont appropriés pour le travail de l'unité organisationnelle et compréhensibles pour leurs destinataires.
-



# X

## Promotion de la santé, prévention et intervention précoce

1	Obtention et définition du mandat	101
2	Conception, développement et mise en œuvre de prestations	103
3	Mise à disposition d'informations	105
4	Travail en réseau	106
5	Documentation	107



X/1 Obtention et définition du mandat	indicateurs	standards
1	L'accès à l'unité organisationnelle et la prise de contact sont réglés de manière compréhensible.	
2	L'unité organisationnelle dispose d'une vue d'ensemble et d'un descriptif de ses clients et mandants potentiels.	
3	L'unité organisationnelle définit chacune des prestations offertes dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, du repérage et de l'intervention précoces et indique clairement à ses clients et mandants potentiels : <ul style="list-style-type: none"><li>- les coûts à leur charge ;</li><li>- les prestations fournies ;</li><li>- les prestations qu'il leur revient d'assumer.</li></ul>	
4	Le processus de prospection, de triage, d'obtention et de définition des mandats est établi.	
5	Si la définition du mandat montre que l'offre de l'unité organisationnelle n'est pas adaptée, les mandants sont, au besoin, redirigés vers un autre organisme.	
6	L'unité organisationnelle définit pour quelles prestations un accord écrit est signé avec ses mandants ou clients.	



X/1 Obtention et définition du mandat	indicateurs	standards
7	Les accords écrits passés avec des mandants ou clients précisent : <ul style="list-style-type: none"><li>– les prestations fournies par l'unité organisationnelle ;</li><li>– les objectifs, la stratégie et les mesures prévus ;</li><li>– les acteurs impliqués ;</li><li>– les tâches, responsabilités et compétences de chaque partie ;</li><li>– les méthodes appliquées ou mises en œuvre ;</li><li>– le calendrier ;</li><li>– l'investissement financier et en personnel requis de la part des mandants ou clients ;</li><li>– les droits et devoirs de chaque partie ainsi que d'éventuelles autres conditions ;</li><li>– l'évaluation.</li></ul>	



X/2 Conception, développement et mise en œuvre de prestations	indicateurs	standards
--	-------------	-----------

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>1</b> La conception, le développement ou la mise en œuvre de prestations en matière de promotion de la santé, de prévention, de repérage et d'intervention précoces</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– répondent à un besoin avéré ;</li> <li>– sont centrés sur des groupes cibles et des objectifs déterminés ;</li> <li>– définissent les niveaux d'impact visés ;</li> <li>– tiennent compte des évolutions actuelles ou prévisibles de la société ;</li> <li>– se basent sur les acquis scientifiques en la matière et tiennent compte des expériences déjà faites ainsi que du matériel existant ;</li> <li>– s'effectuent en y associant les principaux acteurs concernés ainsi que d'entente avec le canton ou les communes concernés ;</li> <li>– définissent qui doit être informé, quand et par qui ;</li> <li>– sont effectués en tenant compte des principes et méthodes reconnus en matière de promotion de la santé, de prévention, ainsi que de repérage et d'intervention précoces ;</li> <li>– prennent en considération les spécificités des contextes (Settings) visés ;</li> <li>– tiennent compte des aspects liés à la diversité ;</li> <li>– prennent en considération les possibilités de multiplication et de durabilité des projets ;</li> <li>– rendent publics les soutiens publicitaires dont l'unité organisationnelle pourrait bénéficier sous forme de services ou de produits ;</li> <li>– définissent sous quelle forme se font l'évaluation et la mise en valeur des résultats.</li> </ul> |  |  |
|--|--|--|

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>2</b> Si, dans le cadre de ses activités, l'unité organisationnelle vient à identifier des indices d'une possible mise en danger du développement physique, psychique ou social d'une personne, elle recourra aux dispositifs reconnus de repérage et d'intervention précoces ou lui fournira une aide directe.</p> |  |  |
|---|--|--|

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>3</b> La manière et le moment auquel des prestations en matière de promotion de la santé, de prévention, de repérage et d'intervention précoces doivent s'achever est dûment défini.</p> |  |  |
|--|--|--|



X/2 Conception, développement et mise en œuvre de prestations	indicateurs	standards
--	-------------	-----------

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>4</b> L'évaluation des prestations fournies est systématique et prend en particulier en considération <ul style="list-style-type: none"><li>- l'égalité des chances;</li><li>- l'autonomisation ou Empowerment;</li><li>- les groupes cibles;</li><li>- les différents contextes concernés ou approche par settings;</li><li>- le principe participatif;</li><li>- s'agissant de projets: les motifs, la planification, l'organisation et le pilotage du projet, ainsi que ses résultats et effets;</li><li>- les leçons qui en ont été tirées.</li></ul> |  |  |
|--|--|--|
-



X/3 Mise à disposition d'informations	indicateurs	standards
<b>1</b>	L'unité organisationnelle garantit que <ul style="list-style-type: none"><li>– la forme et le contenu des informations transmises sont d'actualité et adaptés aux spécificités du public cible;</li><li>– le mix-média utilisé pour la transmission d'informations est clairement défini;</li><li>– le développement du paysage médiatique est poursuivi en matière de transmission d'informations.</li></ul>	
<b>2</b>	Les clients et les mandants sont soutenus et conseillés dans leur recherche d'informations.	
<b>3</b>	Le placement, la diffusion et la présentation d'informations répondent à des objectifs et besoins déterminés et sont régulièrement évalués.	



X/4 Travail en réseau	indicateurs	standards
--------------------------	-------------	-----------

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1 | La collaboration avec des acteurs extérieurs ainsi que les compétences et responsabilités de chaque partie sont définies et régulièrement évaluées. |  |
|---|---|--|
-



X/5 Documentation	indicateurs	standards
----------------------	-------------	-----------

- 1 L'unité organisationnelle définit quelles prestations sont documentées, et sous quelle forme.
-

# Impressum

**Editeur**

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

**Date de publication**

Février 2020, 4<sup>ème</sup> édition

**Auteurs**

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

**Layout**

Heyday, Konzeption und Gestaltung GmbH, Berne

**Diffusion /commande de la version imprimée**

[www.publicationsfederales.admin.ch](http://www.publicationsfederales.admin.ch)  
Numéro de commande OFCL: 311.831.f

**Informations complémentaires**

Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
Case postale, CH-3003 Berne

[sucht-addiction@bag.admin.ch](mailto:sucht-addiction@bag.admin.ch)  
[office@infodrog.ch](mailto:office@infodrog.ch)

[www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)  
[www.bag.admin.ch/addictions](http://www.bag.admin.ch/addictions)