



# **Assurance qualité dans la prise en charge des troubles liés à l'usage de drogue : Principales normes de qualité pour l'évaluation des services**

**Octobre 2021**

**Version prépublication**

Avis de non-responsabilité  
Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision formelle.

## Remerciements

Un certain nombre de personnes et d'organisations, énumérées ci-dessous, ont apporté une contribution précieuse à l'élaboration de ce document.

Les experts internationaux suivants ont fourni des preuves scientifiques et des conseils techniques pertinents (par ordre alphabétique) : Barry Andres, Canada ; Marek Chawarski, États-Unis ; Nicolas Clark, Australie ; Annette Dale-Perera, Royaume-Uni ; Michael Farrell, Australie ; Gabriele Fischer, Autriche ; John Randolph Koch, États-Unis ; Ingo Ilja Michels, Allemagne ; Bronwyn Jane Myers, Afrique du Sud ; Rita Notarandrea, Canada ; Carlos Ibáñez Piña, Chili ; Italo Garcia Jara, Chili ; Michael W. Johnson, États-Unis ; Rita Notarandrea, Canada ; Mark Parrino, États-Unis ; Nancy E Paull, États-Unis ; Auwal Sani Salihu, Nigeria ; Michael Patrick Schaub, Suisse ; Olga Cristina Toro, Chili ; Arif Khan Wafa, Afghanistan ; Maria Zarza, Espagne.

Les personnes et organisations suivantes ont joué un rôle clé dans la rédaction (par ordre alphabétique de l'acronyme de l'organisation) : CICAD, en particulier Marya Hynes, Jimena Kalawski, Jose Vazquez ; Plan Colombo, en particulier Susmita Banerjee, Cindy Biding, Veronica G. Felipe, Shirley Mikell, Mariano Montenegro Corona, Winona Pandan, Rodrigo Portilla, Bian How Tay ; COPOLAD, en particulier Leigh- Ann Bonair, Teresa Salvador ; OEDT, en particulier Marica Ferri, Alessandro Pirona ; OPS, en particulier Luis Alfonzo Bello.

Annette Dale-Perera a été la principale consultante en matière de développement, de recherche de consensus et de rédaction.

Giovanna Campello, de l'ONUDD, et Vladimir Poznyak, de l'OMS, ont coordonné cet effort de collaboration avec de nombreux autres partenaires internationaux dans le cadre du programme ONUDD-OMS sur le traitement et la prise en charge de la toxicomanie. Les personnes suivantes de l'ONUDD et de l'OMS ont contribué de manière significative à l'élaboration de ce document (par ordre alphabétique) : Anja Busse, ONUDD ; Wataru Kashino, ONUDD ; Dzmity Krupchanka, OMS, Elizabeth Saenz, ONUDD.

Le soutien financier apporté par le programme INL (International Narcotics and Law Enforcement Affairs) du Département d'État des États-Unis pour l'élaboration, les essais sur le terrain et la finalisation du document est vivement remercié.

## 1. Contexte

L'amélioration de la couverture et de la qualité du traitement des troubles liés à la consommation de drogues est une priorité mondiale reconnue, soulignée dans les objectifs de développement durable 2020-2030 des Nations unies par le biais de la cible 3.5 en matière de santé. L'objectif de ce document est d'améliorer la qualité des soins et, en fin de compte, la vie des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues par la mise en œuvre et l'amélioration des processus d'assurance qualité. Le public cible comprend les personnes impliquées dans la planification, le financement, le suivi et l'évaluation des services, ainsi que les prestataires de services de traitement des troubles liés à l'usage de drogues.

Ce document est le résultat d'un processus de recherche de consensus sur la base des normes internationales de l'ONUDC/OMS pour le traitement des troubles liés à l'usage de drogues (OMS/ONUDC, 2020)<sup>1</sup>, ainsi que des normes minimales de qualité pour la réduction de la demande de drogues (EQUUS)<sup>2</sup>, des normes minimales de qualité pour la réduction de la demande de drogues dans l'Union européenne<sup>3</sup>, du projet d'outil d'assurance qualité pour les services de l'ONUDC/OMS et des normes de qualité du COPOLAD/CICAD pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives<sup>4</sup>. En outre, ce document est également conforme aux normes de qualité minimales continentales de l'Union africaine pour le traitement de la toxicomanie<sup>5</sup>. Les Principales normes de qualité doivent être lues conjointement avec les normes internationales ou régionales existantes.

Récemment, diverses organisations internationales ont élaboré des ensembles de normes pour les services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues. Afin de coordonner les efforts entre 2018 et 2021, des experts internationaux et des représentants d'organisations internationales et régionales ont travaillé ensemble pour convenir d'un sous-ensemble de "normes de qualité clés" qui (a) étaient tirées d'ensembles existants de normes régionales et internationales et (b) étaient considérées comme étant d'une importance clé pour assurer la qualité des services de traitement des troubles liés à l'usage de drogues.

---

<sup>1</sup> UNODC/OMS (2020). Normes internationales pour le traitement des troubles liés à l'usage de drogues.

<sup>2</sup> Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (2014) (Normes minimales de qualité en matière de réduction de la demande de drogues).

<sup>3</sup> Conclusions du Conseil sur la mise en œuvre du plan d'action antidrogue de l'UE 2013-2016 concernant les normes de qualité minimales en matière de réduction de la demande de drogue dans l'Union européenne, 11985/15 (2015).

<sup>4</sup> Programme de coopération entre l'Amérique latine, les Caraïbes et l'Union européenne sur les politiques en matière de drogues (COPOLAD), Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) (2017). Normes de qualité pour le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

<sup>5</sup> Union africaine (2002) Normes minimales de qualité continentales de l'Union africaine pour le traitement de la toxicomanie

Plusieurs réunions de groupes d'experts internationaux ont été organisées depuis 2016 afin d'examiner et de comparer les ensembles de normes et d'outils d'assurance qualité existants, d'analyser les ensembles d'éléments d'assurance qualité sélectionnés par les pays lors de projets pilotes d'assurance qualité, et de sélectionner et d'approuver un sous-ensemble d'énoncés de qualité consensuels. Le présent document est le résultat d'un processus de consultation et d'harmonisation des déclarations avec la version finale des "Normes internationales pour le traitement des troubles liés à l'usage de drogues" (OMS/ONU DC 2020).

## 2. Vue d'ensemble des normes de qualité clés

Comme le résume le tableau 1, les principales normes de qualité pour l'évaluation des services de traitement de la toxicomanie sont regroupées dans les quatre domaines suivants :

- 1) gestion efficace du service ;
- 2) traitement et soins individualisés et centrés sur le patient ;
- 3) accès en temps utile à des interventions fondées sur des preuves ; et
- 4) promotion de la santé, de la sécurité et des droits de l'homme des patients.

<b>Tableau 1 : Aperçu des principales normes de qualité pour l'évaluation des services de traitement de la toxicomanie</b>			
<b>Gestion efficace du Service</b>	<b>Traitement et soins individualisés centrés sur le patient</b>	<b>Accès en temps utile à des interventions fondées sur des données probantes</b>	<b>Promotion de la santé, de la sécurité et des droits de l'homme des patients</b>
<b>M1.</b> Le service planifie de manière adéquate la fourniture de traitements et de soins pour les usages de la drogue	<b>PC1.</b> L'évaluation des patients est complète et participative	<b>E1.</b> Le service garantit un accès rapide aux groupes cibles	<b>P1.</b> Les patients sont traités avec respect et protégés contre les abus, les mauvaises pratiques et la discrimination.
<b>M2.</b> Le service fonctionne dans le cadre des règles financières établies	<b>PC2.</b> Le traitement et les soins sont fournis sur la base du consentement éclairé des patients	<b>E2.</b> Le service contrôle et améliore ses résultats et ses performances	<b>P2.</b> Les patients sont pleinement informés des règles, politiques et procédures du service protégeant la confidentialité
<b>M3.</b> Le service gère ses ressources humaines de manière adéquate afin de fournir un traitement efficace et attentionné.	<b>PC3.</b> Tous les patients disposent d'un plan de traitement individuel écrit qui est régulièrement révisé et qui permet de coordonner le traitement et les soins	<b>E3.</b> Les interventions sont fondées sur des données probantes et s'appuient sur des protocoles établis.	<b>P3.</b> Le service promeut la santé, le bien-être et le fonctionnement social des patients.
<b>M4.</b> Le service répond aux exigences nationales/locales en matière de traitement de la toxicomanie. des troubles liés à la consommation de drogues	<b>PC4.</b> Le service travaille en partenariat avec d'autres services pour répondre aux besoins des patients.		<b>P4.</b> Le service dispose d'une procédure de plainte indépendante pour les patients.
<b>M5.</b> Le service dispose d'installations et d'équipements adéquats pour la prestation de services	<b>PC5.</b> Le service répond aux besoins de divers groupes de patients		<b>P5.</b> Le service veille activement à la propreté, à la lutte contre l'incendie et l'infection et à la protection contre d'autres incidents graves.
<b>M6.</b> Le service dispose d'un système d'enregistrement des patients qui facilite le traitement et les soins	<b>PC6.</b> Le service implique les patients dans la conception et la prestation des services		<b>P6.</b> Le service gère ses médicaments en toute sécurité
<b>M7.</b> Le service dispose d'un mécanisme d'assurance durable et de qualité			

### **3. Comment utiliser les Principales normes de qualité**

Ce document a été élaboré pour soutenir la planification, la fourniture et l'évaluation de services de traitement et de soins spécialisés pour les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues.

En particulier, les Normes clés de qualité peuvent être utilisées par les planificateurs, les financeurs, les organismes de suivi et d'évaluation et les prestataires de services de traitement et de soins pour les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues de différentes manières, notamment : pour effectuer un examen interne d'un service de traitement des troubles liés à l'usage de drogues ; pour examiner un groupe de services dans un système de traitement des troubles liés à l'usage de drogues ; ou lors de l'examen ou du développement de mécanismes d'assurance qualité dans un pays ou dans une région locale.

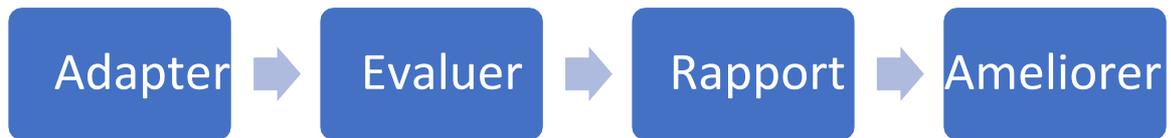
Dans ce contexte, les Principales normes de qualité ont été regroupées dans une liste de contrôle pour l'évaluation des services, comprenant des critères et des suggestions de sources d'information pouvant être utilisées comme moyens de vérification pour évaluer la conformité. Un exemple de notation des énoncés est donné à titre d'illustration principalement. La liste de contrôle est conçue pour être flexible et peut être adaptée par les pays pour refléter la diversité linguistique et culturelle, la structure et les processus des services, les cadres légaux ou statutaires. Il est donc conseillé aux utilisateurs de l'instrument d'adapter les moyens de vérification et de notation.

La liste de contrôle fournit des orientations initiales pour permettre aux parties prenantes impliquées dans la planification, le développement, la fourniture, le suivi et l'évaluation des services spécialisés dans les troubles liés à l'usage de drogues d'examiner les services, les groupes de services ou de mettre en œuvre des mécanismes d'assurance qualité en utilisant les processus suivants : adaptation des déclarations ; évaluation des services sur la base des déclarations et des preuves disponibles ; établissement de rapports ; et prise de mesures pour l'amélioration (voir la figure 1 ci-dessous).

Les normes clés de qualité plantent le décor mais ne prétendent pas fournir tous les détails nécessaires à l'organisation, au fonctionnement et au développement des services. D'autres outils, tels que les directives de traitement, le matériel de renforcement des capacités et les boîtes à outils pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, peuvent être utilisés à cette fin. Ce

document a déjà été utilisé dans plusieurs pays et est un document évolutif. En tant que tel, il conserve un certain degré de flexibilité afin de garantir son applicabilité dans différents cadres sociaux, culturels et juridiques.

Figure 1. Processus recommandé pour l'utilisation des "normes clés de qualité".



## Liste de contrôle pour l'évaluation des services à l'aide des normes de qualité clés

<b>Le service est de bonne gestion</b>				
<b>No</b>	<b>Enoncés et critères</b>	<b>Potentielles Sources d'information</b>	<b>Notation (à titre indicatif uniquement - pour discussion et adaptation culturelle)</b>	
<b>M1</b>	<b>Le service planifie de manière adéquate le traitement et la prise en charge des troubles liés à la consommation de drogue.</b>			
<b>a</b>	Le service dispose d'un plan écrit pour son fonctionnement et son développement	Un plan écrit avec des objectifs définis pour une période donnée, par exemple un plan annuel.  Informations recueillies auprès des gestionnaires	Normes satisfaites	Un plan/document complet et actuel
			Normes partiellement satisfaites	Un plan incomplet ou dépassé
			Normes non satisfaites	Pas de plan
			Non applicable	
<b>M2</b>	<b>Le service fonctionne dans le respect des règles financières établies</b>			
<b>a</b>	Le service dispose de procédures clairement définies pour gérer les ressources financières allouées à son fonctionnement et à son développement et pour en rendre compte.	Documentation sur les procédures financières -Informations fournies par les gestionnaires	Normes satisfaites	Procédures documentées et preuves de leur respect
			Normes partiellement satisfaites	Certaines procédures financières et/ou peu de preuves qu'elles sont Suivies
			Normes non satisfaites	Aucune preuve de l'existence de procédures financières
			Non applicable	
<b>b</b>	Le service dispose d'un budget alloué pour son fonctionnement et sa prestation conformément au plan écrit.	Budget établi pour une période déterminée, par exemple, un budget annuel Preuve que le budget est conforme au plan- Informations fournies par les gestionnaires	Normes satisfaites	Budget actuel conforme au plan
			Normes partiellement satisfaites	Le budget actuel ne répond pas au plan
			Normes non satisfaites	Pas de budget actuel
			Non applicable	
<b>c</b>	Le service rend compte régulièrement de ses dépenses	Rapports financiers Informations fournies par les gestionnaires	Normes satisfaites	Rapports financiers réguliers
			Normes partiellement satisfaites	Quelques rapports financiers, mais pas réguliers ou partiels
			Normes non satisfaites	Pas de rapport financier
			Non applicable	
<b>M3</b>	<b>Le service gère ses ressources humaines de manière adéquate afin de fournir un traitement efficace et attentionné.</b>			

<b>a</b>	La structure du personnel du service est conforme aux réglementations nationales ou au plan de service actuel.	Documentation écrite sur l'affectation des ressources humaines Ratios personnel/patient ou charge de travail Informations fournies par les gestionnaires	Normes satisfaites	Le service dispose d'un personnel suffisant pour répondre aux exigences du plan ou des réglementations nationales
			Normes partiellement satisfaites	Le service a quelques déficits en personnel, mais il s'efforce d'y remédier.
			Normes non satisfaites	Le service ne dispose pas d'un personnel suffisant pour répondre aux exigences du plan ou du règlement.
			Non applicable	
<b>b</b>	Le service veille à ce que le personnel soit compétent et dispose de l'éducation et de la formation nécessaires.	Dossiers du personnel, tels que les qualifications du personnel, les titres de compétences, les dossiers de formation Informations provenant des responsables et du personnel	Normes satisfaites	Preuve que la majorité du personnel possède l'éducation/la formation nécessaire
			Normes partiellement satisfaites	Preuve que la majorité du personnel a reçue l'éducation/la formation nécessaire

			Normes non satisfaites	Preuve que la majorité du personnel n'a pas reçue l'éducation/la formation nécessaire
			Non applicable	
<b>c</b>	Le personnel bénéficie d'une supervision et d'un soutien technique et personnel réguliers	Documents ou règlements relatifs à la fourniture d'une supervision et d'un soutien réguliers aux ressources humaines Vérification de la supervision et du soutien dans les dossiers du personnel. Informations communiquées par les gestionnaires et le personnel	Normes satisfaites	Il existe un système de supervision régulière qui est disponible pour la majorité des professionnels
			Normes partiellement satisfaites	Il existe un système de supervision régulière pour certains professionnels ou la supervision disponible n'est pas régulière.
			Normes non satisfaites	Peu ou pas de supervision ou de soutien du personnel
			Non applicable	
<b>M4</b>	<b>Le service répond aux exigences nationales/locales en matière de traitement des troubles liés à la consommation de drogues (le cas échéant).</b>			
<b>a</b>	Le service est enregistré/accrédité/certifié localement pour fournir des services de traitement des troubles liés à la consommation de drogues.	Certificat d'enregistrement/d'accréditation/de certification pour opérer en tant que prestataire de traitement des troubles liés à l'utilisation de drogues	Normes satisfaites	Le service est entièrement enregistré/accrédité/certifié
			Normes partiellement satisfaites	En cours d'enregistrement/accréditation/certification
			Normes non satisfaites	Service non enregistré/accrédité/certifié
			Non applicable	Le pays ne dispose pas d'un système d'enregistrement pour le service en question
<b>M5</b>	<b>Le service dispose d'installations et d'équipements adéquats pour la prestation de services</b>			
<b>a</b>	Les installations de service sont adéquates pour le type de service et les interventions proposées.	informations indiquant si les installations destinées aux services sont conformes aux réglementations et exigences locales en termes de chambres, d'espace et d'hygiène environnementale, sur la base d'une visite du site. Documents relatifs à l'établissement, y compris les	Normes satisfaites	Le service répond à toutes les exigences en termes de chambres, d'espace, d'hygiène environnementale
			Normes partiellement satisfaites	Le service répond à la majorité des exigences, mais pas à toutes, en termes de chambres, d'espace et d'hygiène environnementale.
			Normes non satisfaites	Le service ne répond pas aux exigences en termes de chambres, d'espace et d'hygiène environnementale.

		chambres/toilettes et l'espace Plan de service et/ou nombre de patients présents chaque jour	Non applicable	
<b>b</b>	L'équipement des services est adéquat et adapté au service et aux interventions proposés.	Liste des équipements Dossiers de sécurité ou d'entretien de l'équipement, y compris les inspections/étalonnages techniques réguliers Informations fournies par les responsables	Normes satisfaites	L'équipement est adéquat et "adapté à l'usage
			Normes partiellement satisfaites	L'équipement est suffisant mais ne répond pas à tous les besoins
			Normes non satisfaites	L'équipement est insuffisant ou inapproprié
			Non applicable	
<b>M6</b>	<b>Le service dispose d'un système de dossiers de patients qui facilite le traitement et les soins.</b>			
<b>a</b>	Le service dispose d'un système complet de dossiers de patients	Système complet de dossiers de patients sur support papier ou électronique	Normes satisfaites	Système complet de dossiers de patients sur support papier ou électronique
			Normes partiellement satisfaites	Système partiel de dossiers de patients sur papier ou électronique
			Normes non satisfaites	Pas de système de dossier patient papier ou électronique
			Non applicable	
<b>b</b>			Normes satisfaites	La procédure et les preuves sont établies

	Le service dispose d'une procédure de gestion de l'information pour les dossiers des patients.	Documentations sur les procédures de gestion de l'information, telles que les dossiers des patients	Normes partiellement satisfaites	La procédure et/ou les preuves de la gestion de l'information ne sont pas établies dans leur intégralité
			Normes non satisfaites	Pas de procédure et peu de preuves d'information de Gestion
			Non applicable	
<b>M7</b>	<b>Le service dispose d'un mécanisme d'assurance qualité durable</b>			
<b>a</b>	Le service a défini des normes pour la prestation de services	Document sur les normes de service	Normes satisfaites	Normes pour tous les domaines clés
			Normes partiellement satisfaites	Quelques normes pour certains domaines clés
			Normes non satisfaites	Aucune norme
			Non applicable	
<b>b</b>	Le service contrôle et vérifie régulièrement ses pratiques par rapport à ses normes.	Données ou rapports de contrôle ou d'audit des services	Normes satisfaites	Normes, audit ou suivi de tous les domaines clés
			Normes partiellement satisfaites	Normes, audit ou suivi de certains domaines clés
			Normes non satisfaites	Pas de normes, d'audit ou de contrôle
			Non applicable	
<b>c</b>	Le service dispose d'un mécanisme établi pour impliquer les patients dans l'assurance qualité du service.	Mécanisme de retour d'information des patients/Questionnaires de sortie, rapports de gestion Informations provenant des utilisateurs du service	Normes satisfaites	Preuve de l'implication constante des patients dans l'assurance qualité
			Normes partiellement satisfaites	Quelques preuves de l'implication systématique des patients dans l'assurance de la qualité
			Normes non satisfaites	Aucune preuve de l'implication des patients dans l'assurance qualité
			Non applicable	
<b>d</b>	Le service revoit régulièrement ses pratiques et les améliore si nécessaire	Réunions de gouvernance clinique ou de gestion Rapports d'audit ou de suivi-Plans d'amélioration.	Normes satisfaites	Audit, discussions régulières lors des réunions et plans d'amélioration
			Normes partiellement satisfaites	Quelques audits, discussions en réunion et plans d'amélioration
			Normes non satisfaites	Aucune preuve de l'existence d'un processus d'assurance qualité
			Non applicable	

**Remarques :**

L'équipe d'assurance qualité doit convenir à l'avance des preuves requises pour les évaluations et des seuils de notation (idéalement en collaboration avec les parties prenantes telles que les prestataires de services, les bailleurs de fonds et les représentants des patients).

**M1a** : Un plan de service ou un plan stratégique comprend généralement : une vision, des principes, des objectifs, des cibles et des activités, des rôles et des responsabilités, un calendrier et des indicateurs, des éléments tels qu'une description du service, les services fournis, le nombre de patients, les priorités, le personnel, les finances et les cibles pour la période couverte par le rapport, etc.

**M2a** : Les procédures financières peuvent inclure : l'achat de biens, d'équipements ou de sous-traitants ; le paiement du personnel, des factures et des services publics ; la tenue de registres des transactions financières ; la gestion de la "petite caisse" ; les procédures relatives aux frais des patients (le cas échéant) ; la garantie que l'argent ou les biens donnés en guise de dons sont enregistrés et utilisés aux fins prévues, etc.

**M2b** : disposer d'un budget de service courant est une bonne pratique et est exigé dans de nombreux pays.

**M2c** : les rapports financiers "réguliers" peuvent être annuels, trimestriels ou mensuels, en fonction du type de service et des exigences de sa direction, de son conseil d'administration ou de ses organismes de financement.

**M3a** : les exigences en matière d'effectifs et de disciplines peuvent varier d'un pays à l'autre. Certains pays précisent le personnel requis pour les différents services spécialisés dans les troubles liés à la consommation de drogues. Si les attentes en matière de personnel ne sont pas explicites, la notation doit être convenue avant l'évaluation par l'équipe d'assurance qualité et les services.

Les évaluateurs doivent prendre note du nombre de patients et de la fréquentation journalière, du type de service (ambulatoire, hospitalier ou résidentiel), de l'effectif du personnel (sur place et de garde) et du profil/de la formation professionnelle (directeurs, administration, réceptionnistes, médecins, infirmières, psychologues, conseillers, bénévoles, etc).

**M3b** : La "compétence du personnel" est définie comme "les aptitudes, l'expérience et/ou les qualifications/attestations requises pour exercer un emploi". Les exigences en matière de compétences du personnel peuvent varier d'un pays à l'autre. L'évaluation directe des compétences et de l'expérience du personnel dépasse les objectifs de cet outil. Les compétences du personnel sont évaluées par des audits des dossiers du personnel et des dossiers de formation.

**M3c** : Ce critère reflète l'attente d'une supervision régulière (par exemple mensuelle) et d'un soutien au personnel fournissant un traitement ou des interventions directes aux patients.

**M4a** : Certains pays, régions ou États ont des exigences auxquelles un service doit satisfaire pour gérer un service de traitement des troubles liés à l'utilisation de drogues. Il peut s'agir d'un processus d'enregistrement, d'accréditation ou de certification. Ce critère peut ne pas être applicable dans certains pays car il dépend de l'existence ou non d'un système d'enregistrement, d'accréditation ou de certification dans le pays.

**M5a** : Les installations comprennent : la réception et la salle d'attente ; les salles de conseil, les salles de travail en groupe, les salles cliniques, les toilettes, les cuisines, les locaux administratifs/de stockage des dossiers, les espaces extérieurs, etc. Si le service est résidentiel ou hospitalier, cela inclut les lits par chambre/unité.

**M5b** : L'équipement peut comprendre : l'équipement médical utilisé lors de l'évaluation, de l'examen ou du traitement (dispositifs médicaux, appareil de mesure de la pression sanguine, stéthoscope, appareil à oxygène, appareil d'aspiration, divan d'examen), les ordinateurs et le matériel de bureau, le matériel de cuisine, le matériel de nettoyage, etc.)

**M6a** : Les systèmes de dossiers patients complets comprennent : les données sociodémographiques du patient ; les documents d'évaluation et d'atténuation des risques ; les documents de consentement signé ; les notes de cas de tous les rendez-vous et contacts ; les dossiers de médication ; les plans de traitement et les révisions des plans de traitement ; les références et le travail conjoint avec d'autres prestataires (par exemple les services de santé) ; la planification de la sortie et de la prise en charge ; l'implication de la famille et les contacts.

**M6b** : La procédure de gestion de l'information établie doit garantir, par exemple, la collecte et le stockage des dossiers des patients, la confidentialité des patients et le partage approprié des informations, une approche cohérente des violations de l'information (qui est informé, quelles mesures correctives sont prises), etc.

**M7** : Un mécanisme établi d'assurance qualité consiste pour un service à disposer d'un processus de contrôle ou d'audit intermittent de sa pratique par rapport aux normes et, si la pratique n'est pas conforme aux normes ou aux objectifs, à planifier l'amélioration et à prendre des mesures pour l'améliorer.

**M7a** : Les normes peuvent couvrir tous les aspects de la gestion des services et de l'évaluation des traitements et des soins. **M7b** : Le suivi peut comprendre : la collecte et la communication de données sur les performances des services, telles que le nombre de patients en traitement, la durée des séjours des patients, etc. Le retour d'information des patients peut également être inclus dans le suivi régulier.

**M7c** : Le retour d'information et l'implication des patients dans l'assurance qualité des services de prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues constituent une bonne pratique, comme le soulignent les "normes internationales" (OMS/ONUUDC, 2020). Il peut s'agir de mécanismes de retour d'information réguliers, d'organes de représentation des patients qui sont liés à la gestion, à l'assurance qualité ou à la refonte des services, ou encore de questionnaires destinés aux patients, de groupes de discussion,

**M7d** : L'examen des rapports et des données sur le suivi de la qualité devrait normalement être effectué par la direction du service ou lors d'une réunion sur la qualité (comme les réunions de gouvernance clinique).

<b>Le service propose un traitement individualisé, centré sur le patient.</b>				
<b>No</b>	<b>Déclarations et critères</b>	<b>Sources potentielles d'information</b>	<b>Notation (à titre indicatif uniquement - pour discussion et adaptation culturelle)</b>	
<b>PC1</b>	<b>Les évaluations des patients sont complètes et participatives</b>			
<b>a</b>	L'évaluation des patients est complète	Dossiers des patients Informations fournies par les responsables, du personnel et des utilisateurs des services	Normes satisfaites	Évaluation complète dans la plupart des dossiers des patients
			Normes partiellement satisfaites	Évaluation complète dans certains dossiers de patients
			Normes non satisfaites	Peu d'évaluations complètes
			Non applicable	
<b>b</b>		Dossiers des patients Informations fournies par les utilisateurs des services	Normes satisfaites	La plupart des patients ou des dossiers indiquent une approche participative
			Normes partiellement satisfaites	Certains patients ou dossiers indiquent une approche participative

	Les patients jouent un rôle actif dans leur évaluation et leurs opinions sont appréciés		Normes non satisfaites	Peu ou pas de preuves de patients ou enregistrements de l'approche participative
			Non applicable	
<b>c</b>	Les forces et les ressources du patient (capital de rétablissement) sont prises en compte lors de l'évaluation.	Dossiers des patients Informations fournies par les utilisateurs des services	Normes satisfaites	La plupart des patients ou des dossiers indiquent des points forts ou des atouts
			Normes partiellement satisfaites	Certains patients ou dossiers indiquent des forces ou des atouts
			Normes non satisfaites	Peu ou pas de preuves de patients ou registres des points forts ou des atouts
			Non applicable	
<b>PC2 Traitement et soins fournis sur la base du consentement éclairé des patients</b>				
<b>a</b>	Le service est fourni sur la base du consentement libre et éclairé du patient.	Protocole de consentement éclairé - Dossiers des patients -Informations fournies par les utilisateurs des services	Normes satisfaites	Protocole/information des patients, audit des habitudes des patients
			Normes partiellement satisfaites	Quelques éléments tirés du protocole/de l'information des patients/du retour d'information des patients
			Normes non satisfaites	Aucune preuve de consentement dans les dossiers ou dans les commentaires des patients
			Non applicable	
<b>b</b>	Le service documente le consentement au traitement dans les dossiers des patients.	Dossiers des patients	Normes satisfaites	Les dossiers indiquent un consentement systématique
			Normes partiellement satisfaites	Certains dossiers contiennent un enregistrement de consentement
			Normes non satisfaites	Aucune preuve de consentement dans les dossiers des patients
			Non applicable	
<b>PC3 Tous les patients disposent d'un plan de traitement individuel écrit qui est régulièrement révisé et qui permet de coordonner le traitement et les soins.</b>				
<b>a</b>	Les patients en traitement disposent d'un plan de traitement individuel écrit	Plans de traitement dans les dossiers des patients	Normes satisfaites	La majorité des dossiers des patients actuels comportent un plan de traitement
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers de certains patients comportent un plan de traitement
			Normes non satisfaites	Une petite minorité ou aucun dossier de patient ne comporte de plan de traitement.
			Non applicable	

<b>b</b>	Le service révisé régulièrement les plans de traitement en respectant l'avis des patients sur la prestation de traitement.	Dossiers des patients : nombre de révisions du plan de traitement au cours de l'année écoulée	Normes satisfaites	La majorité des dossiers des patients actuels comportent une révision du plan de traitement
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers de certains patients comportent une révision du plan de traitement
			Normes non satisfaites	Une petite minorité ou aucun dossier de patient ne comporte de plan de traitement
			Non applicable	
<b>c</b>	Le service enregistre les références et coordonne les soins avec d'autres prestataires dans le cadre des plans de traitement des patients.	Documentation du patient pour les dossiers d'orientation et la coordination des soins lorsque d'autres prestataires sont impliqués (pour répondre aux besoins du patient) Informations fournies par les responsables, le personnel et les utilisateurs des services	Normes satisfaites	La majorité des dossiers des patients actuels montrent une coordination si nécessaire
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers de certains patients font état d'une coordination en cas de besoin
			Normes non satisfaites	Les dossiers d'une petite minorité de patients, voire d'aucun, font état d'une coordination si nécessaire
			Non applicable	
<b>d</b>	Les patients disposent d'un plan de sortie lorsqu'ils quittent les services afin d'encourager une prise en charge complète et de réduire les rechutes.	Documentation sur les derniers patients sortis (par exemple, les 10 derniers) : plans de sortie dans les dossiers des patients Informations fournies par les responsables, le personnel et les utilisateurs des services	Normes satisfaites	La majorité des dossiers des patients ayant quitté l'hôpital contiennent un plan de sortie.
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers de certains patients ayant quitté l'hôpital contiennent des plans de sortie.
			Normes non satisfaites	Une petite minorité de dossiers de patients sortis de l'hôpital contiennent des plans de sortie.
			Non applicable	

<b>PC4</b>	<b>Le service travaille en partenariat avec d'autres services pour répondre aux besoins des patients.</b>			
<b>a</b>	Le service collabore avec d'autres prestataires pour répondre aux besoins des patients	Formulaires d'orientation, accords de partenariat avec d'autres prestataires Dossiers des patients Informations fournies par les responsables	Normes satisfaites	Preuve de partenariat avec une série d'autres prestataires de services
			Normes partiellement satisfaites	Preuve de l'existence d'un partenariat avec d'autres prestataires de services
			Normes non satisfaites	Peu ou pas de preuves de l'existence d'accords de partenariat
			Non applicable	
<b>PC5</b>	<b>Le service répond aux besoins de divers groupes de patients</b>			
<b>a</b>	Le service maximise l'accès aux soins pour les différents groupes de sa population cible et dispose de stratégies pour impliquer les groupes qui n'ont pas accès au traitement.	Objectifs (par exemple, indicateurs clés de performance, ICP) en matière d'accès pour différents groupes de patients Informations fournies par les responsables sur les stratégies d'engagement pour les groupes sous-représentés ou "difficiles à atteindre". difficiles à atteindre"	Normes satisfaites	Gamme d'objectifs d'accès et de stratégies d'engagement
			Normes partiellement satisfaites	Peu d'objectifs d'accès, peu de preuves de stratégies d'engagement
			Normes non satisfaites	Aucune preuve de l'existence d'objectifs ou de stratégies d'engagement
			Non applicable	
<b>b</b>	Le personnel est formé pour travailler avec divers groupes de patients.	Dossiers du personnel, tels que les qualifications du personnel, les titres de compétences, les dossiers de formation	Normes satisfaites	Preuve que la majorité du personnel a reçue toute l'éducation/la formation nécessaire
			Normes partiellement satisfaites	Preuve que la majorité du personnel dispose d'une formation partielle nécessaire l'éducation/la formation
			Normes non satisfaites	Rien ne prouve que le personnel possède l'éducation/la formation nécessaire
			Non applicable	
<b>c</b>	Le service a établi des protocoles pour répondre aux besoins des populations ayant des besoins particuliers en matière de traitement et de soins (comme les femmes, les enfants et les adolescents, etc.).	Protocole/procédures pour les populations ayant des besoins particuliers en matière de traitement et de soins  Informations fournies par les	Normes satisfaites	Le service se concentre, par concept, sur une sous-population particulière (par exemple, les patients masculins).
			Normes partiellement satisfaites	Protocole/procédures établis pour les populations ayant des Spéciaux

		responsables et le personnel	Normes non satisfaites	Pas de protocole, mais des preuves de l'adaptation des interventions aux populations ayant des besoins particuliers en matière de traitement et de soins
			Non applicable	Pas de protocole, de pratique ou d'interventions sur mesure
<b>PC6</b>	<b>Le service implique les patients dans la conception et la fourniture des services</b>			
<b>a</b>	Le service a mis en place des mécanismes pour impliquer les patients dans la conception du service.	Procès-verbaux des réunions et des groupes consultatifs de patients montrant leur participation Informations fournies par les utilisateurs des services	Normes satisfaites	Preuve de l'implication constante des patients dans la conception des services
			Normes partiellement satisfaites	Quelques preuves de l'implication constante des patients dans les services
			Normes non satisfaites	Pas de preuve d'une implication cohérente des patients dans la conception des services
			Non applicable	
<b>b</b>			Normes satisfaites	Les pairs sont impliqués dans la prestation de services de manière adéquate

Les personnes ayant une "expérience vécue" des troubles liés à la consommation de drogue et du rétablissement sont impliquées dans la fourniture des services.	Les personnes ayant une "expérience vécue" sont mentionnées dans la documentation relative à la prestation de services L'audit des dossiers du personnel montre que certains bénévoles/personnels ont une "expérience vécue". Informations fournies par les responsables et le personnel	Normes partiellement satisfaites	Les pairs sont impliqués dans la prestation de services, mais leur contribution est limitée
		Normes non satisfaites	Pas de soutien par les pairs/d'entraide, ni de personnel/bénévoles ayant une "expérience vécue". une "expérience vécue"
		Non applicable	

### Remarques

L'équipe chargée de l'assurance qualité doit convenir à l'avance des preuves requises pour les évaluations et des seuils de notation (idéalement en collaboration avec les parties prenantes telles que les prestataires de services, les bailleurs de fonds et les représentants des patients).

### Définitions

**Soins centrés sur le patient** : soins axés et organisés autour des besoins et des attentes des personnes et des communautés en matière de santé, plutôt que sur les maladies. Les soins centrés sur la personne étendent le concept de soins centrés sur le patient aux individus, aux familles, aux communautés et à la société. Alors que les soins centrés sur le patient sont généralement considérés comme centrés sur l'individu qui recherche des soins - le patient - les soins centrés sur la personne englobent ces rencontres cliniques et incluent également l'attention portée à la santé des personnes au sein de leur communauté et leur rôle crucial dans l'élaboration de la politique de santé et des services de santé.

**PC1a** : Les outils d'évaluation doivent couvrir les SUD, la santé mentale et physique, le fonctionnement social, etc.

Les outils d'évaluation validés sont ceux qui ont été testés scientifiquement pour produire des résultats fiables sur différents groupes de patients et administrés par différents personnels. Ils incluent (mais ne sont pas limités à) : Addiction Severity Index (ASI) Substance Abuse Disorder Questionnaire (SADQ), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al, 1998 ; Sheehan, 2016), Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID) (First et al, 2015) ou le Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module (CIDI-SAM) (Cottler, 2000), etc.

**PC1c** : Les atouts ou les forces du patient sont importants dans les évaluations et la planification du traitement, car le service doit viser à aider le patient à développer ses atouts en matière de rétablissement. Il peut s'agir de la situation psychosociale du patient, de ses points forts au-delà des considérations biomédicales et des procédures de diagnostic.

**PC2a** : Le consentement éclairé est l'autorisation donnée par le patient à une organisation de fournir des interventions thérapeutiques après que l'évaluation et le service ont expliqué le traitement recommandé, les risques, les avantages et les règles du service. Plus le traitement est intensif ou invasif, plus le seuil de consentement éclairé est élevé.

**PC3a** : Ce critère peut ne pas s'appliquer aux patients bénéficiant d'interventions brèves, d'interventions sans rendez-vous ou d'interventions à séance unique. Un plan de traitement peut être un document indépendant ou une note dans le dossier indiquant les problèmes et les objectifs que le patient s'efforce d'atteindre. Il est de bonne pratique que les patients signent et/ou aient une copie du plan de traitement et qu'ils aient été impliqués dans le plan et la définition des objectifs.

**PC3b** : Ce critère peut ne pas s'appliquer aux patients bénéficiant d'interventions brèves, de séances d'accueil ou d'interventions à séance unique, qui peuvent ne pas convenir à un plan de traitement ou ne pas en avoir besoin.

La définition du terme "régulier" peut varier d'un service à l'autre, en fonction des besoins du groupe de patients et du cadre de traitement. La bonne pratique veut que les patients signent et/ou aient une copie de la révision du plan de traitement et qu'ils aient été impliqués dans la révision et la définition des objectifs.

**PC3c** : La coordination n'est pas forcément nécessaire pour tous les patients. Les preuves de la coordination des soins peuvent inclure l'examen conjoint des cas ou des réunions de coordination dans les dossiers des patients : des preuves d'accords de travail conjoint avec d'autres prestataires tels que des procédures opérationnelles standard (POS), des accords d'information/de partage, des voies d'orientation et d'acceptation, etc.

**PC3d** : Ce critère ne doit pas être appliqué aux patients bénéficiant d'interventions brèves, de séances d'accueil ou de séances uniques. L'échantillon pour l'audit doit être constitué uniquement de patients récemment sortis, par exemple les 10 dernières sorties (qui n'ont pas abandonné).

**PC4a** : Les documents peuvent inclure : les procès-verbaux des réunions de partenariat, les notes d'examen conjoint des cas ; la preuve de la gestion des cas avec d'autres prestataires, la preuve des références aux liens connus, les protocoles d'accord avec les partenaires.

**PC5a** : Les indicateurs clés de performance en matière d'accès comprennent, par exemple, les temps d'attente ou le nombre cible de patients issus d'un groupe ou d'un lieu particulier, afin de garantir l'accès à l'ensemble de la population cible. La population cible dépendra de la portée du projet et de la question de savoir s'il fournit explicitement un traitement SUD à une localité ou à certains groupes au sein d'une localité, par exemple les hommes, les femmes, les enfants et les jeunes, les personnes qui s'injectent des drogues (PWID), etc. Les stratégies d'engagement pour les "groupes difficiles à atteindre" peuvent inclure la sensibilisation de groupes de population particuliers, des interventions spécifiques à un groupe (par exemple adaptées à l'âge, au sexe, à l'ethnicité, à la religion, à la sexualité, aux substances consommées, etc.

**PC5b** : Les dossiers du personnel font état d'une formation et/ou de compétences en matière de genre, de sexualité, d'âge, d'ethnicité, de langue, de religion, etc. en fonction du groupe cible du service.

**PC5c** : Cette déclaration peut ne pas s'appliquer à certains services. Le protocole pour les populations ayant des besoins particuliers en matière de traitement et de soins est établi.

**PC6a** : Les mécanismes établis pour impliquer les patients dans la conception des services peuvent être des enquêtes auprès des patients sur la refonte des services, un organe représentatif des patients que la direction consulte ou d'autres méthodes de consultation des patients.

**PC6b** : Des pairs sélectionnés et correctement formés peuvent travailler dans les services de traitement, en fournissant des interventions spécifiques visant à aider à identifier les patients, à les engager et à les maintenir en traitement. La participation à la prestation de services nécessite une formation adéquate et peut se faire dans divers rôles, tels que les travailleurs de soutien par les pairs ou les groupes d'entraide, les travailleurs de proximité, les bénévoles, etc.

La participation à la prestation de services nécessite une formation adéquate et peut se faire dans des rôles variés tels que les travailleurs de soutien par les pairs ou les groupes d'entraide, les travailleurs de proximité, les bénévoles qui aident à l'accueil, rencontrent et accueillent les nouveaux patients ou fournissent des rafraîchissements dans les salles d'attente etc. La santé et le processus de rétablissement des travailleurs pairs doivent être pris en compte et ils doivent recevoir un soutien adéquat.

---

<sup>6</sup> OMS (2010) : Rapport de la réunion sur les "Soins centrés sur la personne dans les pays à revenu faible et intermédiaire"

<https://www.personcenteredmedicine.org/doc/genevathree/geneva2011i.pdf>

<sup>7</sup> [https://www.who.int/healthsystems/Glossary\\_January2011.pdf](https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf)

<b>Le service fournit un accès rapide et garantit que les interventions sont efficaces et fondées sur des données probantes.</b>				
<b>No</b>	<b>Déclarations et critères</b>	<b>Sources potentielles d'information</b>	<b>Notation (suggérée uniquement - pour discussion et adaptation culturelle)</b>	
<b>E1</b>	<b>Le service garantit un accès rapide à ses groupes cibles</b>			
<b>a</b>	Le service assure et surveille l'accès des patients au traitement en temps voulu.	Preuve du suivi de l'accès au traitement Les indicateurs de preuve sont contrôlés et les performances sont Examinés	Normes satisfaites	Contrôle de l'accès et preuves de l'examen
			Normes partiellement satisfaites	Soit un suivi et/ou une preuve d'examen
			Normes non satisfaites	Pas de suivi ni d'examen
			Non applicable	
<b>E2</b>	<b>Le service surveille et améliore ses résultats et ses performances</b>			
<b>a</b>		Preuve de l'existence d'objectifs de service ou d'indicateurs clés de performance	Normes satisfaites	Une série d'indicateurs de performance clés
			Normes partiellement satisfaites	Un indicateur de performance clé

	Le service a des objectifs ou des indicateurs clés de performance (ICP), y compris les résultats pour les patients		Normes non satisfaites	Pas d'indicateurs de performance clés
			Non applicable	
<b>b</b>	Le service surveille ses objectifs ou ses indicateurs clés de performance, y compris les résultats pour les patients.	Les objectifs de preuve ou les indicateurs clés de performance sont contrôlés, Rapports sur les données des Indicateurs Clés de Performance pour la direction Données sur les résultats des patients	Normes satisfaites	Données disponibles pour la majorité des indicateurs clés de performance, y compris les résultats pour les patients
			Normes partiellement satisfaites	Données disponibles pour certains indicateurs clés de performance et certains résultats pour les patients
			Normes non satisfaites	Pas d'indicateurs de performance clés (KPI) ou pas de suivi des indicateurs clés
			Non applicable	
<b>c</b>	Le service dispose de mécanismes permettant d'améliorer ses performances sur la base des résultats de son suivi	Rapports de suivi des résultats Stratégies d'amélioration des résultats Plans d'amélioration	Normes satisfaites	Pas d'indicateurs de performance clés (KPI) ou pas de suivi des indicateurs de performance clés
			Normes partiellement satisfaites	Quelques stratégies et/ou un plan d'amélioration pour les domaines qui n'atteignent pas les objectifs
			Normes non satisfaites	Pas de stratégies pour améliorer les performances ou les résultats
			Non applicable	
<b>E3</b>	<b>Les interventions sont fondées sur des données probantes et s'appuient sur des protocoles établis.</b>			
<b>a</b>	Le service dispose d'une approche documentée conforme à la base de données probantes.	Un manuel de traitement (ou des documents similaires, par exemple des normes/directives nationales pour la prestation de services) qui couvre tous les aspects du traitement fourni Informations fournies par les gestionnaires	Normes satisfaites	Un manuel de traitement couvrant tous les aspects des services
			Normes partiellement satisfaites	Documentation partielle des services dans un manuel ou une brochure.
			Normes non satisfaites	Pas de manuel ou de documents
			Non applicable	
<b>bi</b>	Le service utilise un protocole établi ou une procédure normalisée pour s'assurer que les interventions visant à réduire les conséquences sanitaires et sociales négatives de la consommation de drogues sont fondées sur des données probantes.	Protocole ou SOP (ou documents similaires, par exemple normes/directives nationales pour la fourniture de services) pour les interventions visant à réduire les conséquences négatives et sociales de la consommation de drogue	Normes satisfaites	Établissement d'un protocole, d'une procédure d'exploitation et d'une pratique de vérification fondée sur des données probantes
			Normes partiellement satisfaites	Un protocole/une procédure d'exploitation et une certaine vérification de la pratique fondée sur des données probantes sont établis.

		Informations provenant des responsables et du personnel Personnel	Normes non satisfaites	Il n'y a pas de protocole/procédure d'exploitation ou de vérification des pratiques fondées sur des preuves.
			Non applicable	
<b>bii</b>	Le personnel impliqué dans la fourniture des services possède les connaissances et les compétences professionnelles adéquates pour mener des interventions visant à réduire les conséquences négatives de la consommation de drogue sur la santé et la société.	Dossiers du personnel, tels que les qualifications du personnel, les titres de compétences, les dossiers de formation	Normes satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel a reçu toute la formation nécessaire.
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel dispose d'une formation partielle l'éducation/la formation nécessaire
			Normes non satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel n'a pas reçu l'éducation/la formation nécessaire.
			Non applicable	

<b>ci</b>	Le service dispose d'un protocole, d'un document ou d'un mode opératoire normalisé pour garantir que les interventions psychosociales sont fondées sur des données probantes.	Protocole ou POS (ou documents similaires, par exemple normes/directives nationales pour la fourniture de services) pour les interventions psychosociales fondées sur des données probantes Informations fournies par les responsables et le personnel	Normes satisfaites	Établissement d'un protocole ou d'une procédure normalisée et vérification d'une pratique fondée sur des données probantes
			Normes partiellement satisfaites	Protocole ou SOP et vérification d'une pratique fondée sur des données probantes établi
			Normes non satisfaites	Il n'y a pas de protocole/procédure d'exploitation ou de vérification des pratiques fondées sur des preuves.
			Non applicable	
<b>cii</b>	Le service veille à ce que le personnel soit compétent pour mener des interventions psychosociales.	Dossiers du personnel, tels que les qualifications du personnel, les titres de compétences, les dossiers de formation	Normes satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel a reçu toute la formation nécessaire.
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel dispose d'une formation partielle à l'éducation/la formation nécessaire
			Normes non satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel n'a pas reçu l'éducation/la formation nécessaire.
			Non applicable	
<b>di</b>	Le service dispose d'un protocole ou d'un mode opératoire normalisé pour garantir que les interventions pharmacologiques sont fondées sur des données probantes.	Protocole, document ou SOP (ou documents similaires, par exemple normes/directives nationales pour la prestation de services) pour la prescription d'interventions fondées sur des données probantes. Informations fournies par les responsables et le Personnel	Normes satisfaites	Établissement d'un protocole ou d'une procédure normalisée et vérification d'une pratique fondée sur des données probantes
			Normes partiellement satisfaites	Protocole ou SOP et vérification d'une pratique fondée sur des données probantes est établi
			Normes non satisfaites	Il n'y a pas de protocole/procédure d'exploitation ou de vérification des pratiques fondées sur des preuves.
			Non applicable	
<b>dii</b>	Le service s'assure que le personnel est compétent pour effectuer des interventions pharmacologiques.	Dossiers du personnel, tels que les qualifications du personnel, les titres de compétences, les dossiers de formation	Normes satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel a reçu toute la formation nécessaire.
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel dispose d'une formation partielle à l'éducation/la formation nécessaire
			Normes non satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel n'a pas reçu l'éducation/la formation nécessaire.
			Non applicable	

<b>ei</b>	Le service dispose d'un protocole ou d'une procédure normalisée pour garantir que les interventions de gestion du rétablissement sont fondées sur des données probantes.	Protocole, document ou procédure opérationnelle standard (ou documents similaires, par exemple normes/directives nationales pour la prestation de services) pour les interventions de rétablissement fondées sur des données probantes. Informations fournies par les responsables et le Personnel	Normes satisfaites	Établissement d'un protocole ou d'une procédure normalisée et vérification d'une pratique fondée sur des données probantes
			Normes partiellement satisfaites	Protocole ou SOP et vérification d'une pratique fondée sur des données probantes est établi
			Normes non satisfaites	Il n'y a pas de protocole/procédure d'exploitation ou de vérification des pratiques fondées sur des preuves.
			Non applicable	

<b>Eii</b>	Le service veille à ce que le personnel soit compétent pour mener à bien les interventions de gestion du rétablissement.	Dossiers du personnel, tels que les qualifications du personnel, les titres de compétences, les dossiers de formation	Normes satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel a reçu toute la formation nécessaire.
			Normes partiellement satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel dispose d'une formation partielle à l'éducation/la formation nécessaire
			Normes non satisfaites	Les dossiers indiquent que la majorité du personnel n'a pas reçu l'éducation/la formation nécessaire.
			Non applicable	

### Remarques

L'équipe chargée de l'assurance qualité doit convenir à l'avance des preuves requises pour les évaluations et des seuils de notation (idéalement en collaboration avec les parties prenantes telles que les prestataires de services, les bailleurs de fonds et les représentants des patients).

**E1a** : Exemples d'indicateurs clés de performance en matière d'accès : temps d'attente, nombre de patients issus de populations ayant des besoins particuliers en matière de traitement qui accèdent au traitement, etc.

**E2a** : Exemples d'ICP : maintien en traitement, occupation des lits, nombre de patients en traitement, nombre de patients en fin de traitement, résultats pour les patients (par exemple, réduction du nombre de jours de consommation de médicaments au cours du dernier mois).

**E2b** : Le suivi des ICP devrait idéalement être réalisé au moyen d'une collecte de données de routine et/ou d'audits réguliers des dossiers des patients.

**E2c**. Le suivi des résultats pour les patients pourrait être réalisé à l'aide d'outils d'évaluation validés ou d'outils de mesure des résultats.

**E3a** : Un manuel de traitement ou un ensemble de documents (manuels de service, lignes directrices adaptées/nationales/régionales) qui expliquent la gamme des interventions fournies, les critères d'inclusion/d'exclusion des patients, le calendrier, les groupes de patients, etc. Remarque : le manuel de traitement ne contient normalement pas de documentation détaillée décrivant la manière d'effectuer chaque intervention et les compétences requises du personnel - il s'agit des protocoles pour les interventions décrites ci-dessous.

**E3bi**. Un protocole ou une procédure opérationnelle standard (POS) est un document qui explique une intervention ou une procédure en détail pour le personnel et comprend normalement au minimum une description de l'intervention ou des questions, le patient/personnel auquel elle s'applique, les actions attendues (dans l'ordre) du personnel, les compétences requises du personnel et les exigences en matière de rapports. Certaines interventions visant à réduire les conséquences négatives et sociales de la consommation de drogues devraient idéalement être proposées dans toutes les localités.

Les interventions visant à réduire les conséquences négatives et sociales sont notamment les suivantes : l'information sur les services répondant aux besoins fondamentaux (sécurité, eau, nourriture, logement, hygiène et vêtements) et la mise en relation avec ces services ; les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ; les programmes de distribution de préservatifs ; la prévention, l'identification et la gestion des overdoses, y compris la naloxone à emporter ; le dépistage volontaire du VIH et de l'hépatite et le conseil ; des informations sur les services de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH/sida et des liens vers ces services ; des informations sur les services de vaccination (contre l'hépatite B), de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale et des liens vers ces services ; des informations sur les services de prévention, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose et des liens vers ces services ; l'information, l'éducation et la communication ciblées, pour les personnes qui consomment des drogues et leurs partenaires sexuels, sur les effets des drogues, les risques associés à la consommation de drogues ainsi que les approches visant à minimiser les dommages sanitaires et sociaux dus à la consommation de drogues ; l'information sur les groupes d'entraide et l'accès à ces groupes (tels que Narcotiques Anonymes, Nar-Anon, Cocaïnomanes Anonymes et autres groupes de soutien mutuel dirigés par des pairs) ; les activités de lutte contre la stigmatisation, la sensibilisation et la promotion au sein de la communauté ; dépistage et interventions brèves en matière de consommation de substances ; conseils de base ; informations sur les services médicaux de base (tels que le traitement des blessures) et de soutien social (y compris la nourriture, l'hygiène et le logement) et accès à ces services ; interventions en cas de crise ; soutien juridique ; orientation vers d'autres modalités de traitement et de soins et vers des services de gestion du rétablissement ; et orientation vers d'autres services sociaux et de soins de santé, le cas échéant.

**E3bii** : Les évaluateurs recherchent des preuves que le personnel possède des compétences, des connaissances, une formation ou des qualifications en matière d'interventions visant à réduire les conséquences négatives et sociales des troubles liés à la consommation de drogues. L'évaluation directe des compétences et de l'expérience du personnel dépasse les objectifs de cet outil. Les compétences du personnel sont évaluées par des audits des dossiers du personnel et des dossiers de formation.

**E3ci** : Ce critère devrait s'appliquer à tous les services de lutte contre les troubles liés à la consommation de drogues. Les interventions psychosociales peuvent comprendre un travail individuel ou en groupe. Les interventions peuvent inclure la psychoéducation ; la thérapie cognitivo-comportementale ; l'entretien motivationnel et la thérapie d'amélioration de la motivation ; l'approche du renforcement communautaire ; la thérapie familiale ; la thérapie par la parole ;

**E3cii** : Les évaluateurs recherchent des preuves que le personnel possède des compétences, des connaissances, une formation ou des qualifications dans des interventions psychosociales spécifiques.

**E3di** : Ce critère peut ne pas être applicable à certains services. Les interventions pharmacologiques doivent être administrées en même temps que les interventions psychosociales. Les interventions pharmacologiques peuvent inclure la gestion du sevrage des drogues, la gestion de la dépendance aux opiacés, les médicaments symptomatiques pour les troubles dus à la consommation de psychostimulants ou de cannabis, la prévention, l'identification et la gestion des overdoses.

**E3dii** : Les évaluateurs recherchent des preuves que le personnel possède des compétences, des connaissances, une formation ou des qualifications en matière de prescription et de délivrance d'interventions pharmacologiques.

**E3ei** : Certaines interventions de gestion du rétablissement devraient idéalement être fournies par tous les services de lutte contre les troubles liés à la consommation de drogues, comme l'accès à l'aide mutuelle ou au soutien par les pairs, la postcure, les bilans de rétablissement ou le soutien aux personnes en fin de traitement.

**E3eii** : Les évaluateurs recherchent des preuves que le personnel possède des compétences, des connaissances, une formation ou des qualifications en matière d'interventions de gestion du rétablissement, etc.

<b>Le service promeut la santé, la sécurité et les droits de l'homme des patients.</b>				
<b>No</b>	<b>Déclarations et critères</b>	<b>Sources potentielles d'information</b>	<b>Notation (suggérée uniquement - pour discussion et adaptation culturelle)</b>	
<b>P1</b>	<b>Les patients sont traités avec respect et protégés contre les abus, les mauvaises pratiques, la stigmatisation et la discrimination.</b>			
<b>a</b>	Les patients déclarent être traités avec dignité et respect	Informations fournies par les utilisateurs du service, Dossiers de plaintes des patients	Normes satisfaites	Il n'y a aucune indication de violation de la dignité et du respect des patients.
			Normes partiellement satisfaites	
			Normes non satisfaites	Il existe des indications sur la violation de la dignité et du respect des patients.
			Non applicable	
<b>b</b>	Des procédures garantissent le respect et la protection des droits et de la vie privée des patients.	Protocoles visant à garantir le respect de la vie privée des patients Informations fournies par les utilisateurs des services	Normes satisfaites	Des procédures sont en place et appliquées
			Normes partiellement satisfaites	Il existe des procédures, mais elles ne sont pas connues de tous les patients
			Normes non satisfaites	Pas de procédures
			Non applicable	
<b>c</b>	Le service assure un environnement général de promotion de la santé et des droits de l'homme et les patients ne sont pas victimes d'abus, de discrimination ou de mauvaises pratiques.	Informations fournies par les utilisateurs du service ,Registres des plaintes des patients Inspection visuelle (O)	Normes satisfaites	Aucune preuve actuelle d'abus, de condamnation, de discrimination ou de faute professionnelle.
			Normes partiellement satisfaites	
			Normes non satisfaites	toute preuve d'abus, de contention, de discrimination ou de faute professionnelle
			Non applicable	
<b>d</b>			Normes satisfaites	Protocole, informations, preuves d'activités

	Le service dispose d'un protocole établi et d'activités documentées pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes qui consomment des drogues.	Documentation disponible sur les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination Informations fournies par les responsables, du personnel et des utilisateurs des services	Normes partiellement satisfaites	Pas de protocole mais quelques preuves d'information et d'activités
			Normes non satisfaites	Pas de protocole, d'informations ou d'activités
			Non applicable	
<b>P2</b>	<b>Les patients sont pleinement informés des règles, politiques et procédures du service en matière de protection de la confidentialité</b>			
<b>a</b>	Le service dispose de procédures de protection de la confidentialité qui sont connues des utilisateurs.	Protocoles de prestation de services ou autres documents contenant des notions relatives à la confidentialité des utilisateurs Informations provenant des utilisateurs des services	Normes satisfaites	Des procédures écrites visant à protéger la confidentialité sont en place et connues des utilisateurs des services.
			Normes partiellement satisfaites	Des procédures de protection de la confidentialité sont en place, mais elles ne sont pas écrites ou sont inconnues de certains utilisateurs.
			Normes non satisfaites	Aucune procédure de protection de la confidentialité n'est en place ou sont inconnues des utilisateurs du service
			Non applicable	
<b>b</b>	Le service dispose de règles et de politiques écrites qui sont connues des utilisateurs.	Protocoles de prestation de services ou autres documents contenant des notions relatives aux règles des services , Informations fournies par les utilisateurs des services	Normes satisfaites	Des règles de service écrites sont en place et connues des utilisateurs.
			Normes partiellement satisfaites	Des règles de service sont en place, mais elles ne sont pas écrites ou sont inconnues de certains utilisateurs du service
			Normes non satisfaites	Il n'existe pas de règles de service écrites ou elles sont inconnues de tous les utilisateurs du service.
			Non applicable	
<b>P3</b>	<b>Le service favorise la santé, le bien-être et le fonctionnement social des patients.</b>			
<b>a</b>	Le service a un objectif défini et des interventions visant à améliorer la santé et le bien-être des patients.	Manuel/protocoles de service, documents de dépistage et d'évaluation de la santé, intervention/référence de dépistage de la santé dans l'audit des notes de cas, Documentation sur la promotion de la santé, Entretiens avec les patients	Normes satisfaites	Protocole ou document, la plupart des patients bénéficient d'un dépistage/d'une évaluation de la santé et/ou d'une intervention/promotion de la santé ou d'une orientation.
			Normes partiellement satisfaites	Quel que soit le protocole/document, certains dossiers de patients comportent un dépistage/une évaluation de la santé et/ou une intervention/promotion de la santé ou une orientation vers d'autres services.
			Normes non satisfaites	Pas de protocole/document, peu de dossiers de patients comportent un dépistage/une évaluation de la santé et/ou une intervention/promotion/référence en matière de santé.

			Non applicable	
<b>b</b>	Le service aide chaque patient à améliorer son fonctionnement social et à se réinsérer dans la communauté.	Manuel de service/protocole. Fonctionnement social et réinsertion intégration dans l'audit des notes de cas	Normes satisfaites	Protocole/document, la plupart des dossiers des patients contiennent des interventions de fonctionnement social et de réinsertion.
			Normes partiellement satisfaites	Le protocole/document et/quelques-uns des dossiers des patients comportent des interventions en matière de fonctionnement social et de réinsertion.
			Normes non satisfaites	Aucun protocole/document et peu de dossiers de patients n'ont été établis.
			Non applicable	

<b>c</b>	La nourriture et les boissons fournies par le service doivent être abordables, nutritives et saines (le cas échéant).	Menu alimentaire conforme aux orientations nationales en matière d'alimentation saine Nourriture spéciale disponible si nécessaire pour des raisons religieuses ou diététiques, enquête auprès des patients	Normes satisfaites	La nourriture et boisson sont fournis et jugées satisfaisantes, la plupart des patients étant positifs
			Normes partiellement satisfaites	Soit la nourriture/boisson est jugée satisfaisante, soit une partie de la nourriture/boisson est jugée satisfaisante, soit une partie de la boisson est jugée satisfaisante. patients positifs
			Normes non satisfaites	La nourriture/boisson n'est pas fournie ou est jugée insatisfaisante par les évaluateurs et certains patients.
			Non applicable	
<b>P4 Le service dispose d'une procédure de réclamation indépendante pour les patients.</b>				
<b>a</b>	Le service dispose d'un mécanisme indépendant de recueil, d'examen et de traitement des plaintes des patients, qui est connu de ces derniers.	Politique en matière de plaintes et de résolution des problèmes des patients, rapports d'enquête et mesures prises Informations fournis par les utilisateurs des services	Normes satisfaites	Politique en matière de plaintes et la plupart des patients déclarent savoir comment se plaindre
			Normes partiellement satisfaites	Politique en matière de plaintes et/ou certains patients déclarent savoir comment se plaindre
			Normes non satisfaites	Pas de politique en matière de plaintes et les patients ne savent pas comment se plaindre
			Non applicable	
<b>P5 Le service veille activement à la propreté, au contrôle des incendies et des infections et à la protection contre d'autres incidents graves.</b>				
<b>a</b>	Le service dispose d'un protocole de contrôle des infections établi pour minimiser la propagation des infections, des virus et des maladies.	Politique de lutte contre les infections Rapports de lutte contre les infections Dossiers du personnel, tels que les dossiers de qualification, d'habilitation et de formation du personnel	Normes satisfaites	Politique ou document du Contrôle incendie /pratique cohérente, personnel formé
			Normes partiellement satisfaites	Documents de Contrôle incendie partiels/pratiques cohérentes ou personnel formé
			Normes non satisfaites	Aucune preuve de l'existence d'une politique de Contrôle incendie , d'une pratique cohérente ou d'un personnel formé
			Non applicable	
<b>b</b>	Le service est conforme aux réglementations nationales/locales en matière de propreté pour un établissement de soins de santé/social.	Certificats, et tout autre document ou dossier sur le respect des réglementations locales, Rapport de visite sur le terrain	Normes satisfaites	Tous les audits/certificats d'inspection
			Normes partiellement satisfaites	Quelques audits/certificats d'inspection
			Normes non satisfaites	Pas d'audits/de certificats d'inspection
			Non applicable	

<b>c</b>	Le service est conforme aux réglementations nationales en matière d'incendie ou aux bonnes pratiques	Certificats, et tout autre document ou enregistrement sur le respect des réglementations locales Formation du personnel dans les dossiers	Normes satisfaites	Le service dispose de certificats de sécurité incendie/de preuves de pratiques cohérentes pratique
			Normes partiellement satisfaites	Pas de certificats mais des pratiques cohérentes en matière de sécurité incendie
			Normes non satisfaites	Absence de certificats ou de pratiques cohérentes en matière de sécurité incendie
			Non applicable	
<b>d</b>	Le service a établi des protocoles et des pratiques pour gérer les incidents graves.	Protocole SI Rapports d'enquête ou plans d'amélioration Informations fournies par les responsables	Normes satisfaites	Protocole, rapports d'incidents graves, plans d'amélioration
			Normes partiellement satisfaites	Pas de protocole mais quelques rapports d'incidents graves, plans d'amélioration Aucune preuve de l'existence de protocoles ou de pratiques de gestion des incidents graves
			Normes non satisfaites	
			Non applicable	
<b>P6</b>	<b>Le service gère ses médicaments en toute sécurité</b>			

<b>a</b>	Le service dispose d'un protocole établi pour garantir la sécurité du stockage, de la prescription et de la distribution des médicaments.	Protocole de gestion des médicaments, protocoles de prescription, plans d'audit et d'amélioration	Normes satisfaites	Protocole complet, audit et plans d'amélioration
			Normes partiellement satisfaites	Protocole partiel, audit limité et plans d'amélioration
			Normes non satisfaites	Pas de protocoles ni d'audits
			Non applicable	

### Remarques

L'équipe d'assurance qualité doit convenir à l'avance des preuves requises pour les évaluations et des seuils de notation (idéalement en collaboration avec les parties prenantes telles que les prestataires de services, les bailleurs de fonds et les représentants des patients).

**P1a** : Les patients déclarant que le personnel les traite avec respect dans les enquêtes auprès des patients ont été associés à de meilleurs résultats au Royaume-Uni et aux États-Unis.

**P1b** : Les preuves que l'intimité des patients est respectée au sein du service comprennent : un espace privé pour se laver, aller aux toilettes, l'intimité lors de conseils ou d'examen médicaux

**P1c**. La maltraitance peut être physique (par exemple, coups, abus sexuels) ou mentale (torture, pratiques humiliantes, langage abusif, etc.), la contrainte (par exemple, être attaché, enchaîné ou enfermé), la discrimination (par exemple, un traitement injuste en raison du sexe, de la sexualité, de la religion, de la culture ou de la race), les mauvaises pratiques (par exemple, une pratique non fondée sur des preuves ou une pratique à laquelle le patient n'a pas consenti). Tout abus doit donner lieu à un score "non atteint" en raison de l'importance de la nécessité de contester ce type de pratique.

**P1d** : Les preuves montrant que le protocole de lutte contre la discrimination (y compris la promotion de bonnes relations entre divers groupes) a été établi peuvent inclure des protocoles supplémentaires sur les brimades ou le harcèlement fondés sur le sexe, la sexualité, l'âge, le handicap, l'appartenance ethnique, la langue, la religion, etc. des preuves d'incidents et d'actions dans les réunions de gestion, les enquêtes, etc. Ainsi que des activités/interventions/informations sur les services qui promeuvent une culture d'inclusion.

**P2a** : Ce critère fait référence à des "règles" autour du principe selon lequel les informations sur les patients ne doivent pas être partagées sans leur consentement, sauf si le patient ou une autre personne court un risque important de préjudice. Il est normal de partager des informations, par exemple pour orienter le patient vers des soins de santé (avec son consentement).

**P2b** : Le service dispose de règles, de politiques et d'attentes écrites à l'égard des patients. Ces règles, politiques et attentes doivent être expliquées et remises aux patients avant le traitement, afin qu'ils puissent donner leur consentement en connaissance de cause (en particulier si des restrictions de liberté sont demandées par une unité résidentielle ou hospitalière). Les informations doivent correspondre au niveau d'alphabétisation et à la langue du groupe de patients).

**P3a** : La santé et le bien-être comprennent la santé physique et mentale, y compris les interventions visant à promouvoir la santé. Les interventions peuvent comprendre : le traitement des troubles mentaux et physiques, le dépistage, l'évaluation, les interventions brèves et l'orientation vers d'autres traitements ; le dépistage et l'orientation vers un traitement pour les virus transmis par le sang, les questions de santé sexuelle et reproductive, les maladies du foie, etc. ; les vaccinations (HEPB, infections virales, etc.) ; les activités de promotion de la santé, telles que l'exercice, l'alimentation saine, l'hygiène du sommeil, l'hygiène dentaire, etc.

**P3b** : Le fonctionnement social et la réinsertion comprennent des interventions telles que : l'établissement de relations de soutien ; l'éducation ; la formation ; l'emploi ou l'acquisition de compétences pratiques (par exemple, gestion de l'argent, cuisine) ; l'intégration dans la société ; l'entraide ou le soutien par les pairs ; la prise en charge après la sortie de l'hôpital, etc.

**P3c** : La notation des seuils pour la nourriture et les boissons fournies par un service peut varier d'un pays à l'autre et les évaluateurs de la qualité doivent convenir de seuils conformes aux normes nationales.

**P4**. Un mécanisme indépendant de traitement des plaintes doit comprendre des procédures établies pour recueillir, enquêter et répondre aux plaintes des patients tout en garantissant l'anonymat et en protégeant les patients qui se plaignent de conséquences négatives. Ces procédures doivent être portées à la connaissance des patients en étant expliquées à chacun d'entre eux et en étant annoncées dans les informations destinées aux patients.

**P5a** : Le contrôle des infections est d'une importance cruciale pour les services de traitement des troubles liés à l'usage de drogues, car les patients sont plus susceptibles d'attraper et de transmettre certaines maladies infectieuses. Les procédures de contrôle des infections peuvent inclure : la manipulation du sang et des fluides corporels (urine, fèces, vomissements, etc.) ; la manipulation et l'élimination du matériel d'injection et d'autres équipements médicaux jetables ; les blessures par piqûre d'aiguille ; la manipulation des déchets médicaux ; les masques et les écrans faciaux, et le lavage/désinfection des mains. Des procédures doivent être mises en place pour gérer les infections ou les épidémies de maladies transmissibles, y compris les plans d'urgence en cas d'épidémies ou de pandémies.

**P5b** : Les réglementations nationales/locales relatives à la propreté d'un établissement de santé/de soins sociaux peuvent varier d'une localité à l'autre. Certains pays peuvent ne pas avoir de réglementation et les évaluateurs devront donc fixer des seuils de notation basés sur les normes du pays.

**P5c** : La réglementation en matière d'incendie dans un établissement de santé/de soins sociaux peut varier d'une localité à l'autre. Certains pays peuvent ne pas avoir de réglementation et les évaluateurs devront donc fixer des seuils de notation basés sur les normes du pays.

**P5d** : Les incidents graves peuvent inclure : la violence dans les locaux (entre patients ou entre patients et personnel), le décès ou l'overdose de patients, la présence d'armes dans les locaux, etc., la maltraitance des patients ou du personnel, les vols importants, les incendies, etc.

**P6a** : Ce critère ne s'applique qu'aux services qui stockent ou prescrivent des médicaments. Si ce n'est pas le cas, indiquez que le critère est sans objet (S.O.).