

CADRE

# normatif



Certification des  
organismes privés  
ou communautaires  
intervenant en  
toxicomanie et offrant  
de l'hébergement

Québec 

Ministère de la Santé  
et des Services sociaux



**CADRE**

# **n o r m a t i f**



Certification des  
organismes privés  
ou communautaires  
intervenant en  
toxicomanie et offrant  
de l'hébergement

Décembre 2000

Québec   
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.

Ces frais vous seront facturés à la livraison :

5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction des communications  
1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section documentation, publications gratuites, du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-36903-3

© Gouvernement du Québec

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, l'adaptation et la traduction de la totalité ou d'un extrait quelconque de ce document par quelque procédé que ce soit, sont interdites sans l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

## REMERCIEMENTS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier sincèrement les personnes suivantes qui chacune à leur manière, ont facilité l'accès à la documentation, ont pris le temps de discuter des normes de qualité dans les organismes communautaires et privés et ont permis la réalisation du Cadre normatif et du Guide d'évaluation.

### Membres du comité de travail :

Monsieur François Bérard	Directeur général Maison St- Laurent Montréal
Monsieur Alfred Couturier	Directeur général, Accueil Harvey-Bibeau, Amos
Monsieur Gaétan Grenier	Commission de la construction du Québec, Montréal
Monsieur Alcide Huard	Directeur général, Centre Ubald Villeneuve Québec ;
Monsieur Marc Lacour	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec, Trois-Rivières
Monsieur Michel Landry	Directeur des services professionnels, Centre Dollard Cormier
Monsieur Jean-Marie Nicole	Directeur général Centre le Rucher, Saint Casimir
Madame Lysane Ouimet	Coordonnatrice régionale en toxicomanie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Joliette
Monsieur Yvon Picotte	Directeur général, Pavillon du Nouveau Point de vue, Lanoraie
Madame Lise Roy	Directrice certificat en toxicomanie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke
Madame Carme Trottier	Directrice générale, Association des intervenants en toxicomanie du Québec, Longueuil
Monsieur André Tanguay	Directeur général, Fédération des organismes communautaires bénévoles d'aide et de soutien aux toxicomanes du Québec, Québec

### Membres du comité de pilotage :

Monsieur Jacques Lamarre	Président, Jacques Lamarre et associés, Montréal, président du comité de travail
Monsieur Robert Faulkner	Chef de service de la toxicomanie, Direction générale des services à la population, MSSS, coordonnateur du dossier, Québec
Madame Denise F. Rouffignat	Agente de recherche et de planification socio-économique, Service de la toxicomanie, Direction générale des services à la population, MSSS, s'est jointe au groupe en août 2000
Monsieur Guy Vermette	Consultant et chargé de projet, Ile-Bizard

## AVANT PROPOS

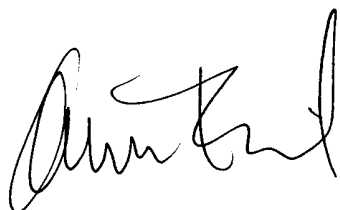
Le *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, adopté en décembre 1998, démontre l'importance que nous devons accorder aux multiples problèmes associés à l'alcool et aux drogues. C'est pourquoi j'ai soutenu prioritairement l'élaboration d'un cadre normatif qui s'inscrit dans la foulée de ce plan d'action. Ce cadre vient favoriser la prestation de services de qualité auprès des personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcoolisme ou à d'autres toxicomanies.

Plusieurs organismes, communautaires ou privés, offrent actuellement des services avec hébergement aux personnes éprouvant des problèmes de consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments. Les personnes souffrantes qui fréquentent ces centres de traitement et d'hébergement doivent pouvoir le faire, dans tous les cas, en toute confiance. À cette fin, le *Plan d'action en toxicomanie* prévoit l'implantation d'un mécanisme de reconnaissance des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement aux personnes toxicomanes.

C'est dans ce contexte que j'ai confié à un groupe de travail composé de représentants de tous les secteurs de l'intervention en toxicomanie le mandat de me proposer des normes de qualité et une procédure de qualification pour les organismes privés ou communautaires offrant de tels services. Le présent cadre normatif découle de ces travaux. Il fixe les normes et les exigences nécessaires auxquelles doivent satisfaire tous les organismes qui veulent être reconnus. Toutefois, le processus de qualification au cadre normatif sera libre et volontaire. Les ressources qui se conformeront à ces normes de qualité recevront par ailleurs un certificat de reconnaissance et seront inscrites dans le répertoire québécois des organismes reconnus.

De façon plus générale, l'application de ce cadre normatif contribuera à la coordination, selon une approche intégrée, des actions menées dans le secteur de l'intervention en toxicomanie. Elle favorisera également l'amélioration continue de la qualité et la recherche de l'excellence sur tout le territoire québécois.

Le ministre délégué à la Santé,  
aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse  
et ministre responsable du Loisir, du Sport et du Plein Air,



GILLES BARIL

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	I
AVANT PROPOS .....	III
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 — LA CERTIFICATION.....	3
CHAPITRE 2 — LES CRITÈRES D’ADMISSIBILITÉ .....	7
CHAPITRE 3 — LA PROCÉDURE DE QUALIFICATION.....	11
CHAPITRE 4 — LES NORMES DE QUALITÉ .....	19
• NORMES RELATIVES À L’ADMINISTRATION.....	23
1. Les orientations .....	23
2. Le fonctionnement.....	24
3. L’éthique et les règles de conduite .....	26
4. Le dossier de l’usager.....	29
5. La rémunération et les modalités de paiement.....	31
6. Les assurances .....	32
7. La publicité.....	33
• NORMES RELATIVES AUX SERVICES À LA CLIENTÈLE.....	35
8. Les services personnalisés.....	35
9. Le programme d’intervention .....	36
10. Le personnel .....	37
11. Les médicaments .....	40
• NORMES RELATIVES AUX INSTALLATIONS ET AUX SERVICES AUXILIAIRES .....	41
12. Les espaces et l’aménagement.....	41
13. L’alimentation .....	42
14. Les mesures de sécurité et les mesures d’urgence .....	43
15. Les mesures d’hygiène et de salubrité .....	44
16. Les déchets biomédicaux infectieux .....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	45

## ANNEXES

Annexe 1	Formulaire de demande de qualification .....	49
Annexe 2	Grille d'auto-évaluation .....	50
Annexe 3	Liste des documents à fournir par le responsable de l'organisme .....	53
Annexe 4	Composition de conseil d'administration.....	56
Annexe 5	Exemple de code d'éthique .....	57
Annexe 6	Appréciation de satisfaction des services à la clientèle.....	59
Annexe 7	Formulaire de plainte .....	60
Annexe 8	Formulaire d'analyse de plainte .....	62
Annexe 9	Formulaire de consentement éclairé.....	64
Annexe 10	Formulaire de suivi des demandes de qualification.....	65
Annexe 11	Formulaire de recommandation en vue de la certification .....	66

## INTRODUCTION

En vue de veiller à la protection de la population, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que les régies régionales doivent s'assurer que les organismes qui travaillent en toxicomanie et les services qu'ils donnent soient de qualité.

La qualité des services dans le secteur d'intervention de la toxicomanie est l'un des principaux objectifs du Plan d'action en toxicomanie 1999-2001 (MSSS, 1998a) et du Plan d'action sur la détresse sociale chez les jeunes (MSSS 1999).

Au Québec, de nombreux organismes privés et communautaires de ce secteur d'intervention offrent de l'hébergement. Ils proposent des services en étant soucieux de leur autonomie et de leur capacité à répondre, avec flexibilité aux besoins des différentes clientèles ou à l'ensemble des besoins d'une même clientèle. Il toutefois demeure difficile de statuer sur la qualité des services offerts par l'ensemble de ces organismes. L'autonomie de fonctionnement, la rapidité avec laquelle les organismes naissent, mais aussi disparaissent, ainsi que la très grande variété des services qu'on y trouve contribuent à maintenir cet état de fait.

Certains organismes reçoivent des clientèles déjà prises en charge par d'autres structures (centres de réadaptation, services correctionnels, programmes d'aide aux employés ou soutien financier de l'assistance sociale pour une population démunie, etc.) et qui viennent souvent de plusieurs régions administratives. Leur contribution est enchâssée dans des protocoles d'entente et dépend de l'achat de services. Ils doivent ainsi travailler en complémentarité avec ces différentes structures dont certains ministères qui se posent des questions sur la qualité des services de certaines ressources.

L'application de normes de qualité est devenue une nécessité dans ce secteur d'activité, particulièrement pour les organismes qui offrent de l'hébergement. Des normes ont déjà été établies en 1994 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles représentaient « une initiative pour instaurer une démarche d'amélioration constante de la qualité en matière de services offerts à des personnes qui se trouvent à un moment difficile de leur vie »<sup>1</sup>. Pour diverses raisons le programme n'a cependant jamais été implanté.

Récemment, le ministère accordait la priorité à l'implantation des normes relatives à la qualité que devront respecter les organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement.

Un comité de travail fut alors créé pour mener à bien une démarche visant à proposer aux autorités du Ministère un cadre normatif et une procédure de qualification. Ce comité a réuni les principaux experts québécois sur la question. Les commentaires émis de nombreux intervenants des organismes communautaires et privés et par des partenaires interministériels sont venus appuyer et enrichir un projet de guide sur les normes en toxicomanie.

---

1. Normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes, avril 1994, Direction générale des programmes, ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour le MSSS, l'application de normes de qualité représente également une étape vers l'élaboration plus formelle de stratégies de référence et de partenariat. Elle est aussi l'amorce d'un processus d'amélioration continue de la qualité et de la recherche de l'excellence.

Soulignons par ailleurs que la protection du public, notamment celle des usagers constitue l'objectif fondamental de cette démarche qui permettra au Ministère de s'assurer que les conditions offertes aux toxicomanes sont sécuritaires sur le plan physique, psychologique et moral.

Le présent document s'adresse à toutes les personnes et à tous les organismes publics, communautaires et privés préoccupés par la qualité des services offerts en toxicomanie. Il définit la portée de la certification, les principes sous-jacents au processus, la procédure de qualification et les critères d'admissibilité à la démarche. Enfin, il décrit les normes pour répondre aux exigences requises en vue de l'obtention d'un certificat décerné par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces normes portent notamment sur l'administration, les services à la clientèle, les installations et les services auxiliaires.

# Chapitre 1

## La certification



---

La certification est une attestation de la conformité à des normes minimales définies par le MSSS. Elle est accordée dans un temps donné et s'inscrit dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité et de recherche de l'excellence au plus grand profit de la clientèle desservie.

Ainsi, l'accent est mis sur la recherche de la qualité et non sur la reconnaissance.

La terminologie utilisée distingue les éléments de contenu, le processus et le résultat :

- les éléments de **contenu** représentent les **normes** minimales pour s'assurer que la personne sera bien traitée et que l'intervention l'aidera, ou tout au moins ne lui nuira pas, dans un contexte sécuritaire et salubre ;
- le **processus** se rapporte à une démarche volontaire de **qualification** (un organisme se qualifiant ou non selon les normes établies) ;
- le **résultat** fait référence à une **certification** obtenue par un organisme à la suite d'une démarche de qualification, attestant de son respect des normes.

### ***CONDITIONS REQUISES***

- Les organismes doivent satisfaire à toutes les normes définies dans le présent cadre normatif pour se rendre admissible à la certification.
- Les organismes à qui sont demandés des correctifs doivent les apporter dans un délai maximal de six mois. Les évaluateurs doivent alors procéder à la vérification du bien-fondé des correctifs et de leur conformité au cadre normatif. La recommandation positive peut conduire à la certification.
- Les organismes qui ont fait l'objet d'un réexamen après leur requête en révision peuvent recevoir la certification lorsque la décision du comité de révision infirme celle de la première instance.

### ***AVANTAGES***

- **Pour la population, la certification :**
  - favorise la protection des utilisateurs de services ;
  - confirme que les organismes satisfont aux normes établies par le MSSS ; permet de disposer d'information pour choisir un organisme d'intervention en toxicomanie ;
  - permet de disposer d'information pour choisir un organisme d'intervention.

- **Pour l'organisme, la certification :**

- contribue à la démarche d'amélioration continue de ses services ;
- lui permet de s'afficher comme un organisme respectant des normes définies par le MSSS ;
- favorise les orientations en provenance d'établissements publics de la santé et des services sociaux (ex. : centres de réadaptation, CLSC, centres jeunesse, centres hospitaliers, cliniques médicales), de ministères (ex : Justice, Sécurité publique), de programmes d'aide aux employés et d'assureurs ;
- lui permet d'être inscrit dans un annuaire d'organismes certifiés diffusé auprès des organismes susceptibles d'y orienter leur usagerèle ;
- fait la promotion de ses services auprès des organismes spécialisés dans l'orientation de la clientèle.

### ***LIMITES***

- La certification d'un organisme n'implique pas nécessairement le financement de cet organisme ou l'attribution de subventions par une instance gouvernementale.
- La certification est accordée à un organisme exclusivement pour le programme ayant fait l'objet de l'évaluation.
- La certification est d'une durée limitée et oblige l'organisme à faire une demande de recertification. La recertification s'inscrit alors dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des services.
- La certification peut être retirée avant terme pour des raisons graves relativement au non-respect du cadre normatif. À cet égard, la certification s'inscrit dans une démarche de contrôle de la qualité.

### ***DURÉE***

- Deux ans, dans le cas d'une première certification ;
- Trois ans, dans le cas d'une recertification.

# Chapitre 2

## Les critères d'admissibilité



---

Un organisme désireux de s'inscrire dans une démarche de qualification en vue d'une certification doit satisfaire à chacun des trois critères suivants.

- **L'organisme fait de l'intervention auprès des personnes présentant des problèmes de toxicomanie et leur offre de l'hébergement**

Les présentes normes s'appliquent exclusivement aux organismes privés et communautaires du secteur de la santé et des services sociaux qui font de l'intervention auprès des personnes présentant des problèmes de toxicomanie et leur offrent de l'hébergement.

L'intervention avec hébergement peut prendre diverses formes, soit l'aide et le soutien pendant la récupération à la suite d'une intoxication aiguë, l'aide et le soutien après la désintoxication, la thérapie ainsi que la réinsertion sociale.

- **L'organisme détient une charte d'incorporation (ou lettres patentes) dont les objets sont majoritairement en rapport avec le domaine de l'intervention en toxicomanie ou exceptionnellement, gère une unité qui offre un programme particulier en toxicomanie**

L'organisme doit être constitué en corporation dûment reconnue par les lois en vigueur, qu'elles soient fédérales ou provinciales.

Tout organisme constitué en corporation a l'obligation légale de s'immatriculer annuellement auprès de l'Inspecteur général des institutions financières. Cette déclaration d'immatriculation contient des informations requises par la Loi sur la publicité légale des entreprises individuelles, des sociétés et des personnes morales (L.R.Q., c. P-45), dont :

- le nom et le domicile du responsable de l'organisme lorsqu'il n'est pas membre du conseil d'administration ;
- le nom et l'adresse de l'organisme ;
- le nom utilisé au Québec par la personne morale dans l'exercice de ses activités ;
- par ordre d'importance, les deux principaux secteurs dans lesquels l'organisme exerce ses activités ;
- le nombre de salariés, équivalents temps plein.

- **L'organisme est en activité depuis au moins deux ans. L'organisme est en activité depuis au moins deux ans.**

Les connaissances et les compétences demandent d'être mises à profit à travers l'expérience. C'est ainsi que la qualité des services s'apprécie en s'assurant d'une période minimale d'activité fixée à deux ans.

# Chapitre 3

## La procédure de qualification



---

## ***LES PARTENAIRES ET LEURS RÔLES***

### **Le ministère de la Santé et des Services sociaux :**

- coordonne la mise en œuvre et l’implantation du cadre normatif ;
- engage des équipes d’évaluateurs ;
- mandate un comité national de certification (CNC) ;
- reçoit les recommandations du CNC ;
- décerne un certificat attestant de la conformité aux normes ;
- mandate un comité de révision des décisions du CNC ;
- assure l’évaluation de l’implantation .

**Le comité national de certification** (formé de sept membres mandatés par le MSSS pour un terme de trois ans et coordonné par un représentant du MSSS) :

- valide la démarche de qualification des organismes ;
- valide les recommandations formulées par les évaluateurs ;
- formule au MSSS une recommandation motivée quant à la certification des organismes ;
- transmet les requêtes en révision au comité de révision ;
- informe les organismes du résultat de leur démarche.

**Le comité de révision** (formé de trois membres mandatés par le MSSS) :

- statue sur la recevabilité des demandes de révision ;
- examine la situation des organismes dont la demande a été reçue ;
- communique au CNC le résultat de son examen et transmet une décision motivée ;

**La régie régionale :**

- transmet aux organismes les informations sur le processus de certification ;
- statue sur l’admissibilité des organismes désireux de s’inscrire dans une démarche de qualification ;
- offre un soutien professionnel et technique aux organismes, aux évaluateurs ainsi qu’au Ministère dans la procédure de qualification.

## **PROCÉDURE**

La procédure de qualification précise la séquence des différentes étapes, l'organisation qui en assume la responsabilité ainsi que les principales tâches qui lui incombent. Les délais indiqués pour procéder à l'exécution des tâches sont un ordre de grandeur du temps approximatif auquel l'organisme peut s'attendre pour que son dossier franchisse chacune des étapes et obtienne la décision relative à la certification.

<b>Étapes</b>	<b>Responsables</b>	<b>Tâches</b>
Demande d'information	Organisme	L'organisme contacte la régie régionale de son territoire pour obtenir la documentation relative à la démarche de qualification.
Envoi des documents pertinents à l'organisme	Régie régionale	Dans un délai d'une semaine, la régie régionale envoie à l'organisme le Cadre normatif comprenant les normes, la procédure et ses annexes ainsi que le formulaire de demande de qualification.
Demande de qualification	Organisme	Lorsqu'il est décidé d'enclencher une démarche à la suite d'une résolution de son conseil d'administration, l'organisme retourne à la régie régionale le formulaire de demande de qualification dûment rempli ainsi que les documents justifiant son admissibilité en fonction des trois critères établis. L'organisme fait aussi parvenir au MSSS une copie de son formulaire de demande de qualification.  L'organisme amorce la collecte des documents requis en vue de la visite d'évaluation.
Confirmation de l'admissibilité	Régie régionale	Dans un délai de deux semaines, la personne mandatée par la régie régionale confirme, par lettre, l'admissibilité de l'organisme à la qualification. Dans un cas de non admissibilité, elle en justifie les motifs et fixe avec l'organisme un délai pour que celui-ci se conforme aux normes, faute de quoi son dossier sera fermé.  La régie régionale fait parvenir au MSSS une copie de la lettre confirmant l'admissibilité de l'organisme à la démarche de qualification.  La régie régionale offre son soutien à l'organisme pour qu'il puisse préparer tous les documents requis avant la visite d'évaluation.

Étapes	Responsables	Tâches
Préparation des documents	Organisme	L'organisme transmet à la régie régionale les documents requis avant la visite d'évaluation. Puis il complète son auto évaluation sans obtenir d'assistance ni de commentaires de la régie régionale.
Vérification de la présence dans le dossier des documents utiles à l'évaluation	Régie régionale	La régie régionale s'assure d'avoir tous les documents exigés avant la visite d'évaluation (formulaire de demande de qualification dûment rempli, lettre de confirmation de l'admissibilité et autres documents à l'exception de l'auto évaluation que l'organisme transmet directement aux évaluateur.
Étude préliminaire du dossier	Évaluateurs	Les évaluateurs prennent connaissance des documents concernant la demande de qualification de l'organisme. Dans un délai d'une semaine, ils s'adressent à l'organisme pour convenir d'une date afin que ce dernier leur transmette son auto évaluation. Une fois l'auto évaluation transmise aux évaluateurs, ils procèdent à l'analyse préliminaire du dossier et contactent l'organisme pour convenir d'une date pour la visite d'évaluation. La régie régionale offre son soutien aux évaluateurs pendant l'étude préliminaire du dossier.
Visites d'évaluation de l'organisme	Évaluateurs	L'équipe d'évaluateurs effectue la visite d'évaluation en utilisant le Guide d'évaluation pour y noter ses commentaires et procéder à l'évaluation. L'équipe d'évaluateurs rencontre le responsable de l'organisme, le responsable de l'encadrement (s'il y en a un) et le président du conseil d'administration. Elle rencontre également des membres du personnel et des résidents sur une base volontaire base volontaire. L'équipe d'évaluateurs peut décider du besoin de faire une deuxième visite pour rendre compte de manière plus détaillée des éléments du programme et de la vie dans le milieu. Dans une telle éventualité, l'équipe d'évaluateurs convient avec l'organisme de la date à laquelle se tient cette deuxième visite.

Étapes	Responsables	Tâches
Étude du dossier	Évaluateurs	Les évaluateurs analysent les données de la visite d'évaluation. Ils demandent à la régie régionale ses commentaires concernant l'organisme évalué. Ils peuvent également demander des renseignements pertinents à l'étude du dossier à d'autres instances publiques visés par une démarche d'orientation vers l'organisme. Une fois toutes les données obtenues, les évaluateurs font l'analyse de la candidature en vue de formuler leur recommandation.
Formulation d'une recommandation	Évaluateurs	Dans un délai de trois semaines après la dernière visite d'évaluation, les évaluateurs formulent une recommandation motivée. Si la recommandation est défavorable, les correctifs à apporter par l'organisme sont précisés afin qu'il puisse satisfaire à l'ensemble des normes de qualité. Dans un délai d'une semaine, la recommandation est acheminée au Comité national de certification.
Validation du dossier et de la recommandation	Comité national de certification	Le Comité national de certification reçoit la recommandation des évaluateurs. Il s'assure que le processus d'évaluation a bien été suivi. Il s'assure également que la recommandation est cohérente avec l'analyse qui a été faite et que les principales observations sont formulées dans les attendus. S'il juge à propos, il peut demander à rencontrer le responsable de l'organisme et le président de son conseil d'administration pour valider la recommandation formulée. Il peut également demander à la régie régionale ainsi qu'aux évaluateurs toute information pertinente pour procéder à cette validation. Dans un délai maximal de cinq semaines, le Comité national de certification transmet par écrit au MSSS la recommandation motivée.
Transmission d'information à l'organisme	Comité national de certification	Lorsque la recommandation des évaluateurs est défavorable, le Comité national de certification informe l'organisme des correctifs à apporter pour satisfaire à l'ensemble des normes. Dans un délai maximal de cinq jours, suivant la réception de la recommandation il demande de contacter l'équipe d'évaluateurs pour convenir de l'appréciation des correctifs apportés. Il lui est indiqué qu'il dispose d'une période de six mois pour apporter les correctifs, faute de quoi il se verra refuser la certification.  L'organisme ne peut refaire une demande de qualification avant une période de douze mois.

Étapes	Responsables	Tâches
Certification	MSSS	<p>Le MSSS reçoit la recommandation transmise par le Comité national de certification. Il s'assure que les procédures d'évaluation et de recommandation ont été respectées.</p> <p>Si la recommandation est favorable, les autorités administratives compétentes émettent le certificat.</p>
Émission du certificat	MSSS	<p>Dans un délai maximal de cinq semaines, suivant la réception de la recommandation, le certificat est émis et transmis à l'organisme.</p> <p>Une lettre de confirmation est transmise à la régie régionale et au Comité national de certification.</p>
Affichage	Organisme	<p>Lorsque l'organisme reçoit son certificat il l'affiche de manière visible dans l'établissement.</p>
Demande de correctifs	Comité national de certification	<p>Si des correctifs doivent être apportés pour satisfaire à l'ensemble des normes, l'organisme les apporte et contacte les évaluateurs pour procéder, dans les délais prévus, à une vérification de ces correctifs.</p> <p>L'organisme à qui sont demandés des correctifs a un droit de recours auprès du Comité national de certification pour contester le fait qu'il n'ait pas obtenu la certification.</p> <p>Il dispose d'une période d'un mois après la réception de la lettre pour formuler par écrit un recours en expliquant ses motifs.</p>
Révision de la décision	Comité de révision	<p>L'objet du processus de révision porte sur le réexamen de la situation dans les cas où il y a eu vice de procédure.</p> <p>La contestation d'un organisme est recevable lorsqu'elle repose sur des questions liées à la méthode utilisée par les évaluateurs et sur le respect des procédures d'évaluation telles qu'elles sont définies dans le Guide d'évaluation.</p> <p>Le comité de révision examine le processus utilisé pour l'évaluation et vérifie si la procédure a été respectée. Il transmet au CNC son rapport d'examen et formule sa décision .</p> <p>Les décisions du comité de révision sont sans appel.</p>

# Chapitre 4

## Les normes de qualité



- Normes relatives à l'administration
- Normes relatives aux services à la clientèle
- Normes relatives aux installations et aux services auxiliaires



Les normes de qualité retenues pour la certification des organismes sont regroupées dans les catégories qui suivent :

- **Relatives à l'administration**

1. Les orientations
2. Le fonctionnement
3. L'éthique et les règles de conduite
4. Le dossier de l'utilisateur
5. La rémunération et les modalités de paiement
6. Les assurances
7. La publicité

- **Relatives aux services à la clientèle**

8. Les services personnalisés
9. Le programme
10. Le personnel
11. Les médicaments

- **Relatives aux installations et aux services auxiliaires**

12. Les espaces et l'aménagement
13. L'alimentation
14. Les mesures de sécurité et les mesures d'urgence
15. Les mesures d'hygiène et de salubrité
16. Les déchets biomédicaux infectieux

---

## **NORMES RELATIVES À L'ADMINISTRATION**

Les normes relatives à l'administration renvoient principalement à des documents **écrits** et **datés** qui sont jugés nécessaires pour assumer une gestion de qualité. L'organisme qui entreprend une démarche de qualification en vue d'obtenir une certification doit posséder ces documents et faire la démonstration qu'il en respecte la teneur.

### **1. Les orientations**

Les orientations de l'organisme comprennent les éléments suivants :

- l'énoncé de la mission ;
- la philosophie d'intervention ;
- les critères d'admission et d'exclusion de la usagerèle.

Le document décrivant les orientations de l'organisme est affiché en permanence dans une pièce commune afin que toute personne puisse y avoir facilement accès. Les orientations sont inscrites également dans tout dépliant d'information décrivant les services offerts par l'organisme.

#### **1.1 L'organisme formule clairement l'énoncé de sa mission**

L'énoncé regroupe les éléments suivants :

- le profil global des usagers ;
- les buts généraux de l'organisme au regard de l'objet de la charte ;
- un aperçu du type d'activités ou de services offerts.

La mission de l'organisme peut englober une clientèle vivant de multiples problèmes (ex. population démunie et sans domicile fixe) ou une clientèle particulière (ex. Les hommes toxicomanes judiciairisés) dans le but de répondre de manière adaptée à ses besoins précis.

#### **1.2 L'organisme s'appuie sur une philosophie d'intervention**

La philosophie d'intervention sert à guider l'organisation des services. Elle comprend les principaux éléments suivants :

- les valeurs et les principes directeurs qui sous-tendent l'intervention ;
- une approche ou un modèle d'intervention en toxicomanie qui repose sur des connaissances éprouvées et qui comporte une explication des problèmes vécus par la clientèle définie dans l'énoncé de mission.

le modèle d'intervention utilisé découle de la conception de la toxicomanie. Il peut être spécifique (ex. Communauté thérapeutique) ou multiple (Approche du mouvement des alcooliques anonymes et approche psychosociale).

toute forme d'allégeance religieuse, s'il y a lieu, doit être définie clairement dans la philosophie d'intervention ;

- la description d'objectifs globaux d'intervention en rapport avec les besoins de la clientèle.

### **1.3 L'organisme précise ses critères d'admission et d'exclusion ainsi que ses mécanismes d'accès**

Les critères d'admission peuvent comporter les variables suivantes :

- l'âge et le sexe ;
- l'origine ;
- le type de consommation ;
- les problèmes associés aux aspects physique, psychologique et social ;
- le degré de motivation.

Ces critères servent à s'assurer que la clientèle est bien celle visée par les critères d'admission.

Les critères d'exclusion cherchent à identifier les personnes auprès de qui l'organisme n'est pas habilité à intervenir et qui doivent être orientées vers une autre ressource dans la communauté.

Les mécanismes d'accès représentent les modalités par lesquelles la personne peut obtenir de l'aide de l'organisme. Ils incluent l'auto-orientation et l'orientation par d'autres ressources du milieu, dans le cadre ou non d'ententes de services.

Les critères d'admission sont larges si l'organisme accueille la clientèle sur la base de grandes caractéristiques telles que la désorganisation ou la perte de soutien social. Les critères d'exclusion sont alors peu nombreux. En revanche, les critères d'admission sont restrictifs si l'organisme démontre une attention particulière à un type de clientèle. L'orientation s'établit dans le respect des caractéristiques de la clientèle ciblée.

## **2. Le fonctionnement**

Les normes relatives au fonctionnement administratif de l'organisme concernent la composition et les fonctions du conseil d'administration au regard de sa responsabilité de veiller à ce que l'organisme soit bien géré, qu'il offre des services de qualité et que la clientèle soit satisfaite de l'aide reçue.

## **2.1 La corporation dispose d'une liste des membres actifs de son conseil d'administration**

Le nombre minimal de membres au conseil d'administration est fixé à cinq qui, dans la majorité ne sont pas des membres du personnel de l'organisme et font état d'une certaine représentativité au sein de la communauté.

La liste des membres du conseil d'administration contient les informations suivantes :

- le nom, l'adresse et l'occupation de chacun des membres ainsi que les liens de parenté, s'il y a lieu ;
- leurs fonctions au sein du conseil ;
- la date d'entrée au conseil d'administration et la durée du terme.

Cette liste est mise à jour au moment de changements dans la composition du conseil d'administration.

## **2.2 La corporation dispose de règlements généraux**

Les règlements de la corporation précisent les modalités par lesquelles les membres du conseil d'administration assument leurs fonctions d'administrateurs. Ces règlements concernent les éléments suivants :

- les critères qu'une personne doit respecter pour devenir membre de la corporation ;
- le nombre de sièges au conseil d'administration (minimum de cinq) ;
- la durée des nominations ;
- les procédures de nomination et de retrait ;
- la composition et l'organisation de la tenue d'une assemblée annuelle ;
- les procédures de fonctionnement (convocation, quorum, mode de prise de décisions) ;
- le nombre de rencontres du conseil d'administration par année (minimum de quatre) ;
- la rédaction d'un procès-verbal à chacune des rencontres du conseil d'administration, précisant la nature des décisions prises ainsi qu'une preuve de son approbation par le conseil ;
- les procédures d'embauche d'une personne responsable de la gestion interne de l'organisme ainsi que la description de ses tâches.

De plus, le conseil d'administration voit à ce que les dossiers financiers et les livres soient tenus à jour, en conformité avec les principes comptables établis dans l'acte constitutif.

### **2.3 La corporation dispose de l'avis de convocation et du procès-verbal de sa dernière assemblée annuelle**

L'avis de convocation et le procès-verbal portent, entre autre, sur le rapport d'activités et les états financiers ayant fait l'objet d'une vérification par une firme comptable.

Le rapport d'activité est produit annuellement et présente au moins les éléments suivants :

- le profil global de la clientèle desservie ;
- le nombre de personnes qui ont bénéficié des services de l'organisme ;
- la nature des services rendus ;
- le nombre de plaintes formulées et un rapport de l'examen qu'il en a été fait ;
- les mesures envisagées pour améliorer la qualité des services à la clientèle.

La responsabilité des états financiers incombe aux administrateurs de la corporation. La vérification de ces états financiers par un comptable doit être effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes.

Le procès-verbal exigé confirme la tenue de l'assemblée annuelle des membres de la corporation. Il indique également si les éléments contenus dans l'avis de convocation ont été discutés par les membres.

L'organisme qui entreprend une démarche de qualification peut fournir tout autre document qu'il juge pertinent à l'évaluation de sa candidature.

### **2.4 La corporation dispose d'un organigramme**

L'organigramme illustre graphiquement le conseil d'administration, les niveaux d'autorité mis en place ainsi que le personnel affecté aux différentes fonctions dans l'organisme.

Ainsi, l'organisme détermine les niveaux de responsabilité administrative de manière à établir une distinction entre l'instance exerçant l'autorité ultime (conseil d'administration) et celle qui doit répondre de la gestion de l'organisme en tant que responsable des opérations courantes.

L'organigramme permet également d'identifier clairement le responsable du programme ainsi que la personne à qui s'en remettre en cas de plainte.

## **3. L'éthique et les règles de conduite**

Les personnes toxicomanes présentent des problèmes psychosociaux qui les rendent vulnérables. Une vigilance est donc de mise pour tout administrateur et tout intervenant désireux de leur venir en aide. Il faut respecter les droits de ces personnes d'être accueillies, écoutées et aidées en fonction des besoins qu'elles expriment et dans le plus grand respect de leur liberté, de leur dignité et de leur intégrité.

### **3.1 L'organisme élabore et applique un code de déontologie**

L'organisme a élaboré et il fait respecter un code de déontologie après son acceptation par le conseil d'administration. Le code de déontologie comporte les droits et les responsabilités des usagers ainsi que les devoirs du personnel à leur endroit et à l'endroit de l'organisme.

- Les droits et les responsabilités de l'utilisateur sont inscrits dans une charte.
- Cette charte des droits et des responsabilités est affichée dans chaque chambre afin que l'utilisateur puisse facilement s'y reporter.
- Les devoirs des membres du conseil d'administration et du personnel (employés et stagiaires) se rapportent à des règles de conduite ou de déontologie afin d'assurer la protection des droits de l'utilisateur, de favoriser la démarche de ce dernier ainsi que de respecter la mission, l'approche et le programme de l'organisme en offrant des services de qualité.
- Tout membre du personnel de l'organisme dispose d'une copie du code de déontologie.

### **3.2 L'organisme a établi et applique une procédure d'appréciation de ses services par la clientèle**

La mise en place de normes dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services vise à susciter un haut taux de satisfaction parmi la clientèle et à réduire d'autant les plaintes formulées. Par ailleurs, lorsqu'une plainte est formulée, il est important qu'elle soit traitée dans le respect des droits de la usagerèle.

Pour répondre à cette norme, l'organisme dispose des deux mécanismes suivants, soit le mécanisme d'évaluation du degré de satisfaction et le mécanisme d'examen des plaintes. :

#### **Mécanisme d'évaluation du degré de satisfaction**

A la fin du séjour de l'utilisateur, l'organisme applique un mécanisme formel d'évaluation du degré de satisfaction de ces usagers pour ce qui est des services qu'ils ont obtenus. L'organisme veille à faire respecter la confidentialité de la personne qui se prévaut de ce mécanisme. Il lui laisse également toute la latitude nécessaire pour qu'elle exprime son appréciation.

La fiche d'évaluation comprend les éléments suivants :

- l'accueil ;
- l'évaluation produite ;
- les services obtenus ;
- le personnel ;
- les lieux physiques ;

- les installations ;
- l'ambiance ;
- la nourriture ;
- le respect des droits des usagers ;
- les résultats obtenus ;
- la préparation du retour dans le milieu.

Tout usager achemine sa fiche d'appréciation au président du conseil d'administration. Ces informations sont traitées de manière confidentielle. La confidentialité devrait prévaloir, peu importe la taille de l'organisme et le volume de clientèle. L'évaluation des services de l'organisme s'inscrit alors dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services.

Un rapport est produit annuellement à partir des fiches remplies. Il est joint au rapport annuel d'activité de l'organisme. Au cours de la visite de recertification, l'équipe d'évaluateurs est susceptible de demander à l'organisme de lui fournir une copie de ce rapport annuel.

### **Mécanisme d'examen des plaintes**

Tout usager peut porter plainte. Une plainte peut être formulée verbalement ou par écrit. L'organisme applique un mécanisme d'examen des plaintes afin de juger de la nature et de la gravité de l'insatisfaction formulée. L'organisme transmet à chaque usager l'information décrivant clairement le mécanisme d'examen des plaintes.

Le mécanisme présente les caractéristiques suivantes :

- l'identification d'une personne responsable de l'examen des plaintes par le conseil d'administration ;
- la simplicité et la facilité d'accès à ce mécanisme ;
- le respect de la confidentialité ;
- L'affichage du mécanisme de formulation et d'examen des plaintes dans chaque chambre ;
- le respect de l'anonymat dans la transmission au conseil d'administration de toute plainte reçue et de son examen ;
- l'objectivité et l'impartialité de la personne qui examine la plainte. Cette personne ne doit pas être en conflit d'intérêts. Dans le cas contraire, elle doit s'exclure de la procédure et informer le conseil d'administration de sa situation. Le conseil désignera alors une autre personne pour examiner la plainte ;

- le traitement de la plainte dans un délai maximal de sept jours ;
- une justification donnée à l'utilisateur de toute décision rendue concernant la plainte formulée.

Dans l'éventualité où l'utilisateur demeure insatisfait après l'examen de sa plainte, le personnel lui indique son droit de recours. Il l'informe des organismes susceptibles de recevoir sa plainte (régie régionale, Commissaire aux plaintes, Commission des droits de la personne). L'organisme l'oriente alors vers une ressource extérieure pour l'assister dans l'exercice de son droit de recours.

Si la plainte concerne un professionnel au sens du Code des professions, le mécanisme prévoit que le conseil d'administration ou l'autorité ultimement responsable de l'examen des plaintes achemine toute plainte fondée et jugée suffisamment grave à l'attention de l'ordre dont le professionnel est membre.

Un rapport est produit annuellement, faisant état du nombre de plaintes reçues, de la nature de ces plaintes ainsi que des actions qu'elles ont entraînées. Il est joint au rapport annuel d'activité de l'organisme. Au cours de la visite de recertification, l'équipe d'évaluateurs est susceptible de demander à l'organisme de lui fournir une copie de ce rapport annuel.

#### **4. Le dossier de l'utilisateur**

Afin de favoriser une prestation de services de qualité, l'organisme s'assure que son personnel reçoit l'information relative à la démarche de chaque usager.

Le dossier de l'utilisateur sert à s'assurer de la continuité entre le plan d'intervention et les services offerts. Il permet également de noter les observations relatives au cheminement de l'utilisateur.

La structure du dossier est la même pour tous les usagers de l'organisme. Une procédure est prévue pour assurer à l'utilisateur l'accès à son dossier ainsi que le respect de la confidentialité de son contenu.

##### **4.1 L'organisme tient un dossier mis à jour pour chaque usager**

En plus des informations nominatives, le dossier contient un ensemble de documents normalisés faisant état de l'évaluation des besoins et de la condition de l'utilisateur, de son évolution au cours de son séjour ainsi que des perspectives de retour dans son milieu de vie.

Pour chaque usager, l'organisme tient à jour un dossier regroupant les données suivantes :

- les renseignements servant à l'identifier (nom, adresse, téléphone, état civil, date de naissance, occupation) ;
- les coordonnées d'un proche à joindre en cas d'urgence, ou d'un parent ou d'un tuteur s'il est mineur ;
- l'évaluation de ses besoins et de sa condition ;
- le contrat de services et le formulaire de consentement éclairé signés par les parties ;

- le formulaire d'autorisation à transmettre de l'information confidentielle, précisant la destination et le motif de cette transmission ;
- toute information relative à l'utilisateur acheminée, après son autorisation, par d'autres organismes au moment de l'admission ou durant le séjour ;
- le plan d'intervention ;
- les notes d'évolution durant le séjour ;
- le formulaire de résumé du séjour comprenant un plan de suivi, s'il y a lieu ;
- l'utilisation de formulaires distincts pour les soins infirmiers ou médicaux, s'il y a lieu.

#### **4.2 L'organisme met en place des procédures pour régler la gestion et la confidentialité du dossier ainsi que l'accès à ce dossier**

La réglementation portant sur la gestion du dossier vise les aspects suivants :

- le dossier appartient à l'utilisateur et l'organisme en est le gardien ;
- l'organisme ouvre un seul dossier par utilisateur et tous les documents relatifs à l'utilisateur s'y trouvent ;
- la mise à jour du dossier rend compte de la démarche de l'utilisateur ;
- l'intervenant signe et indique la date de toute note portée au dossier de l'utilisateur ;
- le dossier est fermé à la fin du séjour.

La réglementation portant sur la confidentialité et l'accès au dossier englobe les aspects suivants :

- tous les dossiers sont gardés dans un endroit sécuritaire, sous clé ;
- tout dossier ou toute partie de dossier informatisé est imprimé et est gardé sous clé ;
- l'autorisation de consulter un dossier n'est donnée qu'aux intervenants travaillant directement auprès de l'utilisateur ;
- une procédure est établie pour permettre à l'utilisateur de consulter son dossier. Cette procédure prévoit l'accompagnement par l'intervenant principal ou la personne responsable de l'encadrement afin de pouvoir donner des explications à l'utilisateur qui consulte son dossier ;
- l'organisme a une procédure d'archivage et de destruction des dossiers. Tout document inactif conservé par l'organisme est détruit après cinq ans.

La personne responsable du programme a la responsabilité de la garde, de la conservation, de la consultation et de la gestion des dossiers.

## **5. La rémunération et les modalités de paiement**

La majorité des organismes qui travaillent en toxicomanie et qui offrent l'hébergement imposent des frais de séjour. Ces frais varient d'un organisme à l'autre. Ils peuvent être assumés par l'utilisateur. Ils peuvent aussi être assumés en partie ou en totalité grâce à une allocation quotidienne dans le cadre d'une entente de services, grâce à une contribution d'un programme gouvernemental ainsi que par un assureur ou un employeur à l'intérieur d'un programme d'aide aux employés.

### **5.1 L'organisme offrant ses services contre rémunération prévoit un contrat précisant les modalités de paiement**

Le contrat signé entre les parties comporte les éléments suivants :

- le contrat précise la nature et la durée des services qui seront offerts ainsi que le coût de ces services et les modalités de paiement ;
- dans l'éventualité où le coût des services est assumé entièrement par un tiers dans le cadre d'une entente de financement, le contrat en fait état explicitement. Les services sont alors gratuits pour l'utilisateur ;
- le contrat est rédigé dans des termes clairs ;
- l'organisme s'assure que l'utilisateur qui signe un contrat est en mesure de le faire en toute lucidité et qu'il connaît ses engagements ;
- l'utilisateur a le droit d'être assisté, s'il le désire, par une personne de son choix pour la signature de ce contrat ;
- une copie du contrat dûment signé par les parties est remise à l'utilisateur.

De plus, le contrat tient compte des interruptions de démarches et détermine les montants remboursables en fonction des services effectivement rendus et des frais engagés par l'organisme. Il prévoit des délais raisonnables (30 jours civils ou moins) à l'intérieur desquels l'organisme doit rembourser un utilisateur lorsque des sommes lui sont dues.

Le contrat stipule que l'organisme respecte les dispositions de la Loi de la protection du consommateur.

### **5.2 L'organisme signe et fait signer un formulaire de consentement éclairé à chaque personne recevant ses services ou à son représentant légal dans le cas d'un mineur**

Le formulaire de consentement éclairé indique que l'utilisateur a reçu les informations relatives aux éléments suivants avant d'accepter la prestation de service :

- l'approche utilisée ;
- la nature et la durée des services proposés ;

- les coûts et les modalités de paiement ;
- les règles relatives au séjour ;
- l'engagement de l'organisme à respecter son code de déontologie et à offrir des services de qualité.

L'utilisateur peut exiger de signer le formulaire en présence du témoin de son choix.

Le consentement éclairé ne peut s'exercer en état de crise, de désorganisation ou d'état mental diminué. Il requiert chez l'utilisateur, la capacité de porter un jugement sur la base de la compréhension de l'information portant sur les services qui lui sont proposés et les principales dispositions qui y sont associées. Ainsi, le consentement éclairé signifie que l'utilisateur consent librement, et dans le respect de ses droits, à recevoir les services offerts dans les limites des dispositions légales.

## **6. Les assurances**

### **6.1 L'organisme doit être protégé par une police d'assurance responsabilité civile**

Un organisme qui travaille en toxicomanie et qui offre de l'hébergement doit contracter une assurance valide en cas d'accident ou d'incident comportant des blessures ou des dommages à la propriété.

### **6.2 L'organisme doit être protégé par une police d'assurance responsabilité professionnelle**

L'organisme doit détenir une police d'assurance responsabilité professionnelle pour tous les intervenants afin de pouvoir faire face à toute poursuite résultant des services offerts ou d'une omission de services. Cette police d'assurance doit être en vigueur.

Cette police précise un nombre déterminé d'événements par année.

### **6.3 L'organisme doit être protégé par une police d'assurance responsabilité pour les administrateurs et les dirigeants**

Les administrateurs et les dirigeants de l'organisme peuvent être tenus personnellement ou solidairement responsables d'actes ou d'omissions survenus dans l'exercice de leurs fonctions ainsi que de pertes ou de la mauvaise gestion de l'organisme.

Ils doivent être couverts par une assurance responsabilité civile distincte du personnel, compte tenu de leur responsabilité au regard de l'ensemble des services offerts.

Une telle couverture peut représenter un atout au moment de recruter un administrateur.

## **7. La publicité**

### **7.1 L'organisme choisissant de faire de la publicité s'assure que l'information transmise est conforme aux services offerts**

Un organisme offrant l'hébergement est susceptible de faire de la publicité pour faire connaître les services qu'il propose. On entend par publicité toute information transmise par l'organisme sous la forme écrite (lettre, dépliant, livre, affiche, ou autre) ou toute promotion diffusée dans les médias (revue ou quotidien, radio, télévision, internet).

L'organisme s'assure que les renseignements transmis dans sa publicité sont conformes aux services qu'il offre. Cet engagement s'inscrit dans la responsabilité de veiller au respect des règles de conduite devant assurer une déontologie dans les activités de représentation de l'organisme.

---

## **NORMES RELATIVES AUX SERVICES À LA CLIENTÈLE**

Les services offerts à la clientèle sont au cœur de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette catégorie de normes porte sur les dimensions suivantes :

- les services personnalisés ;
- le programme ;
- le personnel ;
- la médication, s'il y a lieu.

L'organisme veille à l'accueil et à l'intégration de l'utilisateur. Il s'assure que la condition et les besoins personnels de l'utilisateur sont bien définis afin de lui offrir les services qui lui sont les mieux adaptés. Cette orientation peut signifier une orientation vers une autre ressource plus pertinente ou une intégration aux services offerts par l'organisme.

L'organisme a la responsabilité d'offrir des services de qualité rendus par un personnel compétent en vue de répondre aux besoins de l'utilisateur.

### **8. Les services personnalisés**

#### **8.1 L'organisme s'assure que l'utilisateur est accueilli à son admission et qu'il est intégré au groupe**

La qualité des premiers contacts avec un utilisateur, à son arrivée est souvent jugée dans l'attitude et le degré d'ouverture qu'il manifeste à l'égard des services offerts. Cet accueil se fait de manière à sécuriser l'utilisateur et à être à l'écoute de ses besoins. L'information pertinente à son intégration et au contenu de la démarche lui est transmise dans des termes clairs. Une attention est portée aux questions qu'il pose sur les services.

L'organisme désigne la personne qui est responsable d'accueillir et d'intégrer au groupe l'utilisateur nouvellement admis. Cette personne est clairement identifiable par le groupe d'utilisateurs.

#### **8.2 L'organisme conduit une évaluation et rédige un plan d'intervention personnalisé pour chaque utilisateur**

Une évaluation personnalisée de la situation de chaque utilisateur est faite de manière à individualiser l'intervention.

Le plan d'intervention établi pour chaque utilisateur présente notamment les caractéristiques suivantes :

- les données de l'évaluation portant sur l'état de santé physique et mental de l'utilisateur, le degré de gravité de la toxicomanie, les problèmes sociaux qui y sont associés ainsi que le fonctionnement psychosocial de l'utilisateur défini à l'aide des outils d'évaluation reconnus et, de préférence, normalisés ;

- les données pertinentes transmises par la personne ou l'organisme qui a dirigé l'utilisateur, s'il y a lieu ;
- la participation de l'utilisateur et, au besoin, de son entourage à l'établissement et à la révision du plan d'intervention ;
- les objectifs à atteindre, les moyens à utiliser pour ce faire ainsi qu'un échéancier à l'intérieur duquel ces objectifs sont poursuivis ;
- la révision du plan d'intervention au cours d'un séjour dépassant trois mois ;
- la désignation d'un intervenant responsable du plan d'intervention et, au besoin, le plan de suivi établi en collaboration avec les organismes de la communauté.

## **9. Le programme d'intervention**

### **9.1 L'organisme dispose d'un programme d'intervention écrit et il l'applique**

L'organisme offre un programme écrit qui repose sur une approche ou un modèle d'intervention éprouvé, et cela dans le respect du code de déontologie. Ce programme vise essentiellement à répondre le mieux possible aux besoins de la clientèle. Il est adopté par le conseil d'administration.

Le programme comprend les éléments suivants :

- la clientèle cible et ses principales caractéristiques ;
- le but et les objectifs à atteindre ;
- la nature des activités à réaliser pour atteindre les objectifs ;
- la grille horaire décrivant l'ensemble des activités ;
- la détermination des approches et des méthodes actuellement privilégiées par l'organisme ;
- la définition d'échéanciers pour offrir les activités du programme ;
- un mécanisme de révision.

Le programme écrit comportant les activités et les outils utilisés pour atteindre les objectifs est produit par l'organisme.

## **9.2 Les activités du programme correspondent à la mission et à la philosophie d'intervention de l'organisme**

La qualité des services s'évalue également en tenant compte de la cohérence entre les différentes composantes des services offerts. À cet effet, les activités du programme doivent découler de la philosophie d'intervention et correspondre à la mission de l'organisme.

L'utilisateur doit pouvoir observer cette correspondance qui confère davantage de crédibilité aux interventions.

## **9.3 L'organisme dispose de règles de vie et les applique**

Tout comme les activités liées au programme d'intervention, celles qui se rapportent à la vie quotidienne doivent être réglementées.

L'utilisateur a souvent besoin de réapprendre de saines habitudes de vie tant sur le plan des besoins de base que sur celui de la vie de groupe. Cette vie de groupe exige le respect de règle de vie de façon à favoriser :

- l'encadrement de la démarche ;
- l'atteinte des objectifs identifiés au plan d'intervention ;
- la qualité du milieu de vie.

Les règles de vie doivent respecter le code de déontologie de l'organisme.

# **10. Le personnel**

## **10.1 L'organisme dispose d'un système de dossiers pour tous les employés**

L'organisme doit avoir un système de dossiers pour tous ses employés ou du moins une grille de sélection en rapport avec la description du poste et respectant les lois en vigueur. Cette grille comprend les éléments suivants :

- la description de tâches et les qualifications requises ;
- la formation et le perfectionnement du personnel ;
- la supervision professionnelle.

L'organisme met en place des politiques et des procédures relatives à chacun de ces éléments.

## **10.2 L'organisme dispose et applique une procédure d'accueil et d'intégration de tout nouvel employé**

L'organisme est doté d'une procédure d'accueil et d'intégration de tout nouvel employé. Il offre une séance d'information qui est adaptée à la fonction occupée et qui porte, entre autres, sur les aspects suivants :

- la description des tâches et l'organisation du travail ;
- la confidentialité des dossiers entourant l'offre des services ;
- la compréhension du formulaire de consentement éclairé ;
- le code de déontologie ;
- le mécanisme d'évaluation du degré de satisfaction de l'utilisateur ;
- le mécanisme d'examen des plaintes ;
- les techniques d'intervention de base auprès d'un usager en crise ;
- les mesures à prendre en cas d'urgence.

L'organisme dispose d'autres modalités d'encadrement et de soutien pour faciliter l'intégration de tout nouvel employé.

## **10.3 La personne responsable du programme possède les qualifications pour assurer la qualité des services**

L'organisme désigne un responsable du programme. Cette personne est en mesure de répondre de la qualité des services offerts ainsi que de la compétence des intervenants et des stagiaires.

La personne responsable du programme assume sa fonction dans une perspective d'amélioration continue des services. Elle doit avoir l'une des formations de base suivantes :

- un diplôme universitaire dans une discipline associée à l'intervention clinique et un minimum de trois ans d'expérience pertinente ;
- un diplôme d'études collégiales professionnelles dans une discipline associée à l'intervention clinique, un certificat de premier cycle en toxicomanie décerné par une université reconnue, ou équivalent, ainsi qu'un minimum de cinq ans d'expérience pertinente.
- si la personne n'a pas encore obtenu son certificat, l'organisme s'engage à ce qu'elle termine ses études dans un délai de trois ans après la certification de l'organisme ;
- un diplôme de deuxième cycle en toxicomanie décerné par une université reconnue et un minimum de trois ans d'expérience pertinente.

La personne responsable du programme assure au besoin l'encadrement des activités et la supervision des intervenants. Si elle délègue ces responsabilités à une autre personne, celle-ci doit détenir les mêmes qualifications.

Tout responsable de programme qui doit faire une demande d'équivalences est orienté vers les universités intéressées qui assumeront l'étude de son dossier. Cette personne doit ensuite fournir aux évaluateurs la preuve d'équivalences pour répondre aux exigences de la qualification.

L'organisme doit être en mesure de soumettre une preuve des qualifications de son responsable de programme.

#### **10.4 Les intervenants possèdent les qualifications pour assumer les tâches assignées dans les services**

L'organisme s'assure qu'une proportion minimale d'intervenants (50 %) ont l'une des formations qui suivent. L'organisme s'engage à ce qu'une proportion minimale de 75 % de ses intervenants aient l'une ou l'autre de ces formations à l'intérieur d'une période de quatre ans suivant la date de sa certification.

L'intervenant a l'une des formations de base suivantes :

- un diplôme universitaire dans une discipline associée à l'intervention ;
- un diplôme collégial professionnel dans une discipline associée à l'intervention ;
- un certificat en toxicomanie décerné par une université reconnue, ou son équivalent.

L'organisme doit être en mesure de soumettre une preuve des qualifications de ses intervenants.

Les intervenants qui n'ont pas obtenu l'un de ces diplômes doivent avoir reçu un encadrement ou une supervision ou en faire l'objet .

Tout intervenant qui doit faire une demande d'équivalences est orienté vers les universités intéressées qui assumeront l'étude de son dossier. Cette personne doit ensuite fournir aux évaluateurs la preuve d'équivalences pour répondre aux exigences de la qualification .

#### **10.5 La formation des intervenants correspond aux activités du programme d'intervention**

La qualité des services requiert que les activités du programme soient offertes par des intervenants qui ont reçu une formation pertinente et suffisante.

L'organisme favorise la participation de ses intervenants à des activités de mise à jour, de formation ou de perfectionnement pour maintenir cette correspondance.

### **10.6 L'organisme assure un ratio d'un intervenant pour quinze usagers ou moins par quart de travail d'intervention**

L'animation d'un programme d'intervention présuppose un ratio. Le ratio fixé doit favoriser la bonne conduite des activités du programme. Il doit aussi favoriser la sécurité et la protection des usagers.

Une telle norme n'est pas absolue. Elle doit correspondre à la capacité d'offrir des services de qualité en tenant compte de l'approche, des modes d'intervention, de la nature des activités et du type de clientèle. À titre d'exemple, le ratio est fixé à un intervenant pour dix pour la clientèle jeunesse.

### **10.7 L'organisme assure la présence d'un membre du personnel dans l'établissement 24 heures par jour 7 jours par semaine**

La personne qui assure la garde dans l'établissement doit être membre du personnel et non un usager.

La présence d'un membre du personnel est requise lorsqu'il y a des usagers dans l'établissement. De plus, lorsque tous les usagers sont en congé, l'organisme prévoit la présence d'un membre du personnel au retour des usagers et l'arrivée d'un de ses membres en cas de retour prématuré d'un usager.

Le bon déroulement de toutes activités du programme requiert la présence d'intervenants en nombre suffisant pour tenir compte du ratio établi.

L'organisme dispose d'un protocole d'intervention en cas de crise. Ce protocole prévoit les actions à entreprendre, peu importe l'heure ou le jour. Ce protocole est appliqué par des intervenants ou par le responsable du programme.

## **11. Les médicaments**

### **11.1 L'organisme établit et applique au besoin une politique de gestion et de distribution des médicaments**

Les personnes toxicomanes hébergées présentent fréquemment un état de santé physique ou mentale qui peut justifier qu'elles prennent des médicaments. L'organisme a la responsabilité de veiller à ce que la santé de l'utilisateur ait fait l'objet d'une évaluation par un professionnel de la santé. Il désigne une personne responsable de la gestion, de la distribution et de la conservation des médicaments qui assure le respect du régime thérapeutique selon les normes fixées par les ordres professionnels intéressés .

---

## **NORMES RELATIVES AUX INSTALLATIONS ET AUX SERVICES AUXILIAIRES**

Les normes sur les installations et les services auxiliaires portent sur les éléments suivants :

- les espaces et l'aménagement ;
- l'alimentation ;
- les mesures de sécurité et les mesures d'urgence ;
- l'hygiène et la salubrité ;
- les déchets biomédicaux.

Certaines normes exigent des preuves de conformité (permis, certificat, attestation, lettre de conformité) au regard des installations et des services auxiliaires. Ces preuves sont écrites et doivent avoir été obtenues d'une instance formelle et reconnue dans les **douze derniers mois** précédant la visite de qualification (ministère, organisme gouvernemental, municipalité, assureur, etc.). Elles sont affichées de façon à être facilement visibles par toute la usagerèle.

Faute de pouvoir satisfaire à ce critère, l'organisme doit obtenir les preuves de conformité manquantes dans les délais fixés avec les évaluateurs pour que la démarche de qualification puisse continuer.

### **12. Les espaces et l'aménagement**

#### **12.1 Chaque usager dispose d'un mobilier de chambre**

Dans un établissement, la chambre représente un lieu de repos, de récupération, de réflexion et de travaux personnels. La personne doit pouvoir y séjourner de manière confortable en disposant d'un mobilier suffisant (lit, literie, serviettes, lampe, commode, etc.).

#### **12.2 Les espaces et l'aménagement sont adaptés aux besoins du programme d'intervention**

L'organisme qui offre l'hébergement doit penser à l'aménagement des lieux.

L'établissement doit disposer d'espaces (salle d'activités de groupe, bureau d'entrevue, cuisine et salle à manger) et d'un aménagement (mobilier, accessoires, éclairage, chauffage) qui facilitent le déroulement des différentes activités prévues et qui rendent accueillant et fonctionnel le milieu de vie .

Tout local utilisé pour les entrevues doit être insonorisé afin d'assurer la confidentialité du contenu de ces entrevues.

### **12.3 Les chambres et les espaces sanitaires (toilettes et salles de bains) sont distincts selon le sexe ou le type de clientèle (mineurs ou adultes)**

Les établissements visés par les normes sont des lieux d'intervention mais aussi des milieux de vie. Ils nécessitent un aménagement des espaces qui favorise le respect de l'intimité de chacun. Cet aménagement doit éviter également toute forme de promiscuité qui pourrait nuire aux objectifs de l'intervention et à la vie en groupe.

### **12.4 L'organisme établit et applique un plan d'entretien des locaux et des installations**

L'organisme établit un plan d'entretien régulier qui démontre que ses installations (systèmes de chauffage, de ventilation) sont maintenues dans un état de bon fonctionnement.

Ce plan d'entretien permet également de maintenir les espaces et l'aménagement dans un état favorable au bon déroulement des activités du programme et à la vie dans le milieu.

## **13. L'alimentation**

### **13.1 L'organisme offre à sa clientèle trois repas par jour sains et équilibrés**

Les usagers ont souvent besoin de récupérer physiquement et d'acquérir ou de retrouver de saines habitudes de vie. Ainsi, l'alimentation joue un rôle important dans leur démarche .

Les déjeuners, dîners et soupers sont répartis de manière équilibrée dans l'horaire de la journée, favorisant ainsi la régularisation des activités de la vie quotidienne.

Les menus varient dans le temps et leur composition tient compte de la valeur nutritive des aliments (viandes, volailles, poissons et substituts ; légumes et fruits ; pains et céréales ; lait, fromage et produits laitiers).

### **13.2 L'organisme détient un permis du MAPAQ**

Une preuve de conformité aux normes et aux règles du ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation du Québec (MAPAQ) signifie que l'organisme s'assure du respect des règles pour entreposer les aliments et servir une nourriture saine à sa clientèle.

L'organisme a la responsabilité de se conformer en tout temps aux règles d'obtention du permis du MAPAQ.

---

## **14. Les mesures de sécurité et les mesures d'urgence**

### **14.1 L'organisme détient une preuve de conformité de l'établissement aux règlements relatifs à la sécurité**

Le personnel et tout usager doivent pouvoir séjourner et circuler en toute sécurité dans l'établissement. La construction, l'aménagement et l'entretien de l'édifice doivent assurer cette sécurité.

L'organisme :

- détient une preuve (permis, lettre de conformité de la municipalité, de l'assureur ou de toute autre autorité légalement reconnue) qu'il se conforme aux règlements relatifs à la sécurité des espaces. Un système d'éclairage d'urgence est installé et fonctionnel ;
- détient une lettre du service des incendies de la municipalité stipulant que le ou les bâtiments sont conformes aux normes de protection contre les incendies (sorties, extincteurs, système d'alarme, détecteurs de chaleur ou de fumée, etc.) ;
- dispose d'un plan d'évacuation afin que les occupants puissent sortir promptement et facilement en cas de feu, de panique, d'accident ou de tout autre sinistre. Le plan d'évacuation est approuvé par le service des incendies de la municipalité et il est diffusé et connu du personnel et des usagers.

L'organisme désigne un membre de son personnel pour s'occuper du renouvellement de ces preuves de conformité et, au besoin, pour veiller à l'application des mesures d'urgence.

### **14.2 L'organisme dispose d'une trousse de premiers soins**

Toute personne est susceptible de se blesser dans le cours d'activités de la vie quotidienne. Une personne blessée doit pouvoir obtenir les premiers soins rapidement. La trousse de premiers soins est donc facilement accessible tout en étant entreposée de manière sécuritaire compte tenu des produits qu'elle peut contenir.

### **14.3 Le personnel est formé pour donner les premiers soins et pour réanimer une personne qui a eu un malaise**

Le personnel est susceptible d'intervenir à tout moment pour prodiguer les premiers soins à la suite d'une blessure ou d'une détérioration subite de l'état de santé d'une personne.

L'organisme s'assure qu'il y ait au moins un membre de son personnel par quart de travail qui possède une formation de base, mise à jour périodiquement, pour intervenir dans de telles situations d'urgence. Une preuve de la participation de membre du personnel à une telle formation sera demandée par l'équipe d'évaluateurs au cours de la visite d'évaluation.

## **15. Les mesures d'hygiène et de salubrité**

### **15.1 L'organisme définit des mesures d'hygiène et de salubrité pour prévenir la contagion, l'infection ou la contamination**

Les mesures d'hygiène et de salubrité concernent l'entretien régulier des espaces, et plus particulièrement les toilettes et salles de bains ainsi que la literie.

Lors du départ d'usagers, les chambres doivent être nettoyées pour assurer la propreté des lieux avant l'arrivée d'autres usagers.

Ces mesures portent également sur la manipulation et la conservation de la nourriture, la propreté de la vaisselle et les installations pour préparer ou servir les repas.

L'organisme s'assure que chaque usager dispose de ses propres objets pour l'hygiène (savon, rasoir, brosse à dents et peigne). Il désigne une personne pour assumer la responsabilité de définir et d'appliquer les mesures de salubrité.

## **16. Les déchets biomédicaux infectieux**

### **16.1 L'organisme établit et applique au besoin une procédure de gestion des déchets biomédicaux**

L'organisme établit et applique une procédure de gestion des déchets biomédicaux infectieux. Cette procédure est connue de tout le personnel.

L'organisme entrepose correctement le matériel souillé (contenants étiquetés, espace sécuritaire désigné) et bénéficie d'ententes de services concernant le transport et le traitement de ces déchets.

Cette procédure prévoit qu'une personne responsable et connue de l'ensemble du personnel veille à son application.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (1997). *La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*, Montréal, 80 p.
- COMMISSION ON ACCREDITATION OF REHABILITATION FACILITIES (1995). *Standards Manual and Interpretive Guidelines for Behavioral Health*, Arizona, CARF, 223 p.
- FADOQ ET CLSC DE LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES (1998). *Programme de qualification continue des résidences privées*, lieu d'édition, éditeur, 14 p.
- LANDRY, M., ET AUTRES (1997). *Développement d'un système d'amélioration de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie. Recherche et intervention sur les substances psychoactives*, Québec, éditeur, 95 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Plan d'action sur la détresse sociale chez les jeunes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 12 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998a). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998b). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, application en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 130 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *L'évaluation des organismes communautaires et bénévoles*, Comité ministériel sur l'évaluation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Normes de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 93 p.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (1994). *Processus d'appréciation des centres privés offrant des services aux personnes toxicomanes et/ou alcooliques*, Québec, ministère de la Sécurité publique, 9 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (1997). *Normes de reconnaissance pour les organismes privés, publics et communautaires offrant des services aux personnes alcooliques et toxicomanes de Lanaudière*, lieu d'édition, éditeur, 17 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1992). *L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies*, Ottawa, ministère de la Santé et du Bien-Être social, 121 p.
- SANTÉ CANADA (1999). *Meilleures pratiques : alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation*, Ottawa, ministère de la Santé, 105 p.
- SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (1993). *Exigences minimales de qualité et lignes directrices des centres de traitement pour toxicomanes du Québec*, lieu d'édition, éditeur, 24 p.

# Annexes



## ANNEXE 1

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE QUALIFICATION

en vue d'une certification relativement à la qualité des services  
organisme qui travaille en toxicomanie et qui offre de l'hébergement

Moi, \_\_\_\_\_ (nom de la personne en autorité)  
à titre de \_\_\_\_\_ (fonction)  
\_\_\_\_\_ (nom de l'organisme)  
\_\_\_\_\_ (adresse de l'organisme)  
\_\_\_\_\_ (ville)  
□ □ □ □ □ □ (code postal)  
( ) \_\_\_\_\_ (téléphone) ( ) \_\_\_\_\_ (télécopieur)

Après avoir pris connaissance des documents relatifs à la démarche de qualification en vue d'une certification, l'organisme que je représente décide par résolution de son conseil d'administration obtenue à sa réunion du \_\_\_\_\_ d'amorcer une démarche de qualification.

Cette décision signifie que notre organisme accepte de s'inscrire volontairement dans une démarche d'évaluation de la qualité de ses services et d'apporter des correctifs, si nécessaire, pour se conformer aux normes établies. En amorçant cette démarche, notre organisme s'inscrit également dans un processus d'amélioration continue de la qualité de ses services. Notre organisme reconnaît son privilège de mettre un terme à tout moment à sa démarche de qualification.

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne en autorité

Le présent formulaire est acheminé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de \_\_\_\_\_ à l'attention de \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_.

Une copie du présent formulaire est acheminée au Ministère à l'attention de \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_.

**GRILLE D'AUTO ÉVALUATION**

**ORGANISME PRIVÉ OU COMMUNAUTAIRE TRAVAILLANT EN TOXICOMANIE ET  
 OFFRANT DE L'HÉBERGEMENT**

<i>NORMES RELATIVES À L'ADMINISTRATION</i>	Présente	À améliorer	Absente
<b>1. Les orientations</b>			
1.1 Énoncé de la mission			
1.2 Philosophie d'intervention			
1.3 Critères d'admission et d'exclusion			
<b>2. Le fonctionnement</b>			
2.1 Liste des membres actifs du c.a. ou déclaration annuelle de personne morale			
2.2 Règlements généraux de la corporation			
2.3 Avis de convocation de l'assemblée annuelle portant sur le rapport d'activité et les états financiers et incluant le procès-verbal de cette assemblée			
2.4 Organigramme			
<b>3. L'éthique et les règles de conduite</b>			
3.1 Code de déontologie			
3.2 Procédure d'appréciation des services			
<b>4. Le dossier de l'utilisateur</b>			
4.1 Dossier mis à jour pour chaque usager			
4.2 Procédures réglementant la confidentialité et l'accès au dossier			
<b>5. La rémunération et les modalités de paiement</b>			
5.1 Contrat précisant les modalités du service			
5.2 Consentement éclairé			

<i>NORMES RELATIVES À L'ADMINISTRATION</i>	Présente	À améliorer	Absente
<b>6. Les assurances</b>			
6.1 Assurance responsabilité civile			
6.2 Assurance responsabilité professionnelle			
6.3 Assurance responsabilité pour les administrateurs et les dirigeants			
<b>7. La publicité</b>			
7.1 Publicité conforme aux services offerts			
<i>NORMES RELATIVES AUX SERVICES À LA CLIENTÈLE</i>			
<b>8. Les services personnalisés</b>			
8.1 Accueil et intégration			
8.2 Évaluation et plan d'intervention personnalisé pour chaque usager			
<b>9. Le programme d'intervention</b>			
9.1 Programme écrit et appliqué			
9.2 Activités du programme qui correspond à la mission et à la philosophie d'intervention			
9.3 Règles de vie			
<b>10. Le personnel</b>			
10.1 Système de dossiers pour tous les employés			
10.2 Procédure d'accueil et d'intégration de tout nouvel employé			
10.3 Qualifications de la personne responsable du programme			
10.4 Intervenants possédant les qualifications pour assumer les tâches assignées dans les services			
10.5 Correspondance entre la formation des intervenants et le programme			
10.6 Ratio d'un intervenant pour quinze usagers ou moins par quart de travail d'intervention			
10.7 Présence d'un membre du personnel 24 heures par jour, 7 jours par semaine			

<i>NORMES RELATIVES À L'ADMINISTRATION</i>	Présente	À améliorer	Absente
<b>11. Les médicaments</b>			
11.1 Politique de gestion et de distribution des médicaments			
<i>NORMES SUR LES INSTALLATIONS ET LES SERVICES AUXILIAIRES</i>			
<b>12. Les espaces et l'aménagement</b>			
12.1 Minimum de mobilier de chambre pour chaque usager			
12.2 Espaces et aménagement adaptés aux besoins du programme			
12.3 Espaces distincts selon le sexe ou l'âge pour les chambres, les dortoirs, les toilettes et les salles de bains			
12.4 Plan d'entretien des locaux, et des installations			
<b>13. L'alimentation</b>			
13.1 Trois repas par jour : nourriture saine et équilibrée			
13.2 Permis du MAPAQ			
<b>14. Les mesures de sécurité et les mesures d'urgence</b>			
14.1 Preuve de conformité de l'établissement aux règlements relatifs à la sécurité			
14.2 Trousse de premiers soins			
14.3 Personnel formé pour donner les premiers soins et pour réanimer une personne qui a eu un malaise			
<b>15. Les mesures d'hygiène et de salubrité</b>			
15.1 Mesures de salubrité pour prévenir la contagion, l'infection ou la contamination			
<b>16. Les déchets biomédicaux infectieux</b>			
16.1 Procédure de gestion des déchets biomédicaux : écrite, connue et appliquée			

## ANNEXE 3

**DOCUMENTS À FOURNIR PAR  
LE RESPONSABLE DE L'ORGANISME**

La présente liste précise quels documents le responsable de l'organisme doit fournir dans une démarche de qualification.

**Pour rendre admissible votre organisme :**

1. Pour satisfaire aux critères 1 et 3, vous devez fournir une lettre attestant que votre organisme travaille depuis au moins deux ans en toxicomanie et qu'il offre de l'hébergement pour une clientèle présentant des problèmes de toxicomanie, en précisant le niveau d'intervention (ex . aide et soutien à la désintoxication ou à la récupération physique après à une intoxication, dépannage, thérapie, aide et soutien à la réinsertion sociale.
  
2. Pour satisfaire au critère 2, vous devez fournir une copie de la charte d'incorporation de votre organisme. Si les objets de la charte ne sont pas majoritairement en rapport avec le domaine de l'intervention en toxicomanie, vous devez déposer une lettre attestant que votre organisme gère une unité qui offre un programme particulier en toxicomanie.

**Avant la visite d'évaluation :**

1. La déclaration annuelle de personne morale à l'Inspecteur général des institutions financières (la plus récente).
2. Le document d'orientation décrivant l'énoncé de la mission, la philosophie d'intervention ainsi que les critères d'admission et d'exclusion de votre organisme.
3. La liste des membres actifs de votre conseil d'administration.
4. Les règlements généraux de la corporation.
5. L'avis de convocation et le procès-verbal de la dernière assemblée annuelle portant sur votre rapport d'activité et vos états financiers.
6. L'organigramme de votre organisme.
7. Le code de déontologie incluant les droits et responsabilités de l'utilisateur ainsi que les règles de conduite ou de déontologie des intervenants et des dirigeants.
8. Les procédures ou politiques suivantes, incluant les formulaires utilisés : évaluation du degré de satisfaction, traitement des plaintes ; confidentialité et accès au dossier de l'utilisateur ; gestion des déchets biomédicaux (s'il y a lieu) ; intervention en situation de crise et mesures d'urgence.
9. Un exemplaire de chacun des formulaires (non complétés) contenus dans le dossier de l'utilisateur.
10. Une copie des assurances en vigueur (responsabilité civile, professionnelle ainsi que pour les administrateurs et les dirigeants).
11. Une copie du dépliant ou du matériel de promotion de l'organisme et de ses services.
12. Le programme écrit.
13. Les règles de vie.
14. Le nom du responsable du programme, sa formation et copie de ses diplômes, ses expériences de travail, sa description de tâches.
15. Le nom de tous les employés, les postes occupés, leur formation et copie de leurs diplômes, leurs expériences de travail et la description de leurs tâches.

---

**Au cours de la visite, l'équipe d'évaluateurs devra avoir accès aux documents suivants :**

1. Le programme de traitement écrit précisant les activités à réaliser pour atteindre les objectifs.
2. Quelques dossiers d'usagers sans données nominatives.
3. Le dossier d'un membre du personnel sans données nominatives.
4. La procédure d'accueil et d'intégration de tout nouvel employé.
5. Les registres de la corporation de l'organisme.
6. Les états financiers du dernier exercice (sur une base volontaire).
7. Le rapport d'activité du dernier exercice.
8. Les preuves écrites de conformité aux règlements relatifs à la sécurité, à la protection contre les incendies, à l'évacuation des occupants et à la salubrité des aliments.
9. Les preuves de formation du personnel relativement aux premiers soins.

**COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**  
**REGISTRE DES NOMS**

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Occupation : _____
Lien de parenté avec les autres administrateur : _____
Fonction au Conseil d'administration : _____
Date d'entrée au C.A. : _____ Durée du terme : _____

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Occupation : _____
Lien de parenté avec les autres administrateur : _____
Fonction au Conseil d'administration : _____
Date d'entrée au C.A. : _____ Durée du terme : _____

**ANNEXE 5****EXEMPLE DE CODE DE DÉONTOLOGIE**

L'organisme a élaboré et fait respecter un code de déontologie après son acceptation par le conseil d'administration. Le code comporte les droits et les responsabilités de l'utilisateur ainsi que les devoirs du personnel à l'endroit de l'utilisateur et de l'organisme.

Les droits et les responsabilités de l'utilisateur sont inscrits dans une charte qui comporte les droits suivants :

- le droit d'être informé sur les orientations, les objectifs, la nature, la durée, les coûts, les implications et les restrictions de la démarche d'intervention proposée ;
- le droit d'être informé sur l'évaluation de sa situation avant de consentir à un service ;
- le droit d'être accompagné d'une personne de son choix pour signer le formulaire de consentement éclairé ;
- le droit d'être réorienté vers une autre ressource si l'évaluation de sa situation révèle qu'il serait nettement préférable de procéder de la sorte ;
- le droit de limiter son engagement, durant son séjour, à ce qui est prévu au programme et à ce qui lui a été communiqué avant ou à son arrivée et auquel il a pleinement consenti ;
- le droit d'être protégé et respecté dans toute son intégrité ;
- le droit de refuser de participer à toute forme de recherche ;
- le droit de ne pas se faire imposer toute forme d'allégeance ;
- le droit de mettre fin, en tout temps, à son séjour à moins d'être contraint légalement ;
- le droit d'accès à son dossier (pour tout utilisateur âgé de 14 ans ou plus) ;
- le droit à la confidentialité en toute matière et en tout temps, sauf dans les circonstances explicitement prévues par les législations ;
- le droit de porter une plainte et de savoir comment et à qui il peut la formuler ;
- le droit d'assistance à la formulation d'une plainte et à un examen rapide de cette plainte ;
- le droit de recours en cas d'insatisfaction de l'examen de la plainte.

Tout utilisateur a aussi des responsabilités à assumer compte tenu de son engagement à l'égard d'une démarche de changement et de prise en charge. La charte comporte les responsabilités suivantes :

- manifester des attitudes et des comportements favorables aux services qui lui sont offerts après y avoir consenti ;
- travailler à satisfaire les objectifs du séjour qu'il a déterminé avec le personnel ;
- respecter les règles de vie en vigueur ;
- ne pas nuire à la démarche de tout autre utilisateur.

Cette charte des droits et des responsabilités est affichée dans chaque chambre afin que l'utilisateur puisse facilement s'y reporter.

Les devoirs des membres du conseil d'administration et du personnel (employés et stagiaires) renvoient à des règles de conduite ou de déontologie qui permettent d'assurer la protection des droits de l'utilisateur, de favoriser la démarche de ce dernier ainsi que de respecter la mission, l'approche et le programme de l'organisme tout en offrant des services de qualité.

Ces règles de conduite portent notamment sur les points suivants :

- le respect des droits de l'utilisateur ;
- l'engagement des membres du conseil d'administration, des employés et des stagiaires à respecter la mission et la philosophie d'intervention de l'organisme ;
- l'engagement des intervenants à offrir le programme tel qu'il a été adopté par le conseil d'administration ;
- l'engagement du personnel à favoriser l'atteinte des objectifs de l'utilisateur ;
- le respect des comportements souhaitables et les limites à établir dans les rapports avec la clientèle, incluant l'interdiction de tout comportement d'ordre amoureux ou sexuel et d'incitation à la consommation d'alcool ou de drogue ;
- le respect des limites de compétence à l'intérieur desquelles le personnel doit maintenir son action ou envisager la supervision, la formation et le perfectionnement ;
- la collaboration avec les organismes du milieu pour favoriser, s'il y a lieu, une continuité dans l'intervention auprès d'un utilisateur avant, pendant et après son séjour.

Tout membre du personnel de l'organisme dispose d'une copie du code de déontologie. Le code est également affiché dans chacune des chambres de l'organisme.

## ANNEXE 6

## APPRÉCIATION DES SERVICES À LA CLIENTÈLE

Votre opinion nous est très utile pour continuer à améliorer nos services.

Notre organisme a établi et applique un mécanisme formel d'évaluation du degré de satisfaction des services. Toute personne est invitée à remplir le présent formulaire et à l'acheminer au président du conseil d'administration de notre organisme. Cette information sera traitée de manière confidentielle.

Sur une échelle de 5, indiquez votre degré de satisfaction pour chacun des éléments qui suit.

1= pas satisfait et 5= très satisfait

– L'accueil à votre arrivée	1	2	3	4	5
– L'évaluation de votre situation	1	2	3	4	5
– Les services que vous avez reçus	1	2	3	4	5
– Les intervenants	1	2	3	4	5
– Les dirigeants de l'organisme	1	2	3	4	5
– Les lieux physiques	1	2	3	4	5
– Les installations et les locaux	1	2	3	4	5
– L'ambiance	1	2	3	4	5
– Les repas	1	2	3	4	5
– Le respect des droits de l'utilisateur :	1	2	3	4	5
– L'atteinte de vos objectifs :	1	2	3	4	5
– La préparation du retour dans votre milieu	1	2	3	4	5

Avez-vous des suggestions pour améliorer nos services ? oui \_\_\_\_ non \_\_\_\_ Si oui, lesquelles ?

Commentaires généraux \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acheminez le formulaire dûment complété dans l'enveloppe jointe à : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nom

\_\_\_\_\_

adresse

\_\_\_\_\_

ville

\_\_\_\_\_

code postal

**FORMULAIRE DE PLAINTE<sup>1</sup>**

<b>Réservé à l'administration</b>
Dossier de plainte no :
Dossier de l'utilisateur

**1. USAGER**

Nom	Prénom
Adresse complète	
Téléphone résidence	Téléphone au travail
Date de naissance	Langue parlée

**2. REPRÉSENTANT DE L'USAGER (S'IL Y A LIEU)**

Si l'utilisateur est mineur ou inapte, il doit être représenté dans la procédure d'examen des plaintes,

Nom	Prénom
Adresse complète	
Téléphone résidence	Téléphone au travail
Motif de la représentation	Lien de parenté avec le utilisateur (s'il y a lieu)

**3. PERSONNE OU L'ORGANISME QUI ASSISTE L'USAGER (S'IL Y A LIEU)**

Nom	Prénom
Nom de l'organisme	
Adresse complète	

---

1. Formulaire adapté de celui qui a été produit par le Pavillon du Nouveau point de vue, Lanoraie.



**FORMULAIRE D'ANALYSE DE PLAINTE**

Plainte no \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICATION DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT**

Usager : \_\_\_\_\_

Représentant : \_\_\_\_\_

**2. DATE DE L'ÉVÉNEMENT** \_\_\_\_\_

**3. NOM ET PRÉNOM DU MEMBRE DU PERSONNEL VISÉ**  
\_\_\_\_\_

**4. SERVICE VISÉ** \_\_\_\_\_

**5. DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PLAINTE**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. ANALYSE-SYNTÈSE DE LA PLAINTE** (faits, témoignages, observations, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. RECOMMANDATION**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. DÉCISION**

---

---

---

---

---

---

**9. PLAINTÉ TRAITÉE PAR LA PERSONNE RESPONSABLE DU TRAITEMENT  
DES PLAINTES :**

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**10. CORRECTIFS (s'il y a lieu)**

---

---

---

---

---

---

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Le consentement éclairé se rapporte à la décision de l'utilisateur d'accepter de recevoir des services de l'organisme après avoir obtenu de ce dernier les renseignements suivants :

- l'approche utilisée,
- la nature et à la durée des services rendus
- les règles relatives au séjour,
- les coûts associés aux services et aux interruptions de services,
- l'engagement de l'organisme à respecter son code de déontologie.

L'utilisateur a le droit de se faire assister par une personne de son choix pour signer le consentement.

Le consentement éclairé est une partie intégrante du contrat de services.

Moi, \_\_\_\_\_, je confirme avoir reçu de l'information sur chacun des éléments qui précèdent de \_\_\_\_\_ (représentant de l'organisme) et je consens librement à recevoir les services proposés dans le respect des normes en vigueur.

Moi, \_\_\_\_\_ (représentant de l'organisme), je confirme que les informations que j'ai transmises à \_\_\_\_\_ (nom de l'utilisateur) sont fidèles à la réalité de notre organisme et que je m'engage à faire respecter notre code de déontologie.

\_\_\_\_\_  
Témoin de l'utilisateur

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE 10

## FORMULAIRE DE SUIVI DES DEMANDES DE QUALIFICATION

\_\_\_\_\_

mois                      année

(ou période budgétaire)

Région \_\_\_\_\_

Période débutant le .....

- |  |       |       |
|--|-------|-------|
| – Nombre d’organismes qui ont demandé à obtenir les documents pour préparer une demande de qualification | _____ | _____ |
| – Nombre d’organismes qui ont fait parvenir leur demande de qualification à la régie régionale           | _____ | _____ |
| – Nombre d’organismes qui se sont fait confirmer leur admissibilité par la régie régionale :             | _____ | _____ |
| – Nombre d’organismes évalués (donnée fournie par l’équipe d’évaluateurs)                                | _____ | _____ |
| – Nombre d’organismes ayant fait l’objet de recommandations (donnée fournie par l’équipe d’évaluateurs)  | _____ | _____ |
| – Nombre d’organismes ayant obtenu leur certification (donnée fournie par le ministère) :                | _____ | _____ |

Formulaire rempli par \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE DE RECOMMANDATION  
EN VUE DE LA CERTIFICATION**

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Nom de la personne responsable de l'organisme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
rue ville code postal

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

- Date de la demande de qualification \_\_\_\_\_
- Date de la confirmation de l'admissibilité \_\_\_\_\_
- Date de chacune des visites d'évaluation \_\_\_\_\_

L'organisme obtient-il une recommandation favorable à la certification ?

- oui  Ce qui signifie que l'organisme satisfait à toutes les normes de qualité.
- non  Ce qui signifie que l'organisme doit apporter les modifications requises dans un délai maximal de six mois.

Les modifications demandées sont les suivantes

Numéro de la norme	Modifications demandées

<b>Numéro de la norme</b>	<b>Modifications demandées</b>

Nous certifions que la procédure d'évaluation a respecté les normes de qualité en matière d'évaluation.

Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_ Signature : .....

Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_ Signature : .....

Date

Date

