



Berne, le 8 février 2022

Plan de gestion de la qualité en matière d'hébergement (GQH) Applicable à partir du : 1.7.2021

Mandant	Claudio Martelli (Mto), chef DDAS
Auteurs	Nadine Santos de Brito (Eln), spécialiste SnHPR Patricia Tanner (Tapa), spécialiste SnHPR Stéphane Berger (Bete), spécialiste SnHPR
Classification	Interne
État	adopté, PILAS du 22.6.2021
Version	2.1 / Révision approuvée, PILAS fenêtre pour les régions le 8.2.2022
Destinataires	- Chef DDAS - Responsable de la gestion de la qualité (RGQ) DDAS - Contrôleur qualité (CQ) DDAS - PILAS - Direction Section PaA - SPOC prestataires Encadrement et Sécurité - Section SI - Section HPR

Suivi des modifications

Version	Date	Modification	Auteurs	Mandant
1.0	01.07.2021	Première version adoptée	Eln, Tapa, Bete	Mto
2.0	14.12.2021	Révision 2021	Eln	Ker
2.1	08.02.2022	Version du plan approuvée par PILAS (fenêtre pour les régions)	Eln	Mto

Description

Le plan de gestion de la qualité en matière d'hébergement définit les objectifs de la gestion de la qualité en matière d'hébergement et d'encadrement dans les centres fédéraux pour requérants d'asile et les moyens à disposition pour ce faire.

SOMMAIRE

1. BASES ET EXIGENCES	3
1.1 OBJECTIF DE LA GESTION DE LA QUALITE EN MATIERE D'HEBERGEMENT	3
1.2 IMPORTANCE ET INTERET DE LA GQH	4
1.3 CHAMP D'APPLICATION	5
1.4 VALIDITE	5
1.5 MANDANT ET MANDAT	5
1.5 CONDITIONS-CADRES	5
2. ORGANISATION ET FONCTION	6
2.1 DELIMITATION ET MISE EN RESEAU	6
2.2 RATTACHEMENT ET COMPETENCES	6
2.3 RESSOURCES	7
2.4 FACTEURS DE REUSSITE	7
2.5 VUE D'ENSEMBLE DES TACHES, DES COMPETENCES ET DES RESPONSABILITES	7
3. MISE EN PLACE DE L'ASSURANCE QUALITE	11
3.1 DEFINIR ET EVALUER LA QUALITE	11
3.2 NORMES DE QUALITE RELATIVES A L'HEBERGEMENT (NQH)	11
3.3 OBJECTIFS QUALITE	12
3.4 CULTURE	12
3.5 PROCESSUS D'AMELIORATION	13
3.6 GESTION DES PLAINTES (INTERNES/EXTERNES)	13
3.7 CONTROLE DES PRESTATAIRES	13
3.8 AUDIT	14
3.9 INSPECTION	15
3.10 INDICATEURS	16
3.11 ENQUETES	16
3.12 BOITE A IDEES	16
4. MISE EN ŒUVRE ET CONDUITE	17
4.1 PLANIFICATION ET DIRECTIVES (PLAN)	17
4.2 MISE EN PLACE ET APPLICATION (DO)	17
4.3 CONTROLE DE GESTION (CHECK)	18
4.4 AMELIORATION ET DEVELOPPEMENT (ACT)	18
4.5 AGENDA GQH	19
4.5 VUE D'ENSEMBLE CONDUITE	21
4.6 PRESTATIONS DES SECTIONS HPR ET PAA	22
5. ANNEXE	23
5.1 DOCUMENTS NORMATIFS	23
5.2 LISTE DES OUTILS	23

1. Bases et exigences

1.1 Objectif de la gestion de la qualité en matière d'hébergement

La **gestion de la qualité en matière d'hébergement (GQH)** vise à garantir

Base

- que l'**encadrement** des requérants d'asile (RA) dans les centres fédéraux (CFA) soit conforme aux **lois** et aux **directives** en vigueur et qu'il réponde aux exigences en matière d'éthique posées aux collaborateurs des CFA ;
- que les **risques** que pourrait représenter un non-respect des normes juridiques et éthiques pour les RA ou le SEM soient **évités** ou **réduits** ;
- que les **méthodes de travail** utilisées dans les CFA répondent aux **normes de qualité** définies et que des **mesures** soient prises rapidement lorsque des **écarts par rapport à ces normes** sont constatés ;
- que le **respect des normes de qualité** soit **contrôlé** à la fréquence convenue et au moyen des **outils d'évaluation** définis, et qu'il soit évalué de manière uniforme ;

Mise à jour et amélioration

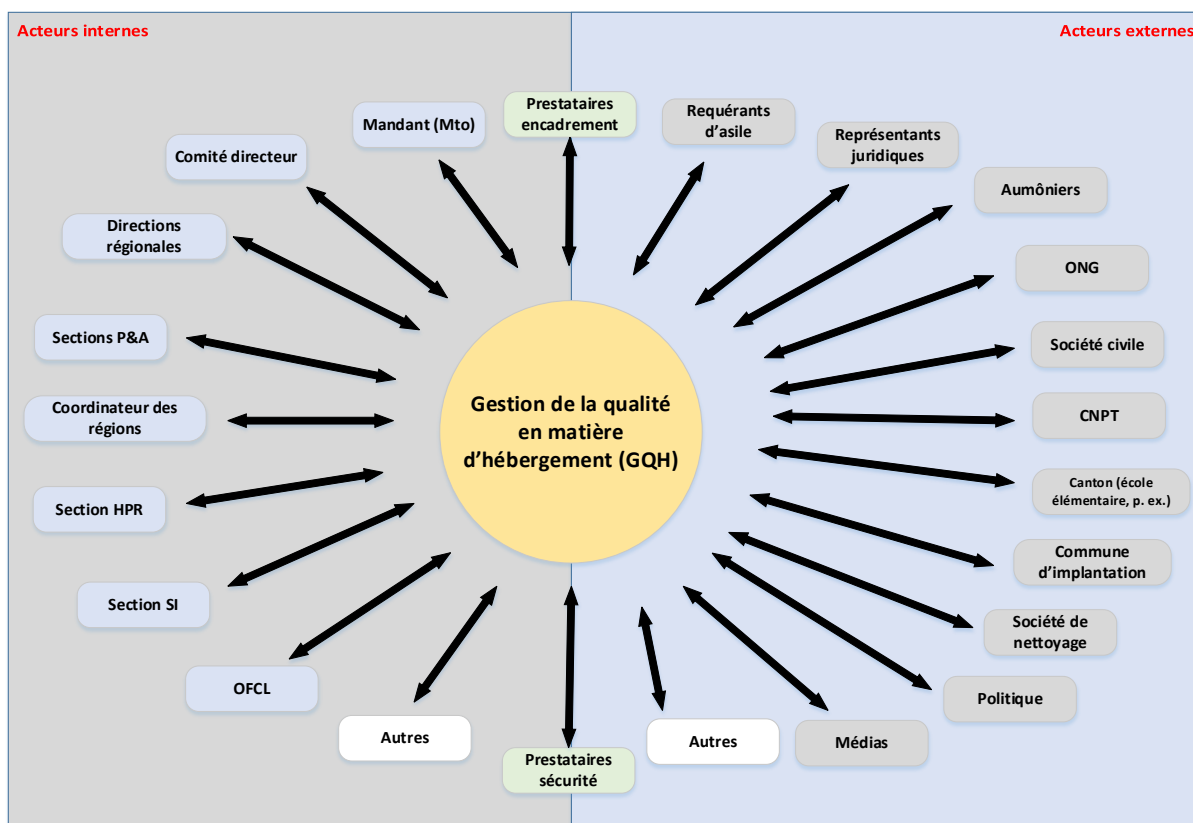
- que les **normes de qualité et les outils d'évaluation** soient systématiquement **modifiés** après chaque **révision des documents de référence** (p. ex. plan d'exploitation hébergement PLEX, manuel « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA », manuel de prise en charge des mineurs non accompagnés en Suisse, etc) ;
- qu'un **processus d'amélioration continue** soit, si nécessaire, engagé et mis en œuvre ;
- que des **bonnes pratiques** soient développées et mises en œuvre dans toutes les régions procédurales ;

Objectif opérationnel

- que l'objectif visé, à savoir que les **normes (indicateurs) de qualité en matière d'hébergement** soient **respectées à hauteur de 75 % au moins**, soit atteint dans le cadre du contrôle de gestion du SEM.

1.2 Importance et intérêt de la GQH

Vue d'ensemble des acteurs internes et externes



Acteurs internes

La GQH est un **processus établi de conduite qui permet au comité directeur** et au mandant (Mto/chef DDAS) au sein de la centrale ainsi qu'aux directions régionales et aux sections PaA des six régions procédurales, de même qu'au coordinateur des régions, de **mettre en œuvre et de contrôler** les normes de qualité mais aussi d'atténuer les risques les plus importants en matière de conformité. Elle constitue par ailleurs un outil de gestion pour la **mise en place d'un processus d'amélioration continue (PAC) et de « bonnes pratiques »** dans les régions. Une mise en œuvre cohérente de la GQH permettra également d'établir si le SEM se **conforme à ses propres directives**. L'implication de services ne faisant pas partie du DDAS (SnSI, OFCL) garantit une **prise de conscience** et une conception **communes** de la qualité en matière d'hébergement et d'encadrement.

Acteurs externes

La GQH permet de garantir un **hébergement** et un **encadrement des RA appropriés, adaptés à leurs besoins et uniformes** dans tous les CFA. Grâce à elle, les prestataires externes Encadrement et Sécurité peuvent, indépendamment de leurs employeurs respectifs, s'appuyer sur des **normes communes** et les mettre en œuvre dans leur travail quotidien.

La mise en œuvre cohérente de la GQH apporte à d'**autres parties prenantes**, telles que la CNPT, le HCR, le CPT, les ONG, les médias et le monde politique, la **preuve** que le SEM attache de **l'importance à la qualité de l'hébergement et de l'encadrement** et qu'il la contrôle régulièrement à l'aide de différents outils. Le **contrôle du respect des normes de qualité** permet de fournir à **tout moment** aux acteurs externes, en vertu de la loi fédérale sur le principe de la transparence dans l'administration (LTrans), **des informations** sur le **degré de conformité à ces normes**.

1.3 Champ d'application

Ce plan vaut pour **toutes les tâches** (à l'exception de celles mentionnées au ch. 2.1 sous « Délimitation ») relevant du domaine de **l'hébergement et de l'encadrement dans les CFA**. Il est fondé sur le plan d'exploitation Hébergement (PLEX) : [Plan d'exploitation Hébergement \(PLEX\)](#)

Le **PLEX est le document de référence** pour l'exploitation des CFA du SEM. Il décrit les **principes fondamentaux et les règles** devant être observés en matière d'hébergement et d'encadrement par les différents acteurs intervenant dans les CFA. Il définit les **objectifs à atteindre et les normes applicables** pour tous les processus relevant du domaine de l'hébergement et de l'encadrement de RA dans les CFA. Sauf mention contraire, ces normes valent pour **tous les CFA** et tous les groupes de personnes.

Le PLEX **s'adresse** notamment aux **directions des structures régionales**, aux **sections PaA**, aux **prestataires Encadrement** (personnel infirmier compris) et **Sécurité** ainsi qu'à **tous les autres acteurs amenés à intervenir dans les CFA**.

1.4 Validité

Le présent **plan** a été adopté le **22 juin 2021** par le comité stratégique **PILAS** et est entré **en vigueur le 1^{er} juillet 2021**. Il demeure valable jusqu'à nouvel avis. Les éventuelles **révisions** des documents de référence – et en particulier du PLEX – sont intégrées de façon autonome par la SnHPR au moins une fois par an dans la **GQH, qui est alors revue**.

1.5 Mandant et mandat

Le **mandant** pour la **GQH** est le **chef du DDAS**. Ce dernier a **chargé** le coordinateur des régions et la **SnHPR** de mettre en place un système d'assurance qualité afin de garantir un **hébergement et un encadrement** adéquats et appropriés des RA dans les **CFA**, en portant une **attention particulière** à ceux qui présentent des **besoins spécifiques**. La SnHPR a donc pour mandat de **s'assurer du respect des normes définies dans le PLEX** et d'informer le mandant et le coordinateur des régions des éventuels écarts par rapport à ces normes.

1.5 Conditions-cadres

La GQH se fonde sur le PLEX et ses annexes.

2. Organisation et fonction

2.1 Délimitation et mise en réseau

Délimitation

- Les différents processus ayant trait à l'**enregistrement des RA** et à l'**exécution de la procédure d'asile** dans les CFA ne font **pas** l'objet de la GQH.
- La responsabilité de la **conformité à la loi du PLEX** incombe aux **responsables de son contenu** et non aux responsables de la GQH.
- Les **processus** entre la **SnSI** et le **prestataire Sécurité** ne sont **pas** contrôlés/suivis dans le cadre de la GQH.
- La **responsabilité** de la **mise en œuvre et du respect du PLEX** dans les régions incombe aux **directions régionales**.

Mise en réseau et autres exigences

Le **PLEX** a été élaboré en **tenant compte des recommandations**

- de la Commission nationale de prévention de la torture (CNPT),
- de l'agence des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et
- de la Commission fédérale des migrations (CFM).

Dans le cadre de la collaboration avec le Bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO), des échanges réguliers sont entretenus avec d'autres États européens, donnant lieu, lorsque c'est possible, à l'exploitation de synergies et au développement de « bonnes pratiques ».

Les exigences éventuelles d'autres parties prenantes pourront à l'avenir être prises en considération dans la GQH.

2.2 Rattachement et compétences

Rattachement

Le respect des normes de qualité relève de la **compétence des directions régionales**, leur mise en œuvre opérationnelle dans les CFA incombant, quant à elle, aux **directions des sections PaA**.

Le coordinateur des régions est responsable de la mise en œuvre de la GQH au niveau des régions procédurales, tandis que la **Section centrale HPR** est chargée de la **mise en œuvre, du contrôle, du suivi et du développement de la GQH au niveau opérationnel**. Sur le plan de l'organisation, elle est rattachée à la région de Berne.

Compétences

En cas de **modifications éventuelles** des documents de référence – et en particulier du PLEX – la SnHPR dispose des **compétences et de l'autorité nécessaires pour adapter les normes de qualité sans consulter au préalable d'autres instances**.

Si nécessaire, la SnHPR peut procéder à des **audits** ou à **des inspections inopinées** dans les CFA.

En cas de désaccord concernant la mise en œuvre des normes de qualité, la SnHPR peut en **aviser directement le mandant**.

2.3 Ressources

Approuvées par le PILAS et mises en œuvre par les régions, les **normes de qualité relatives à l'hébergement (NQH)** constituent le **fondement** des **tâches** relatives à la GQH. Le **mandant** met à disposition les ressources en personnel nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle du présent plan de GQH.

La **direction régionale** veille, quant à elle, à ce que les **ressources en personnel** nécessaires à la **mise en œuvre de la GQH** soient disponibles dans les régions.

2.4 Facteurs de réussite

La réussite de la GQH passe par une mise **en œuvre rigoureuse des mesures correctives décidées** et le **respect des délais convenus**. Elle ne pourra par ailleurs être garantie que si les **ressources en personnel sont suffisantes**. Un **sens commun de la qualité à tous les niveaux** est indispensable pour vivre la qualité au quotidien. Tous les cadres soutiennent la mise en œuvre de la GQH de manière exemplaire.

2.5 Vue d'ensemble des tâches, des compétences et des responsabilités

Fonction	Tâches et compétences	Responsabilité / Résultat
Mandant (chef du DDAS)	- attribue le mandat, met les ressources à disposition et approuve la QGH - est responsable de l'approbation finale : - du PLEX - des NQH - du rapport GQH (une fois par mois) - de la révision du PLEX (une fois par an) - aide à la mise en œuvre des mesures correctives	- Le mandat est attribué, les ressources à disposition sont suffisantes et la GQH est approuvée. - Le PLEX, les NQH, le rapport GQH et la révision annuelle du PLEX sont approuvés. - Validation, ressources, conséquences en cas de non respect des normes
Directions régionales	Responsabilité stratégique GQH - répartissent les ressources approuvées entre les régions - veillent à la mise en œuvre de la GQH dans les régions	- Les régions disposent des ressources dont elles ont besoin. - Le PLEX et les NQH sont respectés dans les régions.
Direction PaA	Responsabilité technique de la GQH - pilote la GQH dans tous les CFA de la région - met tous les mois en forme les indicateurs et les transmet aux responsables de la GQH au sein de la SnHPR - met en place un système de contrôle régional pour les inspections	- La mise en œuvre de la GQH est assurée. - Les indicateurs actualisés sont transmis dans les délais à la SnHPR. - Un système de contrôle régional a été mis en place pour les inspections. Les évaluations sont cons-

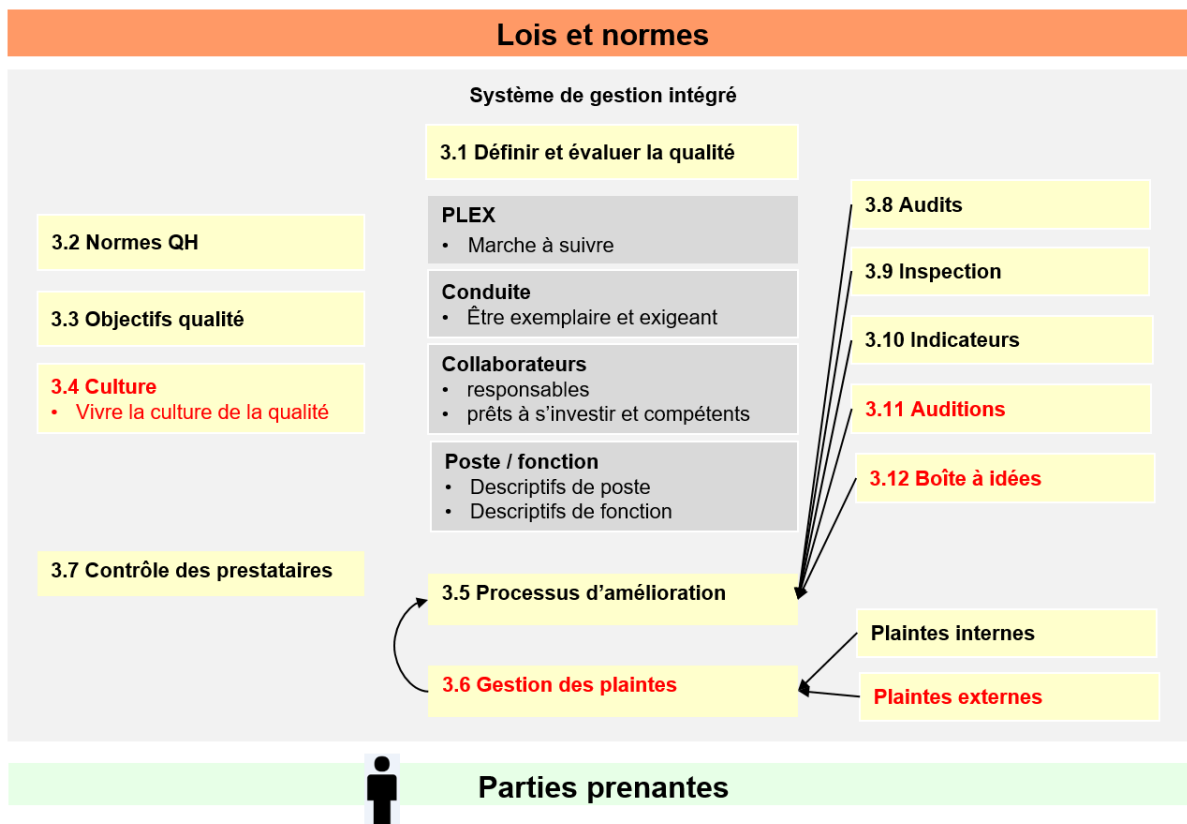
Fonction	Tâches et compétences	Responsabilité / Résultat
	- mène le PAC - définit les mesures à prendre en cas d'écart par rapport aux normes ou de lacune et assure un suivi concernant les NQH - met à disposition les ressources en personnel pour la participation aux audits	tamment transmises à la SnHPR. - Le PAC est mené en cas d'écarts par rapport aux normes. - Des mesures sont prises sur la base des résultats de l'analyse effectuée pour identifier les causes du problème. - La SnHPR dispose d'un nombre suffisant d'auditeurs.
Coordinateur des régions	Responsabilité globale de la GQH sur le plan stratégique - est responsable de la mise en œuvre de la GQH au niveau des régions procédurales et met les ressources à la disposition de la SnHPR - est responsable de l'approbation finale sous l'angle de la coordination interrégionale : - du PLEX - des NQH - du rapport GQH (mensuel) - de la révision du PLEX (annuelle) - de la révision des NQH (annuelle) - approuve la planification annuelle des audits et la met en œuvre sous l'angle de la coordination interrégionale - définit les prescriptions matérielles de vérification pour les audits - intervention et met en place des mesures au niveau de la conférence des responsables de région si l'objectif visé, à savoir que les normes (indicateurs) de qualité en matière d'hébergement soient respectées à hauteur de 75 % au moins, est compromis dans le cadre du contrôle de gestion du SEM.	- La GQH est mise en œuvre et les ressources à disposition sont suffisantes. - Le PLEX, les NQH, le rapport GQH, le rapport d'audit et les révisions annuelles sont approuvés. - La conférence des responsables de région et le CQ/RGQ DDAS sont informés tous les mois de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la GQH. - Les audits sont réalisés conformément à la planification annuelle et les rapports d'audit sont envoyés selon la liste de diffusion. - Les aspects matériels à vérifier sont définis. - Des mesures ont été définies au niveau de la conférence des responsables de région.
Direction SnHPR	Responsabilité opérationnelle GQH - s'occupe de la mise en œuvre opérationnelle de la GQH et met des ressources à la disposition de la SnHPR - approuve pour la SnHPR : - le PLEX - les NQH - le rapport GQH (une fois par mois)	- La GQH est mise en œuvre et les ressources à disposition sont suffisantes. - Le PLEX, les NQH, le rapport GQH, le rapport d'audit et les révisions annuelles sont approuvés. - La conférence des responsables de

Fonction	Tâches et compétences	Responsabilité / Résultat
	- le rapport d'audit - la révision du PLEX (une fois par an) - la mise à jour des NQH (une fois par an) • approuve la planification annuelle des audits et la met en œuvre au niveau de la section, envoie les rapports d'audit • informe le coordinateur des régions s'il y a des écarts importants ou si l'objectif des 75 % n'est pas atteint. • La SnHPR est chargée de vérifier régulièrement si le PLEX est conforme à la loi et, si nécessaire, de l'ajuster	région et le CQ/RGQ DDAS sont informés tous les mois de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la GQH. • Les audits sont réalisés conformément à la planification annuelle et les rapports d'audit sont envoyés. • La conformité à la loi du PLEX est vérifiée.
Responsable GQH SnHPR	Mise en œuvre opérationnelle GQH • s'occupe : - de rédiger le rapport GQH (une fois par mois) - de réviser le PLEX (une fois par an) - de mettre à jour les NQH (une fois par an) • procède aux audits planifiés et rédige les rapports d'audit dans les délais. • identifie les risques et les tendances • élabore des prescriptions et des outils appropriés. • lance le PAC et en assure le suivi • élabore des « bonnes pratiques » • planifie et organise des formations sur la GQH	• Le rapport GQH est rédigé tous les mois, et le PLEX ainsi que les NQH sont révisés tous les ans. • Tous les audits planifiés sont menés et les rapports d'audit sont rédigés. • Les risques et les tendances sont identifiés suffisamment tôt et intégrés dans le rapport GQH. • Des prescriptions et des outils appropriés sont mis à la disposition des régions et de la SnHPR, constamment mis à jour et développés. • En cas d'écart problématique, un processus de résolution des problèmes est lancé. Autrement dit, on analyse la cause de ce problème afin de l'éliminer. • Les « bonnes pratiques » sont élaborées et mises à la disposition de toutes les régions. • Des formations sont planifiées et organisées régulièrement.
Prestataires Encadrement (y. c. personnel infirmier) et Sécurité et tous les autres acteurs amenés à intervenir dans les CFA	• participent aux formations sur la GQH • soumettent de manière proactive et opportune des propositions visant à améliorer la GQH	• Les collaborateurs participent aux formations, ont compris leur contenu et possèdent les compétences correspondantes. • Des propositions sont soumises en temps opportun.

Fonction	Tâches et compétences	Responsabilité / Résultat
	• mettent à disposition des informations pertinentes, actuelles et objectives lors des contrôles (indicateurs, audits, inspections) • mettent à disposition le personnel nécessaire à la GQH (p. ex. entretiens d'audit) • mettent en œuvre des mesures correctives et demandent, si nécessaire, des ressources supplémentaires	• Des informations sont mises à disposition. • Le personnel requis est mis à disposition. • Les mesures correctives sont mises en œuvre dans les délais et la demande de ressources supplémentaires est soumise.

3. Mise en place de l'assurance qualité

L'intégration des éléments de l'assurance qualité dans le système de gestion se déroule selon le graphique ci-après :



Rouge : Éléments dont le développement est prévu

Jaune : Éléments d'assurance qualité

Gris : Structure de base/fondements existants

3.1 Définir et évaluer la qualité

Le PLEX (annexes comprises) et les NQH sont fondés sur des lois et des ordonnances. Le contrôle du respect des normes donne donc toujours des indications sur le degré de **conformité à la législation et aux directives**.

L'**impact que peuvent avoir les actions** menées pour différentes parties prenantes est également intéressant. **Évaluer la qualité** nous aide à analyser l'impact de nos actions et à procéder, le cas échéant, à des **améliorations**. De cette manière, nous améliorons également en permanence l'**efficacité** du **système de gestion**.

3.2 Normes de qualité relatives à l'hébergement (NQH)

Les normes de qualité ont été subdivisées en trois domaines (**PLEX, médecine et RMNA**) sur la base des documents de référence suivants :

- **Plan d'exploitation Hébergement (PLEX)**

- Plan de prévention de la violence
- Système de gestion des plaintes

[Normes de qualité relatives à l'hébergement - PLEX.pdf](#)

- **Manuel « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA »**
- Manuel « Gestion des produits thérapeutiques dans les CFA »
[Normes de qualité relatives à l'hébergement - Médecin.pdf](#)
- **Manuel relatif à l'encadrement des requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA) dans les centres fédéraux pour requérants d'asile (CFA)**
[Normes de qualité relatives à l'hébergement - RMNA.pdf](#)

Dès que le **guide « Personnes présentant des besoins spécifiques »** sera terminé, les NQH correspondantes seront également élaborées.

Les **NQH** ont été classées en trois catégories selon leur importance : **critiques** (rouge), **importantes** (orange) et **moins importantes** (vert). Cette pondération permet d'établir des priorités entre les normes lors des audits et des inspections, et de savoir sur quels aspects mettre l'accent dans les rapports.

3.3 Objectifs qualité

La GQH poursuit les quatre types d'objectifs qualité suivants :

- **objectifs de développement** (p. ex. introduction du plan de GQH, mise en œuvre des NQH)
- **objectifs systémiques** (p. ex. formation des collaborateurs)
- **objectifs de qualité et d'efficacité** (p. ex. gestion des plaintes, satisfaction des parties prenantes)
- **objectifs de performance et d'amélioration** (p. ex. audits planifiés/menés, mesures mises en œuvre et ayant contribué à une amélioration)

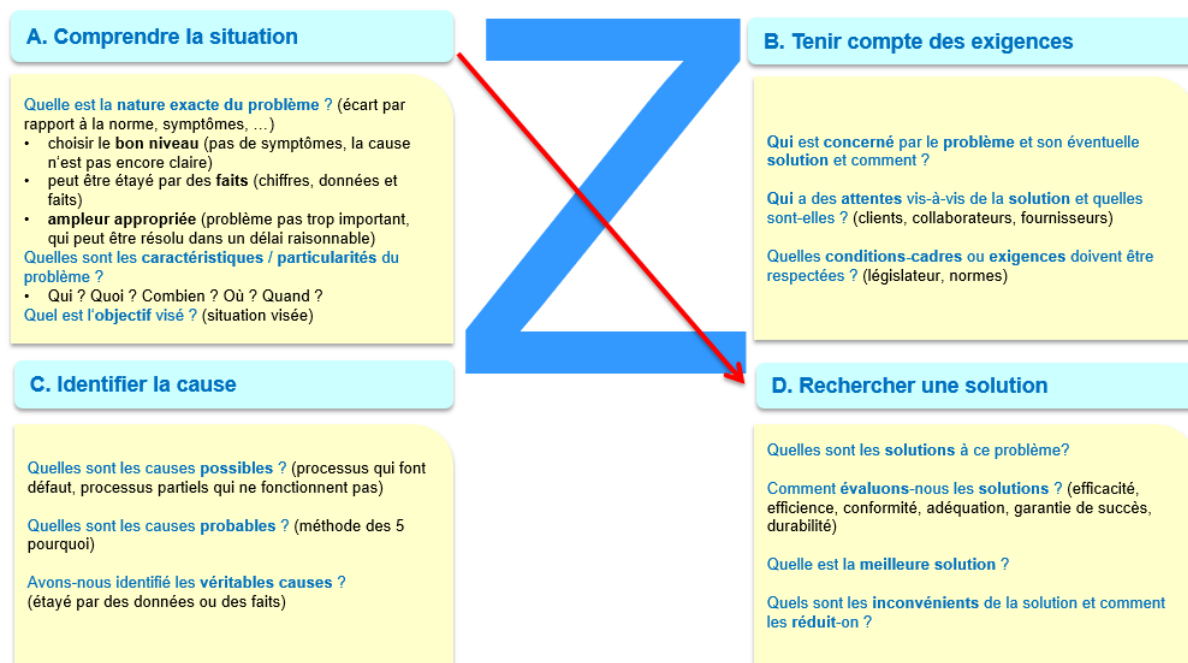
3.4 Culture

Le développement d'une culture active de la qualité peut contribuer dans une large mesure à un fonctionnement normal.

-> **Voir Agenda GQH, chap. 4.5**

3.5 Processus d'amélioration

Afin que des améliorations et des corrections durables et efficaces puissent être apportées en cas d'**écarts** par rapport aux normes de qualité, un **processus de résolution des problèmes** est **systématiquement** lancé selon le modèle Z ci-dessous. La **responsabilité** incombe ici à la direction régionale ou à la **direction de la section PaA**.



La chronologie du processus de résolution des problèmes peut varier en fonction du type d'écart et peut être ajustée aux besoins.

3.6 Gestion des plaintes (internes/externes)

La gestion des plaintes internes et externes dans le domaine de l'encadrement et de l'hébergement fera l'objet d'un chapitre spécifique dans le PLEX une fois que ses modalités auront été définies, et constituera la base d'autres normes qu'il conviendra de développer et de mettre en œuvre dans la GQH.

3.7 Contrôle des prestataires

Afin de garantir la qualité, la section PaA organise des réunions hebdomadaires avec les prestataires Encadrement et Sécurité. En outre, une réunion a lieu tous les mois avec tous les acteurs amenés à intervenir dans les CFA. Les sections PaA et le RSSD inspectent par ailleurs les CFA une fois par semaine, en tenant compte des NQH, et suivent en permanence les processus d'amélioration lancés lorsque des écarts par rapport à la norme sont constatés.

3.8 Audit

Objectif de l'audit

L'audit a pour but l'examen périodique des processus de travail des prestataires Encadrement et Sécurité et des sections PaA, ainsi que de leurs résultats, aux fins de connaître le degré de conformité aux normes de qualité.

Programme d'audit

Le **programme d'audit est le calendrier des audits sur trois ans**. Le mandant a fixé le nombre d'**audits** à réaliser **chaque année à six**, c'est-à-dire que chaque **région procédurale** doit faire l'objet d'au moins **un audit par an**. Les CFA avec tâches procédurales (CFA avec tp) doivent, dans la mesure du possible, être audités tous les deux ans. La définition des prescriptions matérielles de vérification pour les audits relève de la compétence du coordinateur des régions.

Équipes d'audit

Les audits sont réalisés sur trois (CFA sans tp) ou quatre jours (CFA avec tp) par quatre auditeurs. Une équipe d'audit est constituée de deux à trois représentants de la SnHPR et d'un à deux représentants de la section PaA d'une région différente de celle qui est auditée. La région linguistique dans laquelle se situe le CFA à auditer et donc les compétences linguistiques des auditeurs doivent être prises en compte lors de la constitution de l'équipe.

La **participation** des collaborateurs des **sections PaA** permet de garantir, d'une part, l'existence de connaissances spécialisées issues de la pratique, et donc une plus grande acceptation des audits sur place, et, d'autre part, un élargissement des connaissances sur les processus dans les autres CFA.

Planification des ressources nécessaires à la réalisation des audits

Dans la **planification des ressources, la direction de la SnHPR désigne** les collaborateurs en charge des audits et les responsables d'équipe. La participation aux audits des représentants de la section PaA est obligatoire à partir du moment où elle a été confirmée par la SnHPR, et un remplaçant doit être désigné par la région concernée en cas de défection éventuelle.

Rapport d'audit

Un rapport est rédigé par la SnHPR après chaque audit. Ce rapport indique, entre autres, les NQH ayant fait l'objet de l'audit (p. ex, uniquement les normes critiques), si des écarts ont été constatés et, le cas échéant, lesquels. Il fournit toujours des éléments probants, c'est-à-dire qu'il explique sur la base de quels documents, déclarations ou observations le contrôle du respect de la norme est intervenu.

Le rapport d'audit contient également des remarques, des recommandations et les bonnes pratiques qui ont été identifiées. Enfin, il explique brièvement la démarche ainsi que la méthodologie utilisée et présente les étapes ultérieures.

Le rapport d'audit est transmis aux destinataires suivants :

- direction régionale CFA
- chef/fe section PaA CFA
- RSSD CFA
- direction prestataires Encadrement et Sécurité CFA
- SPOC prestataires Encadrement et Sécurité CFA
- chef DDAS (mandant)
- RGQ DDAS

- CQ DDAS
- coordinateur des régions
- direction SnHPR
- direction SnSI
- équipe d'auditeurs

Le rapport est également transmis pour information aux instances suivantes :

- coordination des régions PaA
- conférence des responsables de région

Conformément à la LTrans, le rapport d'audit est également transmis aux personnes extérieures qui en font la demande.

3.9 Inspection

Les inspections ont pour but de **contrôler régulièrement le respect des normes de qualité définies** à cet effet dans tous les CFA et de l'améliorer. La documentation nécessaire est élaborée par la SnHPR et mise à la disposition des régions.

S'agissant des normes de qualité **critiques** (en rouge),

- au moins deux inspections doivent être réalisées tous les ans dans chacun des CFA.

S'agissant des normes de qualité **importantes** (en orange) et **moins importantes** (en vert),

- une inspection doit être réalisée tous les ans.

La **direction régionale** est chargée de **procéder aux inspections** dans les CFA tandis que la section PaA est responsable de la **compilation des résultats** et du **rapport**. Les inspecteurs peuvent être des **collaborateurs** d'une **autre région**, de la **même région**, mais aussi d'une **autre section** (p. ex., Dublin ou Procédures). Une inspection se fait sur **trois jours ouvrables (1½ journée d'inspection et 1½ journée d'évaluation)**.

Marche à suivre en cas d'écart par rapport à la norme

Après chaque inspection, la direction de la section PaA transmet à la SnHPR un rapport contenant les résultats, une analyse des causes des problèmes rencontrés ainsi que des propositions en vue de les résoudre, accompagnées des mesures correspondantes.

De son côté, la SnHPR soumet une recommandation d'approbation (sans justifications) ou de modification (avec justifications) des mesures proposées à la direction régionale.

La direction régionale est responsable du choix des mesures et du suivi de leur mise en œuvre.

L'efficacité des mesures prises est évaluée lors de l'inspection suivante (au plus tard six mois après pour les normes critiques).

3.10 Indicateurs

Des indicateurs ont été définis, lorsque cela était nécessaire, pour les normes de qualité critiques et importantes. Ces indicateurs sont évalués tous les mois, soit par la direction de la section PaA, soit par la SnHPR, selon les responsabilités définies. L'évaluation est basée sur un système de notation (1-6) et un système de feux de signalisation (vert/orange/rouge). En cas d'écarts par rapport à la norme, un processus de résolution des problèmes doit être lancé, comme cela est décrit au chapitre 3.5, afin que des mesures acceptables et durables puissent être mises en place. Les évaluations mensuelles, accompagnées des mesures appropriées, sont intégrées dans le rapport GQH.

3.11 Enquêtes

Afin de pouvoir évaluer pleinement les effets de l'assurance qualité, une enquête sera à l'avenir menée auprès de diverses parties prenantes (p. ex., RA, prestataire Encadrement, collaborateurs socio-éducatifs, etc.).

-> Voir Agenda GQH, chap. 4.5

3.12 Boîte à idées

Comment la boîte à idées fonctionne-t-elle aujourd'hui ?

-> Voir Agenda GQH, chap. 4.5

4. Mise en œuvre et conduite

Modèle PDCA (Plan-Do-Check-Act)



4.1 Planification et directives (Plan)

Les objectifs qualité et les NQH ont été définis sur la base du PLEX et de ses annexes, qui ont été élaborés en tenant compte des dispositions légales.

4.2 Mise en place et application (Do)

Selon la complexité des modifications et des ajouts à effectuer dans les directives, il convient de suivre les étapes suivantes :

- formulation des normes de qualité
- ajustement des outils d'évaluation
- modification du contenu des formations
- organisation de la formation
- communication/entrée en vigueur

4.3 Contrôle de gestion (Check)

Le rapport GQH est fondé sur des données et des informations provenant des audits, des inspections et des indicateurs. La SnHPR est chargée de le rédiger et de le transmettre aux destinataires suivants :

- chef du DDAS (mandant)
- RGQ DDAS
- PILAS
- directions régionales
- direction section PaA
- SPOC prestataires Encadrement et Sécurité
- direction SnSI
- SnHPR

Conformément à la LTrans, le rapport GQH est également transmis aux personnes extérieures qui en font la demande.

Vue d'ensemble des instruments d'évaluation :

Instruments d'évaluation	Fréquence	Collecte des données	Analyse / contrôle
Audits	6 audits par année	SnHPR	SnHPR
Inspection	2 par année	PaA	SnHPR
Indicateurs	mensuelle	PaA / SnHPR	SnHPR
Entretiens hebdomadaires	hebdomadaire	PaA	PaA
Rapports mensuels	mensuelle	Prestataire Encadrement	PaA / SnHPR
Rapport sur les mesures disciplinaires	trimestrielle	PaA	SnHPR
Rapports sur les incidents violents	trimestrielle	SnSI	SnHPR
Audit du personnel du prestataire d'encadrement	à définir	SnHPR	SnHPR
Gestion des plaintes (internes)	à définir	PaA	SnHPR (tbd)
Gestion des plaintes (externes)	à définir	Bureau externe chargé de recueillir les plaintes	SnHPR (tbd)
Auditions de requérants d'asile	à définir	PaA	SnHPR
La boîte à idées	à définir	PaA	SnHPR (tbd)

4.4 Amélioration et développement (Act)

Le PLEX, en tant que document de référence, et la GQH doivent être **développés** en permanence et revus au moins une fois par an. Les **mandats** en question sont attribués par le **mandant (chef du DDAS)**. Les travaux opérationnels qui en résultent sont **coordonnés par la SnHPR**.

La GQH se développe au gré des réunions d'échange qui ont lieu aux différents niveaux du DDAS. Ces réunions permettent d'élaborer des « bonnes pratiques », de faire du benchmarking et d'acquérir des connaissances organisationnelles. Si nécessaire, d'autres instances d'échange avec des professionnels issus de secteurs spécifiques (p. ex., personnel infirmier, collaborateurs socio-éducatifs) peuvent être créées pour traiter de la qualité dans ces secteurs, la promouvoir ou la développer.

Vue d'ensemble des réunions d'échange

Réunion	Participants Fréquence	Objectif, but	Aide
coordination des régions PaA - SnHPR	PaA/SnHPR trimestrielle	fenêtre GQH, bonnes pratiques	rapport GQH, outils d'évaluation
PILAS	PILAS/SnHPR trimestrielle	rapport GHQ, mise à jour état d'avancement GQH	rapport GQH, outils d'évaluation
échanges GQH avec RGQ/CQ DDAS	SnHPR, RGQ/CQ DDAS trimestrielle	coordination qualité DDAS	rapport GQH, outils d'évaluation
échanges GQH	interne à SnHPR hebdomadaire	coordination GQH	

4.5 Agenda GQH

L'agenda GQH permet de développer continuellement la GQH.

Numérisation/automatisation

- ajustement de l'outil « Assessment of Receptions Conditions » (ARC) de l'EASO
- évaluation de la qualité par le biais d'enquêtes en ligne auprès des RA sur SEM Asylum PWA
- développement d'un tableau de bord GQH

Prise en compte des normes reconnues

- certification ISO PLEX et GQH
- examen d'une possible intégration des normes européennes en matière d'accueil développées par l'EASO
- élaboration d'une liste de contrôle des exigences de qualité requises pour la sélection et l'ouverture de nouveaux CFA (p. ex. capacités de mise en quarantaine/à l'isolement, accès des personnes à mobilité réduite, etc.)
- mise en place d'une boîte à idées dans le domaine de l'encadrement et de l'hébergement et intégration dans la GQH
- intégration de la culture d'équipe et de la qualité dans la GQH

Développement de la GQH

- implication plus importante du personnel en première ligne (p. ex., cercles de qualité « sécurité » avec les responsables de la sécurité dans les CFA)
- plan de maintien de la qualité dans des conditions difficiles (p. ex., nombre élevé de demandes d'asile, pandémie)

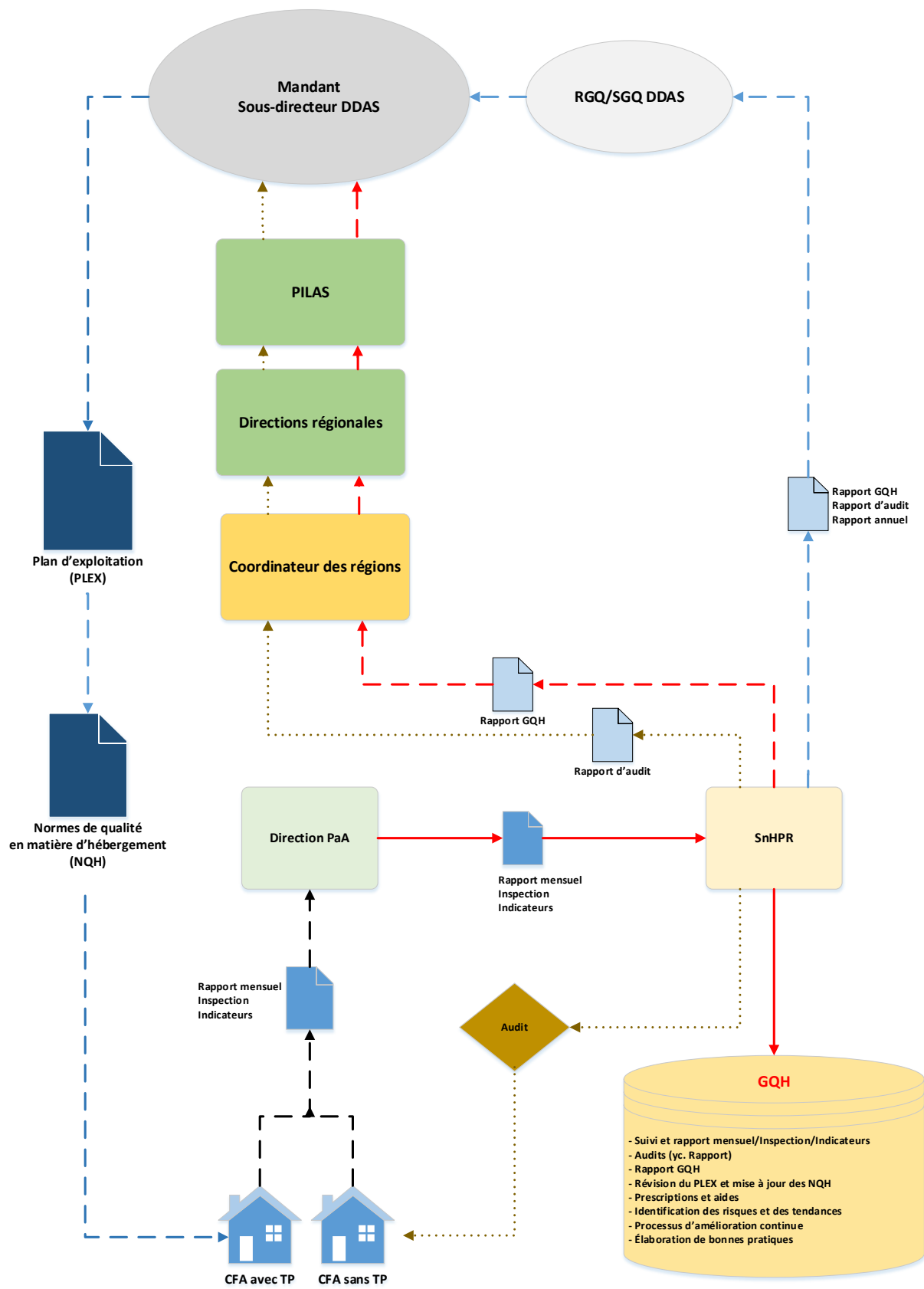
- intégration des manuels « Recommandations de vaccination » et « Gestion des flambées de maladies transmissibles » ainsi que du guide « Personnes présentant des besoins spécifiques »

Bonnes pratiques

- élaboration et mise en œuvre de bonnes pratiques au sein de sa propre organisation
- *benchmarking* avec les États membres de l'UE+

4.5 Vue d'ensemble conduite

Le graphique ci-dessous montre l'organisation et les flux d'information importants :



4.6 Prestations des Sections HPR et PaA

Tâches principales	Qui	Fréquence	Outils, prestations	Charge (h/an)	Charge (EPT/an)
rapport GQH -> préparation et suivi	SnHPR	mensuelle	rapport GQH	114	0,06
révision du PLEX	SnHPR	annuelle	PLEX révisé	67	0,04
mise à jour des NQH	SnHPR	annuelle	NQH mises à jour	67	0,04
planification opérationnelle, préparation et suivi des audits selon le programme d'audit	SnHPR	6x/an	programme d'audit, organisation, planification, rapports d'audit	128	0,07
réalisation des audits (trajets aller-retour compris)	SnHPR	6x/an		648	0,35
coordination des bonnes pratiques	SnHPR	trimestrielle	rapport GQH, fenêtre GQH coordination des régions PaA - SnHPR	64	0,3
développement de la GQH selon agenda (à partir de 2022)	SnHPR	en continu	agenda GQH	1'210	0,65
réalisation des inspections et transmission des résultats à la SnHPR dans les délais	PaA	biannuelle	outil d'évaluation inspection, rapport GQH	432 (toutes régions confondues)	0,25
réalisation des inspections pour les indicateurs et transmission des résultats à la SnHPR dans les délais	PaA	mensuelle	outil d'évaluation inspection, rapport GQH	648 (toutes régions confondues)	0,35
garantie de l'exécution du processus de résolution des problèmes selon le modèle Z en cas d'écart par rapport à la norme	PaA	en continu	rapport GQH, outils d'évaluation	432 (toutes régions confondues)	0,25
garantie de la réalisation de l'audit dans <u>son</u> CFA	PaA	annuelle	plan d'audit	82 (toutes régions confondues)	0,05
participation à des audits dans des CFA <u>d'autres régions</u>	PaA	annuelle	planification des ressources nécessaires à la réalisation des audits	216 (toutes régions confondues)	0,12
élaboration de bonnes pratiques	PaA	trimestrielle	rapport GQH, fenêtre GQH coordination des régions PaA - SnHPR	96 (toutes régions confondues)	0,05
Total EPT SnHPR				2'298	1,51
Total EPT PaA				1'906	1,07
Total EPT SnHPR & PaA				4'204	2,58

5. Annexe

5.1 Documents normatifs

Interne

Plan d'exploitation hébergement (PLEX) Plan de prévention de la violence Système de gestion des plaintes	Intranet SEM - PLEX Hébergement (admin.ch)
Manuel « Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA », Manuel « Gestion des produits thérapeutiques dans les CFA »	Manuel - Accès aux soins médicaux et procédures applicables dans les CFA Manuel - Gestion des produits thérapeutiques dans les CFA
Manuel relatif à l'encadrement des requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA) dans les centres fédéraux pour requérants d'asile (CFA)	Manuel relatif à l'encadrement des requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA) dans les centres fédéraux pour requérants d'asile (CFA)
NQH – PLEX	Normes de qualité relatives à l'hébergement (NQH) - PLEX.pdf
NQH – Médecine	Normes de qualité relatives à l'hébergement (NQH) - Médecine.pdf
NQH – RMNA	Normes de qualité relatives à l'hébergement (NQH) - RMNA
Manuel SGQ	Intranet SEM - Système de gestion de la qualité (SGQ) (admin.ch)
Liste des responsables du contenu du PLEX	Lien à venir

5.2 Liste des outils

Thème / outil	But	Liens ActaNova
outil d'évaluation indicateurs	outil de travail standardisé pour PaA	lien à venir
outil d'évaluation inspection	outil de travail standardisé pour PaA	lien à venir
outil d'évaluation audit	outil de travail standardisé pour SnHPR	pas de lien car outil de travail interne à la SnHPR
programme d'audit	planification opérationnelle des audits sur 3 ans	Programme d'audit.xlsx
planification des ressources nécessaires à la réalisation des audits	planification opérationnelle des ressources nécessaires à la réalisation des audits	Planification des ressources audits.xlsx
rapport d'audit	modèle pour la rédaction des rapports d'audit	pas de lien car outil de travail interne à la SnHPR