

Date de dépôt: 17 novembre 2004

Messagerie

Rapport du Conseil d'Etat communiquant au Grand Conseil le premier rapport d'évaluation des effets de la loi sur les centres d'action sociale et de santé (K 1 07)

Mesdames et
Messieurs les députés,

Par ces quelques lignes, le Conseil d'Etat vous présente le premier rapport de l'instance extérieure chargée d'évaluer les effets de la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001 (voir art. 4, al. 5, K 1 07).

1. INTRODUCTION

1.1 Généralités

Depuis 1992, date du vote de la première loi sur l'aide à domicile, le cadre législatif des centres d'action sociale et de santé (CASS) a fait l'objet de plusieurs révisions :

- la première, le 5 décembre 1996, lors de la modification de la loi sur l'aide à domicile (K 1 05, anciennement K 1 2) ;
- la deuxième, le 21 septembre 2001, lors du vote de la loi sur les centres d'action sociale et de santé (K 1 07).

Par ailleurs, trois rapports relatifs à l'évaluation de la mise en œuvre de la politique des centres d'action sociale et de santé ont été présentés par le Conseil d'Etat au Grand Conseil.

Ils ont permis, d'une part, de valider le travail réalisé par les centres d'action sociale et de santé et d'établir les bilans nécessaires à l'adoption par

le Grand Conseil des budgets quadriennaux finançant l'aide et les soins à domicile et, d'autre part, de déceler les modifications nécessaires à une meilleure adéquation des centres d'action sociale et de santé aux objectifs poursuivis : soit, le transfert des soins hospitaliers vers le domiciliaire, ainsi qu'un travail coordonné entre les différents acteurs du réseau socio-sanitaire présents dans les centres.

1.2 Les décisions du Conseil d'Etat

Les interventions du Conseil d'Etat entre 1996 et 2000 ont visé les mêmes objectifs :

- clarifier le rôle et les compétences entre les différents acteurs, principalement entre l'Etat et les communes dans le domaine de l'action sociale ;
- procéder au remaniement des instances de mise en œuvre ;
- favoriser la définition des modalités de collaboration et de coordination des activités entre les acteurs, privés et publics, de l'aide sociale, de l'aide et des soins à domicile.

Les principales critiques faites à la nouvelle organisation mise en place en 1996 ont porté sur les structures et la répartition des compétences.

Pour l'essentiel, ces critiques portent en effet sur :

- les structures faîtières (commission cantonale et comité de direction de l'aide à domicile) ;
- les interférences entre les instances dirigeantes des services actifs dans les centres d'action sociale et de santé et la commission cantonale de l'aide à domicile ;
- les compétences respectives du comité de direction de l'aide à domicile et les services employeurs, prestataires de service dans les centres d'action sociale et de santé ;
- les structures opérationnelles (les centres d'action sociale et de santé) ;
- le rôle et les compétences attribués à la fonction de coordinateur des centres d'action sociale et de santé ;
- la répartition des tâches entre l'Etat et les communes dans le domaine de l'action sociale.

Afin d'apporter les améliorations nécessaires, le Conseil d'Etat propose donc au Grand Conseil, le 6 septembre 2000, trois projets de lois, soit :

- un projet de loi sur les centres d'action sociale et de santé, qui est un projet de loi d'organisation ;
- un projet de loi modifiant la loi sur l'assistance publique, définissant le rôle de l'Hospice général dans les centres d'action sociale et de santé ;
- un projet de loi modifiant la loi sur l'aide à domicile, définissant le rôle de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD) dans les centres d'action sociale et de santé et ouvrant le 3^e crédit quadriennal 2001-2004.

1.3 Les décisions du Grand Conseil

Le 15 décembre 2000, le Grand Conseil a ouvert le 3^e crédit quadriennal de l'aide à domicile de 362 000 000 F, destiné à financer la poursuite du développement des soins à domicile durant la période 2001-2004.

Le 21 septembre 2001, le Grand Conseil a voté :

- la loi sur les centres d'action sociale et de santé ;
- la modification de la loi sur l'assistance publique, définissant le rôle de l'Hospice général dans les centres d'action sociale et de santé ;
- la modification de la loi sur l'aide à domicile, définissant le rôle de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile dans les centres d'action sociale et de santé.

1.4 La loi sur les centres d'action sociale et de santé et son règlement d'application

1.4.1 La loi définit que :

- chaque CASS est composé d'un service d'accueil et d'unités offrant les prestations suivantes :
 - l'aide et les soins à domicile ;
 - l'action sociale individuelle ;
 - l'action sociale communautaire de proximité.
- les prestations d'aide et de soins à domicile sont assurées par le personnel de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile ;
- l'action sociale individuelle est, en priorité, assurée par le personnel de l'Hospice général, qui participe aux actions sociales communautaires décidées par le CASS ;

- l'action sociale communautaire de proximité est, en priorité, assurée par le personnel des communes ;
- chaque CASS est placé sous la responsabilité d'un administrateur.

Enfin, les administrateurs des centres et le personnel des services d'accueil font dorénavant partie du personnel de l'Etat, ce qui conduit à transférer 112,5 postes au département de l'action sociale et de la santé provenant de l'Hospice général et de l'aide à domicile.

La loi définit également :

- une nouvelle composition de la commission cantonale ;
- une direction générale des centres d'action sociale et de santé.

1.4.2 Le règlement d'application, arrêté par le Conseil d'Etat le 31 octobre 2001, définit que :

- Le département de l'action sociale et de la santé, chargé de l'application de la loi, met en place une direction générale des CASS, qui travaille en collaboration avec :
 - la commission cantonale des CASS ;
 - les institutions et services qui offrent des prestations dans les centres, soit :
 - l'Hospice général ;
 - la Fondation des services d'aide et de soins à domicile ;
 - les services sociaux communaux.
- La direction générale des CASS comprend :
 - les centres d'action sociale et de santé et leurs services d'accueil ;
 - le service d'informatique sociale (SIS) ;

et met en œuvre les dispositions des lois, règlements et conventions relatives aux centres.

Dans l'accomplissement de ses tâches et, en particulier, dans la définition des activités, procédures et outils de gestion communs aux institutions et services prestataires, la direction générale est assistée d'un comité de gestion, nommé par le Conseil d'Etat, qui se compose :

- du directeur de l'Hospice général ;
- du directeur de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile ;

- du directeur du département des affaires sociales de la Ville de Genève ;
- du secrétaire général de l'Association des communes genevoises.
- Les institutions et services prestataires sont, de manière générale, responsables de la bonne marche des unités des centres placées sous leur autorité, en particulier :
 - du personnel des unités placées sous leur responsabilité ;
 - de la définition des critères de dotation du personnel ;
 - de la définition des normes et standards qui régissent les pratiques professionnelles ;
 - de l'évaluation de la qualité des prestations ;
 - de l'adaptation de leurs structures hiérarchiques à l'organisation des centres.
- L'administrateur du CASS est, de manière générale, responsable de la bonne marche du centre, en particulier :
 - du personnel du service d'accueil ;
 - des activités administratives et financières du centre ;
 - de l'élaboration et de l'exécution du budget du centre ;
 - de l'élaboration des plans annuels de dotation en personnel, par unité de service et par fonction professionnelle ;
 - de l'application des horaires d'ouverture du centre et des horaires d'intervention des professionnels du centre ;
 - de la répartition et de l'utilisation des locaux et du matériel ;
 - de la communication et la collaboration entre les centres, les usagers et les partenaires.

1.5 Le premier rapport d'évaluation des effets de la loi

Conformément à l'article 4, alinéa 5, de la loi sur les centres d'action sociale et de santé, du 21 septembre 2001, le département de l'action sociale et de la santé a confié à M^{me} Katia Horber-Papazian, professeure à l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP), un premier mandat d'évaluation des effets de la loi sur les centres d'action sociale et de santé, portant sur la période 2001-2004.

Par le présent rapport, le Conseil d'Etat communique au Grand Conseil :

- ci-après, sous chiffre 2, un résumé du rapport d'évaluation rédigé par son auteur ;
- en annexe, le rapport d'évaluation et le rapport de propositions et recommandations, dans leur intégralité.

2. RESUMÉ DU PREMIER RAPPORT D'ÉVALUATION

2.1 Contexte et objet de l'évaluation

Le 21 septembre 2001, la loi K 1 07 sur les centres d'action sociale et de santé est votée par le Grand Conseil genevois. Sa mise en œuvre, débutée le 1^{er} janvier 2002, résulte d'un long processus de développement de la politique socio-sanitaire du canton de Genève, initié en 1985, par l'initiative populaire « soins à domicile ».

Deux ans et demi après la mise en œuvre de la LCASS, l'évaluation de celle-ci, prévue par la loi, a pour but « *de mettre en parallèle les objectifs de la politique publique poursuivis par le législateur et leur application sur le terrain, afin de pouvoir, le cas échéant mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements* ».

Pour répondre à cet objectif, une analyse de contenu et une analyse juridique des documents ont été réalisées tandis que 360 acteurs de la mise en œuvre de la LCASS ont été rencontrés lors d'entretiens semi-directifs et d'entretiens de groupe.

Le peu de recul existant entre l'entrée en vigueur de la loi et cette première évaluation ne permet en aucun cas de se prononcer sur l'efficacité et l'efficacité opérationnelles ou politiques de mesures organisationnelles qui, pour certaines, sont encore en cours de mise en œuvre et qui n'ont, par-là, pas déployé d'effets. Par ailleurs, l'évaluation menée ne tient pas compte de l'avis des bénéficiaires des CASS. Cette question a fait l'objet d'une étude menée en parallèle, sous la responsabilité de la DGCASS.

2.2 Les questions de l'évaluation

En accord avec le mandat, l'évaluation a été construite autour des questions suivantes :

- quelle a été, depuis la dernière évaluation de mars 2000, l'évolution des projets et actions menés dans le cadre de la politique du développement d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile ?

- quels sont le rôle, la place et le mode de coordination de chacune des autorités, instances et structures dans la définition et la mise en œuvre de cette politique ?
- les CASS ont-ils atteint les objectifs qui leur ont été fixés par la loi et le programme de législature, soit :
 - être des relais de la politique sociale et sanitaire ;
 - assurer un service de proximité à la population ;
 - harmoniser et coordonner les prestations sociales et sanitaires, en plaçant l'individu au cœur du dispositif ?
- la répartition des compétences et les structures permettent-elles d'atteindre les objectifs en termes de complémentarité entre professions, acteurs publics et privés et de prise en compte des besoins de la population concernée ?
- les outils d'information, de communication et de suivi des projets permettent-ils de piloter les actions et de les ajuster en cas de dysfonctionnement ?

2.3 Principaux enseignements

2.3.1 Plusieurs remaniements législatifs pour un problème non résolu : la répartition des compétences

Le cadre législatif des centres d'action sociale et de la santé a fait l'objet de deux révisions en 1996 et 2001 et de trois rapports du Conseil d'Etat au Grand Conseil en 1996, 1999 et 2000.

De fait, une grande partie de ces interventions a visé les mêmes objectifs : clarifier la répartition des rôles et des compétences entre les différents acteurs et permettre le remaniement des instances de mise en œuvre, de sorte à favoriser la définition des modalités de collaboration et de coordination entre partenaires.

Malgré les nombreux groupes de travail et mandats attribués pour clarifier la question de la répartition des tâches et des rôles nouvellement définis dans le cadre de la mise en œuvre de la loi (DGCASS, administrateurs, secrétaires-réceptionnistes), force est de constater au terme de cette évaluation, que le problème n'est toujours pas résolu.

Il existe à ce jour un très grand flou quant à la répartition des compétences décisionnelles et d'exécution entre les différents partenaires.

L'absence de répartition claire des tâches est source de multiples tensions, voire de conflits, chacun suspectant l'autre, soit de vouloir se soustraire à ses obligations, soit d'outrepasser son pouvoir au nom de la maximalisation de sa marge de manœuvre.

Par ailleurs, les lois en vigueur ne contiennent pas de définition systématisée des missions respectives des acteurs qui sont amenés à collaborer dans le cadre des CASS. Il s'agit-là d'une lacune qui peut être à même d'expliquer – en partie – les difficultés relevées en pratique en termes de coordination et de collaboration. Avant de coordonner les activités des différentes institutions amenées à travailler en partenariat dans les CASS, il aurait été souhaitable que le législateur définisse clairement les missions de chacune de ces institutions. Une définition plus détaillée des compétences et des mécanismes décisionnels aurait, en effet, évité que les dispositions de la loi soient contredites ou relativisées par les dispositions d'exécution adoptées ultérieurement.

Moins touché par la réforme de 2001, le personnel de la FSASD assimile encore la fusion de 1999. Cela explique pourquoi un nombre important d'acteurs de cette institution se sentent moins concernés par les changements introduits par la LCASS. Certains les ont même découverts grâce à cette évaluation.

2.3.2 Une multitude de structures pour une coordination difficile à instaurer

Si de nombreuses structures ont été créées ou remaniées par la LCASS dans le but de renforcer la coordination entre les partenaires et au sein des CASS, il apparaît qu'à l'heure actuelle les principaux outils de coordination et de prise en compte des besoins de la population ne permettent pas d'atteindre les objectifs escomptés.

La Commission cantonale ne joue par le rôle de force de proposition attendu d'elle. Le comité (*de gestion*) de la DGCASS est principalement un espace d'information ; ses réunions sont suivies avec peu d'assiduité par ses membres. Ce phénomène peut s'expliquer en partie par le fait que les membres du comité (*de gestion*) ne disposent pas d'un droit d'initiative qui leur permette de porter des objets à l'ordre du jour du comité.

Les conseils de coordination et les comités de gestion (*des CASS*) ne sont, quant à eux, pour la plupart, pas encore totalement opérationnels.

Ainsi, si les espaces de coordination sont nombreux entre les représentants des différents partenaires, la portée de cette coordination est faible. Les décisions, si décision il y a, n'ont pas de portée contraignante. La

multiplication des structures de coordination résultant des règlements de niveau inférieur au règlement d'application de la LCASS, adoptés ultérieurement, a pour effet d'introduire des ambiguïtés dans la répartition des compétences et de diluer les pouvoirs de décision. Ces ambiguïtés sont autant d'obstacles à l'efficacité de la coordination.

S'il est évident qu'au sein de chacune des institutions des séances de coordination ont lieu, force est de constater qu'entre les différentes unités des CASS aucune coordination formalisée n'existe si ce n'est pour des questions de locaux. Si, au cours des entretiens, personne n'a remis en cause le bien-fondé d'une coordination et d'une collaboration entre la santé et le social, il ressort cependant que les réseaux de collaboration et de coordination des partenaires dépassent largement le cercle des acteurs dont la LCASS vise à renforcer tout particulièrement la coordination.

Enfin, l'un des objectifs de la LCASS était de renforcer la coordination des actions au niveau communal entre les services sociaux communaux et les unités des CASS, entre autres par le partage de mêmes locaux. Cet objectif n'est atteint que dans de très rares exceptions. La coordination, lorsqu'elle existe entre autorités communales et CASS, est plus le fait, à l'exception de la Ville de Genève, de volontés individuelles que de projets communs.

2.3.3 Une distinction entre action sociale individuelle et action sociale communautaire incomprise, voire contestée

La LCASS introduit une distinction entre action sociale individuelle et action sociale communautaire en attribuant aux communes une compétence prioritaire en matière d'action sociale communautaire de proximité, l'action sociale individuelle étant prioritairement attribuée à l'Hospice général. Ces notions ne sont pas définies plus avant dans les textes légaux et réglementaires en vigueur.

Dans la pratique, il apparaît que la distinction entre prestations individuelles et communautaires est incomprise voire contestée. D'une part, parce qu'il paraît difficile de mener une action de proximité sans connaître les problèmes individuels. D'autre part, parce que, de nombreux magistrats communaux considèrent cette différenciation comme artificielle et sont déterminés à conserver une tâche pour laquelle ils estiment avoir de réelles compétences. De ce fait, la répartition des tâches souhaitée entre l'Hospice et les communes n'est formellement réalisée qu'en Ville de Genève. Certaines communes continuent à mener des actions d'aide individuelle et la plupart apporte un appui financier aux personnes qui n'entrent pas dans les barèmes de l'Etat.

Par ailleurs, si peu d'actions communautaires ont été mises en place sous l'égide de la LCASS, relevons que, pour les élus communaux, il ne semble pas évident de dissocier les actions entreprises dans le cadre de la LCASS de celles menées sous l'égide de la Fondation pour l'animation socioculturelle (FAS'e). Cette difficulté est d'autant plus grande que les lois en vigueur ne définissent pas clairement les notions et les compétences permettant l'articulation entre le domaine régi par la LCASS et le champ d'action du ressort de la FAS'e.

2.3.4 Un système d'information à plusieurs vitesses

Un effort conséquent a été consenti pour assurer l'information du personnel des CASS aussi bien par la DGCASS que par les institutions. Cela pose la question de la coordination de ces informations, jugées le plus souvent redondantes et sans contenu stratégique. Par ailleurs, au niveau des CASS, l'information interunités est faible. Le dossier unique informatisé (DUI), outil de suivi des dossiers, est à ce jour peu ou pas utilisé par les collaborateurs des CASS, du fait de ses nombreux dysfonctionnements.

De leur côté, les acteurs communaux regrettent qu'au nom de la protection des données, ils ne puissent pas obtenir des informations sur les habitants en difficulté de leur commune, informations indispensables pour définir une politique sociale communale. Par ailleurs, la LCASS ne contient elle-même aucune prescription au sujet du traitement et de la communication des informations sensibles contenues dans les dossiers à partager.

Enfin, les lacunes d'information à la population sont très souvent mentionnées. Dans ce sens, beaucoup estiment que l'existence des CASS et de leurs prestations sont encore méconnues.

2.3.5 Un pilotage des actions inexistant

Aucun outil de suivi et de pilotage des décisions et des actions n'a été mis en place. Il apparaît aujourd'hui que la DGCASS, quatrième employeur nouvellement introduit par la LCASS, chargée d'assurer le pilotage de la politique menée dans les CASS est totalement démunie pour assumer ce rôle, faute de moyens formalisés et d'accès direct à l'information. Elle est en effet totalement tributaire du bon vouloir des différents partenaires, les flux et compétences en matière d'information et d'exécution n'étant pas réglés formellement dans la loi et son règlement d'application.

2.3.6 Des objectifs considérés comme non atteints

Si l'objectif premier « assurer un service de proximité » est défini comme décentraliser l'action socio-sanitaire, la création des 22 CASS, préexistant à la LCASS, permet d'affirmer que cet objectif est atteint. Si, par contre, il est défini comme : « aller au devant de la population et de ses besoins, définir et mettre en œuvre des projets de prévention et s'adapter à l'émergence de nouveaux besoins », beaucoup estiment que faute de moyens et de conception convergente de l'action, cet objectif n'est que très partiellement atteint.

Pour le législateur il appartenait aux CASS d'être des « relais » de la politique socio-sanitaire genevoise. Beaucoup s'interrogent sur ce rôle, relevant que la politique socio-sanitaire englobe un champ d'acteurs beaucoup plus vaste que celui de l'Hospice et la FSASD.

Il était attendu de la LCASS qu'elle permette « d'harmoniser » les prestations sociales. Cet objectif est considéré également comme non atteint. Deux facteurs explicatifs sont avancés. Le premier a trait à la diversité des options prises en matière de politique socio-sanitaire par les autorités communales. Le second est relatif à la charge de travail de chacun des intervenants, inégale entre les CASS ; ce qui peut avoir des conséquences sur le temps à disposition pour les dossiers traités et par-là, sur la qualité de l'offre des prestations.

Enfin, si tous les acteurs s'accordent à dire que l'être humain doit être au centre du dispositif, certains regrettent que cet objectif soit parfois occulté au profit d'une dispersion des énergies dans des conflits de pouvoir ou dans des réorganisations administratives non fondées.

2.3.7 Une absence de référence commune

Il n'existe pas à l'heure actuelle de définition commune des missions poursuivies par la LCASS. Il est par ailleurs intéressant de relever que beaucoup d'interlocuteurs ont des difficultés à différencier les objectifs de la loi. Ensuite et surtout, il est important de souligner la grande variété de réponses apportées à la définition de ces objectifs. Cela démontre une absence de référence commune entre les partenaires.

2.3.8 Une réforme à la recherche de sens

Pour parvenir à un régime opérationnel et cohérent, une adhésion autour du projet des réformes est indispensable. Celle-ci était absente au moment de la définition de la LCASS. Dans ce contexte, et face à la complexité du système, les instances et les réunions de coordination se sont multipliées pour

tenter de trouver une approche, des actions et un langage communs à l'ensemble des partenaires. Le pari aurait pu être gagné s'il y avait eu un consensus sur l'objectif poursuivi et la définition des problèmes à résoudre. Cela n'a jamais été le cas.

2.3.9 Une loi à mi-chemin de ce qu'elle aurait pu être

La LCASS est restée à mi-chemin de ce qu'elle pourrait et devrait régler. Comme le montrent les exemples de législation de coordination des procédures administratives complexes, l'instauration d'un régime de coordination suppose en effet tout d'abord de définir clairement les missions et tâches des acteurs concernés puis de localiser clairement le pouvoir de décision, respectivement d'arbitrage entre décisions. Cette localisation doit être opérée autant que possible au niveau de la loi, ne serait-ce que pour assurer le caractère obligatoire de ces décisions pour tous les intéressés – on pensera à ce sujet en particulier aux décisions budgétaires et plus généralement aux flux d'informations aux fins de décision, de surveillance et d'exécution. Cela n'a pas été fait pour le régime de la LCASS.

Enfin, l'ensemble du régime des CASS fait l'objet d'un foisonnement réglementaire important. La nature juridique des règlements d'organisation de niveau inférieur au règlement d'application adoptés par le président de la commission cantonale est matière à interrogation, dès lors que l'organe qui les a adoptés n'a en réalité pas de compétence normative contraignante, selon la LCASS et son règlement d'application.

3. LES RECOMMANDATIONS

3.1 Contexte des recommandations : des pressions contradictoires et une dynamique de réformes

L'analyse des effets de la LCASS met en évidence un besoin de réforme indéniable.

Toute proposition de réforme s'inscrit actuellement dans un cadre en forte mutation, marqué par de nombreuses pressions souvent contradictoires. D'une part, la croissance du nombre de dossiers et l'émergence de nouveaux besoins (notamment dans les domaines de la psychiatrie, des familles monoparentales et de la clochardisation à domicile). D'autre part, le contexte budgétaire qui impose une maîtrise des dépenses dont les répercussions sont notamment un blocage des effectifs des institutions et des coupes dans leurs budgets. Cela rend la recherche de synergies entre les acteurs décisive pour la

maîtrise de défis posés par les transformations sociales en cours, comme l'illustrent les réflexions menées pour impliquer plus fortement l'institution communale dans le domaine du socio-sanitaire, alors que ce domaine est aujourd'hui principalement de compétence cantonale.

Parallèlement à cette évolution, le cadre législatif socio-sanitaire subit de nombreuses modifications. Ces dernières montrent une importante dynamique réformatrice dans le domaine évalué. Notons notamment trois projets de lois qui peuvent avoir une incidence sur le régime des CASS :

- un projet de loi sur *le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales (PL 9135)*, déposé le 3 décembre 2003 au Grand Conseil. Il a pour but de faciliter l'accès aux prestations sociales et de mieux tenir compte de la capacité économique des demandeurs. Ce projet définit un mode de calcul unique du revenu déterminant donnant droit à l'ensemble des prestations sociales cantonales. Il établit une hiérarchie des différentes prestations et un ordre dans lequel elles peuvent être demandées et attribuées. Il ne contient cependant aucune disposition d'ordre procédural ou organique ;
- Un projet de *loi sur la santé (K 3 05)*. Ce projet, actuellement à l'étude au sein du DASS, prévoit la mise en place d'une loi-cadre sur la santé. Partant du constat que la multitude de textes légaux qui régissent ce domaine est complexe et parfois source d'incohérences, ce projet vise à simplifier le cadre légal et à déterminer les lignes directrices et les axes sur lesquels la politique sanitaire cantonale doit s'appuyer. Il a comme particularité d'établir une distinction entre le domaine des soins et celui de la santé et d'énumérer les domaines actuellement prioritaires en matière de prévention et de promotion de la santé. Par ailleurs, dans une perspective de pilotage, il institue un Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'Etat et du DASS. Le Conseil de santé est chargé d'émettre des avis en matière de politique de la santé et en matière d'éthique, il est également compétent pour créer des commissions d'études sur des questions particulières liées à la santé.
- un projet de loi sur *la coordination de l'action sociale cantonale (PL 8482)*, déposé le 6 mars 2001. Ce projet propose une loi cadre très générale qui distingue les missions de l'Etat de celles des communes et qui délègue au Conseil d'Etat tout le domaine de l'organisation de l'aide sociale, de l'assistance publique et des soins à domicile. Ce texte ne traite cependant pas de l'ensemble des problématiques relevées par l'évaluation. L'analyse de la LCASS a en effet mis en évidence que la loi adoptée par le Grand Conseil doit régler plus de matière dès que des institutions

prestataires qui ne relèvent pas de l'administration centrale sont concernées (subordination hiérarchique).

3.2 Caractéristiques des recommandations

Les recommandations qui découlent de l'évaluation prennent en considération le contexte socio-politique et légal en mutation et en utilisent les potentiels. Elles sont d'ordre institutionnel et légal et sont présentées sous forme de pistes. Ces pistes sont au nombre de trois. La première (révision partielle de la loi) pourrait être une conséquence logique de l'évaluation ; la seconde (employeur unique) est la proposition avancée par le département de l'action sociale et de la santé ; quant à la troisième (régime transversal), elle découle des analyses réalisées. Il paraît évident qu'une étude de faisabilité, dont le département a souhaité différer la réalisation, devra en permettre l'approfondissement.

3.3 Des mesures opérationnelles incontournables

Mettre l'accent sur des réformes institutionnelles ne doit pas occulter la nécessité d'aborder également des réformes opérationnelles dont l'ancrage dépendra des options retenues. Il apparaît en effet indispensable, quelle que soit l'option institutionnelle retenue, de :

- créer un observatoire socio-sanitaire afin de remédier à l'absence d'évaluation des besoins et de suivi de leur évolution. Celui-ci devrait s'appuyer sur les structures et les ressources actuellement existantes auprès des acteurs impliqués dans le champ socio-sanitaire genevois ainsi qu'à l'Université de Genève ;
- améliorer l'efficacité de l'outil de suivi des dossiers et de coordination des actions autour des clients (DUI), pour s'assurer que cet outil est à la fois fonctionnel et utilisé. Les possibilités d'amélioration doivent être précédées d'une analyse juridique tenant compte des contraintes de la protection des données. Cette étude devrait également déterminer les conditions permettant aux services sociaux communaux d'avoir accès aux informations indispensables à la connaissance du tissu social communal pour mener leurs actions ;
- définir des outils de pilotage et un système d'information propre à l'ensemble des partenaires. Ceux-ci doivent permettre de s'assurer que les objectifs retenus ont été atteints ou en cas contraire de mettre en évidence les zones de dysfonctions. De tels systèmes doivent également permettre

des ajustements en fonction des résultats obtenus ou de l'évolution des besoins et problèmes ;

- renforcer l'information auprès du public aussi bien quant à l'existence des CASS que des prestations qui y sont offertes ;
- favoriser les canaux d'informations ascendantes et la coordination des informations données au personnel des CASS.

4. CONCLUSION

Conformément à l'article 4, alinéa 5, de la loi sur les centres d'action sociale et de santé du 21 septembre 2001 (K 1 07), le Conseil d'Etat communique, en annexe, l'intégralité du rapport d'évaluation, qui a été résumé par son auteur au chapitre 2 et du rapport de propositions et recommandations, qui a été résumé par son auteur au chapitre 3.

De l'avis du Conseil d'Etat, le rapport d'évaluation montre clairement :

- une difficulté d'adhésion des acteurs concernés, à la loi sur les centres d'action sociale et de santé ;
- une difficulté de collaboration entre les acteurs des domaines du social et de la santé et de la prise en considération de la trajectoire de vie des bénéficiaires ;
- un manque de clarification des missions respectives des institutions amenées à collaborer dans les centres ;
- une absence de répartition claire des compétences et des mécanismes de décisions, source de tensions multiples, voire de conflits ;
- un manque de définition de l'action sociale communautaire de proximité et du rôle des communes ;
- une clarification du rôle de l'Etat et des communes en matière d'accompagnement social, limitée au service social de la Ville de Genève ;
- une définition contestée de la fonction et des attributions des administrateurs des centres ;
- et donc une impossibilité pour la direction générale des CASS d'assurer le rôle de pilotage de la politique menée dans les CASS.

Les difficultés organisationnelles et les résistances mises en évidence dans les rapports précédents persistent après huit ans de mise en place des CASS. La recherche du sens de la réforme des CASS et le caractère inachevé de la loi sur les centres d'action sociale et de santé restent posés.

Le Conseil d'Etat considère que les modifications de la loi sur les centres d'action sociale et de santé imposent préalablement un certain nombre d'études.

En conséquence, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil :

- de définir le catalogue des prestations fournies dans tous les centres d'action sociale et de santé et celles spécifiques à certains centres ;
- de procéder à une étude visant à identifier les dossiers communs à l'aide sociale, à l'aide et aux soins à domicile dans les centres, leur nombre et la nature des prestations ;
- d'identifier les acteurs du réseau socio-sanitaire avec lesquels des collaborations seraient à renforcer, voire à délocaliser dans les centres ;
- de procéder à une évaluation des conséquences d'une mise en œuvre de la loi sur le revenu déterminant unique, sur l'organisation des centres ;
- d'évaluer la pertinence de maintenir les prestations financières d'assistance dans les centres ;
- d'évaluer la pertinence de regrouper dans une même institution l'accueil, l'aide et les soins à domicile et l'accompagnement social de proximité ;
- de procéder, avec les communes, à une définition claire de l'action sociale communale, en particulier de l'action sociale communautaire de proximité.

Pour l'immédiat et pour dissiper les incertitudes subsistant quant à la répartition des compétences décisionnelles et d'exécution entre les différents partenaires, et diminuer les sources de tensions, le Conseil d'Etat propose au Grand Conseil :

- de préciser la nature des collaborations de l'Hospice général avec les différents partenaires des centres et avec l'Etat, et pour lui le département de l'action sociale et de la santé ;
- un projet de loi pour transformer la Fondation des services d'aide et de soins à domicile, au bénéfice d'une subvention de 83 636 760 F pour 2004 (représentant env. 58 % de son budget), en une Fondation de droit public dans laquelle sera précisée la nature des collaborations de la

Fondation avec les différents partenaires des centres et avec l'Etat, et pour lui le département de l'action sociale et de la santé.

Enfin, le Conseil d'Etat procédera à une révision du règlement d'application de la loi sur les centres d'action sociale et de santé, selon les indications fournies dans le rapport de propositions et de recommandations.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Robert Cramer

Annexes :

Rapport d'évaluation des effets de la loi sur les centres d'action sociale et de santé

Rapport de propositions et de recommandations



Evaluation des effets de la loi sur les CASS

Rapport final

Mai 2004

*Prof. Katia Horber-Papazian
Lea Brunner, collaboratrice scientifique
Ralph Thomas, collaborateur scientifique
Riccarda Schaller, assistante*

Evaluation des effets de la loi sur les CASS

Résumé

Contexte et objet de l'évaluation

Le 21 septembre 2001, la loi K 107 sur les centres d'action sociale et de santé est votée par le Grand Conseil genevois. Sa mise en œuvre, débutée le 1^{er} janvier 2002, résulte d'un long processus de développement de la politique socio-sanitaire du canton de Genève, initié en 1985, par l'initiative populaire « soins à domicile ».

Deux ans et demi après la mise en œuvre de la LCASS, l'évaluation de celle-ci, prévue par la loi, a pour but « *de mettre en parallèle les objectifs de la politique publique poursuivis par le législateur et leur application sur le terrain, afin de pouvoir, le cas échéant mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements* ».

Pour répondre à cet objectif, une analyse de contenu et une analyse juridique des documents ont été réalisées tandis que 360 acteurs de la mise en œuvre de la LCASS ont été rencontrés lors d'entretiens semi-directifs et d'entretiens de groupe.

La réponse aux quatre questions autour desquelles l'évaluation a été construite est présentée au chapitre 6.

Le peu de recul existant entre l'entrée en vigueur de la loi et cette première évaluation ne permet en aucun cas de se prononcer sur l'efficacité et l'efficience opérationnelles ou politiques de mesures organisationnelles qui, pour certaines, sont encore en cours de mise en œuvre et qui n'ont, par là, pas déployé d'effets. Par ailleurs, l'évaluation menée ne tient pas compte de l'avis des bénéficiaires des CASS. Cette question a fait l'objet d'une étude¹ menée en parallèle, sous la responsabilité de la DGCASS.

Principaux enseignements

- **Plusieurs remaniements législatifs pour un problème non résolu : la répartition des compétences**

Le cadre législatif des centres d'action sociale et de la santé a fait l'objet de deux révisions en 1996 et 2001 et de trois rapports du Conseil d'Etat au Grand Conseil en 1996, 1999 et 2000.

De fait, une grande partie de ces interventions a visé les mêmes objectifs : clarifier la répartition des rôles et des compétences entre les différents acteurs et permettre le remaniement des instances de mise en œuvre, de sorte à favoriser la définition des modalités de collaboration et de coordination entre partenaires.

Malgré les nombreux groupes de travail et mandats attribués pour clarifier la question de la répartition des tâches et des rôles nouvellement définis dans le cadre de la mise en œuvre de la

¹ Etude de notoriété, d'image et de satisfaction de l'aide à domicile et des CASS, décembre 2003.

loi (DGCASS, administrateurs, secrétaires-réceptionnistes), force est de constater au terme de cette évaluation, que le problème n'est toujours pas résolu.

Il existe à ce jour un très grand flou quant à la répartition des compétences décisionnelles et d'exécution entre les différents partenaires.

L'absence de répartition claire des tâches est source de multiples tensions, voire de conflits, chacun suspectant l'autre, soit de vouloir se soustraire à ses obligations, soit d'outrepasser son pouvoir au nom de la maximalisation de sa marge de manœuvre.

Par ailleurs, les lois en vigueur ne contiennent pas de définition systématisée des missions respectives des acteurs qui sont amenés à collaborer dans le cadre des CASS. Il s'agit-là d'une lacune qui peut être à même d'expliquer – en partie – les difficultés relevées en pratique en termes de coordination et de collaboration. Avant de coordonner les activités des différentes institutions amenées à travailler en partenariat dans les CASS, il aurait été souhaitable que le législateur définisse clairement les missions de chacune de ces institutions. Une définition plus détaillée des compétences et des mécanismes décisionnels aurait, en effet, évité que les dispositions de la loi soient contredites ou relativisées par les dispositions d'exécution adoptées ultérieurement.

Moins touché par la réforme de 2001, le personnel de la FSASD assimile encore la fusion de 1999. Ceci explique pourquoi un nombre important d'acteurs de cette institution se sent moins concerné par les changements introduits par la LCASS. Certains les ont même découverts grâce à cette évaluation.

- **Une multitude de structures pour une coordination difficile à instaurer**

Si de nombreuses structures ont été créées ou remaniées par la LCASS dans le but de renforcer la coordination entre les partenaires et au sein des CASS, il apparaît qu'à l'heure actuelle, les principaux outils de coordination et de prise en compte des besoins de la population ne permettent pas d'atteindre les objectifs escomptés.

La Commission cantonale ne joue par le rôle de force de proposition attendu d'elle. Le comité de la DGCASS est principalement un espace d'information ; ses réunions sont suivies avec peu d'assiduité par ses membres. Ce phénomène peut s'expliquer en partie par le fait que les membres du comité ne disposent pas d'un droit d'initiative qui leur permette de porter des objets à l'ordre du jour du comité.

Les conseils de coordination et les comités de gestion ne sont, quant à eux, pour la plupart, pas encore totalement opérationnels.

Ainsi, si les espaces de coordination sont nombreux entre les représentants des différents partenaires, la portée de cette coordination est faible. Les décisions, si décision il y a, n'ont pas de portée contraignante. La multiplication des structures de coordination résultant des règlements de niveau inférieur au Règlement d'application de la LCASS, adoptés ultérieurement, a pour effet d'introduire des ambiguïtés dans la répartition des compétences et de diluer les pouvoirs de décision. Ces ambiguïtés sont autant d'obstacles à l'efficacité de la coordination.

S'il est évident qu'au sein de chacune des institutions, des séances de coordination ont lieu, force est de constater qu'entre les différentes unités des CASS aucune coordination formalisée n'existe si ce n'est pour des questions de locaux. Si, au cours des entretiens, personne n'a remis en cause le bien fondé d'une coordination et d'une collaboration entre la santé et le social il ressort cependant que les réseaux de collaboration et de coordination des partenaires

dépassent largement le cercle des acteurs dont la LCASS vise à renforcer tout particulièrement la coordination.

Enfin, l'un des objectifs de la LCASS était de renforcer la coordination des actions au niveau communal entre les services sociaux communaux et les unités des CASS, entre autres par le partage de mêmes locaux. Cet objectif n'est atteint que dans de très rares exceptions. La coordination, lorsqu'elle existe entre autorités communales et CASS, est plus le fait, à l'exception de la Ville de Genève, de volontés individuelles que de projets communs.

- **Une distinction entre action sociale individuelle et action sociale communautaire incomprise, voire contestée**

La LCASS introduit une distinction entre action sociale individuelle et action sociale communautaire en attribuant aux communes une compétence prioritaire en matière d'action sociale communautaire de proximité, l'action sociale individuelle étant prioritairement attribuée à l'Hospice général. Ces notions ne sont pas définies plus avant dans les textes légaux et réglementaires en vigueur.

Dans la pratique, il apparaît que la distinction entre prestations individuelles et communautaires est incomprise voire contestée. D'une part, parce qu'il paraît difficile de mener une action de proximité sans connaître les problèmes individuels. D'autre part, parce que, de nombreux magistrats communaux considèrent cette différenciation comme artificielle et sont déterminés à conserver une tâche pour laquelle ils estiment avoir de réelles compétences. De ce fait, la répartition des tâches souhaitée entre l'Hospice et les communes n'est formellement réalisée qu'en Ville de Genève. Certaines communes continuent à mener des actions d'aide individuelle et la plupart apporte un appui financier aux personnes qui n'entrent pas dans les barèmes de l'Etat.

Par ailleurs, si peu d'actions communautaires ont été mises en place sous l'égide de la LCASS, relevons que, pour les élus communaux, il ne semble pas évident de dissocier les actions entreprises dans le cadre de la LCASS de celles menées sous l'égide de la FAS'e. Cette difficulté est d'autant plus grande que les lois en vigueur ne définissent pas clairement les notions et les compétences permettant l'articulation entre le domaine régi par la LCASS et le champ d'action du ressort de la FAS'e.

- **Un système d'information à plusieurs vitesses**

Un effort conséquent a été consenti pour assurer l'information du personnel des CASS aussi bien par la DGCASS que par les institutions. Ceci pose la question de la coordination de ces informations, jugées le plus souvent redondantes et sans contenu stratégique. Par ailleurs, au niveau des CASS, l'information inter-unités est faible. Le DUI, outil de suivi des dossiers, est à ce jour peu ou pas utilisé par les collaborateurs des CASS, du fait de ses nombreux dysfonctionnements.

De leur côté, les acteurs communaux regrettent qu'au nom de la protection des données, ils ne puissent pas obtenir des informations sur les habitants en difficulté de leur commune, informations indispensables pour définir une politique sociale communale. Par ailleurs, la LCASS ne contient elle-même aucune prescription au sujet du traitement et de la communication des informations sensibles contenues dans les dossiers à partager.

Enfin, les lacunes d'information à la population sont très souvent mentionnées. Dans ce sens, beaucoup estiment que l'existence des CASS et de leurs prestations est encore méconnue.

- **Un pilotage des actions inexistant**

Aucun outil de suivi et de pilotage des décisions et des actions n'a été mis en place. Il apparaît aujourd'hui que la DGCASS, quatrième employeur nouvellement introduit par la LCASS, chargée d'assurer le pilotage de la politique menée dans les CASS est totalement démunie pour assumer ce rôle, faute de moyens formalisés et d'accès direct à l'information. Elle est en effet totalement tributaire du bon vouloir des différents partenaires, les flux et compétences en matière d'information et d'exécution n'étant pas réglés formellement dans la loi et son règlement d'application.

- **Des objectifs considérés comme non atteints**

Si l'objectif premier « assurer un service de proximité » est défini comme décentraliser l'action socio-sanitaire, la création des 22 CASS, préexistant à la LCASS, permet d'affirmer que cet objectif est atteint. Si, par contre, il est défini comme : « aller au devant de la population et de ses besoins ; définir et mettre en œuvre des projets de prévention et s'adapter à l'émergence de nouveaux besoins », beaucoup estiment que faute de moyens et de conception convergente de l'action, cet objectif n'est que très partiellement atteint.

Pour le législateur il appartenait aux CASS d'être des « relais » de la politique socio-sanitaire genevoise. Beaucoup s'interrogent sur ce rôle, relevant que la politique socio-sanitaire englobe un champ d'acteurs beaucoup plus vaste que celui de l'Hospice et la FSASD.

Il était attendu de la LCASS qu'elle permette « d'harmoniser » les prestations sociales. Cet objectif est considéré également comme non atteint. Deux facteurs explicatifs sont avancés. Le premier a trait à la diversité des options prises en matière de politique socio-sanitaire par les autorités communales. Le second est relatif à la charge de travail de chacun des intervenants, inégale entre les CASS ; ce qui peut avoir des conséquences sur le temps à disposition pour les dossiers traités et par là, sur la qualité de l'offre des prestations.

Enfin, si tous les acteurs s'accordent à dire que l'être humain doit être au centre du dispositif, certains regrettent que cet objectif soit parfois occulté au profit d'une dispersion des énergies dans des conflits de pouvoir ou dans des réorganisations administratives non fondées.

- **Une absence de référence commune**

Il n'existe pas à l'heure actuelle de définition commune des missions poursuivies par la LCASS. Il est par ailleurs intéressant de relever que beaucoup d'interlocuteurs ont des difficultés à différencier les objectifs de la loi. Ensuite et surtout, il est important de souligner la grande variété de réponses apportées à la définition de ces objectifs. Ceci démontre une absence de référence commune entre les partenaires.

- **Une réforme à la recherche de sens**

Pour parvenir à un régime opérationnel et cohérent, une adhésion autour du projet des réformes est indispensable. Celle-ci était absente au moment de la définition de la LCASS. Dans ce contexte, et face à la complexité du système, les instances et les réunions de coordination se sont multipliées pour tenter de trouver une approche, des actions et un langage communs à l'ensemble des partenaires. Le pari aurait pu être gagné s'il y avait eu un consensus sur l'objectif poursuivi et la définition des problèmes à résoudre. Cela n'a jamais été le cas.

- **Une loi à mi-chemin de ce qu'elle aurait pu être**

La LCASS est restée à mi-chemin de ce qu'elle pourrait et devrait régler. Comme le montrent les exemples de législation de coordination des procédures administratives complexes, l'instauration d'un régime de coordination suppose en effet tout d'abord de définir clairement les missions et tâches des acteurs concernés puis de localiser clairement le pouvoir de décision, respectivement d'arbitrage entre décisions. Cette localisation doit être opérée autant que possible au niveau de la loi, ne serait-ce que pour assurer le caractère obligatoire de ces décisions pour tous les intéressés - on pensera à ce sujet en particulier aux décisions budgétaires et plus généralement aux flux d'informations aux fins de décision, de surveillance et d'exécution. Ceci n'a pas été fait pour le régime de la LCASS.

Enfin, l'ensemble du régime des CASS fait l'objet d'un foisonnement réglementaire important. La nature juridique des règlements d'organisation de niveau inférieur au Règlement d'application adoptés par le Président de la Commission cantonale, est matière à interrogation, dès lors que l'organe qui les a adoptés n'a en réalité pas de compétence normative contraignante, selon la LCASS et son Règlement d'application.

Table des matières

Liste des abréviations	5
1 INTRODUCTION	6
1.1 Le mandat d'évaluation	6
1.2 Méthodes d'investigation	7
1.3 Déroulement de l'évaluation	8
2 LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA LCASS	10
2.1 Le processus de mise en place de la LCASS	10
L'évaluation de la loi sur l'aide à domicile	10
L'affirmation des CASS	11
Les objectifs de la LCASS	11
2.2 Les modifications introduites par la LCASS	12
L'institutionnalisation des CASS	12
La nouvelle répartition des compétences entre Etat et communes : une redistribution entre action sociale individuelle et action sociale communautaire de proximité	12
Le remaniement de la Commission cantonale de l'aide à domicile (CCAD)	12
La création de la Direction générale des CASS (DGCASS)	13
Le Comité de gestion de la DGCASS (CG-DGCASS)	13
La nomination d'administrateurs de CASS	14
Les Comités de gestion des CASS	14
Les Conseils de coordination des CASS	15
Les Comités des locaux	15
La création d'un nouveau service d'accueil	16
La structure matricielle de la nouvelle organisation	16
2.3 Synthèse	17
3 LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI	18
3.1 Le rôle des organes consultatifs	18
La Commission cantonale des CASS	18
Le Comité de gestion de la DGCASS	19
Le Comité des locaux de la DGCASS	20
Les comités des locaux des CASS	20
3.2 Les actions et les projets mis en place	21
L'engagement des administrateurs	21
Le transfert de l'accueil à la DGCASS	21
L'action sociale communautaire de proximité, l'action sociale individuelle	22
Les conseils et comités des CASS	23
Le budget décentralisé des CASS	24
La communication	25
La formation continue	26
L'informatique sociale	27
Les autres projets	27

3.3 Synthèse	30
4 LA MISE EN ŒUVRE DE LA LCASS DANS LES CASS	31
4.1 La couverture du territoire	31
4.2 Les missions et l'organisation des CASS	32
4.3 L'évolution des postes et des dossiers	33
4.4 L'action sociale communautaire	35
En Ville de Genève	35
Dans les autres communes	36
4.5 Synthèse	38
5 LA PERCEPTION DES ACTEURS	39
5.1 La perception des acteurs sur les rôles introduits par la LCASS	39
Les administrateurs	39
Les secrétaires-réceptionnistes	40
Les assistants sociaux de l'Hospice général	41
5.2 La perception de l'information, de la collaboration, de la coordination et des espaces de décision	42
L'information	42
La collaboration	43
La coordination	44
Les lieux de décision	44
5.3 La perception des objectifs centraux de la LCASS	46
Etre un relais	46
Harmoniser les prestations	46
Assurer un service de proximité	47
5.4 La perception de la réponse aux besoins de la population	47
5.5 Synthèse	49
6 CONCLUSIONS	50
6.1 La réponse aux questions d'évaluation	50
6.2 Un regard juridique sur la répartition des compétences	53
6.3 Remarques finales	55

ANNEXES	56
Annexe 1 : Les indicateurs	57
Annexe 2 : Les principaux documents consultés	58
Annexe 3 : Grille de questions des entretiens semi-directifs	61
Annexe 4 : Grille de questions des entretiens de groupe	63
Annexe 5 : Remaniements législatifs : objectifs, difficultés et modes de résolution	64
Annexe 6 : L'organigramme de la structure actuelle	66
Annexe 7: Principaux thèmes abordés par la Commission cantonale des CASS	67
Annexe 8 : Principaux thèmes abordés par le comité de gestion DGCASS	68
Annexe 9 : Principaux thèmes abordés par le Comité des locaux de la DGCASS en 2003	70
Annexe 10 : Indications CASS par CASS	71
Annexe 11 : Statuts de la FAS'e	85
Annexe 12 : Les espaces de coordination dans les CASS	87
Annexe 13 : L'analyse des textes normatifs	88

Liste des abréviations

ACG	Association des Communes Genevoises
AGAD	Association Genevoise d'Aide à Domicile
APADO	Association pour l'Aide à domicile
AS	Assistant social
ASA	Assistante administrative
BIS	Bureau d'Information Sociale (dossiers non financiers)
CASS	Centre d'action sociale et de santé
CC-CASS	Commission cantonale des CASS
CG-DGCASS	Comité de gestion de la DGCASS
CIUS	Coïloque inter-unités de service
DASS	Département de l'action sociale et de la santé
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGCASS	Direction générale des CASS
DUI	Dossier unique informatisé (HG et FSASD)
FAS'e	Fondation genevoise pour l'animation socio-culturelle
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
HG	Hospice général
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
LAD	Ligne d'accueil des demandes
LADom	Loi sur l'aide à domicile
LAP	Loi sur l'assistance publique
SIS	Service d'informatique sociale
SMI	Santé maternelle et infantile
SSVG	Service social de la ville de Genève
UAS	Unité action sociale individuelle
UASD	Unité d'aide sociale à domicile
UASC	Unité action sociale et communautaire

1 Introduction

1.1 Le mandat d'évaluation

Le cadre de l'évaluation

En 1992, la loi sur l'aide à domicile² est votée par le Grand Conseil genevois. Cette loi, préalablement approuvée par le peuple en février de la même année, institue une nouvelle répartition des compétences entre les acteurs du système de soins du Canton en transférant de manière progressive certaines prestations hospitalières vers le domiciliaire afin, notamment, de pallier à la croissance des coûts du secteur hospitalier.

Depuis, la loi sur l'aide à domicile a subi diverses modifications, la dernière étant le vote au 21 septembre 2001, de la loi sur les centres d'action sociale et de santé (LCASS).

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, cette loi, dont l'évaluation est prévue tous les trois ans, a pour objectifs :

- d'organiser par secteur l'aide sociale et l'aide et les soins à domicile,
- de régler la répartition des tâches entre Etat et communes ainsi qu'entre services publics et privés
- de définir la composition et les compétences des différents organes chargés de l'application de la loi.

L'objectif central fixé aux CASS est ainsi de renforcer la complémentarité et la coordination de l'ensemble des acteurs du réseau socio-sanitaire, afin de permettre aux différentes unités présentes dans les CASS de répondre, par un travail de proximité, aux besoins de la population cible.

L'objet d'évaluation

En mai 2003, le Président du DASS, Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-François Unger, a souhaité qu'une évaluation soit menée afin de « *mettre en parallèle les objectifs de politique publique poursuivis par le législateur et leur application sur le terrain pour pouvoir, le cas échéant, mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements* ». Le mandat d'évaluation a été attribué à une équipe de l'unité de politiques locales et d'évaluation des politiques publiques de l'Idheap, placée sous la responsabilité du professeur Katia Horber-Papazian. L'équipe a été composée d'une spécialiste en communication, Lea Brunner, d'une politologue, Riccarda Schaller et d'un psychologue du travail, Ralph Thomas. Tout au long de ces travaux, l'équipe a bénéficié de l'appui de deux juristes, le professeur Pierre-Louis Manfredi et Me Nicolas Wisard.

Les questions d'évaluation

En accord avec le mandat, l'évaluation a été construite autour des six questions suivantes :

1. Quelle a été, depuis la dernière évaluation de mars 2000, l'évolution des projets et actions menés dans le cadre de la politique du développement d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile ?
2. Quels sont le rôle, la place et le mode de coordination de chacune des autorités, instances et structures dans la définition et la mise en œuvre de cette politique ?
3. Les CASS ont-ils atteint les objectifs qui leur ont été fixés par la loi et le programme de législature, soit :

² Loi sur l'aide à domicile du 16 février 1992, K105

- être des relais de la politique sociale et sanitaire ;
- assurer un service de proximité à la population ;
- harmoniser et coordonner les prestations sociales et sanitaires

en plaçant l'individu au cœur du dispositif ?

4. La répartition des compétences et les structures permettent-elles d'atteindre les objectifs en termes de complémentarité entre professions, acteurs publics, acteurs publics et privés et de prise en compte des besoins de la population concernée ?
5. Les outils d'information, de communication et de suivi des projets permettent-ils de piloter les actions et de les ajuster en cas de dysfonctionnement ?

Pour saisir chacune des dimensions des questions centrales de l'évaluation, des indicateurs ont été définis. Ils sont présentés en annexe 1.

Les limites de l'évaluation

En accord avec le mandant, l'évaluation ne traite pas l'effet de substitution entre d'une part, le domiciliaire et d'autre part, l'hébergement hospitalier. Elle n'aborde également pas la question des prestations offertes par les structures intermédiaires que sont les immeubles avec encadrement social et les foyers de jour, comme elle n'évalue pas l'organisation interne des institutions.

Par ailleurs l'évaluation menée ne tient pas compte de l'avis des bénéficiaires des CASS. Cette question a fait l'objet d'une étude menée en parallèle sous la direction de la DGCASS³.

Le peu de recul existant entre l'entrée en vigueur de la loi et cette première évaluation ne permet en aucun cas de se prononcer sur l'efficacité et l'efficience opérationnelles ou politiques de mesures organisationnelles qui, pour certaines, sont encore en cours de mise en œuvre et qui n'ont, par là, pas déployé d'effets. Dans ce contexte, la présente évaluation vise d'une part à déterminer si les objectifs de clarification des rôles et compétences ainsi que ceux de coordination et d'harmonisation des prestations sociales visés par la loi ont été atteints. D'autre part, elle doit mettre en évidence la perception des principaux acteurs sur les modifications apportées par la loi.

1.2 Méthodes d'investigation

• Analyse de documents

Plusieurs types de documents : textes de lois, arrêtés, règlements, cahiers des charges, rapports (du Conseil d'Etat, interne, de gestion, d'évaluation etc.), procès-verbaux des divers organes et courriers échangés entre les partenaires ont fait l'objet d'une analyse de contenu. De plus, une lecture des textes juridiques a été réalisée en application des principes généraux d'interprétation du droit public. Cette analyse a permis de vérifier la lisibilité et la cohérence des textes à la fois quant à leur structure propre et quant à leurs rapports réciproques. Les principaux documents analysés sont répertoriés en annexe 2.

• Entretiens

Deux types d'entretiens ont été menés tout au long de l'évaluation, des entretiens individuels semi-directifs et des entretiens de groupes.

³ Etude de notoriété, d'image et de satisfaction de l'aide à domicile et des CASS, décembre 2003.

> Entretiens semi-directifs

Trente-sept entretiens semi-directifs se sont déroulés entre octobre 2003 et février 2004 auprès de députés au Grand Conseil, de représentants de la CC-CASS, des directions des institutions, des HUG du DASS ainsi que des treize administrateurs de CASS.

Ces entretiens d'une durée de 45 minutes à deux heures environ, basés sur une grille d'entretien reproduite en annexe 3, devaient permettre de saisir la perception de ces acteurs quant aux modifications apportées par la loi et à ses incidences sur la répartition des tâches et le mode de fonctionnement des CASS.

> Entretiens de groupe

Face au nombre important d'acteurs impliqués dans la politique évaluée et pour donner la possibilité au plus grand nombre de s'exprimer, 53 entretiens de groupe ont été organisés de sorte à permettre à 323 personnes ayant un domaine de compétence identique de se prononcer sur les questions centrales de l'évaluation à partir d'une grille d'entretien reproduite en annexe 4. Ces entretiens de groupes ont duré de 1 à 2 heures et ont réuni de 2 à 12 personnes.

Pour chacun des 20 CASS, des entretiens de groupe ont été organisés avec une délégation de l'unité aide et soins à domicile de la FSASD et avec des représentants de l'unité de l'aide sociale individuelle de l'Hospice. Des entretiens de groupe par profession ont également été organisés avec les assistants administratifs (FSASD et Hospice), les responsables d'équipes, les chargés d'évaluation ainsi que des secrétaires-réceptionnistes (anciennes et nouvelles). Enfin, de tels entretiens ont également été réalisés en dehors des CASS avec des Conseillers administratifs communaux en charge des affaires sociales, les responsables du service social de la Ville de Genève, les chefs de secteurs de l'Hospice et les directeurs de secteurs de la FSASD ainsi que des représentants des syndicats et du personnel.

• Participation à des réunions de travail

Parallèlement à l'évaluation, un groupe de travail composé de représentants des différents partenaires s'est réuni à plusieurs reprises pour réfléchir à l'évolution possible des structures faïtières des CASS et faire un premier bilan de la mise en œuvre de la loi. La responsable de l'équipe d'évaluation a été autorisée à participer à ces rencontres en qualité d'auditrice.

1.3 Déroulement de l'évaluation

Difficultés de l'évaluation

L'évaluation s'est déroulée parallèlement à un débat politique et à une concertation largement ouverts sur la nécessité de modifier la loi et sur le sens à donner à cette modification à travers la création d'un employeur unique. Ce débat, surtout parce qu'il était basé sur les analyses des représentants des diverses institutions concernées et alimenté par le Président du DASS, pouvait créer un biais et un climat de suspicion importants au sujet d'une évaluation menée pour répondre à des questions dont il semblait que la réponse avait déjà été trouvée. La question du statut de l'évaluation était ainsi posée. Était-elle là pour valider les pistes avancées et surtout les légitimer? La réponse à cette question est évidemment négative. La déontologie dont l'équipe se réclame ne lui permet en aucun cas d'entrer dans un tel rôle. Ceci ne le lui ayant jamais été demandé et toutes les garanties d'indépendance lui ayant été fournies, l'équipe a inscrit ses travaux sur le terrain qui est le sien, soit l'analyse rigoureuse des faits. Les recommandations basées sur les résultats de ses analyses font l'objet d'un second rapport.

Suivi de l'évaluation

Les questions d'évaluation ont été proposées par le Président du DASS et la méthodologie adoptée, approuvée par lui.

L'accès aux nombreuses sources d'information écrite a été rendu possible grâce à l'appui de la directrice des CASS, Madame Nicole Fichter qui a par ailleurs assuré, au nom du DASS, le suivi du déroulement de l'évaluation. L'organisation des nombreux entretiens de groupe a été grandement facilitée par les administrateurs des CASS, l'Hospice général, la FSASD, l'Association des communes genevoises et la DGCASS.

Nous tenons ici à remercier très chaleureusement toutes celles et tous ceux⁴ qui nous ont appuyés dans cette démarche et nous ont accordé du temps pour partager leurs motivations, leurs difficultés et surtout leur désir de mener une action efficace auprès de la population.

Structure du rapport

Ce rapport est composé de cinq parties :

La première présente les modifications apportées par la loi en terme de répartition des tâches et de réorganisation institutionnelle (chapitre 2).

La seconde inventorie les différents projets et actions mis en œuvre par les partenaires dans le cadre de la LCASS (chapitre 3).

La troisième décrit la mise en œuvre de la LCASS dans les CASS (chapitre 4).

La quatrième met en évidence la perception des différents acteurs sur les effets de la loi (chapitre 5).

La cinquième est consacrée à la réponse aux questions d'évaluation et à la présentation d'un regard juridique sur la répartition des compétences (chapitre 6).

⁴ Cette formulation tant féminine que masculine n'a pas été utilisée systématiquement dans ce rapport. Afin de ne pas alourdir le texte, nous avons renoncé à une rédaction systématiquement épiciène. Toutefois, chaque fois que cela se justifie, un terme écrit au masculin s'entend aussi au féminin et vice et versa.

2 Les modifications apportées par la LCASS

2.1 Le processus de mise en place de la LCASS

Le 21 septembre 2001, la loi K 107 sur les centres d'action sociale et de santé est votée par le Grand Conseil genevois. Sa mise en œuvre débutée le 1^{er} janvier 2002 résulte du long processus de développement par les autorités de la politique socio-sanitaire du canton de Genève, initié en 1985, par l'initiative populaire « soins à domicile ».

Depuis 1992, date du vote de la première loi sur l'aide à domicile, le cadre législatif des centres d'action sociale et de santé a fait l'objet de plusieurs révisions. La première, le 5.12.1996, date à laquelle la loi sur l'aide à domicile K 12 devient la K 105. La deuxième, le 6 septembre 2001 lors du vote de la LCASS (K107). Par ailleurs, trois rapports relatifs à la mise en œuvre de la politique des centres d'action sociale et de santé ont été présentés par le Conseil d'Etat au Grand Conseil. Deux d'entre eux se sont appuyés sur des évaluations menées par des instances externes au DASS, en 1998 et 2000. Ils ont permis d'une part, de valider le travail réalisé par les centres d'action sociale et de santé et d'établir les bilans nécessaires à l'adoption par le Grand Conseil, des budgets quadriennaux finançant l'aide à domicile ; d'autre part, de déceler les modifications nécessaires à une meilleure adéquation des CASS aux objectifs poursuivis soit : le transfert des soins hospitaliers vers le domiciliaire ainsi qu'un travail coordonné entre les différents acteurs socio-sanitaires présents dans les CASS.

Tableau 1 : Les modifications de la loi sur l'aide à domicile

Années	85	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04
			1 ^{er} programme quadriennal				2 ^e programme quadriennal				3 ^e programme quadriennal			
								Évaluation I		Évaluation II			Évaluation III	

Initialiative populaire « soins à domicile »
Adoption de la LADom -K12- (16.2.1992)
Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le premier programme quadriennal (27.8.1996)
Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le 2^{ème} programme quadriennal (18.11.1998)
Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil (6.9.2000)

Règlements d'application et arrêté de mise en œuvre de la LCASS :
Règlement d'application LCASS (31.10.01)
Arrêté du DASS relatif à la mise en œuvre de la LCASS (14.1.02)
Règlement de la CC-CASS (7.3.02)
Règlement Comité de gestion DGCASS (18.4.02)
Règlement Comités de gestion CASS (27.2.03)
Règlement Conseils de coordination CASS (27.2.03)

Modification de la LADom -K12- qui devient la K 105 (5.12.1996) Adoption de la LCASS -K107- Modification de la LADom -K105- Modification de la LAP -J 405 - (21.9.2001)

L'évaluation de la loi sur l'aide à domicile

Lors de l'évaluation de la loi sur l'aide à domicile, réalisée en mars 2000 par le bureau Orès Conseil, plusieurs difficultés de mise en œuvre avaient été relevées. Présentées en septembre 2000 par le Conseil d'Etat dans son rapport au Grand Conseil, elles concernaient les domaines suivants:

1. La répartition de l'action sociale entre Etat et communes ;
2. L'intégration des activités d'aide, de soins et d'action sociale, principalement dans le domaine des prestations aux personnes âgées et aux personnes atteintes dans leur santé mentale ;
3. Les locaux et leur intendance ;
4. Le fonctionnement de l'unité de service d'accueil et de secrétariat social ainsi que le guichet unique ;
5. L'adaptation des compétences des professionnels de la FSASD et l'augmentation des prestations de soins de base (principalement aides familiales) ;
6. Les interférences entre instances dirigeantes dans les CASS et la Commission cantonale ;
7. Les compétences respectives entre Comité de direction de l'aide à domicile et les services employeurs ;
8. Le rôle et les compétences attribués à la fonction de coordinateur ;
9. La décentralisation dans les CASS de moyens et d'actions en raison de la difficulté de la centralisation de la politique générale ;
10. Les moyens d'actions des commissions consultatives des CASS ;
11. Les mesures visant à privilégier la visibilité des prestations plutôt que les services qui les emploient ;
12. Le programme d'informatisation des CASS ;
13. La difficulté des collaborateurs FSASD face aux réformes de passer de la cohabitation à la collaboration ;
14. Les missions partagées entre l'Etat et les communes relatives à l'action sociale.

Les difficultés signalées, qui dans l'ensemble portaient sur l'inadéquation des structures faïtières et opérationnelles des CASS ainsi que sur une absence de répartition claire des compétences entre Etat et communes dans le domaine de l'action sociale, ont donné lieu aux remaniements suivants :

1. Le vote d'une nouvelle loi : la LCASS (K107),
2. La modification de la loi sur l'assistance publique (J405),
3. La révision de la loi sur l'aide à domicile (K 105).

Ces modifications devaient permettre notamment, de mieux définir les compétences et la composition de la Commission cantonale de l'aide à domicile, de repenser l'organisation des CASS afin de renforcer la collaboration entre les services, d'attribuer à des acteurs différents l'action sociale individuelle et l'action sociale collective, tout en poursuivant la mission de proximité des CASS.

L'affirmation des CASS

Jusqu'au vote de la LCASS, les centres d'action sociale et de santé, anciennement les centres médico-sociaux, dont les premiers datent de 1965, étaient régis par deux lois. D'une part, la loi sur l'aide à domicile, dont la principale mission était de définir l'organisation par secteur et le financement des services privés d'aide et de soins à domicile, d'autre part, la loi sur l'assistance publique définissant les compétences de l'Hospice général dans le domaine de l'action sociale. De fait, et bien que les CASS aient été introduits dans la LADom⁵ lors des modifications législatives de 1996, aucune loi ne leur était consacrée. Le vote de la LCASS par le Grand Conseil genevois, représente donc un changement significatif dans le développement du cadre législatif des CASS, puisqu'il les met au centre de l'action de proximité avec une double vocation, à la fois sociale et sanitaire.

Les objectifs de la LCASS

La LCASS intègre dans un même texte législatif la dimension à la fois sociale et sanitaire des centres, renforce l'assise des CASS, augmente leur visibilité tout en tentant de résoudre les problèmes non résolus par les précédentes législations.

Ainsi, si en 1996, le premier rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil faisait état d'une inadéquation du fonctionnement de la Commission cantonale de l'aide à domicile, trop impliquée dans les tâches opérationnelles, et d'un manque de collaboration entre les différents acteurs, le bilan dressé en 2000 reste très similaire. S'y ajoutent des questions liées au fonctionnement du comité de direction de l'aide à domicile, ainsi qu'une difficulté de coordination et de répartition des prestations sociales offertes par les communes et l'Hospice général. De fait, une grande part des actions menées depuis 1992, a visé le même objectif : le

⁵ Loi sur l'aide à domicile

remaniement des instances de mise en œuvre et la définition de modalités de collaboration et de coordination entre partenaires dont la mise en place semble difficile à réaliser.

2.2 Les modifications introduites par la LCASS

La LCASS et les différents actes juridiques qui l'ont concrétisée⁶ ont modifié de manière sensible l'organisation des CASS. De nouvelles structures ont été mises en place, d'autres ont été remaniées tandis que certaines fonctions ou compétences ont été redessinées. Ces changements, présentés ici de manière succincte, ont apporté un nouveau cadre à la mise en œuvre du troisième programme quadriennal des CASS.

L'institutionnalisation des CASS

Bien que les différentes unités des CASS aient préexisté à la loi, la LCASS dote formellement les centres d'un service d'accueil et de trois unités :

- Un service d'accueil sous la responsabilité de la DGCASS ;
- Une unité d'aide et soins à domicile sous la responsabilité de la FSASD ;
- Une unité d'action sociale individuelle sous la responsabilité prioritaire de l'Hospice général ;
- Une unité d'action sociale communautaire de proximité, assurée en priorité par le personnel des communes.

La nouvelle répartition des compétences entre Etat et communes : une redistribution entre action sociale individuelle et action sociale communautaire de proximité

Dotées d'une compétence unique en matière de locaux qui leur est attribuée par la loi sur l'aide à domicile, les communes voient leur champ de compétences s'élargir, tout du moins se redéfinir avec la LCASS. A ainsi, en plus de la mise à disposition et de l'entretien gratuit des locaux et du mobilier des CASS, domaine pour lequel elles peuvent bénéficier de subventions cantonales, la nouvelle loi, afin de clarifier les rôles respectifs de l'Hospice général et des communes en matière d'action sociale, répartit les tâches de la manière suivante : elle attribue « en priorité » à l'Hospice les prestations sociales individuelles et financières afin de « garantir l'égalité de traitement de tous les habitants, quelle que soit leur commune d'origine ». Il revient alors aux communes, de s'occuper « en priorité » de l'action communautaire de proximité.

Il est à noter que bien que la loi institue une nouvelle répartition des compétences, elle ne donne pas de définition de l'action communautaire que les communes sont appelées à mener.

Le remaniement de la Commission cantonale de l'aide à domicile (CCAD)

Instance de proposition et de préavis, nommée par le Conseil d'Etat et présidée par le Conseiller d'Etat en charge du DASS, la Commission cantonale de l'aide à domicile devient dans la LCASS, la Commission cantonale des CASS. Sa composition est remaniée afin principalement, d'en faire un organe plus stratégique, moins attaché à des problématiques organisationnelles et capable d'échafauder une politique des CASS au lieu « d'avaliser des initiatives prises ailleurs⁷ ». Elle acquiert une dimension plus politique par la nomination de nouveaux membres. Sur la vingtaine de membres qui la composent, 6 sont nommés par le Conseil d'Etat (dont un membre du Conseil de fondation de la FSASD et un membre du Conseil d'administration de l'Hospice), 3 sont des magistrats communaux (dont un de la Ville de

⁶ Voir tableau 1 p.10

⁷ Evaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile. Orés Conseil, Marthe Erisman, 2000.

Genève) tandis que chaque parti élu au Grand Conseil y dispose d'un représentant. En font également partie : 3 représentants du personnel des CASS; 1 membre de la Fédération genevoise des assureurs-maladie; 1 membre de l'association des médecins de Genève ainsi qu'un 1 membre des services privés d'action sociale.

Il est à noter que les changements introduits par la loi ne concernent que la composition de la commission. Les attributions de la CC-CASS n'ont pas subi de modifications substantielles, elles restent les suivantes :

- Assister le Conseil d'Etat dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique socio-sanitaire des CASS en donnant son préavis sur les dossiers qui lui sont soumis ;
- Veiller au bon fonctionnement des services notamment en supervisant l'organisation par secteur des CASS ;
- S'assurer des conditions d'octroi de subventions aux services privés d'aide et de soins à domicile ;
- Proposer toute mesure utile à l'amélioration et au développement de l'action sociale et de l'aide et des soins à domicile.

La création de la Direction générale des CASS (DGCASS)

La LCASS dote les CASS d'une direction générale. Nouvelle structure, nommée par le Conseiller d'Etat en charge de l'action sociale et de la santé, la DGCASS, dépendante du DASS, se compose actuellement de 7 services⁸ dont une direction générale et une direction adjointe⁹ spécifiquement liée, par délégation, au contrôle de la mise en œuvre de la loi dans les CASS.

La DGCASS, dont les compétences sont similaires à l'ancien Comité de direction de l'aide à domicile, a pour principales missions :

- D'appliquer les décisions prises par le Conseil d'Etat et la Commission cantonale des CASS,
- D'organiser par secteur les centres d'action sociale et de santé.

De par sa responsabilité dans l'activité des administrateurs et du personnel des services d'accueil des CASS, la DGCASS constitue le 4^{ème} employeur actuellement actif dans les centres.

Par ailleurs, le règlement d'application de la LCASS lui confère la responsabilité du service d'informatique sociale jusqu'alors, service commun de la FSASD et de l'Hospice. Ce changement induit le transfert du personnel du SIS vers la DGCASS ainsi que la signature d'une convention fixant les modalités de collaboration entre le SIS, l'Hospice et la FSASD.

Afin de renforcer le dispositif des CASS, d'harmoniser l'offre de formation des professionnels des différents services, de renforcer la visibilité des CASS et de poursuivre le travail débuté lors du 2^{ème} programme quadriennal de l'aide à domicile par le comité de direction, la DGCASS s'est vue doter d'un service de communication et de formation. Une partie du personnel de la FSASD et de l'Hospice actif dans ces deux domaines a ainsi été transférée à la DGCASS.

Le Comité de gestion de la DGCASS (CG-DGCASS)

La LCASS institue un Comité de gestion de la DGCASS dont la mission est d'assister la DGCASS dans la « définition des activités, procédures et outils de gestion communs aux institutions et services prestataires ». Il préavise les dossiers soumis à la CC-CASS. Nommé par le Conseil d'Etat, il est présidé par la direction générale des CASS, il remplace le comité de

⁸ Voir l'organigramme (annexe 6)

⁹ Chargée de la direction opérationnelle des administrateurs et des services d'accueil des CASS, elle a pour responsabilités de superviser la qualité des prestations du service d'accueil à l'égard du public, des clients et des professionnels des centres ainsi que d'assurer la coordination entre les CASS et les administrateurs.

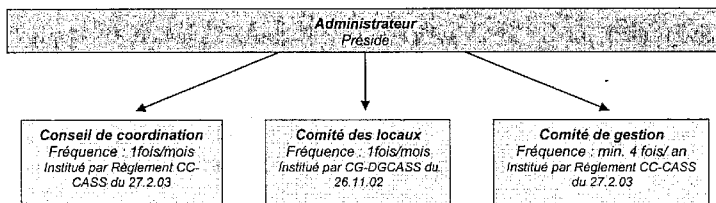
direction de l'aide à domicile et est composé de 5 membres¹⁰ au lieu des 7 initiaux. Les administrateurs n'ont plus de représentants.

La nomination d'administrateurs de CASS

Placés sous la responsabilité de la DGCASS dont ils sont les salariés, des postes d'administrateurs sont créés par la nouvelle loi. Ils remplacent les coordinateurs anciennement cooptés par le personnel des centres. Cette nouvelle fonction soustrait l'administrateur à la double hiérarchie à laquelle était soumis le coordinateur, professionnel de terrain, lié à sa hiérarchie institutionnelle et au Comité de direction de l'aide à domicile pour ses attributions de coordination. Elle vise à en faire un responsable plus reconnu. En charge de la bonne marche du centre, il est également responsable :

- Du service d'accueil du centre ;
- Du respect des missions fixées à chaque unité des CASS ;
- De la coordination entre les unités ;
- Du budget de fonctionnement du centre ;
- De l'organisation adéquate du centre et de la bonne utilisation des moyens ou des infrastructures mises à disposition.

Par ailleurs, il est assisté par trois instances qu'il préside : les conseils de coordination, les comités des locaux et les comités de gestion des CASS.



Les Comités de gestion des CASS

Les comités de gestion des CASS sont le pendant des anciennes commissions consultatives du 2^{ème} programme quadriennal de l'aide à domicile, créées en 1996 dans le but de mettre en place « une interface entre les centres et leur environnement ».

Tenus de se réunir au moins 4 fois par an, les comités de gestion des CASS, dont les membres sont nommés par le Conseil d'Etat pour 4 ans, sur proposition des CASS et de la DGCASS, ont pour missions de :

- Assister l'administrateur dans l'accomplissement de ses tâches ;
- S'assurer de la bonne adéquation entre les besoins de la population desservie par le CASS et les prestations offertes par les différentes unités ;
- Veiller à l'accessibilité aux prestations et à l'égalité de traitement des personnes qui font appel au CASS ;
- Favoriser la communication et la collaboration entre CASS, usagers et partenaires extérieurs ;

¹⁰ Les 5 membres qui la composent sont les suivants : le directeur de l'Hospice général, le directeur de la FSASD, le directeur du Service social de la Ville de Genève, le Secrétaire général de l'Association des communes genevoises (ACG), la DGCASS.

- Proposer à la DGCASS des projets répondant à des besoins nouveaux, examiner leur faisabilité ainsi que leur impact budgétaire ;
- Informer l'administrateur à propos de situations ou problèmes pour lesquels ils souhaitent l'intervention des professionnels du CASS ;
- Examiner le rapport d'activité et les statistiques annuels du CASS.

Les Conseils de coordination des CASS

Bien que les conseils de coordination des CASS ne soient pas formellement institués par la LCASS, le règlement d'application de la LCASS mentionne que l'administrateur est tenu de réunir régulièrement un représentant de chaque unité du centre. Dans ce sens, des séances mensuelles regroupant l'administrateur, le chef de secteur de l'unité action sociale individuelle (UASI), le directeur de secteur et le(s) responsable(s) d'équipe d'unité d'aide sociale à domicile (UASD) ainsi que le responsable-répondant de l'unité action sociale et communautaire de proximité (UASC) ont été institutionnalisées par le règlement de la CC-CASS en mars 2003.

Elles ont pour objectifs de :

- Permettre à l'administrateur – en collaboration avec les membres du Conseil de coordination – de gérer la bonne marche du CASS ;
- Traiter les affaires courantes et préparer les séances du comité de gestion du CASS ;
- Préavisser les dossiers soumis au CG-DGCASS ;
- Construire le budget de fonctionnement du CASS et le proposer au CG-DGCASS; étudier et proposer les modifications budgétaires (...) pour mieux répartir les ressources et susciter une dynamique pour le CASS ;
- Etudier l'impact budgétaire des projets ou besoins nouveaux ;
- Construire les plans de dotation en personnel par unité et par fonction et consolidés pour l'ensemble du CASS ;
- Analyser les performances quantitatives et qualitatives des unités et les mettre en corrélation avec les moyens financiers à disposition;
- Emettre des propositions d'amélioration de l'efficacité et/ ou de rationalisation et/ou de développement quant aux activités des unités et à la qualité de leurs prestations administratives et organisationnelles;
- Assurer la gestion permanente des locaux;
- Proposer au CG-DGCASS des mesures de rationalisation ou de regroupement des activités;
- Coordonner les activités entre unités; analyser les plaintes des clients;
- Mettre en œuvre avec l'UASC des actions en matière de promotion de la santé et de prévention;
- Gérer des conflits de dysfonctionnements entre unités; élaborer un rapport d'activité annuel du CASS.

Les conseils de coordination tels qu'ils ont été institués sont des éléments nouveaux du troisième programme quadriennal ; la coordination entre services existait cependant déjà avant la LCASS. Ainsi les CIUS, colloques inter-unités de services, regroupaient mensuellement les responsables des unités des CASS auxquels se joignaient des représentants du personnel de terrain.

Les Comités des locaux

Deux instances ont été créées pour la gestion des locaux. Il s'agit d'une part, du comité des locaux de la DGCASS et d'autre part, des comités des locaux institués dans chaque CASS. Non prévus par la LCASS, ils ont pour objectif de faciliter la coordination et l'organisation des locaux des CASS en collaboration avec l'ensemble des partenaires, plus spécifiquement les communes, responsables de la mise à disposition des infrastructures.

Ainsi, le comité des locaux de la DGCASS¹¹ a pour mission notamment de :

- Piloter, avec les autorités communales, la mise en œuvre du plan directeur de locaux des CASS 2000-2010 ;
- Valider tout projet d'envergure ;
- Arbitrer les différends entre les CASS et les autorités communales ;
- Valider les demandes de nouveaux locaux aux autorités communales.

Les comités de locaux¹² des CASS, permettent entre autres :

- D'analyser les besoins futurs et les faire remonter au niveau supérieur ;
- D'adresser des demandes de mobilier et d'équipement aux autorités de la commune ;
- De gérer la répartition des espaces entre les collaborateurs.

La création d'un nouveau service d'accueil

Depuis l'introduction de la LCASS, le service d'accueil a subi d'importants remaniements. Les secrétaires sociales qui, par le passé étaient employées par l'Hospice général, parfois par les communes ont ainsi été placées sous la responsabilité de la DGCASS. Cet important changement, introduit avec la volonté d'offrir à la population un service plus « professionnel », plus neutre et commun à toutes les unités du CASS, a fait l'objet d'un long processus de transferts de postes de l'Hospice général vers la DGCASS.

La structure matricielle de la nouvelle organisation

L'ensemble de ces changements a induit une importante modification de la structure de mise en œuvre de la LCASS. L'organigramme reproduit en annexe 5 donne un aperçu de la complexité structurelle et de l'imbrication des différents organes et services en jeu. Il s'agit d'un organigramme matriciel qui représente la structure hiérarchique de la Direction générale des CASS à l'intérieur du DASS, articulée avec les structures hiérarchiques des institutions et services prestataires actifs dans les CASS, soit la FSASD, l'Hospice général et les communes. Il est à noter que dans ce type de structure, chaque point d'intersection, c'est-à-dire chaque conjonction d'une ligne horizontale et d'une ligne verticale, représente un espace de conflit potentiel impliquant de répondre à la question de "qui décide " et de "qui exécute ".

¹¹ Le comité des locaux de la DGCASS est présidé par le Secrétaire général de l'ACG. Ses membres permanents sont : la directrice générale des CASS, le directeur général de l'Hospice général, le directeur général de la FSASD et le directeur du service social de la Ville de Genève.

¹² Les comités des locaux des CASS sont composés de l'administrateur du CASS, du chef de secteur de l'Hospice général, du directeur de secteur et responsables(s) d'équipe de la FSASD, du responsable répondant de l'unité d'action sociale communautaire ou du chef du service social de la commune, du responsable technique des locaux de la commune et sur demande de l'administrateur, de la coordinatrice des locaux de la DGCASS.

2.3 Synthèse

- Le cadre législatif des centres d'action sociale et de la santé a fait l'objet de deux révisions en 1996 et 2001.
- Trois rapports au Grand Conseil ont mis en évidence les difficultés, en particulier de répartition des compétences entre les partenaires, en 1996, 1999 et 2000.
- Loi organisationnelle, la LCASS met les CASS au centre de l'action de proximité en leur attribuant une double vocation à la fois sociale et sanitaire.
- La loi introduit une distinction entre action sociale individuelle et action sociale communautaire de proximité sans en définir le contenu.
- Les communes se voient attribuer une compétence prioritaire en matière d'action sociale communautaire, l'action sociale individuelle étant prioritairement attribuée à l'Hospice général.
- La composition de la Commission cantonale est remaniée afin d'en faire un organe plus stratégique.
- La LCASS dote les CASS d'une direction générale et introduit par là, un quatrième employeur. Celui-ci est assisté par un comité de gestion (CG-DGCASS).
- Des postes d'administrateurs de CASS sont créés.
- Les commissions consultatives des CASS sont remplacées par des comités de gestion de CASS.
- Des conseils de coordination sont créés afin de renforcer la coordination entre les unités des CASS.
- Deux instances sont créées pour la gestion des locaux : le comité des locaux de la DGCASS et les comités des locaux des CASS.
- Le service d'accueil des CASS est remanié et placé sous la responsabilité de la DGCASS.
- La nouvelle organisation est caractérisée par une structure matricielle et une forte imbrication des différents organes et services.

3 La mise en œuvre de la loi

De nombreuses actions ont été menées depuis la définition de la LCASS. Certaines émanent directement de la mise en œuvre de la nouvelle loi, d'autres résultent de nouvelles initiatives de l'ensemble des partenaires tandis que certaines découlent de la poursuite de projets débutés lors du précédent programme quadriennal. Dans ce contexte, le présent chapitre vise d'une part, à présenter de manière succincte les actions menées par les principaux organes consultatifs depuis le 1^{er} janvier 2002 et d'autre part, à donner un aperçu des principales actions mises en place dans le but de renforcer le dispositif des CASS.

3.1 Le rôle des organes consultatifs

Parmi la multitude d'organes de coordination actuellement existants¹³, trois instances sont ici analysées¹⁴. Il s'agit de la Commission cantonale des CASS, du Comité de gestion de la DGCASS et du Comité des locaux de la DGCASS. Elles ont été retenues pour le rôle central qu'elles sont sensées jouer dans la mise en œuvre des CASS. Deux de ces grémiums ayant été remaniés par la LCASS, leur étude permettra de faire apparaître dans quelle mesure les remaniements introduits par la nouvelle loi ont permis d'en faire des structures stratégiques et des moteurs de la réforme.

Il est à noter qu'une analyse des trois nouvelles structures présidées par les administrateurs de CASS aurait également dû être réalisée. Cependant, au moment de la récolte d'informations, deux d'entre elles n'avaient pas encore été mises en place. Seuls les comités des locaux, qui ont été créés dans chaque CASS, et qui ont fait l'objet de comptes rendus de séances, seront retenus pour l'analyse.

Pour ce faire, l'ensemble des procès-verbaux des séances du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003 ont été consultés. Par ailleurs, les principaux thèmes abordés par les commissions ont été classés par « catégories d'action » afin de faciliter l'analyse et de permettre de faire émerger les grandes tendances de leur fonctionnement.

La Commission cantonale des CASS

Du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2003, la Commission cantonale des CASS a tenu 9 séances.

Il résulte de l'analyse de ces réunions qu'avant d'être un lieu de proposition et d'élaboration de la politique des CASS, la CC-CASS est d'abord un espace d'information et de suivi. Ainsi, durant les 12 mois analysés, la CC-CASS a préavisé plusieurs dossiers substantiels relatifs à l'organisation des CASS et aux nouvelles structures mises en place, notamment :

- Le règlement relatif à l'organisation de la Commission cantonale des CASS ;
- L'arrêté relatif aux membres de la Commission cantonale des CASS ;
- Le règlement relatif à l'organisation du Comité de gestion de la DGCASS ;
- Le règlement relatif à l'organisation des comités de gestion des CASS ;
- Le cahier des charges des administrateurs de CASS ;
- Le règlement relatif à l'organisation de la coordination des CASS ;
- Les missions du service d'accueil, de l'unité aide et soins à domicile, de l'unité action sociale individuelle et de l'unité action sociale communautaire de proximité ;
- Les nouveaux horaires des CASS ;
- Le processus d'accueil et les activités concrètes de l'accueil.

¹³ Notamment, la coordination DGCASS ; le comité de programme de la formation continue ; les différentes commissions informatiques ; les séances du bureau de la Commission cantonale des CASS, etc.

¹⁴ L'analyse est réalisée sur la base des procès-verbaux des séances.

Force est de constater qu'une grande part de ses activités sont dévolues à l'information de ses membres, à la présentation de projets ou d'initiatives en cours. Parmi celles-ci, notons les nombreux points de situations relatifs notamment:

- Au développement informatique des CASS ;
- A l'état d'avancement du plan directeur de la communication (site Internet, signalisation des CASS, etc.) ;
- Au transfert des activités de l'accueil de l'Hospice général vers la DGCASS ;
- Au processus de recrutement des administrateurs ;
- A la mise en place de l'action communautaire par le Service social de la Ville de Genève ;
- Aux ressources financières ;
- Au projet d'une nouvelle structure organisationnelle des CASS ;
- Aux plaintes des clients ;
- Aux mandats de collaboration avec les HUG.

Il est par ailleurs intéressant de constater que dans les rares cas où la CC-CASS a fait usage du pouvoir de proposition que lui attribue la loi, ce fut pour introduire des modifications mineures à des éléments de dossiers qui lui étaient soumis. L'analyse des procès-verbaux met aussi en évidence que cette commission a très rarement pris l'initiative de soumettre au Conseil d'Etat des propositions ou des stratégies nouvelles permettant de faciliter ou de renforcer la mise en œuvre de la politique des centres (annexe 6).

Le Comité de gestion de la DGCASS

Instance de coordination entre les partenaires et la DGCASS, le Comité de gestion de la DGCASS s'est réuni 11 fois durant la période analysée.

De manière similaire à la CC-CASS, ce comité semble jouer un rôle central dans l'échange d'information entre les membres qui la composent. Ainsi, plusieurs séances ont été consacrées, en partie du moins, au suivi de dossiers en cours de réalisation. Notons par exemple, le processus de recrutement des administrateurs, le suivi de l'avancement du mandat relatif à la gestion de la violence dans les CASS ou les points de situations concernant le développement de l'informatisation des CASS. Les points d'information concernent aussi bien des questions opérationnelles (horaires de permanence des services des CASS lors des fêtes de fin d'années) que stratégiques (nouvelle organisation des prestations dans les CASS). Par ailleurs, ils permettent également aux différents partenaires de présenter le développement de leurs propres activités (présentation des prestations et du fonctionnement du SSVG) et de faire connaître certains changements dans le contexte de mise en œuvre de la loi (fermeture des activités du service social thônésien, par exemple).

Au-delà d'être un lieu d'échange et de relais de l'information, le Comité de gestion de la DGCASS joue également un rôle important dans la validation de décisions ou de propositions qui lui sont soumises notamment par la DGCASS. Ainsi et de par sa mission qui lui confère la responsabilité d'assister la direction générale des CASS dans l'accomplissement de ses tâches, le comité de gestion a validé de nombreuses initiatives (par exemple, mandat relatif aux difficultés rencontrées dans les CASS ou à la composition du comité de programme de la formation continue). Dans ce sens, soulignons que peu de décisions formelles ont été prises par le comité durant la période analysée, comme peu de propositions de changements ont été initiées par lui (annexe 7). Ce constat trouve probablement sa source dans la difficulté que rencontre à l'heure actuelle ce comité à siéger en présence de l'ensemble de ses membres¹⁵. La faible assiduité des membres de ce comité à assister aux séances peut s'expliquer, selon toute vraisemblance, par le fait qu'ils ne disposent pas d'un droit d'initiative qui leur permette de porter des objets à l'ordre du jour.

¹⁵ En effet, dans la majeure partie des cas, les procès-verbaux des séances font apparaître que 1 voire 2 représentants sur les 5 que compte le comité sont absents.

Le Comité des locaux de la DGCASS

Durant la période analysée, le comité des locaux de la DGCASS, s'est réuni trois fois. Composé de 5 membres, il constitue un espace important de coordination et d'information entre la DGCASS, les communes et les institutions prestataires (Hospice et FSASD) sur des questions relatives à la mise à disposition des espaces, la signalisation des centres, la construction de nouveaux locaux, le subventionnement des communes, les comités des locaux des CASS. Il est également un espace décisionnel en la matière. Ainsi, la quasi-totalité des thèmes qu'il a abordés ont donné lieu à une décision (analyse des possibilités d'optimisation des locaux, résolution des difficultés d'hébergement de locataires¹⁶, information des communes sur les possibilités de subventions, etc.).

Bien qu'il soit encore trop tôt pour effectuer un bilan sur sa capacité à remplir ses missions notamment dans des domaines stratégiques, tel que l'arbitrage des différends entre les communes et les CASS, le comité des locaux joue un rôle actif dans la mise en œuvre de la loi (annexe 8).

Les comités des locaux des CASS

Il est actuellement prématuré d'établir un bilan du travail réalisé par les comités des locaux des CASS. Il ressort des procès-verbaux des premières réunions que les comités des locaux sont utilisés à des fins qui ne sont pas exclusivement liées à la gestion des locaux. Ainsi, en plus des thématiques relatives aux mouvements de personnel, aux besoins en nouveaux locaux ou à l'état des lieux des CASS, ces réunions permettent de traiter de sujets divers tels que : la nouvelle fonction du service d'accueil ou l'état d'avancement des journées portes ouvertes. Dans ce sens, le comité des locaux remplit la fonction des conseils de coordination non encore établis.

Par ailleurs et bien que leur règlement arrête la fréquence des réunions à une fois par mois, celle-ci est très variable d'un centre à l'autre (de tous les mois à tous les dix mois). De ce fait, il apparaît qu'à l'heure actuelle et dans ce domaine, aucune harmonisation n'ait été établie entre les centres.

¹⁶ Immeuble de Villereuse

3.2 Les actions et les projets mis en place

Le vote de la LCASS, le 21 septembre 2001, par le Grand Conseil genevois a posé un nouveau cadre légal aux CASS. Depuis, de multiples actions ont été entreprises par les partenaires afin de mettre en œuvre les nouvelles dispositions.

L'engagement des administrateurs

En mars 2003, les administrateurs ont pris leurs fonctions dans les CASS. Il s'agit au total de 13 personnes, soit 12.6 postes, certains d'entre eux étant employés à temps partiel. Leurs profils professionnels varient sensiblement. Ainsi, certains sont d'anciens coordinateurs de CASS, chefs de secteurs ou assistants sociaux, quelques-uns proviennent du domaine de la santé et des soins, tandis que d'autres, sont issus du secteur privé. Par ailleurs, 8 d'entre eux sont responsables de deux CASS.

L'engagement des administrateurs de CASS a fait l'objet d'un long processus de concertation, débuté en automne 2001. Leur cahier des charges à quant à lui été mis en consultation auprès des institutions et des services actifs dans les CASS, les organisations syndicales et les commissions du personnel. Approuvé par la Commission cantonale des CASS en avril 2002, il a fait l'objet d'une nouvelle phase de consultations au moment de leur sélection. Ainsi deux comités, composés par des partenaires du SSVG, de la DGCASS, de la FSASD et de l'HG ont été chargés d'analyser les dossiers de candidature et de réaliser les entretiens de sélection.

Par ailleurs, au terme de leurs premiers mois d'entrée en fonction, un bilan de leur travail a été réalisé en partenariat avec les autorités communales. Celui-ci a fait apparaître une appréciation parfois mitigée de leurs prestations et la mise en évidence du peu de contact que certains administrateurs entretiennent avec les partenaires communaux.

Il est intéressant de signaler que lors des débats qui ont précédé le vote de la LCASS, plusieurs acteurs se sont dits inquiets quant au sens de cette fonction et aux compétences qui lui sont attribuées, à mi-chemin entre un coordinateur et un véritable responsable de centre, sans réel pouvoir sur les collaborateurs des institutions.

Le transfert de l'accueil à la DGCASS

Faisant suite à la décision de la LCASS de placer le service d'accueil sous la responsabilité d'un 4^{ème} employeur, la DGCASS s'est vu transférer une partie du personnel de l'accueil jusqu'alors placé sous la responsabilité de l'Hospice général. Le 1^{er} septembre 2003, 57 secrétaires ont donc pris leurs nouvelles fonctions dans les CASS, 32 d'entre elles sont d'anciennes secrétaires sociales de l'Hospice.

Ce transfert résulte d'un travail de concertation entre les partenaires débuté en janvier 2001 par arrêté du DASS qui constitue un groupe paritaire chargé de valider l'ensemble des transferts de postes issus du remaniement législatif. Un groupe de suivi et de coordination du transfert des secrétaires de l'Hospice général mis en place en février 2002 par les directions des institutions lui a succédé.

Peu avant la mise en place du nouvel accueil et afin de coordonner et de préparer l'arrivée de ce personnel, la DGCASS a institué un processus de consultation des partenaires relatif à leurs attentes et à leurs besoins en matière d'accueil. Celui-ci a notamment permis de déterminer les informations que les différents services souhaitent mettre à disposition du public, les formulaires à fournir aux usagers ainsi que les prestations spécifiques offertes par chaque commune.

Au cours des consultations, plusieurs interrogations relatives à l'adéquation de la nouvelle organisation mise en place ont été formulées en particulier par les syndicats et les organisations du personnel. Elles concernent notamment :

- la dissociation de l'accueil de l'action sociale par l'introduction d'un employeur supplémentaire ;
- le manque de clarté des fonctions des secrétaires-réceptionnistes, notamment en matière d'information sociale ainsi qu'une confusion possible entre le rôle des assistants sociaux, des assistantes administratives et celui de l'accueil. Par ailleurs, des doutes ont également été émis quant à l'équité des ressources attribuées. Les unités des CASS étant, selon certains, proportionnellement moins bien dotées que le service d'accueil.

Suite à ces remarques, un groupe d'accompagnement des transferts d'activités entre l'Hospice général et la DGCASS a été mandaté par le Comité de gestion de la DGCASS en accord avec les syndicats et les commissions du personnel. Il a rendu un rapport en novembre 2003, qui synthétise les doléances de l'ensemble du personnel des CASS. Celles-ci concernent principalement des problèmes liés à la méconnaissance des plannings des professionnels travaillant dans les CASS, au long délai d'attente pour fixer un premier entretien avec un client, à la non remise de chèques par le service d'accueil, à la difficulté d'accès au DUI (dossier unique par usager), à l'absence de filtrage des situations par le service d'accueil et au manque de clarté des rôles des secrétaires-réceptionnistes et des assistantes administratives de l'Hospice général.

Il est à noter que dans l'attente du second rapport du groupe de travail qui doit présenter des propositions concrètes pour la résolution des problèmes rencontrés, un accord a été trouvé entre la DGCASS et l'Hospice général afin que, dans l'intervalle, le service d'accueil puisse distribuer des chèques¹⁷.

L'action sociale communautaire de proximité, l'action sociale individuelle

Partant du principe que l'action individuelle est en priorité assurée par le personnel de l'Hospice général et l'action sociale communautaire de proximité par les communes, un processus de transfert de l'ensemble des dossiers individuels traités par les communes a été institué peu après le vote de la LCASS. Un accord a ainsi été signé le 25.11.2002 entre les directions (Hospice général, SSVG, FSASD, DGCASS). Celui-ci planifie, dans le temps, le processus de reprise, par étapes, des dossiers jusqu'alors pris en charge par le Service social de la Ville de Genève. Il s'agit d'environ 900 dossiers¹⁸ progressivement repris par les équipes de l'Hospice général. Au 31 décembre 2002 la grande majorité des dossiers BIS¹⁹ de la Ville avaient ainsi été transférés.

En contrepartie de la charge de travail supplémentaire engendrée par la reprise de ces nouveaux dossiers, l'Hospice général devait se voir attribuer un financement supplémentaire de 1.2 million²⁰, servant notamment à couvrir 0.5 postes supplémentaires d'assistants sociaux par CASS. Parallèlement à cette démarche et afin d'assurer une meilleure coordination et une plus grande connaissance des différentes prestations offertes par la Ville, le SSVG s'est engagé par cet accord à fournir à l'ensemble des partenaires les informations relatives au type d'aide financière fournie par ce service, les critères d'octroi de ces aides et leur modalités d'obtention ainsi que la liste des services auxquels les assistants sociaux devront s'adresser pour ces demandes.

¹⁷ Courrier de la DGCASS adressé à la Direction de l'action sociale de l'Hospice général, 13.2.2004

¹⁸ Indicateurs de suivi des clients et des prestations, Hospice général, mars 2003

¹⁹ Dossiers BIS (Bureau d'Information Sociale) qui sont constitués des dossiers sans assistance financière

²⁰ Courrier de P.-F. Unger du 29.11.2002 au directeur général de l'Hospice général.

De plus, toujours dans un souci de coordination, différentes rencontres ont été organisées avec les services privés d'aide sociale (CSP²¹, Pro Senectute, Caritas, etc.). Celles-ci ont permis de faire émerger certaines problématiques liées aux transferts de postes, notamment une augmentation des demandes attribuées à une mauvaise évaluation et une mauvaise orientation des clients des CASS.

Comme prévu par l'article 13 de l'accord, l'Hospice général a rendu, en juillet 2003, au chef du Département un rapport relatif à l'évaluation des besoins en postes pour 2004 en lien avec la reprise des activités du SSVG. Se basant sur les données relatives à cinq CASS (Saint-Jean, Servette, Plainpalais, Eaux-Vives, Grottes), le rapport conclut au besoin de postes supplémentaires, notamment administratifs, permettant de faciliter la prise en charge de ces dossiers.

Par ailleurs, relevons que si la nouvelle répartition des compétences entre Etat et communes a donné lieu à une redéfinition par les partenaires des prestations offertes, seule la Ville de Genève s'est impliquée de manière formelle dans ce processus. Dans ce sens, aucun accord similaire à celui susmentionné ne semble exister au niveau des communes. Dès lors et bien qu'il existe dans certaines communes des accords de collaboration avec l'Hospice général et que des contacts individuels s'établissent peu à peu entre les communes et l'Hospice, il est à l'heure actuelle difficile de fournir une image claire de l'ensemble des prestations assurées par les communes genevoises. C'est d'ailleurs sur la base de ce constat qu'un groupe de travail présidé par la DGCASS en coordination avec le Secrétaire général de l'ACG et composé des directions de l'Hospice général, de la FSASD, de la direction adjointe des CASS ainsi que de membres du comité de l'ACG, devait être créé. Celui-ci avait notamment pour mission:

- de définir les activités et les responsabilités de l'Hospice général et des communes dans le domaine de l'action sociale individuelle (hors assistance) et de l'action sociale communautaire de proximité ;
- d'élaborer un dossier spécifique pour chaque CASS comprenant les prestations fournies par les partenaires du centre en matière d'action sociale.

Les conseils et comités des CASS

Trois nouvelles instances, présidées par les administrateurs de CASS, ont été instituées. Cependant, 15 mois après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, deux d'entre elles (le comité de gestion des CASS et les conseils de coordination) ne sont pas encore toutes entrées en fonction.

S'il est évident que la mise en place de nouvelles structures demande un fort investissement, notamment lorsque des nouveaux membres sont à élire, force est de constater que celles-ci ont du mal à s'ancrer dans la réalité quotidienne des CASS.

> **L'approbation des règlements** : les premières démarches relatives à la constitution des comités de gestion et des conseils de coordination ont débuté en février 2002 avec la consultation des partenaires sur les projets de règlements y afférents. Il résulte de la lecture des documents mis à disposition de l'équipe d'évaluation que la constitution des conseils de coordination n'a pas fait l'unanimité parmi les partenaires. Certains ont en effet affirmé que la création d'une instance supplémentaire, non voulue par le législateur, n'était ni nécessaire, ni souhaitable. De plus, ils estimaient que le règlement, calqué sur les compétences attribuées à l'administrateur par le règlement d'application de la loi sur les CASS ainsi que par son cahier des charges, risquait d'instaurer une confusion entre ces deux rôles.

²¹ Centre social protestant

Pour sa part, le règlement des comités de gestion des CASS a également fait l'objet de propositions de modifications, dues une nouvelle fois à une interprétation considérée comme trop large de la volonté du législateur. Ainsi, si les compétences octroyées aux comités de gestion par le règlement d'application de la LCASS lui permettent d'assurer la responsabilité de l'adéquation entre les besoins de la population et les prestations offertes, ainsi que de veiller à l'accessibilité des prestations et à l'égalité de traitement, le règlement du comité lui donne des compétences supplémentaires en matière de communication, de collaboration et de proposition.

> **Les processus de composition des comités de gestion** : 12 mois ont été nécessaires à la constitution des comités de gestion. Bien que ce laps de temps s'explique par le nombre important de membres à réunir pour constituer chaque comité, l'analyse des courriers adressés par la DGCASS aux différents partenaires ainsi que ceux qu'elle a reçus, permettent les constats suivants :

- La DGCASS a dû relancer à plusieurs reprises les partenaires afin d'obtenir la liste des collaborateurs des CASS pouvant se faire élire au sein des comités de gestions des CASS ;
- Une absence d'information suffisante des collaborateurs des CASS relative à l'élection des membres du personnel a amené la DGCASS à organiser une deuxième élection. Deux arrêtés du Conseil d'Etat ont ainsi été pris en mai et novembre 2003. Malgré cela, seuls 15 CASS ont désigné un représentant ;
- Aucune procédure n'a été mise en place afin de déterminer les modalités de sélection des deux usagers qui devraient siéger dans ces comités.

De l'ensemble de ces éléments il résulte qu'en date du 27 février 2004, aucun comité de gestion n'avait encore siégé. Par ailleurs, les premières séances débutées en mars 2004 se sont tenues en l'absence de la totalité des membres. La Ville de Genève par exemple, n'avait toujours pas désigné l'ensemble des membres du Conseil municipal tandis que manquaient encore des représentants de la Fédération des centres de loisirs.

Le budget décentralisé des CASS

Lors de la définition du précédent programme quadriennal, un budget de fonctionnement avait été placé sous la responsabilité des coordinateurs de CASS. Celui-ci, financé par les ressources des institutions (l'Hospice général et la FSASD) selon une clé de répartition basée sur le nombre de postes/personnes par centre et par institution a été transféré en 2002 à la DGCASS afin de permettre aux administrateurs de bénéficier d'un budget relatif aux dépenses générales, propres à l'ensemble des collaborateurs des CASS.

Jamais réévalué depuis l'introduction de la LCASS, ce budget de fonctionnement est resté inchangé malgré l'augmentation des effectifs du personnel de la FSASD et de l'Hospice général. Au cours de l'élaboration du budget 2004 du DASS, un groupe de travail a été mandaté par le chef du Département afin de déterminer les postes pouvant être mis en commun ainsi que les montants à imputer à chaque institution. Présidé par la direction adjointe des CASS et constitué par les directeurs des finances de la FSASD et de l'Hospice général ainsi que par l'administrateur de la DGCASS, celui-ci s'est réuni à deux reprises en mai 2003, sans pour autant réussir, par manque de temps, lit-on, à trouver un accord sur l'ensemble des postes pouvant être décentralisés. Ainsi, à l'heure actuelle, si certaines charges ont été mises en commun (frais de photocopies, fournitures de bureau, fournitures informatiques), d'autres ne sont toujours pas ou pas entièrement décentralisées (frais d'affranchissements, imprimés, matériel de soins), les frais de fonctionnement des CASS étant toujours partiellement pris en charge par les budgets « dépenses générales » propres à chaque institution.

Il est à noter que cette situation a été la source de diverses incompréhensions et de nombreux échanges de courriers entre les institutions afin de clarifier le rôle des partenaires et de déterminer qui par exemple, dans l'attente d'une décision formelle, devait fournir aux administrateurs les timbres ou les estampilles pour affranchir le courrier.

En date du 22 janvier 2004, le groupe de travail a mandaté deux sous-groupes afin de traiter des thèmes jusqu'alors restés en suspens.

La communication

Suite au transfert vers la DGCASS d'une partie des collaborateurs des services de communication de la FSASD et de l'Hospice général ainsi que par la volonté politique de « renforcer la notoriété des CASS, faire connaître l'offre globale de prestations offertes par les centres, construire une identité CASS qualitative, forte et professionnelle tout en valorisant le dispositif d'action sociale et les métiers médico-sociaux », un plan de communication a été approuvé par le chef du Département en octobre 2002. Celui-ci encore en cours de mise en oeuvre a notamment permis de mettre en place :

- La charte graphique des CASS (logo, set administratif, plaquette de présentation des CASS, etc.) ;
- La signalisation interne et externe des CASS (en cours de réalisation) ;
- La « Newsletter » destinée à l'ensemble des cadres des CASS. Publiée 10 fois par an en interne, elle a pour principal objectif de présenter les décisions prises par les différents organes (CC-CASS, CG-DGCASS, Commission des locaux, Conseil de fondation et de Direction de la FSASD, Conseil d'administration et Comité directeur de l'Hospice général et du SSVG concernant les CASS) ;
- Le journal « Ensemble » destiné aux collaborateurs des CASS. Tiré à 3000 exemplaires, 10 fois par an. Il remplace les publications de l'« Essentiel » (FSASD) et « Trait d'Union » (DGCASS). Son contenu comprend notamment un dossier général sur un sujet lié au domaine de l'aide à domicile ou de l'action sociale, des informations des services employeurs (espace DGCASS, FSASD, Hospice, SSVG), des informations des services de la DGCASS, la présentation d'un CASS, un reportage sur des événements internes aux CASS, l'interview d'un collaborateur et un mémento) ;
- Le site Internet des CASS a également vu le jour en juin 2003.

Par ailleurs, si un accord fixant les objectifs communs²² en matière de communication entre la FSASD et la DGCASS a été signé en avril 2003 par les institutions, auxquelles se sont associés l'Hospice général et le SSVG, celui-ci a été la source de tensions entre les institutions. Une importante correspondance a ainsi été échangée entre les partenaires afin de déterminer les coûts à imputer à chacun d'entre eux pour la parution du journal « l'Essentiel ».

A l'heure actuelle, un service de communication commun regroupant le personnel de la FSASD et la DGCASS est en cours de constitution dans le but de renforcer les synergies et de répondre de manière plus adéquate aux besoins en communication des deux institutions. L'Hospice général conserve de son côté son propre service ; une collaboration ponctuelle par projets devrait ainsi s'instituer.

²² Les objectifs communs concernent les domaines suivants : le site Intranet/internet des CASS, la Newsletter pour les cadres, le Journal d'information commun pour le personnel des CASS, la Plaquette d'accueil des collaborateurs des CASS

La formation continue

Lors du précédent programme législatif, en décembre 1999, la Commission cantonale de l'aide à domicile a approuvé la mise en place d'un système de formation continue du personnel de l'aide à domicile. Présenté comme un système fédérateur impliquant un travail en partenariat entre le centre de formation des HUG, le SEFOR²³ et l'aide à domicile, celui-ci a eu pour mission de rassembler les ressources des différents prestataires de formation afin de permettre le perfectionnement de tous les acteurs de l'aide à domicile (cadres et collaborateurs). Tout en poursuivant un objectif de rationalisation et de maîtrise des coûts, ce système visait également à favoriser la constitution d'une identité CASS, par le développement d'une culture commune. Dépendant hiérarchiquement du comité de direction de l'aide à domicile, un comité de programme représenté par les différents partenaires a donc été mis en place, début 2000, afin de concrétiser ce projet.

Les premières formations spécifiques à l'aide à domicile ont vu le jour en 2001. Elles ont notamment permis d'accompagner les changements introduits par la LCASS. Les administrateurs ont ainsi bénéficié de diverses formations sur des thèmes liés à l'accueil, à l'évaluation du personnel et à l'informatique ; les secrétaires-réceptionnistes ont été formées à leur rôle et mission avec un accent particulier sur la communication et l'écoute au niveau de l'accueil et de la réception, au traitement des demandes du réseau socio-sanitaire et ont bénéficié de stages de « team building ». D'autres formations sont prévues pour 2004, par exemple dans le domaine de la gestion de situations conflictuelles dans le cadre de l'accueil.²⁴

Par ailleurs, le renforcement de la coordination entre partenaires a permis en 2004, de réaliser le premier catalogue de formation commun aux HUG, aux CASS et à l'Hospice général. Regroupant dans un seul et unique document l'ensemble de l'offre spécifique à chaque institution et celle commune à l'ensemble des collaborateurs, il est le résultat d'un important travail de réflexion et de rationalisation dont l'aboutissement a permis de supprimer l'ensemble des doublons jusqu'alors existants entre les institutions.

Parmi les formations actuellement soumises à l'approbation du Comité de gestion de la DGCASS, il y a le projet de mettre en place une formation continue regroupant l'ensemble des cadres de la DGCASS, de l'Hospice général et de la FSASD. Celle-ci devrait notamment permettre de renforcer les valeurs managériales et professionnelles communes. Il semble cependant qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de réel consensus entre les différents partenaires sur la nécessité d'organiser des formations communes dans ce domaine.

Soulignons encore, d'une part, l'arrêté du DASS du 22 octobre 2002, instituant un groupe de travail chargé de la mise en place d'un réseau de formation continue. Les recommandations de ce groupe composé de représentants de la Fegems²⁵, de la formation continue des CASS, de l'Hospice général, des HUG et de l'ASI ont été intégrées dans le programme de formation 2004. D'autre part, la signature d'un accord de partenariat entre la formation continue des CASS et le Département des pratiques professionnelles de la FSASD : celui-ci a comme objectif de répartir les compétences entre ces deux acteurs, notamment en matière d'organisation de la formation de base et de formations validantes pour le personnel de la FSASD ; ce domaine étant placé sous la responsabilité de la DPP²⁶.

²³ Service de la formation (SEFOR) de l'Hospice général

²⁴ Des formations pour les cadres ont également été organisés, notamment un « séminaire de formation sur la gestion des risques et incidents » (sept03) et un « séminaire de formation sur l'évaluation de la qualité » (sept03).

²⁵ Fédération genevoise des EMS.

²⁶ Département des pratiques professionnelles de la FSASD.

L'informatique sociale

1997²⁷ constitue le point d'ancrage du vaste chantier que représente l'informatique sociale dans les CASS. A cette date, le Conseil d'Etat exprime sa volonté de mettre en place un service d'informatique commun aux services d'aide et de soins à domicile et d'action sociale. Dans le but de centraliser les systèmes informatiques des différents services et de créer un dossier unique par usager (DUI²⁸) une convention est signée en juin 1999 entre l'Hospice général et la FSASD créant le SIS²⁹, qui résulte de la mise en commun des ressources en personnel et financières des deux institutions.

Après d'importantes difficultés relevées³⁰ tant au niveau de l'organisation du SIS que de la gestion des projets informatiques qu'il développe, le SIS et son personnel sont hiérarchiquement placés sous la responsabilité de la nouvelle structure mise en place par la LCASS, la DGCASS. Ce transfert aurait dû donner lieu à la signature, en 2002, d'une convention fixant les modalités de collaboration (répartition des tâches et des compétences), entre le SIS, l'Hospice et la FSASD. La convention n'est toujours pas signée.

De nombreux groupes de travail³¹ et études ont mis en évidence les dysfonctionnements³², du service, des logiciels utilisés, de leur développement et du manque de spécification des métiers.

Pour faire face à cette situation, le chef du Département a lancé, en juin 2003 le projet informatique sociale (IS) dans le but de repenser l'ensemble de l'informatique sociale. Celui-ci est composé de trois phases : analyser et comprendre la situation ; sécuriser, agir, débarrasser, définir des priorités et établir un plan d'action pour le futur.

Face aux importants problèmes d'utilisation et à l'impossibilité d'établir une cohérence entre les actions et un suivi des projets, la DGCASS a exprimé le souhait, à défaut d'une clarification des rôles et des responsabilités entre les partenaires, de voir transférer le service d'informatique sociale au Secrétariat général du DASS.

Les autres projets

D'autres actions significatives ont été menées lors du 3^{ème} programme quadriennal. Quelques-unes sont présentées ici de manière succincte. Classées par thèmes, elles attestent du foisonnement d'initiatives prises par les différents partenaires depuis l'introduction de la nouvelle loi.

➤ Renforcement de l'accessibilité des CASS et de leur visibilité :

- Signature de l'arrêté du DASS relatif au *subventionnement des communes pour la mise à disposition de centres d'action sociale et de santé* du 28.4.2003, remplaçant l'arrêté du 28 juin 1999 ;

²⁷ Arrêté du Conseil d'Etat du 28 mai 1997.

²⁸ Dossier unique informatisé.

²⁹ Service d'informatique sociale.

³⁰ Notamment le rapport de l'ICF (Inspection cantonale des finances) relatif à l'examen des dépenses informatiques et de leur opportunité, des résultats obtenus et de la gestion du projet DU1, octobre 2001.

³¹ Notamment, la *Task Force Informatique* (arrêté du DASS du 14.2.2002), composée de huit membres³¹ et présidée par la DGCASS, avec pour mission de valider les réactualisations du plan directeur informatique 2001-2005 et de suivre l'application des recommandations contenues dans le rapport de l'inspection cantonale des finances d'octobre 2001 ;

- La réalisation d'une expertise par le centre des technologies de l'information (CTI) et les HUG (mandat du DASS mars 2002) sur l'architecture du logiciel « Progrès » ses apports et dysfonctionnements.

- Un audit informatique de l'ICF (octobre 2002) dont l'objectif était l'analyse de la gestion du projet informatique par le SIS ainsi que le fonctionnement et la sécurité du logiciel « Progrès ».

- La Révision 2003-2005 du « schéma directeur informatique Implicite » (février 2003) afin de définir les bases de l'organisation du SIS ainsi que les canaux par lesquels les institutions peuvent solliciter ses services et instaurer un suivi des coûts humains et financiers par projet et par service.

- Mise en place des *nouveaux horaires des CASS* (arrêté du DASS du 5.2.2003, préavisé par la CC-CASS) après consultation par la DGCASS des autorités communales, des directions HG-FSASD-SSVG, des coordinateurs et du personnel des services d'accueil des CASS, des syndicats et des commissions du personnel, l'arrêté fixe des horaires d'ouverture adaptés à chaque CASS en fonction de la fréquentation des clients ;
- Réalisation d'une *étude de notoriété, d'image et de satisfaction de l'aide à domicile et des CASS*. Cette étude mandatée par la DGCASS, a été menée par un bureau externe dans le but de « faire un bilan sur la notoriété des divers acteurs du réseau socio-sanitaire du canton et de mesurer le niveau de satisfaction de sa clientèle ». Elle a donné lieu à un rapport daté de décembre 2003. Il ressort notamment de celui-ci que :
 - Les prestations des CASS restent encore mal connues de la population (67% des personnes interrogées citent uniquement l'aide au ménage) ;
 - 78% des personnes considèrent que leurs démarches ont été prises en charge rapidement par les collaborateurs des centres ;
 - 83% des personnes interrogées pensent que les CASS ne doivent pas proposer des services autres que ceux en rapport avec les soins et l'aide sociale (4% seraient favorables à la mise en place de guichets universels de renseignements, 4% souhaiteraient qu'ils permettent d'entreprendre des démarches administratives) ;
- Mise en place d'un *guichet universel dans les CASS*. Ce projet initié par le Conseil d'Etat et piloté par la Chancellerie devrait permettre dès avril 2004 de décentraliser 19 prestations dans les CASS³³.

➤ **Renforcement d'une vision commune entre les partenaires:**

- La signature d'une *Charte sur l'engagement des institutions et des services du DASS concernés par la réalisation du projet de proximité à travers les CASS*. Ce mandat a été attribué, en mai 2002, par le DASS aux présidents et directeurs de l'Hospice général, de la FSASD, des HUG, de la DGCASS et de la DGAS. Signé en août 2003, il définit notamment une mission, des valeurs managériales, professionnelles et stratégiques ainsi qu'une organisation et une communication communes.
- Un voyage au Canada (janvier 2003) avec l'ensemble des partenaires afin de visiter des centres locaux de services communautaires (CLSC) pendant canadiens des centres d'action sociale et de santé. Ce voyage a donné lieu à l'élaboration d'un rapport (sur mandat du DASS) relatif à des mesures concrètes à prendre afin de mettre en place une *nouvelle organisation des prestations dans les CASS* plus proche des besoins du quartier et à une réflexion sur la mise en place de nouvelles *structures faitières dans les CASS* donnant aux communes un rôle plus important dans le dispositif (juin 2003). Une nouvelle mouture de ce projet a été présentée par le Chef du Département au courant des mois d'octobre et de novembre 2003 aux partenaires. Il apparaît qu'à l'heure actuelle plusieurs d'entre eux s'interrogent sur le sens et la nécessité de cette nouvelle réforme.

➤ **Poursuite des réflexions entamées avant l'introduction de la LCASS en matière de lutte contre la violence et les incivilités :**

- Mise en place d'une *commission départementale pour la prévention et la gestion des incivilités dans les CASS* (arrêté du DASS, 2003). Composée de représentants de la

³³ Les prestations sont notamment les suivantes : changement d'adresse et de nom, perte des abonnements TPG et service des objets trouvés, authentification de diplômes, orientation et formation professionnelle, autorisation de commerce de vente au détail, autorisation pour manifestations festive, sportive, commerciale ou analogue, attestation fiscale, extrait du plan du registre foncier et attestation de propriété, attestation de non-poursuite, demande de logement subventionné, guichet PME-PMI, créateurs d'entreprises, centre d'accueil des demandeurs d'emploi, ligne d'information sur les Bilatérales, contrôle technique des véhicules sur Internet, vol ou perte de porte-monnaie.

DGCASS, de l'Hospice, de la FSASD, du SSVG, du LAVI et de la FAS'e, elle s'est réunie deux fois, en septembre et décembre 2003. Elle a pour mission d'émettre des recommandations en matière de prévention et de gestion des situations d'incivilités dans les CASS et de coordonner la circulation des informations entre les différents services des départements concernés.

➤ **Renforcement de la collaboration**

- Signature du mandat de collaboration *entre le département de psychiatrie des HUG et les CASS* (avril 2002) afin de faciliter les collaborations entre CASS et services psychiatriques HUG et Belle-Idée ;
- Signature du mandat relatif à la création d'un pool de spécialistes cliniques HUG/CASS (juin 2003) dans le but d'améliorer le suivi de la prise en charge des patients et d'éviter les redondances entre professionnels des HUG et des CASS.

➤ **Réalisation d'études et attribution de mandats**

- Réalisation d'une *évaluation quantitative et qualitative sur le rôle des infirmières de liaison et élaboration de tableaux de bords de suivi de leurs activités* (accord signé en juin 2003) ;
- Poursuite de l'*étude trajectoire et typologie des patients admis pour soins impossibles à domicile – SIAD-* (juin 2003).
- Réalisation d'une étude sur les *structures intermédiaires subventionnées offrant des prestations de jour : foyers de jour, maison de vacances, centre d'animation pour aînés* : étude mandatée par le DASS en septembre 2003 dans le but de déterminer la place spécifique occupée par ces structures dans le dispositif d'aide et de maintien à domicile

3.3 Synthèse

- La Commission cantonale ne joue pas un rôle de force de proposition.
- Le comité de la DGCASS est principalement un espace d'information, ses réunions sont suivies avec peu d'assiduité par ses membres.
- Le comité des locaux de la DGCASS est un espace important de coordination et d'information entre les différents partenaires.
- En l'absence de comité de coordination non encore établi, le comité des locaux des CASS remplit le plus souvent une fonction de coordination.
- Le processus de constitution des comités de gestion est lent, difficile et marqué par l'absence de procédure permettant de sélectionner les usagers.
- L'engagement des administrateurs a fait l'objet d'un long processus de consultation. La définition de sa fonction et de ses attributions n'a pas fait l'unanimité.
- Le transfert de l'accueil à la DGCASS et les nouvelles attributions des secrétaires-réceptionnistes sont la source de nombreuses critiques.
- Seule la Ville de Genève a conclu un accord formel de transfert des dossiers d'assistance individuelle vers l'Hospice général.
- Non réévalué depuis l'introduction de la LCASS, le budget de fonctionnement est resté inchangé malgré l'augmentation des effectifs du personnel. La répartition des charges de fonctionnement fait l'objet de négociations difficiles entre les partenaires.
- La mise en place d'un système d'information sociale rencontre des difficultés à la fois opérationnelles et liées à la coordination, à la répartition des compétences entre les partenaires et au manque de spécification des métiers.
- Un effort conséquent est consenti pour l'information. La mise sur pied d'une stratégie commune entre les partenaires a été source de conflit.
- Un travail important a été entrepris pour présenter une offre coordonnée de formation.
- Des actions sont menées de sorte à renforcer l'accessibilité des CASS et leur visibilité, une vision commune et la collaboration entre les partenaires

4 La mise en œuvre de la LCASS dans les CASS

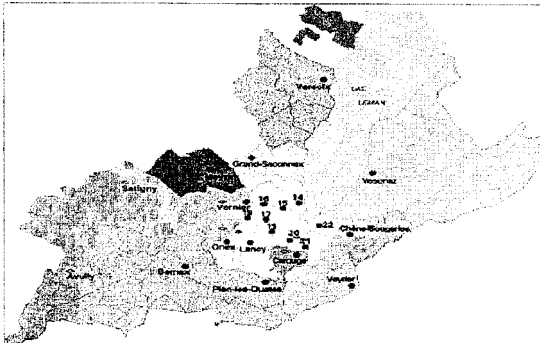
Pour aborder la question de la mise en œuvre de la LCASS, chacun des CASS a été visité, des entretiens de groupes y ont été menés, les responsables politiques communaux ont été invités à participer à des groupes de travail, le site Internet de chacune des communes a été analysé et des contacts téléphoniques ont été pris avec les administrations communales pour tenter de consolider les informations recueillies. Force est de constater qu'à l'issue de cet ensemble de démarches, le recoupement des informations ne peut être considéré comme valide et fiable. Des contradictions existent encore et toujours entre les propos des différents partenaires, comme il y a encore de nombreuses lacunes d'information quant au personnel communal affecté aux questions sociales ou au transfert de dossiers d'action individuelle à l'Hospice. Cette difficulté est cependant en elle-même instructive. Il en sera tenu compte au cours de l'analyse menée dans ce chapitre.

Celui-ci vise à faire le bilan de la mise en œuvre de la loi dans les CASS, du point de vue de leur localisation, de leur dotation en personnel et de l'évolution de celle-ci depuis l'entrée en vigueur de la loi. Ce chapitre vise également à mettre en évidence l'accueil réservé au niveau communal aux modifications apportées par la LCASS, en particulier dans le domaine du partage des compétences entre l'Etat et les communes.

4.1 La couverture du territoire

Structures polycentrées les CASS sont répartis en 22 secteurs socio-sanitaires³⁴ du territoire³⁵, comprenant chacun un centre d'action sociale et de santé. Deux exceptions sont cependant à souligner. Le CASS de Saint-Jean/Charmilles qui couvre deux secteurs géographiques ainsi que le Mandement, unique antenne sur le Canton à ne pas posséder de centre sur son secteur³⁶. Il est à noter que cette répartition géographique n'est pas nouvelle puisqu'en 1999, les 22 secteurs socio-sanitaires existaient déjà³⁷. Par ailleurs, signalons que même s'il existe une forte concentration géographique de CASS en Ville de Genève, ceux-ci sont appelés à répondre aux besoins d'une population par secteur plus élevée (23'000 individus) qu'à l'extérieur de la Ville (19'000 personnes)³⁸.

Figure 1 : Localisation actuelle des CASS du canton



³⁴ Arrêté du Conseil d'Etat du 28 avril 2003 relatif au subventionnement des communes pour la mise à disposition des CASS.

³⁵ Il est à noter que certains CASS possèdent une ou plusieurs antennes.

³⁶ L'antenne du Mandement est rattachée au CASS de Meyrin.

³⁷ Evaluation 2000, Ores Conseil, Marthe Erismann.

³⁸ Chiffres disponibles au 31.12.2003 (arrondis).

Tableau 2 : Les 20 CASS et leurs antennes couvrant les 22 secteurs socio-sanitaires

1 Versoix	7 Plan-les-Ouates	14 Pâquis
2 Gd-Saconnex	8 Onex	15 Grottes
3 Meyrin (+ Prulay + Mandement)	9 Lancy (+ Clochetons)	16 Servette / Petit-Saconnex
4 Vernier (+ Lignon + Avanchets)	10 Carouge (+ Allobroges)	17/18 Saint-Jean/Charmilles
5 Ant. Mandement, Satigny)	11 Veyrier/Troinex	19 Jonction
6 Bernex (+ Avully)	12 Les Trois-Chêne	20 Plainpalais / Acacias (+ Pont d'Arve)
	13 Vésénaz	21 Champel
		22 Eaux-Vives

Légende : Les CASS de la Ville de Genève sont signalés en gras et italique

4.2 Les missions et l'organisation des CASS

L'un des objectifs de la LCASS est d'offrir des prestations équivalentes sur l'ensemble du territoire genevois en tenant compte et en s'adaptant aux besoins spécifiques de la population. Ainsi pour l'ensemble du territoire genevois, les missions des CASS, définies en 1999, lors du 2^{ème} programme quadriennal de l'aide à domicile, sont les suivantes :

- Fournir l'information sociale et de santé à la population ;
- Offrir des prestations d'aide sociale et financière, d'aide et de soins à domicile aux habitants du secteur géographique concerné ;
- Favoriser la circulation de l'information sociale et de santé entre les différents partenaires publics et privés installés dans le secteur ;
- Détecter les besoins sociaux et de santé de la population du secteur ;
- Mener des actions de prévention et d'éducation pour la santé, en collaboration avec les services publics et privés d'action sociale et de santé ;
- Contribuer à l'amélioration des prestations d'action sociale qui découlent de la politique sociale ;
- Assurer la continuité de la prise en charge des clients momentanément hospitalisés, tant sur le plan de l'aide sociale et financière que du soutien à l'entourage ;
- Rechercher la collaboration des familles et de l'entourage du client ;
- Favoriser la collaboration avec les milieux associatifs et oeuvrant dans le domaine socio-sanitaire et les organisations de bénévoles ;
- Collaborer avec les autorités communales et leur dispositif de proximité.

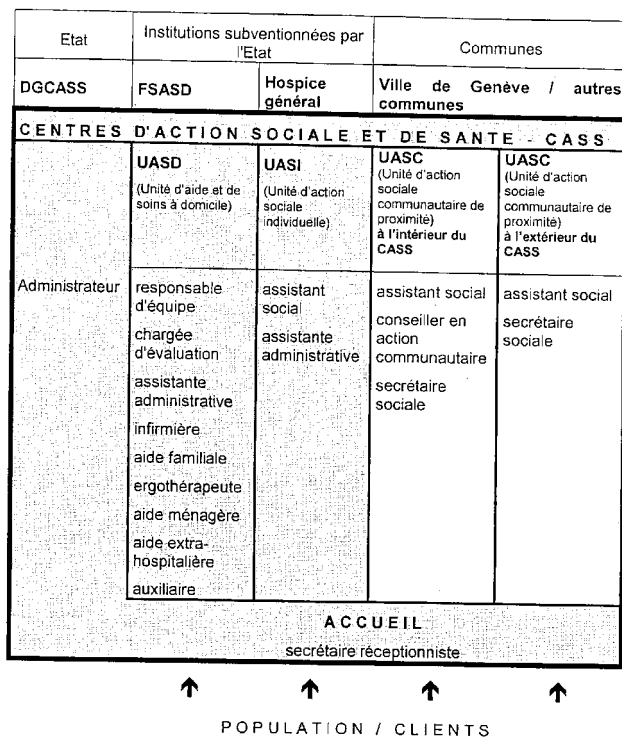
Par ailleurs, la loi prévoit que les CASS soient organisés en trois unités et un service d'accueil dépendants de quatre partenaires (schéma 1). Chaque partenaire a sous sa responsabilité des équipes de tailles différentes. Le personnel de la FSASD, représente 85.6% de l'ensemble du personnel ; l'Hospice général, 9.9%, et la DGCASS, 4.5%.³⁹

Dans son esprit, le législateur a souhaité regrouper l'ensemble des prestations relevant du social et de la santé en un lieu unique de sorte à faciliter l'accessibilité des prestations et à assurer une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire genevois divisé en secteurs.

Dans les faits, le regroupement des équipes dans les CASS de l'Hospice général, de la FSASD et des communes n'est à ce jour pas réalisé. Les entretiens sur place ont en effet mis en relief que, en dehors de la Ville où le projet est en cours de réalisation, rares sont les cas où il y a un réel regroupement géographique et physique entre les représentants des différentes équipes, à l'exemple de Bernex, Onex ou Carouge. Par ailleurs, il est fréquent que les collaborateurs soient sur plusieurs étages et ne se rencontrent pas ou que le CASS dispose d'une antenne où une seule équipe est représentée.

³⁹ Les pourcentages ont été calculés sans tenir compte du personnel des communes. Les données n'étant à ce jour malheureusement pas fiables.

Schéma 1 : les unités des CASS



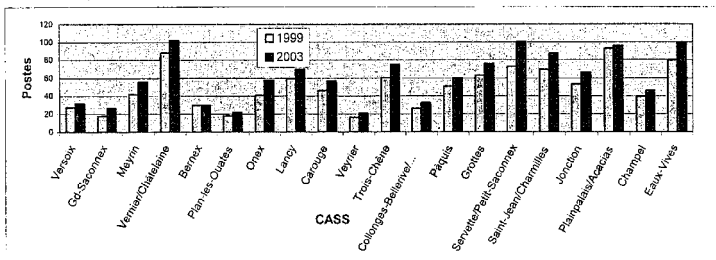
4.3 L'évolution des postes et des dossiers

Une analyse par institution, fait apparaître que les dotations en termes de postes équivalent plein temps, durant la période 1999-2003, ont augmenté de manière significative pour l'Hospice général. Elles passent de 70 à 117.4 postes, soit une augmentation de 68.9%. La croissance est plus faible pour la FSASD où les postes passent de 862.6 à 1012, soit une augmentation de 17.3%. Cette croissance doit être mise en relation avec l'évolution, durant la même période, du nombre de dossiers traités par chacune des institutions. Celui-ci à augmenté de 37.6 % pour l'Hospice général tandis que le nombre de clients de la FSASD a augmenté de 2%.

La croissance des effectifs de l'Hospice général est à mettre en relation, avec l'évolution des problèmes sociaux et avec l'obligation qui lui est faite de traiter de nouveaux dossiers en vertu de la répartition des compétences instituée par la LCASS.⁴⁰

L'analyse de l'évolution des postes de travail par CASS (équipes de la FSASD et de l'Hospice confondus) fait apparaître que celle-ci est non linéaire d'un CASS à l'autre. Ainsi, si les effectifs de certains CASS n'ont pas, ou peu, évolué (Bernex, + 0% ; Plainpalais/Acacias, + 3.7%), d'autres ont fortement augmenté (Grand-Saconnex, +47,8% ; Onex, + 41.8% ; Servette/Petit-Saconnex, +38%).

Tableau 3 : Evolution des postes par CASS entre 1999 et 2003 (équipes FSASD et HG confondus)



Relevons par ailleurs que l'évolution du personnel pour chacune des unités varie aussi d'un CASS à l'autre, comme le montre le tableau suivant (tableau 4). Par exemple à Onex, le personnel de la FSASD a augmenté de 45.9% et de 13.9% pour l'Hospice ; à Collonges-Bellerive cette augmentation est de 15.7% pour la FSASD et de 35.7% pour l'Hospice, tandis qu'à Eaux-Vives elle est de 5.7% pour la FSASD et de 137.5% pour l'Hospice.

Tableau 4 : Evolution des postes par CASS entre 1999 et 2003 pour chaque unité

Secteur	CASS	FSASD postes 1999	FSASD postes 2003	FSASD Croiss. 99-03 (en %)	Hospice postes 1999	Hospice postes 2003	Hospice Croiss. 99-03 (en %)
1	Versoix	22.2	25.4	14.4	3.5	4.1	17.1
2	Gd-Saconnex	17.8	23.2	30.3	0.0	1.4	140.0
3/5	Meyrin	35.5	45.0	26.8	4.2	7.6	81.0
4	Vernier/Châtelaine	76.1	82.2	8.0	7.9	14.5	82.9
6	Bernex	26.6	26.4	-0.8	1.5	1.4	-6.7
7	Plain-les-Ouates	14.4	18.2	26.4	1.8	2.2	22.2
8	Onex	35.1	51.2	45.9	4.0	4.5	13.9
9	Lancy	55.6	60.8	9.3	2.7	5.0	85.2
10	Carouge	41.1	48.2	17.2	3.3	5.1	54.5
11	Veyrier	14.4	18.0	24.7	0.7	1.2	71.4
12	Trois-Chêne	54.1	65.4	20.9	4.4	7.3	64.8

⁴⁰ Ainsi, entre 2002 et 2003, les dossiers financiers (assistance publique et avances AI/OCPA) ont augmenté de 10% et les dossiers non financiers de 71%. (Source : indicateurs de suivi des clients et des prestations 2003, Hospice général).

Secteur	CASS	FSASD postes 1999	FSASD postes 2003	FSASD Croiss. (en %)	Hospice postes 1999	Hospice postes 2003	Hospice Croiss. (en %)
13	Collonges-Bellerive/Vésenaz	24.8	28.7	15.7	0.8	1.9	137.5
14	Pâquis	39.0	43.7	12.1	6.7	10.4	55.2
15	Grottes	53.2	63.2	18.8	4.8	7.1	47.9
16	Servette/Petit-Saconnex	63.9	87.3	36.5	3.6	7.0	94.4
17/18	Saint-Jean/Charmilles	61.3	71.6	16.8	3.8	6.6	73.7
19	Jonction	43.1	53.7	24.6	4.2	7.2	71.4
20	Plainpalais/Acacias	79.6	78.4	-1.6	6.0	11.0	83.3
21	Champel	33.9	39.6	16.8	1.4	2.7	100.0
22	Eaux-Vives	70.9	82.0	15.7	4.3	9.3	116.3
TOTAUX		862.6	1012.0	17.3	69.5	117.4	68.9

S'il apparaîtrait qu'il n'y a pas de lien direct entre l'augmentation de la population par secteur et les dotations par CASS, en l'absence d'information sociale permettant d'analyser les besoins par secteur ou de critères permettant de déterminer le poids de la charge réelle des dossiers il n'est pas possible en l'état, de tirer des conclusions sur ces informations.

4.4 L'action sociale communautaire

Dans le but d'assurer une meilleure répartition des tâches entre Etat et communes et afin de garantir une meilleure équité dans l'offre des prestations, la LCASS a opéré un important transfert de compétences en attribuant, prioritairement, aux communes l'action communautaire de proximité, laissant à l'Hospice, prioritairement, l'action sociale individuelle.

Dans tout le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la LCASS, les communes ont été associées. Elles sont aujourd'hui représentées dans la CC-CASS par trois magistrats communaux⁴¹ et dans la CG-DGCASS par le Secrétaire général de l'ACG et le directeur du SSVG. Elles sont par ailleurs régulièrement informées et consultées par l'ACG sur le processus en cours dans le cadre d'un groupe de travail centré sur la question, ainsi qu'en assemblée plénière. Dès le début du processus, la distinction entre prestations sociales individuelles et communautaires, n'a pas fait l'unanimité au sein des communes, à l'exception de la Ville de Genève, la différenciation entre ces deux notions et le rôle de chaque partenaire étant considérés comme peu clairs. De plus, tout en reconnaissant la nécessité d'une équité cantonale en termes de barèmes, à l'unanimité les représentants communaux ont souhaité que la spécificité communale soit respectée et qu'une politique sociale ne leur soit pas dictée par le canton.

En Ville de Genève

Dès le début du processus la Ville de Genève s'est démarquée de l'ensemble des communes. Ceci n'est pas surprenant si l'on se souvient que la Ville, en l'occurrence son service social (SSVG), a influencé la teneur de la LCASS.

En fort développement (augmentation considérable des prestations financières individuelles, passant de 9 millions en 2000 à 14 millions en 2003⁴², recrutement de nombreux nouveaux collaborateurs), le SSVG a souhaité réduire les évaluations de situations de clients qui se faisaient parfois à double entre son service et celui de l'Hospice général et développer une politique d'action communautaire. Dans ce sens, depuis l'entrée en vigueur de la LCASS, le

⁴¹ Il s'agit d'un représentant de l'ACG, d'un représentant de la Ville de Genève et d'un représentant d'une petite commune.

⁴² Dominique Felder, "SSVG, Evaluation, bilan et perspectives", Septembre 2003.

SSVG a consenti un effort important à la définition d'une politique sociale communautaire. Il a ainsi mis en place deux équipes pluridisciplinaires dès octobre 2002 dans les CASS "pilotes" de Saint-Jean/Charmilles et des Eaux-Vives. Une troisième équipe a été créée dans le CASS des Grottes en février 2003. Ces équipes pilotes sont constituées de professionnels formés et/ou expérimentés en projets communautaires et ont été engagées dans un premier temps en plus de l'effectif qui a continué à s'occuper jusqu'à fin 2003, de l'assistance individuelle. Afin de s'assurer de la formation de ses nouveaux collaborateurs, une formation qualifiante en cours d'emploi, axée sur les projets à mettre en œuvre, a été négociée par la Ville de Genève avec le Bon-Secours et le CEFOC⁴³. De plus, deux études - qualitative et quantitative - portant sur les besoins de la population des deux premiers CASS pilotes, ont été confiées à l'Université de Genève.

Depuis, certains projets ont été mis en place notamment en collaboration avec le Département de gériatrie des HUG (projet de prévention des chutes auprès des personnes âgées), en collaboration avec le Groupe Sida Genève (prévention au centre d'injection « Quai 9 » du quartier des Grottes) ou en collaboration avec la délégation à la petite enfance, la délégation à la jeunesse et les cuisines scolaires.

Sur la base de ces premières expériences, des équipes d'action communautaire ont été mises en place dans les CASS tout au long de l'année 2003. Pour 2004, une équipe pluridisciplinaire composée d'assistants sociaux, de conseillers en action communautaire et de secrétaires sociales, devrait être opérationnelle dans chacun des 8 CASS de la Ville. Au niveau de la dotation du personnel, cela représente 34 postes de conseillers en action communautaire (assistants sociaux, animateurs socio-culturels, infirmières en santé publiques, secrétaires) dans les CASS ainsi que 3 postes au niveau de la direction (adjoints et secrétaire rattachés au service).

Par ailleurs, la Ville de Genève continuera à mettre à disposition de ses citoyens des prestations d'aide financière complémentaires à celles octroyées par les barèmes de l'Etat. Celles-ci concernent notamment des allocations sociales ponctuelles accordées durant une période définie, un soutien ponctuel conséquent unique pour éviter par exemple la détérioration d'une situation difficile ou la prise en charge des frais de restaurants scolaires. L'évaluation et le suivi de ces dossiers incombera néanmoins aux assistants sociaux de l'Hospice général dans le cadre des unités d'aide sociale individuelle des CASS.

Dans les autres communes

En ce qui concerne les autres communes du canton, la situation est à peu près aussi différenciée qu'il y a de communes. Nombreuses sont celles qui avant l'entrée en vigueur de la LCASS offraient des prestations dans le domaine de l'aide sociale. Soit elles avaient leur propre personnel communal, soit elles traitaient la question dans le cadre de structures intercommunales. Certaines communes en fin d'éléguaient cette tâche à l'Hospice général. Par ailleurs, un certain nombre de communes étaient déjà actives dans la mise en place d'actions communautaires dans le domaine de la santé avant que la loi leur attribue cette compétence (Bernex, Onex par exemple).

Aujourd'hui, il est extrêmement difficile pour beaucoup de représentants communaux comme pour leurs responsables administratifs de donner des informations fiables sur l'action à la fois individuelle et communautaire menée au niveau communal. En l'absence de comptabilité analytique et de suivi spécifique des dossiers, il n'est pas possible, nous disent-ils, de chiffrer avec exactitude l'aide sociale individuelle communale. Ce d'autant plus qu'il est difficile pour les petites communes d'estimer le temps réel affecté aux questions de politique sociale, le personnel communal étant polyvalent et assumant plusieurs fonctions. Quelque soit la taille des communes il est par ailleurs peu aisé pour les élus de définir le champ de la LCASS. Ceci explique les lacunes d'information qui persistent dans les données.

⁴³ Centre d'études et de formation continue dépendant de l'Institut d'Etudes Sociales (IES) de Genève

Les tableaux permettant de synthétiser les informations CASS par CASS sont cependant présentés dans l'annexe 9. La difficulté rencontrée par l'équipe d'évaluation au cours de la récolte de l'information est en elle-même un enseignement éclairant de la situation actuelle. Cette absence de transparence sur la question de l'intervention individuelle communale peut notamment s'expliquer par un manque de suivi des dossiers, par une stratégie permettant à chacun de maximiser sa marge de manœuvre ou enfin par la difficulté à circonscrire le champ d'intervention du social voire à le compartimenter. Les données recueillies permettent cependant la mise en évidence d'un dénominateur commun entre les communes : la très grande majorité d'entre elles apporte un appui individuel aux populations en difficulté et ce le plus souvent en complément des aides attribuées par l'Hospice. Par ailleurs, certains magistrats remettent en cause la rigidité des barèmes appliqués et beaucoup soulignent que les personnes précarisées « reviennent à eux en désespoir de cause ».

Face au constat relatif au manque de couverture de l'ensemble des besoins de la population et à l'insuffisance d'un travail de proximité de qualité, certains magistrats envisagent d'engager du personnel communal, tandis que d'autres rappellent qu'ils n'ont pas de structure sociale et que mener une action communautaire nécessite la mobilisation de ressources, la mise en place de structures nouvelles, voire la mise en place de collaborations intercommunales. Les entretiens réalisés permettent également de mettre en évidence le fait que pour certains élus il est difficile de distinguer l'action communautaire réalisée dans le cadre de la LCASS de celle offerte sous l'égide de la Fondation genevoise pour l'animation socio-culturelle (FAS'e). En effet, les populations cibles de ces politiques publiques sont similaires et un certain nombre d'objectifs très proches (annexe 10).

De plus, les informations recueillies sur le site Internet des communes sous la rubrique « action sociale » font apparaître que même les rares communes qui mènent des actions communautaires citées en exemple par les promoteurs de la LCASS ne le mentionnent pas. Seule la commune de Carouge signale des « interventions de type communautaire ». De fait, une grande partie des magistrats communaux considèrent toujours artificielle la distinction entre travail social communautaire et travail social individuel. Par ailleurs, nombreux sont ceux à vouloir conserver une tâche pour laquelle ils estiment avoir de réelles connaissances. Interrogés sur la question de l'équivalence de l'offre en matière socio-sanitaire la très grande majorité souligne qu'étant entendu que les choix opérés en matière de politique sociale sont largement dépendants des options politiques communales, il est évident qu'il n'y aura jamais sur le territoire genevois une homogénéité de l'offre dans ce domaine et que seules certaines prestations seront offertes de manière équivalente sur l'ensemble du territoire.

Enfin, en ce qui concerne les locaux (rénovations, nouvelles constructions, installations de nouveau mobilier, etc.) des transformations ont eu lieu en 2002 et tout au long de 2003⁴⁴ et elles se poursuivent actuellement. Planifiés par le canton et partiellement subventionnés par lui, ces travaux sont placés sous la responsabilité des communes (cf. LCASS art. 5). Dans ce domaine, notons que si les magistrats communaux comprennent la nécessité de mettre à disposition du personnel des CASS des espaces adéquats à leur travail, ils s'interrogent sur leurs compétences réelles à partir du moment où, disent-ils, « on n'a qu'à exécuter les plans décidés ailleurs ».

⁴⁴ Notamment : regroupement du CASS des Trois-Chêne et de celui des Eaux-Vives, nouveaux locaux pour le CASS de Collonges-Bellerive et de Champel, nouvelle antenne pour le CASS de Carouge et de Meyrin, projet de nouveaux locaux pour le CASS de Vernier.

4.5 Synthèse

- Les 22 secteurs socio-sanitaires préexistaient à la loi de 2001. Les 8 CASS de la Ville de Genève couvrent en moyenne une population plus élevée que celle des autres communes.
- L'objectif de regroupement des unités de l'Hospice, de la FSASD et des communes en un seul lieu n'est pas atteint.
- En l'absence de critères unifiés, valides et validés permettant de déterminer la charge réelle des dossiers, il est impossible de tirer des conclusions sur les dotations en personnel des CASS.
- Il est difficile d'avoir des informations fiables sur l'action sociale communale.
- La distinction entre prestations individuelles et communautaires est contestée et la répartition des tâches souhaitée entre l'Hospice et les communes n'est formellement réalisée qu'en Ville de Genève.
- Pour les élus communaux, la distinction entre les actions à mener dans le cadre de la LCASS et sous l'égide de la FAS'e n'est pas évidente.
- La très grande majorité des communes apporte un appui financier aux personnes qui n'entrent pas dans les barèmes de l'Etat.
- Peu d'actions communautaires ont été mise en place sous l'égide de la LCASS.
- Face à l'engagement varié des autorités communales, l'équivalence de l'offre de prestations sur le territoire genevois n'est pas atteinte.

5 La perception des acteurs

Après avoir décrit aux chapitres précédents, le contexte actuel de la mise en œuvre de la loi, ce chapitre vise à mettre en évidence la perception que les acteurs, directement concernés, ont des CASS, de la loi et de sa mise en œuvre. Que cette perception soit ou non vérifiée par les faits, elle représente un élément substantiel de la mise en œuvre de la politique déployée. Révélatrice du climat d'intervention des acteurs, elle est en effet susceptible d'interférer sur les actions menées.

Afin de faire émerger les principales tendances de cette représentation, les réponses récoltées dans le cadre des entretiens semi-directifs et des entretiens de groupe ont été examinées à travers des grilles d'analyses organisées, sur la base des questions posées, par thèmes et par catégories d'acteurs (acteurs stratégiques⁴⁵ - décideurs - et acteurs opérationnels - chargés de la mise en œuvre de la politique au sein des CASS). Tout en garantissant l'anonymat des réponses, s'il apparaît que l'appartenance institutionnelle des acteurs a une incidence sur leur perception, l'information sera présentée.

Ce chapitre est structuré en 3 parties. Dans la première nous présentons la perception que les acteurs ont des nouvelles fonctions introduites par la LCASS et de l'incidence de celles-ci sur le rôle qu'ils remplissent. La LCASS introduit de nouvelles répartitions de compétences, crée et modifie des espaces de décision et vise le renforcement de la coordination. L'information et la collaboration étant des conditions *sine qua non* de la coordination, ces thèmes sont abordés en deuxième partie de ce chapitre. Toutes les réorganisations ont été entreprises au nom d'une harmonisation des prestations, de la qualité d'un service de proximité et de la réponse aux besoins de la population. La question de la perception des acteurs sur l'atteinte de ces objectifs sera traitée en 3^{ème} partie.

5.1 La perception des acteurs sur les rôles introduits par la LCASS

Les administrateurs

Nouvelle fonction introduite par la LCASS et placée sous la direction de la DGCASS, la fonction d'administrateur fait l'objet de nombreuses interrogations.

Il ressort des propos de la grande majorité des acteurs entendus, autant stratégiques qu'opérationnels, que le rôle de l'administrateur relève avant tout de la gestion de l'intendance. Perçu principalement comme un responsable des locaux, du matériel et de l'économat, plus que de l'accueil, de la coordination ou de la collaboration entre les unités, il est souvent assimilé à un « super-concierge » par les collaborateurs des CASS.

Son rôle est considéré comme peu clair, « *on ne sait pas ce qu'il fait et à quoi il sert* » et il est souvent présenté comme un acteur non indispensable au bon fonctionnement des centres. « *Trop bien rémunéré* » pour certains, « *trop intrusif* » pour d'autres, il est de manière générale plus perçu comme un frein à la collaboration que comme un facilitateur de cette dernière. « *A force de vouloir nous faire collaborer et de vouloir nous mettre ensemble, c'est l'effet inverse qui se produit* ». Placé sous la responsabilité directe de la DGCAS, l'administrateur est souvent considéré comme un corps étranger chargé de faire appliquer des réglementations et des modes de travail qui ne font pas l'unanimité. Ainsi beaucoup ont le sentiment : « *qu'il est là pour contrôler* » ou, que « *c'est l'oeil de la DGCASS* ». Ne

⁴⁵ Les acteurs stratégiques regroupent les catégories de personnes suivantes : présidents, directeurs, cadres supérieurs, représentants des communes et du Service social de la Ville de Genève, représentants de la Commission cantonale des CASS, personnalités politiques, représentants des syndicats. Les opérationnels sont représentés par les cadres opérationnels des institutions ainsi que par les collaborateurs des CASS rencontrés : soit les équipes de la FSASD, de l'HG ainsi que le personnel de la DGCASS (administrateurs de CASS et personnel du service d'accueil).

donnant, pour certains, qu'un faible feed-back à leurs actions, ayant du mal à informer les collaborateurs dans les délais, sans pour autant pouvoir vraiment définir de quelles informations il est réellement responsable, l'administrateur est ressenti comme un relais inadapté de l'information. La comparaison réalisée par beaucoup entre le coordinateur, professionnel du terrain, et l'administrateur n'est pas à l'avantage de ce dernier, considéré comme moins proche de la réalité, moins à l'écoute, moins en contact avec les collaborateurs et de ce fait moins bon vecteur de communication. Il est à noter que l'ensemble de ces remarques concerne la fonction d'administrateur et pas l'individu qui l'assume. Certains soulignent d'ailleurs les qualités humaines de leur administrateur.

Conscients de ne pas faire l'unanimité et parvenant avec difficulté à définir leur rôle, les administrateurs perçoivent clairement les difficultés mentionnées. Ils les expliquent, pour la plupart, par leur manque de pouvoir et leur impossibilité à intervenir de façon directe auprès du personnel des CASS, étant contraints de respecter la voie hiérarchique propre à chaque institution. « *S'il y a des problèmes et que les gens ne collaborent pas d'eux mêmes, je ne peux que m'en référer à la hiérarchie puisque je n'ai pas de moyens de contrainte* ». Ou encore, « *si je veux faire passer une idée, je ne peux que proposer et tenter de négocier, c'est un travail qui doit se faire en finesse, en prenant des pincettes, dans le cas contraire on risque de me répondre que je ne suis pas leur chef* ». L'absence de répondant hiérarchique sur le terrain au niveau de l'Hospice complexifie, selon de nombreux administrateurs, encore cette tâche. Dans ce contexte, contrôler le respect des missions, instaurer une collaboration entre les unités lorsqu'elle n'est pas souhaitée ou encore informer correctement le personnel semble être une tâche d' difficilement réalisable. Seule une fonction de directeur de CASS, d'ailleurs attendue par certains, devrait à leur sens, leur permettre d'avoir les moyens de faire respecter leur cahier des charges. Dans ce sens et bien que tous les acteurs ne soient pas d'accord sur le développement à donner à la fonction d'administrateur, tous reconnaissent qu'à l'heure actuelle ce rôle est inconfortable, mal défini et dès lors, difficilement tenable sur la durée.

Si pour l'ensemble des acteurs stratégiques et opérationnels de l'Hospice, l'administrateur est un « *passage obligé* » du fait notamment de sa fonction de responsable de l'accueil, cette perception n'est pas partagée par les représentants de la FSASD qui gèrent de façon autonome la réception des demandes. Moins en contact avec lui à l'exception des responsables d'équipe, il est pour eux un « *acteur marginal* » du dispositif des CASS, certains allant jusqu'à demander « *qui est-ce ?* », ou affirmer : « *je ne l'ai jamais rencontré* ».

Du côté des représentants des communes, les avis sont très partagés. Dans de rares cas un contact s'est établi et une collaboration existe. En cas de collaboration à l'instar des responsables de la Ville, les responsables communaux se félicitent d'avoir « *un vrai interlocuteur qui facilite le travail, notamment en centralisant les demandes* ». Sinon, la relation oscille entre l'ignorance réciproque et le conflit. La majeure partie des responsables communaux a des contacts avec les CASS à travers les chefs de secteurs, les directeurs de secteurs ou les représentants de l'une ou l'autre des institutions qu'ils invitent à participer aux réunions de coordination sur les questions de proximité qu'ils organisent.

Les secrétaires-réceptionnistes

Les appréciations assez diverses du rôle des secrétaires-réceptionnistes s'expliquent très certainement par le lien que chacun des acteurs a avec ce service.

Ainsi, si les changements intervenus ont fortement touché les équipes de l'Hospice général qui ont dû s'adapter à une nouvelle répartition des tâches, ceux-ci n'ont pas réellement interféré sur le mode de fonctionnement des collaborateurs de la FSASD. Faiblement en contact avec le service d'accueil qui ne reçoit que peu d'appels destinés à l'aide et aux

soins⁴⁶, certains collaborateurs ont affirmé ne pas avoir perçu de modifications à l'accueil. Il n'en est pas de même pour le personnel de l'Hospice général qui se dit insatisfait par la réorganisation, affirmant que par le passé, le travail de l'accueil constituait un appui, alors qu'à l'heure actuelle, il est un obstacle à la qualité de leur travail. « *Nous perdons beaucoup de temps à former des personnes démunies face à des situations dont elles ne saisissent pas le degré d'urgence* », « *le service d'accueil nous adresse des personnes qui auraient dû être aiguillées vers d'autres services et qui ne l'ont pas été par manque de connaissance du réseau social et des prestations fournies* ». Autant de facteurs qui expliquent selon eux leur surcharge de travail et l'allongement des délais pour obtenir un rendez-vous.

Le flou autour de la fonction de secrétaires-réceptionnistes est également relevé par ces dernières. Ainsi à la question « pouvez-vous nous définir votre rôle », toutes, à de rares exceptions, ont répondu que celui-ci est à l'heure actuelle indéterminé variant d'un CASS à l'autre. « *On est plus informées sur ce qu'on ne doit pas faire que sur ce qu'on peut faire* ». Dans ce sens un fort questionnement est apparu quant à certains éléments de leur cahier des charges. « *Chacun attend de nous des choses différentes, les uns veulent qu'on s'implique plus, les autres moins* ». « *On doit gérer une demande simple, mais c'est quoi une demande simple ?* ». Le peu de clarté de leur situation et le sentiment d'une perte de reconnaissance de leurs compétences en matière sociale, expliquent que certaines d'entre elles, principalement les anciennes secrétaires sociales, envisagent de quitter leur poste.

Les assistants sociaux de l'Hospice général

Bien que le rôle des assistants sociaux, n'ait pas fondamentalement changé depuis l'introduction de la LCASS⁴⁷ et que chacun reconnaisse la qualité de leur travail et leur engagement, il est important de souligner qu'au nom d'un partage de compétences entre canton et communes et à cause de la distinction faite entre action sociale individuelle et collective, les assistants sociaux doivent aujourd'hui assumer des tâches nouvelles qui relèvent de la prise en charge des personnes âgées⁴⁸. Cette nouvelle mission soulève la question de la collaboration avec les acteurs de la FSASD et pose celle de la préparation des assistants sociaux à assumer cette tâche. Nombreux sont ceux qui affirment « *ne pas être, à la base, préparés pour intervenir auprès des personnes âgées* » et soulignent que ce type d'intervention modifie leur conception de la prise en charge du client : répondre à une demande ou la devancer, intégrer en incitant l'autonomie ou accompagner des personnes de plus en plus dépendantes. Cette situation est mal vécue par un grand nombre d'assistants sociaux. « *Ce n'est pas notre rôle d'assister les gens plus que nécessaire (...) le monde des soins et celui du social sont fondamentalement différents au niveau de l'approche et de l'objectif du travail : les soignants se substituent à un déficit du client ; nous essayons de mobiliser le plus possible leurs ressources et de les inciter à garder leur autonomie.* »

Quelque soit cependant la volonté des assistants sociaux de prendre en charge ce nouveau rôle, tous soulignent que le manque d'effectifs ne permet pas d'assumer les tâches de proximité attendues d'eux. C'est la raison pour laquelle, dans de nombreux CASS une partie de cette tâche est déléguée aux assistantes administratives qui peuvent être appelées à se rendre au domicile des clients. Ceci entraîne une redéfinition de leur mission⁴⁹. Dans d'autres cas, certains collaborateurs de la FSASD signalent qu'en l'absence de disponibilité des assistants sociaux ils finissent par s'adresser à d'autres partenaires. « *Il faut tellement de temps pour obtenir un rendez-vous avec les assistants sociaux, complètement débordés, qu'on finit par laisser tomber et faire une demande à ProSenectute* ».

⁴⁶ Lors des entretiens la plupart des collaborateurs ont estimé à 10% au maximum le nombre d'appels transitant par le service d'accueil.

⁴⁷ Leurs principales missions sont : recevoir, écouter, analyser et traiter les demandes d'aide sociale et financière des clients ; informer, accompagner et soutenir les clients ; travailler avec les partenaires de réseau.

⁴⁸ Loi sur l'assistance publique, art. 21A, a.i.a.

⁴⁹ Leur mission actuelle est de traiter toutes les questions administratives et financières déléguées par les assistants sociaux.

Par ailleurs, beaucoup s'interrogent sur le sens de la séparation entre travail individuel et collectif et mettent en évidence l'appauvrissement que cette distinction risque d'apporter dans la réponse aux besoins. « *Comment voulez-vous faire du communautaire sans connaître les problèmes individuels ?* ». Cette modification risque d'entraîner, selon les assistants sociaux, une perte dans leur fonction en les cantonnant de plus en plus souvent dans un rôle de distributeurs d'argent. Beaucoup soulignent également que la forte rotation du personnel exige la reconstitution des équipes. Ceci demande de passer du temps à encadrer les nouveaux venus. C'est également, selon eux, un facteur explicatif de leur surcharge de travail et de leur impossibilité, dans certains CASS, à répondre rapidement aux demandes. Par manque de temps, beaucoup soulignent enfin, ne plus pouvoir assurer un réel suivi des situations et apporter leur contribution à la construction de projets individuels de réinsertion.

5.2 La perception de l'information, de la collaboration, de la coordination et des espaces de décision

L'information

De façon générale, l'information qui suit la voie hiérarchique à l'intérieur de chaque institution, est fournie au niveau opérationnel par les responsables de secteurs qui représentent les principaux vecteurs de communication ainsi que par les responsables d'équipes pour l'unité d'aide et de soins. Par ailleurs, chacune des institutions s'est dotée de supports d'informations variés (tableaux d'affichage, mails, courrier, pelles, publications interne, dépliants, etc.). Si les acteurs rencontrés se disent satisfaits de l'information qui leur est fournie à l'intérieur de leur institution, ils sont aussi nombreux à regretter de n'avoir que de rares « *feed-back* » sur les informations, avis et propositions qu'ils transmettent à leur hiérarchie respective, ce qui leur donne le sentiment d'être peu écoutés : « *si on donne notre avis on ne sait pas où ça va et ce qu'on en fait* ». « *Quant on nous consulte, on n'a pas réellement l'impression d'être entendus* ».

Une surabondance d'informations est par ailleurs souvent évoquée. Elle est attribuée soit à la redondance des informations, souvent identiques, fournies par la DGCASS et les institutions, soit par des revirements décisionnels.

De plus, nombreux sont ceux qui soulignent à regret que le contenu des informations relève très rarement de questions stratégiques. Ce qui peut expliquer, le sentiment de malaise et d'incertitude qui prévaut auprès des collaborateurs quant au futur des CASS et de leur institution. Cela peut également expliquer l'incompréhension de certaines réformes et de leur sens.

A l'intérieur des CASS, les informations inter-unités semblent faibles. Certains soulignent que les prestations propres à chaque unité sont mal connues par les autres partenaires. Il en va de même des informations relatives au fonctionnement interne des CASS (nouveaux collaborateurs, présences et absences de chacun) particulièrement difficiles à obtenir notamment par les administrateurs qui se plaignent d'ailleurs, pour certains, de ne « *même pas connaître le nombre des collaborateurs de leur CASS* ».

Les acteurs stratégiques pour leur part, partagent l'analyse concernant la surabondance d'informations. Par ailleurs, certains estiment qu'il existe à tous les niveaux hiérarchiques de la rétention d'information. « *L'information stratégique n'est pas diffusée au nom de la maximalisation de la marge de manœuvre* » et « *l'information opérationnelle est retenue au nom de secret de fonction* ». D'autres acteurs soulignent encore qu'il existe des flux d'information très divers en fonction des coalitions d'acteurs.

De façon plus spécifique, les acteurs communaux regrettent qu'au nom de la protection des données, ils ne puissent pas obtenir des informations sur les habitants en difficulté de leur commune, informations indispensables à la définition d'une politique sociale communale. Enfin, le manque d'information de la population est très souvent mentionné. Dans ce sens, beaucoup estiment que l'existence des CASS et de leurs prestations est encore méconnue et proposent que des actions soient menées dans les quartiers pour assurer une visibilité des CASS.

La collaboration

L'un des objectifs centraux de la LCASS est de favoriser la collaboration entre les différents partenaires.

De façon générale, l'analyse des entretiens met en évidence que chaque acteur a un réseau de collaboration dense et spécifique qui dépasse largement le cercle des CASS. Nombreux sont ceux qui soulignent que la collaboration à l'intérieur des CASS ne représente qu'une partie infime de l'ensemble de leurs liens de collaboration⁵⁰, étant entendu que le réseau professionnel externe au CASS mobilise la majeure partie de leur temps de travail.

Par ailleurs, lorsqu'ils s'expriment sur leurs collaborations, les acteurs font une distinction importante entre la collaboration qu'ils ont à l'intérieur de leur institution d'appartenance, celle qu'ils ont avec leurs collègues rattachés au même CASS et celles qu'ils ont avec l'ensemble du réseau socio-sanitaire.

Si la question est abordée du point de vue des acteurs opérationnels, de façon générale, la plupart des interlocuteurs se disent satisfaits de la collaboration créée au sein de leurs équipes, même si celle-ci a pris du temps à s'instaurer, particulièrement, pour les acteurs pluridisciplinaires de la FSASD et quelle est susceptible d'améliorations, en particulier en ce qui concerne l'intégration des aides ménagères.

Lorsque la question de la collaboration leur est posée, en référence à leurs collègues des autres unités, la très grande majorité des collaborateurs ont pour premier réflexe de mettre en évidence leurs difficultés dans ce domaine. Plusieurs facteurs sont avancés, le manque de temps, d'effectifs, d'objectifs communs et la compartimentation des activités au sein des CASS. Celle-ci est attribuée à l'introduction d'un quatrième employeur.

Ainsi, de façon générale aussi bien les acteurs de la FSASD que de l'Hospice général estiment que leur collaboration est faible et ponctuelle. Par ailleurs, si certains acteurs de terrain sont d'avis que cette collaboration n'est ni nécessaire, ni souhaitée parce qu'elle ne représente pas une priorité dans la mission des institutions, nombreux sont ceux qui soulignent que bien qu'elle ne soit pas institutionnalisée, elle existe et est réelle lorsqu'elle est nécessaire.

Les administrateurs pour leur part, mettent en évidence, la difficulté, voire l'impossibilité qui est la leur, d'instaurer des collaborations entre les unités au niveau des CASS et d'être acceptés comme moteur de cette collaboration. Passerelles entre les CASS et les représentants communaux, à ce niveau également, la grande majorité d'entre eux affirme peiner à créer un climat de collaboration. Cette difficulté est attribuée à la faible légitimité dont ils disposent.

Du côté des acteurs stratégiques, si chacun souligne également le peu de collaboration entre les partenaires, certains l'attribuent à un manque de volonté de collaboration et d'autres à l'absence d'objets nécessitant une réelle collaboration.

⁵⁰ Il n'appartient pas à cette évaluation d'analyser les relations entre les partenaires concernés et leur réseau de collaborations. Au cours des entretiens cependant à de très nombreuses occasions des représentants ont mentionné leurs différents partenaires. Si dans l'ensemble les relations de collaboration sont jugées fructueuses, certaines sont jugées plus difficiles. Pour la FSASD des difficultés sont mentionnées avec les HUG « des sorties souvent trop précoces, mal évaluées et peu coordonnées » et pour l'Hospice avec l'OCPA ou les services du chômage.

Il semble cependant que le domaine de la formation continue fasse exception à la règle, puisque ce programme est le résultat d'une collaboration difficile, mais jugée réussie par la grande majorité des partenaires qui ont été impliqués (FSASD, HUG, l'Hospice général, le SSVG et l'ACG).

La coordination

La notion de "coordination" est comprise comme agencement ou organisation des projets et interventions en fonction d'un but commun.

Au cours des entretiens, il a été très difficile à la plupart des acteurs de faire une distinction entre collaborer et coordonner. La collaboration est un préalable à la coordination. La faible collaboration actuelle peut expliquer la difficulté des acteurs à se prononcer sur les questions de coordination. Il est par ailleurs intéressant de souligner que pour la majorité des acteurs des CASS, plutôt que d'analyser leur mode de coordination, ils ont cité des lieux de coordination. Ceux-ci sont principalement propres à leur institution d'appartenance. Nous posons l'hypothèse que cela est vraisemblablement dû au fait que lors des entretiens, des structures transversales internes aux CASS étaient encore en phase de mise en place⁵¹. Certains cependant ont insisté sur le fait qu'il n'y a pas à l'heure actuelle, de réel besoin de coordination, si ce n'est « pour permettre à l'administrateur de se faire une idée de son cadre d'action ».

Ainsi, comme le montre le tableau en annexe 12, les principaux lieux de coordination sont propres à chacune des institutions en particulier à la FSASD. La pluridisciplinarité des équipes et la nécessité de prendre en compte chaque jour de façon coordonnée de nouveaux clients explique ce fait. Pour l'Hospice, nous dit-on, cette exigence de coordination en interne est moins forte puisque la prise en charge individuelle est assurée par un seul acteur et que les nouveaux cas sont pris en charge par l'assistant social de permanence.

Le seul espace transversal de coordination cité par l'ensemble des acteurs est la Commission des locaux qui donne lieu à des débats sur des questions de gestion interne autres que celles des locaux, précisément parce que c'est souvent le seul espace actuel de coordination inter-unités. Responsables de la coordination, les administrateurs déplorent de ne pouvoir assumer réellement cette fonction au sein des CASS.

Du côté des acteurs stratégiques, il va de soi que le comité de la DGCASS est considéré comme le principal lieu de coordination. Celui-ci est également perçu comme un lieu de décision, c'est sous ce point qu'il sera traité.

Il est intéressant de noter que si les représentants du DASS et de la DGCASS, s'inquiètent du peu de coordination réelle entre partenaires, d'autres acteurs estiment « qu'on est entrain de créer un problème là où il n'y en a pas. Il faut parler sur le bon sens des collaborateurs, il y a toujours eu coordination lorsque c'était nécessaire. En la forçant, on finit par la bureaucratiser et par dégoûter les gens ».

Les lieux de décision

Une des questions centrales était de savoir qu'elle est, selon les acteurs, le lieu de décision principal dans l'architecture de la mise en œuvre de la LCASS. Il ressort de l'analyse qu'il n'existe pas de lieu unique de décision unanimement reconnu. Pour la plus grande partie des députés rencontrés et des acteurs opérationnels, ce lieu est la DGCASS et le pouvoir est « concentré dans les mains de sa directrice ». Cette affirmation est cependant automatiquement nuancée par les acteurs de la FSASD et de l'Hospice qui rappellent qu'ils ne sont rattachés hiérarchiquement qu'à leur propre institution et qu'elle est seule habilitée à leur sens, à prendre des décisions les concernant.

⁵¹ Les Comités de gestion et les Conseils de coordination des CASS

Dans ce contexte, de nombreux acteurs autant opérationnels que stratégiques, perçoivent la DGCASS comme un nouvel interlocuteur « intrusif », cherchant à « prendre le pouvoir sur les institutions ». De plus, le rôle et les décisions émanant de la DGCASS sont le plus souvent questionnés si ce n'est remis en cause.

Ces différents points mettent en évidence le peu d'adhésion face aux changements substantiels introduits par la LCASS. Deux principales explications ressortent des entretiens. Pour beaucoup, le besoin d'une structure intermédiaire de coordination placée sous la direction du DASS n'est pas prouvé. Pour d'autres, cette structure crée un fort sentiment de méfiance lié à la crainte que « ce soit le premier pas vers la centralisation du tout vers l'Etat ». Ce climat, peu propice à une collaboration harmonieuse et la faible implication de certains partenaires, perçue comme une stratégie des institutions pour protéger leur autonomie, sont fortement ressentis par les acteurs du DASS et de la DGCASS.

Le deuxième lieu de décision, le plus fréquemment cité, est le DASS. La ligne directrice suivie par le DASS semble cependant pour certains peu connue ou mal définie, c'est la raison pour laquelle beaucoup affirment ne pas savoir où ils vont, ni pourquoi ils y vont. Par ailleurs, un doute existe quant à la capacité du DASS à définir une stratégie politique d'action cohérente et à long terme, autre que purement administrative et au coup par coup.

Il est particulièrement frappant de noter que ce sont les comités de gestion et les conseils de coordination des CASS qui sont cités en troisième position comme lieux de décision. Ceci est d'autant plus surprenant qu'au moment des entretiens, ces comités n'avaient jamais été réunis. Que retenir de ce constat ? Sans qu'il soit possible pour la plupart des acteurs de décrire avec précision les compétences de ces grémiums, il semble qu'ils focalisent des attentes fortes. Les administrateurs en particulier espèrent que les comités de gestion permettront de donner des lignes directrices aux CASS en associant l'ensemble des partenaires du quartier et surtout les représentants communaux. Cependant, certains partenaires mettent déjà en évidence la difficulté qu'il y aura à garantir l'égalité de traitement entre les communes. « Si ce sont les représentants des communes qui influencent les décisions, l'offre de prestations va varier en fonction des tendances politiques ». Tandis que d'autres mettent en doute les modes de représentation du personnel⁵².

Les administrateurs mettent, pour leur part, beaucoup d'espoirs dans les conseils de coordination, conçus sur le modèle des anciens CIUS, et composés par les responsables des différentes unités. Ils espèrent en effet, qu'ils seront plus que de simples lieux d'échange et qu'ils leur permettront d'exercer leurs prérogatives et surtout d'accéder enfin aux informations indispensables à l'accomplissement de leurs tâches.

Le quatrième lieu de décision cité est la Commission cantonale. Les points de vues la concernant sont cependant très partagés. Ainsi, si certains la perçoivent comme un espace de décision stratégique, d'autres regrettent qu'elle ne se prononce que sur des questions opérationnelles ou la considèrent comme une commission alibi dont les décisions sont dictées par la DGCASS. Par ailleurs, certains s'interrogent sur la capacité de ses membres, non spécialistes des questions de santé et de social, à se prononcer sur ces problématiques.

Pour d'autres enfin, c'est le Comité de gestion de la DGCASS qui est le lieu central de prise de décisions. Soulignons cependant, que ceux en particulier qui sont directement concernés par ce comité, sont plus enclins soit à remettre en cause la portée des décisions « prises dans l'urgence », en l'absence le plus souvent de l'ensemble des partenaires, soit à souligner que « rien ne permet d'assurer que les décisions prises seront suivies d'effet ». Ce d'autant plus que celles-ci ne sont pas perçues comme contraignantes. De plus, certains soulignent que la taille des institutions ainsi que leurs différentes implications dans la structure des CASS, modifient le rôle qu'elles peuvent ou doivent avoir dans ce comité.

⁵² Un seul représentant pour l'ensemble du personnel rattaché cependant à trois unités et à un service d'accueil.

Grandes absentes de cette distribution du pouvoir alors qu'elles sont, un des quatre partenaires, les communes ne sont citées que très rarement et uniquement en référence aux locaux dont elles s'occupent.

Notons encore que le thème de l'allocation des ressources pourtant fondamental dans les processus de décision, a fait l'objet de peu de commentaires. Ceux qui se sont exprimés sur cet objet ont d'une part, rappelé que l'élaboration des budgets et l'allocation des ressources relèvent des institutions et d'autre part, tous ont souligné un manque de ressources à disposition. La question de l'évaluation et de la prise en compte réelle des besoins au moment de l'élaboration des budgets et de leur acceptation par le Parlement a également été soulevée à plusieurs reprises. « *Il faudrait au moment du vote des budgets, qu'une ligne politique soit définie, les enjeux clairement posés et que l'allocation des ressources corresponde à la demande à laquelle politiquement il aura été décidé de répondre* ».

Soulignons pour conclure que parallèlement à ces lieux de décisions institutionnalisés, il existe des lieux de concertation qui jouent un rôle central dans les processus de décision et qui impliquent notamment les syndicats.

5.3 La perception des objectifs centraux de la LCASS

Les CASS doivent permettre d'atteindre plusieurs objectifs politiques. Certains ont été définis par le Département de l'action sociale et de la santé lors du programme de législature 2001-2005, d'autres plus anciens n'ont pas de définition explicite bien qu'ils constituent des éléments clé de la politique. Les principaux sont les suivants :

- que les CASS soient des relais de la politique sociale et sanitaire,
- qu'ils assurent un service de proximité à la population,
- qu'ils offrent des prestations sociales harmonisées et coordonnées,
- qu'ils aient une organisation efficace et efficiente tout en ayant la volonté de placer l'être humain au cœur du système.

Etre un relais

Questionnés sur le sens qu'ils donnent à cet objectif la plupart des acteurs s'interrogent sur la notion de relais et la ramènent à eux. « *Est-ce à dire que nous sommes les messagers de la politique ?* » Si tel est le cas, beaucoup se demandent quels sont les objectifs politiques dont ils sont les porteurs « *Comment voulez-vous qu'on soit de bons relais, si on ne sait pas où on va et pourquoi on y va ?* ».

Pour certains, la notion de relais étant synonyme de décentralisation de l'action, ils ne perçoivent pas en ce sens, ce que la loi a modifié, sachant que les CASS préexistaient à la LCASS. Pour d'autres, la notion de relais relève avant tout de la mise en œuvre des tâches confiées par la LCASS. De nombreux acteurs de la FSASD soulignent par exemple qu'être un relais « *c'est seconder les services hospitaliers et assurer une prise en charge des patients à domicile* ».

Pour d'autres enfin, les CASS ne sont pas des relais de la politique socio-sanitaire, celle-ci ne se réduisant pas aux actions de l'Hospice et de la FSASD.

Harmoniser les prestations

L'un des objectifs de la LCASS est d'harmoniser l'accès aux prestations. Il apparaît que tous les acteurs qui se sont prononcés sur cet objectif le définissent comme « *la mise en place de prestations identiques dans tous les CASS* ». Quel que soit le type d'acteur, ils considèrent que cet objectif n'est que partiellement atteint. Il l'est de leur point de vue si l'on

considère que sur l'ensemble du territoire, des équipes sont à disposition du public. Il ne l'est pas si l'on tient compte du fait que la pression est plus forte sur certaines équipes, en particulier en ville, et que ces équipes n'ont pas le temps d'offrir des prestations équivalentes en termes de qualité à celles offertes là où la pression est moins forte. Cet objectif n'est pas non plus atteint, si l'on considère que l'appui financier fourni par les communes, en complément de celui de l'Hospice, varie d'un secteur à l'autre. Il en va de même de l'action communautaire de proximité qui varie sensiblement en fonction des objectifs politiques de chacune des communes concernées.

Assurer un service de proximité

Objectif central de la LCASS, il a été défini dans le cadre du programme de législature du DASS de la manière suivante : « L'Etat doit se rapprocher du citoyen pour mieux le servir (...). Il doit permettre une meilleure écoute de la population, une connaissance plus approfondie et donc une compréhension accrue des individus et de leurs besoins « La politique de proximité consiste avant tout en une approche organisationnelle entraînant la réalisation de mesures concrètes, en lien direct avec la vie quotidienne des gens. Elle développe des relations entre les individus, les structures publiques et les associations, dans le but de restaurer le lien social là où il s'est brisé ou distendu ».

Il est intéressant de noter que si l'on regroupe les différentes définitions données par les acteurs à la notion de proximité, la définition de référence peut être reconstituée étant entendu que pour tous la décentralisation géographique des CASS constitue un élément central de la définition, comme celle de l'écoute du client. Selon que l'on mette l'accent sur l'un ou l'autre de ces éléments, la perception de l'atteinte des objectifs est différente.

Ainsi l'objectif de décentralisation est largement considéré comme atteint. Certains se demandent même s'il n'est pas excessif, vu la taille du canton, d'avoir une offre équivalente dans 22 CASS. La question d'une recentralisation d'une partie des prestations dans des « super CASS » appuyés par des antennes locales est d'ailleurs posée.

En ce qui concerne l'écoute et l'adéquation aux besoins de la population, l'évaluation par les acteurs rencontrés est beaucoup plus nuancée. Beaucoup relèvent des besoins non satisfaits (cette question est traitée sous le point suivant). Quant aux causes de la non atteinte de cet objectif, elles relèvent principalement, selon eux, de conceptions différentes de l'action, de manque d'effectifs, de l'implication très variable des communes et d'une localisation parfois excentrée des CASS qui rend difficile leur accès à certaines populations (mère avec des enfants en bas âge se rendant au SMI⁵³, personnes âgées peu mobiles, etc.).

5.4 La perception de la réponse aux besoins de la population

La question de la réponse aux besoins de la population est au centre de la préoccupation de tous les acteurs. Sur ce point il est intéressant de noter que les professionnels mettent plus en évidence les facteurs explicatifs de la non atteinte de cet objectif, plutôt que de mentionner les succès rencontrés sur le terrain, mis en évidence notamment par l'enquête « Etude de notoriété, d'image et de satisfaction de l'aide à domicile dans les CASS »⁵⁴ ainsi que le faible nombre de plaintes⁵⁵ dont ils sont l'objet. Ainsi, il ressort de la très grande majorité des entretiens, un déficit de prise en charge rapide par les acteurs de l'Hospice des

⁵³ Santé maternelle et infantile

⁵⁴ Cette enquête a été mentionnée au chapitre 4

⁵⁵ Pour l'année 2002, 60 plaintes ont été répertoriées sur les 11'810 bénéficiaires de l'Hospice et les 15'580 clients de la FSASD (voir Commission cantonale des CASS, 15 mai 2003)

situations et une insuffisance de l'intervention à domicile « *on sait en général où nous trouver. On ne va pas au devant de la demande par manque de ressources* ».

Pour l'ensemble des acteurs, les éléments les plus évoqués sont : le manque de temps disponible au traitement de la demande et un travail dans l'urgence qui ne permet pas un encadrement de qualité et la création d'une proximité relationnelle. Ainsi nombreux sont ceux qui ont le sentiment de « *devoir en faire toujours plus, toujours plus vite et cela au détriment des clients* », « *on n'a plus le temps de faire notre travail correctement, on ne fait que courir d'un client à l'autre* ». D'autres encore soulignent « *on passe notre temps à nous occuper du minutage de la facturation, du respect des procédures, on ne nous parle que de rentabilité et de défense du budget. Et le client dans tout ça ?* ».

Par ailleurs, la difficulté à traiter l'émergence de nouveaux problèmes tels que l'augmentation des cas psychiatriques, la solitude, les familles monoparentales, les populations fragilisées, les jeunes marginalisés et la clochardisation à domicile est souvent évoquée. Ces difficultés soulèvent la question du type de besoins couverts, notamment ceux non exprimés et pourtant bien réels, ainsi que l'impossibilité d'aller au devant des problèmes notamment par manque de moyens. Le moment de l'intervention est également fréquemment évoqué partant du principe que « *plus l'intervention est tardive, plus elle est lourde* ». La plupart des interlocuteurs regrettent de ne pouvoir assumer mieux leur rôle de prévention dans les domaines sociaux et sanitaires. « *Etant donné que nous ne faisons que répondre à des demandes urgentes, il nous est pratiquement impossible de mener des actions de prévention* ».

La question de l'adéquation de l'offre de prestations aux besoins de la population locale est aussi largement posée étant donné l'absence actuelle d'évaluation formalisée dans ce domaine. Au-delà de l'analyse des besoins liée à des situations spécifiques tels que celles réalisées par la FSASD pour déterminer le niveau d'intervention requis auprès de chacun des clients⁵⁶, beaucoup soulignent que l'évaluation des besoins « *relève d'une discussion de café de commerce* » et regrettent l'absence d'informations sociales fiables, valides et détaillées selon leurs secteurs d'action. Dans l'attente de démarches cohérentes, coordonnées et formalisées, nombreux sont ceux qui espèrent enfin que les comités de gestion rempliront cette fonction d'analyse des besoins. Les premières séances, ne sont, du point de vue des responsables communaux pas concluantes, faute de participants et parce qu'ils on eu l'impression « *de n'être là que pour former et informer les représentants des CASS sur la réalité communale* ».

Enfin, face à la méconnaissance d'une part importante de la population des prestations offertes dans les centres et voire même de l'existence des CASS dans leur commune,⁵⁷, beaucoup redoutent que des personnes dans le besoin « *passent à travers les mailles du filet* »

⁵⁶ La FSASD est actuellement entrain de tester le RAI (Residential Assessment Instrument). Cet outil, s'il est adopté, devrait permettre une meilleure analyse des besoins des clients dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

⁵⁷ Mise en évidence par l'étude de notoriété, op.cit.

5.5 Synthèse

- La fonction d'administrateur est perçue comme peu claire et les administrateurs sans moyens pour assumer leurs tâches.
- La réorganisation de l'accueil crée de nombreux mécontentements.
- Le rôle et la place de secrétaires-réceptionnistes est remis en cause.
- La répartition des rôles et des compétences entre les partenaires est perçue comme peu claire et dès lors remise en cause.
- Le sens de la LCASS est questionné.
- La distinction entre action individuelle et communautaire est sujette à caution.
- La collaboration considérée comme faible est expliquée pour les uns par un manque de volonté et pour les autres par un manque de nécessité.
- Souvent redondante et sans contenu stratégique lorsqu'elle émane de la hiérarchie, l'information est considérée comme faible entre les unités.
- Aucune coordination formalisée n'existe au niveau des CASS, mis à part pour des questions de locaux.
- Rares sont les projets de prévention portés par les équipes des CASS.
- Les lieux de décision sont difficilement localisés. Les décisions prises entre partenaires ne sont pas suivies d'effets.
- Il n'existe pas de définition commune des missions de la LCASS.
- L'harmonisation des prestations et la réponse aux besoins de la population, deux objectifs centraux de la LCASS sont considérés comme non atteints.
- Par manque de ressources, beaucoup de collaborateurs estiment ne pas pouvoir offrir des prestations de qualité.

6 Conclusions

6.1 La réponse aux questions d'évaluation

La rencontre, dans le cadre d'entretiens semi-directifs et d'entretiens de groupe, de 360 acteurs de la mise en œuvre de la LCASS, ainsi que l'analyse de l'abondante documentation mise à notre disposition permettent ici de répondre de façon synthétique aux questions d'évaluation⁵⁸ autour desquelles la démarche a été construite⁵⁹.

1) Quelle a été, depuis la dernière évaluation de La LCASS, l'évolution des projets et actions menés dans le cadre de la politique du développement d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile ?

Parallèlement à la poursuite de l'offre des prestations à la population, les principales actions menées depuis l'introduction de la LCASS ont trait :

- A la mise en place des organes que la loi a institués (DGCASS, Comités de gestion des CASS) ou remaniés (CC-CASS, Comité de gestion de la DGCASS), respectivement à l'instauration de nouveaux organes non expressément prévus par la loi (Conseils de coordination, Comités des locaux DGCASS, Comités des locaux des CASS) ;
- A la définition de cahiers des charges, à la nomination des administrateurs et des secrétaires-réceptionnistes et au transfert des secrétaires sociales de Hospice général à la DGCASS ;
- Au transfert de dossiers d'action sociale individuelle de la Ville de Genève vers l'Hospice général ;
- Au renforcement de l'accessibilité des CASS et de leur visibilité (poursuite du programme de réaménagement, rénovation, voire construction de CASS par les communes, réaménagement des horaires en fonction des besoins de la population de chaque CASS, enquête de notoriété, d'image et de satisfaction de l'aide à domicile et des CASS) ;
- A la recherche d'une identité commune (nouvelle stratégie de communication⁶⁰, formation commune)
- A la poursuite des réflexions entamées avant l'introduction de la LCASS sur la lutte contre la violence dans les centres.

Simultanément, un travail conséquent de coordination et de clarification des rôles et du partage des compétences des différents acteurs a été mené, (mise en place de groupes de réflexions, attribution de mandats). Ces différents éléments rappellent que la LCASS est d'abord une loi organisationnelle. L'effort et les ressources consentis à trouver une définition commune à la notion de coordination, puis à tenter de coordonner les quatre partenaires centraux de la LCASS et enfin les réflexions, nombreuses, menées sur la clarification des rôles et des compétences mettent en évidence l'absence de référence commune, le manque d'adhésion à la réforme et par là une analyse divergente des problèmes à résoudre. Deux ans et demi après l'entrée en vigueur de la loi, les principaux outils de coordination (Conseils

⁵⁸ Pour des questions de présentation et de lisibilité de l'information certaines questions ont été regroupées.

⁵⁹ Il va de soi que la méthodologie employée pour répondre aux questions ainsi que chacun des thèmes abordés sont détaillés dans les chapitres précédents.

⁶⁰ Un effort conséquent a été consenti aux questions de communication et de systèmes informatiques avec le DUI. Ces questions seront reprises sous les points suivants

de coordination, instaurés ultérieurement) et de prise en compte des besoins de la population (comités de gestion) à l'intérieur des CASS, ne sont pour la plupart pas encore totalement opérationnels. Par ailleurs, les structures remaniées ou créées par la LCASS ne permettent pas d'atteindre les objectifs poursuivis. Ainsi, la Commission cantonale ne joue par le rôle de force de proposition attendu d'elle. Le comité de la DGCASS est principalement un espace d'information ; ses réunions sont suivies avec peu d'assiduité par ses membres et les décisions prises sont suivies de peu d'effet.

2) Quels sont le rôle, la place et le mode de coordination de chacune des autorités, instances et structures dans la définition et la mise en œuvre de cette politique ? La répartition des compétences et des structures permet-elle d'atteindre les objectifs en termes de complémentarité.

Il ressort de l'ensemble des entretiens menés, un très grand flou quant à la définition du rôle et de la place de chacun. Il est intéressant de constater que ce manque de clarté est apparu non seulement lorsque chacun des partenaires a été amené à se prononcer sur le rôle des autres acteurs, mais également lorsqu'il a dû définir son propre rôle. L'absence de répartition claire des tâches est source de multiples tensions voire de conflits, chacun suspectant l'autre soit de vouloir se soustraire à ses obligations soit d'outrepasser son pouvoir au nom de la maximisation de sa marge de manœuvre. Ceci est particulièrement vrai pour les administrateurs et les responsables du service d'accueil. Dans ce contexte, nombreux sont ceux qui remettent en cause la répartition actuelle des compétences et estiment que la nouvelle loi entrave leur action. Moins touché par la réforme de 2001, le personnel de la FSASD assimile encore la fusion de 1999, ceci explique pourquoi, un nombre important d'acteurs de cette institution se sent moins concerné par les changements introduits par la LCASS. Certains les ont même découverts grâce à cette évaluation.

Par ailleurs la LCASS a introduit une distinction entre action sociale individuelle et communautaire en attribuant une compétence prioritaire en matière d'action sociale individuelle à l'Hospice et une compétence prioritaire, en matière d'action communautaire aux communes. Cette distinction souvent incomprise, remise en cause et le plus souvent non respectée par les communes, n'a pas été explicitée. Cette lacune entraîne une difficulté complémentaire quant à la délimitation des activités coordonnées par les CASS, dès lors que les communes collaborent également avec la Fondation genevoise pour l'animation socio-culturelle (FAS'e) pour des activités à caractère social et de proximité. Mis à part à la Ville de Genève, peu d'actions communautaires de proximité sont réalisées au nom de la LCASS.

L'absence de clarté dans la définition de la mission de chacun et dans la répartition des compétences ne favorise pas la collaboration entre les partenaires qui est jugée faible au niveau des CASS.

L'un des objectifs centraux de la LCASS était de renforcer la coordination en particulier entre les mondes de la santé et du social ainsi qu'entre les acteurs publics et privés. Au cours des entretiens personne n'a remis en cause le bien-fondé d'une collaboration et d'une coordination entre ces mondes. Il ressort cependant de façon évidente que les réseaux de collaboration et de coordination des partenaires dépassent largement le cercle des acteurs dont la LCASS vise à renforcer tout particulièrement la coordination. La question se pose alors de savoir quel est le sens de vouloir renforcer cette coordination entre la FSASD et l'Hospice. Pourquoi uniquement entre ces deux partenaires ? Par ailleurs, s'il est évident qu'au sein de chacune des institutions des séances de coordination ont lieu, force est de constater qu'entre les différentes unités des CASS aucune coordination formalisée n'existe outre que pour des questions de locaux au niveau des CASS. Ce constat pose la question de la capacité des équipes, prises par la gestion au jour le jour d'un nombre important de dossiers, de mener de façon coordonnée des projets communs en particulier dans le domaine de la prévention et de l'action communautaire.

Par ailleurs, si les espaces de coordination sont nombreux entre les acteurs stratégiques des différentes institutions, la portée de cette coordination est faible. Les décisions, si décision il y a, n'ont pas de portée contraignante. La multiplication des structures de coordination, créées par voie de règlement de niveau inférieur au Règlement d'application de la LCASS, a pour effet d'introduire des ambiguïtés dans la répartition des compétences et de diluer simultanément les pouvoirs de décision et responsabilités des organes définis par la loi. L'un des objectifs enfin de la LCASS était de renforcer la coordination des actions au niveau communal entre les services sociaux communaux et les unités des CASS par, entre autres, le partage de mêmes locaux. Cet objectif n'est atteint que dans de très rares exceptions. La coordination, si coordination il y a, est plus le fait, à l'exception de la Ville de Genève, de volontés individuelles que de projets communs.

3) Les CASS ont-ils atteint les objectifs qui leur ont été fixés par la loi et le programme de législature, soit :

- **assurer un service de proximité à la population**
- **être des relais de la politique sociale et sanitaire**
- **harmoniser et coordonner les prestations sociales et sanitaires**

en plaçant l'individu au cœur du dispositif ?

Il n'appartient pas à la présente évaluation de déterminer si dans les faits ces objectifs sont atteints. Le recul nécessaire entre l'introduction de la LCASS et l'étude réalisée n'est pas suffisant. La réponse à cette question sera apportée sur la base des perceptions recueillies au cours des entretiens menés. Il est d'abord intéressant de relever que beaucoup d'interlocuteurs ont eu des difficultés à différencier les objectifs. Ensuite et surtout, il est important de souligner la grande variété de réponses apportées à la définition de ces objectifs. Ceci démontre une absence de référence commune entre les partenaires.

Ainsi, si l'objectif premier « assurer un service de proximité » est défini comme décentraliser l'action socio-sanitaire, la création des 22 CASS, préexistant à la LCASS, permet d'affirmer que cet objectif est atteint. Si par contre, il est défini comme aller au devant de la population et de ses besoins, de définir et de mettre en œuvre des projets de prévention et de s'adapter à l'émergence de nouveaux besoins, beaucoup estiment que faute de moyens et de conception convergente de l'action, cet objectif n'est que très partiellement atteint.

A la question qui consiste à savoir si les CASS sont un relais de la politique socio-sanitaire, il est frappant de noter que de nombreux interlocuteurs ont occulté les CASS pour s'interroger sur leur propre rôle. Si dans la grande majorité, ils estiment parce qu'ils sont des acteurs de cette politique, en être forcément des relais, certains se demandent cependant ce que cela signifie, tandis que d'autres rappellent que la politique socio-sanitaire genevoise ne se résume pas aux actions menées par l'Hospice et la FSASD.

Quant au dernier objectif « harmoniser et coordonner les prestations sociales », outre les difficultés et doutes mentionnés en matière de coordination sous le point précédent, il apparaît que lui aussi ne soit jugé que comme partiellement atteint. A cela, deux facteurs explicatifs sont avancés. Le premier a trait à la diversité des options prises en matière de politique socio-sanitaire par les autorités communales. La seconde est relative à la charge de chacun des intervenants et à la pression de la demande exercée sur les CASS. Celle-ci inégale d'un CASS à l'autre, peut expliquer que le temps à disposition pour des dossiers similaires ne soit pas équivalent et par là la qualité des prestations offertes différentes.

Enfin, si tous les acteurs s'accordent à dire que l'être humain doit être au centre du dispositif, certains regrettent une dispersion des énergies dans des conflits de pouvoir et d'autres dans des réorganisations administratives non fondées.

4) Les outils d'information, de communication et de suivi des projets permettent-ils de piloter les actions et de les ajuster en cas de dysfonctionnement ?

Un effort conséquent a été entrepris pour assurer l'information du personnel des CASS aussi bien par la DGCASS que par les institutions. Ceci pose d'ailleurs la question de la coordination de ces informations jugées le plus souvent redondantes et sans contenu stratégique. Pour pallier à ce problème, un plan de communication est en cours de mise en œuvre. Sa conception a été difficile faute de vision commune entre les partenaires.

Aujourd'hui un service existe entre la FSASD et la DGCASS. Des collaborations ponctuelles sont prévues avec l'Hospice. La question qui reste à ce jour ouverte est celle du contenu des informations qui vont être données et des modes prévus de prise en compte des avis exprimés dans les CASS. Ces deux points sont aujourd'hui fortement critiqués.

Au niveau des CASS l'information inter-unités est faible et le DUI outil de suivi des dossiers est à ce jour peu ou pas utilisé par les collaborateurs des CASS du fait de ses nombreux dysfonctionnements.

De leur côté, les acteurs communaux regrettent qu'au nom de la protection des données, ils ne puissent pas obtenir des informations sur les habitants en difficulté de leur commune, informations indispensables pour définir une politique sociale communale.

Par ailleurs, les lacunes d'information à la population sont très souvent mentionnées. Dans ce sens, beaucoup estiment que l'existence des CASS et de leurs prestations est encore méconnue.

Enfin, aucun outil de suivi et de pilotage des décisions et des actions n'a été mis en place. Il apparaît aujourd'hui que la DGCASS qui devrait assurer le pilotage de la politique menée dans les CASS est totalement démunie pour assumer ce rôle, faute de moyens formalisés et d'accès direct à l'information. Elle est en effet totalement tributaire du bon vouloir des différents partenaires, les flux et compétences en matière d'information n'étant pas réglés formellement dans la loi et son règlement d'application.

6.2 Un regard juridique sur la répartition des compétences

L'un des enseignements centraux de l'évaluation est qu'il existe à ce jour un très grand flou quant à la répartition des compétences décisionnelles et d'exécution entre les différents partenaires. Ceci pose la question de la localisation des lieux de décisions, de la coordination de ceux-ci, de leur suivi ainsi que de leur force contraignante. Le manque de clarté est-il imputable aux textes juridiques ? Pour répondre à cette question, l'analyse juridique qui suit a pour objet de vérifier la lisibilité et la cohérence des textes légaux et réglementaires en vigueur⁶¹, à la fois quant à leur structure propre et quant à leurs rapports réciproques. Cette analyse est présentée en annexe 13, nous en retenons ici les principales conclusions.

- L'ensemble du régime des CASS fait l'objet d'un foisonnement réglementaire important. La nature juridique de ces dernières prescriptions est matière à interrogation, dès lors que l'organe qui les a adoptées n'a en réalité pas de compétence normative contraignante, selon la LCASS et son Règlement d'application.

⁶¹ A savoir la LCASS, le RALCASS et les Règlements édictés par le Président de la Commission cantonale des centres d'action sociale et de santé des 7 mars 2002 (organisation de la Commission cantonale des CASS), 18 avril 2002 (organisation du comité de gestion de la direction générale des CASS) et 27 février 2003 (organisation des comités de gestion des CASS et organisation de la coordination des CASS). L'arrêté du DASS relatif à la mise en œuvre de la nouvelle législation sur les CASS, du 14 janvier 2002, a également été pris en considération. En revanche, les cahiers des charges et la Charte des CASS n'ont pas été intégrés à cet examen.

- A l'examen, il apparaît non seulement que la majeure partie des structures et instruments de coordination du régime actuel découle des prescriptions adoptées par le Président de la Commission cantonale, mais encore que la compatibilité de ces prescriptions avec la LCASS, voire le RALCASS, est douteuse. L'exemple de la très large dépossession des compétences des administrateurs en est le plus symptomatique : les responsabilités et compétences initialement dévolues aux administrateurs des CASS ont été partagées, voire transférées à des Conseils de coordination que la LCASS ne prévoit pas.
- A ces problèmes d'incompatibilité avec le régime légal s'ajoutent les difficultés liées à l'usage d'une terminologie non systématique. Ces imprécisions génèrent des ambiguïtés quant à l'étendue des pouvoirs des organes concernés. De surcroît, la nature essentiellement consultative des organes sensés « assister » les organes exécutifs du régime de la LCASS sont remis en cause. On pensera par exemple à cet égard aux imprécisions du règlement d'organisation du Comité de gestion de la Direction générale.
- En conséquence, la cohérence de la ligne hiérarchique propre au système de coordination des CASS, qui descend du Conseil d'Etat jusqu'aux administrateurs (i. e. les organes « centraux » du régime LCASS), se retrouve pervertie, ou à tout le moins relativisée. Le développement - progressif - des organes de coordination à chaque échelon de cette ligne (initialement) hiérarchique peut vraisemblablement s'expliquer par la volonté de maîtriser les difficultés liées à la coexistence des structures propres des institutions prestataires de l'aide sociale. Il n'en a pas moins redistribué les pouvoirs à l'intérieur de la hiérarchie dépendant de l'administration cantonale centrale, sur des modalités non immédiatement déductibles de la LCASS. Ce phénomène est également révélateur de ce que les relations entre les organes institués par la LCASS elle-même et les institutions prestataires ne sont sans doute pas suffisamment clairement posées dans la loi.

A ce dernier égard, il s'avère en effet, à l'analyse, que l'étendue des compétences des organes « centraux » à l'égard des institutions prestataires des services sociaux (lato sensu) n'est pas réglée suffisamment clairement dans la LCASS. La compétence donnée au Conseil d'Etat de veiller à l'organisation des CASS par secteur, « à l'exclusion de toute autre organisation des services publics et privés » (art. 4 al. 1 let. b LCASS) n'est pas confirmée dans les textes applicables à ces services - ou du moins n'est pas confirmée en termes équivalents. De plus, cette compétence d'organisation n'est professée que quant à son principe. La LCASS n'énonce pas quels sont les instruments dont les organes « centraux » de coordination disposent à l'égard des institutions prestataires, tant en termes de surveillance (communication d'information notamment) qu'en matière d'exécution (mesures correctives ou sanctions). La LCASS ne règle pas non plus explicitement les relations entre les décisions budgétaires prises au terme du processus d'élaboration mené dans la structure propre aux CASS et les compétences budgétaires des institutions prestataires. Même s'il est vraisemblablement possible de dégager des règles sur ces questions, par interprétation juridique et en référence aux principes généraux du droit administratif, il est difficile de leur apporter une réponse univoque sur la seule base des textes. Ces remarques valent d'autant plus au sujet des organes de rang inférieur de la ligne hiérarchique centrale du régime des CASS.

- En lien avec ce qui précède, la délimitation entre les missions respectives des institutions prestataires de services sociaux (lato sensu) regroupées dans les CASS souffre d'imprécision. La description des prestations donnée par l'art. 3 LCASS ne fait pas l'objet de définitions légales et la terminologie utilisée ne correspond pas systématiquement avec celle en vigueur dans les textes afférents à ces institutions. Cela vaut en particulier pour l'Hospice général, mais concerne également les communes. En effet, le domaine d'action et de responsabilité des communes n'est pas défini et se trouve potentiellement touché par les décisions prises dans le cadre des organes de coordination quant à l'étendue des tâches exercées par les autres acteurs. Au surplus, l'énoncé des compétences des communes

dans la LCASS est trompeur : au contraire de ce que laisse entendre l'intitulé de son art. 5, la LCASS leur impartit essentiellement des charges.

- De manière générale, on peut finalement résumer les constats de l'analyse ci-dessus en retenant que la LCASS est restée à mi-chemin de ce qu'elle pourrait et devrait régler pour instaurer un régime opérationnel et cohérent. Comme le montrent les exemples de législation de coordination des procédures administratives complexes, l'instauration d'un régime de coordination suppose en effet de localiser clairement le pouvoir de décision, respectivement d'arbitrage entre décisions. Cette localisation doit être opérée autant que possible au niveau de la loi, ne serait-ce que pour assurer le caractère obligatoire de ces décisions pour tous les intéressés – on pensera à ce sujet en particulier aux décisions budgétaires. Enfin, une définition plus détaillée des compétences et mécanismes décisionnels évite que les dispositions de la loi soient contredites ou relativisées par les dispositions d'exécution adoptées ultérieurement.

6.3 Remarques finales

Pour parvenir à un régime opérationnel et cohérent une adhésion autour du projet des réformes est indispensable. Celle-ci, était absente au moment de la définition de la LCASS. Dans ce contexte, et face à la complexité du système, les instances et les réunions de coordination se sont multipliées pour tenter de trouver une approche, des actions et un langage communs à l'ensemble des partenaires. Le pari aurait pu être gagné s'il y avait eu un consensus sur l'objectif poursuivi et la définition des problèmes à résoudre. Or, il y a eu confusion entre des objectifs de politique publique (répondre aux besoins de la population, tenir compte des déterminants de la santé, agir de façon préventive plutôt que de façon curative) et des objectifs de réorganisation institutionnelle. Toute réorganisation administrative ne devrait cependant être qu'un moyen au service d'une politique publique. L'allocation des ressources, le choix des partenaires, la répartition de compétences étant définis en fonction du problème social à résoudre. L'analyse de ce problème et la réponse qui lui est donnée relève bien évidemment d'un choix politique. Deux fois déjà, le rendez-vous a été manqué. Sur le terrain aujourd'hui, les attentes sont fortes, la reconnaissance du besoin de réforme existe. Différents pistes de réformes peuvent être envisagées, elles font l'objet d'un deuxième rapport.

Annexes

Annexe 1 : Les indicateurs

	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6
Rôle des acteurs	Rôle réel	Appréciation du rôle	Motif/ Remarque	Rôle souhaité	Rôle des autres acteurs	Appréciation
Reconnaissance	Appréciation personnelle	Perception du regard des autres	-	-	-	-
Partage des compétences entre AI et UAC	Appréciation	Motif/ Remarque	-	-	-	-
Collaboration interne	Institution/acteurs	Domaines	Intensité	Appréciation	-	-
Collaboration externe	Institution/acteurs	Domaines	Intensité	Appréciation	-	-
Information (flux)	Emetteur/Récepteur	Supports	Type d'info	Quantité	Appréciation	-
Absence d'information	Domaines	Appréciation	-	-	-	-
Coordination	Institution/acteurs	Domaines	Intensité	Appréciation	-	-
Participation	Institution/acteurs	Objets	Influence	Appréciation	-	-
Lieux de décisions - pouvoir	Institution/acteurs	Domaines	Appréciation	-	-	-
Allocation des ressources	Type de ressources	Appréciation	Remarques	-	-	-
Evaluation des besoins de la population	Où/non	Méthode d'évaluation des besoins	Méthode de suivi.	Institutions/acteurs	-	-
Evaluation des besoins de la population	Type	Acteur	Appréciation	-	-	-
Objectifs de la loi sur les CASS	Définition	Appréciation	-	-	-	-
Sens de la loi	Définition	Enjeux	-	-	-	-
Changements apportés par la LCASS	Types de changements	Appréciation	-	-	-	-
Apports de la LCASS	Type d'apports	Appréciation	-	-	-	-
Propositions	Type de propositions/acteurs impliqués	Institution/acteurs	Types de conséquences	-	-	-

Annexe 2 : Les principaux documents consultés

En plus des nombreux courriers échangés entre les partenaires mis à la disposition de l'équipe d'évaluation par la DGCASS, les principaux documents consultés sont les suivants :

Lois-Règlements-Arrêtés
• Loi sur D7 à domicile K 105, du 16.2.1992 révisée le 21.9.2001
• Lois sur les CASS K 107 du 21.9.2001
• Règlement d'application de la loi sur les CASS, K 107.01 du 31.10.2001
• Loi sur l'assistance publique J 405 du 19.9.198, révisée le 21.9.2001
• Arrêté du DASS du 14.1.2002 relatif à la mise en œuvre de la nouvelle législation sur les CASS
• Règlement de fonctionnement de la Commission cantonale des CASS du 7.3.2002
• Règlement de fonctionnement du Comité de gestion de la DGCASS du 18.4.2002
• Règlement de fonctionnement des conseils de coordination des CASS 27.2.2003
• Règlement de fonctionnement des comités de gestion des CASS du 27.2.2003
• Arrêté du DASS du 6.5.2003 relatif à la prévention et à la gestion des incivilités dans les CASS
• Arrêté relatif au subventionnement des communes pour la mise à disposition des locaux des CASS du 28.4.2003
• Règlement DGCASS-subventionnement des communes pour la mise à disposition des CASS, 1.5.2003
Documents du Conseil d'Etat
• Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 27.8.1996 sur le premier programme quadriennal (1993-1996) de l'aide à domicile
• Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil du 6.9.2000 sur le deuxième programme quadriennal (1997-2000) de l'aide à domicile, le projet de loi sur les CASS, les projets de loi modifiant les lois sur l'assistance publique et sur l'aide à domicile
• Rapport de gestion 2002: ce qui concerne le DASS
• Rapport de gestion 2001: ce qui concerne le DASS
• Rapport de gestion 2003: textes relatifs à la DGCASS
Evaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile
• Rapport de Mme Erismann de 1998 et rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil (18.11.1998)
• Rapport de la commission des affaires sociales du 4.5.1999, chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat communiquant au Grand Conseil le rapport d'évaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile
• Rapport de Mme Erismann de 2000 et rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil (6.9.2000)
Objectifs
• Objectifs de législation 2001-2005 du DASS
• Objectifs stratégiques 2002-2005 de la DGCASS
Rapports d'activité
• Rapport d'activité 2001 et 2002 HG-FSASD-DGCASS
• Rapport d'activité 2001 et 2002 HG-FSASD-DGCASS
Ordres du jour et PV
• CCCASS : PV 2002 et 2003

Ordres du jour et PV (suite)
• BCCASS : PV 2002 et 2003
• CGDGCASS : PV 2002 et PV 2003
• Coordination DGCASS : PV 2003
• Rencontre syndicats et commissions du personnel : PV 2002 et 2003
• Séances de travail DASS 2002, 2003
• Commission des locaux DGCASS 2003
• Comité de programme de la formation 2000-2003
• Commission pour la gestion et la prévention des incivilités dans les CASS, 2003
• Comités des locaux des CASS, mai-juin 2003
• Séances de coordination administrateurs/direction adjointe des CASS, mai - décembre 2003
Missions
• Missions des CASS du 10.6.1999
• Missions du service d'accueil et des 3 unités dans les CASS du 6.6.2002
• Missions des comités des locaux des CASS
• Mission de la Commission des locaux DGCASS
Statistiques
• Synthèse des statistiques Accueil-2003
• Indicateurs de suivi de gestion des ressources humaines des CASS, FSASD 2003
• Indicateurs de suivi des clients et des prestations, FSASD 2003
• Assistance publique CASS, indicateurs du suivi des clients et des prestations 2003, Hospice général
Budgets
• Budget 2003 des CASS - service d'accueil, unité action sociale individuelle(HG), unité aide et soins à domicile (FSASD)
• Budget 2003 de la DGCASS
• Budget 2003 du SIS
• Budget d'investissement du SIS 2003
SIS
• Projet de convention relative au SIS
• Plan d'actions SIS février 2003
• Révision du schéma directeur informatique pour 2003-2005
• Résultat de l'expertise PROGRES de MM Füss et Leclerc du 17.6.2002
• Rapport Task Force
• Rapports de l'ICF du 18.3.2002 et du 14.10.2002
• Séances Infocadres SIS (avril - octobre 2003) et Comité de direction (novembre 03 – février 04)
• Comité de suivi

Communication
• Plan directeur de la communication du 23.10.2002
• Objectifs communs FSASD-DGCASS
• Présentation du 12.6.2003 « plan directeur de la communication – axes stratégiques, objectifs communs et priorités 2003
• Dossier relatif au partage des coûts entre les institutions d'Inbcadres et Ensemble
• Plan d'actions pour la communication des CASS et de la FSASD – année 2004 -
Cahiers des charges
• DGCASS : Directrice adjointe des CASS, administrateur de la DGCASS, administrateur de CASS, secrétaire-réceptionniste, rédacteur, adjointe administrative, responsable de la communication, etc.
• Hospice général : Chef de secteur, assistante administrative, assistant social
• FSASD : Responsable d'équipe, chargé d'évaluation, directeur de secteur, etc.
Processus de sélection de personnel et d'accueil
• Processus de sélection des administrateurs de CASS
• Programme d'accueil, de formation et d'information des administrateurs des CASS
• Processus de sélection des secrétaires-réceptionnistes
• Processus de sélection de la direction-adjointe des CASS
• Processus de sélection du directeur du SIS
Processus d'accueil
• Document « Le processus d'accueil et les activités concrètes du service d'accueil dans les centres d'action sociale et de santé », approuvé par la CCCASS, 25.9.2001.
• Service d'accueil : fiches techniques
• Plan d'action de formation des secrétaires-réceptionnistes
Transferts
• Accord entre le SSVG, la DGCASS et l'Hospice relatif au transfert des activités du SSVG à l'Hospice du 25.11.02
• Constitution et PV du groupe de suivi concernant le transfert des secrétaires-sociales
• Répartition des secrétaires sociales dans les CASS, avec leur provenance (externe/Hospice)
Divers
• Synthèse des plaintes 2002
• Plan de dotation par CASS 2003, par unité et fonction
• Dotation DGCASS 2003
• Organisation des prestations et structures latérales dans les CASS (document sur la structure latérale, document sur l'organisation des prestations, etc.)
• Processus de consultation des horaires des CASS (divers documents)
• Processus de composition des comités de gestion (divers documents)
• Projet de fondation de droit public des CASS (divers documents et courriers)
• Charte « engagement des institutions et services du DASS concernés par la réalisation du projet de proximité à travers les CASS »
• Mandat de collaboration entre le département de psychiatrie des HUG et la DGCASS, 20.3.2003

Annexe 3 : Grille de questions des entretiens semi-directifs

1. Que **signifie** pour vous la **nouvelle politique des CASS**, définie dans la LCASS?
2. Quels sont, selon vous, les **principaux changements** apportés par la LCASS?
Comment pensez-vous que ces changements sont perçus par les différents acteurs?
3. Quels sont les **enjeux** actuels de la mise en œuvre de LCASS du point de vue:
 - des CASS ?
 - du système mis en place ?
 - de votre service / institution ?
 - de votre fonction ?
 - des prestations offertes ?
 Quels sont les **avantages** et les **inconvenients** de ce nouveau dispositif?
4. Avec qui êtes-vous amené à **collaborer** ? Concrètement
 - qui sont vos partenaires ?
 - pouvez-vous définir le rôle de chacun de ces partenaires ?
 - quelle est la répartition des tâches et des compétences de chacun d'entre vous ?
 - est-elle connue de tous ?
 - que pensez-vous de cette répartition?
 - quel est votre pouvoir d'intervention?
5. Quels sont les **lieux de décision** au niveau stratégique et opérationnel ? (chercher à localiser le pouvoir formel et informel)
 - Vous-même, intervenez-vous dans ces lieux de décision ?
6. La structure veut qu'il y ait **4 employeurs**. Cela a-t-il une répercussion pour vous?
Pour l'organisation du travail? Pour l'offre des prestations? Si oui, en quoi? Quels sont les avantages et les désavantages de cette nouvelle structure?
7. Par quel canal êtes-vous **informé** des décisions ?
 - Et vous-même, comment transmettez-vous l'information ?
 - Dans quelle mesure les informations dont vous disposez vous permettent-elles d'accomplir votre tâche et de remplir votre rôle ?
 - Comment jugez-vous les canaux d'information?
8. Quels sont les **lieux de coordination** ?
Quelle est la **fréquence** de cette coordination ?
Quels sont les **objets** qui y sont coordonnés ?
Quel est le **suivi** des objets coordonnés ?
Quelle est votre **place** dans cette coordination?
Quels sont les **points forts** et les **points faibles** de cette coordination?
9. Qu'apporte la nouvelle organisation des **CASS pour la population** ?
 - Concrètement, qu'y a-t-il de nouveau pour les usagers ?
 - Comment tenez-vous compte des **besoins de la population** pour définir les prestations ?
 - Ajustez-vous l'offre de prestations en fonction des besoins de la population? Si oui, comment?
 - Savez-vous, s'il existe des mécanismes d'ajustements des structures et de l'organisation des CASS en fonction des besoins exprimés par la population ? Et, en fonction des objectifs de la LCASS?
 - Existe-t-il une évaluation de votre mode de travail? Si oui, par qui est-elle menée?
Sur la base de quels critères ? Qu'advient-il des résultats d'évaluation?

10. En termes d'**objectifs à atteindre**, la LCASS et le programme de législation cherchent à ce que les CASS :
- soient des **relais de la politique sociale et sanitaire**
Qu'est ce que cela signifie pour vous ? Est-ce que c'est vécu ? Est-ce un objectif atteint ? Selon quels critères ? Y-a-t-il des lacunes, lesquelles, liées à quoi ? Comment y remédier ?
 - assurent un service de **proximité** à la population.
Qu'est ce que cela signifie pour vous ? Est-ce que c'est vécu ? Est-ce un objectif atteint ? Selon quels critères ? Y-a-t-il des lacunes, lesquelles, liées à quoi ? Comment y remédier ?
 - permettent d'**harmoniser et coordonner** les prestations sociales et sanitaires.
Qu'est ce que cela signifie pour vous ? Est-ce que c'est vécu ? Est-ce un objectif atteint ? Selon quels critères ? Y-a-t-il des lacunes, lesquelles, liées à quoi ? Comment y remédier ?
 - aient une **organisation efficace et efficiente**.
Qu'est ce que cela signifie pour vous ? Est-ce que c'est vécu ? Est-ce un objectif atteint ? Selon quels critères ? Y-a-t-il des lacunes, lesquelles, liées à quoi ? Comment y remédier ?
- ... et l'idée de placer **l'être humain au cœur du système** ?
Qu'est ce que cela signifie pour vous ? Est-ce que c'est vécu ? Est-ce un objectif atteint ? Selon quels critères ? Y-a-t-il des lacunes, lesquelles, liées à quoi ? Comment y remédier ?
La LCASS devrait-elle permettre d'atteindre d'autres objectifs ?
11. La LCASS vise aussi la **complémentarité** :
- Qu'est-ce pour vous la complémentarité ?
 - entre le monde du **social et le monde des soins**
 - entre **acteurs publics**
 - entre **acteurs publics et privés**.
- Ces complémentarités existent-elles ? Qu'est ce que cela implique pour vous ? La LCASS a-t-elle contribué à la renforcer ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
12. Sur quelle base les **ressources** sont elles allouées ?
Quelle est votre participation à cette allocation ?
Quels sont les modes de contrôle et d'ajustement de l'allocation des ressources ?
Comment jugez-vous l'allocation des ressources ?
13. Si vous pouviez être magicien..... **que changeriez-vous** ?
Et encore... sans être magicien, dans la position où vous vous trouvez, quels changements souhaiteriez-vous ?
14. De quel **soutien** auriez-vous besoin actuellement pour réaliser votre mission ?
- au niveau individuel ?
- au niveau structurel ?
15. Avez-vous des **documents à nous proposer ou à nous fournir**, dont vous pensez qu'ils soient utiles et importants que nous prenions connaissance ?
Avez-vous des **propositions de personnes ressource** que vous jugez utile et important que nous interroguions ?

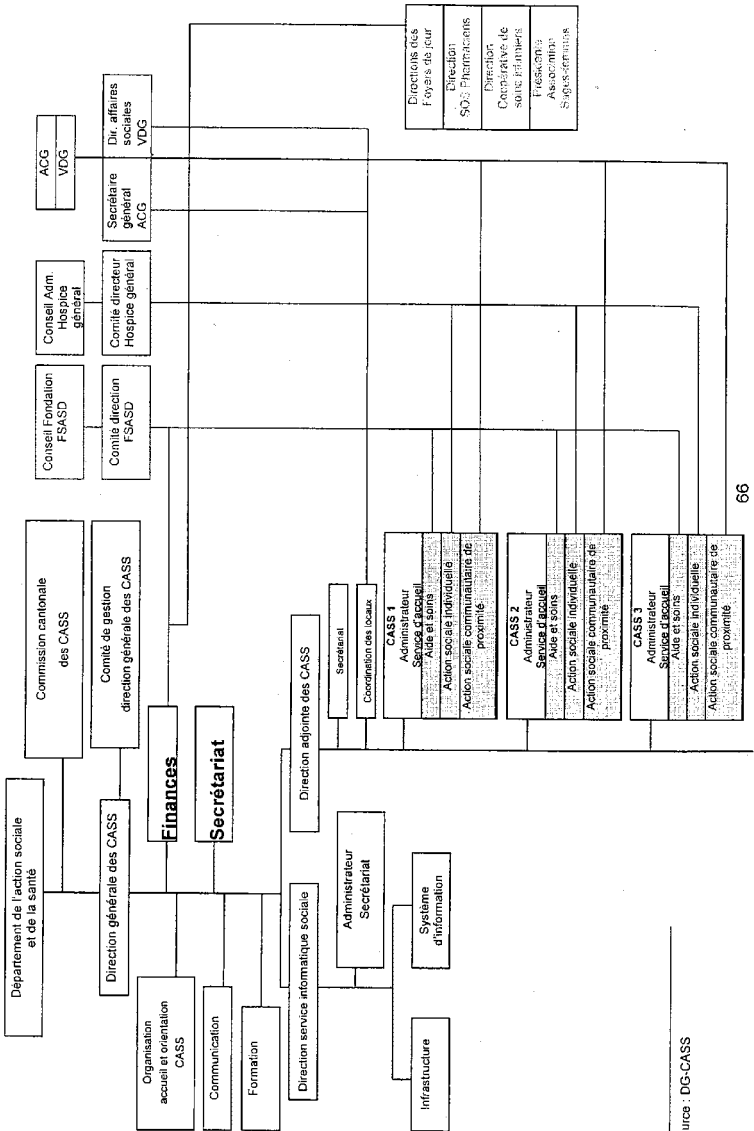
Annexe 4 : Grille de questions des entretiens de groupe

Thème	1 ^{ère} question pour lancer le thème	Relances adaptées à chaque groupe
<p>Relations externes: Travail de terrain avec les usagers</p>	<p>{ La structure actuelle de l'organisation des CASS permet-elle : - de tenir compte des besoins de la population ? - et d'y répondre ?</p>	
<p>Objectifs LCASS</p>	<p>{ En vous basant sur votre expérience, dites-nous si les CASS permettent d'atteindre les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • être un relais de la politique sociale et sanitaire • assurer un service de proximité à la population • harmoniser et coordonner les prestations sociales et sanitaires • avoir une organisation efficace et efficiente • ... placer l'être humain au cœur du système ? 	
<p>Relations internes: Collaboration – coordination – information – participation</p>	<p>{ Comment jugez-vous la collaboration, la communication, l'information et la participation dans la structure actuelle ?</p>	
<p>Perception de son rôle et du rôle des autres</p>		
<p>Propositions Debriefing</p>	<p>{ Récapitulation des propositions</p>	

Annexe 5 : Remaniements législatifs : objectifs, difficultés et modes de résolution

	Loi sur l'aide à domicile -K12- (16.2.1992) 1 ^{er} programme quadriennal	Loi sur l'aide à domicile -K 105- (5.12.1996) 2 ^{ème} programme quadriennal	Loi sur les CASS - K 107 - (21.9.2001) 3 ^{ème} programme quadriennal
But de la loi	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le champ d'action de l'aide à domicile • Mettre en place une organisation par secteurs • Régler la répartition des tâches entre le Canton, les communes et les services privés d'aide à domicile • Instituer une commission cantonale de l'aide à domicile, réunissant tous les milieux intéressés 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place l'organisation par secteur de l'aide à domicile • Régler la répartition des tâches entre Etat et communes • Assurer le financement de l'aide à domicile • Définir la composition et les compétences des différents organes chargés de l'application de la loi 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser par secteur l'action sociale et l'aide et les soins à domicile • Régler la répartition des tâches entre Etat et communes • Régler la répartition des tâches entre services publics et services privés • Définir la composition et les compétences des différents organes chargés de l'application de la loi.
Autres objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le programme quadriennal de financement de l'aide à domicile • Définir les conditions de subventionnement des services privés d'aide et de soins à domicile • Déterminer le rôle des communes en matière de locaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le programme quadriennal de financement de l'aide à domicile • Définir les conditions de subventionnement des services privés d'aide et de soins à domicile • Déterminer le rôle des communes en matière de locaux 	
Principales réalisations du programme quadriennal	<ul style="list-style-type: none"> • Découpage territorial du Canton en 22 secteurs • Elaboration du plan quadriennal de l'aide à domicile • Adoption du programme cadre des locaux mis à disposition par les communes • Adoption des principes de subventionnement des locaux communaux • Transfert à l'APADO des activités d'aide à domicile de l'hospice général • Fusion de deux services d'aide à domicile en une seule association privée (AGAD) • Mise en place à l'Hôpital cantonal d'une arcade d'information sur l'aide à domicile • Mise en place d'une informatisation commune 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption des règlements de la Commission cantonale de l'aide à domicile, du comité de direction de l'aide à domicile, de la commission consultative des CASS • Approbation du cahier des charges du coordinateur • Décentralisation du budget de fonctionnement dans les CASS pour l'achat de matériel • Approbation de missions des CASS • Convention de collaboration relative au Service d'informatique sociale entre les services d'aide et de soins à domicile et l'Hospice général et réunion de leurs services informatiques • Création du DU 	<p>Evaluation en cours</p>
Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fonctionnement de la Commission cantonale de l'aide à domicile : trop impliquée dans des tâches opérationnelles 2. Fonctionnement des centres médico-sociaux : manque de collaboration entre les équipes sociales et sanitaire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fonctionnement des structures familiales (commission cantonale et comité de direction) 2. Fonctionnement des CASS 3. Répartition des tâches entre Etat et Communes dans le domaine de l'action sociale 	<p>Evaluation en cours</p>
Mode de résolution	<p>Modification législative comprenant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La définition des 9 principes directeurs du 2^{ème} programme quadriennal. Notamment : <ul style="list-style-type: none"> - mise du client au centre du dispositif - centralisation de la politique générale, - décentralisation de l'action dans les secteurs. 	<p>Modification législative comprenant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nouvelle composition de la Commission cantonale de l'aide à domicile devenant la CC-CASS 2. Modification de la composition du comité de direction de l'aide à domicile qui devient le CG-DGCASS 3. Mise en place d'une nouvelle structure : la DG-CASS 	<p>Evaluation en cours</p>

Cadre légal régissant les CASS	<p>1. LADom 2. LAP J 105</p>	<p>1. LADom 2. LAP J 105</p>	<p>Loi sur l'aide à domicile - K 107 - (21.9.2001) 3^{ème} programme quadriennal</p>
<p>1^{er} programme quadriennal</p> <p>Loi sur l'aide à domicile - K12- (16.2.1992)</p> <p>- amélioration des instruments de pilotage, de l'information et de la communication.</p> <p>2. La modification du mode de fonctionnement de la Commission cantonale de l'aide à domicile dans le but de la faire fonctionner « comme un vrai conseil d'administration » :</p> <p>- Nouvelle composition : représentants supplémentaires des HUG, de la Fédération des services privés d'aide à domicile, des services sociaux et du personnel</p> <p>- Création d'un bureau de la Commission</p> <p>3. La création d'un comité de direction de l'aide à domicile formé de professionnels, responsables de la direction de leurs services respectifs et chargé d'appliquer les décisions de la Commission cantonale et de mettre en place la nouvelle organisation des centres</p> <p>4. La révision complète du mode de fonctionnement des centres médico-sociaux, notamment :</p> <p>- Mise en place d'un modèle d'organisation identique avec 3 unités de service : accueil et secrétariat social, aide sociale et financière, aide et soins à domicile)</p> <p>- Direction du CASS par un coordinateur, désigné par le comité de direction de l'aide à domicile</p>	<p>2^{ème} programme quadriennal</p> <p>Loi sur l'aide à domicile - K 105- (5.12.1996)</p> <p>4. Modification de la fonction de coordinateur en administrateur de CASS</p> <p>5. Nouvelle répartition des compétences entre Etat et Organismes dans le domaine de l'action sociale</p> <p>6. Organisation des CASS en 3 unités (action sociale individuelle, aide et soins à domicile, action communautaire de proximité) et un service d'accueil</p>	<p>1. LCASS 2. LADom 3. LAP J 105</p>	<p>3^{ème} programme quadriennal</p>

Annexe 6⁶² : L'organigramme de la structure actuelle⁶² source : DG-CASS

Annexe 7: Principaux thèmes abordés par la Commission cantonale des CASS

(séances du 1.1. 2002 au 31.12. 2003)

Thèmes	Date	Action
REGLEMENTS ET CONSTITUTION DES ORGANES		
Projet de règlement relatif à l'organisation de la Commission cantonale des CASS (modifications quant à la terminologie employée)	Mars 02	Demande de modification + Approbation
Projet d'arrêté relatif aux membres de la Commission cantonale des CASS (modifications quant à la terminologie employée)	Mars 02	Propositions de modif. + Approbation
Election du bureau de la Commission cantonale des CASS	Mars 02	Décision
Projet de règlement relatif à l'organisation du Comité de gestion de la DGCASS (modifications quant à la terminologie employée et au quorum)	Avril 02	Propositions de modif. + Approbation du projet
Projet de règlement relatif à l'organisation des comités de gestion des ASS	Février 03	Propositions de modif. + Approbation
Informations relatives à l'avancement de la constitution des comités de gestion	Mai 03	Information
Cahier des charges de l'administrateur du CASS	Avril 02	Approbation
Informations relatives au cahier des charges de l'administrateur	Sept. 02	Information
Projet de règlement relatif à l'organisation de la coordination des CASS	Février 03	Propositions de modif. + Approbation
Mission du service d'accueil, de l'unité aide et soins à domicile, de l'unité action sociale individuelle et de l'unité action sociale communautaire de proximité	Juin 02	Propositions de modif. + Approbation
Proposition de faire une étude plus détaillée des missions des unités des CASS à mi-législature	Juin 02	Proposition
Nouvelle structure organisationnelle de la FSAD	Juin 02	Information
INFORMATIQUE SOCIALE		
Point de situation sur les développements informatiques	Avril 02	Information
Point de situation sur les développements informatiques, notamment sur le progiciel Progrès	Sept. 02	Information
Point de situation sur les développements informatiques	Février 03	Information
Point de situation sur les développements informatiques	Sept. 03	Information
Mise en place du site internet des CASS	Sept. 02	Information
Etat d'avancement du site Internet des CASS	Mai 03	Information
Etat d'avancement du site Internet des CASS	Sept. 03	Information
RESSOURCES FINANCIERES ET HUMAINES		
Plan de dotation effectifs 2002	Avril 02	Information (prend acte)
Budget de fonctionnement 2002, décentralisé par unité et par CASS	Avril 02	Information
Transfert des activités du service d'accueil à la DGCASS	Mai 03	Information
Informations sur le processus de transfert	Sept. 02	Information
Indicateurs de gestion des RH dans les CASS 2001	Juin 02	Information
Demande d'informations complémentaires	Juin 02	Demande d'information
Recrutement des administrateurs de CASS	Sept. 02	Information
Informations sur l'avancement du recrutement	Nov. 02	Information
Informations sur l'avancement du recrutement	Février 03	Information
SERVICES		
Présentation de l'unité d'action sociale communautaire de proximité en ville de Genève	Nov. 02	Information
Horaires d'ouverture des CASS	Sept. 02	Information
Approbation de la proposition de la DG-CASS	Nov. 02	Approbation
Processus d'accueil dans les CASS – phase de consultation des partenaires -	Nov. 02	Information
Processus d'accueil et activités concrètes de l'accueil	Sept. 03	Propositions de modifications + Approbation
Organisation des prestations dans les CASS – programmes d'intervention -	Fév. 03	Information
Information, discussions, sondage grand public	Nov. 03	Information
DIVERS		
Inventaire du nombre de plaintes des clients pour 2001 et des mesures engagées dans les domaines de la formation et de l'organisation des prestations	Juin 02	Information
Inventaire du nombre de plaintes des clients pour 2002	Mai 03	Information
Plan directeur de la communication	Mai 03	Information
Présentation du projet « développement des compétences »	Fév. 03	Information
Etude trajectoire et « Typologie des patients admis pour soins impossibles à domicile »	Mai 03	Information
Evaluation des effets de la LCASS	Mai 03	Information
Sondage grand public	Sept. 03	Information
Arrêté du DASS relatif au subventionnement des communes et fascicule d'information pour les communes	Nov. 03	Information
Poursuite de la signalisation des CASS	Nov. 03	Information

Annexe 8 : Principaux thèmes abordés par le comité de gestion DGCASS

(Séances du 1.1. 2002 au 31.12. 2003)

Thèmes	Date	Action
REGLEMENTS ET CONSTITUTION DES ORGANES		
Règlement relatif à l'organisation des séances et à la mise en place de commissions permanentes	Fév. 02	Approbation
Mandat relatif à la définition des responsabilités et compétences des administrateurs, des chefs de secteurs de l'Hospice, des directeurs de secteurs de la FSASD et des responsables répondants du SSVG	Mars, avril, mai 02	Approbation du mandat, des thèmes et de la composition du groupe de travail
Approbation par la CC-CASS des missions du service d'accueil et des unités des CASS	Juin 02	Information
Charte de bon fonctionnement sur les valeurs et les objectifs stratégiques communs aux 4 entités (HG-FSASD-DGCASS-DGAS)	Sept. 02, avril 03	Information (de la préparation) + approbation
RESSOURCES FINANCIERES ET HUMAINES		
Préparation du budget 2003 des CASS en Ville de Genève	Fév. 02	Information
Comptes de fonctionnement des CASS au 31.12.01	Fév. 02	Préavis + transmission au BCCASS pour approbation
Comptes du système de formation continue de l'aide à domicile au 31.12.01	Fév. 02	Préavis + transmission au BCCASS pour approbation
Plan de dotation en effectif des CASS pour 2002.	Fév. 02	Information (prend acte) + transmission au CCCASS pour approbation
Budget de fonctionnement 2003 dans les CASS	Nov.02	Information
Cahier des charges, profil du poste des administrateurs	Fév. 02	Approbation
Rapport de consultation des organisations syndicales, des commissions du personnel et des directions Hospice/FSASD	Fév. 02	Information
Mise en place d'un groupe de travail définissant les compétences et les responsabilités des administrateurs	Fév. 02	Décision + transmission à la CCCASS pour approbation
Processus de recrutement des administrateurs des CASS	Mars 02	Information
Point de situation sur le recrutement	Sept. 02	Information
Point de situation sur le recrutement	Nov. 02 (2 séances)	Information
Point de situation sur le recrutement	Fév. 03	Approbation du recrutement
FORMATION		
Composition du comité de programme formation continue des CASS	Juin 02, Avril 03	Approbation
Projet de catalogue de formation continue 2003 des CASS	Juin 02	Approbation
Concept "développement des compétences"	Sept 02, Fév.03	Information
INFORMATIQUE		
Le bureau du SIS transmet à la DGCASS ses propositions de re-médiation	Avril 02	Information
Blocage du système informatique	Nov. 02	Information
Commission éthique : projet "sécurité et protection des données PROGRES" initié en janvier 2003.	Fév. 03	Information
Recommandation du groupe de travail sur le profil des utilisateurs	Fév. 03	Approbation
Transfert de la mise en œuvre aux chefs de projets	Fév. 03	Décide
Mandat pour la mise en place d'un Internet des CASS	Fév. 03, Avril 03	Approbation
Secret de fonction et secret professionnel: vade-mecum du parfait utilisateur des CASS et note explicative : création d'un document y relatif + diffusion dans les CASS	Fév. 02, Juin 02, Sept. 02, Nov. 02	Approbation
Nouveau logo des CASS	Nov. 02 (2 séances)	Information
Finalisation du réseau téléphonique en Ville de Genève	Avril 02	Information
PRESTATIONS ET GESTION DES CASS		
Transmission des plaintes clients aux coordinateurs des CASS	Mai 2002	Décision + transmission du dossier à la CC-CASS
Demande de simplification par la CC-CASS des indicateurs des gestion des CASS	Juin 02	Information
Présentation des indicateurs de gestion	Sept 02	Information
Montant de dédommagement pour les frais de déplacement des coordinateurs	Juin 02	Décision
Synthèse sur l'« évaluation de l'adéquation des horaires d'ouverture des CASS »	Sept. 02	Information

Thèmes	Date	Action
PRESTATIONS ET GESTION DES CASS (suite)		
Présentation du nouveau set administratif des CASS	Mars 02	Information
Directive relative aux prestations d'aide sociale, d'aide et de soins à domicile pour les employés de l'Hospice et de la FSASD	Mai 02, Sept. 02	Information + proposition de modifications, approbation + transmission aux partenaires
Horaires de permanence des services pendant les fêtes de fin d'année	Nov. 02	Information
Organisation d'une séance d'information sur le transfert d'activités du service d'accueil à la DG-CASS	Nov. 02	Information
Mise en place d'un groupe de suivi chargé de récolter les données fournies dans trois CASS relatives aux difficultés de mise en œuvre de la LCASS et de proposer des améliorations	Sept. 03	Approbation
Nouvelle organisation des prestations dans les CASS	Fév. 03	Information
Organisation d'une séance de travail sur une redéfinition des secteurs socio-sanitaires	Fév. 03	Décision
Application de la réglementation du Service de santé du personnel de l'Etat sur l'interdiction de fumée, dans tous les CASS	Avril 03	Décision
Gestion de la violence dans les CASS : contenu et diffusion de la plaquette "violence en situation professionnelle"	Avril 02	Approbation
Validation des formations et des recommandations relatives aux locaux	Avril 02	Approbation
Décision de la poursuite des activités du groupe GREVIS qui devient la "commission de prévention de la violence"	Avril 02	Décision
Composition de la commission de prévention de la violence	Mai 02	Approbation
Point de situation sur l'avancement du projet	Nov. 02	Information
Projet d'arrêt de du Conseil d'Etat relatif à la prévention et à la gestion des situations d'incivilité dans les CASS	Fév. 03	Approbation
ACTION COMMUNAUTAIRE/ ACTION INDIVIDUELLE		
Dossiers SSVG pris en charge par l'Hospice dès septembre 02	Fév. 02	Information
Projet "Carrefour d'entraide au CASS de Saint Jean /Charmilles	Juin 02	Information
Fin des activités du service social thônésien et orientation des communiers vers les CASS des Trois-Chêne	Nov. 02	Information
Projets d'action sociale communautaire de proximité de la Ville de GE	Nov. 02	Information
Mandat sur la mise en œuvre de l'action sociale communautaire de proximité : présentation de l'étude	Sept. 03	Information
LOCAUX DES CASS		
Projet de déplacer le CASS de Saint-Jean/Charmilles dans d'autres locaux	Fév. 02	Information
Mise en place d'un comité des locaux par CASS	Nov. 02	Approbation
Transformation de la Commission des locaux des CASS en une commission extraordinaire du CG DGCASS	Nov. 02	Proposition
Mandat confié par les autorités communales à l'Hospice : conventions avec certaines communes pour que l'institution assure le service social communautaire de proximité	Juin 02	Information
CONCEPT D'ACCUEIL		
Mise en place du concept d'accueil – consultation des directions, des autorités communales, des organisations syndicales et des commissions du personnel	Nov. 02	Information + Proposition/décision
Collaboration entre le département de psychiatrie des HUG et les CASS		
Décision de déléguer à la direction-adjointe l'organisation de rencontres entre les médecins des consultations sectorielles psychiatriques et leurs équipes avec chaque CASS	Avril 03	Décision
Nomination des membres du groupe de travail, chargé du mandat relatif aux collaborations concrètes entre le département de psychiatrie des HUG et les CASS	Avril 03	Décision
Point de situation	Sept. 03	Information

Annexe 9 : Principaux thèmes abordés par le Comité des locaux de la DGCASS en 2003

Thèmes	Date	Action
ORGANES		
Fonctionnement de la Commission des locaux	Mars 03	Information
Fumée dans les CASS à traiter par le Comité de gestion de la DGCASS	Mars 03	Proposition
Interdiction de l'accès des chiens dans les CASS	Mars 03	Décision
LOCAUX DES CASS		
Etude de la FSASD relative à une optimisation de l'occupation de ses locaux	Mars 03	Information
Réalisation par l'Hospice d'une étude sur l'optimisation de l'occupation de ses locaux	Mars 03	Décision
IMMEUBLE DE VILLEREUSE, CASS DES EAUX-VIVES		
Constat d'une absence de coordination entre les partenaires	Juin 03	Information
Analyse et suivi des besoins des occupants de l'immeuble par la FSASD et la DGCASS	Juin 03	Décision
SUBVENTIONNEMENT DES COMMUNES		
Procédure concernant le subventionnement des communes	Mars 03	Approbation
Arrêté du DASS du 28.4.03 et règlement y relatif, remise à jour du programme cadre des locaux	Octobre 03	Information
Préparation d'un dossier relatif aux locaux des CASS (arrêté, règlement) pour les autorités communales	Octobre 03	Décision
SIGNALISATION INTERNE ET EXTERNE DES CASS		
Présentation du projet	Mars 03	Information
Présentation du projet et des étapes de réalisation	Juin 03	Information
Décisions de principe des informations souhaitées dans la signalisation	Juin 03	Décision
Choix de l'entreprise pour la signalisation externe	Octobre 03	Décision
COMITÉS DES LOCAUX DES CASS		
Point de situation des premières séances et constat d'une difficulté à faire participer les communes	Juin 03	Information
ACTIVITES DES COMMUNES		
Onex : conservation d'un accueil distinct des CASS	Mars 03	Information
Bernex : Création d'un service communal implanté dans les CASS	Mars 03	Information
Grand-Saconnex : suppression du service communal et pas d'action communautaire	Mars 03	Information
Thônex : suppression du service communal et suppression des prestations	Mars 03	Information
Pian-les-Ouates : le service social communal quitte les locaux des CASS	Mars 03	Information
Proposition de rencontre des autorités de la commune	Juin 03	Décision
Vernier : interruption des projets de travaux et rachat d'un nouvel immeuble	Mars 03	Information
Conséquences et point de situation sur le rachat d'un nouveau bâtiment par la commune	Juin 03	Information

Annexe 10 : Indications CASS par CASS

Bassins de population, nombre de postes et de dossiers et prestations des communes dans les CASS.

Les données recueillies pour la constitution de cette annexe sont basées sur les entretiens réalisés au cours de l'évaluation et sur l'information recueillie sur les sites Internet des communes.

Les informations concernant les actions communautaires, la politique sociale des communes et leur implication dans les CASS ne sont données qu'à titre indicatif. Ces informations ne peuvent, en aucun cas, être considérées comme totalement fiables et exhaustives. D'une part, parce que des contradictions existent entre les différentes sources d'information et d'autre part, parce que, malgré diverses tentatives, seules les informations de trois communes ont été validées par les autorités communales. La réponse au questionnaire envoyé à l'ensemble des communes siège⁶³, ne nous étant, pour la plupart, pas parvenues au moment de la clôture de la rédaction du présent rapport.

Pour la Ville de Genève, l'information concernant la politique communautaire mise en place, ne sera pas présentée CASS par CASS, mais de façon globale. Ce d'autant plus que, dans certains CASS des actions communautaires sont en cours de déploiement.

Secteur 1 : Versoix

Communes desservies : Céligny, Versoix, Collex-Bossy, Genthod, Bellevue.

Population du secteur : 16'365 (1999) ; 18'441 (fin 2003)⁶⁴

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG		FSASD	HG as	Commune pers. Social Versoix	TOTAL CASS
Postes 1999	1.60		22.20	3.50	?	27.30
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.40	1.40	25.40	4.10	0.60 ?	31.30
Postes 2004	0.40	1.40	25.40	4.10		31.30
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			441	133	(*)	?
2003			493	151	81	?
Variations			+52	+18		
Charges personnel budget 03	207 842		2 568 463	386 441		3 162 746

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Versoix :

- Aides individuelles aux personnes qui n'entrent pas dans les barèmes de l'Etat (HG) ;
- Aide pour le remplissage des déclarations d'impôts (payant) ;

⁶³ Le questionnaire relatif aux activités offertes par les communes a été adressé aux conseillers administratifs en charges des questions sociales des communes de : Carouge, Grand-Saconnex, Chêne-Bougeries, Meinier, Versoix, Plan-les-Ouates, Onex, Chêne-Bourg, Meyrin, Lancy, Vernier, Thônex, Bernex, Veyrier.

⁶⁴ L'ensemble de l'information présentée dans les tableaux est issue des documents suivants : « Plan de dotation en personnel 2003 et 2004 » ; « Indicateurs de suivi des clients et des prestations », FSASD 2003 ; « Indicateurs de suivi des clients et des prestations », Hcspice général, 2003 ; budgets 2003 ainsi que le rapport sur « l'évaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile », 2000.

⁶⁵ Données inconnues.

- Groupe intercommunal d'entraide bénévole (transports gratuits de personnes devant se rendre chez le médecin ou le coiffeur par exemple) pour les habitants des communes de Genthod, Collex-Bossy et Bellevue ;
- Groupe de bénévoles de Céligny (sorties en voiture, visite, jeux, ...) pour les habitants de la commune de Céligny ;
- Médiations ;
- Café rencontres : animation pour les enfants, aide pour les devoirs, aide administrative ;
- Groupe de dialogue intergénérationnel regroupant sur la commune de Versoix l'ensemble des partenaires sociaux dans le but de mettre en place des actions spécifiques de prévention.

Au niveau des locaux, le service social communal ne partage pas les locaux du CASS. Par contre, il a été proposé que les travailleurs sociaux hors murs (FAS'e), s'installent dans les locaux du CASS.

Secteur 2 : Grand-Saconnex

Communes desservies : Grand-Saconnex, Pregny-Chambésy

Population du secteur : 11'179 (1999) ; 12'104 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Grand- Saconnex	TOTAL CASS	
Postes 1999	0.00	17.80	0.00	?	17.80	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.40	1.30	23.20	1.40		26.30
Postes 2004	0.40	1.30	23.20	1.40		26.30
		N clients	dossiers financiers	dossiers BiS	N dossiers	
2002		335	43	(*)	?	
2003		316	69	17	?	
Variations		-19	+26			
Charges personnel budget 03	197 693	131 764	2 438 111			2 767 568

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège du Grand-Saconnex :

- Aides individuelles aux personnes qui n'entrent pas dans les barèmes de l'Etat (Hospice).

Un poste d'assistant social est aujourd'hui à repourvoir sur le territoire de la commune

Secteurs 3/5 : Meyrin (yc. antennes Prulay + Mandement)

Commune desservie : Meyrin

Population du secteur : 24'053 (1999) ; 25'072 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Meyrin	TOTAL CASS	
Postes 1999	2.40	35.50	4.20	?	42.10	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS

Evaluation des effets de la loi sur les CASS

Idheap, mai 2004

Postes 2003	0.50	2.20	45.00	7.60	100% ?	55.30
Postes 2004	0.50	2.20	43.50	7.60		53.80
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			647	201	(*)	?
2003			668	200	166	?
Variations			+21	-1		
Charges personnel budget 03	305 474		651 349	4 035 198		4 992 021

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Meyrin :

- Appui en cas de problèmes de toute nature (chômage, AI, ...);
- Consultations juridiques gratuites ;
- Service médico-pédagogique ;
- Organisation et animation de la Commission consultative des aînés ;
- Soutien et organisation d'activités destinées aux aînés.

Le service social de Meyrin est en réorganisation.

Secteur 4 : Vernier / Châtelaine (yc. antennes Lignon et Avanchets)
Commune desservie : Vernier

Population du secteur : 29'117 (1999) ; 31'020 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG		FSASD	HG as + secrét. soc.	Commune pers. Social Vernier	TOTAL CASS
Postes 1999		4.20	76.10	7.90	2.9	88.20
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	1.00	4.50	82.20	14.45	3.2	102.15
Postes 2004	1.00	4.50	82.20	14.45	4.6	102.15
Charges personnel budget 03	621 091		1 263 290	7 722 997	710 940	9 607 378

Evolution des dossiers clients

	FSASD	HG		Commune Vernier
	N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002	1217	468	(*)	289
2003	1223	500	212	325
Variations	+6	+32		+36

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Vernier⁶⁸

➤ Action sociale individuelle:

- Information sociale (assurances sociales, logement, aide à domicile, loisirs et vacances pour enfants) ;
- Aide pour démarches administratives diverses ;
- Aide pour gestion financière et budget,

⁶⁸ Données validées et complétées par le magistrat communal en charge du dossier.

- Aide financière avec appui social (frais de séjours en camps, cours de rattrapage scolaire, frais liés au sport, retards de loyers ou de caisse maladie, frais de déménagement, ameublement, naissance).

Il est à noter qu'il n'y a pas eu de transfert de dossiers entre la commune et l'Hospice général.

➤ Action sociale collective:

- Participation aux coordinations de quartiers (Avanchets, Châtelaine-Libellules, Lignon et Vernier-village) ;
- Actions ponctuelles en collaboration avec le CASS, la maison de quartier, le Cycle d'orientation, l'ARA, le GIAP et les clubs des aînés.

Au niveau des locaux, le service social communal de Vernier ne se trouve pas dans le bâtiment du CASS. Il existe des problèmes de locaux : les Avanchets sont vétustes et le local manque de place pour du nouveau personnel; il en va de même pour le Lignon. Les nouveaux locaux que la commune a proposés impliqueraient que les AS du Lignon et des Avanchets restent dans ces antennes ; les équipes de la FSASD seraient regroupées dans ce nouveau bâtiment avec éventuellement l'équipe des AS de Châtelaine. Ceci devrait se réaliser fin 2004.

Secteur 6: Bernex (yc. antenne Avully)

Communes desservies : Aire-la-Ville, Cartigny, Bernex, Confignon, Avully, Chancy, Laconnex, Avusy, Sorai)

Population du secteur : 18'010 (1999) ; 19'294 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Bernex	TOTAL CASS	
Postes 1999	1.40	26.60	1.50	?	29.50	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.40	1.30	26.40	1.40	0.50	29.50
Postes 2004	0.40	1.30	26.40	1.40		29.50
		N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers	
2002		427	70	(*)	?	
2003		413	77	15	?	
Variations		-14	+7			
Charges personnel budget 03	197 692	158 189	2 611 391			2 967 272

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Bernex⁶⁷ :

- Aide financière ponctuelle (surtout les familles en difficulté avec enfant(s)) ;
- Médiation interpersonnelle et de groupe ;
- Prévention /sensibilisation ;
- Contact avec le groupe bénévole.

Au niveau des locaux, le service social communal et celui de l'Hospice se trouvent dans le bâtiment du CASS. La FSASD se trouve dans un autre local.

⁶⁷ Données validées et complétées par le magistrat communal en charge du dossier

Secteur 7 : Plan-les-Ouates**Communes desservies :** Plan-les-Ouates, Perly-Certoux, Bardonnex

Population du secteur : 11'032 (1999) ; 12'721 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Plan-les- Ouates	TOTAL CASS	
Postes 1999	1.40	14.40	1.80	?	17.60	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.40	1.30	18.20	2.20		22.10
Postes 2004	0.40	1.30	17.30	2.20	2.90 ?	21.20
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			315	33	(*)	?
2003			328	57	41	?
Variations			+13	+24		
Charges personnel budget 03	197 693	183 529	1 860 105			2 241 327

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Plan-les-Ouates:

- Aide financière ponctuelle et ciblée pour les personnes hors-barème de l'Etat ;
- Prestations sociales individuelles ;
- Aide à domicile ;
- Permanence impôts au printemps ;
- Atelier alimentation (promotion du bien-être et du bon état de santé physique et psychique des personnes âgées) ;
- Projets de prévention sociale et de santé ;
- interventions de type communautaire.

Secteur 8 : Onex**Commune desservie :** Onex

Population du secteur : 16 300 (1999) ; 17'170 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Onex	TOTAL CASS	
Postes 1999	1.70	35.10	3.95	?	40.75	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.50	1.60	51.20	4.50	10 ?	57.80
Postes 2004	0.50	1.60	51.20	4.50		57.80
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			682	202	(*)	?
2003			716	239	36	?
Variations			+34	+37		

Charges personnel budget 03	244 580	371 679	4 365 101		4 981 360
--------------------------------	---------	---------	-----------	--	-----------

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège d'Onex :

- Casse-Croûte: lieu de rencontre et de restauration
- Le lieu d'écoute
- Accueil informel parents-enfants
- La petite découverte: un espace de rencontre, de jeux et d'écoute pour les familles accompagnées d'enfant(s) en bas âge
- Onex famille: placement en famille d'accueil
- Les cornets alimentaires: un peu "les restos du cœur"
- Onex santé: centre de prévention et de promotion de la santé
- "La violence...parlons-en!": lieu d'écoute, d'orientation et d'information au sujet de la violence
- Aide administrative
- Accompagnement psycho-social
- Prise en charge de tout ce qui est hors barème du CASS
- Activités pour les personnes âgées
- Coordination d'un groupe de bénévoles

Au niveau des locaux, le personnel communal se trouve dans le même bâtiment que le CASS mais ne partage pas l'accueil du CASS : son guichet d'accueil est au parterre, alors que celui du CASS est au premier étage.

Secteur 9 : Lancy (yc. antenne Clochetons au Petit-Lancy)

Commune desservie : Lancy

Population du secteur : 25 528 (1999) ; 26 788 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Lancy	TOTAL CASS	
Postes 1999	1.00	55.60	2.70	?	59.30	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	1.00	2.90	60.75	5.00	?	69.65
Postes 2004	1.00	2.90	61.65	5.00	?	70.55
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			1069	242	(*)	?
2003			1044	281	34	?
Variations			-25	+39		
Charges personnel budget 03	458 716	483 098	5 895 317		6 837 131	

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Lancy :

- Aide individuelle ponctuelle ;
- Allocations ;
- Permanence juridique.

Au niveau des locaux, le CASS du (Grand-)Lancy se trouve dans une nouvelle construction. Le service social communal n'est pas dans le même bâtiment. Lors de la restructuration, au Petit-Lancy, les assistants sociaux de l'HG ont été séparés du service

social communal pour être réunis avec la FSASD. Actuellement, il y a 2 demi-équipes CASS au niveau de l'Hospice, de la FSASD et de l'accueil : une à Lancy et une à l'antenne des Clochetons.

Secteur 10 : Carouge (yc. antenne Allobrogés)

Commune desservie : Carouge

Population du secteur : 16 892 (1999) ; 18'479 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Carouge	TOTAL CASS	
Postes 1999	1.50	41.10	3.30	?	45.90	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.50	3.00	48.15	5.10	4.10 ?	56.75
Postes 2004	0.50	3.00	48.45	5.10	?	57.05
		N clients	dossiers financiers	dossiers B/S	N dossiers	
2002		643	196	(*)	?	
2003		674	203	52	?	
Variations		+31	+7			
Charges personnel budget 03	386 660	435 561	4 899 062		5 721 283	

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Carouge:

- Aides financières ponctuelles, en particulier pour les personnes hors barèmes de l'Etat ;
- Informations sociales et administratives utiles ;
- Aide à la gestion et au désendettement ;
- Aide administrative ;
- Permanence chômage.

Au niveau des locaux, le personnel du service social communal se trouve dans le bâtiment du CASS.

Secteur 11 : Veyrier

Communes desservies : Veyrier, Troinex

Population du secteur : 10 813 (1999) ; 11'478 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Veyrier	TOTAL CASS	
Postes 1999	1.00	14.40	0.70	?	16.10	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.50	1.30	17.95	1.20	?	20.95
Postes 2004	0.50	1.30	17.65	1.20	?	20.65
		N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers	
2002		330	32	(*)	?	
2003		297	40	12	?	

Variations		-33	+8		
Charges personnel budget 03	214 136	133 898	1 784 251		2 132 285

Secteur 12 : Trois-Chêne**Communes desservies :** Chêne-Bourg, Chêne-Bougeries, Thônex

Population du secteur : 28 444 (1999) ; 30 749 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Thônex	TOTAL CASS	
Postes 1999	1.90	54.10	4.40	?	60.40	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS
Postes 2003	0.50	2.00	65.40	7.25	1.00 ?	75.15
Postes 2004	0.50	2.00	65.40	7.25	?	75.15
		N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers	
2002		1128	277	(*)	?	
2003		1169	317	65	?	
Variations		+41	+40			
Charges personnel budget 03	285 176	606 962	6 129 921		7 022 059	

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune siège de Thônex :

- Appui ponctuel pour les personnes hors du barème de l'Etat (Hospice).

Par ailleurs, les trois communes chénoises prennent en charge la totalité des coûts relatifs à l'Action Trois-Chêne pour l'Emploi (aide à la recherche d'emploi, établissement de dossiers de candidature, préparation aux entretiens d'embauche, etc.). Ce service, est constitué de 2 assistantes sociales et d'un consultant⁶⁸.

La commune de Thônex n'a plus de service social depuis le 1^{er} juillet 2003.

Secteur 13 : Collonges-Bellerive / Vézenaz**Communes desservies :** Hermance, Anières, Corsier, Meinier, Gy, Jussy, Choulex, Vézenaz, Présinge, Vandoeuvres, Cologny, Puplinge, Présinge

Population du secteur : 24 182 (1999) ; 26 399 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG	FSASD	HG as	Commune pers. Social Vézenaz	TOTAL CASS	
Postes 1999	0.50	24.80	0.80	?	26.10	
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	Commune pers. social	TOTAL CASS

⁶⁸ Données validées et complétées par le magistrat communal de Chêne-Bougeries en charge du dossier. Il est à noter que la commune de Chêne-Bougeries mène des actions de promotion des liens intergénérationnels. Celles-ci ont notamment abouti à l'élaboration de la charte « tous reconnus, tous responsables » et à la mise en place du projet « Action responsabilités citoyennes ».

Evaluation des effets de la loi sur les CASS

Idheap, mai 2004

Postes 2003	0.50	1.30	28.70	1.90	?	32.40
Postes 2004	0.50	1.30	29.60	1.90	?	33.30
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			611	46	(*)	?
2003			616	46	42	?
Variations			+5	0		
Charges personnel budget 03	214 135		141 789	2 809 657		3 165 581

Prestations socio-sanitaires offertes par la commune de Vésenez :

- Appui ponctuel pour les personnes hors du barème de l'Etat (Hospice).

Secteur 14 : Pâquis

Population du secteur : 17'291 (1999) ; 18'578 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999	2.80		39.00	8.90		50.70
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS
Postes 2003	0.50	2.00	43.70	10.40	3.20	59.80
Postes 2004	0.50	2.00	43.70	10.40	3.30	59.90
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			646	382	(*)	
2003			631	454	183	
Variations			-15	+72		
Charges personnel budget 03	285 174		878 178	4 170 114		5 333 466

Secteur 15 : Grottes

Population du secteur : 19'059 (1999) ; 20'285 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999	2.50		53.20	7.00		62.70
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS
Postes 2003	0.50	2.10	63.20	7.10	3.10	76.00
Postes 2004	0.50	2.10	65.50	7.10	3.20	78.40
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			831	300	(*)	
2003			879	351	107	
Variations			+48	+51		
Charges personnel budget 03	295 324		663 732	6 215 811		7 174 867

.....

Secteur 16 : Servette / Petit-Saconnex

Population du secteur : 26'917 (1999) ; 28'339 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999		3.00	63.90		5.90	72.80
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS
Postes 2003	1.00	2.00	87.25	7.00	3.20	100.45
Postes 2004	1.00	2.00	78.50	7.00	2.80	91.30
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			1296	240	(*)	
2003			1296	323	205	
Variations			0	+83		
Charges personnel budget 03	367 377		609 777	7 782 114		8 759 268

.....

Secteur 17/18 : Saint-Jean/Charmilles

Population du secteur : 22 209 (1999) ; 23'231 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999		2.80	61.30		5.20	69.30
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS
Postes 2003	1.00	2.00	71.60	6.60	6.20	87.40
Postes 2004	1.00	2.00	71.80	6.60	3.30	84.70
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			1050	358	(*)	
2003			1035	351	166	
Variations			-15	-7		
Charges personnel budget 03	367 377		581 285	7 205 263		8 153 925

.....

Secteur 19 : Jonction

Population du secteur : 14 353 (1999) ; 15'101 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999	2.70		43.10	7.10		52.90
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS
Postes 2003	0.50	1.90	53.70	7.20	2.90	66.20
Postes 2004	0.50	1.90	53.45	7.20	3.10	66.15
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			743	266	(*)	
2003			753	290	155	
Variations			+10	+24		
Charges personnel budget 03	275 027		636 833	5 031 453		5 943 313

Secteur 20 : Plainpalais / Acacias (yc. antenne Pont d'Arve)

Population du secteur : 26 882 (1999) ; 28'677 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999	4.20		79.60	8.70		92.50
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS
Postes 2003	1.00	2.30	78.35	11.00	3.30	95.95
Postes 2004	1.00	2.30	78.35	11.00	3.00	95.65
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			1145	408	(*)	
2003			1179	441	242	
Variations			+34	+33		
Charges personnel budget 03	397 823		990 275	7 778 516		9 166 614

Secteur 21 : Champel

Population du secteur : 23 062 (1999) ; 23'365 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999	2.30		33.90	2.95		39.15
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS

Evaluation des effets de la loi sur les CASS

Idheap, mai 2004

Postes 2003	0.50	1.60	39.60	2.70	1.60	46.00
Postes 2004	0.50	1.60	39.20	2.70	3.40	47.40
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			880	109	(*)	
2003			910	120	68	
Variations			+30	+11		
Charges personnel budget 03	244 580		210 200	3 949 778		4 404 558

Secteur 22 : Eaux-Vives

Population du secteur : 26 662 (1999) ; 27'182 (fin 2003)

réf. avant LCASS (sel. rapp. ORES)	Accueil HG+SSVG		FSASD	Action sociale HG + SSVG		TOTAL CASS
Postes 1999		2.60	70.90		6.00	79.50
Depuis mise en œuvre LCASS	DGCASS admin	DGCASS accueil	FSASD	HG as + asa	SSVG cac+sec	TOTAL CASS
Postes 2003	1.00	2.40	82.00	9.30	5.20	99.90
Postes 2004	1.00	2.40	88.10	9.30	2.80	103.60
			N clients	dossiers financiers	dossiers BIS	N dossiers
2002			1144	340	(*)	
2003			1168	342	185	
Variations			+24	+2		
Charges personnel budget 03	407 970		795 889	7 984 512		9 188 371

Politique communautaire de la Ville de Genève

Depuis le vote de la LCASS, la Ville de Genève a consenti un effort important dans le but de définir et de mettre en place une politique communautaire cohérente et coordonnée sur son territoire. Ceci dénote d'une part, une forte volonté de coordination avec l'ensemble des partenaires et, d'autre part, un souhait de remplir pleinement le nouveau champ de l'action communautaire de proximité défini par la LCASS.

Parmi ses actions, les plus significatives ont notamment permis :

- La définition des missions des unités d'action communautaire de proximité du SSVG. Ces dernières ont été approuvées, en juin 2002, par la Commission cantonale des CASS. Il est à noter qu'à l'heure actuelle seul les 8 CASS de la Ville de Genève, sur les 22 que compte le canton possèdent une définition commune de leurs missions et de leurs objectifs.

Les missions des unités d'action communautaires de la Ville de Genève sont les suivantes :

- Renforcer les liens sociaux entre les habitant/es des quartiers de la Ville ;
- Favoriser la participation des habitant/es par le soutien à la coproduction des prestations ;
- Mettre en place et promouvoir une collaboration étroite et permanente avec l'ensemble des partenaires publics, privés et associatifs participant à la vie du quartier ;

- Observer sur le terrain et de manière permanente la population de chaque quartier, - repérer la demande socio-sanitaire, par l'écoute des besoins des habitant/es et transmettre toute information utile à l'administrateur ;
 - Répondre aux besoins socio-sanitaires de toutes les catégories de la population (jeunes, adultes, personnes âgées) par la mise en œuvre de projets d'action communautaire ;
 - Mettre l'accent sur la prévention en tant que mode de réponse aux besoins socio-sanitaires de la population ;
 - Faciliter l'accès aux services publics et privés et transmettre l'information socio-sanitaire à l'extérieur du CASS ;
 - Répondre à certains besoins sociaux ciblés par une intervention de type individuelle, complémentaire à celle de l'unité d'action sociale individuelle.
- La définition de nouvelles missions pour les assistants sociaux et la définition des cahiers des charges du personnel des unités d'action communautaire de proximité
 - La clarification du type de prestations financières offertes par la Ville de Genève. A cet effet un dossier de présentation et d'information a été fourni à l'ensemble des collaborateurs des CASS. Celui-ci distingue les 5 catégories de prestations offertes par le SSVG, soit :
 - Les prestations sociales (apport financier aux bénéficiaires des prestations cantonales de l'OCPA),
 - Les allocations sociales (allocations complémentaires pour enfants),
 - Les allocations sociales ponctuelles conséquentes (aide visant à éviter la détérioration d'une situation difficile ou favoriser son rétablissement),
 - Les allocations sociales ponctuelles - soutien durant une période définie (aide visant l'amélioration d'un situation momentanément difficile, par un apport financier régulier sur une période définie)
 - La prise en charge des frais des restaurants scolaires.
 - La mise en place projets, en partenariat avec les acteurs du réseau. Dans ce domaine, citons par exemple, les unités d'action communautaire des CASS de St-Jean des Grottes et des Eaux-Vives qui ont mené des actions dans les domaines suivantes :

Promotion de la santé

- Projet « Promotion de la mobilité et de l'équilibre et prévention des chutes chez les personnes âgées, en partenariat avec les HUG
- Projet « Promotion de la santé et de la qualité de vie dans le canton de Genève », en collaboration avec le canton, la commune de Meyrin et la Fondation du Devenir
- Promotion de la santé chez les adolescents : amélioration de la qualité nutritive à « l'Abri »

Contact avec la population - Développement du lien social

- La parole au quartier
- Rencontres de voisins au Quai 9
- Carrefour d'entraide « Coup de pouce » : promotion du bénévolat
- Groupe Voisins Voisines

Travail en réseau

- Plateforme Quartier Contact : échange d'information de professionnels de quartier
- Fêtes de quartier, fête de l'Escalade
- Projet « Pédibus » : accompagnement d'enfants sur le trajet de l'école

Par ailleurs, des permanences chômage ont été mises en place dans les CASS de Grottes et des Eaux-Vives.

Annexe 11 : Statuts de la FAS'e

FAS'e

Statuts de la Fondation Genevoise pour l'animation socio-culturelle (art. 1 à 4)

Article 1 : Buts

1. La fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (ci-après : fondation) fondation de droit public, a pour but de favoriser le renforcement du tissu social, la rencontre, l'échange et la solidarité, dans un objectif général de prévention.
2. Elle s'assure que les centres de loisirs et de rencontres, les maisons de quartier, les jardins Robinson et terrains d'aventure du Canton de Genève (ci-après, les centres), réalisent cet objectif dans le cadre de leur action éducative, associative et socioculturelle.

Article 2 : Surveillance du Conseil d'Etat

1. La fondation est placée sous la surveillance du Conseil d'Etat qui approuve chaque année son budget et ses comptes ainsi que le rapport sur sa gestion.
2. La vérification des disponibilités et le contrôle des comptes doivent être confiés par le Conseil de fondation à une société fiduciaire ou à un expert-comptable indépendant.
3. La fondation est notamment régie par les articles 36 à 42 de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève, du 7 octobre 1993.

Article 3 : Mission

1. La fondation garantit la réalisation par les centres de leur tâche en assurant la coordination des activités des centres ainsi que des ressources humaines, financières et techniques mises à disposition à cet effet.
2. Elle appuie les centres dans l'élaboration et la conduite de leurs programmes d'activités.
3. Elle veille au bon fonctionnement des centres, à l'encadrement et à la qualité de leurs activités.
4. La fondation procure aux centres, ainsi qu'à la fédération des associations de centres de loisirs et de rencontres (ci-après fédération), les moyens de réaliser leur action.
5. En collaboration avec les autorités cantonales et communales, la fondation favorise l'existence de centres répondant aux besoins de la population d'une commune ou d'un quartier.
6. Elle veille à l'application des principes définis par la loi relative aux centres de loisirs et aux centres de rencontres et à la fondation genevoise pour l'animation socioculturelle du 15 mai 1998, des présents statuts et la charte cantonale des centres.

Article 4 : But des centres

1. Les centres sont des espaces de rencontres conviviaux ouverts sur le quartier et la commune. Dans un objectif de prévention, ils proposent et organisent des activités :

pour les enfants, offrant, en dehors des heures scolaires, une action éducative complémentaire à celle de la famille et de l'école;

pour les jeunes, répondant aux divers besoins sociaux et culturels des adolescents;

pour toute la population d'une commune ou d'un quartier, favorisant le lien social et ses dimensions culturelles.

2. Les centres n'ont pas de caractère lucratif, politique ou confessionnel.

3. La liberté d'expression est garantie pour les activités organisées dans le cadre des centres. Le personnel et les divers responsables doivent, quels que soient leurs choix personnels, respecter les convictions des usagers.

Annexe 12 : Les espaces de coordination dans les CASS

Type de rencontres et fréquence de rencontre	Participants aux différents types de rencontres			
	DASS / DGCASS	FSASD	HG	Communes
Réunion administrateurs 1x/mois	entre eux, avec modération externe			
Réunion administrateurs 1x/mois	entre eux, avec la direction adjointe de la DGCASS			
Entretien administrateur 1x/mois	individuel avec la direction adjointe de la DGCASS			
Colloque de fonctionnement UASD 1x/mois ou bimensuel, selon les CASS	selon CASS, parfois avec administrateur	tous les collaborateurs présents		
Colloque "clients" (travail en sous-groupes ; traitement des demandes clients et évaluation des objectifs) 1x/semaine		collaborateurs présents, sans les aides		
Coordination nouvelles demandes quotidienne ou selon besoin		responsables d'équipe, chargées d'évaluation, infirmières et ASA		
Espace administratif (valider + corriger les saisies de données clients) 1x/semaine		responsables d'équipe, chargées d'évaluation, infirmières et ASA		
Colloque de fonctionnement UASI hebdomadaire ou bimensuel, selon les CASS	selon CASS, parfois avec administrateur		chef de secteur, AS et ASA	
Supervision 1x/mois			chef de secteur et AS	
Colloque pluridisciplinaire (dans certains CASS) hebdomadaire ou bimensuel		X	X	(X)
Colloque inter-unités CIUS (actuellement dans 2-3 CASS) 1x/mois	X	X	X	(X)
Rencontres thématiques ponctuelles (dans certains CASS)	X	X	X	(X)

Annexe 13 : L'analyse des textes normatifs

L'analyse juridique qui suit a pour objet de vérifier la lisibilité et la cohérence des textes légaux et réglementaires en vigueur⁶⁹, à la fois quant à leur structure propre et quant à leurs rapports réciproques. Cet examen a été mené en regard d'une série de questions déduites des constats de l'analyse de l'équipe d'évaluation, qui sont posées en tête de chaque chapitre de réflexion ci-après.

L'analyse des textes normatifs a été réalisée en application des principes généraux d'interprétation du droit public, à l'exclusion toutefois du recours aux instruments d'interprétation historique (travaux préparatoires du Grand Conseil notamment). Dans le contexte de la présente étude, il ne s'agissait pas en effet de procéder à un avis de droit sur la portée des textes en vigueur pour résoudre les difficultés mises en exergue le cas échéant.

C'est ainsi volontairement que l'analyse ci-dessous ne contient aucune référence de doctrine ou de jurisprudence, sous réserve du rappel des principes en matière de pouvoir hiérarchique ou de surveillance. La portée générale et indiscutée de ces principes justifie en effet d'en tenir compte pour compléter les indications expresses des textes normatifs.

1. Les missions

La définition des missions du régime des CASS est-elle claire ? Les objectifs stratégiques énoncés dans le programme de législature du Président du DASS ont-ils un appui légal ? La définition des missions des CASS peut-elle être opérationnelle sans être accompagnée d'indicateurs d'atteinte ? Les missions respectives des institutions prestataires de services sociaux regroupées dans les CASS sont-elles définies de manière cohérente ?

a) La définition des objectifs de coordination assignés aux CASS :

Les objectifs retenus par M. Ungér dans son programme de législature (harmonisation/coordination ; proximité ; client au centre) doivent être distingués des « missions » analysées ci-dessous (let. b), propres aux institutions partenaires dans les CASS, puisqu'ils se rapportent en réalité à la mission des CASS en tant que tels : à savoir gérer en coordination une palette de politiques sociales.

Cet objectif est décrit – précisément sous l'intitulé « mission » - à l'art. 1^{er} LCASS : « Afin d'assurer un service de proximité à la population dans les domaines de la politique sociale et de la politique de la santé, le Conseil d'Etat met en place, en collaboration avec les communes, des centres d'action sociale et de santé [...] regroupant et [...] intégrant les diverses activités des services, publics et privés, d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile ». Les termes soulignés – par nos soins – correspondent largement aux objectifs précités.

⁶⁹ A savoir la LCASS, le RALCASS et les Règlements édictés par le Président de la Commission cantonale des centres d'action sociale et de santé des 7 mars 2002 (organisation de la Commission cantonale des CASS), 18 avril 2002 (organisation du comité de gestion de la direction générale des CASS) et 27 février 2003 (organisation des comités de gestion des CASS et organisation de la coordination des CASS). L'arrêté du DASS relatif à la mise en œuvre de la nouvelle législation sur les CASS, du 14 janvier 2002, a également été pris en considération. En revanche, les cahiers des charges et la Charte des CASS n'ont pas été intégrés à cet examen.

Cela étant, l'énoncé de cette mission propre aux CASS reste libellé en termes peu précis et eux-mêmes indéterminés. Les principes de proximité et de collaboration ne sont pas matériellement décrits ou quantifiés dans le reste de la LCASS ou dans les textes réglementaires qui en dépendent.

Sous l'angle du principe de la légalité, et même plus généralement du point de vue de la technique législative, cette imprécision dans l'énoncé des objectifs de coordination des CASS est admissible, voire inévitable. Il est fréquent en effet que les législations énoncent dans leurs premiers articles des principes d'action publique qui servent de guide d'interprétation mais restent non directement applicables en tant que tels, vu leur généralité. Du reste, **le principe de coordination se prête typiquement mieux à une concrétisation dans l'ordonnement des procédures de consultation et de décision qu'en termes matériels.** Les développements récents des procédures dites complexes en matière d'aménagement du territoire et d'environnement le démontrent très clairement. Or, c'est bien sur ces questions de forme et de procédure que les textes réglementaires adoptés dans le cadre de la LCASS se concentrent.

Il est donc logique, du moins dans une conception législative traditionnelle, que cet objectif général de coordination ne soit pas accompagné d'indicateurs de performance dans la LCASS ou son règlement d'organisation. La mission d'évaluation périodique dévolue à une « instance extérieure » par l'art. 4 al. 5 LCASS ne formule en effet aucun critère précis d'appréciation.

Enfin, s'agissant des objectifs relatifs à la « proximité » et à la place centrale à réserver au « client », ils n'ont pas de fondement légal ni de réelle portée juridique. On voit mal en effet comment concrétiser et sanctionner ces objectifs dans un système administratif. Il s'agit plutôt d'exigences de caractère éthique.

Cela étant, si la tâche de coordination dévolue au système des CASS ne peut guère être concrétisée plus avant dans la loi ou le règlement, quant à son principe, il convient de veiller d'une part à ce que les missions des acteurs que le régime CASS doit coordonner soient clairement délimitées et, d'autre part, que l'articulation des compétences des divers organes de coordination soit dénuée d'ambiguïtés. Ces deux points donnent en l'espèce matière à réflexion, comme on va le voir ci-dessous (let. b et ch. 1bis, respectivement ch. 2 ss).

b) La définition des missions des institutions « partenaires » des CASS :

On pourrait penser *a priori* que la définition des missions respectives des différents « organes » impliqués dans les CASS devrait relever de la LCASS elle-même, puisque cette loi se donne – notamment – pour but de « définir [...] les compétences des différents organes chargés de [son] application » (art. 2 let. d LCASS). A la lumière de la systématique de la LCASS, il faut toutefois comprendre que cette clause légale se réfère plutôt à la distribution des rôles entre les structures que la LCASS a instituées elle-même (cf. le Chapitre III).

L'énoncé des missions des partenaires relève ainsi essentiellement de l'art. 3 LCASS, intitulé « principes et prestations ». Les « prestations » sont distinguées en trois types à l'alinéa 2 : « a) aide et soins à domicile ; b) action sociale individuelle ; c) action sociale communautaire de proximité ». L'alinéa 3 attribue la responsabilité de ces « prestations » à la FSASD, à l'HG et aux communes respectivement. Sur le plan terminologique, il en découle que les « prestations » correspondent aux missions propres aux acteurs réunis au sein des CASS.

Cela étant, la LCASS ne donne aucune autre indication quant au contenu de ces « prestations » et aux critères selon lesquels elles doivent être dispensées. Ces prescriptions

relèvent des instruments législatifs, réglementaires ou statutaires applicables aux acteurs des trois catégories précitées :

- La loi sur l'aide à domicile, du 16 février 1992 (K 1 05 ; LADom), qui régit l'activité de la FSASD, contient pour sa part une définition de l'aide à domicile (art. 2), tant en ce qui concerne les personnes auxquelles elle est adressée que pour ce qui a trait aux composantes de cette aide. L'art. 4 LADom, consacré aux CASS et adopté simultanément à la LCASS, indique que la FSASD est responsable des unités d'« aide et de soins à domicile » des CASS.
- La loi sur l'assistance publique, du 19 septembre 1980 (J 4 05 ; ci-après LAP), qui régit l'activité de l'Hospice général, n'utilise pas les termes d'« action sociale individuelle », si ce n'est pour indiquer en son art. 14 al. 4 que l'Hospice est responsable des unités d'action sociale des CASS. L'art. 21A LAP, expressément consacré aux CASS et introduit simultanément à l'adoption de la LCASS, précise les attributions de ces unités d'action sociale en leur attribuant le service des « prestations individuelles d'aide sociale et d'assistance publique » et décrit distinctement la distribution de l'aide matérielle, la fourniture d'information et la « participation aux actions sociales communautaires » décidées par le CASS. Si la LAP reprend les termes utilisés à l'art. 3 al. 2 let. c LCASS (« action sociale communautaire »), elle ne les définit pas.
- Quant à l'action sociale « communautaire de proximité », assurée en priorité par le personnel des communes dans les CASS, selon l'art. 3 al. 5, elle ne fait l'objet d'aucune réglementation cantonale, voire communale. Il s'agit donc d'une notion juridiquement indéfinie. Il en va de même, du reste, pour l'action sociale individuelle, dans la mesure où l'Hospice général n'en a pas le monopole complet selon l'art. 3 al. 4 LCASS. C'est un point sur lequel il y aura toutefois lieu de revenir isolément (cf. ci-dessous, ch. 1bis).

Force est donc de constater que les lois en vigueur, ne contiennent pas de définitions systématisées des missions respectives des acteurs qui s'ont menés à collaborer dans le cadre des CASS. L'effort de coordination entre législations, qui s'est traduit par l'introduction de dispositions afférentes aux CASS dans la LAP et la LADom lors de l'adoption de la LCASS, n'a pas porté sur l'harmonisation des concepts descriptifs des missions. Ce phénomène ressort déjà de la formulation des dispositions de la LAP et de la LADom introduites lors de l'adoption de la LCASS, puisque des terminologies nouvelles, distinctes des textes d'origine, y ont été utilisées.

Du point de vue de la technique législative, **il s'agit-là d'une lacune qui peut être à même d'expliquer – en partie – les difficultés relevées en pratique : avant de coordonner les modalités d'exercice des activités des différentes institutions amenées à travailler en partenariat dans les CASS, il aurait été logique que le législateur définisse clairement les missions de chacune de ces institutions.**

1bis. L'articulation entre les missions des acteurs cantonaux et les communes

Quelles sont les compétences réservées aux communes dans le régime des CASS ? Les communes bénéficient-elles d'une autonomie dans ce cadre ? Quels sont les liens entre l'« action sociale communautaire de proximité » des communes dans le cadre de la LCASS et l'« action socio-éducative » des communes en relation avec la FAS'e ?

L'examen des missions des entités prestataires de services sociaux amenées à collaborer dans les CASS, ci-dessus, est concentré sur les tâches dévolues aux acteurs « cantonaux » - i. e. agissant sur l'ensemble du territoire cantonal -, à savoir l'Hospice et la FSASD.

L'articulation des missions de ces acteurs avec celles des communes soulève d'autres questions encore à la lecture des textes applicables :

a) Les « compétences communales » selon l'art. 5 LCASS

Sous le titre « compétences communales », l'art. 5 al. 1 LCASS prévoit que les communes « mettent à disposition et entretiennent gratuitement les locaux et le mobilier nécessaires aux services publics, cantonaux et communaux, et privés d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile ».

L'intitulé de l'art. 5 LCASS ne décrit donc pas la substance de cet article : il ne s'agit pas de conférer aux communes une compétence, mais principalement de leur attribuer la charge des locaux et du mobilier nécessaires à l'exploitation des CASS.

L'usage du terme « compétence » peut laisser penser que les communes sont autonomes dans l'exécution de cette tâche, conformément au principe de l'autonomie communale inscrit à l'art. 2 de la loi sur l'administration des communes, du 13 avril 1984 (B 6 05 ; LAC).

Cependant, deux mécanismes viennent restreindre l'autonomie des communes :

- D'une part, l'art. 4 al. 3 let. f LCASS prévoit que le Conseil d'Etat peut adopter des directives concernant la mise à disposition des locaux *ad hoc*.
- D'autre part, le mécanisme de subventionnement cantonal prévu à l'alinéa 2 de l'art. 5 LCASS implique un pouvoir de contrôle du canton sur les modalités d'exécution de la tâche de mise à disposition des locaux et du matériel – pouvoir exercé par la DG CASS en vertu des art. 1 et 2 al. 2 let. c du Règlement d'application de la LCASS (K 1 07.01 ; RALCASS). Les critères d'octroi de ces aides financières cantonales aux communes ne sont pas définis au niveau légal ou réglementaire, ce qui peut paraître critiquable en regard du principe de la légalité, même si le caractère technique de ces questions relativise les exigences de précision normative. La DG CASS peut ainsi, en définitive, se fonder sur les conditions générales afférentes aux subventions inscrites aux art. 35 ss de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève, du 7 octobre 1993 (D 1 05 ; LGAF ; cf. notamment l'art. 36 al. 2 let. c pour l'exigence d'affectation économique et efficiente des montants alloués). La DG CASS tire de ces mêmes dispositions son pouvoir de contrôle dans l'utilisation des fonds alloués (art. 38 LGAF).

Il en découle, en résumé et pour ce premier point, que les communes n'ont pas véritablement d'autonomie en matière d'organisation des locaux et de mobilier, même si elles restent financièrement indépendantes des subventions du canton. Le droit du canton d'imposer des directives en matière de locaux est cependant plus évident lorsqu'il relève des conditions d'octroi des subventions.

De la sorte, l'intitulé de l'art. 5 LCASS s'avère ainsi partiellement trompeur.

b) Les prestations d'action sociale selon l'art. 3 al. 4 et 5 LCASS

Comme aperçu plus haut, l'art. 3 LCASS évoque également expressément les communes en tant que prestataires principales de l'« action sociale communautaire de proximité » (al. 5). L'alinéa 4 du même article laisse également une place à des tâches communales en matière d'action sociale individuelle, en tant que ce secteur n'est assuré qu'« en priorité » par l'Hospice général : les communes peuvent donc y rester actrices subsidiaires.

Le fait que de véritables compétences communales soient ainsi évoquées de manière semi-tacite rend la systématique de la LCASS imparfaite. Le libellé de l'art. 5 LCASS en ressort en effet d'autant plus trompeur.

Il est concevable que l'absence de précisions dans la loi quant à la délimitation des rôles puisse être palliée par la voie conventionnelle à laquelle fait allusion l'art. 2 al. 2 let. c RALCASS. Il est néanmoins regrettable que le contenu et la portée de ces conventions éventuelles ne soit nulle part défini par la loi ou le règlement.

Cela dit, l'absence de définition des missions d'action sociale individuelle et d'action sociale communautaire de proximité, déjà relevée plus haut, entraîne une difficulté complémentaire quant à la délimitation des activités coordonnées par les CASS, dès lors que les communes collaborent également avec la Fondation genevoise pour l'animation socio-culturelle (FAS'e) pour des activités de caractère social et de proximité.

Ce dernier domaine est régi par la loi relative aux centres de loisirs et de rencontres et à la fondation genevoise pour l'animation socioculturelle, du 15 mai 1998 (J 6 11). Structurellement, cette loi institue des centres de loisirs chargés d'une mission libellée en termes d'« action socio-éducative et socioculturelle », donc apparemment distincte de l'action sociale régie par la LCASS (art. 2). Cette catégorie d'action sociale n'est toutefois pas décrite plus avant dans la loi, et plusieurs facteurs peuvent favoriser des confusions de genre : le public visé n'est pas uniquement les jeunes, mais encore « l'ensemble de la population d'une commune ou d'un quartier » (art. 2 let. b) ; les acteurs du travail social « hors murs » sont amenés à compléter leurs services en tenant compte des mesures d'aide individuelle dispensées par les « structures sociales existantes » (art. 2A). Plus généralement, « afin de coordonner les actions de terrain et notamment le développement du travail social « hors murs », le canton et les communes encouragent la mise sur pied de réseaux locaux de complémentarité regroupant les divers intervenants exerçant une activité sociale et de prévention » (art. 6 al. 2).

Force est ainsi de constater que les communes se retrouvent à jouer un rôle charnière entre le domaine socio-éducatif et l'action sociale plus générale, de par leur implication dans le système de la loi J 6 11, d'une part, et leur rôle de prestataire de services sociaux communautaires de proximité, voire individuels. Or, cette articulation n'est pas décrite précisément, en raison tant du défaut de spécification du contenu des diverses missions en cause que de l'absence de référence expresse à la structure des CASS dans la loi J 6 11.

2. Commission cantonale des CASS

Quels sont les domaines de compétences de la Commission cantonale ? Quelle est la nature de ces compétences : consultative ou décisionnelle ? Le Président de la Commission est-il doté de compétences particulières, notamment en matière réglementaire ? Dans la mesure où la Commission cantonale n'est pas dotée d'un pouvoir décisionnel, quel organe est-il doté de ce pouvoir sur les objets soumis à la Commission cantonale ?

a) La nature des compétences de la Commission cantonale (CC) :

L'art. 6 al. 1, en instituant formellement la CC, indique à son sujet qu'elle est une commission « consultative ». Les compétences de la CC sont cependant énumérées dans plusieurs autres dispositions de la LCASS.

L'art. 4 al. 2 indique tout d'abord que la CC est sollicitée pour préavis par le Conseil d'Etat, lorsque ce dernier « approuve les documents et directives relatifs à la mise en œuvre de la loi », portant sur les matières listées à l'art. 4 al. 3. Cette disposition est reprise à l'art. 7 let. c. L'art. 2 RALCASS détaille les volets sur lesquels la Commission est consultée (définition des secteurs géographiques, plans directeurs quadriennaux, conventions de collaboration, etc.) ; contrairement aux dispositions précitées de la LCASS, l'art. 2 RALCASS fait de la Commission cantonale un organisme consultatif au service du DASS.

L'art. 7 contient ensuite un catalogue d'aspect exhaustif des « compétences de la commission ». Ces autres compétences sont de nature diverses :

- Selon la let. a, la CC « assiste le Conseil d'Etat » dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques concernées : cette fonction n'implique pas de pouvoir de décision. Elle peut parfaitement se lire dans la perspective d'un organe consultatif doté d'une pure compétence de préavis.
- A cette première fonction peut être rapprochée la compétence prévue à la let. e de proposer toute mesure utile à l'amélioration et au développement de l'aide sociale et à domicile. Cette compétence d'appui général est reprise à l'art. 2 al. 1 RALCASS, avec la nuance que la CC s'adresse au DASS.
- Selon la let. b, la CC « veille au bon fonctionnement des services et, en particulier, supervise l'organisation par secteur des centres d'action sociale » : il s'agit-là d'une tâche qui relève de la surveillance en matière opérationnelle et organique. **La loi n'indique pas de quels pouvoirs d'investigation dispose la Commission (obligation de rapport des services, droit d'enquête, etc.). Elle ne prévoit pas non plus que la CC soit dotée d'un pouvoir de décision pour corriger ou sanctionner les dysfonctionnements qu'elle peut mettre en lumière.** Lu en relation avec l'art. 8 let. b LCASS, relatif à la compétence de la Direction générale des CASS en matière organisationnelle, **l'art. 7 let. b signifie plutôt que la CC reste cantonnée à un pouvoir de haute surveillance, détaché de l'opérationnel.**
- Selon la let. d, la CC « s'assure du respect des conditions mises à l'octroi de subventions aux services privés d'aide et de soins à domicile ». Cette clause fait écho à l'art. 11 al. 3 LADom, qui prévoit que la CC « s'assure du respect des conditions mises à l'octroi des subventions ». Vu la systématique de la LADom, cet art. 11 al. 3 paraît limiter les pouvoirs de la CC au suivi de l'affectation des subventions. Il n'est en tout cas pas indiqué que la CC soit compétente pour l'octroi initial des subventions. La CC ne se voit pas non plus dotée d'un pouvoir de décision sur le versement des subventions ou pour l'adoption d'autres mesures à prendre au

besoin pour assurer le respect des conditions de subventionnement posées à l'art. 11 al. 1 LADom.

A ce stade, on constate donc que **les compétences données à la CC sont de natures diverses et que certaines d'entre-elles pourraient comprendre un pouvoir de décision *stricto sensu*** (en particulier en matière de surveillance générale selon la let. b et de subvention selon la let. d). L'existence d'un tel pouvoir décisionnel pourrait être confirmée par une lecture littérale de l'art. 8 let. a LCASS, qui charge la Direction générale des CASS d'appliquer « les décisions prises par [...] la Commission cantonale ».

La reconnaissance d'un véritable pouvoir de décision à la CC rentrerait toutefois en conflit avec la nature d'organe consultatif donnée à cette commission (art. 6 al. 1 LCASS). Du reste, l'art. 8 let. a LCASS se prête lui-même à une lecture conforme à cette fonction consultative, puisqu'il donne à la Direction générale la compétence d'appliquer les décisions « prises par le Conseil d'Etat et la Commission cantonale » : on peut y lire que la commission n'a pas individuellement de pouvoir décisionnel, du moins sur le plan externe. Mais il reste que la question de savoir si la Commission consultative a réellement le pouvoir d'adopter des décisions contraignantes à l'égard d'autres organes ou institutions visées par la LCASS ne trouve pas de réponse explicite dans la loi. En définitive, la formulation de l'art. 8 let. a LCASS n'est pas dénuée d'ambiguïté puisqu'elle pourrait être interprétée comme signifiant que la Commission est dotée d'un pouvoir de décision parallèle (ou concomitant) à celui du Conseil d'Etat.

Un exemple de cette conception selon laquelle la Commission cantonale serait dotée d'un pouvoir de décision constitutif, sur certains aspects d'organisation, est donné par l'Arrêté adopté par le DASS en date du 14 janvier 2002 au sujet de la mise en œuvre de la nouvelle législation sur les CASS : l'art. 1 al. 2 let. b de cet Arrêté soumettait à « décision » de la CC le cahier des charges des administrateurs ; l'art. 3 al. 2 soumettait également à « décision » de la CC la convention de collaboration et le contrat de prestation au sujet du Service d'Informatique Sociale. En réalité toutefois, ni l'une ni l'autre de ces décisions ne sont prévues dans les compétences données à la CC par la LCASS ou son règlement d'application. Tout au plus peut-on rattacher la seconde de ces décisions à la compétence consultative de la Commission sur les documents d'organisation informatique (art. 4 al. 3 let. e LCASS et art. 2 al. 2 let. c RALCASS). Or, il s'agit typiquement d'un cas pour lequel la CC ne devrait que préavisier, selon l'art. 7 let. c LCASS.

Si l'on admet que la Commission est dotée d'un véritable pouvoir de décision, contrairement à sa fonction consultative initiale, surgit alors la question supplémentaire de savoir si la CC est dotée de pouvoirs d'information et d'investigation suffisants pour pouvoir exercer correctement ses compétences décisionnelles. La loi n'en prévoit aucun explicitement. Ces silences ou imprécisions de la LCASS sont particulièrement aigus pour ce qui concerne le contrôle de l'affectation des subventions aux organismes privés d'aide à domicile (art. 7 let. d LCASS). En matière de contrôle du subventionnement à un organisme privé, les règles générales du droit administratif exigent en effet une procédure formelle comprenant, le cas échéant, l'adoption de décisions sujettes à recours (cf. p. ex. l'art. 56B al. 3 let. e de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (E 2 05 ; LOJ)). Cela implique que les rapports de compétences soient préalablement strictement définis.

En définitive, le fait que la Commission cantonale ne soit pas dotée de pouvoirs d'investigation et d'exécution, à teneur de la loi et du règlement d'application, confirme que la Commission ne peut pas être dotée d'un véritable pouvoir décisionnel, dans quelque domaine que ce soit. Le fonctionnement concret de la Commission cantonale, relevé dans les chapitres précédents, montre d'ailleurs clairement que la Commission ne fonctionne pas comme une instance d'instruction, de surveillance concrète et de décision, notamment dans

le domaine du subventionnement aux organismes privés. Son mode d'action concret est typique d'un forum consultatif.

b) La localisation du pouvoir décisionnel sur les objets de pure compétence consultative de la CC :

Indépendamment de ce qui précède, il y a lieu de relever que l'attribution du pouvoir décisionnel dans les matières pour lesquelles la CC n'a assurément qu'un pouvoir consultatif (préavis) est incertaine, ou en tout cas peu claire à teneur des textes réglementaires de niveau inférieur adoptés jusqu'ici.

Les règlements relatifs à l'organisation de la CC elle-même, du 7 mars 2002, et du comité de gestion de la Direction générale des CASS, du 18 avril 2002, ont été édictés formellement par le Président de la Commission cantonale, en référence au RALCASS, cité sans précision.

Les règlements relatifs à l'organisation de la coordination des CASS, du 27 février 2003, ainsi que des comités de gestion des CASS, de la même date, ont également été édictés par le Président de la CC. Ces textes se réfèrent en revanche à l'art. 9 de la LCASS ainsi qu'aux art. 6, respectivement 7 du RALCASS.

A teneur de la LCASS, le Président de la CC n'a toutefois aucun pouvoir réglementaire. Il est uniquement doté du pouvoir de présider la CC elle-même, à savoir d'en diriger les séances (cf. art. 3 du Règlement d'organisation de la CC, du 7 mars 2003), respectivement de prendre les décisions d'urgence au titre du pouvoir provisionnel que lui confère l'art. 9 du même Règlement d'organisation. Il est d'ailleurs d'autant plus surprenant que le Président de la CC soit doté d'un pouvoir réglementaire, alors que la CC elle-même n'a légalement qu'un pouvoir consultatif (cf. ci-dessus, a).

Il n'est pas non plus prévu légalement que Monsieur Unger ait la capacité d'édicter ces règlements en sa qualité de Président du DASS : même si le DASS est le département chargé de l'application de la LCASS (art. 1 RALCASS), ce n'est pas lui qui est compétent pour l'adoption des directives en matière d'organisation administrative, mais le Conseil d'Etat après consultation de la Commission cantonale, selon l'art. 4 al. 2 et 3 let. e LCASS et l'art. 2 al. 2 let. i RALCASS. C'est ici que la formulation de l'art. 7 let. c, relevée plus haut, est pertinente puisqu'elle confie au expressément Conseil d'Etat la compétence d'adopter ces documents. Du reste, l'art. 10 LCASS rappelle la compétence constitutionnelle du Conseil d'Etat (art. 116 Constitution genevoise) de fixer par règlement les disposition d'application de la loi.

A la lecture des règlements d'organisation en vigueur, force est donc de constater un décalage entre l'ordonnement des compétences prévues par la LCASS et la pratique. Le pouvoir exercé de fait par le Président de la Commission cantonale, en matière réglementaire, n'est pas conforme au régime légal en vigueur.

3. Direction générale des CASS

Quels sont les domaines de compétence de la Direction générale ? Quelle est la nature de ces compétences ? La Direction générale est-elle dotée de moyens de surveillance et d'exécution adéquats ?

a) La nature et l'étendue des compétences de la Direction générale (DG) :

Selon l'art. 8 LCASS, la Direction générale est dotée de compétences de trois ordres :

- En premier lieu, elle « applique les décisions prises par le Conseil d'Etat et la Commission cantonale » (art. 8 let. a) : la Direction générale est ainsi un organe d'exécution. **L'ampleur du pouvoir de la Direction générale dépend toutefois de la nature des compétences « décisionnelles » des organes qu'elle doit seconder, et notamment de la Commission cantonale. Les ambiguïtés relatives aux pouvoirs de cette dernière, examinées plus haut, se répercutent ici.** On pensera par exemple à la tâche de surveillance et de supervision de la CC (art. 7 let. b) : si la Commission cantonale est dotée d'un réel pouvoir de décision, la tâche de la Direction générale en la matière est évidemment d'une autre portée que dans l'hypothèse où la Commission cantonale n'a qu'un rôle de supervision générale et « abstraite » et qu'elle doit s'en remettre à la Direction générale pour se procurer les informations nécessaires et adopter les mesures correctives éventuellement commandées par les circonstances.
- En deuxième lieu, la DG « organise par secteur les CASS » (art. 8 let. b). Cette compétence fait écho à la responsabilité du Conseil d'Etat de « veiller à l'organisation par secteur des CASS, qui est exclusive de toute autre organisation interne des services publics et privés » (art. 4 al. 1 let. b). Il en résulte que la DG est dotée d'un pouvoir organique direct, mais de portée géographique générale : compte tenu des compétences qui devraient être dévolues par ailleurs aux administrateurs des CASS (art. 9 al. 1 let. d LCASS ; cf. toutefois ci-dessous, ch. 5), la DG ne devrait pas avoir pour fonction de définir dans le détail les structures de chaque CASS isolément. La formulation des art. 4 al. 1 let. b et 8 let. b place l'accent sur la structuration à l'intérieur des secteurs, qui sont eux-mêmes « découpés » territorialement par le Conseil d'Etat lui-même (art. 3 al. 1 LCASS).

Cela dit, si la loi ne définit pas le contenu précis de ce pouvoir d'organisation, elle donne au Conseil d'Etat (après consultation de la CC) un pouvoir de directive très étendu, ainsi qu'il ressort de la liste des matières sujettes à directive dressée par les art. 4 al. 3 LCASS et 2 al. 2 RALCASS. Il en découle que **la Direction générale ne jouit plus guère d'autonomie dans sa tâche d'organisation, qui est largement réduite à une fonction d'exécution directe.** On peut citer à cet égard l'exemple des effectifs en personnel de l'Hospice général et de la FSASD, qui peuvent être définis non seulement en termes de ventilation globale entre services, mais apparemment même en nombre absolu, selon les plans annuels de dotation visés par l'art. 2 al. 2 let. e RALCASS.

Le fait que le pouvoir général du Conseil d'Etat en matière d'organisation soit exclusif de « tout autre organisation interne » paraît impliquer que ces dernières institutions, de même que les communes, aient été dépossédées de toute prérogative sur ce point. La loi pourrait toutefois l'explicitier plus clairement lorsqu'elle traite des tâches de la DG, surtout en raison de l'impact d'un tel pouvoir sur l'autonomie des acteurs concernés. Le RALCASS ne contient lui-même aucune précision à cet égard, lorsqu'il traite de la Direction générale (art. 3). L'absence de disposition en « miroir » dans les législations afférentes aux entités prestataires des

services sociaux dans les CASS est un facteur supplémentaire de difficulté. Les dispositions de la LAP afférentes à l'implication de l'Hospice général dans les CASS ne reflètent pas la centralisation exclusive du pouvoir d'organisation en mains des organes de gestion des CASS. Au contraire, l'art. 14 al. 4 LAP indique par exemple que l'Hospice général « veille à une juste répartition des effectifs » entre les unités d'action sociale des CASS, ce qui paraît contradictoire avec les pouvoirs du Conseil d'Etat et de la Commission cantonale des CASS en matière de personnel (cf. notamment l'art. 2 al. 2 let. b et e RALCASS), que la Direction générale des CASS doit respecter (art. 8 let. a LCASS). On verra plus bas cependant que certaines dispositions du RALCASS peuvent renforcer cette contradiction.

- En troisième lieu, la Direction générale « est responsable de l'activité des administrateurs et du personnel des services d'accueil des CASS » (art. 8 let. c). Il s'agit-là de l'explicitation de la relation de subordination hiérarchique de ce personnel, ancrée quant à son principe à l'art. 3 al. 6 LCASS.

L'énoncé des compétences inscrit à l'art. 8 LCASS n'est toutefois pas exhaustif. L'art. 4 al. 3 LCASS charge en effet le DASS d'élaborer et de tenir à jour les documents et directives d'application de la loi, adoptés formellement par le Conseil d'Etat et préalablement soumis à la Commission cantonale (art. 4 al. 2-3 LCASS et art. 2 al. 2 RALCASS). La préparation de ces documents et directives, en vue de soumission à la Commission cantonale, est dévolue à la Direction générale par l'art. 3 al. 2 let. a RALCASS. Il s'agit toutefois d'une tâche qui n'implique par définition pas de pouvoir de décision, vu qu'elle est exercée au service du Conseil d'Etat et de la Commission.

b) Les moyens d'exécution et de surveillance à disposition de la DG :

Ni la LCASS ni le RALCASS ne confèrent expressément des pouvoirs spécifiques d'investigation et d'exécution en faveur de la Direction générale des CASS.

En particulier, la LCASS n'organise pas la transmission des informations des différents organes des CASS en direction de la DG. Les seules indications à ce sujet ressortent du Règlement relatif à l'organisation du Comité de gestion de la DG (cf. ci-dessous).

En l'état, la législation est donc essentiellement muette au sujet des moyens de surveillance et des pouvoirs de décision/sanction à disposition de la Direction générale.

Selon les règles générales du droit administratif, ce silence peut être partiellement comblé par application des principes reconnus au sujet des pouvoirs hiérarchique et de surveillance. Il convient ainsi de distinguer :

- Dans le cadre des relations hiérarchiques, l'autorité supérieure a le pouvoir de surveiller l'exécution des directives générales ou particulières qu'elle a émises, de révoquer d'office les décisions illégales ou inopportunes de l'autorité inférieure, voire d'évoquer des dossiers pour les traiter elle-même, et enfin de prendre des sanctions disciplinaires à l'égard des agents subordonnés (cf. p. ex. B. Knapp, Précis de droit administratif, 4^{ème} éd., 1991, p. 4 n° 8).
- Dans le cadre des relations de surveillance – qui supposent la reconnaissance d'une certaine autonomie au surveillé –, le pouvoir de l'autorité de surveillance est moindre. Il comporte néanmoins le droit d'exiger des rapports d'activité et de procéder à des inspections, notamment pour vérifier que l'organisme surveillé respecte son propre ordre juridique et celui de l'autorité surveillante, le droit d'examiner des plaintes, voire

celui de se saisir d'office d'une affaire déjà réglée par l'autorité surveillée (cf. B. Knapp, op. cit., p. 5, n° 13).

En l'espèce, ces principes commandent la distinction concrète suivante :

- A l'égard du personnel « administratif » des CASS, la Direction générale jouit d'une position de supérieur hiérarchique classique (art. 3 al. 6 et art. 8 let. c LCASS) : la DG bénéficie donc des pouvoirs les plus étendus à leur égard, même en l'absence de prescription légale expresse.
- En revanche, à l'égard des autres membres du personnel impliqué dans les CASS, respectivement des entités dont dépend ce personnel, il est douteux que le régime de la LCASS ait eu pour effet de créer un lien équivalent à celui d'une relation hiérarchique classique. L'Hospice général est en effet traditionnellement considéré comme au bénéfice d'un régime d'autonomie (dérivé de l'art. 170 de la Constitution genevoise), à tout le moins sur le plan administratif. Sa position dans l'organigramme du Règlement sur l'organisation de l'administration cantonale, du 22 décembre 1997 (B 4 05.10), indique en tout cas que le DASS n'exerce qu'un pouvoir de surveillance à l'égard de l'Hospice (cf. art. 9 al. 2 let. a ch. 3 du Règlement). Quant à la FSASD, elle est par définition hors de la pyramide hiérarchique vu sa nature de fondation – qui plus est de droit privé.

Dès lors, la Direction générale ne jouit à l'égard de ces services que de prérogatives propres limitées aux relations de surveillance, en l'absence de base légale claire instituant une réelle relation hiérarchique. Encore faut-il préciser que ces prérogatives peuvent être encore restreintes pour tenir compte des règles protégeant les données traitées par les entités concernées (notamment en termes de secret médical et social).

L'absence de dispositions expresses dans la LCASS sur l'étendue et les modalités de la surveillance et de l'exécution du ressort de la DG, non palliée par le RALCASS ni par le Règlement du 7 mars 2002 relatif à l'organisation de la CC, est ainsi génératrice de difficultés, voire de lacunes. La création d'une structure de surveillance et d'exécution parallèle aux structures administratives et hiérarchiques propres à chaque entité supposerait une base légale dénuée d'ambiguïté.

4. Comité de gestion de la Direction générale des CASS

Quelles sont les compétences du Comité de gestion ? Quelle est la nature de ses compétences ?

Le Comité de gestion de la DG n'a pas d'assise dans la LCASS elle-même. Il est prévu par l'art. 3 al. 4 RALCASS, essentiellement consacré à définir sa composition : ce Comité de gestion regroupe les directeurs de l'Hospice général, de la FSASD et du Département des affaires sociales de la Ville de Genève, de même que le Secrétaire général de l'ACG. De par sa composition, ce Comité apparaît dès lors comme une plate-forme tripartite permettant aux différents acteurs regroupés dans les CASS de participer aux tâches de la Direction générale.

a) Compétences du Comité de gestion :

Selon l'art. 3 al. 4 RALCASS, le Comité de gestion « assiste » la Direction générale « dans l'accomplissement de ses tâches et, en particulier, dans la définition des activités, procédures et outils de gestion communs aux institutions et services prestataires ».

La compétence d'« assister » la DG n'appelle pas de commentaires particulier : les développements ci-dessus au sujet de la compétence correspondante de la Commission cantonale d'assister le Conseil d'Etat valent ici par analogie.

On peut néanmoins relever deux particularités qui caractérisent le type d'« assistance » qui peut être exercé par le Comité de gestion, et ressortent exclusivement du Règlement relatif à l'organisation du comité de gestion de la direction générale des centres d'action sociale, adopté le 18 avril 2002 par « le Président de la Commission cantonale des CASS » :

- Sur le plan matériel, l'art. 10 de ce Règlement précise que le Comité de gestion intervient pour préavisier les dossiers soumis à la Commission cantonale des CASS. En d'autres termes, le Comité de gestion préavisie les préavis sur les objets initialement élaborés par la Direction générale et en définitive adoptés par le Conseil d'Etat (art. 4 al. 2 et art. 7 let. c LCASS). Il s'agit-là d'une tâche qui dépasse la simple gestion, au sens courant du terme, et qui montre que la compétence donnée au Comité par le RALCASS peut être très étendue.
- Sur le plan formel, l'art. 6 du même Règlement prévoit cependant que l'ordre du jour des séances du Comité de gestion est défini par la Direction générale elle-même, selon la liste des dossiers en possession du secrétariat, lui-même tenu par la Direction générale (art. 3). Aucun droit d'initiative n'est prévu pour les membres du Comité. Ce mécanisme procédural a pour effet de restreindre toutefois le champ de compétence apparemment très étendu donné au Comité de gestion par les dispositions citées ci-dessus. Cet élément peut en tout cas expliquer en partie la relative désaffection du Comité.

Quant aux tâches particulières évoquées à titre exemplatif, elles manquent de cohérence avec les tâches de la Direction générale. Du moins la terminologie ne correspond-elle pas. En effet, la LCASS ne prévoit pas que la Direction générale soit compétente pour définir « les activités » communes aux institutions et services prestataires. Aucune définition n'est d'ailleurs donnée dans la LCASS ou le RALCASS à la notion d'« activité ». S'agit-il des prestations au sens de l'art. 3 al. 3 à 5 LCASS ? La même question se pose pour la définition des « procédures et outils de gestion communs » : ne s'agit-il pas plutôt de questions qui doivent être résolues par les directives du Conseil d'Etat, en vertu des art. 4 al. 3 let. e LCASS et 2 al. 2 let. j RALCASS ?

b) Nature du pouvoir de décision du Comité de gestion :

L'analogie avec les tâches de la Commission cantonale, quant à la fonction principale d'« assistance », indique que le Comité a vraisemblablement été conçu comme un organe d'essence consultative.

Toutefois, le texte de l'art. 3 al. 4 RALCASS n'indique pas *expressis verbis* cette nature consultative.

Le Règlement d'organisation du Comité de gestion ne clarifie pas la nature des pouvoirs du Comité : bien qu'il se réfère systématiquement à la notion de « délibération », il l'utilise simultanément dans le sens de « débat » (cf. art. 3 al. 2, et art. 11 al. 1) et dans celui de « décision » (cf. art. 9 al. 1 : préparation des « projets de délibération »).

Ces incohérences rédactionnelles créent donc une ambiguïté qui laisse penser que le Comité de gestion serait doté d'un réel pouvoir décisionnel contraignant à l'égard de la

Direction générale. En réalité, le RALCASS lui attribue bien plutôt un rôle essentiellement consultatif (« assister » la Direction générale), et l'on voit mal que le RALCASS puisse priver la DG de compétences, au profit de ce Comité de gestion, alors que la LCASS ne prévoit pas cet organe.

5. Administrateurs, Comités de gestion et Conseils de coordination des CASS

Quel est le fondement légal de chacun de ces organes ? La composition de ces organes influence-t-elle leur fonction ? Quelles sont les compétences respectives de ces organes ? Quelle est la nature de ces compétences auprès de chaque organe ? Les organes chargés de responsabilités exécutives sont-ils dotés de moyens de surveillance et d'exécution adéquats ? La ventilation et/ou le recoupement des compétences résultant du régime réglementaire respectent-ils l'ordonnancement légal originel ?

Au niveau des CASS eux-mêmes, les trois organes que sont les administrateurs, les comités de gestion et les conseils de coordination sont dotés de compétences très largement enchevêtrées, selon la description qu'en font la LCASS, le RALCASS et surtout les Règlements d'organisation adoptés par « le Président de la Commission cantonale ».

La complexité de ces rapports rend nécessaire un examen transversal des compétences des organes, matière par matière. En procédant à une telle lecture des textes applicables, on parvient au constat que les responsabilités attribuées originellement aux administrateurs des CASS par la LCASS (art. 9 al. 1) sont en réalité très largement diluées par les attributions conférées ultérieurement aux Comités de gestion, puis aux Conseils de coordination, par le RALCASS et surtout par les Règlements du Président de la Commission cantonale. Les compétences résiduelles que les administrateurs peuvent exercer de leur propre initiative et sans consultation ou contrôle des Comités ou Conseils sont de la sorte finalement très réduites.

Ce constat général peut être illustré par une mise en exergue des compétences propres et « partagées », ainsi que, pour ces dernières, des ambiguïtés des textes quant à la portée exacte des compétences de chaque organe intéressé. Cette présentation, ci-dessous, suppose tout d'abord un rappel de l'ancrage légal ou réglementaire des organes actifs au plan local dans la structure des CASS, ainsi que leur composition.

a) L'ancrage légal et la composition des trois organes :

i) Les administrateurs

La fonction d'administrateur est ancrée à l'art. 3 al. 1 LCASS selon lequel « *chaque secteur du territoire (...) est desservi par un centre d'action sociale et de santé, placé sous la responsabilité d'un administrateur* ».

Comme évoqué plus haut, les administrateurs des centres font partie du personnel de l'Etat de Genève et sont placés sous l'autorité du DASS qui les choisit et qui est responsable de leurs activités (art. 3 al. 6 LCASS). Ils représentent ainsi l'échelon inférieur de la ligne hiérarchique dépendant initialement du Conseil d'Etat et sont les seuls organes des CASS placés dans ce lien de subordination, puisque les autres acteurs ne relèvent que d'un pouvoir de surveillance comme déjà relevé.

Ces caractéristiques impliquent que les administrateurs soient dotés, dans la logique de la LCASS (art. 9 al. 1 et du RALCASS (art. 6 al. 1-2) d'une fonction exécutive portant sur tous les aspects de coordination des prestations des institutions sociales regroupées, en sus des activités du personnel « administratif » qui lui est directement subordonné.

ii) Les Comités de gestion

Selon l'art. 9 al. 2 LCASS, « les administrateurs sont assistés (...) par un comité de gestion qui se compose au moins de :

- a) un membre de la Commission cantonale ;
- b) un membre désigné par l'association des médecins du canton de Genève ;
- c) un membre désigné par la Fédération des centres de loisirs et de rencontres ;
- d) un représentant de la commune concernée ;
- e) un membre élu par le personnel employé dans le centre d'action sociale et de santé ;
- f) le cas échéant, 2 représentants des usagers du centre ».

Les membres de ce comité sont nommés par le Conseil d'Etat (art. 9 al. 3 LCASS), sur proposition de la Direction générale des CASS et après préavis de la Commission cantonale (art. 5 du Règlement relatif à l'organisation des comités de gestion). Aucune disposition n'indique sur quelle base la Direction générale opère son choix initial ni ne prévoit que cette procédure soit dotée d'une publicité minimale.

La composition des Comités de gestion n'est donc pas destinée à faire de ces organes une plate-forme de représentation et de coordination des institutions prestataires des services sociaux regroupées dans les CASS. Seule la commune y dispose en effet d'un représentant. Il s'agit plutôt de faire entendre par l'administrateur du CASS les points de vue des acteurs du milieu social *latu sensu* desservi par le CASS (usagers et prestataires tiers).

Il en découle logiquement que **les compétences de ces Comités devraient être de nature essentiellement consultative et informative** (cf. art. 9 al. 2 LCASS, art. 7 al. 2 RALCASS). Cela peut paraître problématique pour les communes, dans la mesure où ces Comités représentent le seul organe où elles sont directement présentes. On rappellera cependant à ce dernier égard que les communes peuvent nouer des contacts bilatéraux immédiats sous forme contractuelle avec les CASS, ainsi qu'il ressort de l'art. 2 al. 2 let. c RALCASS. Le contenu possible de ces accords n'est néanmoins décrit nulle part.

iii) Les Conseils de coordination

Les Conseils de coordination ne résultent d'aucune disposition de la LCASS. Deux clauses réglementaires pourraient toutefois leur donner une base suffisante, s'ils en respectaient le cadre :

- Art. 3 al. 5 RALCASS : « sur proposition de la direction générale, le département peut nommer des groupes de travail temporaires ou permanents, dont la mission et la composition sont définies par des arrêtés départementaux ».
- Art. 6 al. 3 RALCASS : « L'administrateur réunit régulièrement un représentant de chaque unité du centre pour traiter des affaires courantes et préparer les séances du comité de gestion du centre ».

Dans les faits, les Conseils de coordination ont été créés non pas par le DASS mais par le Président de la Commission cantonale, par l'adoption d'un Règlement daté du 27 février 2003 « relatif à l'organisation de la coordination des CASS ».

Selon ce Règlement (art. 1 al. 1), les Conseils de coordination ont pour but de permettre aux administrateurs, en collaboration avec les responsables des différents secteurs d'activité, de gérer la bonne marche du centre, de traiter les affaires courantes et de préparer les séances du comité de gestion du centre. A cet effet, l'art. 2 dudit Règlement prévoit que « *chaque Conseil de coordination est composé :*

- a) de l'administrateur du CASS ;
- b) du(de la) chef(fe) de secteur de l'unité action sociale individuelle ;
- c) du(de la) directeur(trice) de secteur de l'unité aide et soins à domicile ;
- d) du ou des responsables d'équipe de l'unité aide et soins à domicile ;
- e) du(de la) responsable répondant(e) de l'unité action sociale communautaire de proximité ».

On peut ainsi admettre que les Conseils constituent une formalisation du mécanisme à disposition de l'administrateur selon l'art. 6 al. 3 RALCASS.

Il est toutefois important de souligner que cette institution n'a été formalisée qu'avec effet au 1^{er} mars 2003, et essentiellement par la voie d'un Règlement de rang inférieur au RALCASS.

b) Les compétences partagées

i) Les domaines partagés

- L'administrateur est responsable du respect des missions fixées à chaque unité de service et de la coordination entre ces unités (art. 9 al. 1 lit. b LCASS, 6 al. 2 lit. e RALCASS) : **en réalité, ces tâches se retrouvent également dévolues au Conseil de coordination**, bien qu'exprimées en termes plus précis, à raison des let. e, f, g, i, j et m de l'art. 3 du Règlement y relatif. Cela étant, le Comité de gestion intervient également auprès de l'administrateur sur des points proches, même s'il le fait apparemment plus dans la perspective de vérifier l'adéquation des missions imparties à la demande réelle, que dans l'optique d'un contrôle des missions attribuées en l'état (cf. p. ex. l'art. 2 al. 1 lit. a et let. e du Règlement des comités de gestion).
- L'administrateur est responsable du budget de fonctionnement du centre qu'il élabore – sous réserve de l'examen et l'adoption par les autorités supérieures (cf. notamment art. 4 al. 3 let. c LCASS et art. 2 al. 2 let. d RALCASS) – puis exécute (art. 9 al. 1 let. c LCASS et art. 6 al. 2 let. c RALCASS). **Toutefois, le processus d'élaboration budgétaire repose largement sur le Conseil de coordination**, qui « construit » le budget et le propose au Comité de gestion de la DG des CASS (art. 3 lit. a du Règlement relatif à l'organisation de la coordination), étudie et propose les modifications budgétaires de toute nature (art. 3 let. b) et étudie l'impact budgétaire des projets ou besoins nouveaux du secteur socio-sanitaire à l'attention de la DG des CASS (art. 3 let. c). On constate ainsi que **le processus d'élaboration budgétaire, au niveau des CASS eux-mêmes, échappe en réalité très largement à l'administrateur, qui n'en reste néanmoins le responsable formel selon la loi**. En outre, le Comité de gestion se préoccupe également de questions budgétaires lorsqu'il « propose à la Direction générale des CASS des projets répondant à des besoins nouveaux du secteur socio-sanitaire » : il doit

examiner l'impact budgétaire de ces propositions (art. 2 al. 1 lit. d du Règlement sur les comités de gestion).

- L'administrateur est responsable de l'élaboration des plans annuels de dotation en personnel, par unité de service et par fonction professionnelle (art. 6 al. 2 lit. d RALCASS). **Toutefois, comme en matière budgétaire, ces plans de dotation en personnel sont « construits » par le Conseil de coordination**, par unité et par fonction et consolidés pour l'ensemble du centre (art. 3 lit. d du Règlement sur la coordination).
- L'administrateur est responsable de la répartition et de l'utilisation des locaux et du matériel (art. 6 al. 2 lit. f RALCASS). **Néanmoins, le Conseil de coordination est également chargé**, puisqu'il doit « assurer la gestion permanente des locaux, dans le but d'optimiser leur utilisation en respectant les procédures institutionnelles » (art. 3 lit. h du Règlement sur la coordination).
- L'administrateur est responsable de la communication et la collaboration entre les centres, les usagers et les partenaires (art. 6 al. 2 lit. g RALCASS). **Ces matières sont cependant largement confiées au Comité de gestion**, en tant qu'il doit notamment favoriser la communication et la collaboration entre le CASS, les usagers et ses partenaires extérieurs (art. 2 al. 1 lit. c du Règlement des comités de gestion), pour veiller à l'accessibilité aux prestations et à l'égalité de traitement des personnes qui font appel au centre (art. 2 al. 1 lit. b). De son côté, **le Conseil de coordination est également concerné** : il met en place des mesures destinées à améliorer les prestations du service d'accueil – pourtant typiquement du ressort de l'administrateur (art. 6 al. 2 let. a RALCASS) – et s'assure de la mise en place de telles mesures par les autres unités du centre, voire soumet ces questions au Comité de gestion de la DG des CASS, dans la mesure où elles présentent un intérêt général (art. 3 lit. k du Règlement sur la coordination). Enfin, c'est le Conseil de coordination également qui élabore le rapport annuel d'activités du centre (art. 3 let. n).

ii) *Appréciation sous l'angle du principe de la légalité*

A ce stade, force est donc d'admettre que la responsabilité légale donnée aux administrateurs quant à l'organisation adéquate du centre et la bonne utilisation des moyens ou infrastructures mis à disposition (art. 9 al. 1 lit. d LCASS) est en réalité très largement reportée par les Règlements du « Président de la Commission cantonale » du 27 février 2003 sur les Conseils de coordination et les Comités de gestion.

Ce constat explique juridiquement pourquoi les administrateurs ne sont finalement plus perçus, dans les faits, que comme des « intendants ».

Cette situation soulève toutefois des interrogations sérieuses sur le plan de la légalité. Tout d'abord, et comme évoqué ci-dessus, la base légale du Règlement du « Président de la Commission cantonale » sur l'organisation de la coordination dans les CASS est relativement ténue et de rang réglementaire seulement (art. 6 al. 3 RALCASS). Ensuite et surtout, cette base réglementaire ne prévoit pas que l'organe de coordination au niveau des CASS eux-mêmes soit un lieu de décision ou de délibération indépendant, voire constitutif d'une forme de contre-pouvoir par rapport à l'administrateur. **Selon le texte de l'art. 6 al. 3 RALCASS, la coordination au niveau des CASS devrait passer par une réunion des représentants de chaque unité du CASS autour de l'administrateur « pour traiter des affaires courantes et préparer les séances du comité de gestion du centre ».** Or, l'analyse ci-dessus montre que le Règlement sur la coordination a en réalité

dépossédé l'administrateur de ses pouvoirs les plus importants en créant une structure parallèle qui bénéficie de compétences identiques, voire plus extensives dans leur formulation, et d'un lien direct avec les instances supérieures du régime de la LCASS. Cela est particulièrement clair en matière d'élaboration des budgets, des plans de dotation du personnel ou encore en ce qui concerne la gestion des locaux. Du point de vue juridique, ces attributions de compétence par décision du « Président de la Commission cantonale » sont problématiques : en vertu du principe du parallélisme des formes, elles auraient dû trouver un ancrage dans le RALCASS, à considérer encore qu'elles soient compatibles avec l'ordonnement de principe fixé dans la LCASS. Et à ce dernier égard, il est douteux que la situation actuelle soit satisfaisante puisque les responsabilités résiduelles des administrateurs ne correspondent pas à leur rôle légal.

iii) Les moyens d'information et d'exécution à disposition des administrateurs

Indépendamment du problème de légalité du régime de coordination actuel, l'exercice des responsabilités données légalement aux administrateurs supposerait que ces derniers disposent de moyens de recherche d'information, respectivement d'exécution à l'égard des institutions prestataires des services sociaux regroupées dans les CASS.

A l'instar de ce qui vaut pour la Direction générale, **la LCASS et le RALCASS ne prévoient aucun instrument spécifique à disposition des administrateurs à cet effet.**

Le seul point d'appui que les administrateurs peuvent invoquer pour obtenir des informations des services des CASS, respectivement pour imposer leurs décisions à ces services, est donné précisément par l'énoncé légal de cette responsabilité. Or, l'énoncé d'une responsabilité dans un texte légal est principalement générateur de devoirs. En droit administratif général, il n'est guère reconnu qu'un tel énoncé implique nécessairement des droits d'intervention dans la sphère d'autres entités. L'existence et l'étendue de tels droits dépendent de la nature de la relation que l'autorité chargée de la « responsabilité » en cause entretient avec les entités auxquelles elle s'adresse. C'est dire que les développements consacrés plus haut à l'étendue des compétences d'information et d'exécution de la Direction générale des CASS peuvent valoir ici par analogie. **On tiendra toutefois compte de la difficulté supplémentaire liée au fait que les administrateurs n'ont pas une position hiérarchique élevée et ne peuvent pas être immédiatement assimilés au DASS. La qualité d'autorité de surveillance attribuée à ce dernier, dans l'organisation administrative genevoise et par rapport à l'Hospice général, ne peut donc pas être invoquée par les administrateurs (cf. a contrario et par analogie l'art. 12 al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [E 5 05], qui prévoit que les services des départements ne sont réputés agir au nom et pour le compte de ces derniers que lorsqu'ils ne sont pas spécifiquement dotés d'un pouvoir de décision par la loi).**

c) Les compétences propres résiduelles

Vu ce qui précède, les compétences qui restent du ressort de l'administrateur sans « interférence » des autres organes du niveau des CASS sont maigres. On peut citer les exemples suivants :

- L'administrateur est responsable du respect des horaires d'ouverture du centre (6 al. 2 lit. e RALCASS), étant toutefois rappelé que ces horaires sont définis sur le plan cantonal (art. 2 al. 2 let. h RALCASS).

- L'administrateur est responsable des activités administratives et financières du centre (art. 6 al. 2 lit. b RALCASS). Encore faut-il que celles-ci ne concernent pas les unités des services, pour lesquelles le Conseil de coordination a plusieurs compétences, rappelées plus haut.

Cela confirme clairement la réduction des pouvoirs de l'administrateur résultant de la structure de coordination instaurée postérieurement à la LCASS et au RALCASS.

Le développement des Conseils de coordination est d'ailleurs tel que le Règlement sur la coordination leur confie une tâche qui paraît exorbitante des compétences des administrateurs : selon l'art. 3 let. I de ce Règlement, le Conseil est chargé de « mettre en œuvre des actions en matière de promotion de la santé et de prévention, en particulier avec l'unité d'action sociale communautaire de proximité ». La structure de coordination locale exerce dans ces cas des compétences qui, lorsqu'elles intéressent le canton entier, sont du niveau de la Commission cantonale notamment. Cela paraît logique dès lors ces actions de santé publique d'impact local sont menées de concert avec le personnel communal (cf. art. 3 al. 5 LCASS). L'instauration d'un tel organe de coordination matérielle locale portant sur la définition des politiques à mener revêt toutefois une certaine importance dans l'équilibre organique prévu par la LCASS. Il est regrettable que la loi ne l'ait pas prévu.

SYNTHESE / REMARQUES GENERALES

1. L'ensemble du régime des CASS fait l'objet d'un foisonnement réglementaire important. La nature juridique de ces dernières prescriptions est matière à interrogation, dès lors que l'organe qui les a adoptées n'a en réalité pas de compétence normative contraignante, selon la LCASS et son Règlement d'application.
2. A l'examen, il apparaît non seulement que la majeure partie des structures et instruments de coordination du régime actuel découle des prescriptions adoptées par le Président de la Commission cantonale, mais encore que la compatibilité de ces prescriptions avec la LCASS, voire le RALCASS, est douteuse. L'exemple de la très large dépossession des compétences des administrateurs en est le plus symptomatique : les responsabilités et compétences initialement dévolues aux administrateurs des CASS ont été partagées, voire transférées à des Conseils de coordination que la LCASS ne prévoit pas.
3. A ces problèmes d'incompatibilité avec le régime légal s'ajoutent les difficultés liées à l'usage d'une terminologie non systématique. Ces imprécisions génèrent des ambiguïtés quant à l'étendue des pouvoirs des organes concernés. De la sorte, la nature essentiellement consultative des organes sensés « assister » les organes exécutifs du régime de la LCASS sont remis en cause. On pensera par exemple à cet égard aux imprécisions du règlement d'organisation du Comité de gestion de la Direction générale.
4. En conséquence, la cohérence de la ligne hiérarchique propre au système de coordination des CASS, qui descend du Conseil d'Etat jusqu'aux administrateurs (i. e. les organes « centraux » du régime LCASS), se retrouve pervertie, ou à tout le moins relativisée. Le développement - progressif - des organes de coordination à chaque échelon de cette ligne (initialement) hiérarchique peut vraisemblablement s'expliquer par la volonté de maîtriser les difficultés liées à la coexistence des structures propres des institutions prestataires de l'aide sociale. Il n'en a pas moins redistribué les pouvoirs à l'intérieur de la hiérarchie dépendant de l'administration cantonale centrale, sur des modalités non immédiatement déductibles de la LCASS. Ce phénomène est également révélateur de ce que les relations entre les organes institués par la LCASS elle-même et

les institutions prestataires ne sont sans doute pas suffisamment clairement posées dans la loi.

5. A ce dernier égard, il s'avère en effet, à l'analyse, que l'étendue des compétences des organes « centraux » à l'égard des institutions prestataires des services sociaux (lato sensu) n'est pas réglée suffisamment clairement dans la LCASS. La compétence donnée au Conseil d'Etat de veiller à l'organisation des CASS par secteur, « à l'exclusion de toute autre organisation des services publics et privés » (art. 4 al. 1 let. b LCASS) n'est pas confirmée dans les textes applicables à ces services – ou du moins n'est pas confirmée en termes équivalents. De plus, cette compétence d'organisation n'est professée que quant à son principe. La LCASS n'énonce pas quels sont les instruments dont les organes « centraux » de coordination disposent à l'égard des institutions prestataires, tant en termes de surveillance (communication d'information notamment) qu'en matière d'exécution (mesures correctives ou sanctions). La LCASS ne règle pas non plus explicitement les relations entre les décisions budgétaires prises au terme du processus d'élaboration mené dans la structure propre aux CASS et les compétences budgétaires des institutions prestataires. Même s'il est vraisemblablement possible de dégager des règles sur ces questions, par interprétation juridique et en référence aux principes généraux du droit administratif, il est difficile de leur apporter une réponse univoque sur la seule base des textes. Ces remarques valent d'autant plus au sujet des organes de rang inférieur de la ligne hiérarchique centrale du régime des CASS.
6. En lien avec ce qui précède, la délimitation entre les missions respectives des institutions prestataires de services sociaux (lato sensu) regroupées dans les CASS souffre d'imprécision. La description des prestations donnée par l'art. 3 LCASS ne fait pas l'objet de définitions légales et la terminologie utilisée ne correspond pas systématiquement avec celle en vigueur dans les textes afférents à ces institutions. Cela vaut en particulier pour l'Hospice général, mais concerne également les communes. En effet, le domaine d'action et de responsabilité des communes n'est pas défini et se trouve potentiellement touché par les décisions prises dans le cadre des organes de coordination quant à l'étendue des tâches exercées par les autres acteurs. Au surplus, l'énoncé des compétences des communes dans la LCASS est trompeur : au contraire de ce que laisse entendre l'intitulé de son art. 5, la LCASS leur impartit essentiellement des charges.
7. De manière générale, on peut finalement résumer les constats de l'analyse ci-dessus en retenant que la LCASS est restée à mi-chemin de ce qu'elle pourrait et devrait régler pour instaurer un régime opérationnel et cohérent. Comme le montrent les exemples de législation de coordination des procédures administratives complexes, l'instauration d'un régime de coordination suppose en effet de localiser clairement le pouvoir de décision, respectivement d'arbitrage entre décisions. Cette localisation doit être opérée autant que possible au niveau de la loi, ne serait-ce que pour assurer le caractère obligatoire de ces décisions pour tous les intéressés – on pensera à ce sujet en particulier aux décisions budgétaires. Enfin, une définition plus détaillée des compétences et mécanismes décisionnels évite que les dispositions de la loi soient contredites ou relativisées par les dispositions d'exécution adoptées ultérieurement.



**Principaux enseignements de l'évaluation
de la LCASS
et
recommandations**

Rapport final

Juillet 2004

*Prof. Katia Horber-Papazian
Lea Brunner, collaboratrice scientifique
Ralph Thomas, collaborateur scientifique
Riccarda Schaller, assistante*

Table des matières

1. Introduction	3
2. Cadre et objet de l'évaluation	3
3. Principaux enseignements	4
4. Contexte des recommandations : des pressions contradictoires et une dynamique de réformes	9
5. Caractéristiques des recommandations	10
Des mesures opérationnelles incontournables	10
6. Recommandations	11
Piste 1 : Une réforme partielle de la LCASS	11
Piste 2 : L'employeur unique	13
Piste 3 : Un régime transversal	15
7. Conclusion : vers des réformes en profondeur du système socio-sanitaire	19

1. Introduction

Ce rapport fait suite à l'évaluation de la LCASS dont les résultats ont été déposés en mai 2004. Il a pour objectif de rappeler les enseignements qu'il est possible de tirer de l'évaluation et de présenter les recommandations qui en découlent sous forme de pistes de réflexion.

Ce texte est divisé en sept parties. La première rappelle le contexte et l'objet de l'évaluation; la seconde synthétise les principaux enseignements qu'il est possible d'en tirer; la troisième souligne le contexte dans lequel s'inscrivent les recommandations; la quatrième met en évidence les caractéristiques de celles-ci et la cinquième présente trois pistes esquissées en guise de recommandations.

2. Cadre et objet de l'évaluation

Le 21 septembre 2001, la loi K 107 sur les centres d'action sociale et de santé est votée par le Grand Conseil genevois. Sa mise en œuvre, débutée le 1^{er} janvier 2002, résulte d'un long processus de développement de la politique socio-sanitaire du canton de Genève, initié en 1985, par l'initiative populaire « soins à domicile ».

Deux ans et demi après la mise en œuvre de la LCASS, l'évaluation de celle-ci, prévue par la loi, a pour but « *de mettre en parallèle les objectifs de la politique publique poursuivis par le législateur et leur application sur le terrain, afin de pouvoir, le cas échéant mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements.* Dans ce contexte, quatre questions d'évaluation ont été posées par le chef du Département, Monsieur le Conseiller d'Etat Pierre-François Unger:

- 1) Quelle a été, depuis la dernière évaluation de La LCASS, l'évolution des projets et actions menés dans le cadre de la politique du développement d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile ?
- 2) Quels sont le rôle, la place et le mode de coordination de chacune des autorités, instances et structures dans la définition et la mise en œuvre de cette politique ? La répartition des compétences et des structures permet-elle d'atteindre les objectifs en termes de complémentarité ?
- 3) Les CASS ont-ils atteint les objectifs qui leur ont été fixés par la loi et le programme de législature, soit :
 - assurer un service de proximité à la population ;
 - être des relais de la politique sociale et sanitaire ;
 - harmoniser et coordonner les prestations sociales et sanitaires ;en plaçant l'individu au cœur du dispositif ?
- 4) Les outils d'information, de communication et de suivi des projets permettent-ils de piloter les actions et de les ajuster en cas de dysfonctionnement ?

Pour répondre à ces questions, un mandat a été attribué à une équipe de l'IDHEAP, placée sous la responsabilité du professeur Katia Horber-Papazian. L'équipe a été composée d'une spécialiste en communication, Lea Brunner, d'une politologue, Riccarda Schaller et d'un psychologue du travail, Ralph Thomas. Tout au long de ses travaux, l'équipe a bénéficié de l'appui de deux juristes, le professeur Pierre-Louis Manfrini et Me Nicolas Wisard.

Une analyse de contenu et une analyse juridique des documents ont été réalisées tandis que 360 acteurs de la mise en œuvre de la LCASS ont été rencontrés lors d'entretiens semi-directifs et d'entretiens de groupe.

Le peu de recul existant entre l'entrée en vigueur de la loi et cette première évaluation ne permet en aucun cas de se prononcer sur l'efficacité et l'efficience opérationnelles ou politiques de mesures organisationnelles qui, pour certaines, sont encore en cours de mise en œuvre et qui n'ont, par là, pas déployé d'effets. Par ailleurs, l'évaluation menée ne tient pas compte de l'avis des bénéficiaires des CASS. Cette question a fait l'objet d'une étude¹ menée en parallèle, sous la responsabilité de la DGCASS.

Le rapport d'évaluation est composé de cinq chapitres. Le premier présente les modifications apportées par la loi en termes de répartition des tâches et de réorganisation institutionnelle. Le second inventorie les différents projets et actions mis en œuvre par les partenaires dans le cadre de la LCASS. Le troisième décrit la mise en œuvre de la LCASS dans les CASS. Le quatrième met en évidence la perception des différents acteurs sur les effets de la loi. Le cinquième enfin, est consacré à la réponse aux questions d'évaluation et à la présentation d'un regard juridique sur la répartition actuelle des compétences.

Le point suivant résume les principaux enseignements qui en découlent. Si l'évaluation met principalement en évidence les dysfonctions relatives à la mise en œuvre de la LCASS, il est important, à ce stade, de souligner deux points forts de la mise en œuvre de cette loi. D'une part, des acteurs fortement impliqués dans leurs missions et d'autre part, l'existence à travers les 22 CASS d'un réseau de proximité.

3. Principaux enseignements

- **Plusieurs remaniements législatifs pour un problème non résolu : la répartition des compétences**

Le cadre législatif des centres d'action sociale et de la santé a fait l'objet de deux révisions en 1996 et 2001 et de trois rapports du Conseil d'Etat au Grand Conseil en 1996, 1999 et 2000.

De fait, une grande partie de ces interventions a visé les mêmes objectifs : clarifier la répartition des rôles et des compétences entre les différents acteurs et permettre le

¹ Etude de notoriété, d'image et de satisfaction de l'aide à domicile et des CASS, décembre 2003.

remaniement des instances de mise en œuvre, de sorte à favoriser la définition des modalités de collaboration et de coordination entre partenaires.

Malgré les nombreux groupes de travail et mandats attribués pour clarifier la question de la répartition des tâches et des rôles nouvellement définis dans le cadre de la mise en œuvre de la loi (DGCASS, administrateurs, secrétaires-réceptionnistes), force est de constater au terme de cette évaluation, que le problème n'est toujours pas résolu.

Il existe à ce jour un très grand flou quant à la répartition des compétences décisionnelles et d'exécution entre les différents partenaires.

L'absence de répartition claire des tâches est source de multiples tensions, voire de conflits, chacun suspectant l'autre, soit de vouloir se soustraire à ses obligations, soit d'outrepasser son pouvoir au nom de la maximalisation de sa marge de manœuvre.

Par ailleurs, les lois en vigueur ne contiennent pas de définition systématisée des missions respectives des acteurs qui sont amenés à collaborer dans le cadre des CASS. Il s'agit-là d'une lacune qui peut être à même d'expliquer – en partie – les difficultés relevées en pratique en termes de coordination et de collaboration. Avant de coordonner les activités des différentes institutions amenées à travailler en partenariat dans les CASS, il aurait été souhaitable que le législateur définisse clairement les missions de chacune de ces institutions. Une définition plus détaillée des compétences et des mécanismes décisionnels aurait, en effet, évité que les dispositions de la loi soient contredites ou relativisées par les dispositions d'exécution adoptées ultérieurement.

Moins touché par la réforme de 2001, le personnel de la FSASD assimile encore la fusion de 1999. Ceci explique pourquoi un nombre important d'acteurs de cette institution se sent moins concerné par les changements introduits par la LCASS. Certains les ont même découverts grâce à cette évaluation.

• Une multitude de structures pour une coordination difficile à instaurer

Si de nombreuses structures ont été créées ou remaniées par la LCASS dans le but de renforcer la coordination entre les partenaires et au sein des CASS, il apparaît qu'à l'heure actuelle, les principaux outils de coordination et de prise en compte des besoins de la population ne permettent pas d'atteindre les objectifs escomptés.

La Commission cantonale ne joue par le rôle de force de proposition attendu d'elle. Le comité de la DGCASS est principalement un espace d'information ; ses réunions sont suivies avec peu d'assiduité par ses membres. Ce phénomène peut s'expliquer en partie par le fait que les membres du comité ne disposent pas d'un droit d'initiative qui leur permette de porter des objets à l'ordre du jour du comité.

Les conseils de coordination et les comités de gestion ne sont, quant à eux, pour la plupart, pas encore totalement opérationnels.

Ainsi, si les espaces de coordination sont nombreux entre les représentants des différents partenaires, la portée de cette coordination est faible. Les décisions, si décision il y a, n'ont pas de portée contraignante. La multiplication des structures de coordination résultant des règlements de niveau inférieur au Règlement d'application de la LCASS, adoptés ultérieurement, a pour effet d'introduire des ambiguïtés dans la répartition des compétences et de diluer les pouvoirs de décision. Ces ambiguïtés sont autant d'obstacles à l'efficacité de la coordination.

S'il est évident qu'au sein de chacune des institutions, des séances de coordination ont lieu, force est de constater qu'entre les différentes unités des CASS aucune coordination formalisée n'existe si ce n'est pour des questions de locaux. Si, au cours des entretiens, personne n'a remis en cause le bien fondé d'une coordination et d'une collaboration entre la santé et le social, il ressort cependant que les réseaux de collaboration et de coordination des partenaires dépassent largement le cercle des acteurs dont la LCASS vise à renforcer tout particulièrement la coordination.

Enfin, l'un des objectifs de la LCASS était de renforcer la coordination des actions au niveau communal entre les services sociaux communaux et les unités des CASS, entre autres, par le partage de mêmes locaux. Cet objectif n'est atteint que dans de très rares exceptions. La coordination, lorsqu'elle existe entre autorités communales et CASS, est plus le fait, à l'exception de la Ville de Genève, de volontés individuelles que de projets communs.

- **Une distinction entre action sociale individuelle et action sociale communautaire incomprise, voire contestée**

La LCASS introduit une distinction entre action sociale individuelle et action sociale communautaire en attribuant aux communes une compétence prioritaire en matière d'action sociale communautaire de proximité, l'action sociale individuelle étant prioritairement attribuée à l'Hospice général. Ces notions ne sont pas définies plus avant dans les textes légaux et réglementaires en vigueur.

Dans la pratique, il apparaît que la distinction entre prestations individuelles et communautaires est incomprise voire contestée. D'une part, parce qu'il paraît difficile de mener une action de proximité sans connaître les problèmes individuels. D'autre part, parce que de nombreux magistrats communaux considèrent cette différenciation comme artificielle et sont déterminés à conserver une tâche pour laquelle ils estiment avoir de réelles compétences. De ce fait, la répartition des tâches souhaitée entre l'Hospice et les communes n'est formellement réalisée qu'en Ville de Genève. Certaines communes continuent à mener des actions d'aide individuelle et la plupart apporte un appui financier aux personnes qui n'entrent pas dans les barèmes de l'Etat.

Par ailleurs, si peu d'actions communautaires ont été mises en place sous l'égide de la LCASS, relevons que, pour les élus communaux, il ne semble pas évident de dissocier les actions entreprises dans le cadre de la LCASS de celles menées sous l'égide de la FAS'e. Cette difficulté est d'autant plus grande que les lois en vigueur ne définissent pas clairement les notions et les compétences permettant l'articulation entre le domaine régi par la LCASS et le champ d'action du ressort de la FAS'e.

- **Un système d'information à plusieurs vitesses**

Un effort conséquent a été consenti pour assurer l'information du personnel des CASS aussi bien par la DGCASS que par les institutions. Ceci pose la question de la coordination de ces informations, jugées le plus souvent redondantes et sans contenu stratégique. Par ailleurs, au niveau des CASS, l'information inter-unités est faible. Le DU1, outil de suivi des dossiers, est à ce jour peu ou pas utilisé par les collaborateurs des CASS, du fait de ses nombreux dysfonctionnements.

De leur côté, les acteurs communaux regrettent qu'au nom de la protection des données, ils ne puissent pas obtenir des informations sur les habitants en difficulté de leur commune, informations indispensables pour définir une politique sociale communale. Par ailleurs, la LCASS ne contient elle-même aucune prescription au sujet du traitement et de la communication des informations sensibles contenues dans les dossiers à partager.

Enfin, les lacunes d'information à la population sont très souvent mentionnées. Dans ce sens, beaucoup estiment que l'existence des CASS et de leurs prestations est encore méconnue.

- **Un pilotage des actions inexistant**

Aucun outil de suivi et de pilotage des décisions et des actions n'a été mis en place. Il apparaît aujourd'hui que la DGCASS, quatrième employeur nouvellement introduit par la LCASS, chargée d'assurer le pilotage de la politique menée dans les CASS est totalement démunie pour assumer ce rôle, faute de moyens formalisés et d'accès direct à l'information. Elle est en effet totalement tributaire du bon vouloir des différents partenaires, les flux et compétences en matière d'information et d'exécution n'étant pas réglés formellement dans la loi et son règlement d'application.

- **Des objectifs considérés comme non atteints**

Si l'objectif premier « assurer un service de proximité » est défini comme décentraliser l'action socio-sanitaire, la création des 22 CASS, préexistant à la LCASS, permet d'affirmer que cet objectif est atteint. Si par contre, il est défini comme : « aller au devant de la population et de ses besoins ; définir et mettre en œuvre des projets de prévention et s'adapter à l'émergence de nouveaux besoins », beaucoup estiment que faute de moyens et de conception convergente de l'action, cet objectif n'est que très partiellement atteint.

Pour le législateur, il appartenait aux CASS d'être des « relais » de la politique socio-sanitaire genevoise. Beaucoup s'interrogent sur ce rôle, relevant que la politique socio-sanitaire englobe un champ d'acteurs beaucoup plus vaste que celui de l'Hospice et la FSASD.

Il était attendu de la LCASS qu'elle permette « d'harmoniser » les prestations sociales. Cet objectif est considéré également comme non atteint. Deux facteurs

explicatifs sont avancés. Le premier a trait à la diversité des options prises en matière de politique socio-sanitaire par les autorités communales. Le second est relatif à la charge de travail de chacun des intervenants, inégale entre les CASS ; ce qui peut avoir des conséquences sur le temps à disposition pour les dossiers traités et par là, sur la qualité de l'offre des prestations.

Enfin, si tous les acteurs s'accordent à dire que l'être humain doit être au centre du dispositif, certains regrettent que cet objectif soit parfois occulté au profit d'une dispersion des énergies dans des conflits de pouvoir ou dans des réorganisations administratives non fondées.

- **Une absence de référence commune**

Il n'existe pas à l'heure actuelle de définition commune des missions poursuivies par la LCASS. Il est par ailleurs intéressant de relever que beaucoup d'interlocuteurs ont des difficultés à différencier les objectifs de la loi. Ensuite, et surtout, il est important de souligner la grande variété de réponses apportées à la définition de ces objectifs. Ceci démontre une absence de référence commune entre les partenaires.

- **Une réforme à la recherche de sens**

Pour parvenir à un régime opérationnel et cohérent, une adhésion autour du projet des réformes est indispensable. Celle-ci était absente au moment de la définition de la LCASS. Dans ce contexte, et face à la complexité du système, les instances et les réunions de coordination se sont multipliées pour tenter de trouver une approche, des actions et un langage communs à l'ensemble des partenaires. Le pari aurait pu être gagné s'il y avait eu un consensus sur l'objectif poursuivi et la définition des problèmes à résoudre. Cela n'a jamais été le cas.

- **Une loi à mi-chemin de ce qu'elle aurait pu être**

La LCASS est restée à mi-chemin de ce qu'elle pourrait et devrait régler. Comme le montrent les exemples de législation de coordination des procédures administratives complexes, l'instauration d'un régime de coordination suppose en effet tout d'abord de définir clairement les missions et tâches des acteurs concernés puis de localiser clairement le pouvoir de décision, respectivement d'arbitrage entre décisions. Cette localisation doit être opérée autant que possible au niveau de la loi, ne serait-ce que pour assurer le caractère obligatoire de ces décisions pour tous les intéressés - on pensera à ce sujet en particulier aux décisions budgétaires et plus généralement aux flux d'informations aux fins de décision, de surveillance et d'exécution. Ceci n'a pas été fait pour le régime de la LCASS.

Enfin, l'ensemble du régime des CASS fait l'objet d'un foisonnement réglementaire important. La nature juridique des règlements d'organisation de niveau inférieur au Règlement d'application adoptés par le Président de la Commission cantonale, est matière à interrogation, dès lors que l'organe qui les a adoptés n'a en réalité pas de

compétence normative contraignante, selon la LCASS et son Règlement d'application.

4. Contexte des recommandations : des pressions contradictoires et une dynamique de réformes

L'analyse des effets de la LCASS met en évidence un besoin de réforme indéniable. Toute proposition de réforme s'inscrit actuellement dans un cadre en forte mutation, marqué par de nombreuses pressions souvent contradictoires. D'une part, la croissance du nombre de dossiers et l'émergence de nouveaux besoins (notamment dans les domaines de la psychiatrie², des familles monoparentales et de la clochardisation à domicile³). D'autre part, le contexte budgétaire qui impose une maîtrise des dépenses dont les répercussions sont notamment un blocage des effectifs des institutions et des coupes dans leurs budgets⁴. Ceci rend la recherche de synergies entre les acteurs décisive pour la maîtrise de défis posés par les transformations sociales en cours, comme l'illustrent les réflexions menées pour impliquer plus fortement l'institution communale dans le domaine du socio-sanitaire, alors que ce domaine est aujourd'hui principalement de compétence cantonale.

Parallèlement à cette évolution, le cadre législatif socio-sanitaire subit de nombreuses modifications. Ces dernières montrent une importante dynamique réformiste dans le domaine évalué. Notons notamment trois projets de lois qui peuvent avoir une incidence sur le régime des CASS :

- Un projet de loi sur *le revenu déterminant le droit aux prestations sociales (PL 9135)*, déposé le 3 décembre 2003 au Grand Conseil. Il a pour but de faciliter l'accès aux prestations sociales et de mieux tenir compte de la capacité économique des demandeurs. Ce projet définit un mode de calcul unique du revenu déterminant donnant droit à l'ensemble des prestations sociales cantonales. Il établit une hiérarchie des différentes prestations et un ordre dans lequel elles peuvent être demandées et attribuées. Il ne contient cependant aucune disposition d'ordre procédural ou organique.

- Un projet de *loi sur la santé (K305)*. Ce projet, actuellement à l'étude au sein du DASS, prévoit la mise en place d'une loi cadre sur la santé. Partant du constat que la multitude de textes légaux qui régissent ce domaine est complexe et parfois source d'incohérences, ce projet vise à simplifier le cadre légal et à déterminer les lignes directrices et les axes sur lesquels la politique sanitaire cantonale doit s'appuyer. Il a comme particularité d'établir une distinction entre le domaine des soins et celui de la santé et d'énumérer les domaines actuellement prioritaires en matière de prévention et de promotion de la santé. Par ailleurs, dans une perspective de pilotage, il institue un Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'Etat et du DASS. Le Conseil de

² Illes, Claudia et Thomas Abel (2002). *Psychische Gesundheit : Eine qualitative Studie im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik*, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Muri: SGGP et Gognaions-Niccollet, M. et al. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Berne: Office fédéral de la statistique.

³ Leu, Robert, Stefan Burri et Tom Priester (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern [etc.]: P. Haupt.

⁴ A titre d'exemple, la réduction des subventions pour 2004 destinées à l'Hospice général, à la FSASD et aux HUG s'élève au total à quelque 26 millions de francs.

santé est chargé d'émettre des avis en matière de politique de la santé et en matière d'éthique, il est également compétent pour créer des commissions d'études sur des questions particulières liées à la santé.

- Un projet de loi sur *la coordination de l'action sociale cantonale (PL 8482)*, déposé le 6 mars 2001. Ce projet propose une loi cadre très générale qui distingue les missions de l'Etat de celles des communes et qui délègue au Conseil d'Etat tout le domaine de l'organisation de l'aide sociale, de l'assistance publique et des soins à domicile. Ce texte ne traite cependant pas de l'ensemble des problématiques relevées par l'évaluation. L'analyse de la LCASS a en effet mis en évidence que la loi adoptée par le Grand Conseil doit régler plus de matière dès que des institutions prestataires qui ne relèvent pas de l'administration centrale sont concernées (subordination hiérarchique).

5. Caractéristiques des recommandations

Les recommandations qui découlent de l'évaluation prennent en considération le contexte socio-politique et légal en mutation et en utilisent les potentiels. Elles sont d'ordre institutionnel et légal et sont présentées sous forme de pistes. Ces pistes sont au nombre de trois. La première (révision partielle de la loi) pourrait être une conséquence logique de l'évaluation ; la seconde (employeur unique) est la proposition avancée par le Département de l'action sociale et de la santé ; quant à la troisième (régime transversal), elle découle des analyses réalisées. Il paraît évident qu'une étude de faisabilité, dont le Département a souhaité différer la réalisation, devra en permettre l'approfondissement.

Des mesures opérationnelles incontournables

Mettre l'accent sur des réformes institutionnelles ne doit pas occulter la nécessité d'aborder également des réformes opérationnelles dont l'ancrage dépendra des options retenues. Il apparaît en effet indispensable, quelle que soit l'option institutionnelle retenue, de :

- Créer un observatoire socio-sanitaire afin de remédier à l'absence d'évaluation des besoins et de suivi de leur évolution. Celui-ci devrait s'appuyer sur les structures et les ressources actuellement existantes auprès des acteurs impliqués dans le champ socio-sanitaire genevois ainsi qu'à l'Université de Genève ;
- Améliorer l'efficacité de l'outil de suivi des dossiers et de coordination des actions autour des clients (DUI), pour s'assurer que cet outil est à la fois fonctionnel et utilisé. Les possibilités d'amélioration doivent être précédées d'une analyse juridique tenant compte des contraintes de la protection des données. Cette étude devrait également déterminer les conditions permettant aux services sociaux communaux d'avoir accès aux informations indispensables à la connaissance du tissu social communal pour mener leurs actions ;

- Définir des outils de pilotage et un système d'information propre à l'ensemble des partenaires. Ceux-ci doivent permettre de s'assurer que les objectifs retenus ont été atteints ou en cas contraire de mettre en évidence les zones de dysfonctions. De tels systèmes doivent également permettre des ajustements en fonction des résultats obtenus ou de l'évolution des besoins et problèmes ;
- Renforcer l'information auprès du public aussi bien quant à l'existence des CASS que des prestations qui y sont offertes ;
- Favoriser les canaux d'informations ascendantes et la coordination des informations données au personnel des CASS.

6. Recommandations

Piste 1 : Une réforme partielle de la LCASS

Propositions. Face aux difficultés actuelles liées à la répartition des tâches et des compétences entre acteurs ainsi qu'à l'absence de collaboration et de coordination réelle entre partenaires, un remaniement législatif pourrait être envisagé, dans le but notamment de permettre de :

- Définir les missions respectives des acteurs et organes qui sont amenés à intervenir dans le cadre des CASS ;
- Clarifier, voire revisiter la répartition des compétences entre l'action sociale individuelle gérée prioritairement par l'Hospice général et l'action sociale communautaire de proximité à charge prioritairement des communes ;
- Renforcer le rôle des administrateurs afin de leur permettre d'acquérir une plus grande marge de manœuvre dans l'exécution de leurs tâches. Il apparaît en effet que les règlements relatifs aux conseils de coordination et aux comités de gestion des CASS, édictés par le Président de la Commission cantonale des CASS, ont dépossédé les administrateurs de leurs pouvoirs les plus importants en créant des structures parallèles qui bénéficient de compétences identiques, voire plus étendues ;
- Renforcer le pouvoir de surveillance de la DGCASS en organisant formellement la transmission des informations des différents organes vers la DG et en lui attribuant de par la loi, des moyens de surveillance des missions à atteindre et la possibilité d'émettre des instructions contraignantes.
- Préciser le rôle et les compétences de chacun des organes de coordination pour supprimer les ambiguïtés relevées dans l'évaluation de la loi.

Conséquences juridiques. Sur le plan juridique, les remaniements impliqués par cette première proposition consisteraient principalement à :

- Abroger le Règlement relatif à l'organisation de la coordination des CASS, édicté le 27 février 2003 par le Président de la Commission cantonale, et intégrer dans les textes de rang supérieur les mécanismes de coordination actuellement prévus et éprouvés, dans la mesure où ils ne diluent pas les compétences et responsabilités des administrateurs. Si les mécanismes de coordination qui seraient repris devaient empiéter sur les compétences actuellement dévolues aux administrateurs par l'art. 9 LCASS, il conviendrait de modifier la LCASS elle-même. Sinon, ils pourraient être intégrés au Règlement d'application de la LCASS (RALCASS) édicté par le Conseil d'Etat.
- Epurer le Règlement relatif à l'organisation des comités de gestion des CASS, édicté le 27 février 2003 par le Président de la Commission cantonale, de toutes les dispositions qui limitent les pouvoirs des administrateurs en dérogeant au caractère consultatif donné par la loi aux comités de gestion ; puis intégrer les dispositions conformes à la LCASS dans le RALCASS étant donné que ni la Commission cantonale, ni son Président n'ont un pouvoir réglementaire en l'état. Cela étant, on pourrait également imaginer de donner un tel pouvoir normatif à l'un de ces organes en introduisant une clause ad hoc dans la LCASS.
- A l'instar de ce qui précède, épurer puis intégrer dans le RALCASS le Règlement relatif à l'organisation du comité de gestion de la DGCASS, édicté le 18 avril 2002 par le Président de la Commission cantonale.
- Simultanément, compléter l'art. 8 LCASS par des alinéas donnant explicitement à la DGCASS le droit d'exiger des informations de toutes les institutions et entités partenaires du régime des CASS, de s'assurer de l'atteinte des missions et d'émettre des instructions contraignantes.
- Adapter la terminologie du Règlement relatif à l'organisation de la Commission cantonale des CASS, édicté le 7 mars 2002 par le Président de la Commission cantonale, pour respecter le caractère consultatif de cet organe, et donner à ce règlement un appui par une base explicite dans la LCASS ou, à tout le moins, dans le RALCASS.
- Enfin, et sur un plan plus général, réexaminer la terminologie utilisée tant dans la LCASS que dans son Règlement d'application, pour supprimer les ambiguïtés relevées dans l'évaluation quant à la nature et à la portée des compétences de tous les organes du régime de la LCASS.

Commentaires. Un tel remaniement législatif ne ferait que renforcer une loi organisationnelle qui vise la coordination des partenaires sans pour autant répondre à la question du but de la coordination, des activités à coordonner et du sens de la recherche de la coordination en particulier entre les activités de l'Hospice et de la FSASD.

De ce fait, et à défaut de clarification de(s) l'objectif(s) poursuivi(s), il apparaît peu souhaitable d'initier une nouvelle révision de la LCASS sans préalablement donner un sens explicite à celle-ci. Rien ne permet d'établir aujourd'hui, en effet, que la coordination souhaitée par la LCASS entre le monde de la santé et du social, doit avoir comme champ principal d'application les acteurs de la FSASD et de l'Hospice général. Le champ socio-sanitaire est plus large que celui de ces deux partenaires pour qui les collaborations à l'intérieur des CASS ne représentent qu'une collaboration parmi d'autres dans le réseau de leur action. De ce fait, les multiples tentatives d'incitation et de sensibilisation à la coordination n'ont eu, le plus souvent, comme effet que de compartimenter l'action. Dès lors, « replâtrer » une loi organisationnelle dont la finalité fondamentale est remise en cause ne ferait que repousser le problème et pourrait être interprété, par les acteurs du terrain, comme une démonstration de mépris vis-à-vis des avis exprimés au cours de l'évaluation et comme une démarche de l'Etat visant uniquement à reprendre le pouvoir.

Recommandations. Une démarche de révision législative serait certes adéquate pour clarifier le rôle de chacun des partenaires et permettre une application cohérente de la LCASS. Toutefois, sans clarification des problèmes à résoudre, des objectifs à poursuivre et sans une adhésion des institutions partenaires autour de l'analyse, cette révision partielle n'a aujourd'hui aucun sens. Le problème à résoudre n'est en effet pas la coordination entre partenaires, dans la mesure où la coordination n'est qu'un outil parmi d'autres au service d'une politique publique.

Piste 2 : L'employeur unique

Propositions. Face à la complexité des structures de mise en œuvre de la LCASS régies par quatre employeurs, et au souhait de renforcer la coordination entre la FSASD et l'Hospice, la piste de l'employeur unique a été présentée par le Chef du Département. Un établissement public autonome ou une fondation devrait être créé(e) et offrir l'ensemble des prestations actuellement fournies dans les CASS, par l'Hospice général, la FSASD et la DGCASS.

Conséquences juridiques. Dans cette deuxième piste, l'instauration d'un employeur unique suppose tout d'abord de définir quelle entité juridique serait retenue à cet effet.

Il n'y a pas lieu ici d'examiner en détail les conditions de création des divers types d'entités juridiques évoqués. On rappellera uniquement qu'une base légale formelle est exigée en tous les cas en vertu du principe de la légalité (art. 5 al. 1 de la Constitution fédérale); l'art. 175 de la Constitution genevoise le rappelle plus précisément pour les fondations de droit public.

La question principale consiste à déterminer si une modification constitutionnelle serait nécessaire. Cette question se pose en raison du rôle constitutionnel donné aujourd'hui à l'Hospice général.

L'art. 169 (let. a) de la Constitution cantonale charge l'Hospice de l'assistance publique sur le canton, aux côtés des autres institutions privées ou publiques désignées par la loi (let. b). L'art. 170 énonce les structures fondamentales de l'Hospice, en en faisant ainsi un établissement doté de la personnalité juridique et d'une autonomie administrative, comme l'indiquent les travaux préparatoires.

Dans l'hypothèse où tout le personnel de l'Hospice aujourd'hui actif dans les CASS devait être transféré à une entité tierce valant « employeur unique », on pourrait sérieusement se demander si l'atteinte concrètement portée à la substance de l'Hospice n'impliquerait pas de redimensionner le rôle constitutionnel donné à ce dernier. La mention de l'actuel art. 169 let. a serait en effet largement contredite par le transfert du personnel et donc de la fonction d'application de la LAP à une autre entité. On pourrait d'ailleurs parvenir également à une conclusion proche en tenant compte de l'autonomie administrative constitutionnellement reconnue à l'Hospice⁵ : la délocalisation d'un pan entier des moyens consacrés par l'Hospice pour sa tâche primaire d'assistance à une entité tierce porte une atteinte à l'autonomie actuelle de l'Hospice. A tout le moins cela nécessiterait une base légale formelle claire, sous forme par exemple de modification de la LAP.

Si, inversement, le rôle d'employeur unique du personnel des CASS était dévolu à l'Hospice général, les problèmes constitutionnels qui viennent d'être évoqués ne se poseraient vraisemblablement pas. En revanche, il est douteux que le déplacement du personnel au sein de l'Hospice permette à l'Etat de résoudre les difficultés éprouvées dans la pratique de la LCASS, tant et aussi longtemps que l'Hospice jouit de l'autonomie administrative qui est la sienne aujourd'hui. Le choix de l'Hospice comme employeur unique ne pourrait s'imposer que si l'Etat abandonnait la prétention d'exercer une direction et un contrôle de caractère hiérarchique sur les CASS, respectivement si les dispositions constitutionnelles et de la LAP afférentes au statut de l'Hospice étaient largement remaniées.

Enfin, il resterait à traiter les questions liées aux conditions et modalités des transferts de personnel entre employeurs différents, qui pourront se poser autant en droit de la fonction publique qu'en droit privé (vu la nature de la FSASD et des rapports d'emploi de son personnel), avec leurs conséquences également en matière d'assurances sociales. Il est toutefois prématuré d'aborder ces questions avant d'avoir défini l'entité appelée à tenir lieu d'employeur unique.

Commentaires. Cette réforme aurait très certainement l'avantage de faciliter la gestion du personnel et la gestion des systèmes d'information ainsi que de simplifier fortement l'organisation. Outre le fait que toute fusion implique d'importantes répercussions sur le plan humain, d'ailleurs récemment vécues par la FSASD, la mise en place d'un employeur unique soulève de nombreuses interrogations mises en évidence sous le point précédent.

De telles modifications impliquent également une volonté politique et populaire fortes, qui ne peuvent exister qu'à condition que la question des objectifs à expliciter - déjà soulevée pour la première piste de réforme - ait trouvé une réponse claire.

⁵ Voir à ce sujet l'avis de droit de P. L. Manfrini du 4 juin 2003, pp. 8-9 réalisé sur les limites au transfert d'activités exercées par l'Hospice

Créer un employeur unique signifie, une nouvelle fois, recourir à des mesures organisationnelles alors que la nécessité d'une fusion entre l'Hospice général et la FSASD n'est pas démontrée. Cette fusion aurait du sens si les deux institutions principalement concernées avaient en commun un public cible important. Or, s'il est reconnu que l'intervention auprès du public de la FSASD (très fortement composé de personnes âgées)⁶ peut nécessiter l'intervention d'assistants sociaux, cela n'est vrai que dans un nombre restreint de cas. Ce point a largement été souligné au cours de l'évaluation, il fait aujourd'hui l'objet d'études complémentaires réalisées sous la direction de la DGCASS. Les chiffres avancés par l'OMSV⁷ (structure comparable à la FSASD, dans le canton de Vaud) confortent l'analyse actuelle puisque l'on constate que seulement 3 à 4 % du personnel des centres médicaux sociaux (CMS) est composé d'assistants sociaux.

Aussi, dans ce contexte, nous pouvons poser l'hypothèse que, quoi qu'il advienne, les assistants sociaux poursuivront très largement leur travail parallèlement à celui des équipes de la FSASD, dans une logique d'action visant non pas l'accompagnement des personnes mais leur réintégration sociale.

Recommandations. Une mesure organisationnelle telle que celle de la fusion n'aura de sens que s'il est établi que les institutions concernées ont en commun la part la plus importante de leur public cible. Aussi, compte tenu en outre des difficultés juridiques mises en évidence, nos analyses ne nous permettent pas de recommander aujourd'hui cette piste.

Piste 3 : Un régime transversal

Propositions. Cette piste prend en considération l'une des caractéristiques fortes de la LCASS qui est la possibilité d'offrir une action de proximité dans 22 CASS. Elle part du postulat que le champ du socio-sanitaire dépasse largement les prestations offertes par la FSASD et l'Hospice et qu'une action dans ce domaine exige d'une part des actions spécifiques propres à chaque partenaire définies selon leur domaine de compétence et, d'autre part, des programmes d'intervention transversaux relevant de différentes politiques publiques (assurances sociales, aide au logement, formation, emploi, appui aux entreprises, sécurité, assistance publique, intégration sociale et santé, etc.) et par là de différents départements et institutions.

La conception de ces programmes pourrait être assurée par une commission interdépartementale et interinstitutionnelle formée de professionnels représentant les différents départements et institutions impliqués dans la politique socio-sanitaire genevoise.

La réalisation de ces différents programmes devrait être placée de cas en cas sous la responsabilité des départements ou institutions dont le domaine de compétences serait le plus directement concerné (par exemple, promotion de la santé : DGS ; soins à domicile : FSASD).

⁶ Près de 73% des clients de la FSASD sont en âge AVS. In : Rapport d'activité, FSASD, 2003

⁷ Organisme médico-social vaudois

Dans ce contexte, les CASS auraient un rôle central à jouer. D'une part, ils pourraient devenir les principaux relais de l'information relative aux prestations socio-sanitaires offertes sur le canton. D'autre part, ils pourraient se muer en porte d'entrée unique pour les demandes de prestations relevant de la promotion de la santé, de l'aide et des soins à domicile, de l'aide financière et de l'encadrement social, étant entendu que les prestations seraient offertes de manière délocalisée dans les familles, dans les CASS ou les institutions concernées, selon les besoins à satisfaire, les problèmes à résoudre ou les campagnes à mener.

Conséquences juridiques. L'amplitude des variantes possibles dans le cadre de cette troisième piste de réflexion exclut de circonscrire aujourd'hui déjà les implications légales. On peut néanmoins poser le principe que cette troisième piste ne devrait pas impliquer de modification constitutionnelle puisqu'elle ne comporte pas d'intervention sur l'autonomie des acteurs existants ni la création d'entités de rang concurrent. Compte tenu de la largeur du champ visé, la forme légale vraisemblablement la plus adéquate serait celle d'une loi-cadre, conçue en quelque sorte comme le pendant organique et institutionnel du projet de Loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales, respectivement au projet de Loi sur la santé. Une telle loi-cadre permettrait de poser le principe des coordinations souhaitées et d'en régler les modalités – ce que fait la LCASS actuellement – et ce en tenant compte de l'ensemble de la législation matérielle socio-sanitaire existante. De plus, cette loi pourrait tracer le cadre des relations que les différentes institutions prestataires de services socio-sanitaires entretiennent avec l'Etat (divers modèles étant au demeurant disponibles : subventionnement unilatéral classique ou contractuel, mandats de prestations, etc.).

Commentaires. Suite aux évaluations de la CEPP⁸, un effort conséquent a été entrepris pour permettre la définition d'un revenu unique déterminant le droit aux prestations sociales. Parallèlement, une loi cadre sur la santé est en cours de définition. Si ces différents textes permettent de fixer le cadre d'intervention des acteurs publics et des institutions, une lacune est encore à combler. Elle relève de la définition des missions de chacun des partenaires, des publics cibles, de l'encadrement à leur offrir, des modalités concrètes d'intervention à prévoir et du rôle des CASS dans ce contexte. De plus, diverses études⁹ mettent en évidence la nécessité d'une approche transversale des questions sociales comme des questions socio-sanitaires. Ceci exige, après avoir identifié les objectifs communs, la mise en place de programmes d'actions transversaux. De tels programmes existent et ont fait leurs preuves notamment en Suisse dans le domaine de la prévention des dépendances chez les jeunes¹⁰.

⁸ CEPP (2002). « La communication entre les services de l'administration cantonale. Evaluation de la circulation de l'information dans le cadre de l'attribution de prestations sociales ».

⁹ Notamment : Donzelot, Jacques et Philippe Estébe (1994). L'Etat amateur. Essai sur la politique de la ville. Paris: Esprit. Les cahiers de la santé, Planification sanitaire qualitative du système de santé genevois, rapport 1 : les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé, N° 9.1 janvier 1998. Les cahiers de la santé, Planification sanitaire qualitative du système de santé genevois, rapport 2 : la santé des Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS. N° 9.2 janvier 1998.

¹⁰ Voir par exemple le programme de recherche et de prévention des dépendances de l'OFSP chez les jeunes en situation de crise « *Supra-f.* ». Les particularités de ce programme sont les suivantes : une prise en charge des jeunes par des équipes pluridisciplinaires et un travail en réseau avec l'ensemble des partenaires du champ socio-sanitaire. Le réseau comprend notamment : les institutions spécialisées, les foyers, les cabinets médicaux, les services d'orientation professionnelle, les services scolaires, la psychiatrie pour adolescents et les autorités tutélaires.

L'organisation des CASS proposée est, quant à elle, inspirée du modèle que le canton du Tessin a retenu dans le domaine des politiques sociales. Depuis février 2003, date du vote de la loi sur l'harmonisation et la coordination des prestations sociales (Laps), le Tessin a en effet mis en place, des guichets régionaux. Ceux-ci permettent d'assurer la réception et la transmission des demandes aux services cantonaux compétents pour les décisions et les versements des prestations sociales. Les communes sont quant à elles chargées de fournir à leurs citoyens une première information sur les prestations sociales et de les orienter vers les guichets régionaux compétents.

Recommandations. Pour combler les lacunes relevées et bénéficier d'expériences qui ont fait leurs preuves, nous recommandons de :

- Mettre en évidence le champ socio-sanitaire à prendre en compte au niveau des CASS pour mieux répondre aux besoins de la population selon le principe de proximité.
- Clarifier les missions et définir les prestations de chaque partenaire. Cette étape s'impose si l'on veut éviter les doublons et les flous mis en évidence notamment par l'évaluation de la LCASS, par exemple entre les prestations offertes par la FAS'e (intégration sociale) et celles prévues pour le même objectif dans le cadre de la LCASS par l'Hospice et les communes. Des distinctions telles que travail social communautaire et individuel devraient également être revues et les conséquences de ces distinctions analysées. De telles réflexions sont indispensables pour mettre en évidence les prestations que chacun des partenaires pourrait continuer à offrir de façon spécifique et celles qu'il serait appelé à offrir en partenariat avec d'autres acteurs. Pour avoir une incidence sur les communes cette démarche devrait éviter par principe tout transfert de charges non accompagné d'une délégation de compétence décisionnelle et le cas échéant d'une allocation de ressources correspondantes.
- Déterminer le public cible des missions définies ce qui permettra de mettre en relief les prestations offertes tout au long de la trajectoire de vie des individus, comme de définir la couverture de la politique socio-sanitaire genevoise.
- Définir la nature et la mesure de l'encadrement individuel dont les différents publics cibles ont besoin en fonction des prestations financières auxquelles ils ont droit. Ceci implique d'une part de déterminer une typologie des modalités d'intervention qui va de l'information sur les droits aux prestations et les formalités à remplir pour en bénéficier, à l'encadrement social ou sanitaire, en passant par des bilans intermédiaires. Ceci exige d'autre part de définir des seuils à partir desquels un appui socio-sanitaire est nécessaire ainsi que les acteurs chargés de cet encadrement.
- Identifier les prestations dont l'offre exigera l'intervention d'un seul partenaire et celles qui exigeront une approche transversale à travers notamment des programmes d'intervention transversaux.

- Définir les structures et organes adéquats pour élaborer les programmes d'intervention transversaux, en veillant à :
 - Placer ces structures sous la haute surveillance d'une délégation du Conseil d'Etat aux questions socio-sanitaires ;
 - Associer les milieux (partis politiques et communes notamment) intéressés à cette haute surveillance au sein d'une commission consultative cantonale (dans la suite de l'actuelle Commission cantonale des CASS) ;
 - Créer un observatoire socio-sanitaire, chargé d'analyser l'évolution des besoins, en tirant bénéfice des structures et des ressources actuellement existantes ;
 - Créer une commission interdépartementale et interinstitutionnelle socio-sanitaire composée de professionnels du domaine, représentant les départements et les institutions publiques et privées autonomes concernées ainsi que les communes. Cette commission serait chargée de la conception de programmes d'intervention transversaux ;
 - Définir des règles permettant d'attribuer le « leadership » dans la mise en oeuvre des programmes d'intervention transversaux de cas en cas au département ou à l'entité compétente selon le centre de gravité du programme.
- Redéfinir le rôle des CASS comme lieu d'action de proximité du champ du socio-sanitaire en y ancrant l'ensemble de l'information sur les prestations socio-sanitaires du canton et des communes concernées, en y aiguillant les clients et en y exécutant les programmes transversaux, ce qui pourrait impliquer de :
 - Supprimer le caractère obligatoire de la présence des institutions dans les CASS au profit d'une souplesse permettant la présence de certains des acteurs existants ou de nouveaux acteurs en fonction des actions à mener ;
 - Permettre que les agents de chaque institution ne soient appelés à répondre qu'à la hiérarchie de leur propre institution ;
 - Développer les capacités d'information et d'orientation du personnel « d'accueil » ;
 - Intégrer, le cas échéant, dans les CASS, des assistants sociaux chargés d'accompagner les clients ;
 - Réserver les mécanismes de coordination entre les différents partenaires du champ du socio-sanitaire et les autorités communales pour la réalisation de programmes d'intervention d'initiative communale.

7. Conclusion : vers des réformes en profondeur du système socio-sanitaire

Les propositions présentées pour la piste 3 remettent fortement en cause la conception actuelle de la LCASS et les modalités d'intervention retenues aujourd'hui. Elles visent à reconnaître et à valoriser les compétences des différents partenaires en renforçant les outils de pilotage dont devraient bénéficier les autorités politiques.

Elles contribuent par ailleurs fortement à alléger les structures dont les lourdeurs sont en particulier dues à la superposition d'instances de coordination. En lieu et place, ces propositions introduisent une distinction entre actions spécifiques et actions transversales avec, pour ces dernières, la notion de programmes transversaux définis par une commission interdépartementale et interinstitutionnelle et dont la mise en œuvre serait placée sous la responsabilité d'un département ou d'une institution « leader » en fonction du centre de gravité des projets. Enfin, ces propositions font des CASS les plaques tournantes de l'information et les portes d'entrée des demandes de prestations relevant du domaine du socio-sanitaire.

Les réflexions présentées ici sont soumises au débat des différents partenaires. Elles doivent permettre de bâtir sur les forces du régime actuel, soit un personnel très impliqué dans sa mission et des structures permettant un travail de proximité. Elles n'ont qu'un objectif: favoriser une action et un cadre d'intervention en adéquation avec les problèmes à résoudre.

KHP juillet 2004.