

COUR DES COMPTES

RAPPORT N° 176

DÉCEMBRE 2022

AUDIT DE CONFORMITÉ

**GESTION DES RISQUES
ET DES ALERTES**

**DEPARTEMENT DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE,
DE LA FORMATION ET DE LA JEUNESSE**



Cour des comptes
République et canton de Genève

LA COUR DES COMPTES

La Cour des comptes est chargée du contrôle indépendant et autonome des services et départements de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire, des institutions cantonales de droit public, des organismes subventionnés ainsi que des institutions communales. Elle a également pour tâche l'évaluation des politiques publiques et assure la révision des comptes de l'État.

La Cour des comptes vérifie d'office et selon son libre choix la **légalité** des activités et la **régularité** des recettes et des dépenses décrites dans les comptes, et s'assure du **bon emploi** des crédits, fonds et valeurs gérés par les entités visées par ses missions. La Cour des comptes peut également évaluer la **pertinence**, l'**efficacité** et l'**efficience** de l'action de l'État. Elle organise librement son travail et dispose de larges moyens d'investigation. Elle peut notamment requérir la production de documents, procéder à des auditions, à des expertises, se rendre dans les locaux des entités concernées.

Le champ d'application des missions de la Cour des comptes s'étend aux entités suivantes :

- l'administration cantonale comprenant les départements, la chancellerie d'État et leurs services ainsi que les organismes qui leur sont rattachés ou placés sous leur surveillance ;
- les institutions cantonales de droit public ;
- les entités subventionnées ;
- les entités de droit public ou privé dans lesquelles l'État possède une participation majoritaire, à l'exception des entités cotées en bourse ;
- le secrétariat général du Grand Conseil ;
- l'administration du pouvoir judiciaire ;
- les autorités communales, les services et les institutions qui en dépendent, ainsi que les entités intercommunales.

Les rapports de la Cour des comptes sont rendus **publics** : ils consignent ses observations, les conclusions de ses investigations, les enseignements qu'il faut en tirer et les recommandations conséquentes. La Cour des comptes prévoit en outre de signaler dans ses rapports les cas de réticence et les refus de collaborer survenus au cours de ses missions.

La Cour des comptes publie également un **rapport annuel** comportant la liste des objets traités, celle de ceux qu'elle a écartés, celle des rapports rendus avec leurs conclusions et recommandations et les suites qui y ont été données. Les rapports restés sans effet ni suite sont également signalés.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes. Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

Prenez contact avec la Cour par téléphone, courrier postal ou électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève

tél. 022 388 77 90

<http://www.cdc-ge.ch/>

SYNTHÈSE

CONTEXTE GÉNÉRAL

L'enseignement spécialisé offre une scolarisation et un encadrement adaptés aux besoins des élèves qui présentent des handicaps, des besoins éducatifs particuliers et/ou des difficultés importantes d'apprentissage et de développement. Âgés de 4 à 20 ans, les élèves bénéficient d'un programme d'apprentissage et de développement individualisé, qui tient compte de leurs particularités et de leurs besoins. Leur prise en charge se fait de façon pluridisciplinaire.

Le foyer de Mancy fait partie de ce dispositif. Il accueille depuis 2018 plusieurs enfants souffrant d'autisme ou de déficiences intellectuelles. À l'automne 2021, la presse s'est fait l'écho de graves dysfonctionnements au sein de ce foyer : enfants maltraités ou qui ont fait l'objet d'une sur-médication. Il était également mentionné que les conditions d'accueil n'étaient pas réunies pour rendre la prestation attendue, notamment à cause d'infrastructures inadaptées et d'un personnel surmené.

En mars 2022, la commission de contrôle de gestion du Grand Conseil, par l'intermédiaire du président de la sous-commission « Foyer de Mancy », a sollicité la Cour pour effectuer une mission portant sur la gestion des risques et des alertes au sein de trois entités du département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP) : le secrétariat général (SG), l'office médico-pédagogique (OMP) et l'office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ). Ces entités représentent plus de 2'000 collaborateurs.

La gestion des risques est une démarche qui consiste à identifier, prévenir et résoudre les risques qui peuvent surgir dans le cadre des activités d'une entité. Elle constitue un outil de pilotage très important. Dans sa politique de gestion des risques 2018-2023, le Conseil d'État précise que la gestion des risques permet entre autres de traiter les risques conformément à l'appétence définie¹. Face aux risques liés à toute forme de violence, l'État a une appétence faible, ce qui implique qu'il s'engage à mettre en œuvre des mesures pour les réduire le plus possible. Quant au DIP, il a une tolérance zéro en matière d'abus sexuels, de harcèlement ou de maltraitance de toute forme.

Une alerte est une information transmise par un collaborateur qui relate un événement ou un incident d'une certaine gravité. L'alerte peut concerner des actes ou des comportements inappropriés de membres du personnel sur des mineurs, entre mineurs ou de mineurs envers le personnel (par exemple présence ou utilisation d'une arme, violence verbale ou physique, abus sexuels, etc.). Il est important de noter qu'un événement considéré comme violent et exceptionnel dans l'enseignement obligatoire peut constituer une réalité quotidienne dans l'enseignement spécialisé.

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'AUDIT

Selon les travaux menés par le DIP pour éclaircir les circonstances des graves événements qui se sont produits au foyer de Mancy, les dysfonctionnements auraient été connus de la direction de l'OMP qui aurait décidé de les traiter sans en informer le secrétariat général. La Cour n'a pas axé ses travaux sur ce cas particulier, mais elle a examiné, de façon plus générale, comment sont identifiés les risques, puis comment sont gérées les alertes et quels sont les freins entravant une bonne circulation de l'information.

¹ L'appétence au risque est le niveau d'exposition de risque que l'État est prêt à tolérer pour remplir ses missions.

Sur la base de la demande de la sous-commission « Foyer de Mancy », la Cour a ainsi traité les questions d'audit suivantes :

- La gestion des risques au sein du DIP est-elle conforme au cadre normatif fixé par l'État de Genève ?
- La gestion des alertes au sein du secrétariat général du DIP, de l'OMP et de l'OEJ s'effectue-t-elle conformément aux directives et aux bonnes pratiques ?
- La communication au sein du DIP permet-elle de favoriser le traitement des alertes ?

Considérant que plus de 2000 personnes travaillent au sein des trois entités sous revue, la Cour a diligenté une enquête adressée à l'ensemble des collaborateurs. L'objectif était de récolter leur avis sur les questions suivantes :

- Les directives et les procédures sont-elles suffisamment connues ? Sont-elles accessibles et claires pour les répondants ?
- Des mesures sont-elles mises en œuvre pour traiter les alertes qui sont communiquées ?
- Les collaborateurs sont-ils tenus informés des suites de leur alerte ?
- Quels facteurs peuvent altérer l'efficacité du processus de gestion des alertes ?
- La collaboration et la coordination sont-elles un frein au traitement des alertes ?
- Existe-t-il des freins à la communication institutionnelle ?

Les réponses obtenues ont permis à la Cour d'orienter ses travaux et de procéder à des vérifications lors des entretiens et analyses documentaires.

La Cour a exclu de son périmètre l'organisation et les prestations rendues par les entités sous revue puisque ces thèmes ont été largement couverts par des audits qui ont été réalisés en 2021 et début 2022.

APPRÉCIATION GÉNÉRALE

La Cour constate que les processus liés à la gestion des risques sont mis en œuvre au sein du DIP. De même, le DIP s'est doté d'un dispositif de gestion des alertes sur les incidents en lien avec de la maltraitance.

Néanmoins, au vu de la persistance de certaines problématiques, plusieurs éléments de ces dispositifs et processus doivent être améliorés de sorte à mieux asseoir leur fonction d'outils de pilotage à disposition du secrétariat général et des directions d'office, ainsi que du Conseil d'État. En outre, le département doit adopter une culture interne plus propice à la transmission des alertes par les collaborateurs qui sont témoins d'incidents.

PRINCIPAUX CONSTATS

Gestion des risques

Le dispositif de gestion des risques au sein du DIP est conforme aux modalités prévues par les bases réglementaires

La Cour relève positivement que le processus d'identification, de mise à jour, d'analyse et d'évaluation des risques, ainsi que le processus de suivi des risques sont en place au sein du DIP. Ils sont réalisés selon les modalités prévues, notamment en termes de planification, de mise en action des intervenants et de documents à établir ou à compléter.

La mise en œuvre de la méthodologie de gestion des risques doit être améliorée

Certains risques majeurs et significatifs ont été identifiés sur la base de dysfonctionnements ou de problématiques effectivement rencontrées au lieu de se fonder sur des objectifs, sur les missions et sur les processus liés à la délivrance des prestations. La dimension d'incertitude inhérente à tout risque est alors considérablement réduite. Par ailleurs, les collaborateurs en charge de la gestion des risques ne connaissent ou ne comprennent pas toujours les objectifs institutionnels et peinent ainsi à identifier des risques corrélés à ceux-ci.

Le manque de coordination et de pilotage engendre des blocages dans la gestion des risques partagés

La mise en œuvre et le suivi des plans d'action partagés entre plusieurs entités sont bloqués en raison d'un manque de coordination et de pilotage de ces démarches transversales. Tel est le cas du risque de « Manque de structures pour jeunes présentant de graves troubles psychiques », qui doit être traité avec le département des infrastructures (DI). Or, bien que ce risque soit identifié comme majeur par le DIP depuis plusieurs années, aucune action coordonnée n'a été prise ni décidée par le Conseil d'État, alors même qu'il s'agit d'une situation d'urgence et que l'appétence du Conseil d'État aux risques qui touchent aux mineurs est faible.

Gestion des alertes

Le DIP a mis en place un dispositif de gestion des alertes sur les cas de maltraitance

La Cour constate positivement que le DIP s'est doté d'un dispositif de gestion des alertes sur les incidents de maltraitance qui comprend des procédures et des directives, ainsi qu'un protocole de gestion de crise. Les résultats de l'enquête montrent que 86 % des répondants du SG, de l'OEJ et de l'OMP ayant assisté à un incident ont transmis l'information à leur hiérarchie.

Le dispositif de gestion des alertes n'est pas conforme aux meilleures pratiques

Le dispositif de gestion des alertes du DIP n'est pas conforme aux meilleures pratiques sur plusieurs aspects : les procédures de déclaration et la description des événements à déclarer ne sont pas assez claires pour les collaborateurs, l'anonymat du lanceur d'alerte n'est pas garanti et le caractère indépendant du traitement des alertes n'est pas systématiquement assuré. Ces lacunes dans le dispositif conduisent à limiter l'assurance que l'ensemble des incidents soient signalés.

Le pilotage des alertes au sein du DIP est insuffisant

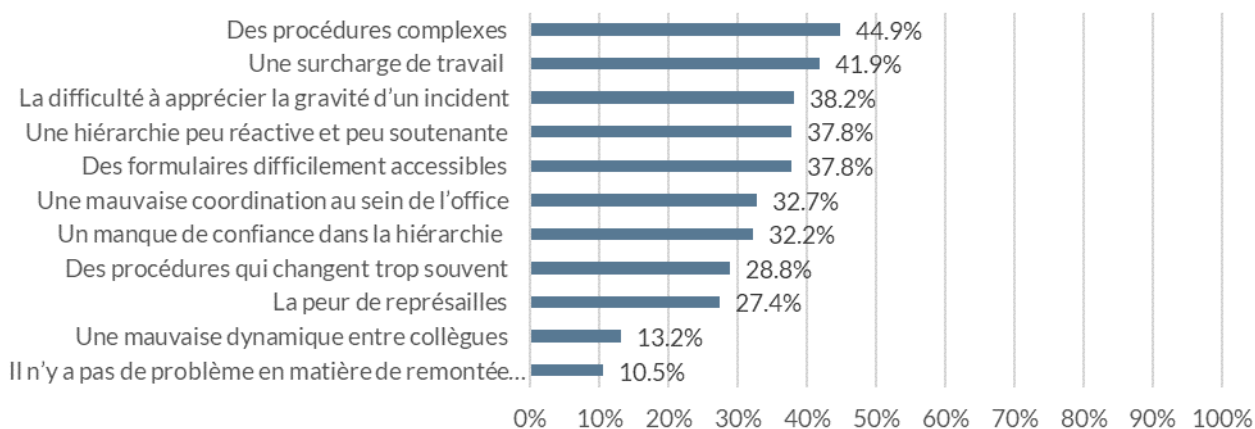
Il n'existe pas, au DIP, de système d'information centralisé qui recense les alertes et suit leur traitement. Cette lacune prive le DIP d'un outil de pilotage important, notamment pour déterminer la typologie des alertes et la nature des incidents, et ne lui permet pas de suivre des indicateurs relatifs au dispositif.

En novembre 2022, le DIP a mis en œuvre une application informatique dont l'objectif est d'assurer le suivi et le traitement des incidents graves qui surviennent en milieu scolaire. Toutefois, cette application est pour le moment limitée aux incidents en milieu scolaire, et il n'est pas prévu de la mettre à disposition de l'ensemble des fonctions de l'enseignement spécialisé.

De multiples freins affectent la transmission de l'information relative aux alertes

De nombreux freins affectent la transmission de l'information relative aux alertes, ce qui a une incidence négative sur l'efficacité du dispositif de gestion des alertes. L'enquête menée par la Cour confirme cette situation avec le tableau ci-dessous.

Graphique 5 : Les freins qui empêchent les collaborateurs d'alerter un incident (B1+B2)



AXES D'AMÉLIORATION PROPOSÉS

La Cour a adressé au DIP sept recommandations qui visent à améliorer la mise en œuvre de la méthodologie de gestion des risques, à renforcer la gestion des alertes en disposant d'informations centralisées, à s'assurer de la bonne compréhension du cadre normatif, ainsi qu'à développer une stratégie de communication interne pour favoriser la transmission de l'information relative aux alertes.

Gestion des risques

En matière de gestion des risques, la Cour recommande une application plus rigoureuse de la méthodologie des risques, en renforçant la formalisation des mesures de contrôle et des plans d'action, et en s'assurant que les objectifs institutionnels soient bien compris des collaborateurs en charge de la gestion des risques. Cela permettra au DIP de disposer d'une représentation plus conforme à la réalité des risques qu'il gère et de mettre en place des plans d'action performants.

Les situations qui requièrent une action urgente de plusieurs départements devront être traitées par le comité d'audit. Celui-ci pourrait ensuite soumettre une proposition sur laquelle le Conseil d'État devrait prendre position, en tenant compte du niveau d'appétence qu'il reconnaît à cette typologie de risques. La démarche a pour but de ne pas reporter des risques majeurs pendant plusieurs années et d'éviter les crises majeures qui pourraient en résulter.

Gestion des alertes

En termes de gestion des alertes, le DIP doit se doter d'un système centralisé de déclaration et de suivi des alertes conforme aux meilleures pratiques afin de favoriser la transmission d'informations et de mettre en place un système d'apprentissage permanent pour les collaborateurs.

La mise en place d'une application métier permettra de fournir les informations nécessaires à la gestion des alertes de manière à disposer d'un outil de pilotage adéquat. En particulier, il s'agit de vérifier que la saisie des informations dans l'application soit codifiée de manière à permettre d'extraire des rapports relatifs à la typologie des alertes, à la nature des incidents, aux mesures qui ont été mises en œuvre et aux lieux des signalements.

TABLEAU RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

Recommandations :	7	Niveau de priorité ² :	
- Acceptées :	6	Très élevée	1
		Élevée	6
- Refusées :	1	Moyenne	0
		Faible	0

Sur les sept recommandations adressées au DIP, six ont été acceptées et une refusée. Concernant cette dernière, le secrétariat général et la direction de la gestion des risques et de la qualité ne souhaitent pas revoir les processus visant à une application plus rigoureuse de la mise en œuvre de la méthodologie de gestion des risques.

No	Recommandation / Action	Priorité	Responsable	Délai
1	Mettre en œuvre la méthodologie de gestion des risques avec plus de rigueur.	Élevée	Recommandation refusée	-
2	S'assurer de l'appropriation, par les collaborateurs, des objectifs à partir desquels des risques peuvent être identifiés.	Élevée	SG	31.12.2024
3	Renforcer la collaboration interdépartementale et au sein du département sur la gestion des risques partagés.	Très Élevée	CE + gestionnaire des risques ÉTAT	31.12.2024
4	Se doter d'un dispositif de déclaration et de suivi des alertes conforme aux meilleures pratiques.	Élevée	SG	31.12.2024
5	Se doter d'un système d'information centralisé de déclaration et de suivi des alertes.	Élevée	SG	31.12.2024
6	Renforcer la connaissance et la bonne compréhension du cadre normatif régissant le dispositif de gestion des alertes.	Élevée	SG	31.12.2024
7	Mettre en place une stratégie de communication interne qui favorise la transmission de l'information relative aux alertes.	Élevée	SG	31.12.2024

Dans le cadre de ses missions légales, la Cour des comptes doit effectuer un suivi des recommandations émises aux entités auditées, en distinguant celles ayant été mises en œuvre et celles restées sans effet. À cette fin, elle a invité le département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse à remplir le tableau ci-dessus qui synthétise les améliorations à apporter, en indiquant le responsable de leur mise en place et leur délai de réalisation. Le niveau de priorité a été défini par la Cour.

² Le niveau de priorité est déterminé par la Cour des comptes en lien direct avec l'appréciation des risques et en fonction de l'impact positif de la recommandation sur l'amélioration de la performance des processus et les risques à couvrir. Le niveau de priorité de chacune des recommandations est explicité dans le chapitre 5 lors de la présentation desdites recommandations.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des principales abréviations utilisées.....	9
1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT	11
2. MODALITÉS ET DÉROULEMENT DE L'AUDIT	13
3. CONTEXTE GÉNÉRAL	15
3.1 La gestion des risques	15
3.2 La gestion des alertes au DIP	18
3.3 Présentation des entités	22
3.4 Enquête menée par la Cour.....	27
3.5 Rapports d'audit récents.....	28
4. ANALYSE.....	30
4.1. La mise en œuvre de la gestion des risques au DIP	30
4.1.1. Contexte	30
4.1.2. Constats.....	30
4.1.3. Recommandations de la Cour	33
4.1.4. Observations de l'audité	35
4.2. La gestion des alertes au DIP	37
4.2.1. Contexte	37
4.2.2. Constats.....	38
4.2.3. Recommandations de la Cour	43
4.2.4. Observations de l'audité	44
4.3. La communication institutionnelle du DIP en matière de gestion des alertes	46
4.3.1. Contexte	46
4.3.2. Constats.....	47
4.3.3. Recommandations de la Cour	49
4.3.4. Observations de l'audité	50
5. DEGRÉ DE PRIORITÉ DES RECOMMANDATIONS	51
6. REMERCIEMENTS.....	52

Liste des principales abréviations utilisées

CIRS	Critical Incidence Reporting System (Système de déclaration et d'apprentissage)
CODIR	Comité de direction
COSO	Committee of sponsoring organizations of the treadway commission
DAJ	Direction des affaires juridiques
DG	Direction générale
DGOEJ	Direction générale de l'office de l'enfance et de la jeunesse
DGOMP	Direction générale de l'office médico-pédagogique
DGRQ	Direction de la gestion des risques et de la qualité
DIP	Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse
DRH	Direction des ressources humaines
ECPS	École de pédagogie spécialisée
EO	Enseignement obligatoire
ERM	Enterprise risk management
ES	Enseignement spécialisé
ESII	Enseignement secondaire II
ETP	Équivalent temps plein
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
LGAF	Loi sur la gestion administrative et financière de l'État
OEJ	Office de l'enfance et de la jeunesse
OMP	Office médico-pédagogique
ORCA	Organisation en cas de catastrophe et situation exceptionnelle
RH	Ressources humaines
RPSpéc	Règlement sur la pédagogie spécialisée
SASAJ	Service d'autorisation et de surveillance de l'accueil de jour
SASLP	Service d'autorisation et de surveillance des lieux de placement
SCI	Système de contrôle interne
SG	Secrétariat général
SPES	Soutien pédagogique en enseignement spécialisé
SPMI	Service de protection des mineurs
SPS	Service de pédagogie spécialisée
SSEJ	Service de santé de l'enfance et de la jeunesse
TPAE	Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Liste des figures, tableaux et graphiques

Figure 1 - Vue d'ensemble des concepts de la méthodologie de gestion des risques de l'État de Genève

Figure 2 - Organigramme du DIP

Figure 3 - Organigramme du SG

Figure 4 - Organigramme de l'OEJ

Figure 5 - Organigramme de l'OMP

Tableau 1- Liste des procédures, protocoles et directives régissant le dispositif de gestion des alertes

Tableau 2 - Description de la participation à l'enquête

Tableau 3 - Répartition des réponses selon l'entité d'origine

Tableau 4 - Les ETP du SG et leur évolution entre 2017 et 2022

Tableau 5 - Les ETP de l'OEJ et leur évolution entre 2017 et 2022

Tableau 6 - Les ETP de l'OMP et leur évolution entre 2017 et 2022

Graphique 1 - Proportion des répondants confrontés au moins une fois à un incident

Graphique 2 - Les différents moyens d'alerter

Graphique 3 - Proportion de répondants étant d'accord ou plutôt d'accord avec les propositions suivantes

Graphique 4 - Accessibilité des procédures/ directives

Graphique 5 - Les freins qui empêchent les collaborateurs d'alerter un incident

1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT

Cet audit s'inscrit dans le contexte du « scandale du Foyer de Mancy » révélé par la presse en septembre de l'année 2021³⁴⁵.

Le Foyer de Mancy accueille des enfants avec des handicaps. Il fait partie de l'enseignement spécialisé et relève à ce titre de l'office médico-pédagogique (OMP) qui fait partie du département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP). L'enseignement spécialisé a pour but d'offrir une scolarisation et un encadrement adaptés aux besoins des élèves présentant des handicaps, des besoins éducatifs particuliers et/ou des difficultés importantes d'apprentissage et de développement.

En janvier 2022, la commission de contrôle de gestion du Grand Conseil a constitué une sous-commission, composée de trois députés, pour enquêter sur les graves dysfonctionnements relevés au sein du Foyer de Mancy. Dans le même temps, la Cour des comptes réfléchissait à l'opportunité d'une intervention sur le même sujet et s'en est ouverte au président de la commission en proposant ses services.

Par lettre du 21 mars 2022, le président de la sous-commission « Foyer de Mancy » a sollicité la Cour pour effectuer une mission portant sur la gestion des risques et des alertes au sein de trois entités du DIP : le secrétariat général, l'OMP et l'office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ).

La Cour a considéré que la prise en charge des mineurs présentait des enjeux importants, notamment en matière de prévention d'actes de violence commis par des adultes à leur encontre. Il s'agissait également de s'assurer que l'État de Genève respectait les exigences légales et réglementaires en matière de prise en charge des mineurs avec des handicaps ou des besoins spécifiques.

La présente mission s'accorde avec les compétences de la Cour de s'assurer de la régularité des comptes et de la légalité de l'administration cantonale ainsi que du bon emploi des fonds publics, dans le respect des principes de la performance publique (art. 35 let. a et art. 40 al. 1 et 2 de la loi sur la surveillance de l'État).

Ainsi, par lettre du 23 mai 2022 adressée au DIP, la Cour l'a informé de sa décision d'entreprendre un audit de conformité dont l'objectif est de s'assurer que la gestion des risques et des alertes au sein du SG, de l'OMP et de l'OEJ s'effectue conformément au cadre normatif de l'État de Genève, à l'appétence au risque définie par le Conseil d'État et à la tolérance zéro du DIP pour les situations de violence.

Plus précisément, la Cour a traité les questions d'audit suivantes :

- La gestion des risques au sein du DIP est-elle conforme au cadre normatif fixé par l'État de Genève ?
- La gestion des alertes au sein du secrétariat général du DIP, de l'OMP et de l'OEJ s'effectue-t-elle conformément aux directives et aux bonnes pratiques ?
- La communication au sein du DIP permet-elle de favoriser le traitement des alertes ?

³ Article du journal électronique de L'illustré du 14 octobre 2021 : « Natacha Koutchoumov : « Mon fils atteint d'autisme a subi des maltraitances » » (<https://www.illustre.ch/magazine/natacha-koutchoumov-mon-fils-atteint-dautisme-a-subi-des-maltraitances-350361>)

⁴ Article du Temps du 30 septembre 2021 : « Dérives et souffrances au sein d'un foyer spécialisé genevois ».

⁵ Article de Heidi News du 26 janvier 2022 : « Des enfants autistes maltraités dans l'impunité au foyer de Mancy ».

Souhaitant être la plus efficace possible dans ses travaux, la Cour examine lors de ses investigations l'ensemble des rapports d'audit préalables effectués par des tiers, tant internes qu'externes, portant sur les mêmes thématiques que le présent rapport. La Cour a exclu de son périmètre l'organisation et les prestations rendues par les entités sous revue puisque ces thèmes ont été largement couverts par de récents audits (voir à ce propos le chapitre 3.5).

Conformément à son souhait de contribuer à une coordination efficace des activités des différentes instances de contrôle actuellement à l'œuvre au sein de l'État de Genève, la Cour a informé le service d'audit interne (SAI) de sa mission. Comme ce dernier a réalisé durant la même période une mission auprès de l'OMP, elle l'a rencontré à trois reprises pour coordonner les travaux.

2. MODALITÉS ET DÉROULEMENT DE L'AUDIT

La Cour a réalisé ses travaux entre les mois de juin et novembre 2022. Elle a conduit cet audit sur la base des documents remis par les principaux acteurs concernés, ainsi qu'en menant des entretiens ciblés notamment avec :

- La secrétaire générale, une secrétaire générale adjointe, des cadres et collaborateurs du secrétariat général ;
- Les directrices ad intérim, des cadres et collaborateurs de l'office médico-pédagogique ;
- La directrice, des cadres et collaborateurs de l'office de l'enfance et de la jeunesse ;
- La directrice de la direction de la gestion des risques et de la qualité (DGRQ) ;
- Le responsable de la gestion globale des risques de l'État de Genève.

La Cour s'est également entretenue avec le directeur du service d'audit et de contrôle interne des hôpitaux universitaires de Genève et avec la directrice de la Maison de Vessy afin de recueillir, dans une optique comparative, des informations concernant la gestion des alertes et des incidents au sein des deux établissements.

Enfin, la Cour a diligenté une enquête auprès de tous les collaborateurs⁶ du SG, de l'OMP et de l'OEJ dont les modalités sont précisées au chapitre 3.4.

Comme prévu par sa base légale, la Cour privilégie avec ses interlocuteurs une démarche constructive et participative visant à la **recherche de solutions améliorant le fonctionnement de l'administration publique**. C'est ainsi que la Cour a proposé aux intervenants rencontrés différentes possibilités d'amélioration de leur gestion, dont la faisabilité a pu être évaluée et la mise en œuvre appréciée sous l'angle du **principe de proportionnalité**.

La Cour a conduit ses travaux conformément à la loi sur la surveillance de l'État, à sa charte éthique et à ses procédures internes. Celles-ci s'inspirent des normes professionnelles en vigueur (normes ISSAI, NAS, IIA, ISA, ISACA), dans la mesure où elles sont applicables et compatibles avec la nature particulière de la mission.

En pratique, la méthodologie de la Cour des comptes est la suivante :

1^{ère} phase : Planification

Cette phase consiste à définir et à mobiliser les ressources et les compétences les mieux adaptées à la mission que ce soit auprès des collaborateurs de la Cour des comptes ou auprès de tiers, et à déterminer les outils méthodologiques à utiliser.

2^{ème} phase : Préparation de l'audit

Cette phase consiste à identifier auprès de l'entité auditée quels sont ses bases légales et ses intervenants-clés, à comprendre son organisation et son fonctionnement, à collecter des données chiffrées et à procéder à l'analyse des risques qui lui sont propres. À ce stade, un plan de mission est rédigé avec notamment les objectifs de la mission, les moyens à disposition, les travaux dévolus à chaque intervenant de la Cour et les délais impartis dans le déroulement de la mission.

⁶ Afin de faciliter la lecture du rapport, le masculin est en principe utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

3^{ème} phase : Récolte d'informations

Cette phase consiste à déterminer les sources de l'information pertinente, à savoir quelles sont les personnes-clés à contacter et quelles sont les informations qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs. Ensuite, les collaborateurs de la Cour et/ou les tiers mandatés procèdent à des entretiens et collectent les informations requises.

4^{ème} phase : Vérification et analyse de l'information

Cette phase consiste d'une part à s'assurer que les informations récoltées sont fiables, pertinentes, complètes et à jour et d'autre part à les analyser et à les restituer sous la forme de documents de travail.

5^{ème} phase : Proposition de recommandations

Cette phase consiste à établir les constatations significatives, à déterminer les risques qui en découlent et enfin à proposer des recommandations afin de rétablir la légalité des opérations, la régularité des comptes ou d'améliorer la structure ou le fonctionnement de l'organisation.

6^{ème} phase : Rédaction du rapport

Cette phase consiste à rédiger le rapport conformément aux documents de travail et à la structure adoptée par la Cour des comptes.

7^{ème} phase : Validation du rapport

Cette phase consiste à discuter le contenu du rapport avec l'entité auditée, avec pour objectif de passer en revue les éventuelles divergences de fond et de forme et de s'accorder sur les priorités et délais des recommandations.

Ainsi, chaque thème développé dans ce rapport fait l'objet d'une mise en contexte, de constats, de risques découlant des constats et de recommandations (numérotées en référence aux constats) soumis aux observations de l'audité.

Afin de faciliter le suivi des recommandations, la Cour a placé dans la synthèse un tableau qui synthétise les améliorations à apporter et pour lequel l'entité auditée indique le responsable de leur mise en place ainsi que leur délai de réalisation.

Sauf exception, la **Cour ne prévoit pas de réagir aux observations de l'audité**. Elle estime qu'il appartient au lecteur de juger de la pertinence des observations formulées eu égard aux constats et recommandations développés par la Cour.

3. CONTEXTE GÉNÉRAL

3.1 La gestion des risques

La gestion des risques est l'une des composantes essentielles du contrôle interne d'une entreprise ou d'une collectivité publique selon les règles internationalement reconnues du Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO).

Dans sa politique de gestion des risques 2018-2023, le Conseil d'État précise que la gestion des risques permet d'aider l'administration à prendre conscience de ses risques, à évaluer leur impact sur sa mission et à les traiter de manière conforme à l'appétence définie⁷. À l'État de Genève, cette dernière peut être élevée, moyenne ou faible en fonction des sujets ou des politiques publiques.

La politique de gestion des risques de l'État 2018-2023 liste les niveaux d'appétence définis selon les politiques publiques. Concernant plus particulièrement les prestations du DIP :

- L'État a une appétence faible aux risques liés à toute forme de violence (physique, de genre, domestique, etc.). Il met en œuvre des mesures de prévention, protection et sensibilisation pour les réduire le plus possible. Le DIP a un principe de « tolérance zéro » en matière d'abus sexuels, de harcèlement ou de maltraitance de toute forme ;
- L'État a également une appétence faible aux risques relatifs au soutien de l'enfance et de la jeunesse ;
- Enfin, l'État a une appétence modérée aux risques liés à l'accès à la formation, la volonté du canton étant d'assurer pour chaque jeune un diplôme ou une formation.

3.1.1 Cadre normatif

La loi sur la gestion administrative et financière de l'État (LGAF)⁸ régit la gestion des risques à l'État de Genève. Selon l'art. 50 LGAF, l'implémentation d'un système de contrôle interne (SCI) vise l'atteinte de trois objectifs principaux :

- Assurer la qualité des prestations fournies par une entité dans le respect des lois, règlements, directives et autres normes en vigueur ;
- Assurer la qualité des processus visant à fournir ces prestations ;
- Gérer les risques découlant de l'activité de l'entité.

L'État de Genève s'est également doté d'un règlement et d'une directive transversale qui précisent la structure du dispositif ainsi que ses modalités de fonctionnement :

- Le règlement⁹ définit les principes généraux, les compétences et responsabilités ainsi que le cadre normatif applicable au dispositif. Le cadre normatif est notamment composé de la directive transversale sur la gestion des risques¹⁰ (voir ci-dessous), ainsi que d'un manuel de gestion des risques qui définit la méthodologie et les outils applicables aux différentes phases du processus. La gestion des risques est décrite comme étant « constituée de l'ensemble des activités, outils et règles qui permettent une approche systématique et planifiée des risques »¹¹. Par ailleurs, l'application de la directive transversale et des modalités du manuel méthodologique revêt un caractère obligatoire selon le règlement¹².

⁷ L'appétence au risque est le niveau d'exposition de risque que l'État est prêt à tolérer pour remplir ses missions.

⁸ Loi sur la gestion administrative et financière de l'État, du 4 octobre 2013 (D 1 05, LGAF)

⁹ Règlement sur la gestion des risques (RGR, D 1 10.10, 18 septembre 2013)

¹⁰ Directive transversale sur la gestion des risques (10 décembre 2015)

¹¹ Art. 2 du Règlement sur la gestion des risques (RGR, D 1 10.10, 18 septembre 2013)

¹² Art.4 alinéa 2 du Règlement sur la gestion des risques (RGR, D 1 10.10, 18 septembre 2013)

- La directive transversale¹³ définit les différentes phases du processus, les règles, les rôles et responsabilités ainsi que les indicateurs de performance à suivre en matière de gestion des risques. Elle précise, entre autres, que la politique de gestion des risques de l'État se base « sur les principes et le cadre de référence proposés par le modèle COSO - ERM Integrated Framework et sur les standards internationaux principaux tels qu'ISO 31000 »¹⁴.

Par ailleurs, le DIP s'est doté d'une directive départementale sur le SCI¹⁵ qui permet de rappeler, au sein du département, les principes, le cadre de référence, les objectifs, ainsi que les rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du dispositif de la gestion des risques.

3.1.2 La méthodologie de gestion des risques de l'État de Genève

L'État de Genève s'est doté d'un manuel méthodologique pour la gestion des risques¹⁶ en 2015. L'objectif de ce manuel est de « fournir aux gestionnaires des risques et aux directeurs, chargés, répondants et référents de contrôle interne une description de la méthodologie à utiliser dans le cadre de la gestion des risques ou, plus précisément, des méthodes à disposition pour que chaque risque puisse être analysé et traité de manière appropriée »¹⁷.

Dans ce document, le risque est défini « comme l'effet potentiellement négatif de l'incertitude sur un objectif ou une mission »¹⁸. L'activité de la gestion des risques doit donc être mise en œuvre à travers une approche systématique et planifiée, constituée par un ensemble de règles et d'outils utilisés pour permettre à une organisation de disposer d'un outil de pilotage vis-à-vis des risques identifiés. Les risques sont classés en quatre catégories : majeurs, significatifs, modérés, mineurs. Le niveau de gravité d'un risque est le résultat de la combinaison entre le niveau d'impact global et le niveau de probabilité de réalisation du risque.

¹³ Directive transversale sur la gestion des risques (10 décembre 2015)

¹⁴ Ibid., p.3.

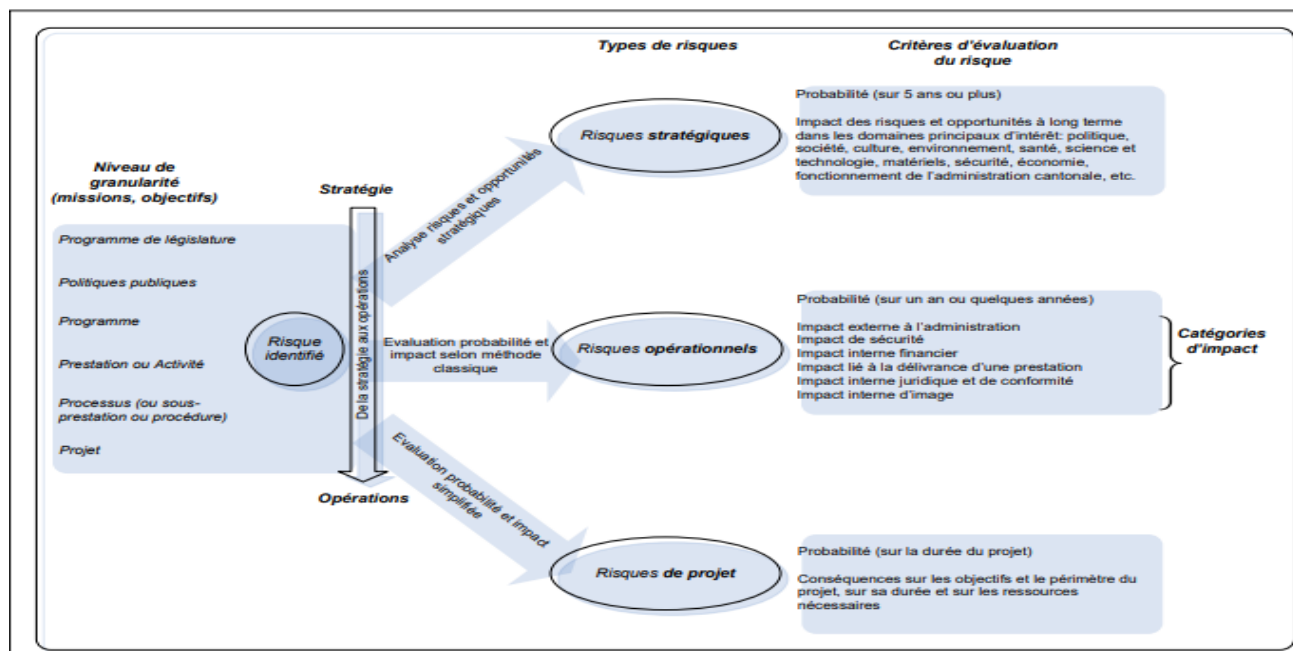
¹⁵ Directive départementale sur le SCI au DIP (D.DCI.03, septembre 2019)

¹⁶ Manuel méthodologique de gestion des risques de la République et canton de Genève, 18 décembre 2015.

¹⁷ Ibid, p.6.

¹⁸ Ibid, p.8

Figure 1 : Vue d'ensemble des concepts de la méthodologie de gestion des risques de l'État de Genève¹⁹



Un risque, compte tenu de sa dimension prospective, doit principalement être identifié sur la base des objectifs (stratégiques, opérationnels, de projet) et des missions et processus liés à la délivrance des prestations. Si des objectifs formalisés sont inexistant, la méthodologie préconise de se baser sur d'autres « points d'entrée fondamentaux », à savoir :

- Les bases légales et réglementaires ;
- La formalisation d'un processus ou d'une procédure (p.ex. logigramme) ;
- Les principaux changements prévus ;
- L'architecture technique ou fonctionnelle (s'il s'agit d'analyser un système technique).

La méthodologie prévoit d'éventuels autres points d'entrée pour identifier des risques :

- L'historique (risques qui se sont réalisés, événements négatifs liés au sujet traité, éléments récents qui laissent entrevoir la possibilité qu'un risque puisse se réaliser, etc.) ;
- Les rapports d'audit (constats et recommandations du SAI, de la Cour des comptes ou d'autres organes de surveillance) ;
- L'inventaire de risques existants ;
- L'absence de contrôles ou de vérification du fonctionnement d'un contrôle, ou plan d'action pour réduire un risque hors délai ;
- La présence de dysfonctionnements connus ou de manque de conformité avec une directive, un règlement ou une loi ;
- Des suggestions ou éléments spécifiques apportés par un employé ;
- Des articles de presse ou rapports de spécialistes.

Toutefois, il est précisé que ces autres points d'entrée sont des éléments supplémentaires qui ne sauraient se substituer aux points de départ de base, mais qui viendraient les compléter²⁰.

¹⁹ Ibid, p.9

²⁰ Ibid, p.18.

À côté du manuel méthodologique de la gestion des risques, un guide de gestion des risques opérationnels²¹ a été développé qui permet de présenter de manière succincte les phases fondamentales et l'approche de la gestion des risques opérationnels, ainsi que les outils principaux à utiliser dans l'exercice.

3.1.3 L'organisation générale du dispositif

La gouvernance du dispositif de gestion des risques est assurée par différentes instances et niveaux qui jouent un rôle soit décisionnel, de surveillance, de coordination ou d'accompagnement. Il s'agit d'abord de la hiérarchie de l'État (du Conseil d'État jusqu'aux directions des services) qui est chargée de définir la stratégie de traitement du risque en fonction de sa gravité et de la politique publique concernée. Ensuite, chaque collaborateur de l'État participe à l'exécution de tâches liées à la gestion des risques en fonction de ses connaissances, de son rôle et de son pouvoir d'intervention.

Par ailleurs, le responsable de la gestion globale des risques de l'État ainsi que les responsables départementaux de gestion des risques et qualité, réunis dans le collège spécialisé du contrôle interne, jouent un rôle d'accompagnement et de coordination. La direction de la gestion des risques et de la qualité joue le rôle de garant de la bonne application de la méthodologie en s'assurant que chaque service identifie et gère ses risques de manière appropriée et conforme au cadre normatif. Le comité d'audit exerce un rôle de surveillance de l'application du cadre de gestion des risques et de la mise en œuvre adéquate du SCI. Il joue également un rôle décisionnel dans la stratégie de traitement des risques majeurs. Enfin, le service d'audit interne est responsable de fournir une assurance raisonnable que la gestion des risques est mise en place conformément au cadre normatif et aux standards internationaux applicables.

3.2 La gestion des alertes au DIP

Une alerte est une information transmise par un collaborateur à la hiérarchie et qui relate un événement ou un incident d'une certaine gravité parce qu'il n'est pas conforme aux dispositions réglementaires et aux bonnes pratiques. Cette alerte peut concerner des actes ou des comportements inappropriés de membres du personnel sur des mineurs, entre mineurs ou de mineurs envers le personnel (par exemple présence ou utilisation d'une arme, actes de violence verbale ou physique, abus sexuels, etc.).

Il est important de noter qu'un événement considéré comme violent et exceptionnel dans l'enseignement obligatoire peut constituer une réalité quotidienne dans l'enseignement spécialisé.

Le suivi des mesures à mettre en œuvre, une fois l'incident identifié, se fait généralement au niveau de chaque entité/service, et une remontée de l'information peut être effectuée auprès des niveaux hiérarchiques supérieurs selon les enjeux identifiés.

3.2.1 Cadre normatif

Le dispositif de gestion des alertes est composé de plusieurs procédures, protocoles et directives qui sont résumés dans le tableau ci-dessous :

²¹ Guide rapide de la gestion des risques opérationnels de l'État de Genève, 18 décembre 2015

Tableau 1 - Liste des procédures, protocoles et directives régissant le dispositif de gestion des alertes

Procédure / protocole / directive	Entité	Description, objectifs et champ d'application
Prise en charge dans le cadre scolaire ou de formation professionnelle d'une situation de maltraitance vis-à-vis d'un enfant ou d'un jeune ²²	DIP	Il s'agit de la principale procédure transversale du dispositif de gestion des alertes au sein du DIP. Elle a été élaborée en 2018, conformément au principe de tolérance zéro du DIP en matière d'abus sexuels, de harcèlement ou de maltraitance sous toutes ses formes. Elle s'adresse à l'ensemble des collaborateurs du département qui travaillent dans le cadre scolaire ou de la formation professionnelle. Elle a pour objectif de déterminer les modalités de prise en charge des situations de maltraitance identifiées dans le cadre scolaire ou de formation professionnelle et de préciser les obligations et rôles des différentes directions concernées et veiller à la remontée des faits graves avec impact institutionnel au niveau du secrétariat général.
Procédure de gestion de crise du DIP ²³	DIP	Cette procédure s'adresse à l'ensemble des directions générales, offices, directions supports, membres du secrétariat général du DIP, directions de service. La procédure vise à définir les mesures préparatoires, organiser, conduire et coordonner la gestion d'une crise par le secrétariat général ou par une direction générale. Elle s'applique en cas de crise départementale, politique ou institutionnelle de petite et moyenne envergure, ayant ou non un impact direct dans les directions générales / offices / services / établissements. Elle ne s'applique toutefois pas aux situations gérées par ORCA. La procédure est complétée par un protocole de gestion de crise ²⁴ qui détaille, entre autres, un tableau de repères présentant les situations considérées comme « importantes » et les situations considérées comme « graves ». Ce tableau de repère est une grille d'analyse pour apprécier la gravité des incidents rencontrés sur le terrain par les collaborateurs.
Gestion de la cellule incident ²⁵	OMP	Cette procédure s'applique à toutes les activités conduites au sein du secteur médico-psychologique de l'OMP. Elle a pour objectif de définir un incident, le processus de notification d'un incident, l'organisation et le fonctionnement de la cellule incident de l'OMP ainsi que le processus de suivi et l'information relative à un incident déclaré.
Secret de fonction et secret professionnel ²⁶	OMP	Cette procédure a pour objectif de déterminer les situations dans lesquelles une levée du secret de fonction et/ou du secret professionnel d'un collaborateur est nécessaire ainsi que les actions à entreprendre pour l'obtenir, en cas de demande d'informations par un tiers, une autorité judiciaire, une autorité administrative ou la Police. Elle s'adresse à l'ensemble des collaborateurs de l'OMP.
Protocole transitoire de mesure physique limitant la liberté ²⁷	OMP	Le protocole est transitoire dans l'attente de la finalisation et la validation de la procédure sur les mesures limitant la liberté de mouvement qui doit le remplacer. Ce protocole a été rédigé pour donner aux foyers de l'OMP un cadre et des instructions claires afin de gérer de manière adéquate les situations exceptionnelles dans lesquelles certaines mesures de limitation de la liberté de mouvement seraient mises en œuvre vis-à-vis des mineurs pris en charge.
Directive du signalement à l'autorité de surveillance d'événements ayant trait à la santé ou à la sécurité survenue dans les milieux institutionnels d'accueil pour mineurs ²⁸	OEJ	Cette directive a pour objectif de définir de manière précise la notion d'événement particulier qui a trait à la santé ou à la sécurité des pensionnaires des milieux institutionnels d'accueil pour mineurs. Elle présente également les obligations et les rôles des entités surveillées concernées et des autorités de surveillance lorsqu'un événement, au sens de l'art.18 de l'ordonnance fédérale sur le placement d'enfants (OPE) du 19 octobre 1977, survient. La directive s'adresse à l'ensemble des institutions genevoises d'éducation spécialisée et aux internats scolaires soumis à autorisation et surveillance selon l'art.13 al.1 lettre a de l'OPE, aux structures d'accueil de la petite enfance soumises à autorisation et aux établissements de pédagogie spécialisée soumis à une accréditation selon la loi sur l'instruction publique. L'autorité de surveillance est le Pôle de coordination des prestations déléguées et de la surveillance.

²² Procédure de prise en charge dans le cadre scolaire ou de formation professionnelle d'une situation de maltraitance vis-à-vis d'un enfant ou d'un jeune (P.DIP.01), 20 septembre 2018

²³ Procédure de gestion de crise au sein du DIP (P.DIP.09), février 2022

²⁴ Protocole de gestion de crise au sein du DIP, janvier 2022

²⁵ Procédure de la gestion de la cellule incidents de l'OMP (P. DGOMP.DIRMED.04), 1^{er} avril 2018

²⁶ Procédure sur le secret de fonction et le secret professionnel (P. DGOMP.02), septembre 2020

²⁷ Protocole des mesures physiques limitant la liberté de mouvement destiné aux foyers de l'OMP

²⁸ Directive du signalement à l'autorité de surveillance d'événements ayant trait à la santé ou à la sécurité survenue dans les milieux institutionnels d'accueil pour mineurs (D. DGOE.DCPDS.01), 1^{er} janvier 2019

Procédure / protocole / directive	Entité	Description, objectifs et champ d'application
Enfants en danger et structures d'accueil de la petite enfance ²⁹	OEJ	Cette directive a pour objectif d'assurer la prise en charge d'une situation de maltraitance dévoilée ou suspectée au sein de l'accueil préscolaire. Elle présente également les obligations et les rôles des acteurs concernés qui doivent veiller à la remontée des faits graves. Elle s'adresse aux titulaires d'autorisation des structures d'accueil de la petite enfance et aux professionnels des structures d'accueil de la petite enfance.
Gestion de l'information et communication interne et externe ³⁰	OEJ	Cette procédure formalise les principes fonctionnels de stratégie de gestion de la connaissance à l'OEJ, du partage de l'information et de la communication utiles et nécessaires, au bon moment, auprès des bons publics et par les bons acteurs (émetteurs et récepteurs de l'information) ; elle fixe les standards de mise en œuvre. Elle s'applique à la direction générale, soit à l'ensemble des membres du CODIR de l'OEJ, les directions de pôle, les directions d'entité et l'ensemble des collaborateurs de l'OEJ.

Il est également intéressant de relever que la loi sur la protection des lanceurs d'alerte au sein de l'État et son règlement d'application ³¹ sont entrés en vigueur le 26 mars 2022. Ce cadre réglementaire a pour objectif de renforcer le traitement des signalements d'irrégularités et d'assurer la protection des lanceurs d'alerte de bonne foi. Il s'agit d'un dispositif qui a été conçu à l'échelle de l'État et qui n'est pas spécifique au DIP.

3.2.2 L'organisation générale du dispositif relatif aux situations de maltraitance

Tout collaborateur du cadre scolaire ou de la formation professionnelle qui suspecte ou est informé d'un incident ou d'un événement constitutif d'une maltraitance doit en principe en référer sans délai au directeur de l'établissement ou à son supérieur hiérarchique direct. Ce dernier doit évaluer la gravité de la situation et mettre en œuvre les modalités décrites dans la procédure de prise en charge dans le cadre scolaire ou de formation professionnelle d'une situation de maltraitance vis-à-vis d'un enfant ou d'un jeune. La direction de l'établissement ou du site est le premier niveau responsable de traiter la situation quand un événement est identifié. Si le contexte des faits implique un autre élève ou un tiers et que les faits suspectés ou dévoilés sont évalués comme suffisamment graves, la direction de l'établissement ou du site transmet l'information à la direction générale ou au référent concerné. Ces derniers doivent avertir sans délai la Secrétaire générale et la Direction des affaires juridiques du DIP si des impacts institutionnels (de sécurité, d'image, organisationnels) sont identifiés. Si le contexte des faits implique un membre du personnel de l'établissement ou du site, la hiérarchie directe transmet l'information à la DG de l'office concerné, qui traite la situation en collaboration avec son service des ressources humaines, avec la direction départementale des ressources humaines, voire avec et la direction départementale des affaires juridiques selon les besoins.

Du début de l'année 2022, un formulaire de notification d'évènement grave/important à la DG ou au SG a été mis à disposition sur l'intranet du DIP. Tout collaborateur peut l'utiliser pour décrire une situation et rapporter ce qui a déjà été mis en place et indiquer le degré d'urgence et les actions attendues de la direction générale ou du secrétariat général. Le formulaire prévoit différents niveaux de remontée de l'information selon la gravité de la situation : un premier niveau qui correspond à la DG de l'office et un second niveau qui sollicite la secrétaire générale. Selon la gravité et la transversalité de la situation qui découle de l'analyse des risques lors de la gestion de l'évènement, la cellule de crise peut être activée.

²⁹ Directive enfants en danger et structures d'accueil de la petite enfance (D. DGOEJ.DG.1.01), 1^{er} septembre 2019

³⁰ Procédure de gestion de l'information et communication interne et externe (P. DGOEJ.DG.1.04), 1^{er} janvier 2021

³¹ LPLA B 5 07/RPLA B 05 07.01, entrée en vigueur le 26 mars 2022

3.2.3 Définition de l'incident/événement au sein du SG, de l'OEJ et de l'OMP

Il existe plusieurs définitions d'une alerte selon que l'incident se passe dans un site de l'enseignement ordinaire, de l'enseignement spécialisé ou d'un foyer d'accueil. On parle parfois d'événements ou d'incidents. Des exemples ont été rédigés par les directions générales (tableaux de repères) pour illustrer les différentes situations qui peuvent se présenter et qui doivent faire l'objet d'une alerte.

Au sein du secrétariat général

Dans le cadre du protocole de gestion de crise, le SG a listé dans un tableau de repères les « situations graves/importantes ». Une situation grave/importante est définie comme la réalisation d'un risque (humain, sanitaire, institutionnel, politique, naturel, technologique). La gravité d'un événement est appréciée selon des critères d'impacts de nature humaine, financière, opérationnelle et réputationnelle. La définition d'un événement grave/important se base sur l'évaluation d'un certain nombre de points :

- « Le sujet touché ;
- La nature des dommages ;
- Le degré de complexité pour revenir à la normale ;
- L'environnement médiatique. »

Les situations définies comme graves sont par exemple :

- « Révélation ou révélation a posteriori de situations d'agression sexuelle, viol, diffusion sur le Net de vidéos ou de photos d'élèves/apprentis dans ce contexte ;
- Hospitalisation d'élèves/apprentis à la suite d'actes de violence ;
- Situation mettant en lumière un défaut de protection ou de prise en charge de l'institution (DIP) ;
- Utilisation d'armes au sein de l'institution ;
- Révélation ou révélation a posteriori de situations de maltraitance commise par un membre du personnel à l'encontre d'un ou de plusieurs élèves/apprentis ;
- Dénonciation grave/plainte formelle de parents d'élèves/apprentis/jeunes pour maltraitance, harcèlement ou acte pédophile à l'encontre d'un ou plusieurs enseignants/personnel engagé par le DIP ou intervenants externes/partenaires/ accompagnant sollicité/accrédité ;
- Suicide en établissement ;
- Intervention très violente verbalement/menaces ou intervention physique avec séquelle de parents ou d'élèves/apprentis à l'encontre d'une enseignante, d'un enseignant ou d'un membre du personnel. »

Le tableau de repères présente également les situations importantes, mais pas considérées comme graves selon les critères définis, telles que le harcèlement entre élèves, la suspicion de radicalisation, le comportement violent envers un enseignant pendant un cours entraînant un arrêt maladie.

Au sein de l'office médico-pédagogique

Selon la procédure de gestion de la cellule incident de l'OMP, est considéré comme un « incident », tout événement inattendu :

- « Qui a porté ou aurait pu porter préjudice à la sécurité, à la santé ou à l'intégrité d'un patient, d'un collaborateur ou d'un tiers ;
- Qui a affecté ou aurait pu affecter un processus médico-psychologique ou l'organisation d'une unité ;
- Qui a affecté ou aurait pu affecter la bonne marche ou l'organisation des services transverses (RH, logistique, finances, communication) ;
- Qui a donné lieu ou aurait pu donner lieu à un préjudice pour l'office, et plus particulièrement pour l'institution ;

- Qui a donné lieu ou aurait pu donner lieu à un préjudice relatif au matériel/équipement. »

La procédure « avis d'incident » du foyer de Mancy est plus précise et parle de « situations graves » dans lesquelles la sécurité physique et psychique d'une personne (enfant, collaborateur, partenaire) a été mise en danger. Les principales causes de graves mises en danger sont :

- « Des situations de violence exercée par un enfant envers lui-même, un collaborateur, d'autres enfants ;
- Des erreurs de médication ;
- Des accidents ayant généré ou qui auraient pu générer une atteinte à la sécurité physique et psychique d'un enfant, d'une collaboratrice ou d'un collaborateur. »

Au sein de l'office de l'enfance et de la jeunesse

Dans la directive de signalement à l'autorité de surveillance d'évènements ayant trait à la santé ou à la sécurité survenus dans les milieux institutionnels d'accueil pour mineurs, un « évènement », tel qu'il ressort de l'application de l'ordonnance fédérale sur le placement d'enfants, doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- « L'évènement survient dans le milieu d'accueil ou hors du milieu d'accueil, mais sous sa responsabilité ;
- L'évènement implique l'organisation et la sécurité ;
- L'évènement risque de porter atteinte ou a porté atteinte à l'intégrité d'un ou plusieurs mineurs, aux prestations garanties par le milieu d'accueil ou à son image. »

Il s'agit notamment de maltraitance d'un adulte sur un mineur accueilli au sein de l'institution, de maltraitance entre mineurs au sein de l'institution, avec risque pour la santé des jeunes, de maltraitance d'un jeune sur un adulte, d'accidents graves nécessitant une hospitalisation, émanations toxiques, incendie, décès, disparition, trafic de substances illicites, agression de parents contre les professionnels ou les mineurs, dénonciations calomnieuses, rumeurs, plaintes formelles à l'encontre de l'institution ou de son personnel, tout évènement susceptible de porter fortement atteinte à l'image du milieu d'accueil ou de l'État.

Il est toutefois précisé que cette liste est « interprétative et donc à adapter en fonction des types d'institutions ».

3.3 Présentation des entités

3.3.1 Missions, organisation et chiffres clés du DIP

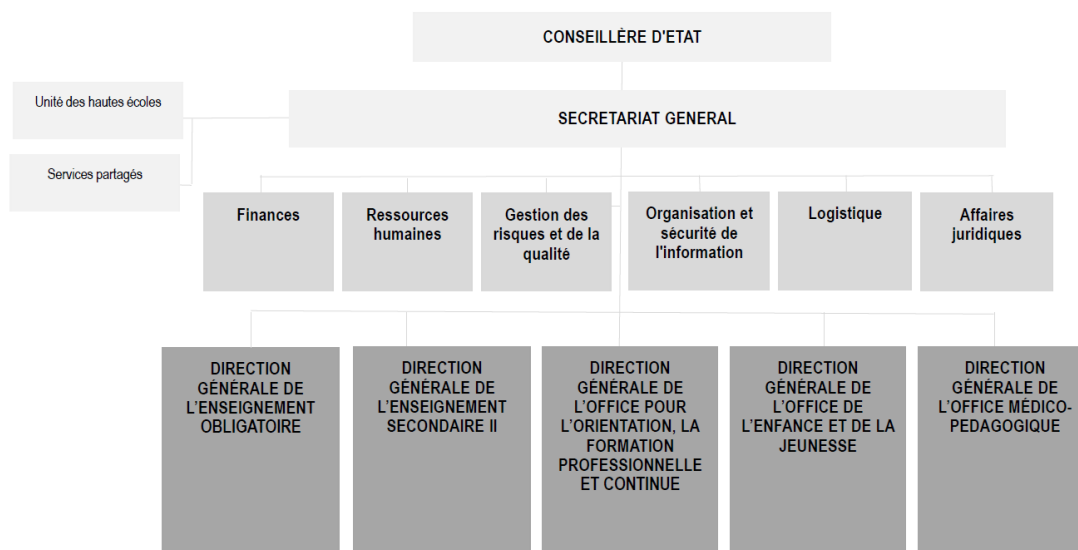
Le DIP a pour principal objectif de permettre l'accès de tous les enfants du canton à un système d'enseignement public gratuit et de qualité.

Ainsi, le DIP regroupe l'ensemble du système scolaire genevois à savoir :

- L'enseignement obligatoire (EO), qui comprend l'enseignement primaire (EP) et le cycle d'orientation (CO) ;
- L'enseignement secondaire II (ESII), qui comprend notamment : le collège de Genève, les écoles de culture générale (ECG), les centres de formation professionnelle, le centre de formation préprofessionnelle (CFPP), l'établissement Lullier et le service de l'accueil de l'enseignement secondaire II (ACCES II) ;
- Trois offices transversaux : l'office de l'enfance et de la jeunesse (OEJ), l'office médico-pédagogique (OMP) et l'office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue (OFPC).

Figure 2 : Organigramme du DIP³²

DIP



2022

Sur la base des données contenues dans le support de présentation de la rentrée scolaire 2022-2023 présenté lors de la conférence de presse du 18 août 2022 :

- Le DIP gère près de 80'000 élèves et plus de 7'800 enseignants (409 en enseignement spécialisé) ;
- 59 établissements primaires, 167 écoles et l'école climatique de Boveau ;
- 19 établissements du cycle d'orientation ;
- 28 établissements du secondaire II et tertiaire B dont 4 établissements mixtes ;
- 104 structures de l'enseignement spécialisé (47 classes intégrées, 53 écoles de pédagogie spécialisée, 1 école d'orientation et de formation pratique, 3 écoles de formation préprofessionnelle), 3 dispositifs de soutien en enseignement spécialisé, 1 dispositif « école à l'hôpital » et 1 dispositif « école à la Clairière ».

3.3.2 Missions et organisation du secrétariat général du DIP

Les principales missions du secrétariat général sont :

- Le soutien à la conseillère d'État dans le pilotage du département ;
- L'appui aux directions générales en matière de finances, ressources humaines, conseil juridique, communication et planification stratégique ;
- La représentation des intérêts du DIP vis-à-vis des problématiques transversales, en particulier pour les questions de finances, ressources humaines et d'informatique ;
- La représentation du département auprès des pouvoirs législatifs et judiciaires du canton, ainsi que des autres institutions de l'administration cantonale, intercantonale et fédérale.

Le SG est composé des entités suivantes :

- Unité des hautes écoles ;
- Direction des finances ;

³² Tiré du site de l'État de Genève, cet organigramme est présenté à titre illustratif, il date de juin 2018.

- Direction des ressources humaines (DRH) ;
- Direction de la gestion des risques et de la qualité (DGRQ) ;
- Direction de la logistique ;
- Direction de l'organisation et de la sécurité de l'information (DOSI) ;
- Direction des affaires juridiques (DAJ).

3.3.3 Missions et organisation de l'OEJ

L'OEJ pilote, organise, coordonne ou réalise des prestations de promotion, prévention, protection et surveillance au bénéfice des mineurs. L'OEJ dispense chaque année des prestations en faveur de près de 100'000 enfants et jeunes du canton. Il est composé de sept services organisés en trois pôles de compétence :

- **Pôle de promotion de la santé et prévention** dont les principaux objectifs sont d'informer les enfants et les jeunes sur la santé. Il suit les bénéficiaires et les oriente s'ils présentent des besoins particuliers ou rencontrent des difficultés, afin de contribuer à leur développement harmonieux et de favoriser leur apprentissage durant leur parcours scolaire. Leur santé est prise en compte dans tous ses aspects : santé physique, psychique, sexuelle et sociale ;
- **Pôle de la protection de l'enfance et de la jeunesse** composé du SPMi qui reçoit les signalements des familles, des jeunes, des professionnels ou encore des tribunaux pour intervenir, dans l'intérêt supérieur de l'enfant auprès des familles, sous forme d'interventions socio-éducatives ;
- **Pôle de coordination des prestations déléguées et de la surveillance** dont les services s'occupent de la préparation et du suivi des contrats de prestations signés avec les partenaires subventionnés. En outre, il gère la pédagogie spécialisée au travers d'un service dédié (SPS) dont l'activité est soumise au règlement sur la pédagogie spécialisée³³.

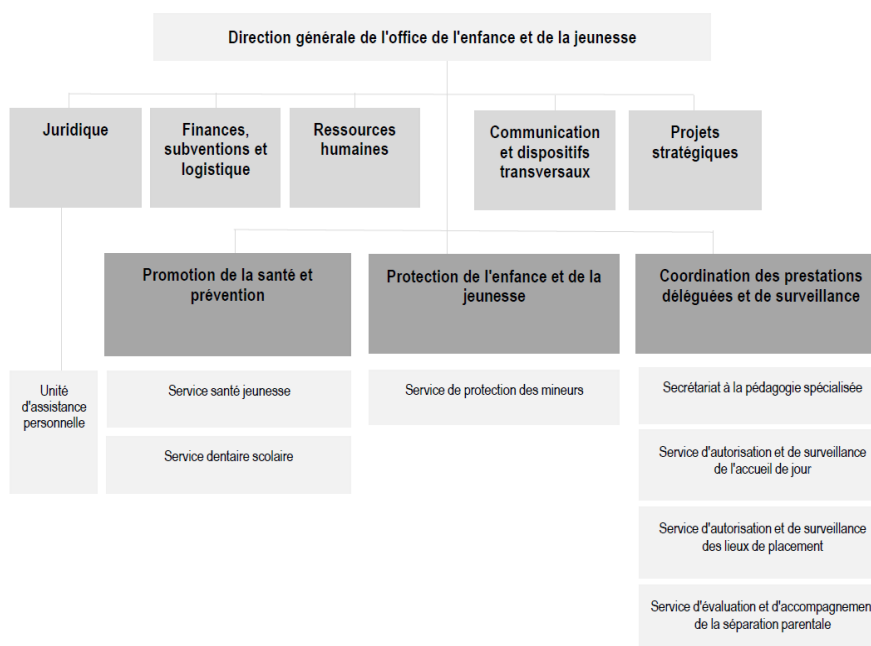
Ce pôle est également chargé de la surveillance légale des établissements subventionnés puisque c'est lui qui octroie et renouvelle les autorisations d'exercer. Les établissements de Mancy, de l'Aubépine et de Pré-Lauret étaient surveillés directement par le DIP jusqu'en mars 2022, date à partir de laquelle la surveillance a été transférée à l'OEJ.

L'OEJ est amené à collaborer avec certaines entités externes telles que les Hôpitaux universitaires de Genève, l'Institution de maintien à domicile, l'Hospice général ou le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant.

³³ Règlement sur la pédagogie spécialisée (RPSpéc) du 23 juin 2021.

Figure 3 : Organigramme de l'OEJ³⁴

OEJ



2022

3.3.3 Missions et organisation de l'OMP

Conformément à la loi sur l'instruction publique³⁵, et dans le cadre du plan d'action pour l'école inclusive³⁶, l'OMP, en coordination avec l'EO et l'ESII, ainsi qu'avec l'OEJ, développe des dispositifs d'inclusion et d'intégration dans l'enseignement régulier, ainsi qu'en sites propres, pour des élèves ayant une déficience sensorielle ou intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme, des troubles psychologiques, du développement ou de l'apprentissage.

On distingue deux pôles au sein de l'office :

- **L'enseignement spécialisé** : ce pôle s'adresse à des élèves de 4 à 20 ans. Il offre une scolarisation et un encadrement adaptés aux besoins des élèves présentant des handicaps, des besoins éducatifs particuliers et/ou des difficultés importantes d'apprentissage et de développement. Les élèves bénéficient d'un programme d'apprentissage et de développement individualisé, qui tient compte de leurs particularités et de leurs besoins. Leur prise en charge se fait de façon pluridisciplinaire. Des enseignants spécialisés et des éducateurs spécialement formés les accompagnent dans leur parcours. Des médecins, psychologues, logopédistes et psychomotriciens font également partie de l'encadrement ;³⁷
- **La consultation médico-psychologique** : les consultations de l'OMP proposent une aide destinée aux enfants et adolescents rencontrant des difficultés médico-psychologiques, logopédiques ou de psychomotricité.³⁸

³⁴ Tiré du site de l'intranet de l'État de Genève, cet organigramme est présenté à titre illustratif, il date de septembre 2021.

³⁵ Loi sur l'instruction publique (LIP) du 6 novembre 1940.

³⁶ Rapport du Conseil d'État à la motion M2247 "Un plan d'action pour l'école et la formation inclusives à Genève !", août 2015

³⁷ <https://www.ge.ch/enseignement-specialise>

³⁸ <https://www.ge.ch/consultations-troubles-psychologiques-du-developpement-apprentissages>

Les prestations de pédagogie spécialisée sont gratuites, à l'exception d'une participation financière des parents pour les repas et la prise en charge dans les structures de jour ou à caractère résidentiel.

Les charges de l'enseignement spécialisé représentent environ 200 millions de CHF par année, principalement en charges de personnel (130 millions de CHF) et en charges de transfert (70 millions de CHF). Les charges de transfert correspondent aux subsides versés pour les mesures de pédagogie spécialisée (24.5 millions de CHF) et aux subventions versées aux institutions suivantes :

- Fondation Clair Bois – secteur mineurs pour 16,9 millions de CHF ;
- Fondation Ensemble – secteur mineurs pour 8,1 millions de CHF ;
- Astural – enseignement spécialisé pour 5,8 millions de CHF ;
- Fondation SGIPA – secteur mineurs pour 5,4 millions de CHF ;
- L'ARC une autre école pour 3 millions de CHF ;
- La Voie lactée pour 2 millions de CHF ;
- École protestante d'altitude pour 0.8 million de CHF.

Des contrats de prestations sont conclus avec chacune des institutions subventionnées. Chaque institution subventionnée peut gérer plusieurs sites, établissements et structures.

L'enseignement spécialisé propose plus d'une centaine de structures de prise en charge, dont :

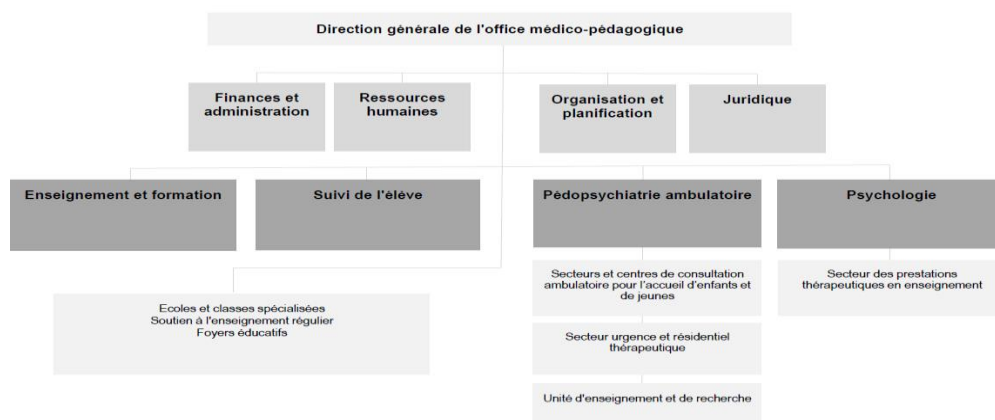
- 99 structures publiques (29 classes intégrées aux écoles primaires dont 2 classes intégrées mixtes, 50 écoles de pédagogie spécialisée, 15 classes intégrées aux cycles d'orientation dont 1 classe intégrée mixte, 1 classe intégrée au service des classes d'accueil de l'ESII, 1 école d'orientation et de formation pratique, 3 écoles de formation préprofessionnelle) ;
- 14 structures subventionnées (dont 13 écoles de pédagogie spécialisée et 1 classe intégrée à l'école primaire).

L'OMP offre également des mesures de soutien (Soutien pédagogique en enseignement spécialisé, centre de compétences en surdité et centre de compétences pour déficits visuels), ainsi que des places d'accueil dans 2 foyers de pédagogie spécialisée.

Le secteur thérapeutique de l'OMP propose 11 consultations, 1 unité d'urgence, 1 foyer thérapeutique, 1 centre thérapeutique de jour (CTJ) et 1 centre thérapeutique du langage (CTL).

Figure 4 : L'organigramme de l'OMP³⁹

OMP



³⁹ Organigramme communiqué par le DIP en cours de mission, présenté à titre illustratif ; il date de mars 2022.

3.4 Enquête menée par la Cour

3.4.1 Objectifs, population-cible et calendrier

Vu le nombre élevé de collaborateurs (plus de 2000 collaborateurs travaillent dans les trois entités sous revue), la Cour a décidé d'utiliser une enquête anonyme pour toucher l'ensemble des collaborateurs du SG, de l'OEJ et de l'OMP. L'objectif était de récolter leur avis sur plusieurs thématiques en relation avec les questions d'audit. Les thèmes suivants ont été questionnés :

- Les directives et les procédures sont-elles suffisamment connues ? Sont-elles accessibles et claires pour les répondants ?
- Des mesures sont-elles mises en œuvre pour traiter les alertes qui sont communiquées ?
- Les collaborateurs sont-ils tenus informés des suites de leur alerte ?
- Quels facteurs viendraient péjorer l'efficacité du processus de gestion des alertes ?
- La collaboration et la coordination sont-elles un frein au traitement des alertes ?
- Existe-t-il des freins à la communication institutionnelle ?

Les réponses obtenues ont permis à la Cour d'orienter ses travaux et de vérifier celles-ci lors des entretiens et analyses documentaires.

Cette enquête avait comme population-cible les collaborateurs fixes (base de données 1) et le pool de remplaçants⁴⁰ qui viennent travailler de manière ponctuelle (base de données 2). Aucun échantillonnage n'a été appliqué, la Cour ayant voulu donner une opportunité de s'exprimer à l'ensemble des collaborateurs du SG, de l'OEJ et de l'OMP. L'enquête a été soumise, via une plateforme de sondage en ligne⁴¹, entre le 16 juin et le 17 juillet 2022. Le taux de réponse à l'enquête est présenté dans les tableaux qui suivent :

Tableau 2 : Description de la participation à l'enquête

	Base de données 1 (B1)	Base de données 2 (B2)
Personnes sélectionnées :	2120	516
Réponses exploitables pour l'analyse :	832 (39,2 %)	72 (14,0 %)

Le taux de réponses exploitable pour le personnel fixe est de 39.2 % et il est similaire entre l'OMP et l'OEJ. Le taux de réponse au questionnaire adressé au pool des remplaçants de l'OMP est de 14 %, ce qui peut s'expliquer notamment par le fait que certains remplaçants ne collaborent plus avec l'OMP.

Tableau 3 : Répartition des réponses selon l'entité d'origine

Direction de rattachement	Base de données 1 réponses exploitables		Répartition de la population totale ⁴²	Base de données 2
	Nombre	Répartition		
OEJ	218	29,9 %	29,5 %	0
OMP	450	61,7 %	66,1 %	72
SG	61	8,4 %	4,4 %	0
Non renseigné	103		0	0
Total	832		100 %	72

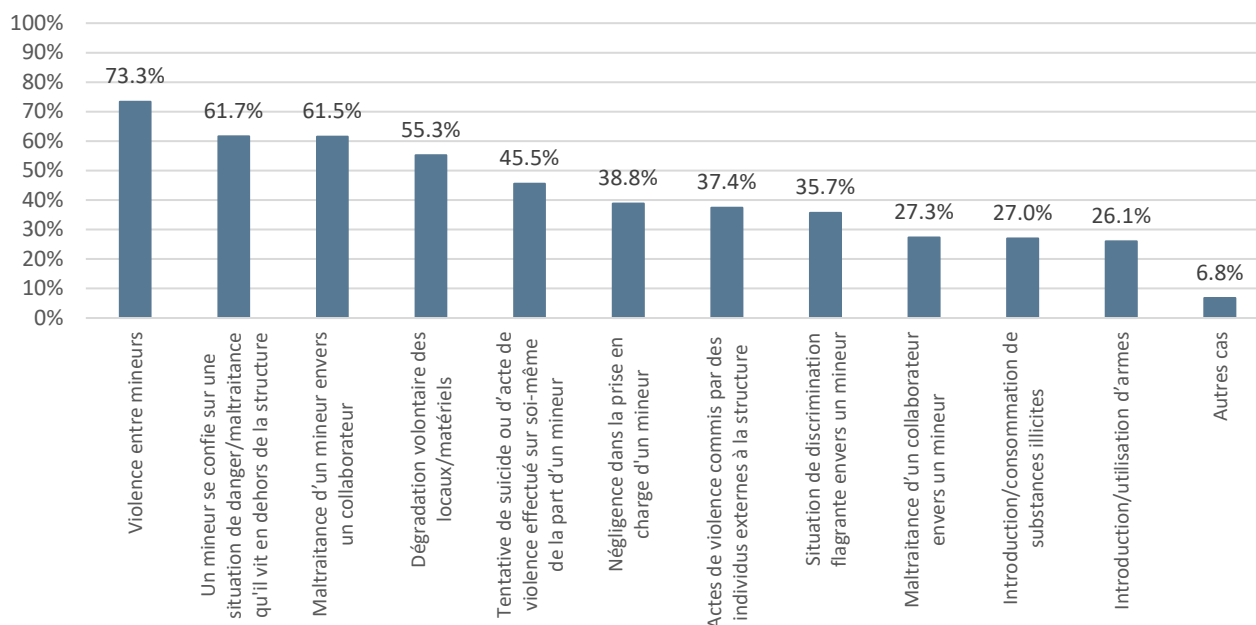
⁴⁰ Selon liste des collaborateurs remplaçants transmise par le DIP.

⁴¹ Un courrier a été transmis aux collaborateurs sans accès à une adresse électronique professionnelle.

⁴² Tel que transmis par le DIP.

L'enquête a également permis de récolter des informations plus générales, comme par exemple la nature des incidents identifiés et la proportion des répondants qui ont été confrontés à un incident :

Graphique 1 : Proportion des répondants confrontés au moins une fois à un incident



L'analyse des résultats était certains constats présentés dans les parties 4.2 et 4.3 du rapport.

3.5 Rapports d'audit récents

Après les graves événements qui se sont déroulés au foyer de Mancy, deux audits ont été réalisés par des experts externes sur lesquels nous revenons brièvement, dans la mesure où certains constats font écho à ceux qui sont mentionnés dans le présent rapport.

« Rapport de la photo organisationnelle, fonctionnelle et humaine », août 2021

L'audit, réalisé au printemps 2021, a été confié par les ressources humaines de l'OMP à la société ACTAES avec pour objectif de « Donner un signal de reconnaissance fort à l'ensemble des parties prenantes de la situation et qu'une démarche se profile. L'office souhaite surtout donner toutes les chances à ce foyer (Mancy) de retrouver l'envie de formuler un projet commun porté par l'ensemble du personnel. »⁴³

Le constat général est que l'OMP n'est pas la bonne structure pour gérer des foyers par manque de culture de ce type d'entité. Plus précisément, les constats majeurs sont :

- Une intégration inadéquate du foyer de Mancy dans l'OMP parce que ce dernier ne comprend pas la réalité que vivent les enfants et le personnel ;
- Un projet institutionnel mal défini qui débouche entre autres sur un antagonisme persistant entre le « tout médical et le tout éducatif » ;

⁴³ Rapport d'ACTAES : « Rapport de la photo organisationnelle, fonctionnelle et humaine », août 2021, p.5.

- Une communication au sein du foyer qui n'est pas structurée et qui relève en majeure partie de l'oral ;
- Une relation de méfiance entre la direction de l'OMP et le personnel du foyer ;
- Une relation rompue entre la directrice et le personnel du foyer ;
- Une attribution des tâches entre les différents personnels qui n'est pas clairement définie ;
- Une gestion des ressources humaines défaillante tant administrative qu'opérationnelle ;
- Des locaux inadaptés et du matériel insuffisant à une prise en charge optimale des enfants.

Le rapport émet neuf recommandations dont la rédaction d'un projet institutionnel, l'instauration d'une communication et l'amélioration des infrastructures et du matériel au sein du foyer.

« Analyse externe sur les dysfonctionnements et la maltraitance au foyer de Mancy », février 2022

L'audit, réalisé entre décembre 2021 et février 2022, a été confié par le DIP à deux experts avec les objectifs suivants :

- « Conduire une recherche documentée destinée à réunir l'ensemble des éléments de fait portant sur les dysfonctionnements et la maltraitance commise au sein du foyer de Mancy ;
- Qualifier les outils de travail des professionnels ;
- Établir les dysfonctionnements éventuels en matière de gestion des faits signalés.
- Analyser la qualité de la prise en charge ;
- Analyser la qualité de la transmission hiérarchique d'informations relatives aux éventuels dysfonctionnements. »

De manière générale, les experts indiquent que : « Force est de constater qu'outre les difficultés importantes liées au bâtiment auxquelles les équipes ont été et sont confrontées, la prise en charge des jeunes est déficiente et la communication mal structurée, approximative et insuffisante à tous les niveaux »⁴⁴.

Outre ces constats qui ont déjà été relevés dans l'audit de ACTAES, d'autres lacunes sont mises en évidence :

- Insécurité tant du personnel que du point de vue des infrastructures et du matériel ;
- Maltraitance, décrite sous les angles de la problématique de la définition différente suivant les parties prenantes, de la communication des allégations et des faits à la direction du foyer, à la direction de l'OMP et à la direction du DIP.

Le rapport émet des recommandations qui sont regroupées dans cinq thématiques (Structure et organisation du bâtiment, prise en charge des jeunes, parents et partenaires, communication, ressources) et sont concordantes avec celles de ACTAES. Les experts proposent comme vision du foyer « de le considérer comme un foyer médicoéducatif plutôt qu'un foyer médicopédagogique. En effet, le développement pédagogique des jeunes accueillis est du ressort de l'école où ils se rendent chaque jour. Le foyer est leur lieu de vie. »⁴⁵

« Note de bilan OMP », mai 2022

Cette note a été rédigée par les deux directrices ad intérim de l'OMP à la demande de la conseillère d'État. Elle présente les éléments de bilan sur le fonctionnement de l'office avec des constats et des propositions de plan d'action à court, moyen et long terme. Elle met en évidence des insuffisances manifestes au sein de quatre domaines principaux : métier, gouvernance, ressources humaines, infrastructures, qui recourent en partie les constats déjà faits dans les précédents audits et analyses.

⁴⁴ Rapport d'analyse externe du foyer de Mancy, février 2022., p.9.

⁴⁵ Ibid, p.29.

4. ANALYSE

4.1. La mise en œuvre de la gestion des risques au DIP

4.1.1. Contexte

L'activité de la gestion des risques doit être mise en œuvre à travers une approche systématique et planifiée, constituée par un ensemble de règles et d'outils afin de permettre à l'État de Genève, et plus particulièrement au DIP, de disposer d'un outil de pilotage vis-à-vis des risques identifiés.

La mise en œuvre de la gestion des risques à l'État de Genève est régie par la Directive transversale de gestion des risques dont certains aspects méthodologiques sont détaillés dans le Manuel méthodologique de gestion des risques⁴⁶.

Au DIP, l'exercice de l'évaluation et de la mise à jour annuelle des risques commence en septembre et se termine en fin d'année. Dans un premier temps, les risques sont analysés par les services, puis ils sont présentés pour validation en CODIR pour chacun des offices ou directions générales. Pendant les séances de CODIR, les directions générales et la DGRQ questionnent l'adéquation du renseignement des causes et des conséquences des risques identifiés, challengent les contrôles prévus et vérifient la conformité de la stratégie de traitement choisie par rapport à l'appétence au risque définie. Des discussions sont ensuite menées sur les axes d'amélioration et les principaux défis à venir. Les risques significatifs et majeurs sont discutés lors d'une séance préalable avec la SG, puis validés par la Conseillère d'État et la Secrétaire générale lors d'une séance en décembre.

Un des éléments centraux pour évaluer le risque est le choix du scénario retenu. Sur ce point, la méthodologie préconise de se baser sur un seul scénario. Lorsque plusieurs scénarii sont envisageables, il convient de se rattacher à un scénario suffisamment réaliste et le plus conservateur en même temps. Ce dernier est appelé « credible worst case » ou « worst case scenario » et représente le scénario le plus grave parmi ceux considérés réalistes.

Les directions générales effectuent le suivi de leurs plans d'action sur les risques majeurs et significatifs, via un suivi mensuel au niveau du CODIR de pilotage.

4.1.2. Constats

Appréciation générale de l'application de la méthodologie de gestion des risques

Depuis l'implémentation du SCI, le DIP dispose d'un dispositif de gestion des risques. Cependant, ce dispositif n'est pas toujours utilisé pour recenser des risques qu'il convient d'anticiper, mais plutôt pour relayer des situations problématiques. Cela peut brouiller le message et la dimension prospective du dispositif s'en trouve réduite. En outre, il a été constaté que la gestion des risques partagés manque de coordination entre les acteurs concernés, ce qui les empêche de prendre des mesures appropriées et de maîtriser efficacement le risque.

⁴⁶ La version remise à la Cour est la version 2.0 du 18 décembre 2015.

Constat 1 : Le dispositif de gestion des risques au sein du DIP est conforme aux modalités prévues par les bases réglementaires

La Cour relève positivement que le processus d'identification, de mise à jour, d'analyse et d'évaluation des risques, et le processus de suivi des risques sont en place au sein du DIP. Ils sont réalisés selon les modalités prévues, notamment en termes de planification, de mise en action des intervenants et de documents à établir ou à compléter. Les plans d'action institués sur les risques significatifs et majeurs sont le fruit d'un processus d'élaboration transversal qui fait participer plusieurs expertises métier.

Constat 2 : La mise en œuvre de la méthodologie de gestion des risques doit être améliorée

La Cour a identifié plusieurs axes d'amélioration dans la mise en œuvre de la méthodologie de gestion des risques, que ce soit en matière de documentation des risques ou de qualité de l'information qui est adressée aux destinataires finaux (Responsable de la gestion des risques de l'État, Comité d'audit, Conseil d'État, Grand Conseil).

Les modalités d'évaluation du risque ne sont pas toujours conformes à la méthodologie de gestion des risques et ne sont pas toujours suffisamment détaillées

À travers l'analyse des 15 risques majeurs et significatifs, la Cour a constaté les éléments suivants :

- Le renseignement des causes et des conséquences identifiées manque de cohérence ; il est de surcroît insuffisamment détaillé ;
- L'évaluation du risque ne se fait pas systématiquement sur la base d'un scénario unique, tant au niveau de l'appréciation de la probabilité d'occurrence que des impacts. La Cour a également constaté que la probabilité de survenance d'un risque et les impacts du même risque étaient parfois évalués en fonction de scénarios distincts.

Ces éléments peuvent affecter l'évaluation d'un risque et la capacité du dispositif à représenter un outil fiable de pilotage et de communication.

La formalisation des mesures de contrôle et des plans d'action est insuffisante

À travers l'analyse des 15 risques majeurs et significatifs, la Cour a constaté que la formulation et la documentation des mesures de contrôle et des plans d'action visant à couvrir les risques sont insuffisantes. Par exemple :

- Certaines mesures de contrôles identifiées dans la matrice comme étant des mesures déjà en place pour couvrir des risques majeurs et significatifs correspondent à des plans d'action (par exemple : « Demande budgétaire de x ETP de thérapeute »). Cela peut entraîner des conséquences sur l'évaluation du niveau de gravité du risque ;
- Des plans d'action sont rédigés avec une formulation de portée très générale qui ne mentionne pas d'actions concrètes à mettre en œuvre. On retrouve des mesures formulées comme : « engager du personnel... ; réfléchir à ... ; envisager de ... » ;
- La documentation associée à la mise en œuvre des plans d'action relatifs aux risques majeurs et significatifs ne suffit pas toujours pour assurer un suivi adéquat. De plus, le suivi des plans d'action est effectué par une multitude d'acteurs à travers différents tableaux de suivi des réalisations, ce qui complexifie le processus de suivi (responsable des plans d'action, référents de contrôle interne, DGRQ, contrôleurs de gestion, CODIR, rencontres bilatérales, tableau récapitulatif des projets internes) ;
- La notion de propriétaire du risque n'est pas utilisée de manière homogène par les offices. La méthodologie préconise de définir le propriétaire comme étant la personne la mieux à même de traiter le risque. Or, pour le secrétariat général et pour l'OMP, il a été décidé qu'il n'y aurait qu'un

seul propriétaire de risque, respectivement la Secrétaire générale et la directrice de l'office. En outre, la Cour a identifié plusieurs cas où l'attribution de la propriété du risque n'est pas pertinente, car le propriétaire ne dispose pas des moyens nécessaires pour gérer efficacement le risque.

Des objectifs institutionnels du DIP insuffisamment compris par ceux qui doivent identifier les risques

La Cour a constaté que les risques identifiés par les collaborateurs en charge de la gestion des risques ne reposaient pas toujours sur des objectifs compris. En effet, au travers des entretiens menés, plusieurs propriétaires de risques ont indiqué ne pas parvenir à lier les risques aux objectifs et priorités institutionnelles définies.

Le dispositif de la gestion des risques est utilisé pour guérir plutôt que prévenir

La Directive transversale sur la gestion des risques⁴⁷ définit le risque comme « l'effet potentiellement négatif de l'incertitude sur un objectif ou une mission ». Or, la Cour relève que certains risques majeurs et significatifs ont été identifiés sur la base de dysfonctionnements ou de problématiques effectivement rencontrées (points d'entrée secondaires) au lieu de se fonder sur des objectifs (stratégiques, opérationnels, de projet) et des missions et processus liés à la délivrance des prestations (points d'entrée principaux) ; il est rappelé que la méthodologie indique que les points secondaires sont des éléments supplémentaires qui ne sauraient se substituer aux points de départ de base, mais qui viendraient les compléter (voire point 3.1.2). La dimension d'incertitude inhérente à tout risque est alors considérablement réduite. Utiliser le dispositif de gestion des risques pour corriger des situations d'ores et déjà identifiées comme problématiques plutôt que pour anticiper des situations non encore survenues va à l'encontre de son objectif d'outil de gestion préventif.

Afin d'illustrer ce point, on peut notamment citer les risques suivants du DIP :

- Manque de structure pour jeunes présentant de graves troubles psychiques (OMP) ;
- Gestion des absences - Un taux d'absence important à diminuer (OEJ) ;
- Déficit de l'encadrement managérial (OMP).

Cette faiblesse dans la définition du risque induit les difficultés suivantes :

- Elle brouille le pilotage du dispositif qui devrait s'appuyer sur une perspective à court ou moyen terme sur les risques à venir, les menaces et les opportunités ;
- L'utilisation du rapport annuel sur les risques pour communiquer sur des situations problématiques rencontrées peut biaiser la représentation de ces situations auprès des décideurs. En effet, ces situations problématiques présentes depuis plusieurs années sont maintenues avec une dimension d'incertitude qui n'est pas conforme à la réalité, avec pour possible conséquence une information transmise qui ne donne pas une image fidèle des situations difficiles avérées rencontrées par les propriétaires des risques.

Constat 3 : Un manque de collaboration entre les entités impliquées dans la gestion des risques partagés

La Cour a constaté que la mise en œuvre et le suivi des plans d'action partagés entre deux ou plusieurs entités souffrent d'un manque de coordination et de collaboration entre celles-ci.

Cette lacune est d'autant plus grave lorsque le plan d'action concerne des risques majeurs ou significatifs. On parle alors de risques transversaux parce qu'ils génèrent des conséquences dans plusieurs départements. Par exemple, le « Manque de structure pour jeunes présentant de graves

⁴⁷ Directive transversale sur la gestion des risques (10 décembre 2015).

troubles psychiques », identifié par le DIP comme un risque majeur, ne peut être traité qu'avec la collaboration du département des infrastructures (DI) en charge de mettre à disposition des bâtiments et des infrastructures. D'autres entités pourraient également être citées comme étant des partenaires clés du plan d'action à mettre en place (DSPS, HUG). Le DIP est confronté à une situation d'urgence qui nécessite des actions rapides, notamment dictées par l'appétence faible du Conseil d'État aux risques qui touchent aux mineurs.

4.1.3. Recommandations de la Cour

Recommandation n°1 (cf. constat 2): Mettre en œuvre la méthodologie de gestion des risques avec plus de rigueur

Priorité: Élevée⁴⁸

La Cour recommande à la direction générale des risques et de la qualité de s'assurer d'une application plus rigoureuse de la méthodologie des risques. Pour ce faire, la DGRQ devra renforcer l'accompagnement dont elle fait bénéficier les cadres et les collaborateurs qui travaillent sur la gestion des risques. De manière plus précise, la Cour recommande à la DGRQ de s'assurer que les risques, leurs causes et leurs conséquences soient mieux explicités dans les matrices. Il en va de même des contrôles qui sont mis en œuvre pour gérer les risques.

Par ailleurs, il s'agira d'étayer les plans d'action par une documentation plus fournie.

Enfin, il s'agira pour la DGRQ de se prononcer sur la meilleure démarche pour faire le suivi des mesures visant à couvrir les risques, soit :

- Désigner pour chaque risque un propriétaire, en s'assurant qu'il s'agit du collaborateur le mieux à même de le faire en termes de compétences et de moyens à disposition ;
- Accepter que l'autorité décisionnelle soit le propriétaire de risques, en s'assurant que dans ce cas de figure, l'information a été transmise au niveau hiérarchique supérieur pour garantir un contrôle multiple sur chaque risque.

Pistes de mise en œuvre :

- Engager une démarche de sensibilisation à la méthodologie de gestion des risques (utilisation du credible worst case scenario, application de la grille d'évaluation de la gravité du risque, notion de propriété du risque) dans l'objectif d'uniformiser les pratiques
- Reconsidérer la description des risques, de leurs causes et de leurs conséquences et celle des contrôles prévus
- En matière de documentation des plans d'action, s'inspirer du niveau d'exigence généralement utilisé dans le cadre d'une gestion de projet.

Livrables :

- Matrice des risques du DIP
- Rapport annuel des risques du DIP.

Avantages attendus :

- Utiliser le résultat de la gestion des risques comme un outil de pilotage et de gestion préventive des événements indésirables
- Rendre homogènes les pratiques d'identification et d'évaluation des risques
- Réduire le taux de reconduction des plans d'action

⁴⁸ La priorité de cette recommandation est élevée, car cette dernière agit fortement sur l'amélioration de la performance du dispositif de gestion des risques.

- Permettre un meilleur suivi des plans d'action
- Clarifier les responsabilités par rapport à la gestion des risques.

Recommandation n°2 (cf. constat 2): S'assurer de l'appropriation, par les collaborateurs de l'OMP et de l'OEJ, des objectifs à partir desquels des risques peuvent être identifiés

Priorité : Élevée⁴⁹

La Cour recommande à la Secrétaire générale et aux directions d'office de s'assurer que les objectifs des projets institutionnels soient définis et bien compris de sorte que les cadres et collaborateurs de l'OMP et de l'OEJ puissent identifier des risques en lien avec ces objectifs. Pour ce faire, les enjeux de législation, les missions des entités et les prestations délivrées peuvent servir de point de départ.

Pistes de mise en œuvre :

- Définir des objectifs en s'inspirant des enjeux de législation, des missions des entités et des prestations délivrées
- Renforcer la communication des objectifs définis auprès des cadres et collaborateurs.

Livrables :

- Matrice des risques du DIP
- Rapport annuel des risques du DIP.

Avantages attendus :

- Lier les risques aux enjeux, missions et prestations
- Faciliter la démarche de revue et de mise à jour des risques.

Recommandation n°3 (cf. constat 3): Renforcer la collaboration interdépartementale et au sein du département sur la gestion des risques partagés

Priorité : Très élevée⁵⁰

Consciente des difficultés liées à cette problématique (légales, financières, organisationnelles notamment), mais aussi de la hausse constante du nombre de mineurs qui seront à prendre en charge par le DIP et ses directions dans l'enseignement spécialisé, la Cour recommande à la conseillère d'État de définir un plan d'action en étroite collaboration avec le responsable de la gestion globale des risques de l'État. Il conviendrait également que les situations qui requièrent une action urgente soient gérées par le comité d'audit afin qu'il soumette une proposition au Conseil d'État. Enfin, ce dernier devrait prendre position sur la proposition de résolution du comité d'audit, en accord avec le niveau d'appétence qu'il reconnaît.

L'objectif ultime est de mettre sur pied un dispositif permettant de répondre à des risques ou des situations d'urgence impliquant deux ou plusieurs départements afin d'éviter de reporter des risques majeurs pendant plusieurs années. Il faut rappeler ici que le Conseil d'État s'est prononcé pour une appétence faible envers les risques qui ont trait aux mineurs.

La recommandation s'applique également aux risques partagés par des entités au sein du DIP.

⁴⁹ La priorité de cette recommandation est élevée, car cette dernière agit fortement sur l'amélioration de la performance des processus.

⁵⁰ La priorité de cette recommandation est très élevée, car la mise en œuvre de cette dernière favoriserait le traitement de situations problématiques qui perdurent depuis plusieurs années.

Pistes de mise en œuvre :

- Solliciter le responsable de la gestion globale des risques de l'État pour qu'il interpelle le comité d'audit
- Mettre en place un dispositif qui permette d'apporter des solutions à des problématiques systémiques

Livrables :

- Disposer d'un dispositif de gestion des risques partagés

Avantages attendus :

- Traiter les risques transversaux dans un délai raisonnable et éviter qu'ils se transforment en situation urgente ou en crise
- Prévenir l'éclatement de crises majeures qui causent des dégâts d'image très importants.

4.1.4. Observations de l'audité

Recommandation 1 : acceptée refusée

Position du DIP :

Le DIP prend note des constats, recommandations et pistes de mise en œuvre présentés par la Cour. Cependant, bien qu'un exercice, aussi complexe soit-il notamment considérant la taille de ce département, soit toujours perfectible, le DIP considère que la méthodologie État est appliquée et mise en œuvre, que les risques sont définis, évalués et suivis.

S'agissant des risques significatifs et majeurs, ils font l'objet d'un suivi formel trimestriel auprès de la secrétaire générale et de la conseillère d'État. Les actions en cours sont présentées, tout comme les difficultés. Ces risques particuliers font donc l'objet d'un descriptif et d'un suivi identique à celui des réalisations départementales. Le DIP ne peut exiger plus de formalisme-documentation, ni auprès de la DGRQ, ni auprès des directions générales et services déjà forts sensibles aux « lourdeurs administratives » générées par le traçage nécessaire des actions menées. Le département s'engage cependant à s'assurer de la bonne compréhension de la méthodologie et de la meilleure formulation possible des risques, causes et conséquences de la réalisation du risque.

Contre observation de la Cour à la recommandation 1 refusée par l'audité

La Cour maintient sa recommandation et regrette que le DIP n'ait pas perçu le principal enjeu de celle-ci, se focalisant sur des aspects secondaires de formalisation et de documentation. L'objectif de la Cour est que le DIP bénéficie d'un dispositif de gestion des risques qui soit un véritable outil de pilotage et de communication, ce qui n'est pas le cas actuellement. La Cour prend toutefois acte que le DIP ne ferme pas la porte à la recommandation puisqu'il s'engage à mettre en place des mesures qui vont dans le sens de la recommandation de la Cour.

Recommandation 2: acceptée refusée

Position du DIP:

Le DIP prend acte du constat de la Cour, mais indique que si d'une part, au sein de l'OMP, il est effectivement à relever une difficulté à poser les objectifs institutionnels, d'autre part à l'OEJ ceux-ci sont extrêmement clairs, mais en cours de ré-évaluation notamment dans la continuité du projet HARPEJ visant une projection de la politique publique et des prestations vers de nouveaux objectifs et priorités. Ceci a pu donc générer de la confusion lors des entretiens avec la Cour.

Le département s'assurera par ailleurs d'une communication renforcée des objectifs des programmes sous sa responsabilité auprès de toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs.

Recommandation 3: acceptée refusée

Position du DIP:

Le DIP prend note des constats de la Cour et les soutient. Le DIP sollicitera le gestionnaire de risque État afin de définir un plan, en considérant également le rôle éventuel du comité d'audit dans le cadre de responsabilités interdépartementales partagées.

4.2. La gestion des alertes au DIP

4.2.1. Contexte

La Cour a procédé à un travail de recherche afin d'identifier les meilleures pratiques dans le domaine de la gestion des alertes. La Cour a également analysé les dispositifs en place au sein de certaines entités du canton qui s'occupent de personnes vulnérables (HUG, EMS). Il ressort des travaux menés que le système de déclaration et d'apprentissage (CIRS) est un dispositif qui répond aux meilleures pratiques. Un tel système a le mérite de favoriser l'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées tout en permettant une gestion des incidents. D'ailleurs, il s'agit du système de référence qu'utilise le service d'audit et de contrôle interne des HUG pour évaluer le dispositif de gestion des alertes au sein du milieu hospitalier.

Selon l'Association allemande pour la sécurité des patients, l'Association autrichienne pour la sécurité des patients et la fondation Sécurité des patients Suisses, un CIRS robuste comprend les éléments constitutifs suivants :

- Déclaration volontaire : la participation au CIRS est encouragée, mais les collaborateurs ne sont soumis à aucune obligation ;
- Anonymat (auteurs et déclarations) : l'identité de l'auteur de la déclaration n'est pas connue et ne peut pas être retrouvée. De plus, aucune donnée personnelle n'est demandée ni enregistrée dans le cadre d'une déclaration. Si nécessaire, on procède à une anonymisation complète avant de traiter, transmettre ou de publier le signalement ;
- Déclaration confidentielle : tout système CIRS doit permettre la déclaration anonyme. Lorsque la culture professionnelle est telle qu'il est possible de parler ouvertement des erreurs, les déclarations peuvent se faire selon le principe de la confidentialité et de la culture du « juste ». En pareil cas, la communication de l'identité du déclarant à des tiers est interdite. Elle peut toutefois être connue de l'équipe du système de déclaration (du moins au départ) ;
- Absence de sanctions : les collaborateurs ne doivent pas être pénalisés en raison des événements qu'ils ont signalés. Ils ne sauraient être tenus responsables d'erreurs systémiques. Il convient de distinguer l'erreur de la faute volontaire ou de la fraude ;
- Indépendance : le système de déclaration est indépendant de toute autorité qui pourrait sanctionner les auteurs des déclarations ;
- Organisation et processus clairs : les collaborateurs sont informés des tâches, des responsabilités, des droits et des structures en lien avec le CIRS et la gestion des risques. Ces éléments sont standardisés et uniformisés à l'échelle de l'entité ;
- Définition claire des événements à déclarer : l'institution détermine précisément les événements qui devraient être signalés via le CIRS et en informe l'ensemble des collaborateurs. La définition des événements à signaler doit être facilement applicable aux réalités du terrain et donner un cadre clair aux collaborateurs ;
- Déclaration simple : le système est facilement accessible et permet une déclaration rapide par tous les collaborateurs ;
- Traitement immédiat : les déclarations enregistrées sont traitées sans délai. Les informations suggérant des risques aigus pour la sécurité des bénéficiaires doivent être examinées immédiatement ;
- Analyse par des experts : les déclarations sont analysées par des collaborateurs qualifiés pour cette tâche. Ils tiennent compte des facteurs humains et des facteurs systémiques et connaissent les structures de l'institution ;
- Orientation système : l'analyse et les recommandations sont axées sur les changements au niveau des systèmes, des processus et de leurs interactions ainsi que des prestations.

- **Feed-back général** : les informations sur les déclarations et les mesures prises sont communiquées à tous les collaborateurs. Les exploitations systémiques des données sont régulièrement transmises aux décideurs.

C'est à l'aune de ces éléments que la Cour a analysé le fonctionnement du dispositif de gestion des alertes du DIP.

4.2.2. Constats

Appréciation générale sur le dispositif de gestion des alertes.

La Cour constate l'existence d'un dispositif de gestion des alertes au sein du DIP pour rapporter les faits graves relatifs à la maltraitance. La réalité du terrain complique toutefois sa mise en œuvre. Par ailleurs, la Cour n'a pas constaté l'existence d'un système centralisé de déclaration et de suivi des alertes conforme aux meilleures pratiques. Enfin, le DIP ne dispose pas d'un outil de pilotage des alertes.

Constat 4 : La Cour a constaté l'existence d'un dispositif de gestion des alertes sur les cas de maltraitance

Le DIP s'est doté d'un dispositif de gestion des alertes sur les incidents de maltraitance. En application de la procédure de gestion des cas de maltraitance en vigueur⁵¹, tout collaborateur qui est informé ou témoin d'un incident doit en référer à sa hiérarchie directe (direction d'établissement, direction générale de l'office). Si l'évènement est jugé significatif, cette dernière peut transmettre l'information à la SG, avec un résumé de la situation et une présentation des éventuels questionnements en suspens. Si un risque médiatique et/ou réputationnel est identifié, le cas est soumis à la conseillère d'État. Les alertes et mesures de traitement sont suivies via des tableaux établis au niveau des DG de chaque office, voire de chaque service⁵². Une série de procédures et de directives ainsi qu'un protocole de gestion de crise⁵³ ont été formalisés au sein des différents offices.

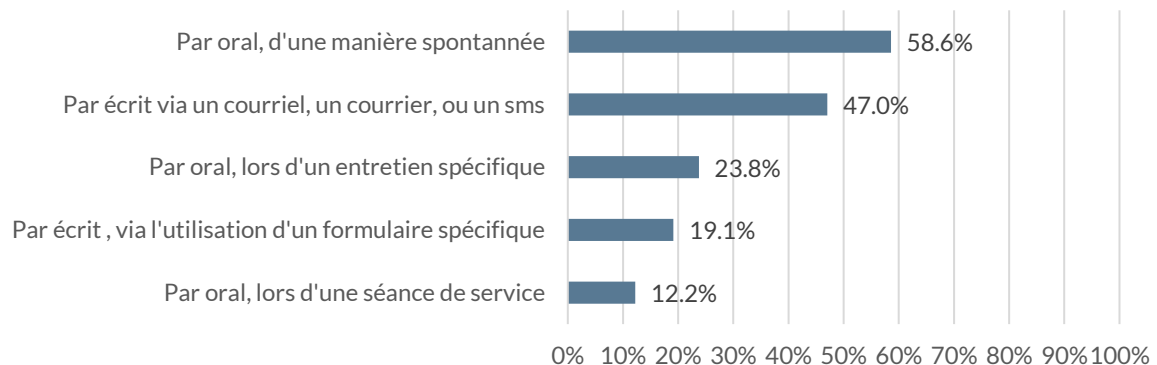
Les résultats de l'enquête montrent que 86 % des répondants du SG, de l'OEJ et de l'OMP ayant assisté à un incident ont alerté quelqu'un. Ce taux est de 80 % parmi les remplaçants. Par ailleurs, la Cour a constaté qu'il existe plusieurs canaux de communication (téléphone, formulaire de signalement de la maltraitance, courriel, de manière spontanée) qui permettent de rapporter un incident. L'analyse des résultats de l'enquête de la Cour montre que le principal vecteur de lancement d'une alerte est la forme orale spontanée (58,2 % des répondants).

⁵¹ Procédure de prise en charge dans le cadre scolaire ou de formation professionnelle d'une situation de maltraitance vis-à-vis d'un enfant ou d'un jeune (P.DIP.01), 20 septembre 2018.

⁵² Comme par exemple : tableaux de suivi des situations sensibles (OMP), tableau de signalement des cas de maltraitance (OMP), liste de suivi des faits graves (SASLP, OEJ), liste des faits graves (SASAJ, OEJ), tableau de suivi des alertes médias (SPMI, OEJ), tableau de suivi des alertes Aigle (OEJ), tableau de suivi des alertes (SG).

⁵³ Protocole de gestion de crise au sein du DIP, janvier 2022.

Graphique 2 : Les différents moyens d'alerter (B1+B2)



L'alerte peut être déclenchée à n'importe quel niveau hiérarchique, mais la circulation de l'information reste tributaire du jugement professionnel des différents niveaux de la ligne de remontée de l'information.

Les alertes sont majoritairement prises en considération puisque 84,6 % des répondants ayant eu un retour rapportent que des mesures ont été mises en place. Les mesures diffèrent cependant entre les offices, l'OMP privilégiant les entretiens et des réflexions d'équipe. Il existe une différence statistiquement significative entre les deux offices : 90,4 % des répondants ayant eu un retour sur leur alerte disent que des mesures ont été prises à l'OEJ contre 81,6 % à l'OMP.

Constat 5 : Le dispositif de gestion des alertes doit être renforcé

Sur la base des 12 recommandations communes présentées au chapitre 4.2.1, la Cour constate des faiblesses dans le dispositif de gestion des alertes du DIP :

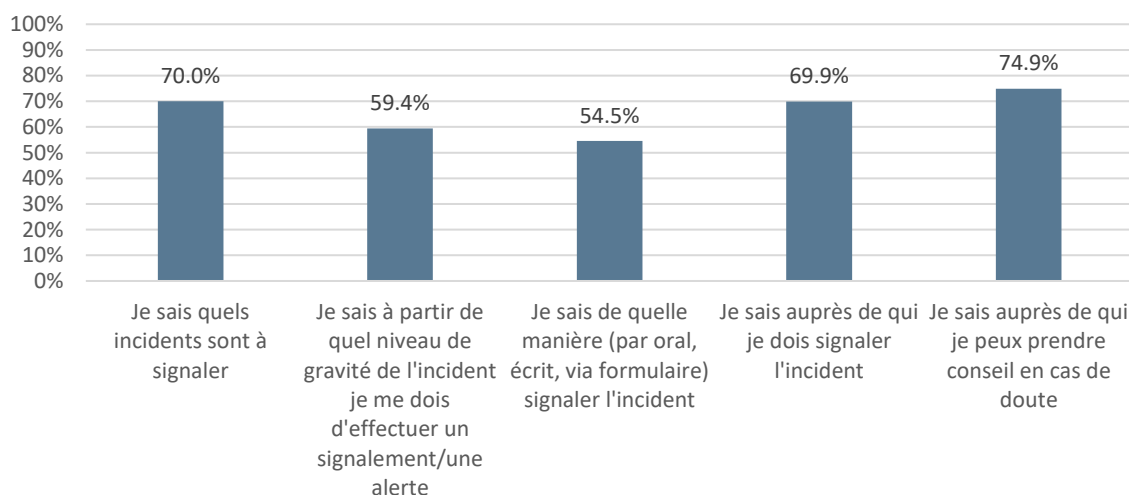
- **Organisation et processus clairs** : au cours des entretiens menés, il est ressorti que l'organisation du dispositif et la délimitation des rôles et des responsabilités ne sont pas claires pour l'ensemble des collaborateurs. Les résultats de l'enquête montrent également que près de 59 % des répondants ont cité une répartition des rôles et des responsabilités peu claires comme étant un des principaux freins au traitement des alertes ;
Le système de déclaration des signalements n'est pas harmonisé à l'échelle du DIP parce qu'il n'existe pas de processus formalisé transversal qui précise les modalités de signalement pour l'ensemble des types d'alertes ;
- **Indépendance** : la décision de rapporter un signalement dépend de la chaîne hiérarchique du département. Cette situation ne permet pas de garantir que les signalements sont traités de manière indépendante, ni de s'assurer de leur traçabilité. Par ailleurs, les entretiens menés par la Cour ont permis de constater qu'une certaine culture de l'oralité est ancrée au sein du département, ce qui ne favorise pas un suivi adéquat. Cela a plus particulièrement été observé à l'OMP. L'entrée en vigueur, le 26 mars 2022, de la loi sur la protection des lanceurs d'alerte et de son règlement d'application⁵⁴ a permis de poser un cadre qui offre la possibilité d'adresser une alerte à des entités externes (Groupe de confiance, Cour des comptes, Service d'audit interne de l'État) et garantit une protection du lanceur d'alerte. Vu le peu de recul à disposition, il est prématuré de se prononcer sur son utilisation et ses effets au sein du DIP ;
- **Déclaration confidentielle et anonymat** : l'anonymat du lanceur d'alerte n'est pas garanti sur la base des modalités de déclaration existantes au sein du dispositif de gestion des alertes du DIP.

⁵⁴ LPLA B 5 07/RPLA B 05 07.01, en vigueur depuis le 26 mars 2022

Néanmoins, depuis le 26 mars 2022, les dispositions sur les lanceurs d'alerte⁵⁵ permettent de lancer une alerte de manière anonyme via la plateforme externe sécurisée si un collaborateur est témoin d'une irrégularité ;

- **Définition claire des évènements à déclarer :** les résultats de l'enquête démontrent que près de 45 % des répondants estiment que la complexité des procédures constitue un facteur qui freine la possibilité de lancer une alerte. 30 % des répondants ont indiqué ne pas savoir précisément quels incidents sont à signaler. Enfin, 45,5 % des répondants ont indiqué ne pas savoir précisément de quelle manière ils peuvent communiquer une alerte ;

Graphique 3 : Proportion de répondants étant d'accord ou plutôt d'accord avec les propositions suivantes (B1+B2)



En outre, le dispositif ne donne pas un cadre suffisant pour évaluer de manière précise la gravité d'un incident. Cette lacune est surtout flagrante à l'OMP, ainsi que cela ressort de l'enquête et des entretiens menés au sein des ECPS. Alors que la fiabilité du dispositif s'appuie principalement sur le jugement professionnel des collaborateurs, l'enquête montre que 40 % des répondants ont indiqué ne pas savoir de manière claire à partir de quel niveau de gravité l'incident doit faire l'objet d'un signalement ;

- **Feed-back général :** les résultats de l'enquête montrent que 76,3 % des répondants ayant soumis une alerte indiquent qu'ils ont été informés des suites données. Toutefois, les remplaçants sont moins informés des suites de leur alerte que les titulaires : seuls 62 % d'entre eux ont déclaré avoir eu un retour. Ce retour est plus important lorsque le supérieur hiérarchique direct ou un professionnel de santé a été interpellé. Au contraire, il est légèrement moins important lorsque la direction de l'office a été saisie.

Ces lacunes dans le dispositif conduisent à ce qu'un incident ne soit pas signalé et/ou que l'information soit perdue en cours de traitement. Plus généralement, le processus d'apprentissage et d'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées ne peut être appliqué adéquatement par manque de données.

⁵⁵ Ibid.

Constat 6 : Un pilotage des alertes au sein du DIP insuffisant

La Cour a relevé qu'il n'y a pas de base statistique ni d'indicateurs de suivi qui permettent au DIP de piloter les alertes. Actuellement, il existe plusieurs tableaux de suivi des incidents et des alertes qui sont répartis au sein des services, offices et directions générales. Par ailleurs, lors des entretiens, il a été indiqué à la Cour que la documentation qui accompagne les formulaires de signalement des cas de maltraitance n'est pas toujours suffisante pour assurer un suivi clair du déroulement des faits.

Il en résulte que le dispositif actuel ne permet pas :

- D'avoir une vision consolidée des alertes et incidents graves et/ou importants au sein du DIP ;
- De disposer de données relatives à la typologie des alertes, à la nature des incidents, aux mesures qui ont été mises en œuvre ni au lieu d'origine des signalements à l'échelle du DIP ;
- De disposer dans un délai raisonnable de la traçabilité des alertes, parce que cette information nécessite un important travail de recherche et de consolidation documentaire en provenance de plusieurs sources de données (courriels, multitude de tableaux de suivi Excel, formulaires de signalement des cas de maltraitance, PV de séances, contenu de conversations téléphoniques) ;
- De garantir un suivi adéquat et exhaustif des alertes.

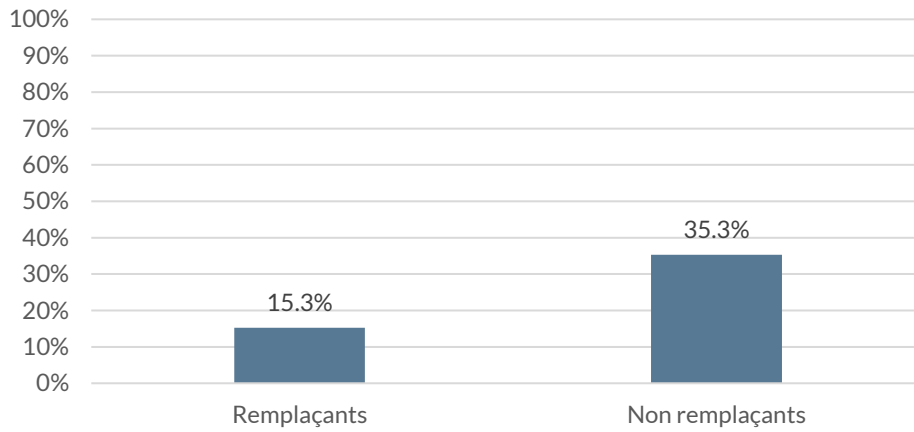
Le DIP a implémenté, dès mi-novembre 2022, une application informatique « INSCOL » au sein des directions d'établissement de l'enseignement régulier et spécialisé. Elle va permettre d'assurer le suivi et le traitement des incidents graves qui surviennent en milieu scolaire, et elle s'accompagne également de la définition d'une grille d'analyse plus précise pour qualifier la gravité d'un incident. Si INSCOL permet de disposer d'informations sur les décisions prises et sur le cheminement d'un incident, elle ne permet toutefois pas, en l'état, de couvrir l'intégralité des alertes, parce qu'elle n'est pas mise à disposition de l'ensemble des collaborateurs de terrain, notamment ceux de la filière thérapeutique. Le secrétariat général du département a indiqué mener actuellement une réflexion générale sur la gestion des droits d'accès au logiciel.

Constat 7 : La connaissance et la maîtrise des procédures et directives par les collaborateurs sont insuffisantes

Il ressort de l'enquête et des entretiens menés par la Cour que le niveau de connaissance du cadre normatif du dispositif de gestion des alertes est insuffisant. En effet, seuls 55,7 % des répondants indiquent que la procédure transversale de prise en charge d'une situation de maltraitance est connue et claire. Plus généralement, l'enquête montre que les procédures manquent de clarté pour le personnel qui les connaît. La majorité des procédures et directives sont jugées plus claires par les responsables hiérarchiques.

Un autre problème est ressorti de l'enquête, à savoir la difficulté à accéder aux directives et procédures, puisque seuls 35,3 % des répondants les trouvent aisément accessibles. Les responsables hiérarchiques sont 44,4% à les trouver accessibles contre 33,7% pour les personnes sans responsabilités hiérarchiques. De la même façon, les personnes en contact avec les enfants les trouvent moins accessibles que leurs collègues qui ne sont pas en contact auprès des enfants : 32,5% contre 46,5%. Cette différence est encore plus flagrante entre les remplaçants et les titulaires, puisque les remplaçants sont deux fois moins nombreux à trouver les procédures et directives accessibles (15,3 %). En revanche, il n'y a pas de différence significative selon l'ancienneté ni selon la direction de rattachement.

**Graphique 4 : Accessibilité des procédures/directives
(B1+B2)**



4.2.3. Recommandations de la Cour

Recommandation n°4 (cf. constat 5) : Se doter d'un dispositif de déclaration et de suivi des alertes conforme aux meilleures pratiques

Priorité : Élevée⁵⁶

La Cour recommande au DIP de se doter d'un système centralisé de déclaration et de suivi des alertes conforme aux meilleures pratiques. Dans ce sens, le système de déclaration et d'apprentissage (CIRS) pourrait constituer un modèle d'inspiration⁵⁷ qui pourrait utilement compléter et renforcer le récent dispositif plus général de protection des lanceurs d'alerte au sein de l'État de Genève (LPLA). Le but d'un CIRS est notamment de diffuser la « culture juste » en favorisant la déclaration des événements indésirables, leur analyse (se concentrant sur les facteurs systémiques), l'identification des améliorations possibles, et le partage de ces expériences et apprentissages afin de prévenir la survenance de tels incidents et améliorer la qualité des prestations délivrées. À cet effet, il est indispensable que tous les collaborateurs puissent accéder au système de déclaration.

Pistes de mise en œuvre :

- Implémenter un CIRS adapté aux besoins du DIP et conforme aux meilleures pratiques
- Accompagner et former les collaborateurs dans l'appropriation de l'outil
- Profiter du dispositif pour mettre en place un processus d'apprentissage et d'amélioration continue.

Livrables :

- Implémentation d'un CIRS pour couvrir l'ensemble du DIP.

Avantages attendus :

- Favoriser le signalement des incidents
- Limiter le caractère discrétionnaire de la remontée d'informations à la hiérarchie
- Améliorer la qualité de traitement des alertes.

Recommandation n°5 (cf. constat 6) : Se doter d'un système d'information centralisé de déclaration et de suivi des alertes

Priorité : Élevée⁵⁸

La Cour recommande à la secrétaire générale de s'assurer que le système d'information centralisé choisi pour gérer les alertes soit en mesure de fournir les informations nécessaires afin de disposer d'un outil de pilotage adéquat. En particulier, il s'agit de vérifier que la saisie des informations dans l'outil soit codifiée de manière à permettre d'extraire des rapports relatifs à la typologie des alertes, à la nature des incidents, aux mesures qui ont été mises en œuvre et aux lieux des signalements.

Pistes de mise en œuvre :

- Déterminer les informations nécessaires à extraire pour établir des tableaux de bord et des outils de pilotage : statistiques, indicateurs, valeurs cibles, etc.

Livrables :

- Implémentation d'un outil de pilotage des alertes au DIP.

⁵⁶ La priorité de cette recommandation est élevée, car l'implémentation d'un système de déclaration et de suivi des alertes conforme aux meilleures pratiques vise à assurer la qualité des prestations délivrées.

⁵⁷ Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit et Sécurité des patients suisses, 2016.

⁵⁸ Cette recommandation est de priorité élevée, car pour que le dispositif de gestion des alertes fonctionne de manière adéquate, le secrétariat général et les directions d'office doivent disposer d'informations suffisantes pour en assurer le pilotage.

Avantages attendus :

- Disposer d'un outil de pilotage centralisé du dispositif d'alertes
- Disposer de la traçabilité des signalements d'alertes et de leur suivi
- Disposer d'une série d'indicateurs de suivi des sources d'alertes, des niveaux de traitement, de l'évolution de la situation qui permettraient, entre autres, d'alimenter les informations du dispositif de la gestion des risques.

Recommandation n°6 (cf. constat 7) : Renforcer la connaissance et la bonne compréhension du cadre normatif régissant le dispositif de gestion des alertes

Priorité : **Élevée⁵⁹**

La Cour recommande au DIP d'engager un nouveau cycle de formation et de sensibilisation à destination de l'ensemble des collaborateurs sur le processus de signalement des incidents et les outils qu'ils ont à disposition. Ce travail de rappel et de sensibilisation doit également être mené auprès des collaborateurs remplaçants.

Pistes de mise en œuvre :

- Renforcer l'accès aux systèmes d'information (intranet)
- Mettre à disposition une version papier des procédures et directives existantes.

Livrables :

- Un programme de formation et un échéancier.

Avantages attendus :

- Clarification des modalités d'application des procédures et des directives
- Accès facilité aux directives et procédures
- Favoriser le signalement des incidents
- Amélioration de la qualité des prestations délivrées.

4.2.4. Observations de l'audité

Recommandation 4 : acceptée refusée

Position du DIP :

Le DIP regrette qu'il soit jugé selon un référentiel de bonnes pratiques qui n'est pas celui de l'État alors même qu'un processus et outil centralisé a été mis en place cette année.

Cependant, comme relevé, le DIP a mis en œuvre un processus ainsi qu'un outil centralisé de remontées et suivi des faits graves au sein des établissements scolaires. S'agissant des alertes plus administratives, une réflexion sera entamée dans le cadre des travaux en cours relatifs aux outils de gestion et pilotage du département.

Les procédures internes DIP, par ailleurs, explicitent les différentes conditions et moyens de remonter les alertes. Une évaluation d'une meilleure centralisation et diffusion de ces documents cadres sera également faite.

⁵⁹ Cette recommandation est de priorité élevée, car les collaborateurs doivent avoir une maîtrise satisfaisante des outils mis à leur disposition pour que le dispositif de gestion des alertes fonctionne de manière adéquate.

Recommandation 5: acceptée refusée

Position du DIP:

Le département s'est engagé il y a environ un an dans une réflexion de mise en œuvre d'un COCKPIT départemental. Les éléments cités dans la recommandation seront étudiés dans ce cadre, sachant que l'outil INSCOL permet déjà une déclaration et un suivi des alertes de manière centralisée, alors que le dispositif Etat d'alerte répond aux autres points administratifs non spécifiques aux missions du DIP. Il s'agira de ne pas doubler les dispositifs, mais d'assurer un pilotage central.

Recommandation 6: acceptée refusée

Position du DIP:

Des formations INSCOL ont été réalisées pour assurer la mise en œuvre et la bonne compréhension des remontées d'alertes et traitement de ces événements graves. Une évaluation des compléments possibles sera réalisée par le département.

4.3. La communication institutionnelle du DIP en matière de gestion des alertes

4.3.1. Contexte

Ce chapitre ne traite pas de la communication institutionnelle au sens large du terme, mais se concentre sur la communication en matière de gestion des alertes. Le cas du Foyer de Mancy est illustratif de l'importance de la communication en cas de crise.

La communication, en tant que processus de transmission de l'information, est un élément central de tout dispositif de gestion des alertes. Via l'enquête menée, la Cour a voulu savoir s'il existe des freins à cette transmission de l'information.

Par ailleurs, elle a évalué si la qualité de la coordination entre les filières pédagogique et médicale de l'OMP était adéquate pour traiter des signalements nécessitant une action conjointe.

Enfin, la Cour a calculé le taux d'encadrement pour chacune des trois entités sous revue afin d'identifier des situations de sous-dotation managériale ou de support RH qui pourraient contribuer à affecter la communication institutionnelle :

Tableau 4 : Les ETP du SG et leur évolution entre 2017 et 2022 ⁶⁰

	2017	2022	Variation
ETP Totaux	170.48	186.91	+ 9.6 %
ETP de postes d'encadrement	17.6	22.6	+ 28.4 %
Nombre d'ETP par poste d'encadrement	9.7	8.3	(-14.4 %)
ETP service RH ⁶¹	N/A	N/A	N/A
Nombre d'ETP par poste service RH	N/A	N/A	N/A

Tableau 5 : Les ETP de l'OEJ et leur évolution entre 2017 et 2022⁶²

	2017	2022	Variation
ETP Totaux	378.07	442.81	+ 17.1 %
ETP de postes d'encadrement	31	43.4	+ 40 %
Nombre d'ETP par poste d'encadrement	12.2	10.2	-16 %
ETP service RH	5.1	6.3	+ 23.5 %
Nombre d'ETP par poste service RH	74.1	70.3	- 5.5 %

⁶⁰ Sur la base des chiffres fournis par le DIP à partir de SIRH (données contractuelles des collaborateurs permanents) au 30 septembre 2022. Les données ne tiennent ainsi pas compte des remplaçants qui peuvent parfois être nombreux dans certains services.

⁶¹ La direction des ressources humaines n'est pas uniquement dédiée au secrétariat général, mais fournit un support notamment aux offices du DIP.

⁶² Sur la base des chiffres fournis par le DIP à partir de SIRH (données contractuelles des collaborateurs permanents) au 30 septembre 2022. Les données ne tiennent ainsi pas compte des remplaçants qui peuvent parfois être nombreux dans certains services.

Tableau 6 : Les ETP de l'OMP et leur évolution entre 2017 et 2022 ⁶³

	2017	2022	Variation
ETP Totaux	636.64	973.92	+53 %
ETP de postes d'encadrement	18.75	25.82	+ 37.7 %
Nombre d'ETP par poste d'encadrement	34	37.7	+ 11 %
ETP service RH	3	8.6	+ 187 %
Nombre d'ETP par poste service RH	212.2	113.2	- 47 %

4.3.2. Constats

Appréciation générale sur la communication institutionnelle et son lien avec la gestion des alertes

Plusieurs facteurs hétérogènes affectent la communication institutionnelle, ce qui a une incidence négative sur l'efficacité du dispositif de gestion des alertes. Par ailleurs, la collaboration entre les deux filières de l'OMP n'est pas adéquate en matière de gestion des alertes, ce qui peut affecter la pertinence des actions à mettre en place.

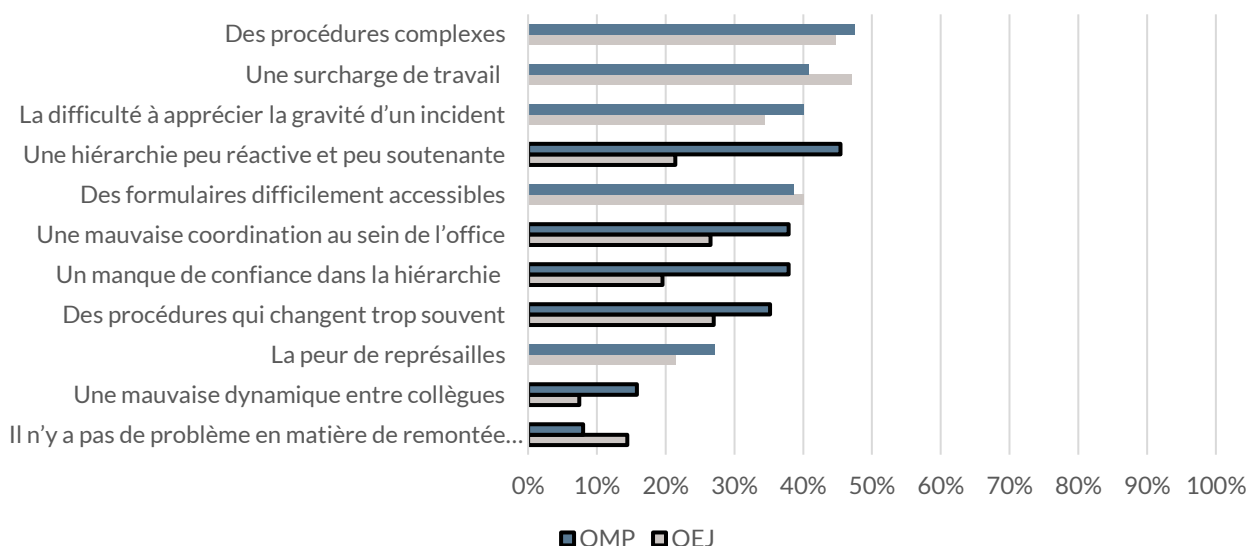
Constat 8 : De multiples freins affectent la transmission de l'information relative aux alertes

En considérant l'ensemble des répondants à l'enquête, la Cour constate qu'il existe de nombreux freins à la transmission de l'information relative aux alertes dont « Les procédures complexes » et « La surcharge de travail » dominant le classement.

Si l'analyse est faite par direction de rattachement, on observe les valeurs suivantes :

⁶³ Sur la base des chiffres fournis par le DIP à partir de SIRH (données contractuelles des collaborateurs permanents) au 30 septembre 2022. Les données ne tiennent ainsi pas compte des remplaçants qui peuvent parfois être nombreux dans certains services de l'OMP.

Graphique 5 - Freins empêchant les collaborateurs d'alerter un incident en fonction de la direction de rattachement



Il ressort du tableau que :

- Le soutien et la réactivité de la hiérarchie diffèrent grandement, puisque c'est le deuxième frein cité à l'OMP (45,4 %), alors qu'il est le septième à l'OEJ (21,4 %) ;
- La coordination, la confiance dans la hiérarchie, des procédures qui changent plus souvent, une peur plus importante des représailles et une moins bonne dynamique entre collègues sont proportionnellement plus souvent cités à l'OMP qu'à l'OEJ ;
- En revanche, la complexité des procédures, la surcharge de travail, la difficulté à apprécier la gravité d'un incident ou encore l'accessibilité au formulaire demeurent similaires au sein des deux offices ;
- Le climat de défiance entre la hiérarchie et les collaborateurs (« une hiérarchie peu réactive et peu soutenante » et « un manque de confiance dans la hiérarchie ») est deux fois plus important à l'OMP qu'à l'OEJ. Cette défiance est l'un des principaux freins à l'alerte à l'OMP.

À travers les entretiens, la Cour a pu corroborer ces résultats : des collaborateurs ont indiqué éprouver de l'appréhension quant aux réactions de la hiérarchie du DIP si un dysfonctionnement était identifié ou une erreur signalée.

Enfin, il ne faut pas négliger les situations de conflit de loyauté où il s'agit d'arbitrer entre la dénonciation d'un collègue et le signalement d'un dysfonctionnement.

Constat 9: La collaboration liée à la gestion des alertes entre les filières pédagogique et thérapeutique au sein de l'OMP est insuffisante

Bien que l'idée initiale de la création de l'OMP en 2010 fût de disposer d'un système innovant et précurseur, qui regroupe deux spécialités au bénéfice de l'enfant à besoins particuliers, la Cour n'a pas constaté l'existence d'un projet institutionnel clair durant son audit. L'absence d'un tel projet institutionnel a des répercussions sur la collaboration des deux filières pédagogique et thérapeutique, celle-ci ne se faisant pas dans le cadre d'une orientation stratégique clairement définie ou à travers des objectifs opérationnels communs.

Au travers des entretiens menés, la Cour a constaté que la collaboration entre la filière thérapeutique et la filière pédagogique de l'OMP ne permettait pas d'optimiser l'efficacité du dispositif de gestion des alertes. En effet, la perception de la gravité d'un incident est différente entre les collaborateurs des deux filières, parce qu'elle est fondée sur leur jugement professionnel qui ne repose pas sur le même référentiel métier. Par ailleurs, chaque filière dispose de son propre canal de remontée d'un incident. Il existe donc un risque que des alertes soient traitées par chaque filière sans qu'une coordination soit mise en place pour déterminer une réponse adéquate.

Proportionnellement, les résultats de l'enquête démontrent que la coordination est jugée significativement moins bonne au sein de l'OMP qu'à l'OEJ.

Par ailleurs, le taux d'encadrement managérial est comparable entre le SG et l'OEJ, mais très inférieur (d'un facteur 4) au sein de l'OMP. En outre, ce taux recule de 10 % entre 2017 et 2022 à l'OMP. Le taux d'encadrement RH est plus faible à l'OMP qu'à l'OEJ. Ces éléments sont illustrés dans les tableaux 4,5 et 6 ci-dessus⁶⁴.

Ce manque de support managérial et de fonctions de pilotage peut contribuer à détériorer la collaboration intra départementale au sein de l'OMP. D'autant plus que des lacunes de pilotage et de management de proximité ont été identifiées dans le cadre des précédents audits qui ont concerné l'OMP⁶⁵.

4.3.3. Recommandations de la Cour

Recommandation n°7 (cf. constats 8 et 9) : Mettre en place une stratégie de communication interne qui favorise la transmission de l'information relative aux alertes

Priorité :

Élevée⁶⁶

La Cour recommande d'analyser les causes des freins à la transmission des alertes au sein des entités sous revue, puis de définir une stratégie de communication interne qui favorise la transmission des incidents en toute liberté et sans crainte de mesures coercitives.

De plus, il s'agit de développer un cadre qui permette un meilleur partage de l'information entre les filières de l'OMP dans le traitement des alertes.

Pistes de mise en œuvre :

- Analyser les causes des freins à la communication institutionnelle en entendant des collaborateurs de terrain
- Mettre en place des plans d'action pour atténuer les freins à la communication institutionnelle et, si nécessaire, procéder à une adaptation du cadre existant
- S'assurer que les filières pédagogique et thérapeutique de l'OMP collaborent de manière constructive dans le traitement des alertes pour lesquelles elles sont sollicitées conjointement.

Livrables :

- Élaboration d'une stratégie avec des objectifs, des plans d'action, des rôles et des responsabilités ainsi qu'un échéancier.

⁶⁵ Cf. partie 3.4 du présent rapport.

⁶⁶ Cette recommandation est de niveau de priorité élevée, car sa mise en place est nécessaire pour faciliter la transmission des informations relatives aux alertes.

Avantages attendus :

- Faciliter la transmission des alertes
- Améliorer la transparence de l'information au sein du département
- Renforcer la communication institutionnelle
- Améliorer la qualité des prestations sur la base des informations remontées et de leur traitement
- Améliorer les prestations partagées entre les filières pédagogique et thérapeutique de l'OMP.

4.3.4. Observations de l'audit

Recommandation 7: acceptée refusée

Position du DIP :

Concernant le taux d'encadrement, et malgré les ressources complémentaires allouées ces dernières années au budget de l'OMP, le taux RH OMP reste défavorable, notamment en raison de la forte augmentation des besoins des élèves en enseignement spécialisé et donc en nombre de dispositifs à déployer.

Une réflexion sur la communication départementale est en cours et les points relevés par la Cour seront pris en compte dans les propositions et actions à développer afin d'assurer une communication interne efficace. Le DIP a travaillé en 2022 à la création de la news interne qui représente un effort important et vise notamment à développer un sentiment d'appartenance institutionnelle. Ceci est un préalable nécessaire à développer un sentiment de sécurité et une sensibilité à la transmission des informations à tous les niveaux.

S'agissant des collaborations des domaines pédagogiques et médicaux de l'OMP, une analyse externe a débuté à la demande du DIP et du DSPPS et présentera les axes d'amélioration possibles.

Par ailleurs, la direction générale ad intérim décembre 21-août 22 avait relevé, dans son bilan, à la fois les écarts d'organisation (et de ressources) de l'OMP en matière hiérarchique et d'autre part le manque de communication et langage commun entre le domaine pédagogique et thérapeutique.

5. DEGRÉ DE PRIORITÉ DES RECOMMANDATIONS

Le degré de priorité de mise en œuvre des recommandations permet de hiérarchiser les recommandations de la Cour par priorité et de mettre en avant de façon explicite ce qui est important.

La Cour a fixé quatre degrés de priorité :

- Très élevé
- Élevé
- Moyen
- Faible

Cette hiérarchisation est réalisée en fonction de six critères, mobilisés en fonction des objectifs de la mission :

- Favoriser l'atteinte de l'objectif de la politique publique ;
- Amélioration des prestations délivrées ;
- Amélioration de la performance des processus ;
- Amélioration de la gouvernance ;
- Risques à couvrir ;
- Maîtrise des coûts.

Les critères utilisés dans le cadre de la présente mission sont détaillés dans la synthèse au chapitre « *tableau récapitulatif des recommandations* ».

6. REMERCIEMENTS

La Cour remercie les cadres et collaborateurs du secrétariat général du DIP, de l'office médico-pédagogique et de l'office de l'enfance et de la jeunesse qui lui ont consacré du temps.

L'audit a été terminé en novembre 2022. Le rapport complet a été transmis à la conseillère d'État en charge du DIP le 25 novembre 2022, pour observations. Les observations de l'audit ont été dûment reproduites dans le rapport.

La synthèse a été rédigée après réception des observations de l'audit.

Genève, le 20 décembre 2022

Isabelle TERRIER
Présidente

Sophie FORSTER CARBONNIER
Magistrate titulaire

Myriam NICOLAZZI
Magistrat suppléant

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

La Cour des comptes garantit l'anonymat des personnes qui lui transmettent des informations.

Vous pouvez prendre contact avec la Cour des comptes par téléphone, courrier postal ou électronique.

Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90
www.cdc-ge.ch
info@cdc-ge.ch

