

Date de dépôt: 13 mai 2004

Messagerie

Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation urgente écrite de M. Claude Marcet : Hospice général / Accorda

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 1^{er} avril 2004, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une interpellation urgente écrite dont la teneur figure en annexe à la présente réponse.

REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

Préambule

L'interpellation urgente écrite faisant l'objet du présent rapport se conclut par une liste de quinze questions. Dans un souci de clarté, ces interrogations ont été regroupées en trois grandes catégories, chacune d'entre elle placée sous un thème commun, à savoir:

1. Données statistiques
2. "Tourisme médical" et consommation médicale
3. Dossier Accorda.

1. Données statistiques

Sous ce point, il est répondu aux questions 1, 2, 5, 6 et 7 de l'IUE n°86.

1.1 Population

Pendant l'année 2002, 4'900 requérants d'asile ont été assurés une partie de l'année, sur un total de 5'500 présents à Genève. La moyenne d'âge des affiliés au Réseau de soins-asile¹ (RSA) est de 25 ans, la proportion d'hommes de 61% et la durée moyenne du séjour de 40 mois.

Nombre de requérants d'asile ont été assurés une partie de l'année seulement. De ce fait, il est préférable de prendre en considération les « assurés-année » (par exemple 4 personnes assurées chacune trois mois - fraction de l'année 2002 pendant laquelle elle est restée dans le contrat collectif Accorda-Hospice général - correspondent à une personne-année). En 2002, le nombre de personnes-année assurées s'est monté à 3'665.

1.2 Coûts totaux

En 2002, les coûts totaux pour la prise en charge de l'ensemble des frais médicaux a été de 12'213'329 F, dont 154'344 F pour des frais hors LAMal et 444'412 F pour des accidents. Tous âges confondus, le coût moyen total de frais de santé par personne-année est de 3'332 F (3'290 F pour les soins couverts dans le cadre de la LAMal).

Pour la même période, le coût moyen d'un citoyen genevois était de 3'291 F²; à noter que ce montant n'inclut pas les frais de santé en deça de la franchise (et donc non transmis à l'assureur). Les frais réels sont donc supérieurs à ce montant.

Pour un reflet plus concret de la réalité, la comparaison des coûts moyens entre Genevois et requérants d'asile devrait être établie en déduisant les montants inférieurs à la franchise pour ces derniers. Sur la base d'une franchise de 1'500 F pour les requérants d'asile âgés de plus de 18 ans, le coût total pour la caisse peut être estimé à 9'263'632 F (coût moyen par requérant d'asile: 2'528 F, pour des frais couverts dans le cadre de la LAMal).

Les Genevois n'ont pas tous opté pour une franchise à 1'500 F; les calculs réalisés permettent donc d'estimer que la franchise moyenne adoptée se situe autour de 525 F en 2001. Si l'on applique cette même hypothèse pour

¹ Le RSA a été instauré par arrêté du Conseil d'Etat, le 12 juin 2001, et est entré en fonction le 1^{er} janvier 2002. Regroupant le département de médecine communautaire des HUG, l'Hospice général et l'Association des médecins du canton de Genève, il a pour principale mission la gestion de l'accès aux soins des requérants.

² Source: Département « Compensation des risques » - Institution commune LAMal (Soleure)

recalculer le coût moyen des requérants d'asile, on obtient une dépense totale de 10'819'576 F (soit un coût moyen de 2'952 F par requérant d'asile).

En cas d'accident, les personnes actives sont prises en charge dans le cadre de la LAA . Les personnes affiliées au RSA n'ayant pas l'autorisation de travailler durant les trois premiers mois - et les autres sans activité professionnelle - voient elles leurs frais d'accident couverts dans le cadre de la LAMal. Ces frais pour accidents représentent 435'868 F (4,7 % des frais totaux). Pour une population d'âge comparable et un taux habituel de personnes actives, la moitié de ces frais environ serait prise en charge dans le cadre de la LAA (d'où un coût moyen par requérant d'asile réduit approximativement à 2'884 F).

En outre, pour la population résidente, certains frais sont également pris en charge par l'AI; pour la population affiliée au RSA, ces mêmes frais – dont le montant est difficile à estimer - peuvent se voir reporter sur la LAMal.

Une comparaison entre requérants d'asile et résidents de ce canton non actifs serait sans doute plus pertinente, mais ces données n'existent pas pour la population genevoise.

1.3 Coûts des prestations aux requérants d'asile

Les prestations versées aux requérants d'asile en 2003 au titre de l'entretien, des frais de santé et des frais d'hébergement (en rapport avec la moyenne des personnes hébergées durant la même année, soit 5317 personnes) sont les suivants:

Type de frais Asile -	Charges 2003	Produits encaissés	Charges nette	Moyenne par pers et mois
Assistance	18'703'354.45	2'222'932.65	16'480'421.80	258.30
Frais de santé	17'945'845.26	1'121'673.66	16'824'171.60	263.69
Frais d'hébergement	24'581'978.49	6'062'538.48	18'519'440.01	290.26
Ateliers d'occupation	360'055.54		360'055.54	5.64
Autre assistance	146'526.13		146'526.13	2.30

A noter que l'Hospice général ne fournit pas de caution en faveur des requérants d'asile désireux d'acquérir des biens.

1.4 Coûts médicaux sous le régime "pré-Accorda"

L'aide aux requérants d'asile ne dispose d'aucune statistique précise sur la consommation de frais médicaux de l'époque Concordia. L'Hospice général payait les primes, franchises et participations au moyen du forfait santé de la Confédération.

1.5 En résumé

- Le coût moyen couvert par la LAMal pour les personnes affiliées au RSA est de 3'290 F/personne (franchise incluse) et 2'528 F/personne (après déduction des frais inclus dans la franchise effective de 1'500 F). Ces données sont valables dans la structure actuelle des requérants d'asile, par âge et sexe (cf. pt 1.1-"Population").
- Avec une franchise moyenne identique à celle estimée pour les Genevois (soit 525 F), le coût moyen pour la population de requérants d'asile serait alors de 2'952 F/personne.
- Pour les résidents de ce canton, le coût moyen est de 3'291 F (franchise incluse, une franchise variable mais estimée à 525 F en moyenne en 2001).

2. "Tourisme médical" et consommation médicale

Sous ce point, il est répondu aux questions 3 et 4 de l'IUE n°86.

2.1 « Tourisme médical » et consommation médicale

La consommation de soins par les requérants d'asile est très variable; pour la grande majorité des personnes concernées, on dénote cependant une consommation faible ou modérée.

Dans les faits, environ la moitié des frais de santé des requérants d'asile sont occasionnés par 5% des personnes affiliées au RSA, pour lesquelles le coût moyen est très élevé. Comme le démontre le tableau ci-dessous, si l'on retire ces personnes des échantillons considérés, le coût moyen des requérants d'asile devient inférieur à celui des résidents genevois, après avoir tenu compte des différences par groupe d'âge.

Personnes dont les frais de santé sont supérieurs à 10'000 F

Caractéristique	Groupe “plus de 10'000 F”	Les autres
Nombre	224 (5,3%)	4016 (94,7%)
Coûts totaux (F)*	5.143.119 (42%)	7.070.210 (58%)
Coût moyen par personne*	22'960	1'760
Proportion d'hommes	49%	58,6%
Age moyen	42,7 ans	38,7 ans
Durée de séjour moyenne	49,2 mois	35,9 mois

* il s'agit des coûts totaux de santé, y inclus frais hors LAMal

On constate toutefois que la durée moyenne de séjour des personnes occasionnant des frais de santé importants est nettement plus élevée que pour l'ensemble du collectif. Ce fait s'explique facilement, si l'on sait qu'une forte proportion des requérants d'asile est renvoyée chaque année, mais qu'une maladie sérieuse peut reporter un renvoi. Le coût moyen élevé serait donc principalement la conséquence d'une « sélection des risques ».

Les personnes malades ont été sélectionnées à partir d'une population nettement plus importante que celle qui se trouvait à Genève en 2002. On ne peut donc pas en conclure que les requérants d'asile sont en moyenne effectivement plus malades que les Genevois à leur arrivée. Une étude qui tente d'élucider la relation temporelle entre l'apparition de la maladie et l'arrivée en Suisse est d'ailleurs en cours.

2.2 En résumé

- La différence de coûts entre affiliés au RSA et résidents de ce canton semble s'expliquer principalement par un petit pourcentage de personnes affiliées au RSA, qui sont relativement jeunes mais connaissent de sérieux problèmes de santé.
- Une récolte de données complémentaires est actuellement en cours; elle vise à identifier les problèmes de santé occasionnant des importants frais de soins. Cette étude tente également de voir si le problème de santé était présent ou connu avant l'arrivée en Suisse.

- L'année 2002 est celle de la mise en place du RSA : il est donc prématuré d'attendre des résultats importants en terme de réduction des coûts. Une comparaison entre le premier et le deuxième semestres montre cependant une diminution de 13% des frais de santé. L'analyse des données 2003 permettra de vérifier si cette tendance se confirme.

3. Dossier Accorda

Sous ce point, il est répondu aux questions 8, 9, 10, 13, 14 et 15 de l'IUE n°86.

En préambule, il convient de rappeler que l'Hospice général a procédé à un appel d'offres public. Accorda y a répondu en toute connaissance de cause et a signé de son plein gré un contrat avec cette institution.

3.1 Dénonciation du contrat par Concordia

Suite à la non-entrée en matière des chambres fédérales sur le projet d'arrêté fédéral relatif aux mesures dans la compensation des risques, Concordia a souhaité résilier le contrat-cadre qui la liait à l'Hospice général, avec échéance au 31 décembre 2000. Pour rappel, après la dénonciation du contrat avec la caisse Concordia, les requérants d'asile ont été affiliés auprès de 13 caisses maladie. Ce n'est que l'année suivante qu'un appel d'offres a été lancé.

3.2 Réponses à l'appel d'offres

Les offres de Supra et d'Helsana n'ont pas été retenues. En effet, hormis le non-respect des délais fixés par l'appel d'offres, Supra demandait une garantie de déficit totale de l'Etat de Genève et Helsana une garantie à concurrence de 75 % des montants.

Or cette exigence était en opposition avec l'article 4, alinéa 2 de l'arrêté du département de l'action sociale et de la santé du 12 juin 2001 relatif à la mise en place du RSA; ce texte précise en effet que le réseau de soins fonctionne par le biais des seuls forfaits fédéraux.

3.3 Assurance complémentaire

Les requérants d'asile sont uniquement assurés selon la couverture de base exigée dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal du 18 mars 1994. Dans ses directives, le département de médecine

communautaire indique d'ailleurs clairement qu'il faut éviter de prescrire des médicaments ou des soins non remboursés dans ce cadre.

Dans des situations exceptionnelles, lorsque de tels soins s'avèrent cependant indispensables, une demande doit être faite auprès de l'assistant social chargé du requérant au sein de l'Hospice général. L'Hospice général peut en outre prendre en charge les contraceptifs et les médicaments hors liste indispensables pour lesquels il n'existe aucun équivalent dans la liste des spécialités.

Les personnes affiliées au RSA n'ayant pas l'autorisation de travailler pendant les trois premiers mois - et celles sans activité professionnelle - voient leurs frais d'accident également couverts via la LAMal.

3.4 Impact financier des requérants d'asile pour une caisse-maladie

Les personnes visées par l'art. 26 de l'ordonnance 2 sur l'asile sont soumises à l'assurance obligatoire des soins, comme n'importe quelle autre personne résidant sur le territoire suisse.

Aussi longtemps que ces personnes sont assistées par l'Aide aux requérants d'asile, les caisses maladie bénéficient de la garantie de l'Hospice général pour le paiement de leurs primes et décomptes de participation/franchises.

Dès le moment où ces personnes ne sont plus assistées par l'Aide aux requérants d'asile, les caisses maladie ne bénéficient plus de cette garantie et considèrent alors ces assurés comme n'importe quel autre assuré de leur portefeuille.

Selon la loi d'application cantonale de la LAMal, les arriérés de primes peuvent, dans certaines conditions, être pris en charge par le Service de l'assurance-maladie du canton de Genève (SAM).

3.5 Couverture "maladie" actuelle des requérants d'asile

Les requérants d'asile sont affiliés à 14 caisses maladie ayant plus de 10'000 assurés et pratiquant sur le Canton de Genève.

4. Conclusion

Les chiffres cités dans cette réponse résultent de l'analyse des données de l'année 2002 sur les sinistres des requérants d'asile affiliés au RSA et assurés par la Caisse-Maladie Accorda, dans le cadre du contrat avec l'Hospice général.

Seuls les requérants d'asile qui ne travaillent pas sont enregistrés dans ce système. En effet, les personnes indépendantes sur le plan financier payent leur propres primes d'assurance maladie ; elles ne font donc pas partie de ce réseau de soins.

De ce fait, toute comparaison entre la population des requérants d'asile et la population résidente dans le canton est biaisée. De très nombreuses études internationales montrent en effet que les personnes ne travaillant pas ont en moyenne des profils de santé moins favorables et une consommation de soins supérieure aux personnes professionnellement actives. Cela s'explique en partie par l'exclusion des personnes en mauvaise santé du marché du travail. Partant de cette thèse, les études montrent que le fait de travailler est un facteur de protection en soi (à signaler qu'il s'agit d'une statistique portant sur des populations et qui n'exclut pas d'importantes variations individuelles).

Pour ce qui est des questions portant sur d'éventuels "commissionnements occultes" et/ou "pressions politiques" survenus dans le cadre de la conclusion du contrat entre l'Hospice général et Accorda (questions 11 et 12), le Conseil d'Etat n'entend pas entrer en matière, au motif qu'une plainte pénale a été déposée dans le cadre de cette affaire et que l'examen du dossier suit son cours.

Le Conseil d'Etat tient également à rappeler que ce contrat a été librement conclu - et de façon tout à fait indépendante - entre les parties concernées. Dans ce cadre, une garantie de déficit de 2'500'000 F a été apportée par l'Hospice général à Accorda, une garantie acceptée par l'assurance et jugée suffisante par celle-ci en regard des dossiers couverts.

En outre, la convention aurait pu être dénoncée pour la fin 2002 si l'une des parties n'en était pas satisfaite. Cela n'a pas été le cas. De surcroît, les dysfonctionnements survenus dans la gestion interne de l'assurance ne concernaient en aucune manière l'Hospice général.

Pour information, le communiqué de presse publié par l'Office fédéral des assurances sociales (joint au présent rapport), le 5 septembre 2003, indique clairement que le retrait de l'autorisation de pratiquer dont bénéficiait Accorda est justifié pour des motifs liés au surendettement de cette dernière et à ses dysfonctionnements internes en matière de gestion.

Enfin et surtout, il est clair que, pour l'Hospice général, il eût été bien plus simple, plus aisé et dans son intérêt de pouvoir continuer à traiter avec un seul partenaire – en l'occurrence Accorda – qu'avec 14 caisses-maladie différentes, comme c'est aujourd'hui le cas.

Pour votre information, le temps consacré à la préparation de la présente réponse a été d'environ 20 heures.

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

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Robert Cramer

Annexes:

- Interpellation urgente écrite de M. Claude Marcet : « HOSPICE GÉNÉRAL / Accorda » (IUE 86)
- Communiqué de presse de l'OFAS du 5 septembre 2003 concernant le retrait de l'autorisation de pratiquer d'Accorda

Secrétariat du Grand Conseil**IUE 86**

Interpellation présentée par le député:

M. Claude Marcet

Date de dépôt: 30 mars 2004

Interpellation urgente écrite**Hospice général / Accorda**

Comme tous ici, vraisemblablement, j'ai reçu un e-mail du "Groupement de Soutien Accorda".

Comme beaucoup parmi nous, assurément, j'ai lu les articles parus notamment dans *Le Matin* et *GHI*.

Comme pour certains parmi nous, peut-être, quelqu'un a déposé dans ma boîte aux lettres divers documents confidentiels concernant cette affaire, pour lui donner un éclairage différent de celui que le monde officiel voudrait qu'elle reçoive. Je fais probablement partie de ceux qui ont reçu ces documents, car à l'automne dernier j'ai aussi été consulté pour procéder à une rapide analyse des comptes d'Accorda, déjà "très malade".

Je reste quelque peu abasourdi par la lecture des documents que je viens de recevoir et il est évident, en ce qui me concerne, que l'Hospice général et le Gouvernement de ce canton ne peuvent plus tourner la page "Accorda" sans fournir au Grand Conseil et au peuple de Genève des éléments pertinents et probants autres que ceux qui figurent dans la plainte pénale de l'Hospice général, car ces derniers, à la lecture des documents que je viens de recevoir, ne peuvent plus être considérés que comme une "échappatoire malsaine" visant à dégager la responsabilité de l'Hospice général dans la faillite d'Accorda, alors que responsabilité de l'Hospice général il pourrait certainement y avoir (dans d'autres pays européens la responsabilité de celui qui conduit sciemment une société à sa ruine est pleine et entière).

Si j'avais été consulté par l'Hospice général dans cette affaire, en qualité d'expert-comptable et financier, **JAMAIS** je n'aurais conseillé à l'Hospice général de signer le contrat qu'elle a signé avec Accorda, **car il était parfaitement évident, avant même de signer le contrat précité, que l'application de celui-ci ne pouvait que conduire Accorda à une mort rapide et brutale.** D'autres objectifs étaient donc visés, pas forcément les mêmes, il est vrai, par les acteurs de cette pièce hautement malsaine.

Pour se convaincre du bien-fondé de ce qui précède, quelques "morceaux choisis" parmi les documents que je viens de recevoir (je conserve, sans les citer, quelques éléments remis pour les comparer avec les réponses que fournira le Gouvernement, à tout hasard ...) :

1. Dans un procès-verbal d'une réunion en date du 5 septembre 2001, procès-verbal établi par l'Hospice général, un membre de la direction dudit Hospice général prétend qu'une seule caisse maladie a répondu à l'offre publique ; un autre membre de la même direction affirme cependant à la Police de sûreté du canton de Fribourg (procès-verbal du 13 janvier 2004) que deux autres caisses maladie ont présenté des offres, **mais qu'elles n'ont pas été retenues, car elles demandaient que le canton de Genève fournisse une garantie de déficit.**

2. Dans un procès-verbal tenu par le mandataire de l'Hospice général en date du 14 septembre 2001, il est indiqué :

- que l'offre d'Accorda devient sans intérêt, si le principe de la compensation des risques est maintenu, ce qui devrait se vérifier au moins jusqu'au 31 décembre 2003 ;
- qu'Accorda ne peut vivre sans une rallonge au titre de "frais de gestion" ;
- que "*ce scénario est pour l'instant confidentiel, notamment à l'égard d'Accorda*" (en majuscule dans le procès-verbal). Dans un autre procès-verbal (20 janvier 2004) on peut lire que c'est à la demande de l'Hospice général que la confidentialité est requise !!!

Il est précisé ici que le premier membre de la direction cité sous point 1 indique (même procès-verbal) que le mandataire était aussi là pour "*établir différents scénarios dans le but pour l'Hospice général de Genève d'équilibrer ses comptes*" ; **on pourrait désormais ajouter : sur le dos de qui ?, même si ce membre de la direction (même procès-verbal) ose maintenant prétendre "Il est certain que s'il nous avait mentionné que ce contrat mettrait Accorda en grande difficulté nous aurions renoncé"**.

J'ose en ce qui me concerne prétendre que l'Hospice général ne pouvait pas ne pas savoir ou alors l'incompétence dans cet hospice est encore plus crasse que ce que j'imaginai.

3. Il est curieux ici de constater que le mandataire nommé par l'Hospice général est le même que celui qui a été nommé par le conseil d'administration d'Accorda pour "la mise en place d'une direction" (procès-verbal de la Police de sûreté du canton de Fribourg du 20 janvier 2004, suite à l'audition d'un autre collaborateur dudit mandataire). Plus, même, il semblerait désormais que le directeur nommé par Accorda était antérieurement bien connu du mandataire et qu'il avait longtemps travaillé au sein d'une autre caisse qui ne voulait pas du bien à Accorda, de loin s'en faut pourrait-on dire.

4. En relation avec le point 1, ci-dessus, il est tout aussi curieux de constater que la personne auditionnée sous point 3 prétend aussi qu'il n'y a eu qu'une seule offre, alors qu'un autre collaborateur de la même entreprise prétend le contraire. Il en va de même pour un autre mandataire de l'Hospice général qui, prétendant bien connaître ce dossier, "*croit savoir qu'il n'y a eu en finalité qu'une caisse maladie qui a répondu à cette offre*" (procès-verbal de la Police de sûreté du canton de Fribourg du 14 janvier 2004, suite à l'audition d'un troisième collaborateur dudit mandataire). De qui se moque-t-on pourrait-on dire ?

5. Une société "tampon" a été créée au su de l'Hospice général et de son mandataire (procès-verbal du 20 janvier 2004 précité), mais visiblement à l'insu du conseil d'administration d'Accorda qui a dû déposer une plainte pénale ; un troisième collaborateur du mandataire (procès-verbal du 14 janvier 2004) dit lui n'être pas au courant, mais de bien connaître, par contre, le dossier Accorda !!

6. Dans le procès-verbal précité du 20 janvier 2004, on peut aussi lire que “Pour l’Hospice général, au niveau politique, il était préférable de parler d’indemnité de gestion en lieu et place de garantie de déficit”. Autant dire que tout ce que l’on peut cacher aux habitants et contribuables de ce canton dans le cadre de la gestion des requérants, il faut le faire.

7. Le contrat a été rédigé à 90 / 99 % par les juristes de l’Hospice général !!! (procès-verbal du 20 janvier 2004) ; c’est-à-dire par ceux qui ne pouvaient pas ne pas savoir que ce contrat conduisait Accorda inévitablement à la mort. Il est curieux de constater que le troisième collaborateur précité du mandataire, qui dit n’avoir pas pris connaissance de ce document, le trouve “frou” (procès-verbal du 14 janvier 2001). Il y est dit également dans ce procès-verbal que le mandataire travaille actuellement sur la gestion administrative des dossiers pour CHF 850.000,- (5 personnes / an ?) et qu’il a touché d’Accorda quelque CHF 320.000,- de commissions en 2001.

8. Le troisième collaborateur précité du mandataire (procès-verbal du 14 janvier 2004) indique que le directeur d’Accorda “a fait un excellent travail”, mais que “c’est un optimiste”. Il convient de préciser ici que l’optimisme relevé du directeur d’Accorda relevé par le mandataire professionnel de l’Hospice général se situe justement et précisément sur le point charnière qui a conduit Accorda à sa mort. Cet optimisme n’a pas échappé, semble-t-il, à l’Hospice général et à son mandataire, mais il semble bien aussi que cet optimisme fut très vite oublié ; serait-ce parce que cet oubli allait dans le sens des desseins dudit Hospice général ?

9. Un e-mail du 4 octobre 2001 du mandataire de l’Hospice général à ce dernier précise que la compensation des risques coûtera à Accorda quelque 3,5 millions, que cette compensation devra être versée en tout cas jusqu’au 31 décembre 2003 et que “vu ce qui précède Accorda devrait donc renoncer à son offre”. Il est précisé que “ce document est strictement confidentiel”. Une fois de plus pourrait-on dire !!

10. Un e-mail du 6 novembre 2001 d’un membre d’Accorda (non membre du conseil d’administration) à un membre de la direction de l’Hospice général indique qu’une charge moyenne individuelle par requérant de CHF 3.005,- engendre une perte de quelque 6 millions pour Accorda et une perte de quelque 4,4 millions si la charge moyenne par requérant se situe à CHF 2.452,-. Il est précisé qu’Accorda ne réclame par contre que CHF 2,5

millions !!!??? “malgré des projections nettement supérieures qui encore ne tiennent pas compte des frais de gestion” **Si, après cela, l’Hospice général ne savait pas qu’Accorda allait mourir, alors c’est que d’autres choses ont fait que ce contrat devait être signé et qu’il allait finalement l’être.**

11. Dans la plainte de l’Hospice général contre le “Groupement de Soutien Accorda”, il est précisé que l’Hospice général a choisi Accorda dans le souci “d’une gestion rigoureuse des deniers publics”. L’Hospice général oublie un peu vite de dire que **la seule raison véritable de ce choix est que les deux autres caisses ont demandé une couverture du déficit par l’Etat de Genève.**

12. Dans la même plainte, l’Hospice général semble implicitement nier le fait, faute de preuve, que le coût d’un requérant est supérieur à la moyenne cantonale. Il serait peut-être bon de rappeler à l’Hospice général, qui a la mémoire un peu courte, les termes de l’e-mail précité du 6 novembre 2001 qu’il a reçu. Plus même, j’ai aussi reçu des statistiques de Centris pour l’exercice 2003 (définitives ?) qui analysent les éléments précités que l’Hospice général semble ne pas connaître et vouloir ignorer.(Centris est le centre de calcul d’Accorda, indépendant de cette caisse, qui opère pour d’autres caisses importantes telles Swica, Intras, OKK, KPT, etc.) Ces statistiques, qui peuvent sans problème être obtenues, pour autant qu’on veuille bien les chercher (statistiques du même type qui ne pouvaient pas ne pas exister et être à disposition de l’Hospice général ou de son mandataire à fin 2001 pour les exercices 2001 et antérieurs) montrent, en ce qui concerne Accorda :

- Coût moyen canton, par individu, SANS les requérants CHF 3.222,38
- Coût moyen canton, par individu, REQUERANTS CHF3.916,63

Ces informations tiennent compte d’une population assurée totale de 11048 individus, au sein de laquelle figurent 3600 requérants.

Sachant que la fourchette des âges connue des requérants genevois aurait dû conduire normalement, s’il s’agissait d’une population assurée ordinaire, à faire baisser le coût moyen de l’ensemble de la population assurée, **et non le contraire**, on comprend immédiatement dans quel guêpier s’est fourrée Accorda en signant son contrat avec l’Hospice général ; la seule différence, dans cette affaire, c’est qu’Accorda ne disposait vraisemblablement pas de toutes les informations qu’elle aurait dû connaître, informations qui, par contre, ne pouvaient pas ne pas être à la disposition de l’Hospice général ou de son mandataire ou alors il s’agissait de bien piètres professionnels.

Il convient ici, pour bien comprendre le mécanisme des assurances, de rappeler notamment trois éléments importants :

- de nombreux enregistrements comptables, faute de pouvoir faire mieux, se basent sur des données statistiques, car il est impossible de connaître toutes les données indispensables en temps réel ;
- des provisions sont enregistrées en fin d'exercice sur la base des données statistiques précitées (pour répondre notamment aux exigences de l'OFAS) ;
- un fonds de compensation des risques permet d'éviter que des caisses refusent de signer des contrats "mauvais risques" (personnes âgées, par exemple), ne voulant signer que des contrats avec des personnes "bons risques" (personnes jeunes, a priori). Les caisses, en fonction des strates basées sur l'âge des assurés, versent peu ou prou ou, au contraire, reçoivent des subventions.

Dans le cadre d'Accorda, la population "Hospice général" était jeune, donc Accorda avait l'obligation de verser un montant (plusieurs millions) à un fonds de compensation, partant du principe que le coût moyen des jeunes précité devait être inférieur au coût moyen statistique d'une population normale et qu'Accorda devait par conséquent dégager un profit sur cette classe d'âge.

Le hic c'est que si le coût moyen des jeunes requérants est supérieur à la norme moyenne, au lieu d'être inférieur (ce qui fut justement le cas) Accorda va prendre de plein fouet, une hausse des coûts par rapport à la moyenne, hausse à laquelle va s'ajouter son versement obligatoire au fonds de compensation des risques. Ce jeu devient mortel si la population concernée est importante (en valeur absolue et en valeur relative), ce qui est le cas dans le cadre de l'Hospice général, ce que ce dernier, il convient à nouveau de le préciser, ne pouvait nullement ignorer.

Désormais, le peuple de Genève a le droit de savoir, car il ne faudrait pas prendre trop souvent et trop longtemps les enfants du Bon Dieu pour des canards sauvages.

L'Hospice général est un sujet tabou entre tous. Il faut que cela cesse et qu'une totale transparence s'instaure désormais, même si cette transparence ne fera visiblement pas plaisir à certains.

Il est trop facile de faire le généreux avec l'argent des habitants et des contribuables de ce canton, en oubliant un peu trop souvent que les enfants de ceux qui ont construit et fait la richesse de ce pays ont parfois moins pour vivre que la plupart des requérants dont on sait parfaitement que l'immense majorité d'entre eux ne sont en fait que des requérants "économiques" ; ce fait évident, d'ailleurs, que l'on ne veut pas voir, pire, que l'on ne veut surtout pas réprimer puisque l'Etat n'ose même pas renvoyer chez eux ceux qui, sans nulle gêne, viennent profiter de la faiblesse (pour ne pas dire de la lâcheté) de certains dirigeants de ce pays.

Genève n'est pas l'Hospice général du monde entier, pas plus que le DIP ou l'Hôpital du monde entier, d'ailleurs.

Entre mensonges, contrevérités, incompétences, connivences, complicités et autres, il faudra que le Gouvernement de cette république nous informe, de manière très précise, hors toute langue de bois, sur le suivi de cette affaire, notamment sur ce qui suit :

1. Quel est le coût "maladie" **réel** des requérants "dossiers en traitement", coût complet par strates d'âges et comparaisons avec coûts moyens d'une population ordinaire du canton de Genève ?
2. Quel est le coût "maladie" **réel** des requérants "refusé, mais toujours sur notre territoire", coût complet par strates d'âges et comparaisons avec coûts moyens d'une population ordinaire du canton de Genève ?
3. Comment le Gouvernement entend-il faire réduire, voire annihiler, le tourisme médical qui veut que l'on vienne sur notre territoire comme requérants, sous moult prétextes, pour se faire soigner, puis une fois cela réalisé sur le dos de la population autochtone, que l'on reparte d'où l'on vient ?
4. Comment entend le Gouvernement faire réduire, voire réprimer, l'excès souvent prononcé de consommation médicale chez les requérants et le fait que des malades différents pourraient avoir parfois les mêmes et uniques papiers d'identité, seule la photo changeant au gré du vent ?

5. Quels sont les autres coûts réels pour Genève (détail requis avec terminologie exacte) de la gestion des requérants (y compris les charges de réfection des locaux mis à disposition des requérants - je sais de quoi je parle - les cautionnements fournis par l'Hospice général pour permettre aux requérants d'acquérir des biens dans divers domaines, pas forcément bas de gamme, etc.) ?
6. Quels sont les coûts supplémentaires pris en charge par Accorda dans le cadre du contrat collectif signé avec Accorda, par rapport aux charges admises pour une population ordinaire du canton de Genève, voire de la Suisse (inventaire précis requis) ?
7. Dans le cas bien précis d'Accorda, quels étaient les coûts médicaux moyens des requérants connus de l'Hospice général avant la signature du contrat avec Accorda ?
8. Dans le cas bien précis d'Accorda, pourquoi la caisse Concordia (ancien assureur avant Accorda) a dénoncé son contrat (chiffres requis) ?
9. Dans le cas bien précis d'Accorda, un document de la caisse Supra présente des chiffres précis, mais très vite il semblerait que l'on n'ait pas voulu entrer en matière sur ces chiffres, pourtant déjà très révélateurs. Pourquoi ?
10. Pourquoi l'Hospice général a-t-il refusé d'entrer en matière avec des caisses qui demandaient la garantie de l'Etat, mais a préféré diriger sur une caisse privée et ses assurés les coûts additionnels, que l'on ne voulait pas nommer par leur nom, coûts additionnels qu'il semble pourtant que l'Hospice général ne pouvait ignorer ?
11. Le Gouvernement sait-il s'il y a eu des commissionnements occultes, ou dépenses assimilables, dans l'affaire Accorda ? Comment le Gouvernement entend-il s'y prendre pour découvrir de tels éventuels commissionnements occultes et que fera-t-il s'il en découvre ?

12. Le Gouvernement sait-il s'il y a eu des pressions externes dans l'affaire Accorda, visant à accélérer sa ruine, notamment en raison du fait qu'une autre caisse maladie avait, semble-t-il, juré sa perte ? Cette question peut se poser, dès lors et entre autres, que l'on voit la rapidité avec laquelle un membre du Gouvernement fédéral s'est empressé de couper la tête à Accorda, sans parler du fait que l'OFAS semblerait actuellement freiner la reprise des assurés ordinaires d'Accorda par une caisse (caisse proposée par Accorda qui se dit intéressée par la reprise des dossiers), mais caisse qui est peut-être autre, il est vrai, que celle qui pourrait être prévue dans la tête de certains. Il est évident que ce dossier, débarrassé désormais des requérants, devient financièrement très intéressant ... ? Comment le Gouvernement entend-il s'y prendre pour découvrir de telles éventuelles pressions, voire de complicités sur territoire genevois et que fera-t-il s'il en découvre ?
13. Est-il vrai que les requérants sont au bénéfice d'une assurance complémentaire dont les prestations sont entièrement prises en charge par l'Hospice général ? Comment le Gouvernement juge-t-il cette prestation alors même qu'il sait que de nombreux Suisses ont renoncé à la "complémentaire" faute de moyens suffisants ?
14. Le Gouvernement sait-il qu'Accorda a enregistré de grosses pertes (primes non payées) en relation avec des requérants qui sont sortis du système "Hospice général", mais requérants qui ont continué à croire (pourquoi pas après tout) que si les uns avaient donné, les autres pouvaient continuer à le faire ? Comment le Gouvernement juge-t-il cette mentalité, mentalité qui, il est vrai, est très rapidement mise dans la tête de ceux qui, pour la plupart, viennent en Suisse "requérir pour raisons économiques", puisque lesdits requérants savent, dès leur arrivée en Suisse, mieux que les Suisses de souche, où taper à la porte pour obtenir ce qu'ils désirent.
15. Finalement, qui assume désormais le trou "maladie" des requérants inscrits dans ce canton ?

Genève doit être et rester un havre de paix pour les persécutés du monde, quels que soient leur couleur, leur origine, leur confession, mais nullement un havre de paix pour ceux qui viennent ici, bien souvent au travers de filières, pour tirer un profit économique d'une situation souvent voulue aussi par ceux qui dans ce pays, de gauche ou de droite, y voient également une source majeure de profits politiques ou financiers.

Communiqué de presse du 5 septembre 2003

L'assureur-maladie Accorda devra cesser son activité

Vu la situation financière actuelle de l'assureur-maladie Accorda et les graves dysfonctionnements constatés dans la gestion, le DFI a décidé de lui retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie avec effet au 1.1.2004. Les assurés concernés ne subiront aucune lacune dans leur couverture d'assurance. Les délais en vigueur sont suffisants pour que les assurés puissent s'affilier auprès d'autres assureurs sans heurts au 1.1.2004, même si un recours est déposé.

L'assureur-maladie Accorda connaît de graves problèmes de gestion et les mesures prises par cet assureur pour remédier à cette situation sont largement insuffisantes. La mauvaise gestion de cet assureur a provoqué d'importantes difficultés économiques et, à fin 2002, celui-ci se trouvait dans une situation de surendettement manifeste qui a entraîné l'ouverture d'une procédure de mise en faillite.

Sur la base de ces constatations et en l'absence de perspectives d'amélioration notable dans un délai raisonnable, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décidé de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie à Accorda avec effet au 1.1.2004. Le retrait du droit de pratiquer d'un assureur-maladie n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour les assurés dans l'assurance-maladie obligatoire puisque la LAMal garantit le libre choix de l'assureur-maladie. Les actuels assurés d'Accorda peuvent s'assurer auprès de tous les assureurs-maladie du lieu de leur domicile. Ces derniers sont tenus de les accepter à partir du 1er janvier 2004, sans réserve et indépendamment de leur état de santé et de leur âge.

Pas d'interruption de la couverture d'assurance, modalités de résiliation

Les assurés ne subiront aucune lacune dans leur couverture d'assurance. Il n'y aura pas d'interruption d'assurance, les rapports des assurés avec l'assureur-maladie Accorda se terminant uniquement lorsque ce dernier recevra la notification de couverture d'assurance du nouvel assureur-maladie des personnes concernées. Les assurés qui n'auraient pas effectué les démarches nécessaires à temps se verront attribuer d'office un nouvel assureur par leur canton de domicile au 1er janvier 2004.

Il convient de rappeler que les assurés ont, dans tous les cas, plusieurs délais à leur disposition pour faire valoir leur droit de changer d'assureur. Selon le délai ordinaire, les assurés peuvent changer d'assureur pour la fin de l'année en l'annonçant jusqu'à fin septembre. Selon le délai applicable à l'annonce des primes en octobre, les assurés bénéficient d'un nouveau délai jusqu'à fin novembre pour résilier leur contrat d'assurance auprès d'Accorda. Enfin, si la décision de retrait de l'autorisation de pratiquer acquiert un caractère définitif, qu'il y ait ou non recours, les assurés peuvent changer d'assureur pour cette date.

A qui adresser les factures?

L'assureur-maladie Accorda demeure jusqu'au 31 décembre 2003 l'assureur des personnes assurées auprès de lui. Il a de ce fait l'obligation de prendre en charge les coûts des traitements médicaux - couverts selon la LAMal - effectués jusqu'au 31 décembre 2003. Toutes les factures concernant les traitements fournis en 2003 devront être adressées à Accorda, même si elles parviennent à l'assuré au début de l'année 2004. Il est recommandé aux personnes, qui seraient en traitement sur les deux années, de demander à leur médecin traitant ou à l'hôpital une facture pour les prestations fournies jusqu'à fin 2003 - frais qui seront à la charge d'Accorda, les frais de traitement à partir du 1er janvier 2004 étant à la charge du nouvel assureur-maladie.

L'Institution commune (des assureurs-maladie) prendra en charge les prestations d'Accorda, si ce dernier ne peut pas s'en acquitter lui-même. L'Institution commune interviendra pour les coûts des prestations fournies dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire mais pas pour les prestations fournies dans le cadre des assurances complémentaires. Il existe, également, un droit de libre passage dans l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. Les personnes concernées peuvent s'assurer auprès d'un nouvel assureur de leur lieu de domicile aux mêmes conditions (même montant d'indemnité journalière). Le nouvel assureur n'a pas le droit d'émettre de nouvelles réserves. La couverture d'assurance auprès du nouvel assureur débute au 1er janvier 2004.

Contrats d'assurances complémentaires

Il est possible que l'Office fédéral des assurances privées (OFAP), qui exerce la surveillance sur la branche complémentaire, retire également l'agrément d'Accorda en ce qui concerne les assurances complémentaires. Celles-ci sont régies par la loi sur le contrat d'assurance, les dispositions en

matière de transfert de contrats sont différentes de celles qui règlent l'assurance-maladie sociale. En particulier, la loi ne prévoit pas pour les assurés de libre passage vers un autre assureur.

En revanche, l'OFAP est tenu de rechercher un assureur pour la reprise du portefeuille, les polices d'assurance devant être autant que possible reprises aux mêmes conditions. Il est à préciser que le transfert ne donne pas lieu à un droit de résiliation particulier. Les démarches nécessaires à ce transfert ont été engagées.

DEPARTEMENT FEDERAL DE L'INTERIEUR
Service de presse et d'information

Renseignements :

031 324 07 37

Daniel Wiedmer

Chef du secteur Assureurs et surveillance

Office fédéral des assurances sociales

Office fédéral des assurances sociales

Effingerstrasse 20

3003 Berne

Tél. 031/322 90 11

Fax. 031/322 78 80