

Date de dépôt: 6 janvier 2004

Messagerie

Rapport

de la Commission des affaires sociales chargée d'étudier la Proposition de motion de M^{mes} et MM. Jocelyne Haller, Pierre Vanek, Anita Cuénod, Christian Grobet, Jeannine de Haller, Nicole Lavanchy, Rémy Pagani, Jean Spielmann, Marie-Paule Blanchard-Queloz, René Ecuyer et Souhail Mouhanna destinée à éviter le recours inapproprié à l'assistance publique pour les personnes en attente de décisions d'assurances sociales ou d'instances administratives par un traitement diligent de leurs dossiers

Rapport de M^{me} Laurence Fehlmann Rielle

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission des affaires sociales a examiné cette proposition de motion lors de ses séances des 2, 9, 16, 23 et 30 septembre ainsi que du 7 octobre 2003 sous les présidences de M. Ueli Leuenberger et de M^{me} Marie-Françoise de Tassigny et en présence de M. le conseiller d'Etat Pierre-François Unger.

La commission a également pu bénéficier de la précieuse assistance de MM. Michel Gönczy, Bertrand Levrat et Pierre-Antoine Gobet. Les excellents procès-verbaux ont été rédigés par M^{me} Virgine Claude.

1. Présentation des objectifs de la motion

M^{me} Haller, motionnaire, explique que le renvoi à l'Hospice général d'un certain nombre de dossiers de bénéficiaires en attente de prestations auxquelles ils ont droit a divers coût :

- Un coût humain : cela implique pour les gens de faire une démarche qui n'est pas simple, à savoir de recourir à l'aide sociale.
- Un coût financier énorme : on va gonfler le volume d'activité d'un service, uniquement parce que l'on a déplacé des tâches d'un service sur un autre. Par ailleurs, cela implique que les personnes concernées bénéficient d'un certain nombre de prestations auxquelles elles n'auraient pas eu droit si elles avaient pu bénéficier en temps voulu des prestations auxquelles elles pouvaient prétendre. Il s'agit notamment des prestations du Service de l'assurance maladie, prise en charge du subside total.

M^{me} Haller rappelle quelques chiffres : en 2001, l'HG avait un pourcentage de 47,2% de dossiers traités pour avances :

- 32% d'avances AI,
- 12% d'avances chômage,
- 7% d'avances OCPA (en fait 3,2%, puisqu'un certain nombre de ces demandes se recoupe avec les demandes AI).

De plus, dans ce pourcentage ne sont pas comptées les avances :

- sur SCARPA,
- sur allocations logement,
- sur allocations d'étude/apprentissage,
- sur prestations de la SUVA ou d'assurance perte de gains,
- celles issues du fait que des employeurs n'ont pas respecté leurs obligations contractuelles.

Le volume d'avances de l'HG est donc bien plus élevé que celui pour lequel on fait un recensement, à savoir AI, chômage, OCPA.

M^{me} Haller indique que cela pose un autre problème : le fait de recourir à l'aide sociale contraint les gens à demeurer au seuil du minimum vital, ce qui a un effet de paupérisation évident et entraîne les gens dans la spirale de l'endettement, puisque le minimum vital ne prend pas toute une série d'autres charges qui sont imputées à la personne (par exemple les impôts).

M^{me} Haller poursuit en expliquant qu'il faut distinguer deux types d'avances : celles qui relèvent d'un droit immédiatement identifiable (chômage) et celles qui doivent faire l'objet d'une vérification pour être

établies (AI). En ce qui concerne l'assurance chômage, l'OCE est chargé de l'accompagnement social de ces personnes. Cela n'est pas le cas à l'AI, qui ne fait pas d'accompagnement social au sens où le requerrait la situation de ces personnes. Elle signale que deux-tiers des avances AI que traite l'HG ont été initiées au cours de la prise en charge.

La motionnaire rappelle que la loi sur le chômage prévoyait (notamment par le biais de l'article 31 de l'ordonnance sur la LAC) que les caisses de chômage devaient procéder à leurs propres avances. Or, pendant longtemps, les caisses de chômage envoyaient systématiquement les gens à l'assistance, pour diverses raisons : dossier incomplet, employeur n'ayant pas renvoyé l'attestation, augmentation du nombre de chômeurs, retard accumulé dans les caisses de chômage pour le traitement des dossiers, etc. Finalement, en 1992, le Conseil d'Etat a pris la décision de faire appliquer cette loi, ce qui n'a pas été sans peine.

Enfin, pour M^{me} Haller, le fait d'utiliser l'HG parce que les autres services ne fonctionnent pas de façon adéquate est un système inapproprié qui a plusieurs effets désastreux : paupérisation des personnes, transfert de charges sur un seul service, banalisation du recours à l'assistance. Le gros problème réside dans le fait qu'un certain nombre de personnes touchent des prestations auxquelles leur revenu ne leur aurait pas donné accès si elles avaient bénéficié des prestations qu'elles devaient toucher. C'est donc une forme de déni de droit pour les usagers, et cela génère une inégalité de traitements entre ceux qui bénéficient de leurs droits dans les temps et les autres.

M^{me} Haller donne quelques exemples :

1. Une personne doit bénéficier d'une pension alimentaire de 2 800 F. Avec ce montant-là et compte tenu de sa situation personnelle, elle ne devrait pas émarger à l'assistance. Le jugement de séparation n'étant pas respecté par l'époux, la personne a recours à l'assistance. Au moment où le SCARPA réussit à obtenir le recouvrement de ces 2 800 F, il s'est tout d'abord remboursé de ses propres avances (la loi l'obligeait à faire une avance sur minimum vital de 830 F, le solde étant complété par l'HG). Au niveau du calendrier : jugement de séparation en mai 2001, le SCARPA a été saisi en octobre 2002, et ce n'est qu'en février 2003 que l'assistance a pu être terminée. Cela signifie que pendant tous ces mois, la personne a, pour de mauvaises raisons, perçu des prestations d'assistance et un subside du SAM.
2. Un employeur licencie une personne qui par ailleurs se trouve en AIT. L'employeur a touché la contribution de l'assurance chômage,

mais il ne verse pas de salaire à l'employé, pour cause de désaccord avec l'employé. La personne s'adresse à l'HG car ses ressources ne lui permettent pas de vivre ; l'HG complète les ressources de la personne, qui bénéficie alors également d'un subside SAM. Uniquement parce que cette personne n'a pas pu toucher les prestations de salaire ou de chômage auxquelles elle pouvait légitimement prétendre.

3. Une personne est en attente AI. Préavis négatif en juillet 2002. La personne a fait recours. En mars 2002 lui a été proposé un stage permettant une évaluation ; la personne n'a pas suivi ce stage. Ce n'est qu'en mars 2003 que l'HG a reçu un courrier disant que l'AI allait demander une expertise psychiatrique pour cette personne ; aujourd'hui, aucun rendez-vous n'a encore été fixé. L'HG est donc depuis tout ce temps en train de faire des avances sur une AI qui vraisemblablement ne tombera pas.

Pour l'auteure de la motion, il faut donc s'interroger sur l'augmentation des budgets de l'assistance sous l'éclairage qu'elle vient de donner. Il faut donc regarder du côté des dysfonctionnements, parce qu'elle estime que l'on ne peut pas éternellement imputer à l'Etat ce qui relève d'autres responsabilités.

Elle insiste sur la distinction à faire entre les situations qui relèvent d'une simple question financière et d'autres qui méritent une intervention des services sociaux. Ces dernières demandent un accompagnement et une démarche particulière. Pour reprendre la typologie utilisée par le DASS dans son projet de loi sur la hiérarchisation des prestations sociales, il faut déterminer s'il s'agit de prestations catégorielles ou de prestations de complément.

M^{me} Haller propose une série de questions sur lesquelles la commission pourra se pencher. Elle précise tout d'abord que toutes les demandes AI ne font pas l'objet d'avances, et que pour la plupart, le délai de 720 jours s'applique. En revanche, pour d'autres, ce mécanisme ne fonctionne pas et ce sont sur ces situations qu'il faut se pencher :

- sur le moment où le médecin envisage un éventuel recours à l'AI ;
- sur la connaissance qu'ont les médecins des critères sur lesquels l'AI entre en matière ou non ;
- sur la connaissance qu'ont les médecins des réalités professionnelles et des exigences d'un poste de travail ;

- sur la manière dont les médecins entendent la portée d'un certificat médical et s'ils ont conscience de ce que celui-ci induit en termes financiers ;
- sur les possibilités de remplacement professionnel ;
- sur les moyens dont disposent les médecins pour répondre à certaines pathologies difficilement cernables (dépressions, maux de dos, etc.), qui sont des situations complexes du point de vue du traitement par l'AI ;
- sur la nécessité de disposer de lieux d'évaluation et d'expertise en suffisance afin que ces dernières puissent intervenir rapidement pour se déterminer sur l'opportunité et la pertinence d'une demande de prestations AI ;
- sur l'opportunité, en terme d'organisation, de procéder à un tri des demandes, permettant de traiter rapidement les demandes qui ne présentent aucune ambiguïté, afin de consacrer l'attention nécessaire – dans les délais requis – aux situations plus complexes.

En ce qui concerne d'autres assurances sociales, M^{me} Haller pense que la commission pourrait orienter sa réflexion à différents niveaux :

- que l'assurance chômage effectue ses propres avances (comme la loi le lui prescrit) ;
- que les procédures de recouvrement de salaire par voie de tribunaux des Prud'hommes soient accélérées ;
- que l'OFP fasse diligence en matière de recouvrement de pension alimentaire, qui se trouve être une dette prioritaire ;
- que le SCARPA, s'il procède à une avance, le fasse totalement, ou qu'il renonce à se rembourser sur la pension courante et qu'il fasse valoir sa créance sur l'arriéré ;
- que les allocations logement soient servies avec effet rétroactif ;
- que les allocations d'apprentissage et d'étude soient mensualisées ;
- que les indemnités journalières pour perte de gain soient versées sans délai, et que le cas échéant l'employeur soit tenu de procéder à des avances sur ce qui lui sera rétrocédé ensuite par l'assurance perte de gain.

2. Audition de l'Hospice Général : M. Cuénod, président du comité directeur de l'HG, et M. Nicolet, chef de secteur

M. Cuénod explique que, dans la problématique des avances AI, il y a trois phases où l'HG a été concerné :

1. Avant 1994 : l'HG prenait en compte les aides tant sociales que financières, et tout figurait dans le flux courant des prestations d'assistance jusqu'à ce que la décision soit prise. Puis l'HG faisait signer aux bénéficiaires l'ordre de paiement, comme il le fait aujourd'hui.
2. Entre 1994 et 1997, les compétences financières des dossiers ont été transférées à l'OCPA, qui prenait en charge les dossiers et évaluait les situations. Si la situation était simple, l'OCPA versait les subsides ; mais si la situation était plus compliquée du point de vue social, alors les dossiers repartaient directement à l'HG. Par délégation, l'HG reprenait les dossiers et les facturait à l'OCPA. Cependant des difficultés sur le terrain ont apparu, et au fil du temps, la situation des personnes se dégradait. Cela a amené l'OCPA et l'HG à demander au DASS de revenir sur sa décision ; ce qui a été fait.
3. Dès 1997 : l'Etat étant revenu sur sa décision, toutes les situations d'avances AI retournent à l'HG. Cette situation est censée être à court terme. En effet, l'article 6 de l'arrêté du Conseil d'Etat en la matière précise que cette situation durera jusqu'en décembre 1999, date à laquelle l'OCAI devait avoir résorbé le flux des dossiers, ainsi que son retard. De ce fait, les prestations d'avances AI (40 millions de F par année) ne figurent pas dans les comptes de l'HG mais sont passées au bilan, puisque la situation était censée ne pas durer. Le problème, c'est que les remboursements mensuels de l'OCAI ne correspondent pas aux débours mensuels de l'HG, ce qui crée une dette grandissante : en 1998, le déficit de l'HG s'élevait à 11 millions de F, en 1999 : 16 millions de F, en 2000 : 18 millions de F, en 2001 : 12 millions de F, en 2002 : 6 millions de F, et mi-2003 : 5 millions de F. Ce qui fait en tout 68 millions de F cumulés. L'HG a donc dû contracter une ligne de crédit de 45 millions de F auprès de la BCG.

M. Nicolet expose quelques chiffres issus d'une étude du service « études et statistiques », datant de décembre 1999 et traitant la période allant du mois d'août 1997 à juillet 1999 :

- l'HG a traité 1539 dossiers d'avances AI
 - dont 878 étaient des dossiers déjà connus de l'HG (649 pour avoir déjà demandé par le passé une aide financière, et 229 pour avoir eu besoin d'une aide sociale)
 - ce qui représente une proportion de 57% de dossiers connus
- profil de la population :
 - 65% d'hommes, 35% de femmes

- âge moyen : 44 ans
- 52% de Suisses
 - ⇒ dont 18% de Genevois
- 48% de ressortissants étrangers
 - ⇒ dont 82% de personnes au bénéfice d'un permis C
 - ⇒ dont : 14% de Portugais, 7% d'Italiens, 7% d'Espagnols, 3% de ressortissants de l'ex-Yougoslavie

M. Nicolet expose ensuite les chiffres d'une seconde étude, datant de janvier 2002 et traitant la période allant du mois d'août 1997 à décembre 2001 :

- l'HG a traité 2396 dossiers d'avances AI
 - o dont 62% n'ont pas eu de réponses de l'AI
 - o dont 37,5% ont obtenu de l'AI une réponse positive
 - o dont 0,5% ont obtenu de l'AI une réponse négative
- en ce qui concerne les remboursements, l'HG a été remboursé :
 - o partiellement par le rétroactif de l'AI et partiellement par l'OCPA (18% des dossiers)
 - o entièrement par le rétroactif de l'AI (14% des dossiers)
 - o supérieurement dans 6% des dossiers : en effet, la décision de l'AI peut être antérieure au dépôt de demande AI.
 ⇒ sur un ordre général, 98% des réponses positives sont remboursées intégralement par l'AI et l'OCPA confondus.
- durée moyenne de traitement : 29 mois
- durée médiane de traitement : 23 mois

M. Cuénod indique que le chiffre sur la subsidiarité figurant dans la motion 1497 a été actualisé pour l'année 2002 :

- 6692 dossiers, qui représentent 2,9% de la population résidente
- l'HG verse, à titre d'avances :
 - o 28% d'avances AI
 - o 14% d'avances chômage
 - o 9% d'avances OCPA
 ⇒ 51% des prestations versées par l'HG sont dues au fait que ces mêmes prestations n'ont pas été versées en amont, au moment où elles auraient dû être versées.

Pour M. Cuénod, c'est là le point positif des deux motions (1467 et 1497), qui posent toutes deux le problème de la subsidiarité ; il demande en effet s'il

est normal que l'HG mette 51% de son budget pour les avances. L'HG est donc tout à fait favorable à la clarification proposée par les motions.

A une question d'une commissaire au sujet de la différence entre minimum vital et minimum social, M. Cuénod répond que le Tribunal fédéral n'a pas tranché en la matière mais qu'à Genève, le Tribunal administratif considère le montant attribué aux requérants d'asile comme le minimum vital.

S'agissant de la différence entre avances sur assurance chômage et AI, M. Nicolet répond que celle-ci réside dans la durée de traitement. Les avances de l'HG sur assurance chômage, même représentant 14% des dossiers, sont bien moindres que les avances AI.

3. Audition de M. J.-F. Novel, directeur *ad interim* de l'OCAI

En ce qui concerne les avances AI, M. Novel indique qu'elles sont remboursées à l'HG si la réponse est positive, ce qui arrive dans environ 90% des cas. Le problème, c'est que pendant des années il n'y a eu aucun suivi chiffré des avances à l'OCAI ; cela est aujourd'hui en cours de mise en place. Pour répondre au grand retard de l'OCAI, la priorité 2003 a été axée sur les dossiers de plus de 2 ans. Au 1^{er} novembre 2002, il y avait 1964 assurés en attente depuis plus de deux ans ; au 1^{er} septembre 2003, ils sont 1166 ; cela représente une baisse de 40%. M. Novel indique que l'objectif pour la fin 2003 est d'arriver à 500-600 dossiers de plus de deux ans. Ainsi, la question des avances va se modifier quantitativement au cours de ces prochains mois. Cependant, elle ne va pas disparaître, puisqu'il existe des demandes de moins de 2 ans, dont les demandeurs sont en situation financière précaire. Au niveau quantitatif, l'HG a informé l'OCAI qu'au mois de mars 2003, il s'occupait de 1316 dossiers d'avances AI. L'OCAI a contacté l'HG au mois de mai, pour lui demander d'établir une liste des gens qui perçoivent des avances AI. Dès que cette liste sera connue de l'OCAI, ce dernier séparera les dossiers de plus de 2 ans et les dossiers de moins de 2 ans ; les premiers passeront dans la priorité 2003, et les seconds feront l'objet d'objectifs plus fins pour 2004.

M. Novel indique qu'en janvier 2003, il y avait 9 352 dossiers en suspens. Il met en garde contre la confusion possible entre « en retard » et « en suspens ». L'OFAS estime qu'il faut un an pour traiter un dossier. Le retard réel en janvier était de 3 362 dossiers, dont environ 2 000 de plus de deux ans. Il note qu'il y a 12 000 nouvelles demandes chaque année. En août 2003, malgré les nouvelles demandes arrivées en cours d'année, le nombre de dossiers en suspens était de 8 398, ce qui représente une baisse de 8%. Ainsi, le fait de mettre la priorité sur les dossiers en attente depuis plus de deux ans a créé une synergie positive.

M. Novel expose ensuite les propositions pour l'avenir de l'OCAI :

1. à court terme : maintenir l'objectif des 500 dossiers de plus de deux ans pour fin 2003 ;
2. mettre en place un outil au sein de l'OCAI pour mieux connaître les dossiers qui font l'objet d'avances (objectif 2004) ;
3. à moyen terme : faciliter le travail de la CCGC (caisse de compensation) en lui transmettant des messages clairs sur les dossiers pour qu'elle puisse prendre des décisions en 30 jours et non en 3 ou 4 mois comme aujourd'hui, ce qui permettrait donc d'interrompre les avances à 30 jours ;
4. faire en sorte qu'il ne soit plus nécessaire d'attendre le délai d'une année incompressible, afin de gagner quelques précieux mois ;
5. mettre en place des indemnités journalières pour le processus de réadaptation ;
6. en ce qui concerne les objectifs pour 2004, M. Novel indique qu'il faut attendre d'avoir la liste de l'HG, et d'avoir pu l'analyser, avant de prendre des décisions.

A une question d'une commissaire, M. Novel pense qu'il n'y a jamais eu d'étude réalisée sur la typologie des demandeurs d'AI. Toujours est-il que les situations AVS et les situations de mineurs sont généralement vite traitées ; ce sont les demandes d'adultes qui posent le plus de problèmes.

Une autre commissaire demande ce qui génère un tel retard dans le traitement des demandes: lacune de procédure, manque de moyens (de médecins, de centres d'évaluation) ?

M. Novel répond qu'il n'y a aucun problème de manque de personnel. Le problème est que la priorité aurait dû être axée depuis longtemps sur les demandes de plus de 2 ans, ce qui n'avait pas été fait. Il faut aujourd'hui que l'OCAI apprenne à plus et mieux communiquer avec l'extérieur (médecins, assureurs, monde de l'emploi, etc.). De plus, en ce qui concerne les médecins du service médical, M. Novel regrette qu'ils ne soient pas formés pour être des experts ; cependant, une formation est en passe d'être mise en place.

4. Position du DASS à l'égard de la motion

M. P.-F. Unger dit que la motion pose à l'évidence de vraies questions qui ne peuvent être éludées, mais qu'elles sont polymorphes en matière de réponses. En résumé, elles demandent de traiter les situations problématiques de manière plus digne, ce qui lui semble tout à fait légitime. Il fait le point de la situation, expliquant qu'il y a eu des démarches, toutes n'ayant malheureusement pas abouties :

- sur le plan législatif :
 - deux projets de loi sont en gestation, dont le projet de loi sur le revenu déterminant unique, qu'il espère voir très prochainement adopté par le Conseil d'Etat;
 - l'autre projet de loi concerne la suppression de la dette d'assistance ;
 - ces deux projets de loi amèneront plus d'équité, plus d'accessibilité, et plus de visibilité.
- sur le plan de l'organisation :
 - il tient à rendre hommage au travail et à la compétence de M. Novel, qui s'attache à tisser des liens organiques avec le monde entourant l'OCAI et qui pousse le travail de cet office à être effectué plus rapidement ;
 - il y a l'enjeu d'une formation plus poussée dans la médecine du travail et dans la médecine AI. Mais ce travail est difficile à réaliser, car il relève du domaine de la Faculté ;
 - pour axer sur l'anticipation, il ne devrait pas être obligatoire d'attendre les 720 jours pour commencer à réfléchir ;
 - il pense que l'on pourrait également sensibiliser le personnel paramédical dans les HES.
- sur le plan des décisions :
 - le cash-pooling réglera le problème de la ligne de crédit de l'HG ; une convention a été signée par tous les partenaires : DASS, DF et HG ;
 - ouvrir un COMAI, indépendant de la Faculté dans un premier temps. Pour cela, Genève a d'ores et déjà l'accord des autorités bernoises.

5. Audition de M^{me} K. Bellinazzo Spahni, directrice à l'Office cantonal du logement

M^{me} Bellinazzo Spahni explique que l'allocation logement est une aide personnalisée, versée directement au bénéficiaire. Elle est soumise à deux conditions : il faut que le loyer représente une charge trop lourde et qu'un échange avec un logement moins onéreux représente un inconvénient majeur. Cette allocation s'adresse aussi bien aux locataires du parc subventionné (HLM, HBM, etc.) qu'aux locataires du parc non subventionné, pour autant que l'appartement en question ait été agréé par l'Office.

M^{me} Bellinazzo Spahni affirme qu'il n'est pas incompatible d'être à l'assistance et de bénéficier d'une allocation logement. Ce sont les

prestations de l'OCPA qui sont incompatibles avec les allocations de logement.

En ce qui concerne la question de savoir s'il est possible d'envisager un effet rétroactif pour le laps de temps séparant le dépôt et l'octroi de la demande d'allocation logement, M^{me} Bellinazzo Spahni indique qu'elle a préparé un document qui précise à quel moment l'allocation est versée. Pour le secteur subventionné, le délai maximal de prise de décision (30 jours dès réception du dossier complet) est largement respecté ; les demandes sont aujourd'hui traitées à 15 jours. Pour le secteur non subventionné, il y a une procédure supplémentaire : l'homologation du logement. Pour ce faire, le délai maximal est de 60 jours, mais l'OCL peut parfois parvenir à le faire en un mois ; cette procédure demande l'intervention d'un technicien spécialisé, et ils ne sont que trois.

6. Audition de MM. B. Bourrit, président, et J.-M. Guinchard, secrétaire général de l'AMG

Relations avec l'Office cantonal AI (OCAI)

L'OCAI a été reçu à deux reprises ces dernières années par les représentants des présidents des divers groupes de spécialistes de l'AMG. Ceux-ci n'avaient pas senti de volonté de dialogue de la part de l'OCAI mais les choses ont évolué de manière plus constructive et une nouvelle séance a eu lieu le 3 septembre 2003 dans les locaux de l'AMG, en présence du juriste de l'OCAI, et du médecin-chef du Service médical régional.

Constats

1. Rapports médicaux

- a. Les responsables de l'OCAI ont souligné aux représentants de l'AMG que la qualité des rapports médicaux était en général bonne, mais il a été précisé qu'il existait des exceptions.

Décision : Le Bureau de l'AMG, voire son Conseil, sont prêts à recevoir les doléances de l'AI basées sur des faits concrets afin d'intervenir le cas échéant auprès des praticiens concernés.

b. Contenu des rapports et réponses aux questions

Pour l'OCAI, les réponses fournies par le médecin ne sont pas toujours utilisables. En effet, selon le juriste de l'OCAI, toutes les questions qui sont posées aux médecins doivent pouvoir être utilisées dans le contexte juridique des procédures de recours et de contentieux.

Pour les médecins, ce questionnaire représente le désavantage d'être « fermé », ce qui laisse peu de place à des interprétations qu'il serait souhaitable de développer. D'autre part, ces questionnaires sont une spécificité genevoise qui est notamment demandée par le service de réadaptation.

Néanmoins, dans le cadre de la réadaptation, le médecin devrait pouvoir se prononcer uniquement sur la volonté du patient de se réinsérer et pas forcément sur les aspects purement techniques liés à la possibilité d'une réinsertion.

Enfin, ces questionnaires sont adressés à des médecins spécialistes, qui ne sont pas forcément les médecins de premier recours et ce, deux ans après que le médecin a vu le patient, ce qui rend la rédaction d'un rapport un peu plus compliquée.

Décision : L'AMG désignera un petit groupe de travail qui sera chargé de rédiger un nouveau questionnaire-type qui soit plus accessible aux médecins.

c. Motivation

Les rapports à l'intention de l'OCAI sont difficiles à remplir et représentent pour le médecin un carcan. Comme cité ci-dessus, c'est la projection de l'utilisation juridique future qui provoque pour un médecin des difficultés d'appréhension.

De surcroît, la rémunération octroyée, compte tenu du temps consacré et de la responsabilité assumée, est proprement ridicule. Cette situation est toutefois améliorée avec la Tarmed.

2. Réadaptation

Traditionnellement, on considère que l'AI intervient après un arrêt de travail prolongé de 2 ans. Ainsi, après 1 an, la demande est déposée par le patient. On ignore encore trop souvent qu'une demande de réadaptation peut être faite dans les quatre premiers mois.

Décision : L'OCAI diffusera mieux cette information.

3. Expertises

Seuls les psychiatres sont réellement formés pour effectuer des expertises puisque leur formation postgrade les y oblige. Les autres spécialistes n'ont pas cette formation obligatoire.

De plus, les psychiatres voient déjà leurs consultations surchargées, donc ils ne disposent guère de temps supplémentaire à consacrer à des expertises.

De surcroît, la Société suisse de psychiatrie déconseille les experts à plein temps, sans pratique privée.

Enfin, la rémunération n'est guère motivante, là non plus.

Décision : L'OCAI se met à disposition de l'AMG pour l'organisation de cours de base et de cours de remise à niveau.

4. Conclusions

- a. La nouvelle organisation de l'OCAI a permis de sérieux progrès dans le traitement des dossiers et les relations avec l'AMG.
- b. La « préméditation » juridique voulue à juste titre par l'OCAI dans des dossiers sujets à recours ne facilite pas la prise de position des médecins.
- c. Le climat d'incertitude actuel, la crise économique et la fragilisation de la population la poussent à s'adresser aux médecins pour des problèmes qui ne sont pas forcément médicaux, mais inhérents à une évolution sociale qu'il faudrait traiter en amont.

M. Bourrit ajoute que l'on remet difficilement au travail quelqu'un qui s'est trouvé loin du monde du travail depuis longtemps. Heureusement, les retards les plus considérables ont été absorbés. De plus, avec la mise en place du Service médical romand, le problème est en train de se résorber de lui-même.

Sur le moment où le médecin envisage un éventuel recours à l'AI, M. Bourrit explique que le médecin est en position difficile car il existe une relation, voire une complicité, entre le médecin et son patient, surtout si le

patient souffre de maladie chronique. Ainsi, le médecin se sent un peu l'avocat de son patient et va l'aider à déposer sa demande AI.

M. Bourrit indique que l'AMG a décidé deux choses, à savoir :

1. publier elle-même les certificats d'arrêt de travail, d'une durée d'un mois maximum ;
2. mise en place d'un cours destiné aux jeunes médecins qui s'installent afin de les sensibiliser à la problématique.

L'une des motionnaires pense qu'il faut également davantage axer la réflexion sur la notion de réinsertion, qui peut souvent être envisageable, au lieu de recourir systématiquement à l'AI. Tout dépend de la manière dont les situations personnelles sont abordées : la personne se perçoit et se projette dans l'avenir en fonction de ce qu'on dit d'elle. Pour cela, il faut que les médecins prennent conscience de ce que sous-entend l'établissement d'un certificat médical. Le rôle du médecin est de déterminer si le patient peut ou ne peut pas travailler ; mais le plus souvent, dans la réalité, elle dit être confrontée à des situations où le médecin reconnaît que la personne ne veut pas travailler. Il ne s'agit donc plus d'une question de pouvoir ou non, mais de par la relation thérapeutique qu'il entretient avec son patient, le médecin a parfois des difficultés à dire non. La commissaire demande quelle est l'attitude des pairs à ce sujet, et quel soutien un médecin peut-il en attendre. Elle demande également comment l'AMG se situe par rapport aux « filières » de médecins qui délivrent des certificats médicaux avec plus de facilité que les autres.

En ce qui concerne la notion de réinsertion au travail sous une autre forme plutôt que l'évincement plus ou moins définitif du monde du travail, M. Bourrit répond qu'il existe un groupe de travail, avec des professionnels du bâtiment en particulier, mais malheureusement, rien de très concret n'est encore sorti de ces discussions. Sur la difficulté du médecin à dire non à son patient, et le dérapage de la relation médicale vers une situation où le médecin se laisse prendre au jeu de son patient, l'AMG ne peut malheureusement pas beaucoup agir, sauf dans les cas des « filières » de médecins, dont les noms sont connus. Concernant ces derniers, l'AMG peut alors prendre des mesures, comme infliger des amendes, lesquelles sont assez considérables, assure-t-il.

En ce qui concerne la problématique générale du médecin qui a peine à dire non à son patient, il existe une méthode qui a fait ses preuves : demander aux assurances l'avis de leur médecin conseil ; cela se passe relativement bien, à condition que l'intervention du médecin conseil soit rapide. M. Guinchard regrette en outre qu'il n'y ait pas de culture de médecine du

travail en Suisse ; cela n'est pas enseigné à la Faculté et les médecins pensent qu'ils vont vivre très mal cette relation avec les syndicats, les responsables de sécurité, les chefs d'entreprise, etc. Il existe cependant une commission regroupant des médecins du travail qui ont eu une très bonne expérience. M. Guinchard revient sur la notion de retour au travail sous une autre forme : dans la réalité, cela n'est pas toujours envisageable. En effet, il y a à Genève un tissu de PME, qui estiment ne pas pouvoir se permettre d'assumer la charge que cela représente.

Par ailleurs, il indique que l'AMG tient une liste de ces médecins à disposition. Ainsi, rien n'empêcherait l'HG d'établir un contrat avec un médecin conseil. Le recours au médecin conseil a une réelle efficacité.

7. Audition de M. N. Ankers, directeur de l'Office cantonal de l'emploi

En préambule, M. Ankers assure que la question des délais de traitement est une préoccupation quotidienne de l'OCE, de même que la question de la collaboration interinstitutionnelle.

M. Ankers indique que dans les 12% mentionnés dans la motion, il y a une partie de personnes qui ont déposé une demande à l'OCE, mais dont la situation financière est tellement précaire qu'ils ont besoin de recourir à l'assistance. Il précise que pour ces personnes-là, un projet est en train de se mettre en place. Outre ces personnes, il faut signaler le cas des personnes qui déposent une demande d'assistance car elles ne peuvent pas vivre uniquement avec l'assurance chômage, leur situation financière étant déjà très précaire avant le licenciement.

D'un point de vue plus général, M. Ankers rappelle que les gens qui s'inscrivent à l'assistance publique doivent prouver qu'ils ne peuvent pas toucher d'autres prestations, et cela en vertu du principe de subsidiarité de l'assistance. M. Ankers indique qu'il existe également des demandeurs d'emploi qui ont failli à leurs obligations vis-à-vis de l'OCE, et qui sont sous le coup d'une suspension d'indemnités journalières. Dans l'intervalle, il est possible qu'ils aient recours à l'assistance.

En ce qui concerne la première catégorie de personnes, M. Ankers indique qu'il faut distinguer l'inscription au chômage (faite dans les ORP) de l'indemnisation proprement dite, qui se fait par le biais d'une caisse de chômage. Il y a à Genève plusieurs caisses privées et une caisse publique qui toutes ont des délais de traitement différents. En ce qui concerne la caisse publique, le délai est de 3 à 5 semaines. Il note que ce délai peut augmenter en fonction de la disponibilité des collaborateurs et du nombre de demandes déposées. Dans les cas extrêmes, l'OCE est habilité à procéder à des avances,

ce qu'il fait. M. Ankers note que les assurés ont leur part de responsabilité dans ces délais. En effet, il y a en permanence environ 500 dossiers (sur les 6000 à 7000 que traite l'OCE) auxquels il manque des pièces et qui ne peuvent pas être traités.

Conclusions de M. Ankers :

1. Les assurances sociales doivent veiller à maintenir des délais de traitement les plus courts possibles.
2. Dans le cas des indemnités de chômage, le rôle de la caisse publique n'est que partiel, puisqu'elle n'occupe que 50% à 60% de parts du marché. Dans son cas, la plupart des retards sont dus à des assurés qui ne fournissent pas les pièces qu'on leur demande. Les délais de traitement de la caisse publique genevoise sont meilleurs que ceux de certaines caisses privées.
3. Le fait que des personnes puissent être inscrites simultanément auprès de différents organismes n'est dû qu'à la législation, qu'elle soit cantonale ou fédérale.
4. La collaboration entre les organismes a une forte valeur ajoutée. La collaboration s'est améliorée mais beaucoup reste encore à faire.

8. Discussion

Tous les groupes sont d'accord d'entrer en matière sur la motion 1497, certains pensant qu'il serait nécessaire de lui apporter quelques amendements.

L'une des motionnaires reconnaît que de grands efforts ont été réalisés du côté de l'OCAI, mais que la motion fait référence à d'autres problématiques (allocations d'étude, SCARPA, chômage, etc.). Elle estime que le revenu déterminant unique améliorera ces problèmes mais comme il n'est pas encore en place, il est important de gérer la transition. Elle relève que la motion 1497 n'a pas pour ambition que le CE règle tous les problèmes, mais de mettre en évidence les choses qui ne fonctionnent pas et de rappeler la raison d'être de l'assistance.

Une commissaire de l'Alternative tient à saluer l'effort de l'OCAI dans le traitement des dossiers. Elle relève néanmoins que ces retards poussent les gens à s'adresser à l'assistance qui offre le strict minimum pour vivre.

Le chef du DASS estime que toutes les questions soulevées au cours de l'examen de cette motion sont pertinentes. L'Etat ne peut toutes les résoudre mais il doit faire en sorte qu'il y ait plus de coordination, puisque les structures ne correspondent plus aux besoins actuels.

Un commissaire de l'Entente tient à relever le fait que dans une problématique aussi difficile, c'est déjà un succès de réunir les suffrages de toute la commission. Il pense que le message politique à faire passer est de mettre en place rapidement le projet de partenariat entre l'OCE et l'HG.

Suite à cette discussion, le groupe libéral a préparé les propositions d'amendements suivantes :

invite le Conseil d'Etat

- à veiller à ce que les demandes d'allocations et de prestations d'assurance soient traitées avec diligence afin de réduire au maximum les délais d'attente qui contraignent des personnes et des groupes familiaux à solliciter une aide financière de l'assistance publique, obligeant l'HG à jouer un rôle de « banquier des assurances sociales et de certaines administrations cantonales » ;
- à coordonner et **simplifier, dans la mesure des compétences cantonales**, les politiques institutionnelles de toutes les administrations et établissements servant des allocations de réajustement ou des prestations d'assurance afin d'améliorer et de renforcer la cohérence de la politique cantonale en matière de sécurité sociale ;
- ~~à assurer pour ce faire que des moyens en conséquence, notamment des effectifs, soient alloués à ces services et à simplifier leur procédure d'octroi afin d'éliminer toute redondance ;~~ ⇒ *invite supprimée*
- à définir dans les meilleurs délais un concept de revenu déterminant unique appelé à permettre l'octroi d'allocations de comblement ; ⇒ *pas d'amendement*
- à promouvoir une politique d'aide sociale centrée sur la réhabilitation sociale des personnes et la réinsertion professionnelle (**AI, chômage, RMCAS, etc.**)

1^{re} invite

Pour : unanimité des personnes présentes (1 AdG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 L, 1 UDC).

2^e invite

Pour : unanimité des personnes présentes (1 AdG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 L, 1 UDC).

3^e invite (suppression)

Pour : 10 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 L, 1 UDC)

Contre : 0

Abstention : 1 (1 AdG)

L'une des motionnaire admet que le contenu n'était pas forcément à sa place parmi les invites. Cependant, pour gérer au mieux la transition, il faut que cette notion soit prise en considération

4^e invite (pas de modification)

Pour : unanimité des personnes présentes (1 AdG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 L, 1 UDC).

5^e invite

Pour : unanimité des personnes présentes (1 AdG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 L, 1 UDC).

Au vote d'ensemble, la motion ainsi amendée est adoptée à l'unanimité des personnes présentes : 1 AdG, 2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 L, 1 UDC.

Au bénéfice de ces explications, je vous invite, Mesdames et Messieurs les député-e-s, à faire un bon accueil à cette proposition de motion ainsi amendée et à la renvoyer au Conseil d'Etat.

Proposition de motion (1497)

destinée à éviter le recours inapproprié à l'assistance publique pour les personnes en attente de décisions d'assurances sociales ou d'instances administratives par un traitement diligent de leurs dossiers

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
considérant:

- que nombre de personnes sont contraintes de solliciter des prestations d'assistance en raison des lenteurs de traitement de leurs dossiers par diverses administrations, telles que l'Assurance invalidité, l'Assurance chômage, les caisses d'assurance perte de gains, le Service d'allocation logement, etc. ;
- que celles-ci font inutilement les frais de complexité de procédures ou de circonvolutions administratives qui les mettent en peine de fournir les documents nécessaires, ce qui retarde d'autant le processus de prise de décision ;
- que le renvoi d'une administration à une autre, d'un service à un autre tend à être banalisé, alors qu'il constitue une forme de déni de droit, qu'il contribue à égarer l'usager dans les méandres de l'administration et qu'il fait perdurer la situation de besoin ou de détresse qui a amené ce dernier à solliciter une allocation ou une prestation d'assurance ;
- qu'il est injuste et inadéquat que les usagers subissent des préjudices en raison de dysfonctionnements institutionnels ou d'insuffisance de moyens alloués aux services concernés ;

invite le Conseil d'Etat

- à veiller à ce que les demandes d'allocations et de prestations d'assurance soient traitées avec diligence afin de réduire au maximum les délais d'attente qui contraignent des personnes et des groupes familiaux à solliciter une aide financière de l'assistance publique, obligeant l'Hospice général à jouer un rôle de « banquier des assurances sociales et de certaines administrations cantonales » ;

- à coordonner et simplifier, dans la mesure des compétences cantonales, les politiques institutionnelles de toutes les administrations et établissements servant des allocations de réajustement ou des prestations d'assurance afin d'améliorer et de renforcer la cohérence de la politique cantonale en matière de sécurité sociale ;
- à définir dans les meilleurs délais un concept de revenu déterminant unique appelé à permettre l'octroi d'allocations de comblement ;
- à promouvoir une politique d'aide sociale centrée sur la réhabilitation sociale des personnes et la réinsertion professionnelle (AI, chômage, RMCAS, etc.).