



Date de dépôt : 16 avril 2024

Rapport

**de la commission de l'économie chargée d'étudier le projet de loi
du Conseil d'Etat modifiant la loi en matière de chômage (LMC)
(J 2 20)**

Rapport de Julien Nicolet-dit-Félix (page 4)

Projet de loi (13367-A)

modifiant la loi en matière de chômage (LMC) (J 2 20)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Art. 1 Modifications

La loi en matière de chômage, du 11 novembre 1983 (LMC – J 2 20), est
modifiée comme suit :

Art. 9, al. 2 (abrogé, les al. 3 à 6 anciens devenant les al. 2 à 5)

Art. 10A, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)

¹ La cotisation est calculée au début de l'assurance sous la forme d'un
pourcentage, fixé par le Conseil d'Etat, applicable au montant de l'indemnité
de chômage brute à laquelle l'assuré a normalement droit.

² La cotisation reste calculée sur la base du montant de l'indemnité de chômage
à laquelle l'assuré a normalement droit, indépendamment de l'indemnité
effectivement versée.

Art. 14 Annonce (nouvelle teneur avec modification de la note)

¹ La demande de prestations, accompagnée du certificat médical, doit être
introduite par écrit auprès de l'autorité compétente dans un délai de 10 jours
ouvrables après épuisement du droit aux indemnités journalières au sens de
l'article 28 de la loi fédérale.

² Le Conseil d'Etat règle la procédure ainsi que les conséquences de
l'inobservation des délais.

Art. 14A, al. 3 (nouvelle teneur)

³ Il doit apporter la preuve de son incapacité de travail en produisant un
certificat médical à l'autorité compétente. Celle-ci peut en tout temps ordonner
un examen médical par un médecin-conseil, aux frais du fonds de
compensation visé à l'article 21A de la loi.

Art. 15 (nouvelle teneur)

¹ Les prestations sont versées au bénéficiaire dès la fin du droit aux indemnités au sens de l'article 28 de la loi fédérale jusqu'à concurrence de 270 indemnités journalières cumulées dans le délai-cadre d'indemnisation fédérale.

² Elles ne peuvent toutefois pas dépasser le nombre des indemnités de chômage auquel le bénéficiaire peut prétendre en vertu de l'article 27 de la loi fédérale.

Art. 18A, al. 1 (nouvelle teneur)

¹ Lorsque l'autorité compétente verse des prestations au sens de l'article 11 et qu'ultérieurement une autre assurance sociale fournit, pour la même période, des prestations qui entraînent une surindemnisation, l'autorité compétente en exige le versement à elle-même en vertu du principe de la compensation, en s'adressant à l'assureur compétent.

Art. 21, al. 1 (nouvelle teneur)

¹ Le Conseil d'Etat fixe le taux de cotisation à charge du chômeur, au sens de l'article 10 de la présente loi. Il ne peut être supérieur à 4%.

Art. 21A Fonds de compensation (nouveau)

¹ Il est constitué un fonds de compensation relatif aux prestations complémentaires cantonales de chômage en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle (ci-après : fonds), ayant pour but d'assurer l'équilibre financier de ces dernières.

² Le fonds est alimenté notamment par les cotisations d'assurance perte de gain prélevées sur les indemnités de chômage.

³ Le fonds est utilisé pour couvrir les prestations pour incapacité de travail versées aux bénéficiaires. Il ne peut pas être utilisé pour couvrir les coûts de fonctionnement du service chargé de délivrer les prestations.

Art. 2 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Rapport de Julien Nicolet-dit-Félix

La commission de l'économie s'est réunie à cinq reprises, les 12 et 26 février ainsi que les 4, 11 et 18 mars 2024, pour traiter ce projet de loi sous la présidence de M. Jean-Marc Guinchard.

Les procès-verbaux ont été pris avec rigueur et efficacité par M^{me} Sophie Gainon.

La commission a auditionné M^{me} Delphine Bachmann, conseillère d'Etat chargée du DEE, accompagnée de M. Dominique Ritter, directeur financier au SG DEE. Elle a ensuite auditionné des représentants de la CGAS et de l'UAPG. Elle a finalement proposé une nouvelle audition à M^{me} Bachmann, cette fois-ci accompagnée de M. Charles Barbey, directeur général de l'OCE, et de M^{me} Ingrid Unterlerchner, secrétaire générale adjointe au DEE.

Que ces personnes soient chaleureusement remerciées de leur précieuse collaboration.

En bref

Le projet de loi déposé par le Conseil d'Etat vise à ancrer dans la loi le fonds de compensation permettant de financer les pertes de gains des personnes au chômage en cas d'incapacité de travail une fois que leur droit aux indemnités fédérales est échu.

En effet, le pilotage de fonds, qui existe sur la base d'un arrêté du Conseil d'Etat de 2008, mérite d'être précisé. Au cours des quinze dernières années, il a successivement cumulé des montants importants (jusqu'à 30 millions de francs), puis s'est retrouvé chroniquement déficitaire, au point de nécessiter le vote d'un crédit complémentaire d'environ 4 millions de francs à l'automne 2024, pour parvenir à payer les indemnités dues.

Le Conseil d'Etat propose donc de faire figurer ce fonds dans l'article 21A de la LMC (loi en matière de chômage) et de préciser les modalités de cotisations, de démonstration de l'incapacité de travail, la durée des prestations et la fixation du taux.

Après de riches auditions et des débats animés sur ces différents points, la commission a largement voté le projet de loi, en y intégrant les amendements proposés par le département suite aux remarques faites par les commissaires et certaines entités auditionnées.

Les modalités débattues et retenues sont les suivantes :

- L'assurance demeure obligatoire. Sa cotisation est perçue sur la base de l'indemnité chômage à laquelle l'assuré a normalement droit, indépendamment de l'indemnité réellement perçue (qui peut être plus faible en cas de gains intermédiaires ou de pénalités).
- Le taux de cotisation maximum passe de 5% à 4%. Il est fixé par le Conseil d'Etat.
- Les montants à disposition du fonds sont exclusivement utilisés pour financer des prestations. La gestion du fonds est à la charge de l'Etat. En revanche, le recours au médecin-conseil est à la charge de l'assuré.

En détail, séance par séance

Séance du 12 février 2024 : audition de M^{me} Delphine Bachmann, conseillère d'Etat, et de M. Dominique Ritter, directeur financier au DEE

M^{me} Bachmann explique que ce PL est le résultat d'un très long serpent de mer dont elle a en partie hérité à son entrée en fonction. Pour rappel, aujourd'hui, une personne au chômage peut toucher, en cas de maladie, des indemnités au niveau fédéral à hauteur de 44 indemnités journalières (art. 28 LACI). Le fonds cantonal est en fait un relais après épuisement du droit aux indemnités journalières fédérales. C'est un dispositif complémentaire. Dans certains cantons, ce dispositif n'existe pas. Il est actuellement financé par un taux fixé par le Conseil d'Etat de manière réglementaire. Actuellement, la loi plafonne le taux de cotisation à 5%. Le PL prévoit de réduire ce plafond à 4%. Le taux de cotisation réel est fixé dans le règlement. Ce taux s'adapte en fonction des besoins. Il faut aussi savoir qu'une décision a été prise, à un moment donné, que ce soit un fonds public. Les frais de gestion sont également à la charge du fonds. Les cotisations doivent donc couvrir actuellement non seulement les dépenses en termes de versements aux bénéficiaires mais aussi les frais de fonctionnement. Les frais annuels de gestion sont estimés à environ 800 000 francs pour 2023. Ce fonds a eu une réserve à hauteur de 29 millions de francs. Ce qui a amené le Conseil d'Etat à baisser par voie réglementaire le taux de cotisation à 2% et le fonds a entamé une lente descente.

La situation est progressivement devenue problématique et, à son arrivée, M^{me} Bachmann a organisé des réunions tripartites et décidé de rehausser la cotisation à 3,75% au 1^{er} octobre 2023 et de ne pas faire payer aux chômeurs actuels le déficit accumulé au cours des années précédentes, raison pour laquelle un crédit supplémentaire a été présenté à la commission des finances, qui a été accepté et qui visait à remettre le fonds à 0.

Enfin, troisième mesure, ce PL qui prévoit un plafonnement du taux de cotisation à 4% (au lieu de 5%) et la prise en charge par l'Etat et non plus par le fonds des frais de fonctionnement, de manière à faire en sorte que les cotisations prélevées financent les prestations et non pas le fonctionnement. Donc, il y a trois points : remise du fonds à 0, augmentation du taux de cotisation réel de 2% à 3,75% et projet de loi qui garantit aux différentes parties que les cotisations ne monteront pas au-delà de 4%. Du côté du patronat il n'y a pas eu de franche opposition sur cet accord. De la part des syndicats, il y a des craintes quant à l'augmentation du taux de cotisation, car il est vrai que le passage d'un taux de cotisation de 2% à 3,75% était brutal.

M. Ritter explique que, fin 2022, ils avaient un solde positif de 1,5 million et si aucune mesure n'avait été prise, ils seraient à fin 2023 entre 7 et 8 millions de déficit. Avec le crédit de 4,7 millions accordé par la commission des finances, le solde est à 0 au 31 décembre et ils ont dépensé environ 4,6 millions et des poussières sur les 4,7 millions.

M^{me} Bachmann ne peut pas expliquer que les déficits se sont accumulés sans hausse du taux de cotisation. Sans doute parce qu'il n'est pas vraiment porteur d'augmenter un taux de cotisation chez les personnes au chômage.

Un commissaire (Ve) demande quelle est l'évolution ces dix dernières années du nombre de personnes ayant droit.

M. Ritter répond qu'en moyenne en 2012 ils étaient à 312 bénéficiaires et qu'ils sont à 470 en 2023.

M^{me} Bachmann ajoute que le nombre de personnes qui cotisent dépend du nombre de chômeurs. En lien avec le covid, il y a eu une période où la courbe a augmenté, mais sinon ils n'ont pas l'impression qu'il y a eu une augmentation massive du nombre de bénéficiaires. Il y a une certaine stabilité.

Ce même commissaire (Ve) demande si le taux de 4% est vraiment un maximum.

M^{me} Bachmann confirme que c'est un plafond. Le taux réel est fixé par voie réglementaire. Comme il y avait des inquiétudes sur l'augmentation du taux réel, en échange, le plafond a été limité à 4%. Evidemment, le Conseil d'Etat peut réadapter par voie d'arrêté le taux réel si besoin. L'engagement a été pris de faire le point de situation au mois de juin 2024.

M. Ritter confirme que ce taux n'a jamais été atteint.

Un député (S) demande si c'est une cotisation qui pourrait être paritaire aussi avec les employeurs. Dans le cadre cantonal, la réponse serait non, mais il demande concernant le cadre fédéral.

M^{me} Bachmann n'a pas fait l'analyse du cadre fédéral. Elle estime qu'on a un fonds où les frais de fonctionnement sont payés par l'Etat et que c'est le juste équilibre des choses, et ce projet est socialement équitable. L'Etat a payé 4,6 millions en crédit supplémentaire, paie les frais de fonctionnement et met en place un dispositif complémentaire.

Un député (PLR) rappelle que son groupe avait refusé ce crédit supplémentaire avec l'UDC à la commission des finances. Ce qui pose réellement un problème, c'est le taux maximum à 4% et les frais de fonctionnement. Il ne voit pas ce qui peut justifier le fait que les frais de fonctionnement ne soient plus à la charge du fonds. Il demande à voir les chiffres. Il pense que la vraie réflexion tourne autour de ces 5%.

M^{me} Bachmann explique que passer à 4% ou plus n'a jamais été nécessaire par le passé en pratique. Elle n'est pas préoccupée par ce taux, d'autant plus que le nombre de bénéficiaires n'a pas connu une grande variation. C'est un équilibre dans le paquet. Les discussions tripartites ont permis d'arriver à cela et elle défend ce compromis-là.

Ce même député (PLR) pense que le taux aurait dû être augmenté bien plus tôt.

M^{me} Bachmann le regrette, mais elle n'était pas en fonction et donc ne peut rien y faire.

Ce même commissaire (PLR) demande comment cela est géré dans les autres cantons.

M^{me} Bachmann peut demander le comparatif à l'OCE.

M. Ritter rappelle que, dans certains cantons, il n'y a rien.

Un commissaire (UDC) estime qu'une cotisation de 4% pour des demandeurs d'emploi est assez conséquente. Il demande comment la Confédération justifie qu'elle ne couvre pas la prestation sur toute la durée de période de chômage. Ensuite, si une personne a vraiment besoin de prestations au-delà de 270 jours, il y a peut-être une demande à l'AI qui semblerait logique et il se demande si une collaboration avec l'AI serait pertinente. Si vraiment les gens sont en dehors du cadre du chômage à ce moment-là, d'autres prestations comme l'aide sociale peuvent entrer en ligne de compte.

M^{me} Bachmann répond sur les 270 jours que c'est une décision qui a été prise de fixer 270 jours et pas plus. La Confédération est souvent moins généreuse que les cantons. Sur le lien avec l'AI, c'est une question très spécifique et elle n'a pas la réponse mais, si elle se souvient bien, lorsque les employeurs identifient des situations de manière précoce, il y a des pré-inscriptions à l'AI qui se font de manière anticipée. Elle imagine que c'est la

même chose dans ce cas. Elle reviendra vers la commission avec plus d'informations.

Ce même commissaire (UDC) demande si les 270 jours constituent vraiment une limite-cadre ou, si une personne est au chômage pendant 2 ans, elle aurait droit à 270 jours maximum d'indemnité maladie.

M. Ritter leur transmettra les critères y relatifs. Il y a une table à ce sujet.

Un commissaire (PLR) reprend les propos de M. Barbey en commission des finances, à savoir que la Confédération prend en charge 45 jours et ensuite le canton prend en charge à hauteur de 275 jours d'indemnités. Il y a une confusion.

M^{me} Bachmann pense que c'est 270 indemnités journalières cumulées dans le délai-cadre d'indemnités fédérales. Donc c'est 45 jours payés par la Confédération.

Ce même commissaire (PLR) comprend donc que la Confédération paie 45 jours, le canton de Genève paie ensuite pendant 270 jours. Le seul autre canton qui fait cela c'est Vaud et, dans tous les autres cantons, la personne en question se retrouve à l'aide sociale ou a la possibilité d'accepter l'assurance perte de gain de son ancien employeur.

Un commissaire (PLR) aimerait bien avoir l'historique de cette mesure. Il aimerait connaître les arguments pour justifier cela. Si la maladie dure trop longtemps, autant que la personne aille à l'aide sociale.

M^{me} Bachmann pense qu'à l'époque la réflexion avait été faite et qu'il a été estimé que 270 jours de plus c'était une durée acceptable pour potentiellement une maladie longue, mais pour permettre un retour sur le marché du travail et éviter un basculement à l'aide sociale. Ils vont leur transmettre la table de suivi au niveau financier.

Ce même commissaire (PLR) demande s'il y a bien une douzaine de millions qui sont dépensés par année.

M. Ritter répond que 19,5 millions de prestations sont versées.

Un commissaire (S) demande s'il est possible d'obtenir la répartition des personnes inscrites au chômage qui cotisent, de voir leur niveau médian de cotisation.

M^{me} Bachmann répond qu'elle va voir avec l'OCE s'ils ont ces données.

Un commissaire (PLR) aimerait savoir s'ils arrivent à retrouver pourquoi le taux de cotisation a été diminué à 2%.

M^{me} Bachmann répond que c'est parce que le fonds était excédentaire.

Séance du 24 février 2024 : audition de M. Jean-Luc Ferrière, cosecrétaire général du SIT, et M^{me} Célia Barrez, secrétaire syndicale et gestionnaire de dossier au SIT, représentants de la CGAS

Les amendements proposés par la CGAS constituent l'annexe 1 de ce rapport.

M. Ferrière déclare que la CGAS soutient le projet de loi, mais a néanmoins quelques demandes d'ajustements. Elle s'est déjà prononcée dans le cadre d'une consultation cet été, car l'OCE avait soumis les propositions à ce moment. La CGAS avait demandé, sans succès, un report de l'augmentation des cotisations à la charge des assurés au 1^{er} janvier 2024 au vu de la brutalité d'une augmentation de près de 90% dans le contexte de la hausse du coût de la vie. Elle avait aussi demandé des compléments d'information sur les comptes et les bilans annuels de ce fonds, car les données sur lesquelles la CGAS devait prendre position étaient lacunaires, mais elle n'a obtenu que peu de réponses.

Concernant **l'article 9 al. 2**, la CGAS soutient l'abrogation.

Au sujet de **l'article 10A**, elle a une proposition d'amendement, car il y a un taux servant à calculer l'indemnité de départ mais ensuite un montant fixe doit être payé par les assurés, quelle que soit l'indemnité effectivement perçue. Le taux est fixé au départ pour l'indemnité théoriquement versée, alors qu'il peut y avoir un gain intermédiaire entraînant une indemnité partielle, un délai d'attente, ou autre. Il serait mieux d'établir un modèle avec un taux sur l'indemnité effectivement versée. Le taux serait le même, mais le montant serait différent d'un mois à l'autre. Le modèle actuel est incompréhensible pour les assurés, et la CGAS propose la modification suivante : « la cotisation est prélevée sous la forme d'un pourcentage fixé par le Conseil d'Etat sur l'indemnité journalière versée à l'assuré », avec l'abrogation des alinéas 2 et 3 qui deviennent inutiles.

Au regard de **l'article 14**, la CGAS soutient la suppression du délai d'attente qui ne fait pas de sens, car il y a déjà la condition des 30 jours de la LACI et les PCM qui prennent le relais. Il n'est pas logique de créer un délai d'attente au milieu d'une indemnisation. La CGAS approuve de passer le délai de 5 à 10 jours, car les assurés éprouvent des difficultés pour entreprendre des démarches dans un délai restreint lorsqu'ils sont malades. Cependant, la formule actuelle proposée par le Conseil d'Etat, à savoir un délai de 10 jours ouvrables après épuisement du droit aux indemnités journalières au sens de l'article 28 de la loi fédérale, pose un problème, car les assurés ne connaissent pas les détails du droit. Ce n'est qu'au moment où ils touchent les dernières indemnités correspondant à leur droit qu'ils vont savoir qu'il est épuisé. De

plus, la date de l'épuisement du droit peut ne pas correspondre avec celle du dernier versement, et le délai de 10 jours après l'extinction du droit peut être épuisé sans que l'assuré en ait connaissance. La CGAS propose donc la formulation suivante : « 10 jours après le versement des dernières indemnités correspondant au droit aux indemnités journalières au sens de l'article 28 ».

Concernant **l'article 14A**, la CGAS approuve la modification, mais l'échéance au 5 du mois pose problème, car une maladie ne se déclare pas le 1^{er} du mois, et les CM peuvent aller du 15 au 15, par exemple. L'assuré pourrait donc ne pas être en mesure de fournir le certificat le 5 du mois. La CGAS propose la modification suivante : « 5 jours après l'échéance du précédent certificat d'incapacité de travail ».

Quant aux **articles 15, 18A, 21 al. 1 et 21A**, la CGAS n'a pas de commentaire et les approuve.

Un commissaire (PLR) s'enquiert d'un exemple chiffré pour l'article 10A.

M. Ferrière donne l'exemple d'une personne sans enfants au bénéfice d'un salaire confortable de 10 000 francs s'inscrivant à la caisse le 2 février. Son délai d'attente est de 20 jours ouvrables, et la personne ne sera pas indemnisée en février alors que la caisse lui enverra une facture pour les PCM de 270 francs. Sur la base du taux de cotisation, un montant annuel est défini, mais un montant fixe est prélevé chaque fois sur les fiches de salaire. La proposition de la CGAS est de passer au modèle d'autres assurances comme celui de la LAMal. Dans l'exemple, l'assuré ne cotisera pas en février car il ne touchera rien, mais cotisera à chaque fois 3,75% de ce qu'il touchera comme indemnité pour le mois. L'indemnisation concrète changeant d'un mois à l'autre, l'idée est de prendre 3,75% du montant versé. De même, lors d'un gain intermédiaire qui couvrirait 50% de l'indemnité, il faudra cotiser sur les 50% de l'indemnité.

Ce même commissaire (PLR) souhaite avoir la confirmation que cette proposition a deux avantages, à savoir de lier la cotisation au moment où l'indemnité est reçue, et d'établir un taux fixe avec un montant variable. Par rapport à l'article 14, il se demande si le but de l'augmentation du délai n'est pas justement de couvrir l'écart entre le 1^{er} du mois et la date de versement effective.

M. Ferrière indique que la CGAS avait fait valoir, lors de la consultation, que certains assurés avaient de la peine à respecter le délai de 5 jours, surtout lorsqu'ils sont malades. Le passage à 10 jours ne résout pas tout, il serait mieux de caler les 10 jours sur la date de versement plutôt que celle du droit.

Ce même commissaire (PLR) pense, au sujet de l'article 21 al. 1, que le but est d'équilibrer le fonds et qu'il serait possible de prendre plus que 4%.

M. Ferrière mentionne que l'exposé des motifs présente l'évolution des chiffres, et que le taux de cotisation n'a jamais dépassé 4%. L'absence de vision sur le fonds a engendré les problèmes, pas le taux. Le covid a apparemment pesé dans la balance, mais un fonds doit normalement être contrôlé. Le taux de 4% n'a jamais été nécessaire et cela laisse une marge suffisante, si le pilotage du fonds est renforcé, pour prendre des mesures au moment opportun.

Un autre commissaire (PLR) revient sur l'assiette pour le calcul. La loi mentionne le montant de l'indemnité auquel l'assuré a normalement droit. S'il n'y a pas droit, c'est en raison d'un délai de suspension consécutif à une erreur de la part de l'assuré ou d'une démission. Pendant ce délai, la personne serait tout de même assurée. Les cotisations doivent être neutres et les personnes n'ayant pas subi de suspension risquent de payer pour celles ayant commis des erreurs. L'amendement de la CGAS n'est donc pas cohérent. En cas de suspension, la personne est toujours au chômage, même si elle ne touche rien, et devrait donc payer sa cotisation.

M. Ferrière comprend l'objection. Le modèle du prélèvement sur une indemnité rend problématique le fait de maintenir ce prélèvement lorsque l'assuré ne touche rien ou partiellement. L'amendement de la CGAS est dans la norme des prélèvements sociaux. La vision de rétorsion sur les assurés n'est pas adéquate.

Un commissaire (UDC) relève que les 4% de cotisation sur une indemnité représentent tout de même un montant élevé, et les délais d'attente et la perte de 20% du revenu viennent s'y ajouter. De plus, une solidarité est imposée à l'ensemble des bénéficiaires de la caisse de l'OCE, alors que leur objectif est de rechercher un emploi, non de fournir une solidarité pour la situation éventuelle où ils seraient dans l'incapacité de le faire. Deux cantons ont introduit le système de solidarité obligatoire et il s'enquiert de l'avis de la CGAS à ce sujet.

M. Ferrière déclare que la question de l'importance du taux de cotisation renvoie au cercle des cotisants contrairement aux autres assurances perte de gains, qui ne sont pas obligatoires en Suisse, ce qui est problématique. Pour ces assurances, les employeurs cotisent à hauteur de 50%, l'autre moitié étant à la charge des employés. Pour l'assurance-chômage, il n'y a pas d'employeurs et la cotisation est entièrement à la charge des assurés. Un montant entre 2% et 4% n'est pas choquant, au vu du fait qu'il n'est pas possible de le diviser en deux. Concernant la solidarité, tout le système d'assurance sociale est une forme de mutualisation, et il est judicieux que le canton de Genève ait décidé de compléter l'indemnisation de 30 jours, un assuré malade n'étant pas forcément en état de chercher un emploi. Le modèle proposé est le plus

intéressant, à moins de choisir d'étendre le champ des cotisants au-delà de celui des seuls assurés.

Un commissaire (S) a compris que l'accord est d'augmenter le taux de cotisation tout en fixant un plafond plus bas que celui qui est actuellement dans la loi. Cependant, le taux est d'une importance non négligeable pour les bas revenus. Il se demande si, dans le cadre des négociations, d'autres systèmes ont été évoqués.

M. Ferrière répond par la négative, car les négociations sectorielles ne touchent pas cet aspect qui est interprofessionnel. Il existe des fonds de compensation par secteur pour des cas particuliers.

Une autre commissaire (S) revient sur la question des cotisations fixes ou basées sur le revenu. Elle souhaite savoir si le modèle préconisé par la CGAS aurait une incidence positive sur la facturation, en évitant d'envoyer des factures aux personnes ne touchant pas de revenu.

M. Ferrière ne possède pas les statistiques exactes. Il y a effectivement une dimension administrative, mais la démarche actuelle elle-même va à contresens. Le SECO promet depuis des années un nouveau logiciel de gestion pour la caisse de chômage.

Cette même commissaire (S) mentionne un cas dans lequel un montant pour un gain hypothétique est fixé, l'assuré a un gain intermédiaire et cotise le montant sur le gain hypothétique, mais tombe malade et possède une couverture perte de gain pour le gain intermédiaire. Elle demande donc si la personne recevra des indemnités pour les deux couvertures, ou s'il aura cotisé au-delà de ce qu'il peut toucher.

M. Ferrière explique que des directives font imputer ce que l'on toucherait à travers un gain intermédiaire, y compris la perte de gain du gain intermédiaire, sur ce que verseraient les PCM. Les assurés y sont perdants.

M^{me} Barrez ajoute que les assurés viennent demander aux PCM le montant pour lequel ils ont cotisé. Il n'y a néanmoins pas de base légale.

Un commissaire (UDC) s'enquiert du délai valable au-delà de la période de l'OCE.

M. Ferrière indique qu'en cas de maladie, 30 jours sont payés dans le cadre des indemnités LACI. A partir de là, les PCM se déclenchent. Après 270 jours ouvrables, tout s'arrête et c'est problématique, car l'AI ne rentre en matière qu'après 2 ans. Il y a donc un trou dans la couverture sociale. La plupart des assurances pertes de gain en emploi couvrent une période d'environ deux ans, après laquelle l'AI prend le relais. Une personne tombant malade alors qu'elle est au chômage sort du cadre et il faudrait trouver un système permettant la

jonction avec l'AI, car ces cas sont minoritaires mais très problématiques, et l'AI rembourse l'assurance perte de gain.

Séance du 4 mars : audition de M^{me} Stéphanie Ruegsegger, secrétaire patronale (UAPG), et M^{me} Anny Favre-Sandmeier, secrétaire générale (UFGVV)

M^{me} Ruegsegger indique que l'UAPG a été consultée par le département au sujet du projet de loi l'été dernier. A cette occasion, l'UAPG avait émis quelques remarques, à savoir que la situation telle que présentée (augmentation des cas, diminution de l'assiette de financement en raison de la baisse du taux de chômage) avait interrogé, car il n'était pas clair si elle était due à une conjoncture particulière comme la crise covid, ou si elle s'expliquait par des changements plus structurels. Le covid avait été déclaré en grande partie responsable de l'augmentation des cas, mais il apparaît dans l'exposé des motifs que la problématique est antérieure à la pandémie. Il serait de bon aloi de connaître les raisons exactes. L'UAPG déplorait également que la correction du taux soit intervenue aussi tardivement. Le Conseil d'Etat devait être au courant de la situation, mais il n'a pas effectué le changement à l'époque. Dans ce cas de figure, l'UAPG estime qu'il n'est pas du ressort des chômeurs de rattraper le déficit engendré par cette réaction tardive. Finalement, il a été relevé qu'un comparatif avec le canton de Vaud aurait été judicieux dans la mesure où Genève et Vaud sont les seuls cantons ayant une assurance perte de gain obligatoire. Néanmoins, le système vaudois diffère, car l'indemnisation est diminuée à 170 jours ouvrables lorsque le bénéficiaire a droit à 260 indemnités de chômage, à 130 jours pour un droit à 200 indemnités, et à 60 jours pour un droit à 90 indemnités. Cela signifie que le système vaudois est plus restrictif. Il y a par ailleurs un délai de carence de 5 jours, et de 2 jours à Genève. Le taux de chômage vaudois est également plus bas que le taux genevois.

M^{me} Favre-Sandmeier commente les articles. Elle a effectué une comparaison avec les assurances privées. Par rapport à l'article 14, la suppression de l'obligation de fournir un certificat médical original est une bonne chose, mais le rallongement du délai de 5 à 10 jours n'est pas compréhensible, car il est de 3 jours dans le privé. La suppression du délai d'attente est aussi étonnante, les coûts de l'assurance ayant vraisemblablement augmenté en raison de la diminution du nombre de chômeurs et de l'augmentation des cas de maladie. L'article 21 surprend également, car la baisse du plafonnement du taux de cotisation n'est pas logique au vu de l'augmentation de ce taux. La création d'un fonds duquel est exclue la prise en compte des frais de gestion est contradictoire, car ils devraient normalement

être compris dans le taux d'assurance. Si l'Etat souhaite les prendre à sa charge, il s'agit d'indiquer clairement la manière de les calculer et à qui ils sont facturés.

Un commissaire (PLR) s'enquiert de la situation dans les cantons n'ayant pas d'assurance perte de gain obligatoire, car cela signifie qu'une personne en incapacité de travail ne reçoit aucune prestation.

M^{me} Ruegsegger indique que la personne peut passer par une assurance privée.

M^{me} Favre-Sandmeier ajoute que l'assurance fédérale prévoit une petite indemnité.

M^{me} Ruegsegger complète en déclarant que cela ressemble à l'assurance facultative pour les indépendants. L'assurance était auparavant optionnelle à Genève.

Une commissaire (S) se réfère à la comparaison avec le système privé et demande quel serait le taux moyen d'une assurance perte de gain par employé.

M^{me} Ruegsegger répond que cela dépend des risques et qu'il est difficile de comparer. Les cas de cancer, par exemple, font augmenter les taux de la prime de l'indemnité perte de gain, raison pour laquelle beaucoup de petits commerces n'ont pas ce genre d'assurance.

Cette même commissaire (Ve) s'enquiert de la comparaison avec une grande entreprise ayant la même masse salariale que l'ensemble des chômeurs avec les mêmes conditions d'octroi et de délai de carence, et souhaite savoir si le taux serait équivalent à 4%.

M^{me} Favre-Sandmeier ne peut apporter de réponse exacte, mais a connu des taux plus élevés dans une petite structure. Dans une grande structure, la répartition des coûts par rapport aux cotisants fait baisser les coûts.

Un commissaire (PLR) questionne l'UAPG sur d'éventuelles discussions entre l'Union et les syndicats et la conclusion d'un accord.

M^{me} Ruegsegger dévoile que des discussions ont eu lieu, même si les deux entités ne sont pas toujours d'accord. Néanmoins, il y a certaines convergences d'opinion, comme le fait de ne pas faire payer aux chômeurs le retard de réaction de l'Etat, et de prendre le temps de procéder au changement législatif.

Ce même commissaire (PLR) se renseigne sur des propositions d'amendements de la part de l'UAPG, notamment au sujet des frais de fonctionnement.

M^{me} Ruegsegger n'a pas de proposition d'amendement concrète, mais réitère que les frais de fonctionnements devraient être intégrés dans la prime.

Le choix revient néanmoins aux députés et à l'Etat. Cependant, il faudrait connaître les raisons de l'augmentation des cas, ainsi que leur profil.

M^{me} Favre-Sandmeier ajoute qu'il ne faudrait en tout cas pas revenir sur des éléments diminuant les coûts comme le délai d'attente.

Ce commissaire (PLR) dévoile que la CGAS a fait part de propositions d'amendements, et il demande l'avis de l'UAPG, par exemple sur l'article 10A. La CGAS a souhaité passer d'un système de montant fixe pour les cotisations à une cotisation qui serait un pourcentage des indemnités effectivement versées.

M^{me} Favre-Sandmeier concède que c'est un problème, mais il faudrait que l'employeur ait également une assurance perte de gain qui couvre, car sinon il se retrouvera dans une période où il dépassera l'échelle de Berne appliquée par l'entreprise et il n'aura pas d'assurance perte gain qui couvrira autant que les prestations. Ce n'est donc peut-être pas une bonne idée de supprimer.

Ce même commissaire (PLR) revient sur la proposition d'amendement de la CGAS par rapport à l'article 14 al. 3. Elle proposait que le délai pour produire un certificat médical coure dès l'échéance du précédent CM, car il n'est pas cohérent de demander un certificat 5 ou 10 jours après le début du mois, les dates de validité pouvant être variables.

M^{me} Favre-Sandmeier réitère qu'elle comprend 5 jours après l'inaptitude au placement. Le texte actuel est donc clair, et il serait disproportionné de passer de 5 à 10 jours. Un problème rencontré dans les assurances privées est le fait que certaines personnes font établir des certificats rétroactifs, et donner plus de temps pour fournir un certificat donne plus de temps pour trouver un médecin complaisant. 3 jours seraient même suffisants.

Un commissaire (UDC) a été intéressé par la comparaison entre Vaud et Genève. Il demande s'il y a ici une base légale pour que l'Etat s'adresse à un assureur privé afin d'établir cette assurance.

M^{me} Rueggsegger explique que l'Etat jouera ici le rôle de l'assureur.

Une commissaire (S) ne comprend pas si l'UAPG est en faveur d'une couverture autre que la fédérale ou si l'Union remet en question l'entier de la couverture.

M^{me} Rueggsegger pense qu'il est du ressort des députés de décider si l'assurance obligatoire devrait ou non être maintenue. L'UAPG est simplement étonnée que le système soit adapté au vu du fait que les cotisations ne couvrent plus le coût des prestations, mais que les coûts soient augmentés et le plafonnement du taux des cotisations établi à 4% au lieu de 5%. Il serait vraiment judicieux de regarder le fonctionnement du système vaudois.

M^{me} Favre-Sandmeier déclare qu'il faut se poser la question de la manière d'agir si l'assurance augmente. Elle compare avec le privé, pour lequel une augmentation des coûts de l'assurance perte de gain engendre une réduction des prestations ou une prise de participation plus grande des frais de la part de l'employeur.

Un commissaire (Ve) revient sur l'instabilité du fonds qui n'est pas forcément liée à l'augmentation du nombre de cas mais au fait qu'il y a proportionnellement plus de chômeurs concernés. Il y a moins de personnes au chômage, mais celles qui sont dans cette situation sont peut-être plus susceptibles d'avoir des ennuis de santé. Il se demande si l'instabilité est structurelle et s'il ne faudrait pas envisager une possibilité de financement complémentaire aux cotisations sur les personnes au chômage. Des cotisations patronales ont été suggérées, mais la position de l'UAPG est aisée à deviner.

M^{me} Ruegsegger confirme que cela serait illégal. Pour une cotisation patronale, il faut un patron, et il n'y en a en l'occurrence pas, à moins de définir l'Etat comme tel. Une cotisation paritaire serait établie entre l'Etat et les chômeurs, mais en tout cas pas avec les entreprises. Concernant la diminution de l'assiette, qui n'est pas suivie d'une diminution du nombre de cas, il faudrait vraiment connaître le profil et la typologie des cas. L'UAPG n'a pas d'élément de réponse, celle du covid n'étant pas satisfaisante.

Ce commissaire (Ve) concède qu'il existe peut-être un problème structurel, d'où la question d'un financement complémentaire, car il ne serait pas juste d'élever le taux des cotisations pour des personnes se trouvant déjà en situation délicate.

M^{me} Favre-Sandmeier refuse de faire porter ce poids aux entreprises. Les employeurs paient déjà une cotisation pour l'assurance-chômage.

M^{me} Ruegsegger propose de fournir une prise de position écrite à la commission le lendemain.

Un commissaire (UDC) jugerait intéressant d'avoir un tableau montrant les propositions de la Confédération, du canton de Vaud et de Genève.

Discussion interne

Le président indique qu'une série de questions seront transmises au département suite aux auditions de la CGAS et de l'UAPG. M^{me} Bachmann est prête à être à nouveau entendue, et elle doit fournir plusieurs documents émanant de l'office cantonal de l'emploi.

Un commissaire (Ve) précise qu'il faudrait intégrer à la liste des requêtes au département le comparatif, la question des frais de gestion, les raisons de l'augmentation des cas, ainsi que le délai pour les certificats médicaux.

Séance du 11 mars 2024 : audition de M^{me} Delphine Bachmann, conseillère d'Etat, M. Charles Barbey, directeur général de l'OCE, et M^{me} Ingrid Unterlerchner, secrétaire générale adjointe a.i., DEE

Les documents complémentaires présentés par le DEE constituent les annexes suivantes de ce rapport :

- *Annexe 2 : Articulation LACI-LMC et comparatif GE/VD*
- *Annexe 3 : Evolution financière du fonds PCM*

M^{me} Bachmann rappelle l'origine de la création du fonds, car elle a retrouvé le PL 8200 du 13 avril 2000 porté par M. Lamprecht. Auparavant, l'assurance perte de gain était facultative, et le projet avait eu pour but de la rendre obligatoire. La CGAS et l'UAPG avaient déjà été consultées et avaient donné leur accord de principe. La CGAS n'a apparemment pas changé d'avis depuis cette époque, car elle était déjà opposée au délai d'attente de 5 jours. Le PL avait été accepté, mais mettait les cotisations des chômeurs et les prestations versées dans les comptes de l'Etat. En 2008, l'Etat s'est rendu compte qu'il y avait un bénéfice et a décidé, par arrêté, de créer un fonds dédié. Si le Conseil d'Etat revient aujourd'hui avec ces projets de modification, c'est parce qu'un arrêté n'est pas, selon la LGAF, une base légale suffisante pour un fonds. Il est donc nécessaire d'établir une base légale formelle pour se conformer à la LGAF.

M^{me} Unterlerchner commente le premier tableau, qui présente l'articulation LACI-LMC ainsi que le comparatif LMC et l'équivalent vaudois. Elle rappelle que le droit fédéral prévoit aussi des indemnités journalières en cas de maladie. Elles sont de 44 au maximum pour des incapacités de travail perlées dans un délai-cadre de 2 ans en vertu de la LACI. En cas de maladie allant au-delà, la LMC, et son assurance cantonale, prend le relais pour un maximum de 270 indemnités journalières. La LMC conditionne les indemnités journalières pour maladie qui pourront être versées au nombre maximum d'indemnités de chômage auquel la personne a droit en vertu de la LACI. Selon la durée de cotisation et d'autres facteurs comme l'âge, le droit aux indemnités de chômage varie de 520 à 90. Si, en vertu de la LACI, une personne peut prétendre à 520 indemnités de chômage pendant le délai-cadre, elle aura droit au maximum de 44 indemnités journalières LACI et au maximum de 270 indemnités journalières LMC. Si en revanche elle n'a droit qu'à

90 indemnités de chômage en vertu de la LACI, son droit est limité à 90 indemnités journalières LMC en plus des 44 indemnités LACI.

Le canton de Vaud est le seul autre canton prévoyant un complément à la LACI. Genève prévoit actuellement un délai d'attente de 2 jours contre 5 pour Vaud. Concernant la durée des prestations, les cantons de Genève et de Vaud prévoient 270 indemnités journalières au maximum pour les chômeurs qui ont droit à 400 ou 520 indemnités de chômage en vertu de la LACI. Pour les chômeurs qui ont droit à 260, 200 ou 90 indemnités de chômage, le canton de Genève est plus généreux que Vaud, puisqu'il accorde un nombre d'indemnités journalières équivalent aux indemnités chômage auxquelles l'individu a droit en vertu de l'article 27 LACI, alors que le canton de Vaud réduit le droit aux indemnités journalières proportionnellement. Le taux de cotisation à Genève a été récemment élevé à 3,75% contre 2,8% pour Vaud. Les deux cantons ont dû adopter leurs taux en fonction des réalités conjoncturelles. L'alimentation des deux fonds cantonaux est identique et tous deux financent les prestations ainsi que l'administration du fonds. L'équilibre des comptes dans le fonds genevois est assuré par le taux de cotisation qui doit varier en fonction de la situation réelle. Subsidiativement, il est possible d'imaginer une intervention étatique. Dans la mesure où le taux de la cotisation peut être modifié par le biais du règlement, il est possible d'agir rapidement pour adapter le taux si nécessaire. Le plafond à 4% est suffisant pour donner au Conseil d'Etat la marge de manœuvre nécessaire pour assurer l'équilibre du fonds.

M^{me} Bachmann commente le deuxième tableau. Il présente l'évolution financière du fonds PCM de 2012 à 2023. Il est à souligner que, ces 3 dernières années, la moyenne des cotisants a tendance à baisser, tandis que celle des bénéficiaires se maintient. Le Conseil d'Etat suppose qu'il peut s'agir des conséquences du covid, mais le secret médical ne permet pas de déterminer la cause exacte. Cette tendance a néanmoins baissé entre 2022 et 2023, et le département surveille la situation de près. Le montant couvert par le crédit supplémentaire à la fin de l'année 2023 se trouve également dans le tableau, aujourd'hui le fonds est en train de redevenir bénéficiaire.

Un commissaire (S) ne comprend pas la diminution des charges de fonctionnement et de la perception des caisses pour 2023 dans le deuxième tableau. Il souligne qu'en 2022, il y a eu un total de charges de 1 043 437 francs avec une moyenne mensuelle de 388 bénéficiaires, alors qu'en 2023 il y a eu plus de bénéficiaires mais moins de charges, et il en demande la raison.

M. Barbey précise que le fonctionnement a été rationalisé, et les forces attribuées au niveau des prestations complémentaires maladie ont pu être réallouées. Aujourd'hui, il y a 3 personnes qui s'occupent des PCM contre 6-7

auparavant. La rationalisation a pu se faire notamment grâce à la suppression d'activités non conformes par rapport aux textes légaux.

M^{me} Bachmann explique que ces derniers propos sont en lien avec la prise de position de la CGAS, qui a constaté, par rapport à l'article 21A LMC, que « l'OCE [...] a changé sa pratique. Alors que jusqu'à présent, lorsqu'un-e assuré-e en gain intermédiaire se voyait prélever sur son salaire une cotisation pour assurer la perte de gain de ce salaire, il lui était possible de s'annoncer aux PCM qui remboursait une partie de la cotisation prélevée pour les PCM. Or l'OCE a informé au début de l'année avoir supprimé cette possibilité, et supprimé le poste de la personne du service affectée à cette tâche. Nous estimons que ce changement n'est pas correct, et que le remboursement de la part de cotisation pour PCM se superposant à la cotisation à une perte de gain pour un gain intermédiaire doit être rétabli. » Mais le remboursement effectué n'était pas conforme à l'article 10A LMC, raison pour laquelle la pratique a été supprimée. La cotisation fixe, valable pendant toute la durée de l'assurance indépendamment des circonstances, a été introduite en 2002 dans le cadre de l'adoption du PL 8200, et le département ne compte pas revenir sur une modification de cette pratique qui irait dans le sens de la demande de la CGAS. L'office effectue également un travail important pour réallouer des forces de terrain, telles que des conseillers ORP, en raison du taux élevé de dossiers de demandeurs d'emploi par conseiller.

M. Barbey ajoute qu'une pratique contraire au droit impacte sur la solidarité financière au niveau de la gestion des prestations complémentaires maladie. En cas de versement de prestations non prévues, la sinistralité est alourdie.

Un commissaire (PLR) constate que le tableau est éloquent. Il y a davantage de prestations versées que de revenu sur les trois dernières années, et il est étonnant qu'il ait fallu attendre aussi longtemps pour se rendre compte du problème.

M^{me} Bachmann avoue être tout autant interloquée par le manque de réaction, mais elle n'était pas en fonction à l'époque.

M. Barbey explique que l'Etat n'est pas un assureur, et a donc manqué d'un certain nombre d'outils prévisionnels. En 2017, l'idée de manœuvre était de faire une distribution, car la provision était trop importante, en partant du principe de faire des exercices négatifs sur les années suivantes. Malheureusement, la crise du covid a accéléré le processus, ainsi que l'augmentation de la durée au niveau des indemnités de chômage. Il n'y a pas de suivi pour modéliser et faire une simulation de primes en permanence.

M^{me} Bachmann concède que le département aurait dû s'en préoccuper avant, car il y a eu des signaux d'alerte qui n'ont pas été traités assez rapidement. La période 22-23 n'était pas favorable pour augmenter le taux de cotisation pour le fonds PCM. Toutefois, un monitoring mensuel rapproché du fonds a été mis en place par les directions financières du département et de l'OCE, et il permettra de prendre toutes les mesures nécessaires rapidement. La modification du taux étant une compétence réglementaire du Conseil d'Etat, cela peut se faire d'une semaine à l'autre.

Un commissaire (UDC) croit comprendre que l'assurance fédérale, au vu du fait qu'elle est accordée à hauteur de 400 ou 520 jours, avec trois autres possibilités de 260, 200 et 90, couvre cette assurance sur toute la durée du chômage d'une personne.

M^{me} Unterlerchner note une confusion entre les indemnités de chômage et les indemnités journalières, dites PCM. Le nombre d'indemnités de chômage auquel une personne a droit en vertu de la LACI va déterminer le nombre maximum de PCM auquel le chômeur aura droit en vertu de la LMC.

M^{me} Bachmann ajoute que les propos de M^{me} Unterlerchner se réfèrent aux indemnités auxquelles peuvent prétendre les personnes au chômage. Dans le cas présent, il s'agit des chômeurs en maladie, avec un autre référentiel. En cas de maladie, les personnes ne peuvent pas entreprendre de recherches d'emploi et perdent leurs indemnités, raison pour laquelle il est possible d'avoir 44 jours d'indemnités au niveau fédéral, et jusqu'à 270 indemnités au niveau cantonal, qui proviennent du fonds PCM pour lequel les chômeurs genevois cotisent spécifiquement. Le droit aux indemnités maladie est calculé par rapport au droit aux indemnités chômage. Le système genevois est en outre plus généreux que le système vaudois.

Ce même commissaire (UDC) s'enquiert d'une éventuelle différence au niveau des prestations versées entre Genève et Vaud.

M^{me} Unterlerchner répond que c'est la même chose, avec également un système de cotisations fixes.

Un commissaire (Ve) se réfère à la colonne H sur la prestation des caisses à 3 francs, car il voit plutôt 1000 francs par bénéficiaire, et requiert un commentaire à ce sujet.

M. Barbey précise qu'il faut prendre le taux moyen au niveau des chômeurs indemnisés, et qu'il y a après une répartition par caisse. Il s'agit d'une taxe administrative.

Ce même commissaire (Ve) demande quand le système de remboursement d'une partie de la cotisation prélevée pour les PCM en cas de gains intermédiaires a été aboli, et quels sont les montants en jeu.

M. Barbey répond que cette pratique avait été mise en place dans l'esprit d'une approche sociale, pendant 5 ou 6 ans. Le remboursement des cotisations a été pris en compte au niveau de la solidarité financière et cela a posé des problèmes. Il n'est pas possible d'évaluer les montants exacts en jeu.

Ce même commissaire (Ve) doute de la pertinence du taux de 4%, car la limite est déjà proche.

M^{me} Bachmann déclare que ce taux n'a jamais été atteint, et que l'augmentation brutale à 3,75% avait pour objectif de reconstituer une réserve. La fixation du taux à 4% faisait partie de l'équilibre du PL, mais même si le Conseil d'Etat pouvait monter jusqu'à 5%, il ne le ferait pas, sauf en cas de nécessité. Les signes montrent plutôt que le fonds se reconstitue et que le taux pourra sans doute être abaissé.

M^{me} Unterlerchner confirme que les chiffres sont positifs. Idéalement, le fonds devrait avoir une réserve entre 4 et 5 millions de francs en raison d'une forme d'inertie, avec des montants qui parviennent également de caisses privées. Pour permettre au Conseil d'Etat de réagir en fonction de la conjoncture, il est nécessaire d'avoir une réserve.

Ce même commissaire (Ve) s'enquiert de l'éventuelle fréquence de modification du taux en fonction de la situation.

M^{me} Bachmann précise que le département s'est engagé à réviser le taux en juin 2024, mais cela dépendra du monitoring, la tendance devant se confirmer. Le taux n'a pas été fréquemment changé lors des dernières années, à l'exception des trois dernières.

M. Barbey juge qu'il faudrait modifier le taux d'année en année, et qu'il n'est pas élevé en comparaison avec les assurances privées. Le taux de 2% était exceptionnel, mais le département est confiant quant à une prochaine diminution.

Le président s'enquiert des commentaires du département quant aux amendements proposés par la CGAS.

M^{me} Bachmann rappelle que les amendements concernent les articles 10A, 14 et 14A. Relativement à l'article 10A, la CGAS souhaite que le calcul des cotisations soit fait sur l'indemnité effectivement versée, ce qui abrogerait les alinéas 2 et 3. Pour le département, cette modification ne peut pas être acceptée, car il est déjà prévu que la cotisation est due pendant les jours de suspension et les périodes pendant lesquelles le chômeur réalise un gain intermédiaire. En revanche l'objectif est que l'assurance, qui est devenue obligatoire, garantisse l'équilibre entre prime et prestations, et à cet effet il avait été demandé lors de la séance de commission du 26 février que la formulation soit plus claire. Le département propose donc pour l'alinéa 2 la

formulation suivante : « La cotisation reste calculée sur la base du montant de l'indemnité de chômage à laquelle l'assuré a normalement droit, indépendamment de l'indemnité effectivement versée. »

Le deuxième amendement de la CGAS se rapporte à l'article 14 qui traite du délai dans lequel le chômeur doit faire sa demande de PCM. Dans le PL, la demande doit être faite dans un délai de 10 jours ouvrables après épuisement du droit aux indemnités LACI, et la CGAS souhaite modifier cette règle en fixant le délai de 10 jours ouvrables après réception des dernières indemnités. Dans les faits, le droit aux indemnités cantonales est mentionné lors de la réception des dernières indemnités, et le département ne s'oppose pas à cet amendement qui n'a aucune incidence financière.

Au sujet de l'article 14A sur le certificat médical, la CGAS souhaite que la loi prévoit que le certificat doit être produit au plus tard 5 jours après l'échéance du précédent CM ou le premier jour ouvrable qui suit cette date. L'OCE n'est pas opposé à cet amendement, mais M^{me} Bachmann estime qu'il est de la responsabilité du chômeur de présenter un CM en temps et en heure. Les CM n'allant cependant pas forcément de mois en mois, il serait possible de proposer une modification indiquant qu'il est de la responsabilité du chômeur de présenter un certificat médical avant échéance du certificat en cours. M^{me} Bachmann répète qu'elle n'est pas favorable au délai de 5 jours après échéance du dernier CM. Si la commission le souhaite, le département peut revenir avec une proposition d'amendement formelle.

Le département ne propose pas de modification pour l'article 21A sur les gains intermédiaires. Il souhaite conserver la disposition telle qu'initialement prévue et n'entrera pas en matière sur une formalisation de la pratique relevée par la CGAS.

Une commissaire (S) revient sur l'article 14A. La CGAS mettait en cause l'idée que le 5 du mois était la date butoir pour remettre un certificat, mais qu'une personne possédant un CM allant du 6 au 6 devra le remettre le 5 du mois suivant alors qu'une personne ayant un CM du 4 au 4 devra le donner avant le lendemain. L'amendement souhaitait une remise dans les 5 ou 10 jours, ce qui est plus proche de la réalité du travail en entreprise.

M^{me} Bachmann comprend la problématique des dates, mais ne souhaite pas entrer en matière sur une rupture de continuité. Avant chaque échéance du CM, le chômeur doit en fournir un nouveau.

Cette même commissaire (S) soutient que pour une personne qui consulte par exemple un vendredi, qui serait le dernier jour de validité de son CM, elle remettra le nouveau le lundi. La proposition de la CGAS évitait des

consultations inutiles. Le CM doit venir le plus rapidement possible après émission, mais ne pas forcément être émis le 4 pour une date butoir le 5.

M^{me} Bachmann va proposer un amendement pour cette problématique, mais ne veut pas autoriser les trous entre deux CM.

Cette même commissaire (S) demande si M^{me} Bachmann parle de l'émission ou de la remise. Elle-même mentionnait la remise.

M^{me} Bachmann suppose que l'OCE ne sanctionnera pas une remise le lundi avec une émission le vendredi. Théoriquement, il appartient au chômeur de s'organiser.

Le président rappelle à cet égard que les médecins ont des directives par rapport aux CM, notamment qu'ils ne doivent pas dépasser un mois. Généralement, le médecin propose de revoir le patient le mois suivant pour faire le point. 2-3 jours de décalage pour la remise ne posent certainement pas de problème.

M^{me} Bachmann répète que le département proposera un amendement, la commission souhaitant apparemment supprimer la mention du 5 du mois suivant.

Elle n'a pas eu connaissance de proposition formelle d'amendement de l'UAPG ou des commissaires, mais le département requiert l'opportunité de s'exprimer s'il devait y en avoir.

Séance du 18 mars 2024, en présence de M^{me} Ingrid Unterlerchner, secrétaire générale adjointe a.i., DEE

Le président rappelle que la commission a reçu trois propositions d'amendements de la part de la CGAS ainsi que deux de la part du DEE.

M^{me} Unterlerchner rappelle que l'amendement à l'article 10A, al. 2 est une proposition qui répond au désir de simplification exprimé par un commissaire (PLR). L'une des caractéristiques des cotisations prévues dans la LMC pour les prestations en cas de maladie est qu'elles sont fixes. Elles sont calculées au début de l'inscription au chômage et restent fixes pendant toute la durée du délai-cadre, indépendamment de l'indemnité effectivement versée. En cas de suspension, aucune indemnité n'est versée malgré le fait que la personne continue à cotiser. L'alinéa 2 actuel de la LMC en vigueur est repris tel quel dans le PL, hormis l'ajout de la mention de « brute ». Le DEE propose de reformuler plus clairement en mentionnant que la cotisation reste calculée sur la modalité de l'alinéa 1, indépendamment de l'indemnité effectivement versée.

Une commissaire (S) se demande pourquoi le taux n'est pas appliqué sur les indemnités versées.

M^{me} Unterlerchner déclare qu'il s'agit de conserver l'équilibre prime-prestations, et de connaître précisément les rentrées de l'assurance. Cette modalité avait été mise en place lorsque l'assurance est devenue obligatoire. Auparavant, les primes étaient calculées sur les indemnités effectivement versées.

Cette même commissaire (S) ajoute qu'il a été mentionné qu'il ne fallait pas tenir compte d'un gain partiel, car une personne avec un gain intermédiaire pourrait être à l'échelle de Berne. Si elle cotise moins lorsqu'elle est en gain intermédiaire, elle recevra moins. Dans le cas présent, la question est de savoir si l'indemnité reste fixe, ou si elle est établie en fonction de ce que la personne reçoit.

M^{me} Unterlerchner précise que les primes et les prestations restent fixes.

Un commissaire (PLR) approuve la nouvelle teneur proposée, car cela évite des défauts de prestations. Il faut garantir le principe d'équité par rapport aux autres assurés qui paieraient une prime totale et auraient droit aux mêmes prestations que ceux qui paieraient moins.

M^{me} Unterlerchner indique que la deuxième proposition d'amendement pour l'article 14A, al. 3 concerne le moment où il faut produire un certificat médical. Le libellé actuel est le même que celui figurant dans le PL, à l'exception du fait que l'alinéa 3 du PL n'exige pas le CM original. Le PL reprend l'actuelle disposition, mais a pour défaut de ne correspondre qu'à des maladies de longue durée qui se prolongent sur plusieurs mois. L'amendement est inspiré de la loi vaudoise, qui indique simplement qu'il faut apporter la preuve de l'incapacité de travail en produisant un CM à l'autorité compétente, cette dernière peut de plus ordonner un examen médical par un médecin-conseil en cas de doute, lequel sera financé par le fonds de compensation. Une disposition plus topique pour les maladies de longue durée pourra ensuite être prévue dans le règlement, lequel devra de toute manière aussi être modifié.

Un commissaire (PLR) requiert une précision quant à la mention de « production tardive » à l'alinéa 4.

M^{me} Unterlerchner énonce que cela fait référence à l'usage, qui veut qu'une personne doit fournir un CM dans les trois jours.

Ce même commissaire (PLR) ne trouve pas que cela soit très clair. En cas de maladie le 6, la personne aurait jusqu'au 5 du mois suivant pour transmettre un certificat médical. Il espère que le règlement apportera des précisions, car il faut différencier les maladies de courte et de longue durée. Pour les courtes maladies, le CM devrait être fourni rapidement.

Un commissaire (LC) déclare qu'il serait judicieux de se baser sur la coutume des 3 jours prévalant dans le privé pour les maladies de courte durée. Le règlement pourra fixer les détails.

Un commissaire (PLR) souhaite avoir la confirmation qu'une incapacité de travail pendant le chômage entraîne simplement l'inaptitude à effectuer des recherches et à être placé.

M^{me} Unterlerchner confirme ces propos et ajoute qu'en outre l'indemnité versée ne proviendra pas de la caisse, mais du fonds.

Une commissaire (S) se demande si la notion de médecin-conseil ne devrait pas plutôt se trouver dans le règlement, afin de pouvoir modifier ultérieurement plus facilement.

M^{me} Unterlerchner explique que le règlement mentionne déjà le médecin-conseil, mais la disposition légale précise que les frais engagés sont pris en charge par le fonds.

Un commissaire (LC) ajoute qu'une base légale est nécessaire pour obliger un employé à se soumettre à un examen effectué par un médecin-conseil désigné par l'employeur.

Une commissaire (S) s'interroge sur la possibilité qu'un employé requière lui-même un deuxième avis de la part du médecin-conseil.

M^{me} Unterlerchner atteste que la loi pose les principes, mais ne peut pas répondre plus précisément.

Un commissaire (Ve) se questionne sur le principe voulant que le fonds finance le recours à un médecin-conseil, étant attendu que l'article 21A déclare que ce fonds ne doit servir qu'à verser les indemnités. De son point de vue, le médecin-conseil ne fait pas partie des prestations.

M^{me} Unterlerchner indique que ce point a été examiné. L'article 21A exclut les frais de gestion du fonds, soit le travail de l'administration. Le recours à un médecin-conseil ne rentre pas dans cette catégorie, mais dans le cadre des prestations et de la solidarité instituée.

Le président demande si la commission est disposée à procéder au vote, et si un groupe désire reprendre à son compte les amendements de la CGAS, au vu du fait que les amendements ne peuvent être déposés que par le Conseil d'Etat ou les députés.

Un commissaire (Ve) reprendra la proposition de la CGAS concernant l'article 10A. De plus, il sous-amendera l'article 14A, al. 3 en ôtant la mention du médecin-conseil.

Votes

1^{er} débat

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 13367 :

Oui : 14 (2 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : –

Abstentions : –

L'entrée en matière est acceptée.

2^e débat

Le président procède au vote du 2^e débat :

Titre et préambule pas d'opposition, adopté

Art. 1 pas d'opposition, adopté

Art. 9, al. 2 (abrogé, les al. 3 à 6 anciens devenant les al. 2 à 5)

pas d'opposition, adopté

Art. 10A, al. 1 et 2 (nouvelle teneur)

Un commissaire (Ve) propose l'amendement de la CGAS à l'art. 10A :

« La cotisation est prélevée sous la forme d'un pourcentage, fixé par le Conseil d'Etat, sur l'indemnité journalière versée à l'assuré-e ». Les alinéas 2 et 3 seraient supprimés.

Un commissaire (PLR) déclare qu'en ce cas, il y aura moins de cotisations, et le taux devra être augmenté.

Un commissaire (Ve) estime qu'il est judicieux d'encourager les gains intermédiaires. Il est frustrant de payer des cotisations sur des indemnités non perçues. La cotisation est exprimée en pourcentage de l'indemnité, mais il serait dans l'intérêt de tous d'avoir une caisse de chômage dynamique et de prélever les cotisations sur les indemnités effectivement versées.

Ce même commissaire (PLR) demande si, en cas de gain intermédiaire, la totalité du gain est déduite de l'indemnité de chômage ou non. Si la totalité du gain intermédiaire n'est pas déduite, cela va dans le sens d'encourager ce type de gain.

Un commissaire (LC) répond que cela n'est en principe pas le cas.

Le président met aux voix l'amendement du groupe Vert à l'art. 10A :

« La cotisation est prélevée sous la forme d'un pourcentage, fixé par le Conseil d'Etat, sur l'indemnité journalière versée à l'assuré-e ». Les alinéas 2 et 3 seraient supprimés.

Oui : 4 (2 S, 2 Ve)

Non : 8 (1 LJS, 4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : 2 (2 MCG)

L'amendement est refusé.

Le DEE propose un amendement à l'art. 10A, al. 2.

Le président met aux voix l'amendement du DEE à l'art. 10A, al. 2 :

« La cotisation reste calculée sur la base du montant de l'indemnité de chômage à laquelle l'assuré a normalement droit, indépendamment de l'indemnité effectivement versée. »

Oui : 11 (2 S, 2 MCG, 4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : 1 (1 LJS)

Abstentions : 2 (2 Ve)

L'amendement est accepté.

Le président met aux voix l'article 10A ainsi amendé :

Oui : 10 (1 LJS, 2 MCG, 4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : —

Abstentions : 4 (2 S, 2 Ve)

L'article 10A, tel qu'amendé, est accepté.

Art. 14 Annonce (nouvelle teneur avec modification de la note)

pas d'opposition, adopté

Art. 14A, al. 3 (nouvelle teneur)

Un commissaire (Ve) propose un sous-amendement à celui du DEE à l'art. 14A, al. 3 :

« Il doit apporter la preuve de son incapacité de travail en produisant un certificat médical à l'autorité compétente. Celle-ci peut en tout temps ordonner un examen médical par un médecin-conseil. »

Un commissaire (MCG) demande qui va alors payer les frais du médecin-conseil, si l'argent n'est pas pris sur le fonds de compensation.

Ce commissaire (Ve) répond que l'Etat paiera, comme il paie les frais de gestion et de fonctionnement du fonds. L'esprit de l'article 21A laisse entendre que le fonds sert exclusivement à payer les prestations. Il faudra gérer les détails au niveau réglementaire.

Le président met aux voix le sous-amendement du groupe Vert à l'art. 14A, al. 3 :

« Il doit apporter la preuve de son incapacité de travail en produisant un certificat médical à l'autorité compétente. Celle-ci peut en tout temps ordonner un examen médical par un médecin-conseil. »

Oui : 6 (2 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)
Abstentions : 1 (1 LJS)

Le sous-amendement est refusé.

Le DEE propose un amendement à l'art. 14A, al. 3.

Le président met aux voix l'amendement du DEE à l'art. 14A, al. 3 :

« Il doit apporter la preuve de son incapacité de travail en produisant un certificat médical à l'autorité compétente. Celle-ci peut en tout temps ordonner un examen médical par un médecin-conseil, aux frais du fonds de compensation visé à l'article 21A de la loi. »

Oui : 12 (1 S, 2 Ve, 2 MCG, 4 PLR, 2 UDC, 1 LC)
Non : 1 (1 LJS)
Abstentions : 1 (1 S)

L'amendement est accepté.

Art. 15 (nouvelle teneur) pas d'opposition, adopté

Art. 18A, al. 1 (nouvelle teneur) pas d'opposition, adopté

Art. 21, al. 1 (nouvelle teneur)

Un commissaire (PLR) propose un amendement à l'art. 21, al. 1.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 21, al. 1 :

« Le Conseil d'Etat fixe le taux de cotisation à charge du chômeur, au sens de l'article 10 de la présente loi. Il ne peut être supérieur à 5%. »

Oui : 6 (1 LJS, 4 PLR, 1 LC)

Non : 8 (2 S, 2 Ve, 2 MCG, 2 UDC)

Abstentions : –

L'amendement est refusé.

Le président met aux voix l'art. 21, al. 1 (nouvelle teneur) :

Oui : 8 (2 S, 2 Ve, 2 MCG, 2 UDC)

Non : 6 (1 LJS, 4 PLR, 1 LC)

Abstentions : –

L'art. 21, al. 1 (nouvelle teneur) est accepté.

Art. 21A Fonds de compensation (nouveau)

Un commissaire (PLR) propose un amendement à l'al. 3, au vu du fait qu'il risque d'y avoir des frais supplémentaires si les 4% sont dépassés. L'Etat ne peut expliquer l'augmentation des demandes, et il serait regrettable que les prestations ne soient plus versées si le fonds est vide. Il propose l'amendement suivant :

« Le fonds est utilisé pour couvrir les prestations pour incapacité de travail versées aux bénéficiaires, ainsi que pour couvrir les coûts de fonctionnement du service chargé de délivrer les prestations. »

Un commissaire (Ve) ne comprend le sens de cet amendement, attendu que le PLR redoute que le fonds soit déficitaire tout en voulant lui attribuer une charge supplémentaire. Les personnes malades, sans emploi, et potentiellement à terme bénéficiaires de l'AI émargent peu ou prou à la solidarité publique. Il ne serait pas correct de faire peser sur elles une charge supplémentaire.

Un commissaire (MCG) confirme que cette proposition est selon lui indécente envers les chômeurs, alors que de prochaines rentrées d'argent ont été annoncées. La conseillère d'Etat mène de plus une politique révoltante en favorisant l'engagement de frontaliers au travers d'attaques systématiques contre les objets déposés par le MCG, qui visent à donner la priorité à l'engagement aux résidents genevois. Le PLR se montre ici très mesquin et peu au fait de la situation vécue par les personnes avec peu de moyens, et devra à terme assumer son irresponsabilité au niveau social.

Un commissaire (UDC) indique que son groupe n'a pas accepté d'aller au-delà de 4% en raison du fait que l'Etat requiert une solidarité entre chômeurs, mais qu'une limite doit tout de même être fixée. Pour une personne ne touchant que 24 indemnités, 4% représentent près d'un mois d'indemnités de chômage brutes, ce qui est conséquent.

L'auteur de l'amendement explique qu'aujourd'hui les frais de fonctionnement sont assurés par l'Etat sans aucune base légale. Il rappelle que le canton de Genève se montre plus généreux que le canton de Vaud sur le nombre d'indemnités de chômage données. Toutes les assurances font payer les frais de fonctionnement aux assurés.

Une commissaire (S) précise que les autres assurances sont paritaires.

L'auteur de l'amendement ajoute qu'il ne serait pas favorable à une suppression de cette assurance obligatoire, qui rend service aux chômeurs. Ceci étant, il est incorrect de faire payer au contribuable le fait que l'assurance n'arrivera pas à terme à couvrir ses prestations.

Le président met aux voix l'amendement PLR à l'art. 21, al. 3 :

« Le fonds est utilisé pour couvrir les prestations pour incapacité de travail versées aux bénéficiaires, ainsi que pour couvrir les coûts de fonctionnement du service chargé de délivrer les prestations. »

Oui : 5 (1 LJS, 4 PLR)

Non : 9 (2 S, 2 Ve, 2 MCG, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : –

L'amendement est refusé.

3^e débat

Un commissaire (PLR) souhaite que la commission se montre raisonnable, afin que la nécessité de voter un nouveau projet de loi, si le taux dépasse 4%, ne se présente pas. Il se demande comment la différence sera payée, attendu qu'il n'existe pas de base légale. Le Conseil d'Etat devra revenir avec une mesure.

Une commissaire (S) rappelle que la conseillère d'Etat et ses services ont assuré que le fonds était désormais soumis à un monitoring rapproché, et que son avenir se présentait sous de bons auspices. Elle juge que les inquiétudes du PLR n'ont pas lieu d'être.

Un commissaire (Ve) signale que, dans l'hypothèse où le taux de 4% venait à être dépassé, cela signifierait qu'il y aurait une situation de quasi plein emploi, soit que le taux de chômage chuterait drastiquement, tandis que celui

des personnes au chômage tombant malade augmenterait. Si ce scénario se produisait, les coûts de fonctionnement chuteraient, car il y aurait moins de personnes concernées. La question qui se pose est de savoir jusqu'où il est décevant possible de faire peser la cotisation sur les faibles revenus de ces personnes. De plus, le taux de 5% serait subjectif dans un scénario catastrophe où il n'y aurait plus que des chômeurs malades, et il sera nécessaire de trouver un autre fonctionnement. En sus, le taux de 4%, qui a de surcroît été proposé par le département lui-même, semble parfaitement raisonnable.

Un commissaire (UDC) revient sur le fait qu'une solidarité est imposée aux chômeurs, et que par conséquent une limite doit être fixée. Le groupe UDC approuve du reste ce projet de loi au vu de sa pertinence évidente, le nombre de bénéficiaires étant considérable et étonnant, en tenant compte du fait que ces personnes avaient déjà bénéficié des 44 jours d'indemnités de la Confédération.

Un commissaire (PLR) tient à rassurer la commission sur le fait que le PLR se préoccupe des personnes en difficulté. Néanmoins, cette assurance obligatoire n'existe pas dans le reste du pays, hormis dans le canton de Vaud, qui se montre moins généreux. Un monitoring du fonds a certes été mis en place, mais le taux s'élève déjà à 3,75%, ce qui ne laisse qu'une faible marge de manœuvre. Fixer ce taux à 5% serait donc plus judicieux afin d'éviter que le Conseil d'Etat revienne devant la commission en urgence.

Un autre commissaire (PLR) constate que le fonds a été déficitaire ces dernières années, et il ne voit pas en quoi établir le taux à 5% poserait problème si ce taux n'est pas censé être atteint. Il trouverait regrettable de réduire les prestations pour les aligner sur celles offertes par le canton de Vaud. Le taux est tout de même passé de 2% à 3,75%, ce qui est inquiétant. Il s'agit de ne pas avoir à renflouer à nouveau ce fonds, et donc de conserver le taux de 5% qui se trouve dans la loi actuelle. Si la situation venait à nouveau à se détériorer, le contribuable n'aurait pas à payer la différence.

Un commissaire (UDC) trouverait logique, en cas d'éventuel dépassement du taux, de ne pas en faire peser le poids sur les personnes contraintes de cotiser, mais de se pencher sur la partie économique. Le délai d'attente pourrait par exemple être reporté de 2 à 5 jours. Concernant les indemnités fédérales de 90, 200 ou 260 jours, en se basant sur le modèle du canton de Vaud et en y incluant le nombre de jours d'indemnités cantonales et les 44 indemnités proposées par la Confédération, l'indemnisation totale par rapport à l'indemnisation peut être établie. Si le PLR se soucie d'un développement excessif des coûts, il serait judicieux d'aborder la partie économie.

Un commissaire (MCG) constate que le Conseil d'Etat a admis une erreur de gestion concernant le taux, mais celui-ci est prochainement appelé à être abaissé. Le taux proposé de 4% est donc consécutif à une évaluation sérieuse, et correspond aux prédictions dans un avenir proche. Il ne s'agit pas de légiférer pour un futur lointain.

Un commissaire PLR propose à nouveau l'amendement à l'art. 21, al. 1.

Le président met aux voix l'amendement PLR à l'art. 21, al. 1 :

« Le Conseil d'Etat fixe le taux de cotisation à charge du chômeur, au sens de l'article 10 de la présente loi. Il ne peut être supérieur à 5%. »

Oui : 5 (1 LJS, 4 PLR)

Non : 8 (2 S, 2 Ve, 2 MCG, 2 UDC)

Abstentions : –

L'amendement est refusé.

Le président met aux voix l'ensemble du PL 13367 ainsi amendé :

Oui : 14 (2 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : –

Abstentions : –

Le PL 13367, tel qu'amendé, est accepté.

En conclusion

Les auditions et les débats ont permis de trouver un terrain d'entente très large, vu que, malgré les nombreux amendements et sous-amendements proposés, le texte a finalement été adopté à l'unanimité de la commission, en y intégrant les amendements proposés par le DEE, suite aux discussions au sein de la commission, mais en écartant les amendements proposés par les commissaires.

La commission vous invite donc, Mesdames et Messieurs les députés, à accepter ce texte tel qu'amendé suite à ses travaux.



Communauté genevoise d'action syndicale

Organisation faitière regroupant l'ensemble des syndicats de la République et canton de Genève
info@cgas.ch // Rue des Terreaux-du-Temple 6, 1201 Genève // CH69 0900 0000 8541 2318 9

Grand Conseil - Commission de
l'économie
Patricia Pestalozzi
Assistante de direction
Secrétariat général du Grand Conseil

Genève, le 4 mars 2024

PL 13367, LMC – prise de position de la CGAS

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les député-e-s,

Nous vous adressons la présente suite à notre audition du 26 février par votre commission, dont nous vous remercions, et suite à votre demande de vous communiquer par écrit les éléments développés lors de celle-ci.

En préalable, la CGAS rappelle que les PCM jouent un rôle important dans le filet social, et appelle à leur maintien, car elles évitent dans de nombreux cas que la trop faible couverture pour maladie prévue dans le cadre de la LACI n'accentue la précarité des personnes au chômage et ne se reporte sur l'aide sociale. Elle souligne que le cercle des cotisant-e-s est limité aux assuré-e-s, qui supportent seul-e-s le poids de cette cotisation, à la différence des pertes de gain maladie pour remplacer le salaire, qui sont supportées, lorsqu'elles existent, au moins à part égale entre les salarié-e-s et les employeurs. Elle rappelle également que les 270 indemnités (soit un peu plus d'un an), si elles sont un soutien bienvenu, ne suffisent malheureusement pas dans les cas où l'AI doit entrer en ligne de compte, car cette assurance intervient en général deux ans après le début de la maladie. Il reste donc un trou ici dans le filet social.

Concernant le PL 13367 soumis au Grand Conseil, la CGAS fait part des remarques et demandes suivantes, article par article :

Art 9, al. 2 conditions pour les étrangers-ères

La CGAS soutient l'abrogation de cet article.

Article 10A, calcul des cotisation - proposition d'amendement :

Concernant l'article 10 A, nous proposons un amendement qui vise à éviter les distorsions entre indemnités journalières versées et cotisation prélevée, en passant d'un système de montant fixe de cotisation, à une cotisation qui soit un pourcentage des indemnités effectivement versées. **L'alinéa 1 de l'article 10 A** aurait donc la teneur suivante :

Art 10A « *La cotisation est prélevée sous la forme d'un pourcentage, fixé par le Conseil d'Etat, sur l'indemnité journalière versée à l'assuré-e* ». **Les alinéa 2 et 3 seraient supprimés.**

Les raisons en sont que pour la grande majorité des assurances sociales, les cotisations sont un taux déterminé, qui est affecté à une assiette, qui peut varier d'un mois à l'autre. Cette solution est plus simple, compréhensible et acceptable que la situation actuelle. Le fait de facturer la cotisation à des assuré-e-s qui ne perçoivent pas d'indemnité, pour des raisons telles que le délai d'attente, une suspension ou un gain intermédiaire, ne sont pas compréhensibles.

Art 14 Annonce, proposition d'amendement :

La CGAS soutient la suppression du délai d'attente, puisque les PCM font suite à la couverture LACI, et qu'un tel délai, au milieu d'une indemnisation, n'a aucune signification.

Elle soutient également l'augmentation du délai d'annonce de 5 à 10 jours, qui correspond à notre demande formulée au Conseil d'Etat afin de tenir compte de la situation de personnes malades et ainsi parfois entravées dans la possibilité de faire les démarches dans un bref délai.

Nous proposons toutefois de modifier la référence du délai. Comme expliqué lors de l'audition, la notion d'« épuisement du droit aux indemnités journalières » est correcte, qui déclenche le droit aux PCM ; mais en pratique, ce terme n'est connue de l'assuré-e qu'au moment où lui sont versées les indemnités correspondantes, versement qui peut intervenir avec un décalage temporel parfois important et au-delà du délai même augmenté à 10 jours, comme en témoigne le cas de figure suivant, très fréquent :

Si la maladie d'une personne assurée débute par exemple, un 8 janvier 2024, cette personne reçoit ses indemnités de janvier entre le 23 et le 31 janvier 2024. Lors de ce paiement, elle ne reçoit aucune information sur l'épuisement de son droit, qui n'est pas prévu par le système. L'épuisement de son droit aux indemnités selon l'art. 28 LACI échoit **le 6 février 2024**, mais elle ne pourra en principe remettre ses « Indications de la personne assurée » (IPA) qu'à partir du 22 février 2024. En effet, elle ne reçoit pas le formulaire IPA à remplir avant, car l'accès à ce formulaire n'est pas débloqué sur la plateforme JobRoom avant cette échéance. Elle ne reçoit donc son paiement et le questionnaire de demande de PCM à renvoyer qu'**entre le 23 et le 29 février 2024**, soit bien après le délai de 10 jours après l'échéance de son droit aux indemnités selon l'art. 28 LACI (délai échu le 16 février dans l'exemple donné), et ce pour une simple problématique de procédure administrative, sur laquelle ni la personne assurée, ni la caisse n'a prise.

Raison pour laquelle nous avons proposé de déplacer le point de départ du délai de 10 jours non pas à la date d'épuisement du droit, mais à la date de réception du dernier paiement relatif au droit selon l'art 28 LACI, qui est accompagné de l'information de l'épuisement de ce droit et donc de la possibilité de formuler la demande. L'amendement aurait la forme suivante :

Art 14 al. 1, modification de la fin de la phrase : « *La demande de prestations, accompagnée du certificat médical, doit être introduite par écrit auprès de l'autorité compétente dans un délai de 10 jours ouvrables après réception des dernières indemnités journalières correspondant au droit découlant de l'article 28 LACI.* »

Art 14 A al. 3 proposition d'amendement

La CGAS est d'accord avec la modification consistant à prendre en compte les moyens de communications actuel et supprimer la mention de l'« original » du certificat médical.

Toutefois, nous proposons ici aussi une petite modification de la teneur de l'article afin de mieux tenir compte de la réalité administrative des situations. L'article exige la remise du certificat médical au plus tard le 5 du mois suivant ou le premier jour ouvrable qui suit cette date. Or si ce délai convient pour la remise de documents administratif dont le rythme et l'échéance correspondent avec la fin d'un mois, comme les feuilles IPA, ou d'autres, ce n'est pas le cas pour les certificats médicaux. Ceux sont à renouveler en principe tous les mois, mais les maladies et les rendez-vous médicaux ne coïncident pas avec les fins de mois : ils sont fixés en référence à l'échéance du certificat médical précédent. C'est sur ce rythme qu'il faut donc se caler afin de ne pas générer un décalage absurde entre la logique administrative et la logique médicale.

Aussi la CGAS propose-t-elle l'amendement suivant :

Art 14 A al. 3 : « *Il-elle doit apporter la preuve de son incapacité de travail en produisant, chaque mois, un certificat médical à l'autorité compétente au plus tard 5 jours après l'échéance du précédent certificat médical, ou le premier jour ouvrable qui suit cette date* ».

Art 21 al. 1, plafond de cotisation.

La CGAS soutient la baisse du plafond de cotisation de 5% à 4%. Elle estime qu'un taux de 4%, qui n'a jamais été atteint dans toute l'histoire des PCM, est largement de nature à permettre une gestion correcte du fond. Les problèmes qui se sont manifestés relèvent plutôt du manque de transparence et d'anticipation, qui devraient trouver une solution à l'occasion des présentes modifications.

21A Fonds de compensation :

La CGAS est d'accord avec l'ancrage du fonds dans la loi, ainsi que de l'exclusion de la couverture des coûts de fonctionnement du service par ce fonds, au vu du fait que les assurés-e-s doivent déjà assumer seul-e-s le financement des prestations.

Enfin, concernant le lien entre PCM et gain intermédiaire, abordé par une commissaire, nous précisons avoir reçu l'information par l'OCE que celui-ci a changé sa pratique. Alors que jusqu'à présent, lorsqu'un-e assuré-e en gain intermédiaire se voyait prélever sur son salaire une cotisation pour assurer la perte de gain de ce salaire, il lui était possible de s'annoncer aux PCM qui remboursait une partie de la cotisation prélevée pour les PCM. Or l'OCE a informé au début de l'année avoir supprimé cette possibilité, et supprimé le poste de la personne du service affectée à cette tâche. Nous estimons que ce changement n'est pas correct, et que le remboursement de la part de cotisation pour PCM se superposant à la cotisation à une perte de gain pour un gain intermédiaire doit être rétablie.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, et en nous tenant à votre disposition pour informations ou échanges complémentaires, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les député-e-s, nos salutations les meilleures.



Jean-Luc Ferrière
Co-secrétaire général SIT



Davide de Filippo
Président CGAS

Annexe : prise de position de la CGAS du 15 septembre 2023 adressée à l'OCE dans le cadre de la consultation sur la modification de la LMC et de son règlement d'exécution (RMC).

Prestations complémentaires en cas de maladie - Articulation LACI-LMC et comparatif GE/VD

<p>LACI : Le droit fédéral prévoit le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité passagère de travail totale ou partielle. Ce droit est limité à 44 indemnités journalières maximum par délai cadre (art. 28 LACI). Les cantons de Genève et de Vaud prévoient des dispositifs complémentaires qui prennent le relais après l'épuisement des indemnités journalières fédérales en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle.</p> <p>LMC : Dans le canton de Genève, les chômeurs en situation d'incapacité passagère de travail qui ont épuisé leur droit aux indemnités fédérales disposent de prestations cantonales en cas de maladie (PCM), lesquelles correspondent à un maximum de 270 indemnités journalières (art. 8 et 15, al. 1 LMC). La LMC précise toutefois que les PCM ne peuvent pas dépasser le nombre d'indemnités de chômage auquel le bénéficiaire peut prétendre en vertu du droit fédéral (art. 15, al. 2 LMC). A teneur de la LACI, selon le cas d'espèce, l'assuré peut prétendre à 520, 400, 260, 200, 180 ou 90 indemnités de chômage (art. 27 LACI). Ainsi, par exemple, le chômeur qui bénéficie d'un droit à 520 ou 400 indemnités de chômage, pourra percevoir, en cas d'incapacité de travail perleée, un maximum de 44 indemnités de chômage en vertu de la LACI auquel pourront s'ajouter un maximum de 270 indemnités journalières en vertu de la LMC. Si en revanche, le chômeur ne bénéficie que d'un droit à 90 indemnités de chômage, il ne pourra percevoir, en plus des 44 indemnités de la LACI, qu'un maximum de 90 indemnités en vertu de la LMC.</p>		
<p>Ci-dessous, la comparaison des dispositifs genevois et vaudois :</p>		
	GE	VD
Délai d'attente	2 jours pour chaque demande de prestations	5 jours (sauf rechute dans les 12 mois et si indemnités LACI pendant 20 jours civils consécutifs)
Durée des prestations cantonales	270 indemnités si 400 ou 520 IC 260 indemnités si 260 IC 200 indemnités si 200 IC 90 indemnités si 90 IC	270 jours si 400 ou 520 IC 170 jours si 260 IC 130 jours si 200 IC 60 jours si 90 IC
Taux de cotisation	3.75% (01.10.2023) (antérieurement 2%)	2.8% (01.03.2023) (antérieurement : 1.8%)
Fonds cantonal	Le fonds est alimenté par un prélèvement sur les indemnités de chômage. Il finance les prestations versées ainsi que les frais d'administration du fonds	Idem

<p>Equilibre des comptes</p>	<p>L'équilibre du fonds est assuré par le taux de cotisation fixé dans le règlement. Ce taux doit être adapté en fonction de la conjoncture, afin de garantir l'équilibre du fonds.</p>	<p>L'Etat accorde les avances de trésorerie nécessaires - Si la dette du fonds atteint ou dépasse 10% des cotisations encaissées le CE doit augmenter le taux dans un délai d'un an - Si le capital propre du fonds atteint ou dépasse 20% des cotisations encaissées le CE doit abaisser le taux dans un délai d'un an</p>
-------------------------------------	---	---

Evolution financière du fonds PCM de 2012 à 2023

A Genève, la loi cantonale sur l'assurance chômage (LMC) offre des prestations complémentaires en cas de maladie (PCM) depuis son entrée en vigueur en 1984. D'abord facultative, cette assurance cantonale est devenue obligatoire en janvier 2002, suite à la révision de la LMC (cf. PL-8200) dans le but de garantir notamment l'équilibre primes/prestations. Suite à l'entrée en vigueur de l'affiliation obligatoire, les résultats de l'assurance sont devenus excédentaires. Le taux de cotisation a par conséquent été réduit progressivement pour passer de 3,5% à 3,25% (en 2004), puis à 3% (en 2009) et enfin à 2% (en novembre 2017), afin de réduire l'excédent jugé excessif (en 2017, le fonds avait en effet atteint un solde positif de près de 30 millions). Il est précisé que pour garantir l'équilibre primes/prestations en cas d'augmentation de la proportion de chômeurs bénéficiaires de PCM, le fonds devrait idéalement bénéficier d'un excédent représentant entre 2 et 3 mois de prestations soit entre 4 et 5 millions au plus. Au vu du tableau de suivi financier du fonds (ci-dessous), la situation s'est dégradée au cours de l'année 2022 avec une diminution du nombre de cotisants et une augmentation du nombre de bénéficiaires, de sorte que le fonds est devenu déficitaire au cours de l'année 2023. Le relèvement du taux de cotisation à 3,75% en octobre 2023 permet au fonds le financement des prestations, puis progressivement d'atteindre un excédent de 4 à 5 millions. Une fois atteint, le taux de cotisation fixé dans le règlement pourra être revu à la baisse.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Année	Taux de cotisation	Moyenne mensuelle des cotisants	Moyenne mensuelle bénéficiaires	Revenus	Prestations versées aux assurés	Charges de fonctionnement	Perception des caisses (CHF 3.-)	Total Charges	Résultat annuel du fond (+Excédent)/- (Déficit)	Solde du Fonds
2012	3%	11653	312	13,973,449	11,702,058	905,573	348,774	1,254,347	1,017,045	9,507,087
2013	3%	12804	266	15,997,655	9,635,917	1,078,341	390,249	1,468,590	4,893,148	10,524,132
2014	3%	12817	257	16,079,563	10,447,597	719,256	389,733	1,108,989	4,522,977	15,417,280
2015	3%	13019	257	16,624,078	10,212,141	788,285	403,737	1,192,022	5,219,915	20,637,195
2016	3%	12965	280	17,772,315	11,835,974	789,610	424,200	1,213,810	4,722,531	25,359,726
2017	3% - 2%	12383	277	17,068,420	11,978,673	750,842	410,988	1,161,830	3,927,917	29,287,643
2018	2%	10633	329	11,400,624	13,369,477	785,035	383,769	1,168,804	-3,137,657	26,149,986
2019	2%	9754	361	10,850,967	14,385,738	676,352	368,619	1,044,971	-4,579,742	21,570,244
2020	2%	12177	388	13,188,787	16,561,887	604,015	439,422	1,043,437	-4,416,537	17,153,707
2021	2%	12360	471	14,705,878	19,398,920	598,800	475,332	1,074,132	-5,767,174	11,386,533
2022	2%	9883	487	11,943,331	20,647,523	733,042	381,530	1,114,572	-9,818,764	1,567,789
2023	2% et 3,75% dès 1-10-23	9370	446	13,220,388	18,613,060	459,740	343,344	803,084	-6,195,756	-4,627,987
Financement au 31 décembre 2023 selon crédit supplémentaire de 4'700'000 Francs accepté par la Commission des finances le 18 octobre 2023									4,627,987	0

SG-DEE7-3-24