



*Date de dépôt : 2 juin 2026*

## **Rapport**

**de la commission sur le personnel de l'Etat chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC) (B 5 05)**

*Rapport de majorité de Caroline Renold (page 9)*

*Rapport de première minorité de Alexandre de Senarclens (page 131)*

*Rapport de deuxième minorité de Patrick Lussi (page 134)*

*Rapport de troisième minorité de Souheil Sayegh (page 146)*

## **Projet de loi (13685-A)**

**modifiant la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC) (B 5 05)**

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

### **Art. 1      Modifications**

La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (LPAC – B 5 05), est modifiée comme suit :

**Chapitre I              Généralités (nouveau,  
du titre II              à insérer avant l'art. 10)**

**Chapitre II             Indemnisation en cas de maladie  
du titre II              ou d'accident (nouveau)**

### **Art. 15A      Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident d'un membre du personnel rétribué mensuellement, le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration garantit son traitement à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration fixe le droit au traitement en cas de maladie ou d'accident des autres catégories de personnel.

<sup>3</sup> L'incapacité ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

**Art. 15B Etendue de la garantie (nouveau)**

<sup>1</sup> Le traitement, soumis à cotisations sociales, est garanti en intégralité pendant 365 jours civils d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils.

<sup>2</sup> Dès le 366<sup>e</sup> jour civil d'incapacité de travail, totale ou partielle, le traitement est garanti à hauteur de 90%, sans réduction de la couverture de prévoyance. Lorsque la maladie ou l'accident est d'origine professionnelle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981, le traitement est garanti en intégralité.

**Art. 15C Devoir de collaboration du membre du personnel (nouveau)**

<sup>1</sup> Le membre du personnel peut être adressé à la ou au médecin du travail ou à la ou au médecin-conseil de l'employeur, respectivement de la compagnie publique d'assurance, selon l'article 15G.

<sup>2</sup> Il est tenu de collaborer, notamment en levant ses médecins traitants de leur secret médical.

<sup>3</sup> A défaut, il perd la garantie prévue aux articles 15A et 15B.

**Art. 15D Abus ou faute grave du membre du personnel (nouveau)**

Le traitement versé durant l'incapacité de travail peut être réduit ou supprimé en cas d'abus, ou lorsque la maladie ou l'accident est dû à une faute grave du membre du personnel.

**Art. 15E Participation des membres du personnel au financement (nouveau)**

<sup>1</sup> Les membres du personnel participent au financement des prestations en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie.

<sup>2</sup> Une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à 0,1% du traitement.

**Art. 15F Imputation des prestations d'assurance et droit au remboursement des avances (nouveau)**

<sup>1</sup> Les prestations d'assurance dues au membre du personnel pendant la période couverte par les prestations de l'employeur sont imputées sur le traitement.

<sup>2</sup> Les prestations d'assurance accordées rétroactivement au membre du personnel sont acquises à l'employeur, respectivement à la compagnie d'assurance, jusqu'à concurrence des montants versés par ce dernier et pour la période à laquelle se rapportent les prestations d'assurance. L'employeur est

en droit d'obtenir le remboursement de ses avances directement auprès de l'assurance concernée.

### **Art. 15G Autofinancement et souscription d'assurances (nouveau)**

<sup>1</sup> Les droits prévus aux articles 15A et 15B pour inaptitude ou incapacité de travail pour cause de maladie peuvent être assurés auprès d'une compagnie d'assurance publique créée par le canton de Genève, sans supprimer la soumission aux cotisations sociales durant la première année d'inaptitude ou d'incapacité. Le recours à un assureur privé n'est pas autorisé.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration peut conclure une assurance-accidents complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire.

## **Section 4 Maladie ou accident (nouvelle, du chapitre II la section 4 ancienne devenant la section 5) du titre III**

### **Art. 24A Fin des rapports de service (nouveau)**

Lorsque son droit au traitement ou aux indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident au sens des articles 15A et 15B est épuisé et qu'une reprise de travail n'est pas envisageable, le membre du personnel peut résilier les rapports de service avec effet immédiat.

### **Art. 24B Protection contre la résiliation avant la fin des rapports de service (nouveau)**

<sup>1</sup> Les rapports de service du membre du personnel incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ne peuvent pas être résiliés jusqu'à l'expiration des 730 jours civils d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils. Par exception, dans le cas où le motif de résiliation a été communiqué avant le début de l'incapacité de travail, et dans le cas où le contrat de durée déterminée devait prendre fin pendant l'incapacité de travail, les rapports de service peuvent toutefois prendre fin avant la fin de ce délai de 730 jours, mais au plus tôt après un délai de 365 jours.

<sup>2</sup> L'inaptitude ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

**Art. 26, al. 1 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration peut mettre fin aux rapports de service en respectant le délai de protection prévu à l'article 24B, lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure, pour des raisons de santé ou d'invalidité, de remplir les devoirs de sa fonction.

**Art. 36, al. 4 et 5 (nouveaux)*****Modification du ... (à compléter)***

<sup>4</sup> Les jours d'absence pour cause de maladie ou d'accident intervenus avant l'entrée en vigueur de la modification du ... *(à compléter)* restent comptabilisés dans les décomptes prévus par les articles 15A, alinéa 1, et 15B, alinéa 1.

<sup>5</sup> L'Etat et les établissements publics doivent dénoncer les contrats d'assurance contraires à la présente loi pour la plus proche échéance prévue contractuellement.

**Art. 2      Modifications à une autre loi**

La loi sur l'instruction publique, du 17 septembre 2015 (LIP – C 1 10), est modifiée comme suit :

**Art. 131A   Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident  
(nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident d'un membre du personnel rétribué mensuellement dans le cadre d'un rapport d'emploi soumis au droit public, le Conseil d'Etat garantit son traitement à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat fixe le droit au traitement en cas de maladie ou d'accident des autres catégories de personnel.

<sup>3</sup> L'incapacité ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

**Art. 131B   Etendue de la garantie (nouveau)**

<sup>1</sup> Le traitement, soumis à cotisations sociales, est garanti en intégralité pendant 365 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils.

<sup>2</sup> Dès le 366<sup>e</sup> jour civil d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, le traitement est garanti à hauteur de 90%, sans réduction de la couverture de prévoyance. Lorsque la maladie ou l'accident est d'origine professionnelle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981, le traitement est garanti en intégralité.

#### **Art. 131C Devoir de collaboration du membre du personnel (nouveau)**

<sup>1</sup> Le membre du personnel peut être adressé à la ou au médecin du travail ou à la ou au médecin-conseil de l'Etat, respectivement de la compagnie publique d'assurance, selon l'article 131G.

<sup>2</sup> Il est tenu de collaborer, notamment en levant ses médecins traitants de leur secret médical.

<sup>3</sup> A défaut, il perd la garantie prévue aux articles 131A et 131B.

#### **Art. 131D Abus ou faute grave du membre du personnel (nouveau)**

Le traitement versé durant l'incapacité ou l'incapacité de travail peut être réduit ou supprimé en cas d'abus, ou lorsque la maladie ou l'accident est dû à une faute grave du membre du personnel.

#### **Art. 131E Participation des membres du personnel au financement (nouveau)**

<sup>1</sup> Les membres du personnel participent au financement des prestations en cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie.

<sup>2</sup> Une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à 0,1% du traitement.

#### **Art. 131F Imputation des prestations d'assurance et droit au remboursement des avances (nouveau)**

<sup>1</sup> Les prestations d'assurance dues au membre du personnel pendant la période couverte par les prestations de l'Etat sont imputées sur le traitement.

<sup>2</sup> Les prestations d'assurance accordées rétroactivement au membre du personnel sont acquises à l'Etat, respectivement à la compagnie d'assurance, jusqu'à concurrence des montants versés par ce dernier et pour la période à laquelle se rapportent les prestations d'assurance. L'Etat est en droit d'obtenir le remboursement de ses avances directement auprès de l'assurance concernée.

**Art. 131G Autofinancement et souscription d'assurances (nouveau)**

<sup>1</sup> Les droits prévus aux articles 131A et 131B pour inaptitude ou incapacité de travail pour cause de maladie peuvent être assurés auprès d'une compagnie d'assurance publique créée par le canton de Genève, sans supprimer la soumission aux cotisations sociales durant la première année d'inaptitude ou d'incapacité. Le recours à un assureur privé n'est pas autorisé.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat peut conclure une assurance-accidents complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire.

**Art. 139 Fin des rapports de service en cas de maladie ou d'accident (nouvelle teneur de la note), al. 1 (nouvelle teneur) et al. 4 (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat peut mettre fin aux rapports de service en respectant le délai de protection prévu à l'article 139A, lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure, pour des raisons de santé ou d'invalidité, de remplir les devoirs de sa fonction.

<sup>4</sup> Lorsque son droit au traitement ou aux indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident au sens des articles 131A et 131B est épuisé et qu'une reprise de travail n'est pas envisageable, le membre du personnel peut résilier les rapports de service avec effet immédiat.

**Art. 139A Protection contre la résiliation avant la fin des rapports de service (nouveau)**

<sup>1</sup> Les rapports de service du membre du personnel incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ne peuvent pas être résiliés jusqu'à l'expiration des 730 jours civils d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils. Par exception, dans le cas où le motif de résiliation a été communiqué avant le début de l'incapacité de travail, et dans le cas où le contrat de durée déterminée devait prendre fin pendant l'incapacité de travail, les rapports de service peuvent toutefois prendre fin avant la fin de ce délai de 730 jours, mais au plus tôt après un délai de 365 jours.

<sup>2</sup> L'inaptitude ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

**Art. 150, al. 3 et 4 (nouveaux)*****Modification du ... (à compléter)***

<sup>3</sup> Les jours d'absence pour cause de maladie ou d'accident intervenus avant l'entrée en vigueur de la modification du ... *(à compléter)* restent comptabilisés dans les décomptes prévus par les articles 131A, alinéa 1, et 131B, alinéa 1.

<sup>4</sup> L'Etat doit dénoncer les contrats d'assurance contraires à la présente loi pour la plus proche échéance prévue contractuellement.

**Art. 3      Entrée en vigueur**

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



## RAPPORT DE LA MAJORITÉ

### Rapport de Caroline Renold

La commission sur le personnel de l'Etat a examiné cet objet à 8 reprises, lors de ses séances des 10 octobre, 7, 14, 28 novembre et 5 décembre 2025, puis des 16 janvier, 24 avril et 8 mai 2026. Ces séances ont été présidées respectivement par M. Jean-Louis Fazio et par la suite par M. Thierry Oppikofer.

Les procès-verbaux ont été pris par M<sup>mes</sup> Marion Pace et Pauline Longo. La commission a été assistée dans ses travaux notamment par le secrétariat de la commission, à savoir M<sup>me</sup> Angela Carvalho, puis M. Raphaël Audria.

Que toutes ces personnes soient remerciées du soutien apporté à la commission

### Résumé

#### *Historique et processus*

La protection des employés du service public malades ou accidentés est un sujet qui occupe le Grand Conseil depuis de nombreuses années. Le PL 12428 déposé en janvier 2019 lors de la précédente législature, proposait déjà un système de garantie de la rémunération des membres du personnel de la fonction publique malades ou accidentés. Ce projet de loi avait été accepté en deuxième débat lors de la précédente législature, mais le Grand Conseil n'a pas pu l'adopter au vote final. Le Conseil d'Etat a en effet bloqué le processus, en refusant de demander le 3<sup>e</sup> débat. Ceci a eu pour conséquence que les débats ont dû être menés à terme durant la législature suivante. La majorité ayant changé, le projet avait été refusé au début de cette législature<sup>1</sup>.

Le Conseil d'Etat s'était engagé à redéposer un projet sur le sujet et il l'a fait sous la forme du présent PL 13685 en septembre 2025. Tel que déposé par le Conseil d'Etat, ce projet consistait en une très importante péjoration du traitement des employés du service public malades ou accidentés. Ce projet du Conseil d'Etat n'a pas emporté l'adhésion de la majorité de la commission.

En réaction à ce projet de loi, un autre projet de loi, le PL 13717, a été déposé par des députés et reprend en substance le PL 12428. Ce projet de loi a

---

<sup>1</sup> <https://ge.ch/grandconseil/m/memorial/seances/020511/68/28/>

été traité conjointement au présent projet par la commission du personnel de l'Etat. Il demeure actuellement pendant devant cette commission.

Le présent projet de loi a été fondamentalement modifié par la majorité de la commission (LJS, MCG, S, Ve) par un amendement général consistant en un compromis politique entre ces quatre partis. Des concessions réciproques ont permis de parvenir à un accord politique, se traduisant par ce projet de loi. Il ne satisfait complètement aucune des parties prenantes, mais il est acceptable pour tous les partis de la majorité.

Dans la mesure où tous les sujets concernés ont été discutés de manière approfondie lors du traitement de ce projet de loi (8 séances) et lors du traitement du précédent PL 12428 (17 séances)<sup>2</sup>, la majorité ayant longuement négocié l'amendement général a souhaité mettre un terme à ces débats et voter l'amendement général. La minorité a de son côté eu le loisir d'exprimer sa position.

### *Les principes du projet de loi*

Le projet de loi tel qu'issu des travaux de la commission a pour finalité de poser un cadre juridique clair et équitable pour la rémunération des membres du personnel de la fonction publique malades ou accidentés. Par souci d'économie et d'efficacité, cette solution exclut le recours à une externalisation vers un assureur privé. Pour la majorité, garder la main sur le management de la fonction publique est une nécessité.

Les points fondamentaux de ce projet sont les suivants :

1. Pendant une maladie ou un accident, le traitement du travailleur est garanti pendant 730 jours au maximum. Pendant la première année, ce traitement est intégral et soumis à cotisations sociales (premier et deuxième pilier). Pendant la seconde année, ce traitement est de 90% du salaire et est soumis à versement du second pilier uniquement (art. 15A et 15B aLPAC et 131A et 131B aLIP).

La personne malade ou accidentée incapable de travailler, si c'est attesté par un médecin, sous contrôle du médecin du travail ou du médecin-conseil de l'employeur, a droit à un revenu pendant la durée de son incapacité. Il s'agit d'inscrire dans la loi cette protection fondamentale de la personne incapable de se procurer un revenu car malade ou accidentée. Les cas minoritaires d'abus sont contrôlés par le médecin du travail et le médecin-conseil qui peuvent remettre en question la légitimité d'un arrêt de travail.

---

<sup>2</sup> Rapport PL 12428A <https://ge.ch/grandconseil/data/texte/PL12428A.pdf>

La réduction du traitement à 90% est un effort demandé aux employés du service public et de l'administration. D'autres aspects du projet de loi assurent cependant un certain équilibre des sacrifices.

2. Le financement de ces prestations est pris en charge, par l'employeur et par les employés. A cette fin, une cotisation de 0,1% du salaire est payée par les employés (art. 15E aLPAC et 131E aLIP).

Le projet de loi maintient le système d'auto-financement, c'est-à-dire que les employés financent solidairement le paiement du traitement pendant l'incapacité de travail. Cette contribution permettra de dégager des fonds pour procéder à des remplacements des personnes incapables de travailler.

3. Une compagnie d'assurance publique peut être créée pour assurer le droit au traitement. Le recours à une assurance perte de gain maladie privée est exclu (art. 15G aLPAC et 131G aLIP).

Ainsi, l'Etat conserverait la main sur une question essentielle d'un point de vue managérial. Il s'agit également de ne pas devenir tributaire d'un prestataire externe dont les objectifs ne s'inscrivent pas nécessairement dans le temps long d'une collectivité publique. Les scandales récurrents qui ont mis en cause les pratiques de certains assureurs ayant eu recours à des avis médicaux tronqués ne sont par ailleurs pas étrangers au choix de la commission. On se souviendra du cas de la Clinique Corela, qui a défrayé la chronique, et à laquelle les assureurs perte de gain maladie ont largement fait appel.

Une assurance privée par définition ne fait pas de cadeau à son client. La prime d'assurance d'une compagnie privée doit donc couvrir les prestations fournies et le bénéfice de l'assureur. Vu le nombre d'employés et les compétences accumulées par les services RH de l'Etat et les services de santé du personnel, il est apparu plus efficient de fonder la logique de loi sur ce savoir-faire et cette expérience.

4. Pendant l'incapacité de travail pour maladie ou accident, l'employé ne peut pas être licencié pendant une durée maximale de 730 jours. Par exception, si le motif de la fin des rapports de travail a été communiqué à l'employé avant le début de l'incapacité de travail, l'employé ne peut pas être licencié pendant une durée maximale de 365 jours (art. 24B aLPAC et 139 aLIP). Ce choix politique est un pas important fait en direction du Conseil d'Etat.

A la fin des 730 jours de traitement en cas d'incapacité de travail, le membre du personnel peut résilier les rapports de service avec effets immédiats (art. 24A PL).

Une personne atteinte dans sa santé est dans une situation particulièrement vulnérable, elle ne peut pas chercher un autre emploi. C'est pourquoi son

licenciement doit être exclu pendant une période de protection de 730 jours maximum. Il a été négocié entre les différentes parties prenantes que cette période pouvait être raccourcie à 365 jours dans l'hypothèse où le motif de licenciement avait été communiqué avant le début de l'incapacité de travail. En cas d'incapacité durable dans l'activité, le reclassement doit être réalisé.

La suite du rapport détaille les différentes auditions tenues par la commission sur le personnel de l'Etat à propos de ce projet de loi.

La majorité de la commission vous recommande d'adopter le projet de loi tel que sorti de commission.

## Auditions

***Présentation du projet par M<sup>me</sup> Fontanet, conseillère d'Etat, M<sup>me</sup> Ursula Marti, directrice des affaires juridiques de l'OPE, DF, et M. Mike Minetto, juriste à la direction des affaires juridiques de l'OPE, 10 octobre 2025***

M<sup>me</sup> Fontanet commence par rappeler que le PL 13685 a déposé lors de la dernière plénière et qu'il s'applique à l'ensemble de l'administration cantonale, y compris les enseignants, la police, les établissements pénitentiaires, aux membres du pouvoir judiciaire et au personnel de certains établissements autonomes, dont notamment aux HUG et à l'IMAD.

Concernant le contexte et l'historique, ce projet de loi fait référence au PL 12428, intitulé « Pour garantir le traitement des membres du personnel du service public en cas de maladie ou d'accident », qui avait été déposé en janvier 2019 par M. Dandrès. Il visait à garantir le traitement des membres du personnel, du service public en cas de maladie ou d'accident. Il visait également à conserver un système d'auto-financement sans recourir à une compagnie d'assurance privée. Ce projet de loi posait plusieurs problèmes importants : en particulier l'impossibilité absolue de résilier les rapports de service en cas de maladie ou d'accident et l'exclusion de toute assurance perte de gain maladie et assurance-accident surobligatoire. L'Etat était totalement opposé à ce projet et le 23 novembre 2023, le Grand Conseil a refusé ce projet de loi. Le Conseil d'Etat s'était engagé à déposer un nouveau projet de loi concernant le traitement de l'absence notamment parce qu'ils souhaitent assurer une meilleure protection des membres du personnel lors de la première année d'engagement.

M<sup>me</sup> Fontanet poursuit en indiquant que ce nouveau projet de loi a fait l'objet d'une très large procédure de consultation auprès des partis politiques, des employeurs, des organisations représentatives du personnel et des départements de l'administration cantonale. Les partis politiques sont divisés,

la gauche s'est montrée favorable aux modifications qui sont à l'avantage du personnel et la droite s'est montrée favorable à celles qui sont à l'avantage des employeurs, mais est prête à voter les modifications qui sont à l'avantage du personnel, sous réserve que celles qui sont à l'avantage de l'employeur ne soient pas supprimées. Finalement, la droite est d'accord avec le projet, sous réserve qu'il reste tel qu'il est. Les employeurs sont favorables à presque toutes les modifications et les syndicats sont favorables uniquement aux modifications à l'avantage du personnel.

M<sup>me</sup> Fontanet explique que le nouveau projet répond aux problèmes principaux posés par l'ancien PL 12428, particulièrement dans la réglementation du droit au traitement des membres du personnel et de la protection contre la résiliation en cas d'incapacité de travail. Le PL 13685 permettra également de soutenir certaines actions qui sont destinées à lutter contre l'absence, notamment en prenant soin des personnes qui sont présentes. Son contenu apporte des bénéfices à l'ensemble du personnel, tout en tenant compte des intérêts de l'employeur.

M<sup>me</sup> Fontanet souligne que les absences sont problématiques tant pour les managers que pour les équipes sur lesquelles la charge de travail se reporte et pour l'employeur qui en supporte les coûts. Le coût d'absence maladie hors maladie prénatale par employeur était estimé à 120,7 millions à fin décembre 2022, qui est leur point de référence. A population identique à celle de fin 2022, le coût de l'absence maladie est estimé à 110,7 millions à fin 2024. On a vu une baisse de 9% alors que sans actions du Conseil d'Etat une hausse était attendue.

M<sup>me</sup> Fontanet reprend les quatre axes du plan d'absence, à savoir prévenir les absences et optimiser la promotion de la santé au travail, améliorer le suivi de l'absence, soutenir les personnes présentes et finalement lutter contre les absences perçues comme injustifiées.

M<sup>me</sup> Fontanet commence avec les avantages pour les membres du personnel. Le premier avantage est l'amélioration de la couverture la première année avec une garantie de traitement pouvant aller jusqu'à 730 jours. Cela signifie que les employés, en période probatoire, les auxiliaires qui sont payés mensuellement et les agents spécialisés ont un droit au traitement qui peut aller jusqu'à 730 jours dès la première année. Donc une personne qui donne satisfaction dans son année probatoire, qui attrape un cancer, elle est protégée de façon plus importante.

Pour les auxiliaires payés à l'heure, donc pas payés mensuellement, il est important de les distinguer, les stagiaires et les apprentis, ils ne sont pas concernés par cette nouvelle garantie. La possibilité d'une telle extension pour

ces catégories de personnel a été examinée, mais la conclusion était que ce n'était pas opportun, car les apprentis et les stagiaires disposent déjà d'une couverture adéquate et leur inclusion ne se concilie pas avec ce projet de loi.

Les apprentis et les stagiaires sont là pour une période donnée, s'ils devaient être absents pendant 730 jours il faudrait recommencer s'agissant de l'apprentissage, donc ça n'est pas opportun pour eux. Ça n'est pas opportun pour un personnel en formation de bénéficier d'une telle garantie. Pour les auxiliaires payés à l'heure, c'est un statut qui fonctionne souvent sur appel et le projet de loi ne leur est pas non plus destiné.

Il est intéressant de faire la comparaison avec ce qui se passe aujourd'hui. Actuellement, pendant la première année, le traitement est supprimé après trois mois d'absence pour ces employés. Donc on passe de trois mois, après lesquels c'est supprimé, à la possibilité de 730 jours.

Le traitement est déjà en amont réduit de moitié lorsque l'absence dépasse deux semaines durant les trois premiers mois et huit semaines dès le quatrième mois. La formulation est « pouvant aller jusqu'à 730 jours », car le traitement cesse dans tous les cas à la fin des rapports de service même si la période des 730 jours n'est pas échue, notamment en cas d'engagement à durée déterminée. Il n'y a pas de versement du traitement au-delà de la fin des rapports de service, ce qui est similaire à la situation actuelle. Un exemple serait le cas d'un membre du personnel engagé pour six mois et qui tomberait en incapacité de travail la dernière semaine de son engagement, comme il avait un contrat de durée déterminée, il sera protégé durant la dernière semaine de son engagement, mais à partir du moment où les rapports de service se terminent, il ne touchera plus de traitement.

M<sup>me</sup> Fontanet poursuit avec un autre avantage pour les membres du personnel qui porte sur la protection légale contre les résiliations pendant 730 jours (p. 5). Il n'existe aujourd'hui pas de protection légale contre les résiliations en cas de maladie ou d'accident, à l'exception des périodes de protection contre la résiliation en temps inopportun prévues par le code des obligations (l'art. 44a RPAC renvoie aux art. 336c et 336d CO). Le fait de ne pas pouvoir résilier avant l'échéance des 730 jours au seul motif qu'un membre du personnel est incapable de travailler pour des raisons de santé ou d'invalidité n'est pas mentionné dans la loi actuelle. Le projet de loi améliore donc la situation des membres du personnel, car il leur offre cette protection légale supplémentaire, tout en permettant aux employeurs de résilier les rapports de service dans certaines situations particulières, et ce, conformément à la pratique actuelle.

M<sup>me</sup> Fontanet explicite ce que l'on entend par « situations particulières ». Les employeurs relèvent qu'il faut pouvoir résilier des relations de travail dans des situations, notamment quand le motif de résiliation n'a pas de lien avec l'absence, par exemple le comportement. Si un collaborateur a fait l'objet d'un comportement qui ne correspond pas aux attentes et qu'il est absent pour une autre raison, il faut pouvoir résilier les relations de travail. Les absences répétées qui perturbent le bon fonctionnement du service – on parle d'absences perlées qui sont très importantes – donc des personnes qui sont malades toutes les semaines, le lundi ou le vendredi. Ce sont des cas rares, mais qui arrivent et pour lesquels on doit pouvoir prévoir quelque chose. M<sup>me</sup> Fontanet fait état de l'absence qui empêche la nomination. S'ajoute également le cas évoqué par les employeurs où le membre du personnel ne peut pas retourner à son poste pour des raisons médicales et que les démarches de réinsertion renforcées n'ont pas permis d'aboutir. Enfin, lorsqu'une assurance perte de gain est contractée, il y a une impossibilité de résilier les relations de travail qui ne paraît pas justifiée, car c'est l'assurance perte de gain qui va continuer et donner les prestations à l'employé malade, après la fin des rapports de service. Sous réserve du cas de l'assurance perte de gain qui est un nouveau cas, les autres exceptions qui permettent la résiliation malgré la protection correspondent déjà à la pratique actuelle.

M<sup>me</sup> Fontanet poursuit avec un autre avantage pour les membres du personnel, soit l'amélioration de la couverture en cas de grossesse (p. 6). Le projet de loi améliore la couverture des collaboratrices qui sont en incapacité de travail pour une raison médicale liée à la grossesse. On ne décompte plus les jours d'incapacités dans les 730 jours. Une personne qui vit une grossesse médicalement difficile, qui est absente pendant trois mois (90 jours), ceux-ci ne seront plus décomptés du droit aux 730 jours. Cela a fait l'objet de discussions et de négociations avec les associations représentatives du personnel. Aujourd'hui, en cas d'incapacité de travail pour une raison médicale liée à la grossesse, les jours d'absence sont décomptés au droit de traitement de 730 jours. Cet avantage a été bien accueilli tant pour les employeurs que pour les employés.

M<sup>me</sup> Fontanet conclut avec un dernier avantage pour les membres du personnel qui porte sur l'inclusion dans la loi du principe de réinsertion. Aujourd'hui, il n'y a pas de base légale spécifique formalisant la prise de mesure visant à réinsérer le membre du personnel qui est malade et qui n'est pas en mesure de retrouver son poste. L'ajout d'une disposition en ce sens constitue donc une amélioration pour les membres du personnel de fonctionnaires, l'objectif étant de renforcer la proactivité de l'employeur en matière de réinsertion. La mise en œuvre de cette mesure doit évidemment

intervenir avant la fin des 730 jours avec la collaboration de la personne absente. On constate trop souvent aujourd'hui que cette tentative de réinsertion intervient à la fin du droit au nombre de jours. C'est le principe du reclassement qui est applicable aux fonctionnaires. Et même si les mesures de réinsertion peuvent dans tous les cas être proposées pour les autres catégories de personnel, dont ceux qui sont employés en période probatoire, agent spécialisé par exemple, l'obligation de prendre ces mesures de reclassement, l'obligation telle quelle ne s'applique qu'aux fonctionnaires et pas aux personnes qui ne le sont pas.

M<sup>me</sup> Fontanet passe maintenant à la prise en compte des intérêts des employeurs publics (p. 8) avec la fin des rapports de service de plein droit après 730 jours et cela sans besoin d'entamer la procédure de résiliation des rapports de service. C'est déjà prévu à Fribourg, Neuchâtel et Bâle, mais il convient que l'employeur conserve la possibilité de prolonger les rapports de travail s'il le souhaite. Par exemple, un collaborateur qui travaille à l'Etat depuis longtemps, qui donne entièrement satisfaction, qui tombe gravement malade, qui dépasse les 730 jours, l'employeur peut décider qu'il n'aura plus le droit au traitement selon la loi, mais qu'il souhaite maintenir les rapports de travail et qu'il a des attentes qu'il puisse revenir et reprendre son travail.

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'il n'y a pas la différence entre une incapacité totale et une incapacité partielle. Quelqu'un qui, dans le décompte des 730 jours, est absent pendant 180 jours à 100% et qui revient cent jours à 50% est considéré comme étant totalement absent. On peut avoir des situations d'absence partielle pour lesquelles il est intéressant pour l'employeur de prolonger les rapports de travail. Ça ne change pas la question du droit au traitement. Aujourd'hui, après 730 jours, le traitement s'arrête et l'employeur doit entamer une procédure de résiliation des rapports de travail : il doit écrire à l'employé, avoir un entretien avec lui et respecter les trois mois de résiliation. C'est une procédure assez lourde, car l'employé n'a plus de travail, plus de traitement ; ce n'est plus forcément opportun tant pour l'employé que l'employeur que la relation perdure, et ça occasionne des situations qui peuvent être vécues de manière très difficile par les employés.

M<sup>me</sup> Fontanet fait référence désormais à la réduction du traitement de 10% (p. 9) dès la deuxième année d'incapacité pour cause de maladie ou d'accident non professionnels. Concrètement, cela veut dire qu'au lieu de bénéficier des 100% de son traitement, le collaborateur malade recevra 90% de son traitement. Dans les cas d'accident ou de maladie professionnelle, il y a un maintien du 100% du traitement. La notion de maladie professionnelle se retrouve dans la LAA et cela concerne les maladies dues exclusivement ou de



manière prépondérante à des substances nocives ou à certains travaux. Le burn-out n'est pas considéré comme une maladie professionnelle.

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'une réduction de 10% du traitement est également prévue dans la LPers. Donc la réduction n'est pas sortie de nulle part, la Confédération applique ce même 90% et elle l'applique exactement de la même façon après douze mois d'incapacité. C'est important de souligner qu'on a plusieurs cantons romands qui vont plus loin que ce qui est proposé ici. Le Jura applique le 90% après trente jours d'absence, Neuchâtel applique 80% après 180 jours, Vaud applique 80% après une année et Valais passe aux 90% après 13 mois et demi. La garantie actuelle de 100% pendant deux ans n'est manifestement ni aujourd'hui en phase avec la Confédération, ni avec les cantons romands. Dans cette réduction du traitement, la garantie de la couverture de prévoyance est maintenue à 100%. Il y a un maintien de la cotisation par l'employeur du salaire à 100%. Cela n'impliquera aucune différence pour le collaborateur à cet égard et cet élément a été ajouté à la suite de la consultation où ils ont été sensibles aux arguments invoqués.

M<sup>me</sup> Fontanet revient sur les 10% qui seront économisés et indique que cela va permettre de financer des remplacements notamment et de soutenir les personnes qui sont présentes et qui doivent assumer une charge de travail plus importante dans le contexte de l'absence.

M<sup>me</sup> Fontanet continue avec un autre élément en faveur des intérêts des employeurs publics, à savoir l'application de la durée maximale de 730 jours de droit au traitement en cas de maladie ou d'accident professionnels (p. 10). Dans le droit actuel, il n'y a pas de limitation du droit au traitement en cas d'accident professionnel et, au-delà des 730 jours, ces cas devaient relever de l'assurance-accident dont le rôle est spécifiquement de couvrir ce genre de sinistre. Cela permet d'ailleurs d'assurer une uniformité dans le traitement de l'absence. Le régime actuel qui consiste à continuer à verser le traitement au-delà des 730 jours en cas d'accident professionnel est totalement inconnu des autres cantons. Aucun canton ne pratique ce que Genève fait aujourd'hui.

M<sup>me</sup> Fontanet poursuit avec un autre élément (p. 11) qui est la possibilité de prévoir une participation plus importante des membres du personnel au financement des prestations versées en cas de maladie. Dans la situation actuelle, il y a une cotisation des membres du personnel qui correspond à 0,1% du traitement brut prélevé au titre de participation au financement des prestations en cas de maladie. Le projet de loi laisse la possibilité et la compétence aux employeurs de fixer la prime des membres du personnel pour le financement des prestations de maladie avec une limite : ce taux, cette participation, ne peut pas dépasser 0,9% du traitement brut en précisant que l'employeur prenne en charge les deux tiers du coût des prestations. La

participation ne sera pas nécessairement plus importante que celle existant actuellement, c'est une option. L'avant-projet prévoyait que l'employeur assurait le financement de la moitié des prestations au moins, sans fixer de limite à la participation des membres du personnel et suite aux avis qui ont été exprimés dans le cadre de la consultation, ils ont proposé que ces prestations soient financées pour deux tiers au moins par l'employeur, en limitant dans tous les cas la cotisation du membre du personnel à 0,9% du traitement brut. Elle aimerait rappeler que ce 0,9% n'est pas non plus sorti de nulle part, puisque c'était le taux qui avait été proposé par le PL 12428 tel que ressorti de commission.

M<sup>me</sup> Fontanet conclut avec la possibilité laissée dans la loi pour l'employeur de conclure une assurance perte de gain en cas de maladie ou d'accident qui soit complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire (p. 12). Aujourd'hui, la loi n'exclut pas la souscription d'assurance et certains employeurs ont souscrit une assurance perte de gain maladie ou des assurances-accident spécifiques. Ils ont estimé que cela pouvait permettre de libérer le poste occupé. Quand il y a une assurance surobligatoire perte de gain, c'est elle qui prend le relais et cela permet qu'il n'y ait plus de limitation de poste. Aujourd'hui, quand on a une personne qui est absente pendant 730 jours, on ne peut pas réengager quelqu'un, le poste est toujours occupé. Soit il y a des disponibilités budgétaires et on arrive à faire un relais dans certains cas, soit il n'y en a pas, et on ne peut pas bénéficier du poste jusqu'à ce que la personne ne soit plus là. Ce type d'assurance existe aujourd'hui à l'IMAD et cela leur paraissait important de pouvoir laisser cette possibilité aux autres employeurs. Le PL 12428 ne permettait pas de conclure d'autres assurances, or tant les HUG que l'IMAD sont concernés par des risques de surexposition et doivent pouvoir continuer à en conclure.

M<sup>me</sup> Fontanet, en guise de conclusion, indique que ce projet de loi apporte des avantages tant aux membres du personnel qu'aux employeurs, il tient compte aussi de remarques qui ont été faites lors de la consultation, il améliorera le traitement de l'absence tout en soutenant certaines actions du plan de lutte contre l'absence, en particulier l'axe 3, qui vise à s'occuper des présents. Elle aimerait souligner que la résiliation automatique des relations après 730 jours, où un entretien n'est plus nécessaire, permet de libérer le poste plus rapidement pour engager quelqu'un d'autre et ainsi soulager les équipes. Ce qui va coïncider, c'est la fin du traitement et la résiliation des rapports de travail, il n'y a pas d'intérêt à avoir un emploi si on a plus de traitement.

En matière de conclusion aussi, M<sup>me</sup> Fontanet indique que l'objectif final est évidemment, tout en améliorant le traitement de l'absence, tout en prenant en compte les intérêts, d'avoir un Etat qui fonctionne mieux, un service public qui

soit plus au service des citoyens et que la protection des personnes qui y travaillent soit renforcée.

Le président remercie M<sup>me</sup> Fontanet pour ces explications qui étaient très claires.

Une députée (S) remercie M<sup>me</sup> Fontanet pour la présentation. Elle souhaite poser plusieurs questions, notamment concernant ce qu'elle a dit sur le fait que la droite acceptait les modifications allant dans le sens tant de l'employeur que de l'employé, tandis que la gauche n'acceptait que celles qui allaient dans le sens des employés ; elle aimerait comprendre quels sont les partis qui sont impliqués.

M<sup>me</sup> Fontanet indique qu'elle a inclus le MCG dans la gauche. Les groupes LJS et UDC n'ont pas souhaité se prononcer sur cette consultation.

La députée (S) s'interroge sur les exceptions au principe de la protection contre la résiliation pendant la durée des 730 jours et notamment sur la question du comportement du collaborateur que M<sup>me</sup> Fontanet a donné comme exemple. Elle souhaitait savoir si elle avait plus de détails concernant quels comportements pouvaient être problématiques, et surtout s'il doit déjà y avoir eu de premières mesures prises avant l'arrêt maladie de la personne.

M<sup>me</sup> U. Marti répond en disant que, de manière générale, c'est plutôt le cas d'un collaborateur qui a un comportement inadéquat, la hiérarchie le convoque, il y a un entretien de service et la personne tombe malade par la suite. Il y a des cas où quelqu'un est malade et les collègues remontent les problèmes à la hiérarchie et là ça peut arriver, suite à une instruction, qu'ils arrivent à la conclusion qu'ils ne peuvent continuer les rapports de service. M<sup>me</sup> U. Marti précise que ce sont des cas très rares et, en général, c'est la première hypothèse évoquée qui s'applique.

La députée (S) souhaite également revenir sur la question de la non-prise en compte de l'absence en raison de la grossesse dans les 730 jours. Elle exprime son accord avec cette démarche, mais elle aurait voulu savoir combien de personnes cela concernait et le nombre de cas de femmes qui, en raison de la maladie et d'une grossesse, se retrouvaient, si on cumulait les deux, au-delà des 730 jours.

M. Minetto répond qu'au 30 juin 2024, il y avait trois cas. Mais ce chiffre tient effectivement compte de 730 jours d'absence donc des cas de maladie et, dans cette maladie, sont incluses les raisons médicales liées à la grossesse. Ça peut arriver que le fait que nous prenions ces raisons médicales liées à la grossesse et à l'incapacité, la personne dépasse les 730 jours, mais au-delà de ce chiffre, le but était de faire en sorte que l'ensemble de ces incapacités ne

soient plus comptabilisées dans le décompte des absences des collaboratrices. Il n'a pas le chiffre exact, mais il peut imaginer qu'il y a de nombreux cas.

Une députée (S) remercie M. Minetto et souhaiterait qu'ils lui transmettent la liste des employeurs qui, aujourd'hui, ont contracté une assurance perte de gains et maladie et qui sont liés à la LPAC.

M<sup>me</sup> U. Marti répond qu'il faut qu'ils demandent. Ils savent que l'IMAD et les HUG ont contracté cette assurance, mais sinon il faut qu'ils demandent aux employeurs.

Finalement la députée (S) a une dernière question concernant l'art. 15B du projet de loi sur l'étendue de garantie, en particulier l'alinéa 3, qu'elle peine à comprendre.

M. Minetto répond qu'actuellement, dès qu'il y a des prestations d'assurance qui sont versées, elles ne sont pas soumises aux cotisations sociales. Donc la personne qui se trouvera en accident, car aujourd'hui, à l'Etat, ce sont uniquement les cas où une assurance est contractée, la personne qui se retrouve en incapacité pour cause d'accident va se retrouver avec un traitement net à la fin du mois qui est plus important que celui qu'elle avait en activité.

M<sup>me</sup> Fontanet ajoute que c'est très inéquitable par rapport au collaborateur qui travaille et qui gagne moins que celui qui est en incapacité.

La députée (S) répond qu'elle comprend, mais du coup est-ce que la personne ne se retrouve pas avec des trous dans ses cotisations de prévoyance ? Car cela signifie que la personne ne cotise pas à l'AVS, ni au deuxième pilier.

M<sup>me</sup> Fontanet corrige en disant que la caisse de pension continue à être payée, ce sont juste les cotisations sociales.

La députée (S) rebondit en disant que la personne risque d'avoir des trous dans son nombre d'années, admettons pendant deux ans d'AVS.

M<sup>me</sup> Fontanet confirme.

Un député (Ve) remercie les auditionnés et mentionne qu'il a plusieurs questions. Il est vrai que séparer les éléments en faveur des membres du personnel et de l'employeur paraît étonnant à partir du moment où on part du principe, peut-être un peu idéal, que chacun et chacune au sein de l'Etat vise non pas forcément ses propres intérêts, mais plutôt que l'Etat fonctionne bien, et puis que les employeurs sont également des membres du personnel. Pour sa première question, s'il a bien compris, actuellement, les personnes en absence maladie, même de longue durée, continuent à percevoir un traitement soumis aux prestations, ou est-ce que c'est aussi des prestations d'assurance ?

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'il n'y a pas de changement fondamental à ce niveau-là. Elle souhaiterait par ailleurs revenir sur le préambule du député (Ve) et lui répond qu'elle adorerait que ce soit une réalité et elle adorerait qu'il n'y ait pas de différence entre les différentes parties sur le fait de savoir si quelque chose avantage un employé ou un employeur. Force est de constater qu'avec les négociations menées, que ce soit avec les associations représentatives du personnel ou dans les partis, ce n'est pas le cas. Et que tant qu'on donne des avantages au personnel, les associations représentatives des syndicats sont favorables à tout ce que l'Etat peut donner, mais s'oppose à partir du moment où il y a une prise en compte d'un intérêt de l'employeur. Elle constate qu'elle n'a pas eu de refus des membres de droite, qui ont dit que, sous réserve qu'on tienne compte des deux intérêts, ils avanceraient avec eux. Elle vit mal le reproche formulé en préambule.

Un député (Ve) dit que c'est ce qu'il perçoit. Il souhaite rebondir en disant que chacun a son rôle, les associations représentatives ont également leur rôle, ils n'ont pas à les juger. Il fait remarquer qu'ici ils discutent selon des valeurs qu'ils défendent, ils ne sont pas alignés par principe sur telle ou telle association qui représente des employés ou des employeurs et c'est une insinuation qu'il n'est pas persuadé de comprendre, car, pour sa part, il assure qu'il souhaite valider ce projet de loi dans des perspectives de bon fonctionnement de l'Etat dans le respect des employés.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'elle s'en réjouit.

Un député (Ve) mentionne le fait que M<sup>me</sup> Fontanet a relevé de nombreux cas de personnes qui, lors d'une convalescence, travaillent à temps partiel, mais dont les jours d'absence sont néanmoins comptabilisés en plein, ce qui peut découler sur des situations problématiques dans le cas où leur santé irait mieux après ces 730 jours. Il voit qu'il y a une possibilité pour l'employeur de continuer les rapports de travail tout de même et demande si ce ne serait pas une solution que de décompter au ratio de l'absence, par exemple si la personne revient à 50%, que chaque demi-journée d'absence compte comme telle. Serait-ce techniquement possible ?

M<sup>me</sup> Fontanet répond que ce serait évidemment très intéressant, car cela permettrait de baisser le taux d'absence dans différents services. Dans certains services, ils ont tout d'un coup un collaborateur qui va un peu mieux, et qui souhaite reprendre à 30 ou 40%, mais le taux d'absence reste le même, et c'est très frustrant pour le collaborateur et pour le manager qui ont fait l'effort de rester en contact, de maintenir cette possibilité pour le collaborateur de revenir, et c'est évidemment beaucoup plus facile de revenir très vite que de revenir très tard. Quand on a été absent pendant un an ou deux, c'est plus difficile au

niveau des relations. Elle est entièrement favorable à ce qu'un député (Ve) dit, elle a cru comprendre qu'ils avaient des problèmes techniques.

M. Minetto ajoute d'un point de vue strictement juridique, le système des 730 jours, ça fait des dizaines d'années qu'il est présent et ils ont voulu le maintenir. Actuellement, si on prend en compte les incapacités partielles, une personne pourrait même être absente à 66% toute sa vie et elle resterait en dessous du quota des 730 jours. Dans ce système, on ne peut pas prendre en compte les incapacités partielles et il croit qu'il y avait une volonté de maintenir le système tel qu'on le connaît.

M<sup>me</sup> Fontanet rebondit en disant qu'elle parlait du fait de ne pas tenir compte du même taux d'absence lorsque quelqu'un revient, par rapport au système des 730 jours qui se calcule de la même manière que le nombre de jours dans le code des obligations. Ce qu'elle trouve pénalisant, c'est quand on revient et qu'on nous compte quand même absent entièrement.

M<sup>me</sup> U. Marti ajoute que ce projet veut tenir compte des personnes présentes. Si quelqu'un est absent pendant de années et qu'il peut profiter des 730 jours, c'est bien, mais cela signifie également que les autres font le travail, car si quelqu'un revient à 60% alors qu'il faisait 100%, on ne peut peut-être pas le remplacer par un auxiliaire pour 40%, et donc ce sont les autres personnes qui doivent les prendre en charge.

Un député (Ve) mentionne qu'on peut également rétorquer que si on admettait que la personne avait le choix de revenir à 60% ou de ne pas revenir, elle soulage ses collègues de 60% au lieu de rester à 100% à la maison. D'une façon ou d'une autre, cela devrait pouvoir être valorisé.

M<sup>me</sup> U. Marti dit que c'est juste, mais si on dit qu'on n'applique pas les 730 jours de manière que chaque jour compte comme une absence, c'est comme ce que disait M. Minetto, une personne pourrait pendant dix ans, vingt ans, travailler à 60% en étant à 40% en absence maladie, tout en recevant le salaire à 100%.

Un député (Ve) souhaite revenir sur la clause de la possibilité de maintenir les rapports de travail malgré les 730 jours passés, très concrètement la procédure serait sur l'initiative de l'employeur et non de l'employé, mais est-ce que ce serait sur validation de la hiérarchie ou serait-ce purement interne aux ressources humaines ? Est-ce que c'est du libre arbitre du manager local ou y a-t-il la possibilité pour l'employé d'interpeller la hiérarchie ?

M<sup>me</sup> Fontanet répond en disant que l'autorité compétente décidera. Il faudrait que cela remonte avant, pour éviter la résiliation, et que cela soit motivé. Le collaborateur n'aura pas de droit à se prévaloir de cet élément, c'est

vraiment à la discrétion de la hiérarchie, car il y a des cas dans lesquels il faut que cela se fasse.

M<sup>me</sup> U. Marti ajoute que, par exemple, l'autorité compétente, pour un fonctionnaire, ce sont les Conseillers d'Etat, donc effectivement la LPAC ne prévoit pas de déléguer plus bas pour l'instant, ce ne serait pas la hiérarchie directe qui déciderait.

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'elle recevrait un préavis de la hiérarchie, car le Conseiller d'Etat ne peut pas lever le petit doigt et dire qu'on le garde ou on ne le garde pas. Actuellement, c'est le Conseiller d'Etat qui signe les courriers de résiliation ou les courriers particuliers.

Un député (Ve) revient sur la question de l'assureur privé, comme c'est exprimé dans le projet de loi, ça ouvre la possibilité tant pour les employeurs, les institutions autonomes soumises à la LPAC, comme pour le petit Etat, mais M<sup>me</sup> Fontanet affirme qu'il n'est pas question pour le petit Etat, s'il a bien compris. Quelle est la perspective pour le petit Etat ?

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'il n'y a aucune disposition dans ce projet de loi qui indique qu'il y aura une assurance de perte de gain, une assurance surobligatoire privée, etc. Ils souhaitent laisser la possibilité, comme ils l'ont vu dans le cadre de l'examen qu'ils ont fait, et d'ailleurs ils n'avaient pas été plus loin, car l'examen qui avait été fait avec le *Stop loss* était quelque chose qui coûtait extrêmement cher, qui pouvait faire l'objet d'appels d'offre, ils avaient finalement interrompu, voyant que la commission sur le personnel de l'Etat n'y était pas favorable. Ils estiment néanmoins que c'est important à ce stade pour des établissements ayant déjà utilisé cette possibilité, d'avoir cette possibilité. Ça n'empêchera pas le Conseil d'Etat, s'ils le font, de revenir avec quelque chose et de revenir vers la commission. Ce n'est pas un blanc-seing qui leur permet de tout faire, c'est une possibilité.

Un député (Ve) ajoute donc que, très concrètement, ça ne devrait pas nécessairement repasser par un autre projet de loi.

M<sup>me</sup> Fontanet le confirme.

Un député (Ve) souhaite finalement faire part de sa dernière question concernant cette fameuse deuxième année à 90% du traitement, on voit qu'il y a une volonté de faire comme les voisins, quel est le sens en termes de ressources humaines, est-ce que c'est au sens thérapeutique pour les faire revenir plus rapidement, est-ce que c'est un sens punitif pour les faire culpabiliser d'être malades, ou est-ce que cela part de l'a priori que les médecins ne font pas bien leur boulot et qu'ils font des certificats médicaux de complaisance ?

M<sup>me</sup> Fontanet répond que, malheureusement, et c'est triste, ils se rendent compte, avec une comparaison intercantonale, que les gens reviennent avec une baisse de traitement. Pourquoi n'ont-ils pas voulu faire plus ? Pourquoi n'ont-ils pas fait 80% ? Justement, car ils ont pris les exemples les plus difficiles, à savoir les personnes qui souffrent vraiment d'une longue maladie, il y en a et il s'agit de ne pas paupériser la situation de ces personnes. Elle a estimé, au niveau politique, que 80% c'était trop, que de commencer plus tôt c'était trop. Cela se fait dans d'autres cantons, ils n'ont donc pas suivi ce qui se fait dans d'autres cantons, ils ont été plus raisonnables et ont suivi le régime de la Confédération. Le retour était clair, à partir du moment où ils ont mis ça en vigueur, les personnes revenaient. C'est comme ce qui se fait dans certaines entreprises privées, on sait que la pénalité intervient déjà, pour certains, après un jour et on sait aussi, évidemment par pour des maladies graves et longues, on sait également que les gens en tiennent compte et reviennent, cela se fait à partir de trois jours, les gens sont donc malades moins de trois jours. L'objectif est de faire revenir les gens. Ils ont eu des discussions avec le représentant du Centre, qui était médecin, qui avait été interpellé par les membres de la commission, car ils voulaient savoir si tous les médecins faisaient leur job et il leur expliquait à quel point c'était compliqué. Ils ont une liste de certains médecins qui donnent des arrêts de travail de manière systématique, mais de manière générale, les médecins font leur travail. Ils ont renforcé leur système de médecin-conseil justement pour pouvoir avoir une meilleure connaissance. C'est important aussi de prendre cela en considération.

M<sup>me</sup> U. Marti continue en explicitant que le but est de faire revenir les personnes lorsqu'elles le peuvent, même à temps partiel. Ils constatent au niveau des ressources humaines que plus longtemps quelqu'un est absent, notamment à 100%, plus le retour est difficile. Inciter les gens à revenir, même si c'est à taux partiel, permettra aux personnes de rester connectées et de continuer à travailler.

Un député (Ve) remercie les intervenants pour la sincérité de leurs remarques. Une dernière question serait : n'y a-t-il pas un nœud en termes de suivi de santé ? Là n'est-elle pas la question ? Est-ce qu'en définitive il n'y a pas un moment où il faudrait que ces gens soient suivis de plus près pour déterminer s'il y a des signatures de certificats de complaisance ? Peut-être est-ce plutôt le suivi médical par l'employeur que la pénalité par le traitement qui permettrait d'atteindre l'objectif que chacun poursuit. Dans toutes les absences pour maladie, il vaut mieux que la personne revienne dès qu'elle a la capacité de le faire.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'ils font les deux, puisqu'ils ont renforcé très fortement leur service interne de médecins du travail, mais ils font également



appel à des médecins-conseils qui ne travaillent pas pour eux, qui sont des médecins indépendants, dans différents domaines, notamment dans le domaine psychiatrique. Ils ont constaté que les gens revenaient, une fois que le médecin-conseil remettait en question la maladie. Ils ont même eu des décisions judiciaires qui ont été favorables ces derniers mois depuis l'instauration du plan absences dans lequel l'avis du médecin-conseil prime.

Un député (Ve) continue donc en disant que cela vaudrait donc la peine de maintenir la pénalité sur le traitement qui ne concernerait que des gens qui sont vraiment malades et incapables de revenir.

M<sup>me</sup> Fontanet corrige en disant que cela concerne les gens qui sont malades après la deuxième année d'absence. Ce serait des gens qui soit sont en incapacité, soit qui trouvent des raisons pour ne pas revenir.

M<sup>me</sup> U. Marti rappelle l'ajout d'une disposition portant sur cette mesure de réinsertion et qui démontre cette volonté de faire revenir les personnes.

Un député (PLR) souhaiterait revenir sur le traitement à 90%. Selon les propos de M<sup>me</sup> Fontanet, les cantons qui avaient un taux de 80% voyaient des retours, est-ce qu'on a des données à ce sujet ou des études des ressources humaines à l'Etat ou dans le privé ?

M<sup>me</sup> Fontanet répond que même à 90% il y a des retours, il n'y en a pas plus à 80% qu'à 90%. Les données s'arrêtent à partir du moment où c'est mis en place. Ce qu'ils ont discuté avec les cantons, c'était de voir s'ils avaient vu une différence entre l'avant et l'après, mais il est précisé que l'« après » n'est pas documenté, puisque les gens reviennent. Ils ont entendu que tant à 90% qu'à 80%, les gens reviennent, mais elle n'a pas de données d'intensité.

M<sup>me</sup> U. Marti mentionne l'exemple de l'Université de Genève, dont une partie des collaborateurs est soumise à la LPAC et l'autre sous le CO. Sauf erreur, il y a une différence au niveau du taux d'absence.

Un député (PLR) les remercie. Il se demande également, pour clarifier, à partir de 730 jours, si un collaborateur aura le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que s'il répond aux critères d'invalidité, oui. C'est d'ailleurs aussi important qu'on commence à s'intéresser à l'assurance-invalidité bien plus tôt afin d'aiguiller les personnes dans ce sens, si besoin. L'assurance-invalidité met beaucoup de temps à traiter les demandes et les dossiers. En cas de perte d'emploi, le chômage est une autre option, selon les cas.

Un député (PLR) s'intéresse plutôt au cas où une personne malade remplissant les critères de l'assurance-invalidité, dans le système, pendant

730 jours, avec le droit qu'on a ici, on a un sous-traitement qui est assuré, avec le fait qu'il y ait une légère baisse lors de la seconde année puis la personne devrait se trouver à l'assurance-invalidité si elle se répond aux critères.

M<sup>me</sup> Fontanet indique que, sauf erreur, on peut faire rentrer la personne plus rapidement dans l'assurance-invalidité.

Un député (PLR) fait remarquer qu'il y avait un sentiment, dans les questions de certains députés, qu'on laissait les gens dans la nature. Le système suisse permet dès 731 jours au plus tard d'entrer dans le système d'assurance-invalidité. Concernant l'art. 24d al. 1 PL qui laisse l'ouverture ou la possibilité de prolonger le contrat après 730 jours, il souhaiterait savoir si, selon ce qu'il comprend, c'est correct qu'on ne parle pas de traitement.

M<sup>me</sup> Fontanet confirme que le traitement n'est pas prolongé.

Un député (PLR) se questionne donc sur la question de savoir si quelqu'un travaille à 50%, sera-t-il payé à 50% ?

M<sup>me</sup> U. Marti intervient en disant qu'il sera payé à 50%, mais cela ne signifie pas que si on prolonge, le calcul des 730 jours recommence à courir. Si l'employeur décide de prolonger la relation de travail, l'employé continuera de travailler à 50%, il touchera le traitement de 50% et les 730 jours continuent à s'appliquer.

Un député (PLR) souhaite donner comme exemple un cas concret pour essayer d'illustrer. Donc si quelqu'un est touché d'un COVID long, qu'il aurait recommencé le travail qu'au taux de 50%, c'est pris en charge par l'assurance-invalidité, il aurait donc 50% de traitement financé par l'assurance-invalidité et continuerait à être engagé à 50%, donc pour l'administration ce serait un employé à 50%.

M<sup>me</sup> U. Marti acquiesce et dit qu'il est très important que la personne dise qu'elle diminue son taux d'activité à 50%. Si la personne reste à 100%, chaque jour est comptabilisé comme étant un jour d'absence. La personne n'acquiert jamais le droit d'être payé à nouveau. Si on constate qu'une personne ne peut travailler qu'à temps partiel, on réduit son taux d'activité et, après, si la personne reste pendant une année à son taux normal, il ouvre à nouveau son droit aux 730 jours. S'il est absent 730 jours puis il revient à son taux habituel, après une année il pourrait de nouveau être absent et avoir les 730 jours.

Le président souhaite rebondir sur la première question du député (PLR), en demandant aux intervenants s'ils n'ont pas l'obligation d'annoncer les cas à l'assurance-invalidité après 180 jours normalement. Dans le privé, ils doivent annoncer après six mois d'absence tous les cas à l'assurance-invalidité.

M<sup>me</sup> U. Marti confirme en disant que l'employeur a une obligation d'annonce.

Un député (S) est étonné que le burn-out ne soit pas considéré comme une maladie professionnelle.

M<sup>me</sup> Fontanet indique que cela relève de la loi fédérale, ce n'est pas le canton de Genève qui décide, et ils n'ont pas de marge de manœuvre. Le droit fédéral ne considère pas que ce soit une maladie professionnelle, car il peut être lié à d'autres situations, comme relevant de la sphère personnelle, qui viennent s'ajouter à des situations qui peuvent être professionnellement difficiles. Il y a d'autres critères qui peuvent entrer en compte. Or une maladie ou un accident professionnel doit avoir un lien très spécifique, en lien par exemple avec des produits toxiques ou des gestes répétitifs.

Un député (S) se demande donc comment l'administration fait pour déterminer si une personne est en burn-out à cause de son activité professionnelle ou d'une situation privée.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'ils ne peuvent savoir et qu'ils ne le font pas. A partir du moment où ce n'est pas considéré comme une maladie professionnelle, ils la traitent comme une maladie normale.

Un député (S) dit que cette disposition fédérale ne peut pas être appliquée.

M. Minetto intervient en disant que dans l'OAA, il y a une liste des substances nocives ou des travaux considérés comme spécifiques à une activité professionnelle et qui peuvent engendrer une maladie professionnelle, par exemple l'amiante ou le COVID pour une infirmière. C'est très spécifique, ce sont des maladies qui sont liées au risque de l'activité professionnelle.

M<sup>me</sup> U. Marti nuance en disant qu'en cas de burn-out, l'employeur est tenu d'examiner si c'est en lien avec le travail ou non. Si quelqu'un est absent pour une longue durée, c'est l'obligation de l'employeur de déterminer les raisons pour lesquelles la personne est malade et si les raisons sont liées au travail et on peut ensuite voir ce qu'on peut changer.

M<sup>me</sup> Fontanet ajoute qu'en général, les médecins le précisent et le collaborateur le dit lorsqu'il y a des échanges.

Un député (S) souhaite confirmer que lorsque le burn-out provient de l'activité professionnelle au sein de l'Etat, ils en tiennent compte.

M<sup>me</sup> Fontanet atténue en disant que cela dépend par ce qu'il entend par « ils en tiennent compte ». Ils n'en tiennent pas compte dans la prise en charge du cas, en revanche il y a des discussions qui interviennent, si un collaborateur annonce un burn-out, pour essayer de comprendre à quoi c'est lié, s'il y a un besoin de le déplacer, s'il veut changer de service, s'il a besoin de travailler

moins, est-ce qu'il traverse également des difficultés personnelles qui font que cela fait trop à ce moment-là de sa vie, oui c'est le rôle du médecin du travail.

Un député (UDC) exprime que, sur le fond, on a affaire à un projet de loi qui est très raisonnable. Le député constate que souvent les cadres n'ont aucune idée de la santé au travail et ce que cela implique. Il se demandait si, dans la formation des cadres, il ne serait pas possible de prévoir ce type de module. Ils ne se rendent pas forcément compte que dans leurs attitudes ou leurs comportements, ils engendrent l'absentéisme et qu'à l'arrivée, c'est le contribuable, respectivement, l'employé qui paie via ses cotisations. Dans un grand office de l'Etat où un audit interne a été mené avec un service spécialisé, en l'espace d'une année, le taux d'absentéisme est largement passé de plus de 10%, à moins de 10%. Par contre, il y en a un autre où ils ne l'ont pas fait, et où le taux d'absentéisme est catastrophique, et là on sait que ce sont des cadres qui dysfonctionnent. Sa première question est de savoir si on a une idée du nombre de cas, par an, qui représentent entre 365 et 730 jours.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'ils vont regarder et qu'ils vont revenir.

Un député (UDC) remarque qu'on fait un projet de loi pour peut-être, finalement, un nombre de cas très limités ou, s'ils sont très importants, c'est qu'on a un autre problème et que, si on veut faire venir les gens au travail, dans l'administration française, on n'est pas payé les trois premiers jours. C'est très syndicalisé, on ne paie pas les gens et le taux d'absence dans l'administration française est largement plus bas qu'à Genève. Il se demande donc pourquoi intervenir après un an, et pas avant, au niveau de la réduction du traitement. Puis il se demande s'il n'est pas également envisagé une réduction du nombre de jours de vacances, c'est-à-dire que plus on a d'absence, y a-t-il une limite par rapport aux jours de vacances ? Et finalement, le coût pour les établissements autonomes, si on prend par exemple la Maison de Vessy, eux ils sont liés par une obligation de soins, à savoir que le personnel absent doit être remplacé.

M<sup>me</sup> Fontanet revient sur la question de la santé au travail et sur la réduction des taux d'absence dans certains services. Il y a lieu de se souvenir que dans le cadre du plan absence, ils ont des équipes dévolues qui se rendent dans des services et qui leur permettent de trouver des solutions pour comprendre où cela joue et où cela ne joue pas. C'est quelque chose qui est en place aujourd'hui, de même que les cadres sont formés sur les questions de santé au travail.

M<sup>me</sup> U. Marti ajoute que les nouveaux managers doivent suivre des formations pour les absences.

M<sup>me</sup> Fontanet continue sur la seconde question qui était : pourquoi ont-ils choisi de ne verser le traitement à hauteur de 90% et qu'après un an ? Car c'est un complément à d'autres mesures déjà prises, comme l'appel au médecin-conseil lorsque l'employeur estime que l'absence n'est pas justifiée. Ils ont estimé qu'il y avait des personnes qui sont véritablement malades et ils souhaitaient se caler sur le régime de la Confédération et ne pas être plus stricts, c'est une appréciation.

M<sup>me</sup> U. Marti indique que ce qui est déjà fait, c'est que si quelqu'un est absent au-delà de 150 jours, on réduit les vacances. Si quelqu'un est absent toute l'année civile, le droit aux vacances est à zéro.

M<sup>me</sup> Fontanet reprend la parole pour les établissements autonomes et aux moyens dont ils auraient besoin en plus s'il y avait des éléments qui étaient plus favorables aux employés.

Concernant les établissements autonomes et les moyens dont ils auraient besoin, un député (UDC) précise que si c'est le principe de la première année où il devrait effectivement rémunérer leur employé qui tomberait malade, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, est-ce que le coût de la protection sera contrebalancé par d'autres mesures de ce projet de loi ? Est-ce qu'aujourd'hui le financement est limité ? Il y a une subvention de l'Etat qui est marginale.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que les employés qui sont dans un contrat à durée déterminée, donc pour un remplacement, ne sont pas concernés, cela prend fin de toute façon à la fin des relations de travail. Ils pensent que cela ne devrait pas poser plus de problèmes que cela.

M. Minetto ajoute que les taux d'absence la première année sont très bas, les coûts sont donc bas.

Une députée (S) souhaite saluer la mesure pour les femmes enceintes, car c'est une mesure qui favorise l'égalité. Tout au début de l'exposé de M<sup>me</sup> Fontanet, elle a dit que ce projet de loi ne saurait se lire sans le soin apporté aux présents, c'est un modèle sur lequel il convient d'insister. Elle a deux questions : est-ce que ce volet est aussi lié avec le suivi des recommandations du rapport de la commission de contrôle de gestion sur la gestion des présences ? Et puis, elle ne parle pas des maladies graves (cancer, etc.), mais quand on voit qu'il y a des absences pour maladie qui concernent plus spécifiquement et régulièrement un service, un office ou une partie de l'administration, est-ce qu'ils ont pu débloquent une approche systémique puisqu'à part le soin apporté à la résolution des cas individuels que M<sup>me</sup> Fontanet a mentionné, est-ce qu'on a pu développer ou mener une analyse systémique qui amène à une résolution plus collective qui, à terme, mène à individuellement éviter à ce que les gens soient malades plus que de raison ?

M<sup>me</sup> Fontanet mentionne que pour la première question, il y a déjà eu une présentation pour voir à quel point le PL coïncidait avec le rapport et à quel point on en remplissait déjà les conditions. Ils continuent d'avancer dans ce sens, l'objectif étant de répondre à travers le plan Absence à ces questions-là. Pour l'aspect collectif, c'est qu'elle a tenté d'expliquer juste avant, à savoir qu'ils ont maintenant des équipes dédiées qui se rendent dans des services pour comprendre, lorsqu'il y a une absence plus importante dans un service, cela signifie que c'est le fonctionnement du service qui n'est pas bon également. Ce n'est pas forcément lié à une personne, mais également la façon d'assigner les tâches, le travail, même si on a vu que dans certains services qui sont plus pénibles ou en contact avec des difficultés, il y avait une absence plus importante, ils ont développé plusieurs collaborateurs qui prennent en charge ces services, pour aller essayer de renforcer la situation et puis de faire baisser ce taux d'absence.

Une députée (Ve) commence par remercier M<sup>me</sup> Fontanet pour la présentation et continue en disant qu'un député (PLR) a posé la question d'un cas concret auquel elle pensait également, le COVID long qui n'est pas tant reconnu pour l'instant par l'assurance-invalidité, alors que c'est une maladie qui peut, dans certains cas, entraîner une incapacité partielle ou totale. Pour elle, si elle comprend bien, une personne lambda atteinte d'un COVID long revenant à 50%, au bout des 730 jours elle est payée sur les heures travaillées.

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'au bout des 730 jours, si l'employeur n'a pas décidé qu'il ne voulait pas résilier avec cette loi, au bout des 730 jours le traitement prend fin et il y a une résiliation des relations du travail automatique. Si l'employeur est satisfait de cette personne, pendant tout le délai où elle a travaillé à 50%, elle aura été payée à 100%, malgré le fait qu'elle soit couverte par les 730 jours, elle reçoit évidemment son salaire.

M<sup>me</sup> U. Marti ajoute que pendant les 730 jours, elle est à 100%, mais si elle dépasse les 730 jours et qu'elle se trouve toujours en relation de travail, la personne sera payée sur les heures effectuées, donc si elle est à 50%, elle reçoit son salaire à 50%.

Une députée (Ve) se demande donc s'il ne faudrait pas créer un cadre pour ces personnes qui souhaiteraient potentiellement continuer à travailler à 50% avec un salaire décent à l'Etat.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'ils ne se sont pas posé la question. Si elle comprend bien ce que la députée (Ve) voit comme difficulté, c'est finalement que quelqu'un, si on décide de le prolonger après les 730 jours, on ne le paiera qu'à 50%, car il n'aura plus la protection des 730 jours à 100%, et cette personne devrait aussi se retrouver non prise en charge par l'assurance-

invalidité et qu'il conviendrait que l'Etat, l'employeur, décide, comme elle a eu le COVID long, de la payer à 100%. C'est ça ?

M<sup>me</sup> U Marti intervient en disant que c'est un peu la réflexion qu'ils font aujourd'hui à savoir quelqu'un qui dépasse les 730 jours et qui ne revient plus travailler, il reste engagé à l'Etat de Genève sans traitement, sans possibilité d'aller au chômage, et peut-être sans aide de l'assurance sociale. Il faut donc discuter avec la personne de ce cas, en disant que l'Etat est d'accord de prolonger à 10%, mais est-ce que cela suffira ? Est-ce que cela ne va-t-il pas poser d'autres problèmes ?

M<sup>me</sup> Fontanet dit que l'Etat n'est pas une œuvre sociale, si cette personne doit travailler à 50% et que cela ne suffit pas, il faudra trouver avec elle un moyen qui fera qu'elle puisse compenser avec l'assurance-invalidité.

Une députée (Ve) revient sur la raison pour laquelle on ne reconnaît pas les absences partielles comme étant justement partielles, puisque la personne travaille tout de même.

M<sup>me</sup> Fontanet répond à nouveau que cela ferait durer la période des 730 jours sur une vie entière de travail, ce n'est pas possible. Il faut prendre en compte le taux de retour des personnes pour qu'on ait un taux d'absence qui diminue, pour comprendre que certaines personnes reviennent travailler. La personne pourrait travailler à 66% toute sa carrière payée à 100%, ce ne serait pas possible.

Le président intervient en disant que c'est un cas particulier.

Une députée (Ve) finit en disant que, par rapport au mécanisme de baisse du salaire après l'année d'absence, à 90%. La constatation qui a poussé à faire ce changement c'est que les personnes reviennent au travail, mais est-ce qu'on sait à quel point ils reviennent efficaces au travail ? Est-ce qu'ils ne font pas de présentéisme ?

M<sup>me</sup> Fontanet répond que les retours des cantons sont bons. Elle imagine que si les personnes faisaient du présentéisme, ils auraient eu des retours de ces cantons disant que cela n'a servi à rien, car ils revenaient, mais ne faisaient rien. Ils ont pu voir qu'avec les actions liées aux avis des médecins-conseils, c'est que les gens reviennent et qu'ils ont l'air d'être efficaces alors qu'ils avaient un certificat médical qui leur permettait d'être absents plus longtemps.

Une députée (S) souhaiterait qu'ils détaillent la disposition de l'art. 15F PL, qu'elle n'a pas compris.

M. Minetto indique que c'est typiquement le cas de l'assurance-accident. Pour dire que la personne ne doit pas être payée par l'assurance-accident et par l'Etat, il n'y a pas de double indemnisation. Si la personne touche des

prestations de l'assurance-accident par exemple, c'est imputé sur le droit au traitement et l'Etat va compenser le reste.

Une députée (S) demande donc si cela s'appliquerait de même si l'employeur contracte une assurance perte de gains maladie.

M. Minetto acquiesce et indique que c'est également applicable en cas d'invalidité. Parfois, il arrive qu'ils touchent rétroactivement une partie de la rente, car on a versé le traitement à 100% pendant cette période.

Une députée (S) avait une autre question concernant les mesures de réinsertion : il existe une procédure de reclassement, est-ce que la mesure de réinsertion s'assimile à ce qui est actuellement fait dans le cadre de l'invalidité et de la procédure de reclassement prévue par l'art. 26 LPAC actuel ? Sa seconde question concerne la suppression de cet art. 26 LPAC actuel qui traite de l'invalidité. Elle se pose la question, puisque l'article parle d'incapacité de remplir ses devoirs de service, si ces cas-là sont nécessairement couverts par les cas d'accident ou maladie ou peut-on imaginer des cas où la personne est incapable de remplir ses devoirs de service, mais pas en raison d'une maladie ou d'un accident ?

M<sup>me</sup> U. Marti souhaite répondre à la première question concernant le reclassement. Tel que c'est prévu actuellement, c'est si on dit à la personne que l'employeur a des motifs fondés pour résilier le rapport de service, on ouvre une procédure de reclassement et on cherche pendant deux mois si on trouve un autre poste au sein de l'administration cantonale. Si on ne trouve rien, on résilie les rapports de service. Pour les mesures de réinsertion pour la nouvelle loi, c'est plus large. Dès que quelqu'un est absent de longue durée, il faut trouver des solutions, c'est prévu plus largement que le reclassement que l'on connaît actuellement. Si aujourd'hui il y a quelqu'un qui est malade et qui ne peut pas revenir, ils ne font même pas de reclassement, ils résilient directement. Donc ce n'est pas comparable avec le reclassement aujourd'hui et ces mesures de réinsertion, c'est vraiment quelque chose qui devrait être appliqué le plus vite possible.

Une députée (S) souhaite obtenir une réponse concernant l'incapacité de remplir le devoir de service, par exemple si une personne qui travaille dans le nettoyage et qui développerait une allergie au certain nombre de produits de nettoyage, est-ce que c'est considéré comme une maladie ? Est-ce qu'elle aurait le traitement pendant 730 jours puis serait licenciée ?

M<sup>me</sup> U. Marti acquiesce et dit que, là typiquement, il faut qu'on voie s'ils ne peuvent pas la mettre ailleurs. Si on accompagne la personne, ce seraient des mesures de réinsertion pour lui trouver une autre activité à l'Etat. S'il n'y a rien, on mettrait fin aux rapports de service.



Un député (PLR) indique que cette loi porte sur une modification de la LPAC, mais également de la LIP, ainsi que d'autres textes législatifs. S'il comprend bien, ce sont les mêmes modifications, il n'y a pas de surprise. Par contre, pour LPol et LOPP, pourquoi cela ne touche que deux articles ?

M. Minetto indique, en raison de la suppression de l'art. 26 LPAC, qu'ils ont dû adapter les articles qui mentionnent cette disposition. Après, les membres du personnel soumis à la LPol et la LOPP sont également soumis au régime de la LPAC, donc ça leur sera applicable également par le biais de la LPAC.

Un député (PLR) demande si la seule différence c'est qu'à l'art. 23 al. 1 LOPP, il y a un régime particulier de mise en retraite pour ces employés.

M. Minetto acquiesce en disant que c'est quelque chose que le département a souhaité conserver, ils se sont limités à supprimer l'art. 26 LPAC, sa mention et sa référence dans les autres articles.

Selon le député (PLR), si on lit littéralement cet article, on comprend que quelqu'un qui se trouve à la police et qui a des problèmes de santé à 41 ans qui le rendent incapable, de façon permanente, d'effectuer son travail, il est mis en retraite.

M. Minetto acquiesce, c'est le régime actuel pour la police et les agents de détention. Lorsqu'il a pu en parler avec le département des institutions et du numérique (DIN), cette base légale n'était pas appliquée. Ils ont voulu la conserver, mais elle n'est pas appliquée et donc pas très importante.

Le président remercie M<sup>me</sup> Fontanet pour ses explications et lui demande si elle souhaite ajouter quelque chose.

M<sup>me</sup> Fontanet souhaite simplement remercier les députés et reste à leur disposition. Elle souhaiterait venir aux prochaines auditions et suivre les travaux. Elle n'a pas de proposition d'audition à soumettre.

Le président remercie tous les intervenants, indique que le Cartel veut être entendu et demande s'il y a d'autres propositions d'audition.

## **Discussion de la commission, 10 octobre 2025**

Un député (PLR) serait intéressé à poursuivre le débat, mais dans son souvenir, ils avaient procédé à beaucoup d'auditions en lien avec PL 12498, il souhaiterait ne pas réentendre certains auditionnés. Les HUG sont inévitables vu la masse, mais il ne souhaite pas réentendre tout le monde.

Un député (PLR) se demande si, dans cet esprit, ils ne devraient pas demander à l'Université de Genève s'il existe une étude sur la différence en termes d'absence sur les deux régimes (soumis et non soumis à la LPAC), des

informations, plutôt que les faire venir. Sinon ce serait intéressant de les entendre. Il serait intéressant de détailler le régime CO.

Une députée (S) demande qui n'est pas au régime non-LPAC.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'elle ne sait pas.

Un député (PLR) indique que, sauf erreur, il y a les postes administratifs et techniques (PAT) et le corps professoral qui ont un régime différent.

Une députée (S) propose l'audition de Groupement des cadres de l'administration (GCA) et l'Union des cadres de l'administration (UCA).

Le président dit qu'ils vont se limiter aux cadres et au Cartel et ils poseront la question à l'Université de Genève concernant l'histoire des régimes.

Un député (Ve) souhaiterait ajouter qu'il y a une articulation entre le monde de la santé et le monde du travail derrière ce projet de loi. Il y a un service de protection de santé au travail, mais il y a également des associations représentatives et des médecins genevois qui sont mis en cause implicitement, voire explicitement, par ce projet de loi, il a été mentionné qu'il y avait un certain nombre de certificats de complaisance qui sont signés. Il trouve intéressant de faire le lien avec cette politique de prévention à la santé au travail et pourquoi pas les représentants des médecins. Il pense que c'est un des nœuds qui a été mis en évidence lors de cette audition.

M<sup>me</sup> Fontanet n'accepte pas qu'on dise que ce projet de loi soit finalement une remise en cause des médecins. C'est comme dans toute profession et dans le monde entier, la politique compris, certains font peut-être un peu moins bien, d'autres qui le font très bien. Elle serait horrifiée si la question posée à l'AMGE ou au médecin concerne une remise en question des certificats de complaisance. Ce projet de loi n'est pas une remise en cause de ce que font les médecins, le cas échéant il faut entendre le département de la santé ou l'office cantonal de la santé pour voir si eux sont soumis par quelque chose. Ce projet de loi vise à lutter contre l'absence, à prendre les choses en main au niveau de l'Etat et avoir un Etat qui soit plus socialiste, qui protège mieux les collaborateurs et qui permettent, à ceux qui seraient moins inspirés par travailler, de revenir.

Un député (LC) souhaite apporter un élément de jurisprudence sur le droit privé, le CM n'est pas un blanc-seing pour échapper au travail. C'est un élément de preuve qui permet à l'employé de démontrer qu'il n'est pas capable de travailler, mais l'employeur peut apporter des éléments contraires qui peuvent mettre en doute ce certificat médical.

Un député (Ve) dit que si on admet que des mesures punitives permettent aux gens de revenir, on arrive à la conclusion que ces certificats médicaux

peuvent être problématiques, donc mettre ça sur la table semble intéressant, en collaboration avec des médecins.

**Audition du Cartel intersyndical, M<sup>me</sup> Geneviève Preti, présidente, M<sup>me</sup> Corinne Béguelin, M<sup>me</sup> Chadlia Balhi Kelleret et M. Jérôme Chapuis, membres, 7 novembre 2025**

M<sup>me</sup> Preti commence par remercier la commission d'entendre le Cartel. Le projet de loi examiné est important pour l'ensemble des employés de la fonction publique. La LPAC concerne, sauf erreur, près de 35 000 personnes, ce n'est pas anodin. En introduction, ils ont connu un problème au niveau du partenariat social, dans le sens où ils ont été consultés en plein été, devant négocier pour un délai, en même temps que les parties, il n'y a pas eu de discussion préalable entre employeur et employé. Ils ont ensuite eu un questionnaire qui avait des questions à double tranchant, où il fallait répondre oui/non alors qu'ils auraient pu dire oui, mais non, mais non, mais oui, mais cela n'a pas été possible, ce qui fait qu'il y a eu certaines réponses qui ont été classées dans non ou dans oui alors que ce n'était pas réellement ce qu'ils souhaitaient dire, d'où l'importance de cette audition pour expliquer les choses. Pour le Cartel intersyndical, contrairement à ce qui est présenté, ce projet n'est pas équilibré, ni dans les avantages employeurs-employés, ni dans les conséquences financières.

M<sup>me</sup> Beguelin continue en disant qu'ils ont déjà eu des échanges à de multiples reprises qui disaient qu'à l'Etat, ils licenciaient s'ils estimaient que la personne était malade suite au litige, donc lorsqu'une procédure était déjà lancée. Ils estiment que ce projet de loi essaie d'officialiser cela, en partant du principe que lorsqu'une personne se met en arrêt maladie, ou est placée en arrêt maladie, il pourrait s'agir d'un arrêt injustifié, dans la mesure où il serait lié au litige en cours. Ils considèrent que la hiérarchie se substitue au médecin, puisque même si la personne est en maladie, étant donné que ça a démarré au moment où il y avait des litiges, ils peuvent la licencier.

M<sup>me</sup> Beguelin continue en disant que, comme pour l'assurance-invalidité, ils essaient de créer une loi sur une minorité de personnes qui pourrait péjorer l'ensemble du personnel et mettent en place un système que le Cartel intersyndical condamne fermement. Pour eux, c'est sous le couvert de la gestion des absences, mais ils ont compris qu'il y avait autre chose derrière. Ensuite, elle condamne le fait que le personnel craint souvent de s'exprimer. Elle donne un exemple d'une cause pour laquelle elle a écrit directement à M<sup>me</sup> Fontanet qui, au final, a fait un sondage « bien-être » qui dit que tout va très bien, même s'il y a, dedans, six personnes qui estiment avoir été victimes

de mobbing, et douze qui disent avoir vu des cas de mobbing. Selon elle, ils n'arrivent pas à avoir une prise en compte du mal-être du personnel et à mettre en place des choses pour que le personnel qui estime ne pas être entendu puisse avoir de réelles solutions. Comme il n'y a pas de mobilité à l'Etat, le personnel arrive à bout et c'est lorsqu'il est trop tard qu'on menace de les licencier. Cela touche psychologiquement les gens. L'Etat a un fonctionnement très hiérarchisé où le personnel a peu le sentiment d'être entendu et où les hiérarchies se soutiennent entre elles et ne sont pas remises en cause. Elle pense qu'il y a un réel problème de flexibilité pour que les personnes qui sont en souffrance puissent être déplacées ou réellement entendues. Par ailleurs, ils n'ont souvent pas de retour, donc ils ne savent même pas ce qui se passe au niveau du Groupe de confiance et du sondage « bien-être ». Concernant le Groupe de confiance, l'Etat refuse de donner les documents au personnel et, quand il donne le résultat du sondage « bien-être », ils disent qu'il ne faut pas prendre de photo, qu'il ne faut pas que cela circule.

M<sup>me</sup> Balhi Keller prend la parole en disant qu'ils vont passer en revue un certain nombre d'articles et dire en quoi ils leur posent problème et saluer les quelques petites avancées dans ce projet de loi.

Elle commence donc par l'art. 15A du projet de loi sur la LPAC, concernant la garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident qui est étendue aux fonctionnaires dès la première année d'engagement. C'est une revendication de longue date du Cartel intersyndical qui salue cette avancée. Le Cartel est également satisfait qu'il y soit fait mention de « traitement », au lieu d'indemnité, ce qui garantit le paiement des charges sociales, notamment pour la retraite. Pour rappel, à la CPEG, une année de cotisation perdue équivalait à 1.5% de rente en moins. Cependant, dans cet art. 15A, le Cartel déplore que les personnes stagiaires et en apprentissage soient sorties du droit au traitement par le terme « sans caractère de formation ». Pour ces autres catégories du personnel, les apprentis, les personnes en formation, mais aussi les remplaçants, il n'y a pas d'information sur les intentions de l'employeur par rapport à cette question.

M<sup>me</sup> Beguelin reprend avec l'article 15B et souligne que, sous prétexte d'élargir la garantie du salaire sur une période de 730 jours, on la réduit en réalité de 10% dès la deuxième année. Cela touche peu de personnes, ce d'autant plus qu'il y a deux éléments à relever derrière : la perte de salaire et la répercussion sur la rente de retraite, ce qui peut péjorer la personne lorsqu'elle est en fin de carrière et que le personnel a des soucis de santé. Si revenir au travail a un impact, 10% c'est une pression économique pour certaines personnes qui sont justes et, en convalescence, cela péjore encore plus la santé mentale. Ils ont besoin d'un pool de remplacement pour ces

personnes, car l'argument est de faire revenir le personnel malade, mais si c'est une longue maladie, ce n'est pas en baissant le salaire qu'ils vont les faire revenir. Ils demandent de rester à 100%, d'avoir un vrai budget de remplacement et d'instituer de manière plus juste le décompte des arrêts, puisque quand le personnel est à 30 ou 50%, le décompte est exactement le même. Il y a longtemps, il n'y avait pas les moyens, et elle pense qu'il n'y a toujours pas les moyens, pour le suivi correct des absences au niveau médical, et donc parfois cela traîne, mais ce n'est pas du ressort du personnel, qui perd en décompte de ces 730 jours. Ils demandent donc que ce ne soit pas mis à 90%.

M. Chapuis continue avec l'art. 15C sur le devoir de collaboration. C'est la concrétisation pratique de ce qui existe déjà, à savoir que le personnel malade, pendant une certaine durée, est adressé soit à la médecine du travail en cas de doute sur le certificat médical, soit au médecin-conseil. Ce qui les inquiète dans cet article, c'est la portée de ce devoir de collaborer. A titre d'exemple, ils se demandent si une personne qui ne peut pas se rendre au rendez-vous professionnel en raison d'une maladie serait considérée comme ayant commis un manquement. Par ailleurs, ce qui leur a sauté aux yeux c'est qu'il n'est pas du tout inclus la question du point de vue médical sur la situation médicale du personnel, ils ne tiennent pas compte du processus de rétablissement et de convalescence, qui implique parfois de rompre les contacts avec l'employeur et la hiérarchie.

Pour la levée du secret médical auprès des médecins traitants, cela existe déjà et c'est déjà demandé aux collaborateurs de l'Etat. Le personnel a d'ailleurs tout intérêt à lever ce secret médical. Toutefois, ce qui devrait être précisé selon eux, c'est le fait que ce doit être circonscrit à la maladie ou l'accident actuel, ce n'est pas une levée du secret médical de manière générale, ce qui n'est pas précisé dans l'art. 15C. Sur la question de la collaboration qui dévoile le soupçon du faux arrêt maladie, ils voulaient attirer l'attention sur un récent rapport du Conseil fédéral du 15 octobre 2025 sur les certificats médicaux de complaisance, dans lequel il concluait qu'il n'y avait pas de raison de légiférer au niveau national, car c'était une part extrêmement congrue de l'ensemble des certificats en Suisse.

M<sup>me</sup> Beguelin reprend ensuite avec l'art. 15D qui concerne l'abus ou la faute grave du membre du personnel. Elle mentionne que les termes « abus ou faute grave » sont trop larges pour arriver à déterminer sur quels critères il faut se baser. Elle condamne le fait que des médecins-conseils décident eux-mêmes si une personne est réellement malade ou non. Typiquement, elle a actuellement le cas d'une personne qui doit quasiment F 30 000 à l'Etat, car ils estiment que son arrêt maladie, rétroactivement, n'était pas valable aux yeux

de ce médecin-conseil des HUG. Suite à ce rapport, il se sent encore plus mal et, même si le compteur des salaires continue de tourner, il ne se sent pas de retourner au travail. Si l'Etat commence à précariser les fonctionnaires avec ce genre de situations, il pourrait se retrouver avec des drames. De ce fait, le Cartel intersyndical demande que le personnel puisse avoir une contre-expertise, une médiation ou un outil quelconque tierce qui départage entre les deux pour que le sentiment d'impuissance du personnel disparaisse, car il n'y aucun outil pour eux par rapport à l'Etat.

M<sup>me</sup> Balhi Keller continue avec l'art. 15E qui est fondamental, car il permet de donner une base légale au principe d'autofinancement, qui est une revendication primordiale du Cartel. Actuellement, le prélèvement de 0,1% n'a qu'une base réglementaire et la Cour des comptes, en 2017, avait recommandé de créer une base légale. Avec cet article, c'est donc chose faite, ils sont donc satisfaits, même s'il faudrait voir l'art. 131G qui donne la possibilité de souscrire une assurance perte de gain privée. Ce qui les satisfait également, c'est que cet article incite l'employeur à respecter ses obligations et donc à favoriser les mesures de baisse de l'absence au travail, garantir l'employabilité, travailler sur la prévention, sur les mesures de retour, etc.

Ensuite, l'art. 15E al. 3 mentionne que la participation des membres du personnel ne peut dépasser le 0,9% du traitement brut. Cette cotisation jusqu'à 0,9% est issue du PL 12428A pour lequel le troisième débat avait été refusé en 2023. Ce projet de loi, que le Cartel avait soutenu, établissait qu'une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel, et elle est fixée au dixième du taux d'absence pour maladie par année, mais s'élève au minimum à 0,1%, et au maximum 0,9%. A l'époque, ils avaient considéré que ce dixième du taux d'absence équivalait à environ 0,4% du traitement qui devait être prélevé à ce moment-là. Dans le projet de loi qui est présenté, ils n'ont pas de critère pour fixer la cotisation, juste le plafond. Le Conseil d'Etat a ainsi une large marge de manœuvre. Ils pensent qu'il y a un manque qu'il faudrait pallier.

Par ailleurs, les fonctionnaires avaient soutenu le projet de loi dans lequel ils acceptaient d'avoir un taux unique de prélèvement pour tous les fonctionnaires, indépendamment du taux d'absence des différents services, mais avaient aussi accepté une augmentation jusqu'à 0,9%, mais en échange d'un certain nombre d'améliorations. Or le projet de loi présenté prend le 0,9% et il assomme avec un nombre important de péréorations. Sur ce 0,1%, la position du Cartel est la suivante : ils sont pour que le 0,1% qui est dans la base réglementaire soit transcrit dans la loi. Par la suite, ils pourraient envisager une discussion autour d'une éventuelle augmentation de la cotisation, dans l'hypothèse où la baisse de 10% du salaire dès la deuxième année d'absence

pour maladie serait abandonnée. L'objectif serait de dégager de réelles solutions pour améliorer le dispositif de remplacement, conformément à une politique visant à prendre soin des salariés présents. Il s'agirait également d'une démarche volontaire, impliquant la mise en place de moyens concrets en matière de réinsertion, de prévention, de remplacement et de formation.

M<sup>me</sup> Preti précise que l'art. 15F n'apporte pas de remarques particulières.

M<sup>me</sup> Beguelin présente l'art. 15G et dit qu'au niveau syndical, ils demandent de garder l'auto-financement, puisqu'ils ne veulent pas qu'une part du salaire du fonctionnaire ou de l'employé parte entre les mains du privé. Ce d'autant plus qu'ils ont largement la taille critique pour faire fonctionner ce système d'auto-financement. Ils mentionnent que l'Etat reste sous le régime d'auto-assurance avec des exceptions pour des activités spécifiques qui devraient être possibles.

M. Chapuis commente maintenant l'art. 24A qui concerne la fin des rapports de service. Il prévoit une fin automatique des rapports de travail à la fin du droit au traitement, donc au bout de 730 jours d'absence sur une période d'observation de trois ans. Il faut lier la lecture de cet article avec l'art. 24D prévoyant la prolongation des rapports de service et le fait que c'est l'employeur qui peut prolonger les rapports de service au-delà de l'échéance. Ce qui les inquiète c'est que ces deux dispositions apportent une certaine forme d'arbitraire, c'est-à-dire que la possibilité de prolonger les rapports de service n'est pas assortie de critères de décision ; des situations identiques peuvent donc être traitées différemment. Ils ne savent pas pour qui l'employeur peut décider de prolonger ou non, ni sur quelle base, sur quels travaux et sur quels critères. Cette disposition ne parle que des fonctionnaires et non pas des autres membres du personnel, qui sont donc exclus de la possibilité d'avoir une prolongation des rapports de travail. Par ailleurs, cette disposition va à l'encontre des objectifs mis en place par l'office cantonal des assurances sociales et de l'objectif de la détection précoce de l'assurance-invalidité. Pour rappel, l'assurance-invalidité souhaite maintenir les rapports de travail et est disposée à financer des aménagements de poste, des changements de fonction avec des périodes de mise à niveau, etc. Ces mesures d'assurance-invalidité sont conditionnées au maintien des rapports de travail. Il y aurait dès lors des personnes hors des filets de protection sociale. Pour l'art. 24D, ils souhaitent ouvrir la possibilité de prolonger les rapports de travail à l'ensemble du personnel, et que ce soit une proposition, c'est-à-dire que ce soit fait d'entente avec le membre du personnel. Dans ce cas-là, le traitement est suspendu ou dépend du taux de capacité, cela éviterait l'arbitraire et cela permettrait de mettre en place des mesures d'aménagement de poste et de réinsertion professionnelle.

M<sup>me</sup> Preti reprend avec l'art. 24B, et mentionne que les syndicats saluent la protection contre la résiliation avant la fin des rapports de service. Cette disposition comporte toutefois des exceptions susceptibles d'ouvrir la voie à l'arbitraire et dont la compréhension s'avère difficile, ce qui pose problème, car une telle ambiguïté pourrait conduire certaines personnes à saisir le Tribunal administratif. Pour l'art. 24B al. 2 let. a, elle se demande qui va juger de cela. Cela revient à ce qu'ils disaient en introduction sur les articles précédents, il y a un médecin qui dit que la personne est malade, mais on décidera qu'elle n'est pas réellement malade, donc on peut la licencier. La jurisprudence devra décider, car les gens vont aller au Tribunal administratif. Pour les absences répétées (art. 24B al. 2 let. b), il est évident que les gens ne sont pas tout de suite malades d'un coup, parfois ils reviennent, car ils retrouvent une petite capacité de travail. Concernant les absences en période probatoire (art. 24B al. 2 let. c), ils trouvent regrettable qu'il n'y ait pas de disposition qui permette qu'une personne en période probatoire puisse la prolonger si elle est malade, ce sont des cas extrêmement rares. Selon eux, il vaudrait mieux soutenir les personnes qui souhaitent rester malgré leur maladie. Ils ont également un problème sur les termes « pertinents et raisonnables » (art. 24B al. 2 let. d) concernant les mesures de réinsertion, ils ne savent pas réellement ce que cela signifie. Avec cet article, il y a un risque fort que la protection contre la résiliation n'aboutisse pas à son but et que beaucoup de gens aillent au Tribunal administratif.

M<sup>me</sup> Beguelin poursuit avec l'art. 24C et dit qu'il s'agit certes d'un nouvel article, mais la RPAC et la CRT permettent déjà de faire du reclassement, mais qu'ils n'ont pas suffisamment d'articles, ce qu'ils déplorent. Cette réinsertion était autrefois formulée comme « est tenu de chercher un poste avant la fin des services » et la nouvelle formulation est « peut mettre en place » ils déplorent ainsi cette baisse de contrainte. Même s'ils savent qu'il n'y a pas une obligation de résultat et que souvent, ils n'arrivent pas à trouver un travail lorsque quelqu'un est sur le point d'être licencié.

M<sup>me</sup> Preti dit qu'ils ont déjà parlé de l'art. 24D et qu'ils vont donc passer à la conclusion.

M<sup>me</sup> Balhi Keller conclut en disant que leur souhait étant que la personne en arrêt se soigne et retourne au plus vite au travail, ces enjeux de santé et bien-être au travail doivent primer dans ces discussions. Le titre de la présentation du Conseil d'Etat du 3 septembre était trompeur. Ils voudraient déplorer le postulat de base avec des dispositions mises dans ce projet de loi par le Conseil d'Etat qui part du principe qu'il y a de fausses maladies et des certificats de complaisance. Le Cartel intersyndical rappelle que seuls les médecins sont en jeu. Pour donner un chiffre, chaque année, il y a environ 40 000 certificats



médicaux, et sur ceux-ci, il y a entre cent et cent-vingt certificats qui soulèvent des doutes, et pour lesquels il y a des obligations formelles d'en confirmer la véracité. Sur ces cent certificats médicaux douteux, il s'avère qu'un seul tiers s'avère fondé, c'est 0,25%. Ils ne veulent pas une loi pour 0,25%. Avec ce projet, la balance est inégale, car l'employeur économise un million tandis que le personnel perdrait jusqu'à dix-neuf millions avec les 0,9% de participation, pour peu d'avancées, mais beaucoup de péjoration.

Le président remercie le Cartel pour la présentation et fait place aux questions.

Un député (MCG) s'interroge concernant l'art. 15D qui concerne les abus ou fautes graves du membre du personnel. En lisant l'article, il se dit inquiet, car il est indiqué qu'ils peuvent réduire ou supprimer le traitement en cas de maladie ou d'accident « dû à une faute grave du membre du personnel ». Il s'interroge donc sur la question de savoir ce que pourrait être une faute grave, car ce n'est pas une faute professionnelle, c'est une faute hors du milieu professionnel. Il donne l'exemple d'un cycliste qui passerait au feu rouge qui, suite à cette faute grave, a un accident et est blessé, celui-ci pourrait voir son traitement réduit. Il s'interroge sur la manière dont une faute grave pourrait être à l'origine d'une maladie, et se demande, par exemple, si le fait de fumer ou d'avoir de mauvaises habitudes alimentaires pourrait être pris en compte. Il est d'avis que cet article est ambigu, voire dangereux.

M. Chapuis rebondit en disant que cela reprend ce qu'ils ont dit précédemment, ils se demandent comment la faute grave est déterminée, sur quels critères, par qui, quel médecin-conseil, etc. Cela doit être clarifié, ce n'est pas précisé actuellement. La question de la faute grave existe dans d'autres dispositifs juridiques. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs rendu une décision assez restrictive sur cette question de la faute grave hors contexte professionnel. Mais cela n'a pas été précisé dans des dispositions de droit public.

Un député (MCG) demande quelle est la jurisprudence du Tribunal fédéral qui parle de cela.

M. Chapuis répond qu'il faut avoir conduit en état d'ivresse avéré, avoir eu un accident, etc. Mais la pratique d'un sport à risque, par exemple un fonctionnaire qui pratiquerait du *basejump*, n'est pas considérée comme une faute grave.

Un député (PLR) revient sur l'exemple de la problématique de la simultanéité entre un conflit professionnel et un arrêt maladie. Il y a certes des situations triviales, mais il y a également des conflits pathogènes, qui génèrent réellement des dépressions chez l'employé. La question étant de savoir comment faire la différence entre les deux, car il voit bien la responsabilité de

l'Etat qui consiste à régler cette question. Dans la situation actuelle, on part du principe qu'il y a les cadres qui doivent s'arranger pour que les employés reviennent travailler. Elle a évoqué la possibilité d'avoir un arbitrage médical en disant qu'au moment donné, si le médecin traitant dit oui et le médecin-conseil dit non, il faudrait un troisième médecin qui trancherait. Le problème c'est qu'il y a le gardien. Il s'interroge donc sur le Groupe de confiance, notamment sur le fait de repartir de la problématique du groupe de confiance d'une page blanche, avec une autre structure de rattachement, un autre mode de gouvernance, d'autres types de compétence, pour avoir un organe d'arbitrage sur ces questions. Il est parfois très difficile pour la hiérarchie de régler la problématique de fonctionnement des cadres, et cela génère des situations dramatiques. Il s'interroge donc sur la question de savoir s'il y a quelque chose qui les amène à repenser les Groupes de confiance pour pouvoir être cet organe d'arbitrage.

M<sup>me</sup> Beguelin répond qu'ils ont déjà relevé cette problématique du Groupe de confiance, car il est parfois appelé « Groupe de non-confiance ». Le problème étant le suivant : souvent, avec, ils proposent une médiation. Le Cartel intersyndical dénonce le fait qu'il n'y a pas de transparence. Ils ont demandé à plusieurs reprises de revoir le fonctionnement du Groupe de confiance, d'avoir plus de transparence, que le personnel sache, mais ils n'ont pas de détails et ne peuvent pas les obtenir. Il faudrait un outil qui soit un vrai outil pour le personnel, pour l'Etat et le bien public. Elle désespère du fait qu'elle ne voit pas à quoi le Groupe de confiance sert. M<sup>me</sup> Fontanet dit que cela sert à débloquer des situations, mais M<sup>me</sup> Beguelin a rarement vu un résultat avec ce groupe. Cependant elle ne sait pas tout ce qu'il fait, ni tout ce qu'il a.

Un député (PLR) se demande si M<sup>me</sup> Beguelin a elle-même réfléchi à des propositions pour penser à autre chose qu'un Groupe de confiance ou si, pour l'heure, dans le cadre de l'analyse du projet de loi, ce n'est pas quelque chose de concrètement fait.

M. Chapuis intervient en disant qu'il va tenter une ébauche de réponse, mais qu'ils n'ont pas concrètement élaboré une réponse à cela. S'agissant du groupe de confiance, se pose la question des outils dont il dispose. Le premier d'entre eux est l'écoute, suivie de la médiation, puis de l'enquête. Pour entrer en médiation, il faut deux parties qui veulent discuter et l'enquête est très administrative. Celle-ci est cadrée par la procédure administrative et c'est un outil que les personnes craignent de solliciter, car cela implique d'entrer dans une procédure qui va prendre du temps. S'il y avait une réflexion à mener, ce serait sur les outils à disposition du groupe de confiance qu'il pourrait mettre en œuvre. Par ailleurs, il ajoute qu'il y a un service de santé au travail à l'Etat

qui fait un suivi individuel, mais il peut être appelé à faire des constats sur des services, sur des audits de santé au travail. Cela existe, mais c'est très peu utilisé, il doit être activé par la hiérarchie. Donc celles qui sont mises en cause pour des atteintes à la santé du personnel ne vont pas activer le service de santé au travail pour un audit. Le personnel peut le demander, mais ce n'est que la hiérarchie supérieure qui peut le confirmer. Il a par exemple eu le cas d'un personnel qui a fait la demande et où il a fallu aller jusqu'à la Conseillère d'Etat pour faire un audit de santé au travail et cela a ensuite acté qu'il y avait de réels problèmes.

Un député (LC) regarde le bilan social 2024 sur les absences en cas de maladie, ils sont à 5,6% de maladie en 2024, ce n'est pas énorme. C'est mieux que les années précédentes. Il se demande donc si le Cartel dispose d'une estimation, parmi ces 5,6%, de la proportion de cas relevant d'une maladie au sens strict, de celle correspondant à ces cas de mobbing, burn-out, etc.

M<sup>me</sup> Beguelin répond qu'ils n'ont pas ces chiffres.

Un député (LC) note que les personnes atteintes d'une maladie grave, comme un cancer, reviennent rarement au travail. En revanche, il s'interroge sur les raisons qui poussent à maintenir ou réintégrer celles souffrant de troubles psychologiques tels que le burn-out ou le harcèlement, et sur ce qui peut, in fine, les conduire à quitter l'entreprise. En un sens, quelle est la proportion entre celles qui quittent volontairement et celles qui se font mettre à la porte. Finalement, il souhaiterait savoir ce qui les dérange si c'est un assureur privé qui prend en charge une partie de ce que les impôts financent.

M<sup>me</sup> Preti répond que le taux d'absence dans la LPAC, qui couvre également IMAD, HUG, n'est pas le même. Ils ne savent pas la proportion des maladies somatiques. C'est un rappel que cela couvre d'autres secteurs qui peuvent être touchés pour d'autres raisons (somatiques ou psychiques). Ces dispositions ne concernent pas les personnes qui adorent leur travail et qui sont bien traitées, ce sont des dispositions pour les personnes qui ne vont pas bien.

M<sup>me</sup> Beguelin répond à la dernière question du député (LC), en disant qu'ils ne sont pas pour une assurance privée, mais pour une caisse publique, pour que l'argent soit géré par le public, les impôts, les salaires, ou par l'auto-financement, mais pas par une assurance privée. Celles-ci n'ont pas le meilleur fonctionnement (frais administratifs, intérêts, etc.). Elle estime qu'au vu du poids des assurances et des lobbies qui ne favorisent pas la démocratie, continuer à leur allouer des fonds n'est pas un choix judicieux, surtout face à la hausse constante des coûts.

M<sup>me</sup> Balhi Keller intervient en disant que M. Yvan Rueff avait été mandaté par l'OPE dans les années 2020-2021 pour évaluer la possibilité de recourir à

une assurance privée. Elle remarque que c'est intéressant de l'entendre s'exprimer sur le monde des assurances privées. Il dit la chose suivante : une entreprise qui souscrit une assurance perte de gains maladie peut très difficilement changer de prestataire lors d'un appel d'offres, car la prime d'assurance outsider est presque systématiquement supérieure à celle du tenant. Ce qui signifie qu'au départ, cela peut réduire les coûts, alléger le contribuable, mais à terme, ils se retrouveraient avec des coûts beaucoup plus importants puisqu'ici la logique est de faire du profit. C'est là qu'intervient une valeur importante du service public : tout ne peut pas être objet de marchandise dans le but de générer du profit. La santé au travail ne doit pas entrer dans cette catégorie.

M<sup>me</sup> Preti complète en disant qu'ils ont un souci au niveau de la connaissance de certains médecins-conseils des assurances privées, des fonctions publiques, c'est-à-dire des pressions qu'il peut y avoir quand ils ont une tâche régaliennne et qu'il faut les faire appliquer. Ce n'est pas toujours connu par les médecins-conseils qui pratiquent dans les assurances privées. Elle a eu le retour de spécialistes PwC concernant G'Evolve, et leur étonnement face à la méconnaissance qu'ils avaient des fonctions publiques. C'est pour dire qu'il y a un problème d'être entre les mains de personnes qui ne comprennent pas les soucis à la fonction publique. Si c'est le service santé de l'Etat qui détermine les médecins-conseils, c'est un petit peu différent.

M. Chapuis répond également au député (LC) en disant que maintenir et renforcer les protections contre le licenciement n'empêchent jamais les personnes de démissionner, qu'elles ont fait le tour de la question et que leur mal-être est trop important. Finalement, peu importe l'atteinte, physique ou psychique, il faut plutôt se demander si l'atteinte est causée par le travail, les conditions de travail ou les relations de travail, ce sont des données qu'ils n'ont pas, mais que l'OPE pourrait avoir.

Une députée (S) souhaite rebondir sur la question de l'assurance perte de gain maladie privée. Actuellement l'IMAD a contracté une assurance de ce type-là et elle se demande donc si le Cartel a des retours de personnel à l'IMAD qui se retrouve dans une configuration de maladie longue durée et qui doit ainsi traiter avec cette configuration d'une assurance perte de gains maladie privée.

M. Chapuis rétorque qu'actuellement, avec le modèle de l'auto-assurance, il y a des échéances qui sont posées par l'OPE qui doivent être respectées sur les 730 jours. Du moment où c'est une assurance privée qui prend en charge la question du financement, ces recommandations tombent, car c'est celles du contrat de droit privé contracté entre l'employeur et l'assurance perte de gains qui va primer. Les choses s'accroissent, il n'y a pas de passage par la médecine du travail, cela passe tout de suite par le médecin-conseil, il n'y a pas forcément

la question de la détection précoce de l'assurance-invalidité qui est faite, il y a des choses qui tombent, ce sont les seuls retours qu'ils ont pour l'instant. L'IMAD l'a fait, car ils ont des risques d'exposition à des maladies professionnelles qu'il n'y a pas nécessairement ailleurs, dans d'autres établissements.

Un député (Ve) souhaitait revenir sur la baisse à 90% du traitement dès la seconde année d'absence maladie. Les réponses obtenues du département c'est que cela marche, les autres cantons ou les autres institutions qui auraient fait de même, observeraient un meilleur retour au travail. Il demande donc au Cartel si cela est dû au nombre de certificats de complaisance existants, malgré le taux très faible cité dans l'enquête mentionnée précédemment, ou si c'est parce que des personnes qui ne sont pas encore rétablies se sentent contraintes de revenir, ce qui peut nuire à leur santé personnelle, mais également au fonctionnement du service dans lequel ils doivent revenir travailler sans être complètement aptes à assurer leur fonction. En définitive, si l'on admet que cette mesure entraîne le retour des cas « légers », ceux se situant dans une zone grise ne seraient pas pénalisés. Les seuls réellement affectés seraient ceux dont l'état de santé est si critique qu'ils ne peuvent effectivement pas se présenter. Il s'interroge donc sur le caractère éthique et profondément injuste de cette situation. Depuis 2022, un plan d'action contre l'absentéisme a été mis en place au sein de l'Etat. Il souhaite connaître le bilan du Cartel sur l'application de ce plan et s'interroge sur les moyens d'atteindre les mêmes objectifs sans recourir aux mesures critiquées, en se demandant si les pistes actuelles sont satisfaisantes ou s'il existe d'autres solutions.

M<sup>me</sup> Balhi Keller répond que le Conseil fédéral, sur un postulat de M. Philippe Nantermod, juge dans un rapport public que le droit actuel est suffisant pour combattre les certificats de complaisance (15 octobre 2025) et il dit que le phénomène des certificats de complaisance est un phénomène marginal, donc il n'y a pas lieu d'élaborer des dispositifs supplémentaires, que ce n'est pas un enjeu. La proportion des personnes qui sont en arrêt au-delà des douze mois, c'est 6% de l'effectif ayant eu au moins une absence, cela représente 4% de l'effectif total du personnel de l'Etat (chiffres de 2022-2023). Ensuite, effectivement, il y a une politique de l'absence avec un certain nombre de dispositifs qui sont mis en place, mais il y a lieu d'améliorer les statistiques pour mieux comprendre l'absence. A plusieurs échéances, l'employé a un entretien avec son supérieur hiérarchique et la grosse question posée est de savoir si c'est en lien avec le travail ou non. Cela permettrait à l'OPE d'avoir des chiffres pour se renseigner sur le taux d'absence lié au contexte du travail. Il faut toutefois se rappeler des enquêtes approfondies menées par des chercheurs de cabinet sur les absences qui disaient que lorsque le taux

d'absence est très élevé, c'est la condition du travail qui est problématique et ce n'est pas le type de personnel qui va voir son médecin pour avoir un certificat de complaisance.

M<sup>me</sup> Beguelin rebondit sur le plan d'absence et dit qu'ils ont mis en place un certain nombre de choses, mais ils n'ont pas encore de bilans, ni des retours de tout cela. Par contre, ils ont vu un durcissement pour les coûts sur l'envoi des personnes auprès des médecins-conseils, parfois même après une semaine d'arrêt, ce n'était même pas de longue durée. Selon elle, ils ont une façon de régler par des plans de mesure qui ne sont pas toujours pertinents. Il faut des médecins-conseils psychiatres pour remettre en cause un certificat médical d'ordre psychiatrique. Sinon, le tribunal retoquait l'Etat.

M<sup>me</sup> Preti dit qu'ils n'ont pas vu l'étude dont parle le député (Ve). Elle est dubitative sur les études qui ne sont pas longitudinales. Peut-être que les décisions punitives fonctionnent, mais est-ce que cela fonctionne sur le long terme, par rapport au fait de retrouver du plaisir à revenir au travail et retrouver sa santé. Si c'est examiné juste quand ils reviennent, s'ils perdent 10% de salaire, c'est peut-être beaucoup trop important de perdre cela, ils préfèrent peut-être perdre de leur santé plutôt que perdre cela et dans ce cas, ce n'est pas nécessairement une bonne mesure de retour au travail. Ces dispositions sont faites pour certaines personnes, mais elles punissent aussi les personnes qui sont réellement malades. Le fait est que celles qui perdent 10% sont celles qui ne reviennent pas, qui sont réellement malades.

M<sup>me</sup> Balhi Keller précise que l'économie qui serait réalisée serait de deux millions et demi par rapport à la santé qui n'a pas de prix.

Un député (Ve) rebondit en disant que l'un des points qu'ils mettent en avant c'est que le référent du membre du personnel malade reste systématiquement son supérieur, sa hiérarchie, même lorsque l'une des causes de l'absence maladie est le dysfonctionnement du service et du personnel. Il s'interroge sur le fait de savoir s'il serait intéressant que, systématiquement, sur des absences d'une certaine durée, l'Etat propose au fonctionnaire, à la personne malade, de référer directement au service de santé au travail plutôt qu'à la personne de sa hiérarchie pour prouver ses raisons d'absence et son traitement. Il se demande si cela ne fluidifierait pas un peu les rapports et la compréhension de ces absences.

M. Chapuis répond que c'est un élément qui a été discuté dans le cadre du plan absence, à savoir que, normalement, dans chaque département, voire chaque service/office selon la taille, il devrait y avoir un spécialiste du service RH qui devrait faire du *case management* des situations de maladie longue durée. Ils n'ont pas forcément de retours sur l'impact de cette mesure-là, mais

c'est plutôt donné au service RH qu'au service de santé. Pour des questions de santé, ce serait bien que ce soient des professionnels de la santé qui soient impliqués plutôt que cela soit donné au service RH. Par rapport à la question de l'incitative à revenir au travail, dans le cadre du plan d'action, le Conseil d'Etat a dit que les facteurs aggravants pour l'arrêt maladie, pour qu'il devienne longue durée, c'est d'être dans une classe inférieure à la classe 15 et d'avoir plus de 50 ans. Ce sont les personnes les plus précarisées et les plus âgées qui seraient ainsi visées, en réduisant leur traitement à partir de la deuxième année.

M<sup>me</sup> Balhi Keller complète en disant que les femmes sont sous-représentées. Les femmes sont les plus concernées, notamment dans les dernières années avant l'âge de la retraite.

Un député (PLR) fait part d'un article paru en février qui disait que le taux d'absence notamment en maladie avait baissé en 2022 et 2023 à l'Etat, chiffres commentés par la Conseillère d'Etat dans l'article, passant de 6% en 2022 à 5,4% en 2023, c'est donc plutôt réjouissant, mais cela reste toutefois bien supérieur au privé, il se demande donc à quoi le Cartel attribuait le fait qu'il y ait plus de maladie ou plus d'accidents dans le public que dans le privé.

M<sup>me</sup> Preti lui demande s'il a déjà suivi une infirmière à l'hôpital ou à l'IMAD dans leur travail aux soins intensifs. Les personnes à l'IMAD ont un taux d'absence élevé, car elles sont seules dans les appartements où il y a des personnes avec des troubles psychiques. Il y a un risque sur leur santé extrêmement fort. Elles sont formées, mais elles sont seules, sans accompagnement, avec des personnes qui peuvent fermer la porte, avoir un couteau dans la cuisine et qui partent dans un délire d'un coup. Cette situation-là n'est pas la plus fréquente, mais elles ont ce risque quand même, elles ont les escaliers à franchir, il n'y a pas d'ascenseur partout, plus les vélos à prendre qui peuvent tomber en panne, etc., il y a plein de petites choses comme ça qui sont inhérentes au travail. Elle mentionne également les aides à domicile. Il y a un taux d'absence plus élevé. Ces métiers existent dans le privé, mais ils peuvent choisir les cas. Ils ont des entreprises qui font des soins à domicile, mais ils peuvent refuser des cas, tandis que l'IMAD ne peut pas refuser de cas, c'est la même chose pour les HUG. Cela explique des taux d'absence plus élevés, car il y a certaines tâches régaliennes avec des publics qui ne sont pas forcément pris ailleurs.

M<sup>me</sup> Beguelin complète en disant qu'elle a suivi ce qui se passait à la Clairière où ils manquaient d'effectifs. Le personnel a fait grève, car ils souhaitaient élargir l'amplitude horaire. Ils voulaient faire des horaires de onze heures. Depuis le début de la grève, la plupart des personnes sont parties, au vu de la charge de travail et des difficultés qu'ils rencontrent notamment avec

les mineurs qui ne peuvent par exemple plus se défouler sur le terrain de foot depuis quatre ans. Ce n'est pas comme une entreprise où il y a un capitaine à la tête du bateau qui prend en charge son entreprise, là il y a des parfois des gens à la tête qui ont des objectifs politiques, et qui ne s'identifient donc pas nécessairement à tout le personnel et ne vise pas à faire en sorte que tout le personnel soit dans le bien-être. Par ailleurs, dans le privé, il y a les périodes de protection, donc 30, 90 et 180 jours et, en période de maladie, on peut les licencier directement, donc le taux d'absence est vite réglé dès qu'ils ne sont plus là.

Un député (UDC) fait remarquer qu'ils assistent, dans le monde du travail général, à une dégradation dans les relations de travail, que parfois plus de 40% des collaborateurs sont en souffrance au travail. Ce sentiment de peur que le Cartel a évoqué durant la présentation, il le vit au quotidien. Il a régulièrement des collaborateurs qui viennent vers lui, complètement démunis, notamment car au niveau du Groupe de confiance, cela ne fonctionne pas. S'il y a le souhait de faire un audit, il faut être cinq collaborateurs à le demander, sinon le service de prévention et de santé au travail (SPST) n'intervient pas. Et comme il y a un manque de solidarité entre les membres du personnel qui, d'office, ont peur, la loi s'applique. Cependant, il a l'impression que le Cartel a déplacé le curseur, car le but de la loi dans l'exposé des motifs est relativement simple, le projet de loi vise le traitement de l'absence des membres du personnel afin de leur assurer une meilleure protection durant la première année d'engagement. C'est le seul objectif que nous donne le Conseil d'Etat.

M<sup>me</sup> Balhi Keller dit que cela concerne 500 et quelques collaborateurs sur 49 000.

Un député (UDC) ajoute que le Conseil d'Etat leur a dit que dans certains cantons c'était bien moins favorable, notamment dans le canton du Jura où il y a seulement trente jours. Il se demande donc ce que pense le Cartel concernant les autres cantons. Puis, il aimerait revenir sur les propositions très intéressantes de la redéfinition du rôle du Groupe de confiance en revenant sur l'art. 2B où il est dit qu'ils doivent garantir les conditions au personnel, le respect contre le harcèlement, de la protection de la personnalité, etc., parce que dans ce problème de cinq cents absences, souvent c'est de cela dont il s'agit, ce n'est pas une absence maladie au sens propre du terme, c'est les risques psychosociaux, et c'est peut-être là qu'il y aurait des propositions à faire. Il s'est remémoré qu'ils ont traité le rapport annuel sur les EPI qui, tous les quatre ans, font une évaluation du bien-être du personnel dans l'entreprise et ils voient qu'il y a une amélioration. Ce qu'il constate aujourd'hui, c'est que le Cartel est incapable de leur dire, parce qu'ils n'ont pas l'information, de comment se sent le personnel, si cela évolue dans le bon ou dans le mauvais



sens. Il se demandait donc si le Cartel ne pouvait pas faire ce type de proposition à intégrer dans la loi, par exemple. Finalement, il se posait la question de savoir si le Cartel connaissait des cas où c'est l'employeur qui aurait empêché le collaborateur de revenir à la place de travail pour être sûr qu'il soit réellement rétabli et que, de ce fait, il arrive aux 730 jours.

M. Chapuis souligne qu'il y a certes une enquête bien-être au travail qui a lieu tous les quatre ans aux EPI, mais qu'il souhaite toutefois attirer l'attention sur le fait que le taux d'absentéisme aux EPI augmente, tandis qu'il diminue à l'Etat. Ces enquêtes de bien-être au travail ne disent pas tout non plus, il y a une discrépance entre ce que déclare le personnel et le constat de l'état de santé général via le taux d'absentéisme. Sur la question de l'empêchement du retour au travail, ils peuvent le voir dans les secteurs comme le social ou la santé. C'est-à-dire que, suite à une maladie longue durée, certaines personnes peuvent avoir des limitations, comme le fait de ne plus pouvoir porter de charges lourdes. De ce fait, le collaborateur peut reprendre le travail, mais avec certaines limitations. Dans certains cas, l'employeur estime ne pas pouvoir garantir les conditions de sécurité nécessaires et empêche alors l'employé de revenir, qui arrive au bout des 730 jours, où l'assurance-invalidité entre finalement en compte pour financer un poste en surnuméraire pour le collaborateur limité.

M<sup>me</sup> Balhi Keller ajoute qu'au département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (DIP), il y a eu, il y a deux ans, une enquête sur le climat de travail qui a concerné tant le personnel enseignant que le personnel administratif et technique. C'est une enquête qui est appelée à être menée à intervalle régulier. Ce qui en est ressorti, c'est que sur treize points RH dans le rouge, neuf concernaient la charge de travail. Il y a donc des outils que l'Etat semble mettre au point, et donc il faut laisser les choses se faire.

M<sup>me</sup> Preti revient sur la question des autres cantons, en disant qu'ils ont des échanges avec eux et ce n'est pas agréable. Ils peuvent toujours voir pire, d'autres pays, etc. Le principe est quand même de ne pas tirer les choses vers le bas, de conserver au moins des acquis. Ce n'est pas uniquement de changer des lois, mais également changer les pratiques, les taux d'absence, etc.

M<sup>me</sup> Beguelin sait que sur Vaud, ils essaient de faire changer cette pratique de 90%. Pour le suivi des absences, il y avait un policier qui avait demandé de revenir, mais avec un port de charge moins lourd, pour sa reprise. Cela lui a été refusé, ils ne sont même pas entrés en matière. Ils ont oublié de l'avertir qu'il arrivait en fin de droit, car il y avait des changements de RH, car c'était une ad intérim qui venait d'arriver, et il s'est retrouvé avec presque un mois sans salaire.

Le président demande aux auditionnés s'ils souhaitent ajouter quelque chose pour conclure.

M<sup>me</sup> Preti espère avoir montré à la commission que la communication sur moitié-moitié est trompeuse, tant sur le détail que sur l'aspect financier et que les pas en avant n'empêchent pas les deux pas en arrière. Ils espèrent que la commission pourra travailler pour considérer les pas en avant et non pas les deux pas en arrière, et surtout travailler sur l'ensemble de l'existant et non pas seulement sur les cas problématiques qui sont rares.

M<sup>me</sup> Beguelin rappelle qu'il y a deux pans dans l'absence, il y a le fait d'être malade, mais il y a aussi les conditions et l'environnement et comment on gère tout cela. Pour le moment, il y a beaucoup d'éléments qui manquent et il y a lieu de les pallier avant de créer une loi comme cela et de baisser le salaire à la fin du traitement.

### **Discussion de la commission, 7 novembre 2025**

Le président fait mention qu'il y a eu deux demandes d'audition sur ce projet de loi : Avenir syndical et l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS).

Un député (PLR) fait remarquer qu'ils ont entendu le Cartel qui est censé représenter les groupements des différents syndicats et qui est l'interlocuteur de l'Etat de Genève pour les questions liées aux ressources humaines. Pour sa part, il est opposé.

Une députée (S) rebondit et rappelle que l'Avenir syndical représente une part importante des collaborateurs, notamment dans le domaine de la santé, et plus spécifiquement aux HUG où il y a des problématiques importantes et spécifiques concernant l'absence et la maladie. De plus, ils ne sont pas membres du Cartel et ce dernier ne veut pas qu'il soit membre. Cela dit, il est reconnu par l'hôpital. Elle a également entendu plusieurs commissaires, au sein des commissions, indiquer qu'ils étaient, par principe, favorables à auditionner toute organisation qui demandait formellement une audition, ne serait-ce que par politesse. Elle est donc favorable à auditionner l'Avenir syndical et pour les mêmes raisons, l'APAS, d'autant plus que l'un des nœuds du problème de ce projet de loi est la question de cette assurance perte de gain maladie privée, et il lui semble essentiel de pouvoir entendre une organisation qui défend le droit de ses patients et de ses assurés, puisqu'il y a un risque d'avoir un changement assez fondamental dans la manière dont les collaborateurs de l'Etat seront assurés.

Un député (LC) se déclare favorable à l'audition de toutes les parties, tout en soulignant que ce processus risque de s'étendre sur plusieurs années, car si

certaines ne sont pas entendues aujourd'hui, elles le seront demain. Il exprime également le souhait de mettre en place un document recensant, article par article, les positions des différentes personnes auditionnées, estimant que les syndicats partageront probablement les points de vue déjà exprimés.

Le président passe au vote de l'audition de l'Avenir syndical et de l'APAS.

### **Vote**

Le président met aux voix l'audition de l'Avenir syndical et de l'APAS :

Oui : 10 (1 LC, 1 LJS, 2 MCG, 3 S, 2 UDC, 1 Ve)

Non : 3 (3 PLR)

Abstentions : 1 (1 PLR)

***L'audition de l'Avenir syndical et de l'APAS est acceptée.***

Le président conclut donc qu'ils auditionneront les deux associations.

Une députée (S) aimerait proposer l'audition de l'IMAD, étant donné qu'à leur connaissance, c'est la seule entité subventionnée qui fonctionne avec une assurance perte de gains privée.

Le président indique qu'il accepte l'audition de l'IMAD et précise qu'ils ont écrit à l'Université de Genève, mais qu'ils attendent la réponse. Il ajoute que l'audition de l'Union des cadres (UCA) devrait avoir lieu la semaine suivante.

**Audition de l'Union des cadres de l'administration cantonale genevoise (UCA), M. Emmanuel Fricker, coprésident, et M. Frédéric Heiz, membre du comité, 14 novembre 2025**

M. Fricker se présente en tant que coprésident de l'UCA et présente M. Heiz, membre de l'UCA. Il indique qu'ils ont lu le projet de loi avec attention et ont des remarques sur son application s'il devait être voté.

En tant que cadres, ils ne sont pas opposés à ce projet de loi, car c'est une dure tâche de leur quotidien que de pouvoir gérer l'absentéisme et les maladies de longue durée. Leur préoccupation concernant le projet de loi est que certains articles pourraient péjorer certaines catégories de personnes, notamment celles atteintes de maladies graves. Par exemple, une personne souffrant d'un cancer qui atteint les 730 jours d'absence se verrait automatiquement licenciée, ce qui constitue pour eux un réel problème. Par ailleurs, concernant les mesures d'accompagnement, notamment la réduction à 90% du salaire après les 365 premiers jours, ils estiment que l'administration devrait offrir un soutien nettement plus important. Les managers ont besoin d'être accompagnés par les

services RH des départements, mais également par le médecin-conseil, qui devrait pouvoir déterminer s'il s'agit d'une maladie grave et, le cas échéant, établir un plan de retour au travail. Ils soulignent également la problématique liée à la cellule de retour au travail, qui devrait être activée très rapidement. En effet, puisqu'un premier courrier est envoyé au collaborateur après 150 jours et que certains cas sont signalés à l'assurance-invalidité, plusieurs acteurs devraient immédiatement se coordonner afin d'assurer un suivi efficace et d'accompagner le manager dans la gestion de la situation.

M. Fricker continue en disant qu'il est clair que le manager a pas mal de tâches à réaliser, car il se fait contrôler très régulièrement, que ce soit par le SAI, avec le contrôle interne, etc., et les ressources humaines devraient faire un accompagnement du manager et non un contrôle par rapport à ce qui est fait sur l'accompagnement des collaborateurs malades. Ils ont également l'impression que ce projet de loi s'adresse à une petite partie des collaborateurs qui posent problème dans l'administration. Ce n'est pas possible de généraliser en disant que tous les collaborateurs ont une problématique d'absentéisme, qui est en grande partie liée à la motivation. Il siège également à la commission de la cellule pour le retour au travail. Ils constatent que tout est étroitement lié au bien-être du collaborateur : plus celui-ci se sent bien, plus il reviendra rapidement et sera disposé à bénéficier de mesures d'accompagnement. Cela permet aussi au manager d'assurer un accompagnement bien plus facile.

M. Heiz enseigne en primaire et, à la direction générale de l'enseignement primaire, ils permettent au collaborateur en arrêt de faire des reprises thérapeutiques. Donc toujours sous certificat médical, le médecin les autorise à venir travailler au pourcentage défini, et ça a un très bon effet. Ils le recourent souvent avec les premières démarches de l'assurance-invalidité et, assez rapidement, après le premier trimestre de maladie du collaborateur, indépendamment de la possibilité ou du pronostic de retour au travail. Par expérience, cet accompagnement bienveillant de la hiérarchie permet de retester la personne en emploi et c'est la raison pour laquelle M. Fricker parlait de la cellule de retour au travail, qui se manifeste assez tardivement dans l'enseignement obligatoire. Il estime que plus tôt on mobilise des ressources pour soutenir le collaborateur dans son retour, et cela sans exercer la moindre pression puisqu'il s'agit d'une personne fragilisée, plus les chances de réintégration sont élevées. Selon lui, la règle des 730 jours avec une fin automatique des rapports de service peut être pertinente dans certaines situations. Cependant, pour la majorité des collaborateurs qui serait en voie de revenir, ou susceptible de reprendre le travail autour du 735<sup>e</sup> jour, une rupture à ce moment précis serait préjudiciable.

Un député (LC) revient sur la question des 730 jours en évoquant un scénario où 100% des employés concernés souffriraient d'un cancer et se retrouveraient, au terme des deux ans, face à cette échéance problématique. Il s'interroge donc sur la question de savoir si les auditionnés prolongeraient la période.

M. Fricker a eu un collaborateur souffrant d'un cancer et ayant subi neuf opérations, qui est arrivé au terme des 730 jours. L'assurance-invalidité avait été sollicitée bien avant pour assurer l'accompagnement. Selon lui, il ne devrait pas exister d'automatisme prévoyant le licenciement du collaborateur à l'échéance des 730 jours. Pour eux, si le médecin-conseil estime que ces personnes ont une possibilité, même partielle, de réinsertion, c'est à lui de statuer : il peut alors reconnaître qu'il s'agit d'une maladie grave, mais qu'il existe une probabilité de retour au travail, même à temps partiel. Les managers et les cadres ne sont pas médecins et ne peuvent donc pas se substituer au médecin-conseil pour évaluer la possibilité d'un retour au travail. Il ne s'agit pas de cas d'employés « toxiques » licenciés après 730 jours parce que toutes les solutions avaient été épuisées. Ici, il est question de maladies graves, et il estime qu'une exception doit être envisagée, sur avis du médecin-conseil.

Un député (LC) souligne que le secteur privé et le secteur public sont souvent comparés : dans le privé, au bout de 730 jours, la situation est clôturée. Il reconnaît que cela ne concerne pas la majorité des cas, mais il comprend, selon les dires des auditionnés que, dans le public, cette période pourrait être prolongée au-delà des 730 jours. Selon lui, si un retour est possible, on ne l'apprend pas seulement au terme des 730 jours : la reprise est anticipée et prévisible. Ce qui le questionne, en revanche, c'est le cas où le retour n'est pas envisageable, il se demande combien de temps l'Etat devrait continuer à supporter la charge salariale de cette personne alors qu'elle ne reviendra probablement pas.

M. Heiz répond que s'il n'y a pas de pronostic favorable pour un retour à l'emploi, il faut arrêter. Il cite l'exemple d'une collaboratrice ayant souffert d'un COVID long, qui n'a pas pu reprendre le travail. Dans ce cas, son salaire était partiellement pris en charge par l'assurance-invalidité, donc l'Etat n'avait pas de charges supplémentaires. Il est d'accord sur le fait que la reprise peut être anticipée, mais parfois il faut laisser du temps pour mettre toutes les chances de leur côté.

M. Fricker mentionne qu'avec l'assurance-invalidité, ils ont deux possibilités : la rente ou la reconversion. Ils privilégient la réinsertion professionnelle, car une personne qui travaille ira mieux et pourra se réintégrer professionnellement. Ils évitent la partie rente. Selon eux, au terme des

730 jours, si un accompagnement adéquat a été assuré par les ressources humaines, il est important de tenter de réintégrer le collaborateur.

Un député (PLR) indique que, selon sa compréhension, la première remarque concernait l'accompagnement qui devait commencer plus tôt. Il se demande à quel moment ils estiment que les premiers mécanismes devraient se mettre en place.

M. Fricker répond qu'un premier déclenchement intervient à 120 jours, avec l'envoi d'un courrier. Selon lui, c'est précisément à ce moment-là que la cellule de retour au travail doit être activée. Il ne s'agit pas uniquement du rôle du manager ou des ressources humaines : c'est aussi au collaborateur de montrer sa volonté de revenir. Dès les 120 jours, mettre en place les mécanismes nécessaires pour permettre un retour dans de bonnes conditions est, selon eux, une approche à laquelle ils seraient favorables.

Un député (PLR) reformule en disant que si cela fait 120 jours aujourd'hui, un courrier serait envoyé et l'idée serait d'avoir des mécanismes qui se mettent en place à ce moment-là. Il se demande alors si cela permettrait d'atténuer les problématiques liées à l'échéance des 730 jours.

M. Heiz répond que oui.

Un député (PLR) rebondit en demandant, à l'inverse, si l'on ne fixe pas la limite à 730 jours, quelle autre durée serait envisagée, puisque toutes les situations existent : ce serait possible de supprimer entièrement cet article, mais, d'un autre côté, un passage par l'assurance-invalidité reste nécessaire. Il s'interroge donc sur la pertinence du seuil actuel et donc se demande si les 730 jours seraient acceptables si un véritable accompagnement était mis en place en amont, ou non.

M. Fricker répond par l'affirmative et mentionne qu'en tant que manager, ils ont une position où, s'il y a un accompagnement ou une mesure de réinsertion, si les ressources humaines font l'accompagnement qu'il faut pour le collaborateur, ils seraient favorables aux 730 jours.

Un député (PLR) aimerait rebondir sur les propos du député (LC). Dans l'esprit qui semble guider les personnes auditionnées, il se demande ce qui permet, précisément, de justifier un décalage aussi important entre les règles applicables aux entreprises privées et celles en vigueur à l'Etat de Genève, lesquelles sont perçues par beaucoup comme un traitement de faveur.

M. Fricker réplique que l'Etat demeure un employeur et qu'il doit rester attractif. Il existe de réelles difficultés à recruter certains profils et à renforcer l'attractivité de l'Etat. Il explique que, lorsqu'il doit débaucher des personnes travaillant à la Confédération ou dans le secteur privé en leur promettant de bonnes conditions de travail et des missions intéressantes, la tâche est

compliquée, surtout lorsqu'un poste doit être mis trois fois au concours pour, au final, n'obtenir qu'une douzaine de candidatures. Pour les cadres supérieurs et les managers de haut niveau, les attirer et les conserver au sein de l'administration est extrêmement difficile. L'objectif est de construire l'avenir en fidélisant ces managers. Il comprend que l'Etat soit parfois perçu comme généreux et que les 730 jours soient considérés comme une mesure bienveillante envers ses collaborateurs, mais il estime essentiel de pouvoir conserver ses employés et de leur garantir qu'en cas de maladie, ils auront la possibilité d'être réintégrés. Selon lui, les métiers de l'administration comportent une complexité qui ne s'acquiert pas en quelques jours. Il est donc nécessaire de fidéliser les collaborateurs en leur offrant des conditions-cadres assurant une certaine sécurité. Le licenciement existe, mais lorsqu'on observe le nombre de licenciements effectivement prononcés, il affirme que l'Etat veille à préserver ses bons collaborateurs.

Un député (PLR) déclare que toutes les entreprises sont confrontées à la difficulté de débaucher des talents. Certes, il y a des avantages sous l'angle salarial, il l'entend, mais il y a des conditions d'engagement au sein de l'Etat de Genève qui sont relativement généreuses.

M. Fricker répond qu'il est d'accord avec ses propos, mais uniquement pour les petites classes.

Un député (PLR) comprend dans ces propos qu'il pourrait être pertinent d'opérer une distinction entre les collaborateurs des « petites classes » et les cadres supérieurs. Si l'objectif est d'avoir un Etat efficient, il faut faire preuve de cohérence, et une différenciation pourrait se justifier pour ces catégories. S'agissant des licenciements, il souligne que le licenciement au sein de l'Etat constitue un acte complexe.

M. Fricker répond qu'il en a déjà fait et qu'il confirme que c'est complexe.

Un député (PLR) continue en disant que lorsque quelqu'un signe pour travailler à l'Etat, non seulement il s'acquitte d'une tâche noble, mais il va le faire avec une sécurité de l'emploi bien plus importante que dans le privé. C'est donc déjà un élément attractif. Mais à cela s'ajoute une période de protection sensiblement importante pour une personne potentiellement absente pendant deux ans.

M. Fricker répète qu'ils ne sont pas opposés aux 730 jours, mais qu'ils veulent des conditions d'accompagnement, des conditions-cadre d'accompagnement réelles, pas seulement sur le papier ou dans un processus à l'Etat. Un réel accompagnement pour aider les managers, au quotidien, sur cette problématique-là.

M. Heiz ajoute qu'au-delà des 730 jours, c'est l'idée que la fin des rapports de travail ne soit pas automatiquement actée, car, potentiellement, il pourrait imaginer que la personne revienne à 735 jours, ce serait dommage de perdre un collaborateur, car il a une maladie qui l'a invalidé pendant deux ans, de manière automatique. Ceux qui ne sont pas à l'Etat, pas employés, se retrouvent dans un autre service de l'Etat au chômage et c'est le même payeur. Dans le privé, il n'y a pas cette composante. Il préfère un travailleur qui travaille au bout de 735 jours, plutôt qu'une personne qui se retrouve au chômage et n'est pas productive, avec tout l'impact que cela peut avoir sur sa personnalité.

Un député (PLR) intervient pour dire que l'art. 24D du projet prévoit une exception qui permet à l'employeur de ne pas mettre automatiquement fin aux rapports de travail.

M. Fricker dit que cet article leur convient.

Un député (Ve) aimerait rebondir sur le fait de distinguer les mesures bienveillantes, qui visent une réinsertion progressive et de qualité du collaborateur concerné, par opposition aux pressions inutiles. S'il a bien compris, l'idée de passer à 90% dès la deuxième année d'absence fait partie des mesures contre-productives, qui mettent des pressions inutiles, inefficaces et stigmatisantes.

M. Fricker précise que, plutôt que ce soit punitif financièrement, l'effort devrait être mis sur l'accompagnement.

Un député (Ve) en vient à sa seconde question qui concerne la reprise thérapeutique qui donne de très bons résultats, il s'avère que les collaborateurs qui reprennent après plusieurs mois, voire plus d'une année, à temps partiel pour des raisons thérapeutiques, voient leur décompte de jour continuer comme si c'était des jours entiers. Il leur a été avancé des raisons pratiques : si une personne reprend à temps partiel, elle pourrait théoriquement rester indéfiniment dans cette situation. Cependant, il s'agit d'une disposition qui pourrait être ajustée ou corrigée. Il se demande donc s'ils seraient favorables à l'idée qu'ils prennent en compte ces retours partiels comme des demi-jours et non plus comme des journées complètes.

M. Fricker dit que c'est une vision complexe et qu'ils sont plutôt là pour savoir comment doit être la reprise. Si elle est à temps partiel, tant mieux. S'il peut avoir un bon collaborateur qui reprend à 50% pendant deux ou trois ans et qu'il sait qu'il pourra progressivement lui monter son taux, pour eux c'est intéressant. Après, sur la partie décompte, c'est purement technique par rapport aux assurances sociales et par rapport à la prise en charge de l'assurance-invalidité. Cela peut également déboucher sur la prise en charge de la CPEG.



Ils sont plus du côté de l'accompagnement plutôt que du décompte. Si ce dernier est modifié et qu'il n'est pas décompté ou que partiellement, ils ne sont pas opposés.

M. Heiz souhaite différencier la reprise thérapeutique et la reprise à temps partiel. La première concerne quelqu'un qui est toujours sous certificat médical, mais on l'autorise à remettre les pieds au travail pour remettre le pied à l'étrier, car il est connu qu'après une longue absence, la peur de la reprise peut être un frein. Face à celle-ci, il y a la reprise à taux partiel qui concerne une personne pleinement à l'emploi, mais à temps partiel. Pour la reprise thérapeutique, il n'y a pas de raison de modifier son décompte d'absence, puisqu'il peut être là 45 minutes puis partir précipitamment, car il ne se sent pas bien. Contrairement à la reprise partielle où la personne est censée être là et, s'il n'est pas là, il doit avertir son manager, c'est un jour d'absence qui sera ajouté. Pour les 90%, ce n'est pas un point bloquant en tant que tel, mais pénalisant pour des gens qui ont de graves maladies, c'est une sorte de double peine. Ce ne serait ainsi pas un encouragement au retour à l'emploi, mais en plus un élément négatif dans sa convalescence.

Un député (Ve) rebondit en disant qu'en définitive, si cette mesure s'avère efficace, sont pénalisés ceux qui n'ont aucune possibilité de revenir au travail. Il apparaît que dans certaines situations de maladie, ce sont des relations de travail qui sont la cause partielle ou totale de la maladie, et parfois, le fait même de devoir continuer à voir ce responsable hiérarchique, qui est perçu comme une des causes de l'absence, pose problème dans la perspective de revenir dans le travail. Dans certaines situations, que ce soit le choix du collaborateur, de la hiérarchie ou du médecin-conseil, etc., il serait intéressant qu'il y ait une forme de dégageant de responsabilité de la hiérarchie directe sur le collaborateur, dans la gestion de ce retour. Il se demande donc s'ils partagent cette appréciation.

M. Fricker répond que si le problème vient de l'environnement du collaborateur, il faut le sortir de cette situation et lui assurer une prise en charge appropriée. Le problème est que, dans ce cas, un collaborateur manque, et il faut s'occuper de ceux qui restent, qui devront supporter la charge de travail. Il souligne qu'il est important, s'ils veulent mettre en place des mesures pour que le collaborateur s'entende avec le manager, que celui-ci ait la possibilité de gérer la situation.

Un député (Ve) se demande s'il y a la possibilité de remplacer ces personnes absentes par des personnes en intérim.

M. Fricker répond que sur des métiers relativement faciles, c'est possible. Mais pour les métiers complexes où il faut deux à trois ans pour maîtriser son environnement de travail, cela sera très compliqué.

Une députée (S) mentionne qu'ils ont évoqué la possibilité de prolonger les rapports de travail, ce qui constitue un facteur d'attractivité. Elle se demande donc si cet argument d'attractivité concerne principalement les cadres représentés ou s'il s'applique plus largement à d'autres fonctions, y compris certains collaborateurs. Ensuite, elle souhaiterait savoir si, à leur niveau d'organisation représentative des cadres, ils disposent de données permettant d'identifier des secteurs ou des métiers où les absences sont plus fréquentes, pour diverses raisons. Enfin, elle aimerait savoir s'ils possèdent des éléments d'analyse systémique sur les absences, permettant de constater, de manière partagée, si certaines maladies ou absences répétées sont plus fréquentes dans certains services que la moyenne, et si ces données pourraient orienter un type d'action spécifique pour le suivi et le soutien des présents.

M. Fricker prend l'exemple de l'architecte en informatique, celui qui structure les systèmes pour qu'ils fonctionnent correctement. Même si ce poste est évalué en classe 22, il se situe à cinquante pour cent en dessous du marché. Et certains métiers sont encore moins attractifs. Lorsqu'ils trouvent un candidat, n'importe quel acteur du privé peut offrir de meilleurs avantages, ce qui fait que le collaborateur a peu de chances de rester. Dans ces cas, la concurrence est telle qu'ils ne peuvent pas rivaliser. Il faut donc proposer d'autres motivations, comme l'intérêt du travail, les conditions de travail ou la qualité des collègues. Avec l'émergence de nouveaux métiers et la transformation de l'administration via de nouveaux outils, ils devront être extrêmement compétitifs pour attirer et retenir les talents.

M. Heiz répond à la question concernant le taux d'absentéisme. Ils n'ont pas de vision du cockpit RH, mais ils sont dans l'idée de donner aux managers cette vision-là. Actuellement, ils ne l'ont pas. Ils ont un taux de 4.4% à ne pas dépasser, c'est une moyenne. Des services sont largement au-dessus, car des absences sont comptabilisées, par exemple, un congé maternité sera comptabilisé dans une absence, alors que ce n'est pas la même raison d'absence entre une personne en congé maternité et une personne en burn-out. Il y a donc lieu de nuancer.

M. Fricker indique que tout le monde lit la presse, tout le monde sait que la jeune génération est plus fragile concernant certaines situations, il est également connu que l'absentéisme est lié aux conditions de travail, à la baisse de motivation, etc. Il donne un exemple : il s'occupe des événements spéciaux à Genève, c'est cent-vingt événements par année. Typiquement, la population a reçu son certificat COVID, c'est un événement, etc. Il a un service où ils sont

7/7 et 24/24, mais il a un taux d'absentéisme de 0. Il pense que s'ils arrivent à motiver les gens, à leur donner du sens par rapport à ce qu'ils font, ils ont déjà résolu une bonne partie de la problématique. Pour l'analyse systémique, ils ne sont pas des professionnels de l'interprétation des absences et ne peuvent donc pas répondre.

Une députée (S) comprend qu'ils n'ont pas les données pour leur propre secteur.

Un député (MCG) revient sur l'article 24B, qui concerne la protection contre les résiliations avant la fin des rapports de service. Ils ont entendu un représentant syndical de l'administration qualifier cet article de purement déclaratoire. Selon lui, il est peut-être utile d'affirmer l'idée de protection, mais il souhaite savoir, puisque ce seront eux qui devront gérer ce type de situations si la loi est adoptée, si cet article est réellement applicable ou difficilement applicable. Lors de la préconsultation, ce point n'avait pas été abordé de manière aussi précise. Si l'article est purement déclaratif, cela ne pose pas de problème, mais la réalité se mesure surtout à l'usage, car il existe des exceptions au principe de protection. Il reste donc sceptique, estimant qu'il est difficile d'évaluer cet article, car il touche fortement à l'opérationnel.

M. Heiz répond qu'il leur est compliqué d'envisager la mise en application de cet article. Leur préoccupation concerne également les managers : il ne s'agit pas que cet article devienne un outil pour pénaliser des collaborateurs ou pour masquer des lacunes managériales qui laisseraient perdurer certaines situations problématiques. A la lecture de l'article 24B, il leur semble que l'article 24D répond en partie à cette problématique, en permettant de prolonger la période probatoire. Selon eux, si l'accompagnement est assuré par un service compétent, la mise en œuvre de l'article serait beaucoup plus facile et efficace.

M. Fricker ajoute que le manager est souvent seul et une compétence qu'il faut avoir, c'est la solitude du manager par rapport au collaborateur. Ils sont la roue de transmission entre le Conseil d'Etat, les lois et règlements et les collaborateurs. Ils sont là pour appliquer. Il lui semble bon, lorsqu'une nouvelle loi est votée, de penser à la solitude du manager et qu'il soit mieux soutenu dans sa démarche et son accompagnement.

Une députée (S) souhaiterait approfondir un cas de figure : une personne se retrouve en arrêt maladie de longue durée, et la hiérarchie en vient à considérer qu'il y avait un dysfonctionnement avec cette personne, alors qu'aucune démarche préalable n'avait été entamée. Profiter de l'incapacité de travail pour invoquer d'autres motifs et lancer une procédure de licenciement pourrait, selon elle, être rendu possible par l'article 24B. Elle demande donc

s'ils ne pensent pas que la formulation actuelle de cet article pourrait effectivement déboucher sur ce type de situation.

M. Heiz répond que cela pourrait profiter à certaines mauvaises personnes. Le risque peut exister. S'il y a des garde-fous, d'autres partenaires, y compris les RH, cela peut limiter le risque, car ce ne sera plus le manager qui sera dépositaire de la procédure, mais une autre entité qui n'aura pas cette expérience des rapports au service.

Une députée (S) s'interroge sur leur perception d'un cas de figure où des absences répétées perturbent le bon fonctionnement du service, et aimerait savoir à partir de quel moment ces absences compromettent réellement le fonctionnement du service, légitimant ainsi la résiliation des rapports de service pendant la période des 730 jours.

M. Fricker répond que le pire ce sont les absences perlées, notamment pour les services guichet, c'est directement du service à la population. S'il y a des absences perlées, c'est-à-dire que le collaborateur, un jour sur trois, est absent, c'est très compliqué de le garder dans cette fonction et que cette situation perdure, car cela met tout un service en alerte et c'est extrêmement compliqué. Il y a des collaborateurs qui font du perlage depuis des années et c'est extrêmement compliqué. Il faut demander de l'aide au médecin-conseil, souvent il y a du groupe de confiance après, donc pour le manager c'est compliqué sur une petite minorité de collaborateurs qui ont tendance à utiliser le système. A ce moment-là, il devrait y avoir une entité d'accompagnement du manager et du collaborateur. Ils gèrent le milieu professionnel, le bien-être au travail, il y a le bien-être, mais il y a le travail également, ils sont garants de délivrer des prestations. Ces cas-là doivent être traités dans cette cellule de retour au travail ou dans l'accompagnement sur avis du médecin-conseil.

Une députée (S) demande si ce sont des personnes qui sont au bénéfice d'un certificat médical.

M. Fricker dit que, pour un jour, non, mais dès le troisième jour c'est obligé. S'ils demandent un certificat médical dès le premier jour, les médecins vont dire qu'ils sont submergés par les demandes, ils savent également qu'il y a des endroits, à Genève, où on délivre des certificats médicaux sans voir la personne et en ligne. Il y a toutes sortes de choses qui existent, des moyens de contournement, il faut traiter ces cas spécifiques à part.

Une députée (S) demande s'ils pensent que ce sont des cas répandus, car ils ont également entendu d'autres auditionnés leur dire que les certificats de complaisance sont extrêmement rares, très peu sont contestés et parmi eux, très peu sont effectivement reconnus comme étant peu opportuns.

M. Heiz répond qu'il y a une minorité de personnes qui jouent avec le système, la grande majorité respecte les règles.

M. Fricker donne un exemple extrême où il a mis quatre ans pour licencier un collaborateur, avec deux recours au Tribunal fédéral, douze heures d'entretien au groupe de confiance. L'entretien de service avec nonante points reprochés, le retour avec cent-cinquante points à justifier. Cela demande une charge émotionnelle énorme, mais il l'a fait, car ils ne peuvent pas ne pas traiter ces personnes. La toxicité, dans le cadre de l'administration, doit être traitée, même si c'est une minorité.

Un député (PLR) a une remarque concernant la pénurie de talents qui est extrêmement forte dans le domaine privé, si ce n'est plus dans les domaines comme le bâtiment, la gastronomie, la pharma, les assurances et les banques, sans parler des industries. Mais ce qu'il n'y a pas à l'Etat, c'est que tous ces pans de l'économie cités peuvent faire faillite ou être délocalisés, ce n'est pas le cas de l'Etat. La sécurité de l'Etat est un pouvoir fort qu'une entreprise privée n'a pas. Cela peut aussi être pour une diminution du chiffre d'affaires dû à une concurrence plus forte ou à une pandémie, il y a beaucoup d'exemples qui pourraient être cités.

Un député (LC) a une remarque s'agissant de la reprise thérapeutique et à temps partiel. Dans le privé, c'est deux payeurs différents, à l'Etat c'est le même qui paie à la fin du mois, il ne fait pas la différence. Il se demande ainsi quel regard ils portent sur une perte de gain privée.

M. Fricker répond qu'il est vrai que la question est légitime, mais il pense qu'en s'engageant dans la fonction publique avec ses avantages et ses inconvénients, donner des conditions intéressantes au collaborateur est important. Celui-ci peut très bien fonctionner pendant vingt ans puis il y a un accident de parcours, une maladie, grave, donc il pense qu'il est important, dans la vision du collaborateur, qu'il se dise qu'il va se donner à fond, qu'il va faire en sorte que son travail soit sur l'applicabilité et la disponibilité. En étant responsable de la gestion du 117 et du 144, s'il dit qu'il verra ça demain, derrière il y a des vies. Il y a aussi un engagement moral très important sur certains collaborateurs de l'Etat, car ils sont directement en lien avec la population, ce qui n'est pas forcément le cas dans les entreprises privées, même s'il y a des clients. C'est important de pouvoir rester dans cette attractivité qui passe sous cette couverture en cas de problème dans sa vie.

Un député (S) remarque qu'un jour, alors qu'il auditionnait un Conseiller d'Etat au sujet des absences, celui-ci lui avait répondu qu'il coûterait plus cher de vouloir éliminer toutes les absences que de les accepter. Il a été interpellé par la remarque selon laquelle il ne s'agirait que d'une très petite minorité,

alors même que ces situations représentent un nombre d'heures considérable et un coût important. Il est admis que, pour garantir la liberté en matière de santé, un petit pourcentage de la population sera absent, et que l'on tolère cette réalité, car elle fait partie de la condition humaine et qu'il serait économiquement absurde d'agir autrement.

M. Fricker répond qu'il est d'accord sur l'effort pour régler cette problématique-là.

Le président remercie les auditionnés pour leurs observations éclairantes et leur demande s'ils ont une conclusion à apporter.

M. Fricker indique qu'ils restent à disposition s'ils doivent en reparler.

**Audition du Groupement des cadres de l'administration genevoise (CGA), M<sup>me</sup> Noemi Espirito, présidente, et M. Alain Afsary, membre du comité, 14 novembre 2025**

M<sup>me</sup> Espirito indique que, globalement, ils ne changent pas de position par rapport à ce qu'ils ont déjà répondu, lors de la consultation. Concernant le droit de traitement pendant 730 jours d'absence (art. 15A), ils sont favorables. Pour l'étendue de la garantie (art. 15B), le GCA est opposé à cette réduction. Actuellement, ce n'est pas le cas : les personnes atteintes d'un cancer ne sont pas responsables de leur situation, et diminuer leurs prestations à 90% serait injuste. Concernant la fin des rapports de service après 730 jours d'absence (art. 24A), le GCA n'est pas favorable. Un automatisme de résiliation des rapports de travail à l'échéance des 730 jours ne devrait pas être possible, afin d'éviter tout libre arbitre de la hiérarchie et laisser aux collaborateurs la possibilité de recourir contre leur licenciement. Pour la protection contre la résiliation avant la fin des rapports de service et exceptions (art. 24B), le GCA est plutôt favorable, les absences dues à des incompatibilités avec les collègues ou la hiérarchie se règlent parfois avec des réunions entre médecins-conseils et associations. Pour la limite des 730 jours en cas d'accident professionnel, ils n'avaient pas de commentaire. Pour la comptabilisation des 730 jours en cas d'incapacité pour des raisons médicales liées à la grossesse, sur le fond, le GCA est favorable dans la démarche, mais la grossesse n'est pas une maladie. La participation des membres du personnel au financement des prestations en cas de maladie (art. 131E), le GCA y est opposé, cela va de soi. S'agissant de la souscription d'une assurance perte de gain maladie, sauf erreur de leur part, un projet de la loi sur la situation est déjà en cours de réflexion au Conseil d'Etat, ils ont l'impression que cela vise à diminuer les charges du Conseil d'Etat plutôt qu'à mieux servir les employés. Finalement, concernant les

mesures de réinsertion avant la fin des rapports de service, le GCA est favorable à la proposition, pour autant que cela soit compatible avec le service.

M. Afsary souhaite apporter un complément. Selon eux, les cadres, en particulier les cadres de proximité qui sont en contact direct avec de nombreuses personnes touchées dans leur santé ou connaissant des difficultés de fonctionnement, ont une responsabilité morale. Ils doivent être conscients de l'importance d'agir de manière préventive : comprendre la situation, évaluer l'état de la personne, assurer un véritable suivi et mobiliser les outils disponibles au sein de l'Etat, notamment les ressources humaines, qui disposent d'un ensemble d'instruments de gestion. Il est également essentiel de s'appuyer sur la RPAC, en particulier les articles 18 à 25, qui permettent d'engager toutes les procédures nécessaires, y compris des avertissements ou des licenciements lorsque cela s'impose, mais de manière adéquate. Aujourd'hui, ils estiment que les cadres disposent de la capacité de gérer ces situations. Toutefois, ils considèrent qu'ils ont trop privilégié le consensuel et fait preuve de trop de souplesse, alors qu'une démarche plus affirmée, méthodique et anticipée serait nécessaire pour prévenir les dérives et mieux organiser le suivi. Il précise qu'il est actif dans le groupe de travail de l'OPE sur la gestion des absences et le retour au travail. Ce groupe s'est fortement penché sur la situation des personnes présentes, qui jouent un rôle essentiel dans la continuité du service et fournissent des efforts considérables pour compenser l'absence de leurs collègues. L'absence ne suspend pas le travail : ce sont les collègues présents qui en supportent la charge supplémentaire. Cette situation peut devenir toxique et entraîner, à son tour, des absences soudaines de personnel épuisé par une surcharge durable. Ils formulent donc un souhait : que l'Etat parvienne ponctuellement à réaffecter des postes libérés pour raisons de santé après quelques mois, et mettre à disposition de l'OPE un fonds de soutien destiné à faire face à ces absences de longue durée. Ce fonds permettrait de recruter du personnel temporaire jusqu'au retour du collaborateur concerné ou, en cas de non-retour, d'assurer un reclassement. Cela garantirait la continuité du service, améliorerait les conditions de travail et réduirait le risque d'absences supplémentaires parmi les collaborateurs présents, qui peinent parfois à faire face à la charge accrue.

Un député (PLR) avoue être très sensible aux propos de M. Afsary, de la nécessité de se doter de mesures préventives. Mais reprend quand même les propos de M<sup>me</sup> Espirito, s'agissant de l'art. 131E et sa nouvelle teneur, concernant le fait qu'ils n'étaient pas favorables, et que cela allait de soi et que l'Etat cherchait à diminuer ses responsabilités, plutôt qu'à mieux servir ses employés. Ce qui le frappe, c'est que certaines personnes ont le sentiment que les fonctionnaires de l'Etat bénéficient d'un traitement confortable, avec des

sécurités d'emploi et des mesures bienveillantes. Il y a un décalage entre ce que peut être leur traitement et celui qui sévit dans des entreprises privées. Il trouve que les propos de M<sup>me</sup> Espirito viennent accréditer la perception du fonctionnaire qui campe sur sa position. Il peine à être ouvert à des évolutions, qui plus est dans un contexte où l'Etat affiche plus d'un milliard de déficits. Dans une entreprise privée, s'il y a des chiffres négatifs, ils licencient. Il aimerait les entendre réagir quant à son appréciation.

M<sup>me</sup> Espirito indique que des textes de loi sont toujours rédigés par des personnes qui ne sont pas concernées par les réductions de prestations prévues. Le Conseil d'Etat n'est pas concerné par tout ce qui est décrit dedans, ils promulguent des projets de loi, mais ils ne sont pas concernés par ce qu'ils écrivent. Cela s'applique à d'autres. Il y a un décalage.

M. Afsary en expliquant que, selon ce qu'ils ont constaté à l'Etat de Genève et au sein de l'OPE, il existe un manque d'informations préventives et d'accompagnement destinés aux personnes rencontrant des problèmes de santé. Ces personnes ne sont souvent pas informées suffisamment tôt des dispositifs qui pourraient être activés en leur faveur. Il rappelle notamment l'utilité de la demande précoce à l'assurance-invalidité, qui ne signifie pas que la personne sera automatiquement mise à l'assurance-invalidité, mais constitue une mesure très pertinente de prévention et de soutien. Dans de nombreux cas, l'assurance-invalidité s'active et permet à l'Etat d'engager une réflexion d'accompagnement, qu'il s'agisse d'un remplacement professionnel ou d'un recyclage dans une nouvelle activité. L'assurance-invalidité fait tout son possible pour éviter de placer les personnes en incapacité définitive et travaille intensivement à leur réinsertion professionnelle. Ils ont toutefois connu des situations où cela a échoué, principalement parce que l'intervention est intervenue trop tard. Par manque d'information ou de coordination, ils se sont retrouvés à devoir rattraper des cas en urgence, où des collaborateurs étaient à deux doigts d'être licenciés définitivement, sans avoir bénéficié de l'appui financier de l'assurance-invalidité ou de la CPEG. Selon lui, il est indispensable de mettre en place une démarche plus structurée, avec des jalons de contrôle à intervalles réguliers, afin que chacun, cadre comme collaborateur, connaisse ses droits et ses obligations. Cela permettrait d'éviter que les personnes se sentent délaissées ou insuffisamment accompagnées et de clarifier les responsabilités de chacun. Il estime que cet effort d'organisation et de responsabilisation apporte davantage qu'un simple investissement financier ou la recherche de nouvelles compensations : les outils existent déjà, mais ils doivent être utilisés plus tôt, plus systématiquement et de manière plus coordonnée.



M<sup>me</sup> Espirito ajoute que les annonces de déficits budgétaires sont habituelles à chaque fin d'année et, finalement, à chaque début d'année, l'Etat se retrouve avec des sommes astronomiques en plus. Cela tombe à pic de présenter ce projet de loi alors qu'ils ont annoncé 700 millions de déficit. Ils attendent de voir le constat fin mars des résultats des comptes pour juger s'il y a des comptes à la hauteur de la réalité et pas qu'en début d'année il y ait des bénéfices explosifs.

Un député (PLR) est d'avis que chacun doit faire un pas vers l'autre.

Un député (MCG) souligne que, dans un système participatif comme celui de Genève, chacun porte collectivement la responsabilité de la dette ou des déficits. Aucun acteur, hormis éventuellement le Grand Conseil ou le Conseil d'Etat, ne peut être considéré comme davantage responsable qu'un autre. S'agissant de l'art. 24B, il reconnaît que la volonté de protéger les collaborateurs contre une résiliation avant la fin des rapports de service fait consensus. Toutefois, la disposition lui apparaît assez « charpentée », compte tenu des nombreuses exceptions qu'elle contient. Il aimerait savoir s'ils ont eu la possibilité d'examiner attentivement l'article et d'évaluer si son application représente une difficulté concrète ou non, puisque ce sera précisément à eux qu'il reviendra d'en assurer la mise en œuvre dans l'administration cantonale.

Le président fait mention qu'ils peuvent faire une réponse par écrit à la commission.

M. Afsary accepte volontiers cette solution.

Un député (LC) demande comment ils verraient le fait qu'il y ait une assurance perte de gain privée, qui prendrait en charge ces cas.

M<sup>me</sup> Espirito dit que l'assurance privée s'appliquerait à tout le personnel, mais cela aurait des coûts de renégociation chaque année.

M. Afsary ajoute que ce serait une baisse de salaire qui peut être défiscalisée, donc inclus dans les déductions derrière. Mais sur le moment, il y aurait une perte immédiate sur le salaire net pour les employés. Il est mitigé sur le sujet, il trouve que la situation actuelle répond à la plupart des cas correctement. Par rapport à ces absences, à ces personnes qui posent souci, c'est une petite minorité. Celle-ci, pour l'instant, pose des soucis. S'ils arrivaient sérieusement à régler ces affaires et qu'ils trouvaient des solutions liées à l'accompagnement, cela résorberait beaucoup de soucis.

Il ne pense pas que mettre à contribution les employés par une assurance privée supplémentaire soit utile. Il faut d'abord gérer la question sur un autre ordre, dans la prévention et l'accompagnement, et d'agir clairement en tant que manager, vis-à-vis de ces gens, faire ce qu'il faut au bon moment et de manière éthique, en respectant les uns et les autres, mais également de manière ferme

où chacun trouve son compte, tant l'entreprise que la personne. Aujourd'hui, ils savent qu'il y a un tout petit nombre de grands joueurs, c'est sur ces cas-là qu'il faut s'intéresser pour trouver des solutions qui permettront de mieux travailler, du fait qu'ils résorbent cette forme de toxicité malheureuse qui va simplifier la situation ensuite. Etre malade n'est pas un choix. Il faut savoir le gérer sainement. Les managers doivent également être engagés dans leurs tâches.

Une députée (S) souhaitait revenir sur la disposition qui consiste à réduire à 90% le traitement dès la deuxième année d'arrêt maladie ou d'accident, avec la logique derrière qui est de dire que c'est une sorte d'encouragement à revenir plus rapidement au travail. Elle souhaiterait connaître leur avis sur cette question, s'ils pensent que cela peut fonctionner, respectivement s'ils ne voient pas un risque d'inciter, de pousser, les gens à revenir au travail, indépendamment de leur situation de santé, mais pour des raisons économiques, car il y aurait une réduction salariale et les éventuelles conséquences que cela pourrait avoir si une personne revient trop vite, sans avoir pleinement pu récupérer après une maladie.

M<sup>me</sup> Espirito répond que pour les personnes qui ont une réelle maladie qui les empêche de travailler, ils se retrouvent sur le fait accompli d'avoir une diminution sans pouvoir y remédier. Le cas où des personnes reviendraient au travail en étant encore malade, ce serait un préjudice pour le service, que de se retrouver avec des personnes qui sont réellement malades, mais qui doivent subvenir à leur besoin.

M. Afsary intervient en soulignant la complexité de la situation. Lorsqu'une personne s'absente de manière perlée, cela crée déjà un problème spécifique : les managers doivent mettre en place des solutions d'accompagnement avec une stratégie de retour claire et précise, tout en décourageant ce type d'absence, car il engendre un effet « saute-mouton » au sein des équipes et peut provoquer de l'épuisement. Les absences de longue durée constituent un autre défi : le retour au travail devient très compliqué. Selon lui, cela ne fonctionne qu'une fois sur trois. Au-delà de trois mois, et encore plus à six mois, les personnes sont souvent déconnectées de leur réalité professionnelle et quotidienne, leur situation de santé ayant fortement affecté leur intégration. Un accompagnement médical, social et spécialisé est nécessaire, mais les cadres sont rarement formés pour prévenir les dérives, ce qui pose problème. Ils comptent donc sur l'OPE pour mettre en place des solutions de soutien adaptées. Pour ces collaborateurs, le retour au travail peut soit finir en démission ou licenciement, soit générer de nouveaux problèmes nécessitant mutation, transfert ou remplacement. Dans la moitié des cas, cela échoue, conduisant au licenciement ou une démission, car le collaborateur est

désaligné et une cassure s'est produite. Une approche basée uniquement sur des incitations financières ou la réduction du salaire à 90% ne permet pas de garantir un retour au travail sain et durable.

Une députée (S) soulève une seconde question concernant l'article 24B, qui prévoit une interdiction de licenciement pendant la période de maladie et le maintien du traitement pendant 730 jours, avec certaines exceptions, notamment si l'absence affecte le bon fonctionnement du service. Or, les absences, y compris de longue durée, ne sont pas systématiquement remplacées. Elle s'interroge donc sur le fait que toute absence pourrait, de facto, perturber le fonctionnement du service et créer une légitimité implicite à licencier systématiquement les personnes en arrêt maladie au titre de cette exception.

M. Afsary répond que le licenciement n'est pas une bonne solution, ni pour les personnes concernées ni pour l'organisation. Les collaborateurs malades doivent avant tout se soigner et se rétablir. Cependant, le travail quotidien doit continuer et être assuré par les personnes présentes. Ils ont constaté l'importance de mettre en place des mesures pour reconnaître l'engagement de ces collaborateurs, qui garantissent la continuité des prestations de l'Etat sans rupture de service. Aujourd'hui, la situation est délicate. L'OPE parvient, selon les cas, à compenser ponctuellement une absence de longue durée en engageant du personnel temporaire, mais cela ne se produit qu'au bout de quelques mois, car le temps nécessaire pour mettre en place la procédure et identifier les ressources disponibles est long et complexe. C'est pourquoi ils préconisent la création d'un fonds d'accompagnement ou de compensation temporaire, permettant d'agir rapidement : lorsqu'un collaborateur est absent pour raisons de santé, une personne qualifiée pourrait immédiatement être engagée pour assurer le travail, limitant ainsi toute rupture et garantissant la continuité des prestations. Le licenciement immédiat ou motivé par l'absence présente de gros risques, notamment en matière de recrutement, car remplacer quelqu'un est long et difficile, surtout dans des métiers de plus en plus spécialisés. Une action anticipée est donc nécessaire pour éviter toute rupture et assurer la continuité des services.

Le président demande si les auditionnés souhaitent conclure.

M<sup>me</sup> Espirito conclut en disant que cela fait vingt ans qu'elle travaille à l'Etat, elle a vu un réel changement depuis ses débuts. Quand elle a commencé, il y avait du personnel qui jouissait de beaucoup d'avantages et qui en exagérât. Pendant ces vingt dernières années, cela s'est considérablement amélioré. Les contrôles se font de plus en plus, les règlements qu'il y a sont déjà bien adaptés et elle trouve qu'en ajouter juste pour en ajouter pour diminuer les prestations sociales, ce n'est pas correct.

**Audition d'Avenir Syndical, M. Alain Magnenat, représentant,  
28 novembre 2025**

M. Magnenat se présente et indique qu'il fait partie du comité d'Avenir syndical, il travaille à l'office cantonal des assurances sociales, dans la branche de l'assurance-invalidité depuis plus de vingt ans, ce qui fait qu'il a une certaine expérience et a des connaissances du fonctionnement des assurances privées et sociales.

Il souhaite tout d'abord souligner l'ampleur du projet de loi, puis choisit de se concentrer sur l'article ouvrant la voie au recours à des assureurs privés, car c'est un sujet qui avait déjà été débattu auparavant et qui avait alimenté d'autres projets de loi. Pour l'Avenir syndical, c'est un point bloquant qu'ils contestent. Le recours à des assureurs privés pour la perte de gains maladie soulève de fortes problématiques de confidentialité, car ces assureurs privés auraient des données sur le personnel de l'Etat, tous personnels confondus (magistrats, policiers, enseignants, cadres), ce qui pose des questions de protection des données. Cette perspective les inquiète, d'autant plus qu'ils estiment avoir observé des dérives chez certains assureurs, notamment par le recours à la Clinique Corela, fermée par les autorités en raison d'expertises jugées très discutables et orientées. Il y a ensuite des questions de principe, puisque ces assureurs privés sont là pour réaliser des bénéfices. Même si, officiellement, ils diront que, comme la LAMal, ils ne font pas de bénéfice sur la maladie des gens, il reste que ce sont des assurances privées à but lucratif (notamment AXA, Allianz ou Zurich) et qu'ils ont fait plusieurs milliards de bénéfices qu'ils ont redistribués sous forme de dividendes à leurs actionnaires. Sur le principe, Avenir syndical considère que la maladie et la couverture perte de gains maladie ne devraient pas être une activité lucrative.

Il y a une autre conséquence aux pratiques des assurances privées qui ont ensuite des liens directs avec le projet de loi, c'est la possibilité d'exiger une activité adaptée. En cours d'incapacité de travail, les assureurs ont l'habitude de demander des expertises médicales et elles peuvent, grâce à la jurisprudence, mettre fin à ces indemnités en estimant qu'il y a une capacité dans une autre activité. Autrement dit, si un salarié est jugé incapable d'exercer son poste, mais que l'assureur privé considère qu'il pourrait travailler dans une autre activité adaptée, celui-ci peut décider d'arrêter le versement des indemnités. Le lien direct avec le projet de loi c'est que l'un des articles permet de recourir à ces assurances privées et permet également de résilier les rapports de service si une assurance privée octroie des prestations à hauteur de ce qui est prévu dans le projet de loi, c'est-à-dire le traitement net durant la première année, puis 90% du traitement net dès la deuxième année. Si des employeurs publics contractent des assurances privées, ce qui est déjà le cas pour certains,

l'art. 24B al. 2 let. e, leur donnerait la possibilité de résilier les rapports de service et de laisser l'assureur perte de gains maladie prendre le relais pour le versement des prestations. Or cet assureur pourrait cesser ces paiements, laissant les fonctionnaires ou employés publics sans ressources. Cela vide de sa substance l'art. 15A, qui laisse pourtant penser à une protection contre les licenciements.

M. Magnenat souligne une autre difficulté liée à l'assurance perte de gains maladie privée : les indemnités qu'elle verse ne sont pas soumises aux cotisations du premier pilier. Autrement dit, même si l'assurance garantit un montant équivalent au traitement prévu par la loi, ce versement n'ouvre aucun droit AVS, AI, chômage ou perte de gains. Les personnes malades cesseraient donc de cotiser et verraient leurs droits diminuer, que ce soit pour leur future rente AVS ou pour une éventuelle indemnisation en cas de chômage. Si une personne en arrêt de travail peut être licenciée parce qu'une assurance privée prend le relais, elle sort de tout contrat et dépend entièrement des indemnités versées par l'assureur, qui mène alors ses propres expertises. Durant cette période, elle ne cotise plus. Si, après quelques mois, elle retrouve une capacité de travail alors que les rapports de service ont été rompus, elle ne peut pas réintégrer son poste de fonctionnaire ou d'employée publique. Et si elle doit s'inscrire au chômage, la période durant laquelle elle a perçu uniquement des indemnités journalières, sans contrat et sans cotisations, ne lui ouvre aucun droit. Lorsque l'incapacité dépasse une année, ses droits sont donc fortement diminués : ayant été licenciée et rémunérée par une assurance privée sans cotisations, elle se retrouve avec des prestations nettement amoindries.

Pour l'assurance-accident, il s'agit d'un régime fédéral obligatoire couvrant 80% du revenu. Mais, dans le projet de loi, un plafonnement du traitement net apparaît clairement, ce qui signifie que les indemnités en cas d'accident seraient diminuées. Les employeurs publics économiseraient ainsi leur part des cotisations du premier pilier (AVS, AI, chômage, perte de gains), sans les prélever sur le salaire des collaborateurs. Le traitement serait donc abaissé, d'où ce plafonnement du traitement net. L'employeur y gagnerait environ 5% en cas d'accident, puisque les cotisations du premier pilier s'élèvent à 6,4% et ne s'appliqueraient que sur 80% du salaire. Pour la personne en incapacité, l'impact immédiat serait peu visible, car elle percevrait un traitement net simplement réduit du montant correspondant aux cotisations non versées. En revanche, elle perdrait des cotisations pour la suite. De plus en plus de personnes n'atteignent déjà plus la rente AVS maximale. Pour obtenir les 2 520 francs mensuels, il faut non seulement cotiser durant quarante-quatre années, de 21 à 65 ans, mais aussi l'avoir fait sur un revenu annuel avoisinant les 90 000 francs. Les périodes d'incapacité échappant aux cotisations font

baisser le revenu moyen ou entraînent des années de cotisation manquantes, ce qui peut réduire le montant futur de la rente AVS. Autrement dit, ces économies, qui semblent anodines sur le moment, se répercutent finalement au moment de la retraite. Il insiste sur le fait que, même s'ils semblent modestes, les effets sont réels, et que l'assurance privée représente pour eux un véritable risque. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'Avenir syndical avait soutenu les précédents projets de loi qui visaient à interdire le recours à des assurances privées perte de gains. Concernant l'assurance-accident, il juge la situation moins problématique lorsque des complémentaires couvrent certains risques, mais dès qu'elles prennent en charge les 20% du traitement non couverts par le minimum légal de 80%, le même mécanisme de perte de cotisations réapparaît.

Il met ensuite en avant le progrès réalisé concernant la couverture perte de gains maladie durant la première année, une situation que l'Avenir syndical juge aujourd'hui particulièrement choquante, puisque les employés disposent d'une protection très limitée, à peine supérieure à l'échelle de Berne, qui constitue le minimum légal. Lors de leurs échanges avec la délégation des ressources humaines du Conseil d'Etat, ils avaient proposé de modifier le règlement, la couverture salariale en cas de maladie relevant de l'art. 54 RPAC. Une adaptation réglementaire aurait pu être adoptée depuis longtemps, d'autant que le coût de cette amélioration reste modeste. L'exposé des motifs l'estime à 300 000 francs par an, alors que les chiffres obtenus lors de leurs discussions avec le département évoquaient plutôt 1,4 million. Il rappelle également qu'un employé en première année fera tout pour assurer son travail et que les abus, notamment des arrêts injustifiés, sont extrêmement rares. A l'échelle de l'Etat, les données évoquées lors d'une discussion avec la même délégation à propos du nombre de certificats médicaux transmis et des cas adressés au médecin-conseil montrent qu'il s'agit d'une infime minorité. Les situations dans lesquelles l'incapacité de travail n'est pas fondée se comptent sur quelques cas par an seulement, parmi des milliers de collaborateurs. La loi vise les personnes réellement en arrêt de travail et non pas quelques cas d'abus.

Pour les employés en première année malades, les charges supplémentaires, qu'il s'agisse de 300 000 francs ou d'un peu plus d'un million par an, représentent un gain limité comparé aux réductions de prestations que subira le personnel de l'Etat. Considérant ce que rapporte la cotisation prélevée sur les salaires, soit 0,1%, cela équivaut au peu plus de deux millions par an. Élargir la couverture à la première année n'entraînerait qu'une légère augmentation de cette cotisation de 0,1%. Or, la cotisation proposée à 0,9% multiplie par neuf la cotisation des employés, générant des recettes largement disproportionnées par rapport à la nouvelle garantie offerte aux

employés de première année. En contrepartie de ces faibles montants liés à cette couverture initiale et à l'exclusion des incapacités dues à la grossesse, ce qui est un élément positif, mais dont les montants restent marginaux, la cotisation de 0,9% rapporterait 19 millions à l'Etat. Les économies réalisées en fixant la garantie de traitement à 90% dès la deuxième année représentent plus de 2,6 millions : 2,1 millions grâce à la réduction à 90% et un demi-million en plafonnant les garanties liées aux accidents professionnels. Les mécanismes de plafonnement du traitement net et de réduction des cotisations du premier pilier génèrent environ 1,4 million d'économies. Il y a donc une petite avancée pour le personnel avec cette couverture de la première année, et, de l'autre, des économies de charges pour l'employeur largement disproportionnées.

Il souligne qu'à la lecture de l'art. 15A, il y a l'impression d'une garantie, mais qu'en examinant le projet de loi et les possibilités de résiliation des rapports de service, cette garantie pourrait se révéler comme étant vidée de sa substance. L'art. 24B prévoit en effet cinq motifs de résiliation, détaillés à l'alinéa 2. La lettre a est relativement compréhensible, tandis que pour la lettre c, il est précisé dans l'exposé des motifs qu'une incapacité de travail de 180 jours entraîne la prolongation de la période probatoire, et que 60 jours de maladie suffisent à empêcher une nomination. Pour la lettre d, il revient sur ce qu'il mentionnait précédemment, concernant le fait que si un assureur privé considère que l'incapacité de travail est justifiée dans le poste actuel, mais qu'elle ne l'est pas dans une autre activité, il y a une possibilité de mettre fin aux indemnités journalières maladie, ce qui ouvrirait la porte à la résiliation des rapports de service pour l'employeur. Le droit au traitement est conditionné aux rapports de service, dans le projet de loi c'est bien expliqué qu'à la résiliation, il n'y a plus droit au traitement par une assurance privée. Cela signifie que la garantie du traitement des deux premières années ou pour les employés de première année pourrait être fortement limitée si l'employeur use de cette possibilité de résiliation avant l'année pour la personne en période probatoire, ou avant les deux ans, ce qui pourrait être possible. L'article prévoit qu'il y aura des délais de protection fixés par voie réglementaire, mais pour l'instant, on a aucune garantie des périodes de protection qui seront fixées. Actuellement, le Code des obligations prévoit la résiliation en temps inopportun et est repris dans le règlement et légèrement amélioré, mais ce sont des délais relativement courts. Il peut être craint qu'une personne en arrêt maladie puisse être rapidement convoquée par le médecin-conseil, déclarée inapte, licenciée et ainsi privée de son droit au traitement durant les deux années prévues.

Pour l'art. 24C relatif aux mesures de réinsertion, il est prévu que les employeurs tentent de proposer des solutions de réinsertion aux fonctionnaires, mais aucune garantie concrète n'accompagne cette disposition. En comparaison, l'art. 26 LPAC, qui concerne l'invalidité, offre des garanties bien plus solides : l'article actuel permet de résilier les rapports de service uniquement lorsqu'il est impossible de repositionner la personne au sein de l'administration ou des établissements publics autonomes, non seulement dans son établissement d'origine, mais dans l'ensemble des structures publiques de l'Etat. Les mesures doivent être pertinentes, mais raisonnables, et il reste impossible d'anticiper jusqu'où les employeurs appliqueront ces dispositions pour protéger effectivement les employés. Certains employeurs, lors de la résiliation d'un contrat, mandatent une entreprise externe pour aider à rédiger un CV ou une lettre de motivation et soutiennent certaines candidatures, mais ce type de soutien ne constitue pas une protection équivalente à celle prévue par l'article actuel.

Enfin, M. Magnenat précise que la situation des employés publics à Genève n'est pas plus favorable que dans le secteur privé ou dans d'autres administrations. Au niveau de la Confédération, aucune cotisation n'est prélevée sur les salaires. Certaines entreprises privées, notamment dans l'industrie, garantissent le versement intégral du salaire en cas de maladie ou d'accident, tandis que dans d'autres secteurs, des protections contre le licenciement existent grâce aux conventions collectives, comme dans le bâtiment, où les ouvriers en arrêt de travail conservent leur emploi tant qu'ils perçoivent des indemnités maladie ou accident. L'Avenir syndical considère qu'actuellement, les fonctionnaires des établissements publics et de l'Etat ne bénéficient d'aucun privilège par rapport à d'autres secteurs. Sans la garantie de traitement durant la première année, leur situation apparaît même moins favorable que dans le privé.

Une députée (S) s'interroge sur les conséquences possibles du plafonnement du traitement net à 90% dès la deuxième année. Elle souhaite savoir si M. Magnenat pense que cette mesure a pour effet d'inciter les employés à reprendre leur poste plus rapidement, et si cet objectif est réaliste, auquel cas, les économies pour l'Etat pourraient être moindres. Ou est-ce que, au contraire, qu'importe que son traitement soit réduit, une personne en incapacité ne pourra pas revenir plutôt. Enfin, elle questionne le risque qu'un employé, contraint financièrement, tente de reprendre son poste alors qu'il n'est pas encore apte, et les conséquences que cela pourrait avoir sur sa santé ou sur le fonctionnement du service.

M. Magnenat estime qu'il s'agit surtout d'une disposition financière, car les personnes en arrêt de travail sont réellement en incapacité et ne peuvent pas



reprendre leur poste. Il souligne qu'au-delà d'un an d'incapacité, la procédure de l'assurance-invalidité se met en place avec un suivi médical et des mesures de réinsertion, et que réduire le traitement à 90% est injuste, d'autant que l'employeur est remboursé à hauteur de 80% du salaire par l'AI lorsqu'il y a des mesures de réinsertion, alors que l'employé va juste subir une réduction de son revenu. Ensuite, la possibilité de retour peut être compromise si une résiliation intervient avant la deuxième année, notamment si certains employeurs, pour des raisons de remplacement ou de gestion des services, mettent fin aux rapports de service pour recruter de nouveaux employés. Au terme des deux ans, avec la résiliation automatique, la personne ne pourra plus revenir du tout. Des affaires devant la Chambre administrative ont montré que même lorsque des salariés produisaient un certificat médical attestant leur capacité à reprendre, le médecin-conseil pouvait juger l'aptitude insuffisante et permettre la résiliation. Il perçoit donc surtout une économie pour l'employeur, et non une incitation au retour.

Une députée (S) s'interroge sur le cas de figure où une assurance perte de gains maladie privée constaterait l'incapacité d'occuper le poste pour lequel la personne a été engagée, mais pas celle d'occuper d'autres fonctions. Elle demande si cela pourrait s'appliquer à n'importe quel type de poste, de sorte que, même sans formation adaptée, la personne pourrait voir ses indemnités résiliées au motif qu'elle serait considérée comme capable de travailler dans un autre domaine.

M. Magnenat indique que, dans le système d'assurance privée, c'est ce qui se produit. Dès que l'assureur estime qu'une autre activité serait possible, il peut, sur la base de la jurisprudence, mettre fin aux indemnités journalières dans un délai de trois à quatre mois. Ils mettent en place des examens médicaux ou sur dossier et concluent que la personne ne peut plus occuper son poste initial, mais pourrait exercer une autre activité. L'assureur fixe ensuite ce délai de trois à quatre mois, en précisant que la personne doit soit avoir retrouvé une activité, soit s'inscrire au chômage. Les indemnités peuvent alors être suspendues, plaçant les individus dans des situations difficiles. Ce délai de trois à quatre mois est probablement prévu pour permettre à l'employeur de respecter le préavis, tout en pouvant résilier, et cette pratique est courante dans le secteur privé.

Un député (MCG) indique avoir souvenir qu'Avenir syndical avait été assez favorable à l'amendement déposé par le groupe Liberté et Justice sociale (LJS), repris ensuite dans un projet de loi. Il souhaite donc connaître l'avis de M. Magnenat sur ce projet et savoir si, selon lui, une caisse publique permettrait de mieux protéger les employés.

M. Magnenat répond que le projet redéposé, PL 13717, qui reprend le précédent PL 12428, contient plusieurs éléments positifs. Avenir syndical considère que c'est réellement une avancée, car il offre de véritables garanties de protection du personnel contre la résiliation. Le recours à une caisse publique d'assurance perte de gains maladie permettrait d'instaurer des règles plus transparentes, sans objectif lucratif, contrairement aux grands groupes d'assurance qui génèrent d'importants bénéfices. Les garanties pour le personnel seraient ainsi supérieures, et les possibilités de contester les décisions seraient plus importantes que dans le cadre d'assurances privées.

Un député (MCG) souligne qu'Avenir syndical est très présent aux HUG, dans le secteur de la santé, et demande si la typologie particulière des absences et de la perte de gains dans ce domaine constitue des problématiques rencontrées fréquemment au sein du syndicat.

M. Magnenat confirme que certains membres n'ont pas pu reprendre leur activité ou ont atteint la fin de leurs droits avec une résiliation. La résiliation automatique prévue dans le projet de loi est particulièrement problématique, car elle laisse à l'employeur le pouvoir de maintenir ou non les rapports de service, ce qui conditionne la possibilité de reprise ou de réinsertion. Le risque est que les rapports de service soient résiliés avant les 730 jours, ou que, malgré des démarches de réinsertion insuffisantes, le contrat soit résilié une fois les 730 jours écoulés, même si la personne pouvait reprendre. Par exemple, une personne peut cumuler plusieurs incapacités, comme un infarctus suivi d'une opération du dos, et être en mesure de reprendre après traitement, mais dépasser la limite de 730 jours et perdre son emploi. Dans un contexte de pénurie de personnel dans la santé, il serait plus judicieux pour l'Etat et les employeurs publics de privilégier le maintien des employés, leur réinsertion et le transfert de compétences, plutôt que de résilier les rapports de service, de recourir à une assurance privée et de devoir ensuite réengager et former de nouvelles personnes, avec toutes les difficultés que cela implique.

Un député (Ve) souligne qu'il est apparu lors de différentes auditions que, selon les services de l'Etat, les remplacements en cas d'absences de longue ou moyenne durée étaient effectués ou non, selon des règles pas toujours clairement connues. Il demande si cette problématique remonte au syndicat et si le passage à une assurance avec une ligne budgétaire dédiée, plutôt qu'au système actuel d'« auto-assurance » géré service par service, correspond à ce que l'on entend par « réelles garanties » et s'il serait souhaitable d'instaurer un système encadré permettant, entre autres, d'assurer des remplacements systématiques dans les services de l'Etat.

M. Magnenat estime que la question des remplacements est indépendante du fait d'avoir une assurance ou d'être en auto-financement : elle dépend plutôt

des règles de gestion et de la volonté des employeurs, offices et services de mettre en place des pools de remplacement. Il n'a pas connaissance que les montants remboursés par l'assurance-accident aux employeurs soient utilisés pour créer de tels pools, et si ce n'est pas le cas pour l'accident, il ne voit pas pourquoi cela le serait pour la maladie. Pour la maternité, la situation est différente, car les durées sont établies (vingt semaines) et l'employeur sait qu'il récupérera les indemnités maternité fédérales ou cantonales, ce qui permet la mise en place de remplacements, mais cela reste indépendant du système d'assurance. Si une volonté générale existait de créer des pools de remplacement en fonction d'un taux d'absence prévu, cela pourrait se faire via le budget ou avec des assurances privées. Enfin, concernant l'exclusion des incapacités de travail liées à la grossesse, soit environ 100 000 francs par an, M. Magnenat rappelle qu'avant l'introduction des congés maternité et paternité cantonaux et fédéraux, les employeurs publics finançaient directement ces périodes. Aujourd'hui, des cotisations sont prélevées et le personnel contribue partiellement à ces congés. La petite avancée de 100 000 francs par an est donc minime comparée aux économies réalisées par l'Etat grâce aux dispositifs fédéraux et cantonaux, et ne justifie pas, selon lui, de compenser les pertes importantes de traitement et de cotisations prévues par le projet de loi.

Le président remercie M. Magnenat pour ses observations et lui souhaite un bon retour.

M. Magnenat remercie les députés et espère qu'ils rejeteront ce projet de loi.

### **Audition de l'IMAD, M. Daniel Henry, directeur RH, M<sup>me</sup> Florence Berchtold, directrice adjointe RH, et M<sup>me</sup> Caroline Hehlen, directrice rémunération, assurances sociales et SIRH, 5 décembre 2025**

Le président indique que l'audition de l'IMAD avait été demandée, car elle a une assurance perte de gains privée et souhaite la bienvenue aux auditionnés.

M. Henry commence par présenter le contexte de l'IMAD. Sa mission consiste à maintenir à domicile, incluant le soin à domicile, l'aide pratique, la livraison de repas, ainsi que la gestion d'unités d'accueil temporaires ou fixes et d'immeubles d'appartements protégés. Ces activités sont réparties à différents endroits du canton de Genève, sur une cinquantaine d'adresses, avec une structure totalement décentralisée. Les métiers impliquent des collaborateurs souvent isolés sur place, seuls à domicile, avec une responsabilité importante, susceptible de se retrouver dans des situations difficiles. Les déplacements s'effectuent à pied, à vélo, voire en voiture si

nécessaire, en tout temps, y compris le soir, le week-end et la nuit. La majorité des fonctions soignantes sont occupées par des femmes (environ 75%), ce qui entraîne certains enjeux liés à la maternité. Un suivi est assuré pour la gestion des longues absences. L'organisation dispose d'une structure et de procédures efficaces, avec une forte collaboration entre les responsables hiérarchiques et les services RH, incluant des séances de coordination avec toutes les instances RH, le médecin du travail, l'assureur perte de gain et l'assurance-invalidité pour chaque cas individuel afin de faire un bilan et évaluer le suivi de la personne. Enfin, l'IMAD a souscrit une assurance perte de gain maladie privée, jugée positive par les analyses, offrant un certain nombre de prestations pour les collaborateurs, le case management et l'expertise médicale. Cette démarche est reconnue comme bénéfique par d'autres organisations, telles que les TPG.

Les points positifs du PL 13685 résident dans la couverture de traitement durant la première année, considérée comme indispensable. Lors de l'accueil d'un nouveau collaborateur, le fait de préciser que la première année n'est pas couverte constitue un élément sensible. Ils soutiennent la garantie de traitement à hauteur de 90%, avec une proposition de modulation : 80% la première année, puis 90% la seconde, afin de tenir compte de l'ancienneté du collaborateur. Ils approuvent la fin des rapports de service de plein droit après 730 jours et soutiennent la possibilité de souscrire à une assurance perte de gain, sur la base de leur expérience à l'IMAD. La participation du personnel de l'Etat au financement est un point sensible : elle est jugée envisageable, mais en lien avec la non-annuité versée dans les prochaines années ; une perte salariale nette peut être sensible, mais ils soutiennent tout de même le principe. Un point particulièrement suivi, compte tenu de leur organisation, concerne la réinsertion. L'introduction d'une disposition à ce sujet compliquerait leur fonctionnement, alors que ces aspects sont déjà pris en charge par l'assurance-invalidité, rendant l'ajout inutile. Enfin, le projet de loi ne prend pas en compte la question des nominations, notamment le report de 180 jours. Cette durée est jugée longue, surtout après le passage de trois à deux ans, et ils considèrent qu'il serait préférable de la réduire.

M<sup>me</sup> Berchtold précise qu'à l'art. 20 al. 3 LPAC, il est prévu que durant la période probatoire, un employé qui atteint 180 jours d'absence se voit reporter sa nomination pour une année. Ensuite, durant l'année de report, si le collaborateur est absent soixante jours, il y a un refus de nomination, car l'absence est beaucoup trop importante et ils ne peuvent pas mesurer l'adéquation du collaborateur vis-à-vis de la fonction qu'il occupe. Les 180 jours pour un premier report leur paraissent trop importants. Ils aimeraient le réduire à soixante.

M<sup>me</sup> Hehlen indique que le délai pour la nomination était de trois ans, soit en proportion, trois fois soixante jours. Mais au cours des anciennes révisions, la proportion n'a pas été revue et cela pourrait être réévalué.

M<sup>me</sup> Fontanet précise que c'est une nouvelle proposition de l'IMAD, que cela ne fait pas partie du projet de loi.

M. Henry conclut en disant qu'ils sont favorables à ces modifications.

Un député (MCG) demande confirmation qu'ils disposent d'un assureur perte de gain privé. Il précise que, dans ce cadre, certaines problématiques doivent donc passer par le médecin-conseil, et s'interroge sur le traitement de certains employés dont la maladie est contestée et qui nécessitent l'intervention du médecin-conseil de l'assureur privé. Il fait notamment référence au scandale impliquant la Clinique Corela.

M<sup>me</sup> Berchtold indique qu'ils ont deux assureurs différents pour la maladie et l'accident.

M<sup>me</sup> Hehlen indique que la maladie est déclarée à l'assurance perte de gain maladie dès le soixante et unième jour, tandis que pour un accident, la déclaration doit être faite dès le premier jour. Pour la maladie, l'assureur instruit le dossier, demande des rapports médicaux au médecin traitant du collaborateur et, si nécessaire, fait intervenir un inspecteur des sinistres. Celui-ci oriente la situation auprès du médecin-conseil de l'assureur, qui peut intervenir directement si besoin, ou les ressources humaines peuvent solliciter l'assurance pour réorganiser la situation.

Elle poursuit en précisant qu'au moment où ils disposent d'un avis, leur médecin du travail suit parallèlement la situation du collaborateur. Lorsqu'il existe des divergences entre le médecin-conseil de l'assureur, le médecin traitant et le médecin du travail, la situation fait l'objet d'une recoordination. En ce qui concerne les expertises, leur assureur fait appel à des médecins experts lorsqu'il doit diligenter des expertises, car il estime que c'est nécessaire, et ils ont un réseau sérieux et font appel à des médecins experts spécialistes de la discipline médicale.

Un député (MCG) demande qui est leur assureur perte de gains maladie privée.

M<sup>me</sup> Hehlen répond qu'il s'agit de la Bâloise.

Un député (LC) demande depuis combien de temps ils ont une assurance perte de gain maladie privée.

M<sup>me</sup> Hehlen précise que l'assurance est en place depuis l'époque où l'IMAD s'appelait encore FSASD, alors structure de droit privé sous

convention collective, qui avait souscrit une assurance perte de gain maladie privée.

Un député (LC) se demande ce qu'ils penseraient s'ils les mettaient en autofinancement, par exemple.

M<sup>me</sup> Hehlen répond qu'ils y seraient défavorables, considérant qu'un assureur perte de gain présente un réel intérêt : il assure un suivi rapproché des situations, favorise leur évolution et permet de remobiliser positivement les collaborateurs en incapacité de travail. L'assureur intervient très tôt, au moyen de visites, d'inspecteurs de sinistres ou d'orientations adaptées, qu'il s'agisse d'un case management pour certains dossiers ou d'une expertise pour d'autres. Elle souligne que certains collaborateurs reconnaissent cette plus-value, ayant pu accéder, grâce à une expertise, au médecin spécialiste qui leur a apporté une aide dans la prise en charge de leur situation.

M. Henry indique que cette assurance a des compétences internes qu'ils n'ont pas aujourd'hui.

Un député (LC) demande si cela coûte plus cher.

M<sup>me</sup> Hehlen indique que dès lors qu'ils perçoivent des indemnités journalières, le salaire n'est plus soumis aux cotisations sociales, ce qui signifie que le traitement est remplacé par des indemnités journalières et la part restante n'est plus soumise aux cotisations sociales, ni pour l'employé ni pour l'employeur.

M<sup>me</sup> Berchtold ajoute qu'avec une assurance privée, ils ont accès au réseau d'experts, à des médecins spécialistes, qu'ils n'auraient peut-être pas avec une assurance autofinancée.

Un député (LC) s'interroge sur la raison de cette volonté d'accélérer l'accès au statut de fonctionnaire pour les employés (rapport à la volonté de diminuer à 180 jours). Il demande également si des différences de rendement ou de taux d'absences pour maladie ont été constatées avant et après la nomination. Il évoque, à titre d'exemple, une entité publique, l'Université, composée d'une partie régie par le droit privé et d'une autre par la LPAC, et relève que le taux d'arrêts maladie dans la partie relevant du droit privé était, selon son souvenir, dix fois inférieur au taux d'incapacités de travail observé dans la partie publique.

M. Henry précise qu'ils ne souhaitent pas réduire la durée de la période probatoire, qui demeure de deux ans. En revanche, lors de l'évaluation en vue de la nomination, le report tient actuellement compte du nombre de jours d'absences, fixé à 180. Leur intention serait de ramener ce seuil à 120 jours. Ainsi, une absence totalisant 120 jours au cours de ces deux années pourrait justifier le report de la nomination.

M<sup>me</sup> Hehlen indique qu'ils notent une petite augmentation des absences après la nomination, elle n'a pas les chiffres en tête. Elle souligne toutefois que l'augmentation reste marginale et peut être liée à la poursuite de la relation de travail et à l'évolution des situations personnelles, entraînant mécaniquement une hausse des risques.

Le président demande quel est le taux de prime des employés.

M<sup>me</sup> Hehlen répond qu'il est de 0,1%.

Un député (PLR) sollicite des éclaircissements concernant la proposition de modulation du taux de la garantie de traitement en fonction de l'ancienneté.

M. Henry précise que l'idée consiste à lier le pourcentage de garantie de traitement à l'ancienneté, prévoyant une couverture de 80% au cours de la première année, portée à 90% durant la seconde.

Un député (PLR) souhaite connaître la fréquence de renouvellement des contrats conclus avec l'assurance perte de gain privée.

M<sup>me</sup> Hehlen répond que les contrats soumis à appel d'offres sont initialement conclus pour une durée de trois ans, avec une possibilité de renouvellement en gré à gré pour deux années supplémentaires. Elle indique également que leur assureur, La Bâloise, est quasiment captif depuis 2012, en raison d'un taux de sinistralité défavorable par rapport aux primes versées. Lorsqu'ils republient les appels d'offres, il n'y a aucune autre proposition, seule celle de l'assureur actuel pour la couverture perte de gain est présentée. En revanche, elle ne pense pas que cela signifie qu'aucun assureur privé ne serait intéressé.

Un député (PLR) souhaite savoir si une mesure est effectuée concernant le taux de retour à l'emploi, la rapidité ou la durée.

M<sup>me</sup> Hehlen explique qu'il est difficile de répondre précisément, car ils ne disposent pas réellement des outils nécessaires. En revanche, elle souligne qu'ils constatent avec certitude que, dès lors que des interventions et des interlocuteurs mobilisent le collaborateur autour de sa santé le plus tôt possible, cela favorise également un retour à l'emploi rapide.

Un député (S) requiert un nouvel éclaircissement sur les raisons pour lesquelles ils souhaitent diminuer la durée de 180 jours à 120.

M. Henry indique que cela leur semble important, estimant que 180 jours d'absence sur une période de deux ans représentent un volume significatif. Pour eux, la nomination constitue un processus essentiel, encadré par une procédure incluant des évaluations, et la personne doit occuper son poste depuis un certain temps afin de garantir la qualité du service. L'objectif de

réduire la période est de permettre aux collaborateurs ayant été absents longtemps de bénéficier d'un report de nomination.

Un député (S) fait part de la crainte de cette proposition, dans le sens où même si la personne est compétente, le fait qu'elle soit malade l'empêche d'être nommée.

M. Henry répond que ce serait un report de nomination sur un an, l'année suivante la personne sera nommée. La personne va garder son poste, va continuer dans sa fonction.

Un député (S) poursuit en soulignant que, si une personne possède les compétences intellectuelles essentielles dans l'administration, à ses yeux, il serait injuste qu'une telle personne aussi qualifiée subisse, en plus de ses difficultés, une dévalorisation professionnelle. Il part du principe que les collaborateurs sont de bonne foi et que certains sont malades sans en être responsables. Une telle situation lui paraît arbitraire : lorsqu'une personne rencontre un problème de vie, mais demeure compétente, il estime qu'il convient de la préserver.

Un député (Ve) revient sur la question du déséquilibre entre la sinistralité et les primes, et s'interroge sur le fait de savoir si cela implique que leur assureur privé verse davantage que ce qu'il encaisse, se retrouvant ainsi en déficit. Il comprend que leur dépendance à cet assureur résulte du fait qu'aucune autre compagnie ne souhaiterait soumettre une offre dans de telles conditions.

M<sup>me</sup> Hehlen répond que ce n'est pas en lien avec l'IMAD, mais en lien avec la question de la sinistralité maladie de partout, et donc les assureurs perte de gains maladie sont de moins en moins enclins à répondre à des appels d'offres.

Un député (Ve) ajoute que cela signifie donc que, tendanciellement, dans le domaine de l'assurance privée, les primes devraient augmenter ou les prestations diminuer pour atteindre un certain équilibre.

M. Henry répond par l'affirmative.

Un député (Ve) souligne qu'avec le vieillissement de la population, il est envisageable que les problèmes de santé augmentent. Selon lui, cela implique, tant pour l'IMAD que pour l'ensemble de l'Etat, d'ajuster la prime. Il s'interroge donc sur leur capacité à la faire évoluer ou si le fait qu'elle figure dans la LPAC rend cette adaptation impossible.

M<sup>me</sup> Hehlen indique qu'aujourd'hui ils n'ont pas la possibilité de faire participer les collaborateurs.

Un député (Ve) relève alors qu'il existe un risque que, lors d'un appel d'offres, aucun candidat ne se manifeste et que la Bâloise se retire.



M<sup>me</sup> Hehlen répond qu'il serait possible qu'au moment, l'assureur refuse de revenir les assurer, cela pourrait leur arriver en accident, de la même manière, c'est une éventualité.

M. Henry dit que c'est un risque qui existe.

Un député (Ve) comprend qu'ils considèrent ne pas disposer, au sein de l'IMAD, des compétences RH et socio-médicales nécessaires pour accompagner les personnes en arrêt, maintenir le lien ou les inciter à consulter un médecin, qu'il soit conseil ou généraliste. Cependant, il estime que cela pourrait devenir une mission à assumer si, à terme, l'assurance privée ne constituait plus une option viable, et s'interroge sur le caractère envisageable d'un tel scénario ou sur l'existence d'autres enjeux.

M<sup>me</sup> Hehlen indique qu'ils auraient la compétence, il faudrait développer un système des sinistres, qui est actuellement externalisé auprès de l'assureur, mais il y a également la question de l'indépendance de l'assureur qui décide quel médecin expert, comment il va orienter la situation suite à une visite d'un inspecteur des sinistres, avec qui il contractualise pour faire du case management, et tout cela est un avantage certain, que ce soit fait à l'externe à l'IMAD et par un prestataire externe, en termes de neutralité

M. Henry ajoute que c'est apprécié par les collaborateurs et collaboratrices.

Un député (Ve) répond que l'assureur n'est pas neutre, dès lors qu'il a un intérêt à payer un minimum de prestations.

M<sup>me</sup> Hehlen répond que, dans les faits, il y a un réel accompagnement et ils ne contredisent pas une situation lorsque le médecin expert ou l'inspecteur des sinistres estiment que l'incapacité de travail est justifiée.

Un député (Ve) souhaite également comprendre si, dès le 61<sup>e</sup> jour d'arrêt maladie et dès le premier jour en cas d'accident, les prestations versées permettent d'assurer le traitement de la personne absente tout en générant des économies, et si cela conduit systématiquement au remplacement de l'employé afin de soulager les équipes. Il demande s'il s'agit d'une appréciation au cas par cas ou d'une politique appliquée de manière uniforme selon la nature des prestations.

M<sup>me</sup> Hehlen répond que les indemnités journalières servent à financer le remplacement de l'absence.

Un député (LC) souhaite s'assurer d'avoir correctement saisi la situation : bien que l'assureur privé supporte actuellement un coût supérieur pour les couvrir, ce surcoût existerait également pour l'Etat. Une autoassurance serait encore plus onéreuse que le système en place. Autrement dit, selon ce qu'il comprend, l'option privée ne représente pas une charge plus élevée, mais

constitue au contraire une solution moins coûteuse grâce à son existence même.

M<sup>me</sup> Hehlen répond que dans la situation de l'IMAD, où il y avait un assureur perte de gains maladie préexistant, ils ont quand même eu des années COVID qui pèsent lourd.

Un député (LC) retient que l'assureur privé présente l'avantage d'accompagner, de soutenir, de motiver, d'expertiser et de favoriser le retour à l'emploi en fonction des capacités résiduelles de l'assuré, lorsque la situation relève d'une problématique somatique plutôt que d'un contexte professionnel. Selon lui, ce dispositif constitue aujourd'hui un facteur de motivation supplémentaire pour les collaborateurs. Par ailleurs, le versement d'indemnités perte de gain permet de financer un remplacement, allégeant ainsi la charge des équipes confrontées au stress lié à une absence pouvant durer jusqu'à deux ans.

M<sup>me</sup> Hehlen confirme.

Le président remercie les auditionnés et leur souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année.

### **Audition de l'APAS, M<sup>me</sup> Caroline Renold, présidente, et M. Eric Maugué, membre, 16 janvier 2026**

Le président remercie les auditionnés pour leur présence au sein de la commission. Ils ont demandé à être auditionnés suite au dépôt du projet de loi concernant la gestion des absences pour le personnel de l'Etat et leur cèdent la parole.

M<sup>me</sup> Renold indique qu'ils représentent l'APAS – l'Association pour la Permanence de Défense des Patients et des Assurés – dont elle est la présidente et elle présente M. Maugué, qui est actif dans cette permanence quasi depuis sa fondation et membre de la permanence juridique qu'ils tiennent deux fois par semaine pour que les personnes puissent venir, en échange d'une cotisation de trente francs, pour avoir des conseils juridiques et pour défendre les intérêts des patients et des assurés au niveau genevois et fédéral. L'APAS, anciennement Forum Santé existe depuis 1999 et reçoit plusieurs centaines de personnes par année. En 2025, ils ont conseillé quasiment quatre-cents personnes. Ils connaissent très bien le fonctionnement des assurances sociales et des assurances perte de gain maladie ainsi que le droit des patients et des assurés. Ils ont demandé à être entendus sur ce projet de loi, car il impactera la question de la santé, de la maladie et de l'absence liées à la maladie pour les employés du service public et ils se prononcent sur ce projet de loi. Elle cède

la parole à M. Maugué qui a des années d'expérience en tant qu'avocat dévoué au sein de la permanence.

M. Maugué souhaite aborder en premier lieu la question de la faculté de souscrire à une assurance perte de gain maladie, l'APAS est d'avis qu'il s'agit là d'une très mauvaise solution, les assurances privées poursuivent un but lucratif, dans une optique de profits et dans la pratique, les droits des assurés sont très régulièrement malmenés, voire bafoués. Ils sont régulièrement soumis à l'arbitraire de leur médecin-conseil et des centres d'expertises qui sont financés par les assurances. Il fait référence à la clinique Corela et ses pratiques, une clinique à laquelle les assureurs privés recouraient très régulièrement.

Dans ce qu'ils peuvent constater au sein de l'APAS et de son activité professionnelle dans de droit des assurances depuis trente ans, les prestations peuvent être abruptement supprimées, sur simple appréciation du dossier. Les assurés reçoivent une lettre leur indiquant qu'ils peuvent reprendre le travail le lendemain, et que les prestations sont coupées. Ils peuvent imaginer la détresse des assurés. D'expérience, il n'a jamais vu un cas où un assureur revoit son appréciation, quels que soient les rapports médicaux circonstanciés envoyés par les médecins-traitants et, dans ces hypothèses, ils sont pratiquement systématiquement conduits à une procédure judiciaire, pour autant que l'assuré puisse se le permettre et pour autant qu'ils obtiennent les moyens de la conduire. Ces procédures sont longues, elles durent généralement plusieurs années et, dans l'intervalle, les assurés finissent généralement à l'assistance publique. Ces procédures requièrent des rapports circonstanciés des médecins traitants pour contrer la position de l'assurance. Il y a des médecins traitants qui sont extrêmement compétents, mais qui ne peuvent pas rédiger des rapports, car ils sont déjà débordés par des tâches administratives. Les assurés sont donc parfois bloqués pour ce genre de questions. Cela dit, quand ils conduisent ce type de procédure et qu'ils arrivent à réunir suffisamment d'éléments, ils obtiennent souvent gain de cause, dès lors que les positions des assurances, respectivement de leurs médecins-conseils et centres d'expertises, sont bien souvent infondées.

Ces centres d'expertises sont financés par les assureurs, ce sont des centres d'expertise qui, en général, ne font que des expertises en faveur des assurances, c'est une problématique récurrente, il y a eu des interventions au niveau des Chambres fédérales à ce propos, la situation n'évolue pas, elle est bloquée et tant que les assureurs paieront des prestations à ces centres d'expertises, les assurés se confronteront à ces appréciations biaisées. Pour l'APAS, recourir à une assurance perte de gain privée pèse considérablement la situation des membres du personnel et prive toute possibilité de réinsertion, car c'est

l'assurance-maladie qui s'occupe du cas et qu'aucun dispositif n'est prévu en termes de réinsertion dans ce contexte. Quand les assurés concluent une assurance perte de gain maladie, ils délèguent au tiers la gestion des absences et, dans ce contexte, les assurances perte de gain demandent de signer une procuration qui excède très largement ce qui est raisonnablement admissible. Il y a toute une série d'interlocuteurs à l'égard desquels le secret est levé, sans raison apparente. Puis, cette compagnie d'assurance peut transmettre au besoin ces informations à des assureurs situés en Suisse et à l'étranger et si la procuration n'est pas signée, l'assuré est privé de prestations. Cela pose un problème conséquent. Cela permet donc à ces assureurs de récolter des données de manière opaque et qui ne concernent pas uniquement le volet médical, cela permet à ces assureurs, s'ils devaient être mandatés, de recueillir des informations sur le fonctionnement de l'Etat, c'est donc confier beaucoup de données sensibles à des entreprises privées.

Par ailleurs, les pertes de gain maladie recourent à des *case managers* qui peuvent être extrêmement intrusifs puisque, dans certains cas, des personnes se présentent au domicile de l'assuré pour recueillir des informations de manière inopinée, il y a également l'engagement de détectives, ce qui peut se révéler problématique et conduire à des situations choquantes. Pour tous ces motifs, l'APAS trouve que c'est une très mauvaise solution et ils préconisent que l'Etat et les entités soumises à la LPAC recourent au système d'auto-assurance. Ils sont également favorables au maintien d'un service de médecins-conseils à l'Etat, en cas de doute sur la capacité de travail, il convient d'avoir une appréciation médicale neutre et hors médecine des assurances, c'est également la seule manière de mettre en œuvre d'éventuelles mesures de réinsertion. A noter encore que les indemnités journalières des pertes de gain maladie ne sont pas soumises aux cotisations sociales, cela peut mener à des lacunes.

M<sup>me</sup> Renold insiste sur le mode de fonctionnement qu'ils constatent tous les jours dans la pratique. Si une personne est assurée par une assurance perte de gains maladie et est en arrêt, elle voit son médecin régulièrement, elle a des traitements et, au moment, l'assurance, soit sur dossier, soit en l'envoyant chez un médecin qu'elle choisit, puisque l'assuré n'a pas son mot à dire, considère qu'elle est capable de retourner au travail « il y a deux semaines » ou « dans deux semaines ». L'assuré va voir son médecin, qui rédige un rapport détaillé. Dans sa pratique, elle n'a jamais vu non plus une assurance perte de gain maladie qui change d'avis malgré un rapport médical extrêmement détaillé, il faut toujours aller au procès pour faire valoir ses droits. La réponse et le rétroactif se verront au bout de quinze mois minimum, période durant laquelle la personne est sans revenu.

M. Maugué ajoute que les professionnels sont quotidiennement confrontés à la détresse des assurés soumis à des procédures largement critiquées au sein de la profession. Il relève en particulier qu'il n'existe, dans aucun autre domaine du droit, de situation où une partie peut choisir unilatéralement l'expert auquel il convient de se référer. Il aborde ensuite la question des exceptions à la protection de 730 jours. Si le projet de loi consacre ce principe de protection, qu'ils saluent, il prévoit néanmoins, à l'art. 24B al. 2, des exceptions qui, selon eux, vident le dispositif de sa substance. Ils estiment que ces exceptions sont de nature à générer des conflits récurrents et à alimenter un contentieux judiciaire déjà important, contribuant ainsi à la surcharge des tribunaux. En outre, ces exceptions reposent sur des notions indéterminées qui devront être précisées par la jurisprudence, ce qu'ils regrettent. Ils considèrent par ailleurs que le projet de loi inverse sa logique fondamentale, dans la mesure où ces exceptions font prévaloir les besoins de l'employeur sur le principe de protection prévu à l'al. 1, alors même que celui-ci constitue l'objectif central du projet. S'agissant plus spécifiquement de la let. a, ils peinent à concevoir dans quels cas une résiliation ordinaire pourrait intervenir durant une incapacité de travail. L'exposé des motifs renvoie à l'art. 22 LPAC et à des motifs fondés, tels que l'inaptitude à remplir les exigences du poste ou la disparition du motif d'engagement. Or, lorsqu'un membre du personnel est en incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, ils craignent qu'un employeur malveillant puisse invoquer une prétendue inaptitude à remplir les exigences du poste afin de procéder au licenciement prématuré. De manière plus générale, ils redoutent que ces exceptions ouvrent la voie à l'arbitraire et à des inégalités de traitement dans leur application, conduisant à des fins anticipées des rapports de travail en violation de la protection accordée en cas d'incapacité de travail pour maladie ou accident. Il évoque également la situation dans laquelle l'employeur dispose déjà de motifs de résiliation et que l'employé se met ensuite en arrêt de travail. A cet égard, ils relèvent que le droit de la fonction publique fédérale prévoit des solutions plus restrictives pour l'employeur. Dans ce cadre, le licenciement ne peut intervenir que si le motif existait avant l'incapacité de travail et avait été notifié au salarié. Il souligne ainsi que, bien que le droit fédéral renvoie au Code des obligations et prévoit un délai de protection plus limité, un projet de loi leur a été présenté avec un délai de protection plus long. Selon lui, cette approche constitue une piste pertinente à explorer : elle permettrait de tenir compte des situations dans lesquelles l'employeur a déjà engagé une procédure de résiliation avant l'incapacité de travail, tout en instaurant un dispositif plus ciblé et mieux équilibré entre les intérêts en présence, à l'instar de ce que prévoient le droit de la fonction publique fédérale ou le projet de loi alternatif présenté.

M<sup>me</sup> Renold indique que c'est précisément l'art. 9C al. 1 *in fine* PL 13717.

M. Maugué poursuit son analyse en abordant les let. b et c, relatives aux absences répétées. Il relève que ces dispositions reposent sur des notions juridiques indéterminées, laissant de très larges marges d'appréciation, susceptibles d'entraîner des inégalités de traitement. Une fois encore, il constate que ce sont les besoins du service qui prévalent, au détriment de la protection du salarié, ce qui ne leur paraît pas approprié. Il souligne que certaines pathologies, telles que la sclérose en plaques ou la polyarthrite, se caractérisent précisément par des absences répétées. Ils s'interrogent dès lors sur la volonté réelle de précariser la situation des membres du personnel atteints de ce type de maladies, une perspective qu'ils jugent insatisfaisante. Le délai de protection de 730 jours s'inscrit dans un délai-cadre de 1 095 jours, ce qui pose une limite temporelle claire : au certain stade, il est compréhensible que l'employeur ou le collaborateur doive mettre un terme aux rapports de travail. Toutefois, selon eux, cette protection fixe déjà des limites suffisantes et il n'est pas nécessaire d'y ajouter de nouvelles exceptions. S'agissant de la let. d, il relève qu'aucune disposition comparable n'existe dans la fonction publique fédérale. Dans ce cadre, une résiliation anticipée n'est possible que si le fonctionnaire s'oppose aux mesures de réinsertion ou adopte un comportement inadéquat. Il estime dès lors excessif de prévoir un licenciement prématuré fondé sur l'impossibilité de mettre en œuvre des mesures de réinsertion, en particulier lorsque la capacité de travail est limitée à la fonction exercée. Cette disposition confère en outre une large marge d'appréciation aux ressources humaines et à l'employeur, notamment quant au caractère adéquat des mesures de réinsertion et au moment de leur mise en œuvre, ce qui, selon eux, est de nature à générer un contentieux important. Il rappelle à cet égard que, depuis la cinquième révision de l'assurance-invalidité, des mesures de réinsertion précoce et d'accompagnement existent précisément pour permettre, lorsque cela est possible, le maintien du salarié dans l'emploi, y compris dans un poste adapté. Cette exception ne leur paraît donc pas appropriée non plus. Enfin, la let. e a particulièrement surpris l'APAS, dans la mesure où elle leur donne le sentiment de réduire à néant l'objectif même du projet de loi. Elle aboutirait en effet à une suppression de facto de la protection contre les congés, en réintroduisant le régime prévu par le règlement renvoyant au Code des obligations, soit des délais de protection de 30, 90 ou 180 jours selon la durée des rapports de travail. S'ils devaient retenir cette possibilité d'échapper à la protection des 730 jours au motif qu'ils ont souscrit une assurance perte de gain maladie, il n'y a aucune possibilité de réinsertion. Ils ajoutent que, si le projet de loi devait être adopté en l'état, la situation des fonctionnaires serait plus défavorable que celle de nombreux salariés du secteur privé bénéficiant

de conventions collectives de travail. Les fonctionnaires se retrouveraient ainsi dans une situation moins protectrice que celle d'un ouvrier du bâtiment. Ces exceptions leur paraissent dès lors choquantes, inadéquates et de nature à anéantir l'objectif poursuivi par le projet de loi.

M<sup>me</sup> Renold relève que, dans leur pratique, lorsqu'ils accompagnent des personnes malades, l'intérêt fondamental de l'interdiction du licenciement apparaît clairement : il s'agit de protéger la personne malade afin qu'elle ne se retrouve pas privée de moyens de subsistance. Elle souligne que le licenciement d'une personne malade ou accidentée la place immédiatement dans une situation de grande précarité, puisqu'elle se retrouve non seulement sans revenus, mais également dans l'incapacité de rechercher un nouvel emploi pour assurer sa subsistance. Selon elle, une telle approche revient à supprimer la protection accordée à la personne malade et à déplacer le centre de gravité du dispositif, qui devrait être axé sur la protection de la santé de l'employé, vers une logique purement gestionnaire des ressources humaines. Elle illustre cette problématique par l'articulation entre le droit du travail et l'assurance perte de gain maladie. Une assurance perte de gain maladie peut verser des indemnités. Si une personne est atteinte d'une pathologie grave, comme un cancer, et dispose d'une certaine ancienneté, elle pourrait être licenciée après nonante jours. Par la suite, l'assurance perte de gain maladie pourrait estimer, après six mois, que la personne est en mesure de reprendre une activité professionnelle et décider de cesser le versement des indemnités. L'assuré se retrouverait alors simultanément sans contrat de travail et sans indemnités, contrainte d'engager deux procédures judiciaires distinctes, l'une contre l'employeur et l'autre contre l'assurance perte de gain maladie.

M. Maugué ajoute à cela que si l'assuré est en rémission et que les rapports de travail sont terminés, il n'y a pas de mesures de reclassement, c'est le chômage. Il est d'avis que le projet de loi n'a pas appréhendé toutes ces situations de manière appropriée, en tout cas par le biais de ces exceptions. Enfin, s'agissant de la fin automatique des rapports de travail après 730 jours, ils estiment qu'un tel mécanisme n'est pas adéquat. A leurs yeux, une procédure de résiliation ordinaire demeure nécessaire, ne serait-ce que pour permettre la mise en œuvre de possibilités de reclassement à l'échéance de ce délai. Ils soulignent également qu'il convient, à l'inverse, de préserver la faculté pour le salarié de démissionner si, à l'issue des 730 jours, il recouvre sa capacité de travail et souhaite s'inscrire à l'assurance-chômage. Cette possibilité est essentielle afin d'éviter des situations délicates dans lesquelles un retour au travail interviendrait sans qu'un traitement soit versé par la suite.

Un député (LC) commence par demander à son collègue (LJS) s'il sera possible de disposer des réquisitions des futurs auditionnés, afin de faciliter le

suivi de leurs exposés. Il relève ensuite que les médecins sont, selon lui, insuffisamment informés de l'existence de ces permanences. Il précise par ailleurs ne partager aucun des points mis en avant lors de l'exposé précédent. Il observe notamment que les intervenants ont opposé le secteur privé et le secteur public en affirmant que la situation serait, sur certains aspects, plus défavorable dans la fonction publique que dans le secteur privé, tout en semblant considérer comme acceptable que le régime du privé soit moins protecteur pour le reste, qu'ils semblent ne pas être choqués par le fait que la fonction publique bénéficie d'une protection étendue, à l'exception de celle prévue à l'art. 24B al. 2 let. e du PL 13685. Il explique avoir suivi une formation de médecin-conseil afin de pouvoir faire face aux assureurs, estimant que ses collègues médecins-traitants – sans formation de médecin-conseil – ne sont pas suffisamment formés à la manière de répondre aux sollicitations des assureurs ou des avocats. Il souligne que l'utilisation de notions telles que le lien de causalité naturelle et adéquate tend à les desservir, leurs rapports étant ainsi moins probants que d'autres. Il ajoute qu'à l'heure actuelle, les assureurs ne rémunèrent plus directement les médecins-conseils, ceux-ci intervenant fréquemment via des plateformes financées par leurs propres expertises et, pour l'essentiel, gratuites pour les assureurs. Enfin, il pose la question de la gestion concrète des situations dans lesquelles une personne est en incapacité de travail alors que son poste n'est pas repourvu. S'il comprend la nécessité de protéger la personne en incapacité, il s'interroge sur la manière de garantir la continuité du service et de protéger, dans le même temps, les collaborateurs en bonne santé.

M. Maugué indique que, dans une telle perspective, il conviendrait alors de renoncer purement et simplement au projet de loi et de se limiter à une protection fondée sur le Code des obligations. Il relève en effet que, s'ils suivent la logique défendue par le député (LC), le délai de protection de 730 jours serait excessif, qu'il faudrait faire primer les intérêts du service et de l'employeur afin d'assurer le bon fonctionnement de celui-ci, et qu'il devrait être possible de procéder au licenciement en amont, ce qui n'est pas l'objectif du projet de loi. Il estime que l'ensemble des critiques formulées à propos des exceptions se trouve précisément confirmé par sa question. Selon lui, il appartient à l'employeur d'assumer la gestion des absences et de prendre les mesures nécessaires pour garantir la continuité du service.

M<sup>me</sup> Renold indique partager le constat selon lequel les médecins traitants ne sont pas suffisamment formés aux questions juridiques, précisant que leur rôle consiste précisément à les accompagner afin de leur permettre de mieux comprendre les enjeux en cause. Elle souligne toutefois que la difficulté principale réside dans le fait que l'assurance mandate le médecin de son choix,



ce qui constitue, selon elle, le cœur du problème. Il en résulte un lien de dépendance, dans la mesure où les médecins experts ou médecins-conseils ont un intérêt à obtenir de nouveaux mandats et peuvent craindre de ne plus être sollicités s'ils concluent systématiquement au caractère justifié des arrêts de travail. Elle estime que ce mécanisme de dépendance est renforcé par un système dans lequel le Tribunal fédéral accorde une force probante supérieure aux rapports des médecins experts par rapport à ceux des médecins traitants. Selon elle, le projet de loi aurait pour effet d'étendre à l'ensemble de la fonction publique un mécanisme pourtant largement critiqué. Elle rappelle par ailleurs que le droit du travail suisse offre une protection très limitée aux personnes malades, raison pour laquelle le droit de la fonction publique genevois se révèle, à juste titre, plus protecteur. Il s'agit là d'un choix assumé, qui devrait servir de modèle : le droit de la fonction publique devrait, selon elle, tirer le droit privé vers un niveau de protection plus élevé, et non l'inverse. Enfin, elle considère que lorsque des absences pour raisons de santé entraînent des difficultés au sein des services, il appartient à l'employeur de remplacer les personnes concernées et d'y consacrer les moyens nécessaires, ce qui constitue une conséquence normale de la qualité d'employeur. A cet égard, elle souligne que le système d'auto-assurance, dans lequel le coût des absences est couvert par les cotisations (PL 13717), permettrait précisément de remplacer les personnes absentes en mobilisant les mêmes fonds.

M. Maugué ajoute que, dans la pratique, ce sont toujours les mêmes experts qui sont appelés à intervenir. Les assurances les désignent, car ils savent très bien que ce sont des médecins qui sont affiliés à leurs intérêts. Ils sont formatés pour répondre aux intérêts des assurances et c'est une situation insatisfaisante.

Un député (PLR) demande s'il est possible d'obtenir des informations quant au nombre de membres de l'association, ainsi que sur le nombre de procédures qu'elle a menées devant les tribunaux, dès lors qu'il a été fait état du fait que l'ensemble de ces procédures se seraient soldées par une issue favorable. Il souhaite ensuite connaître la nature des relations entretenues avec l'Organisation suisse des patients. Il s'interroge également sur la formation requise pour exercer la fonction de médecin-conseil. Enfin, il demande à savoir si M<sup>me</sup> Renold a participé à l'élaboration du PL 13717.

M<sup>me</sup> Renold indique que l'association tient deux permanences par semaine et reçoit entre dix et quinze personnes par jour. En 2025, environ mille entretiens ont été menés, certaines personnes revenant à plusieurs reprises. Elle précise que le public accueilli est majoritairement précaire et que les avocats spécialisés dans ce domaine sont peu nombreux et particulièrement onéreux. Elle indique qu'environ 350 personnes ont contribué par une cotisation, sans pour autant être membres de l'association. Les membres se limitent aux

avocats et aux bénévoles, soit un effectif d'environ quinze à vingt personnes. L'association dispose par ailleurs d'une secrétaire employée à 20% et d'un juriste à 60%. Elle ajoute qu'une cinquantaine de procédures sont en cours. Elle précise qu'il n'existe pas de statistiques formelles quant au taux de réussite, tout en relevant qu'il s'agit d'un domaine dans lequel les procédures aboutissent fréquemment à une issue favorable. S'agissant des relations institutionnelles, elle indique que des échanges ponctuels existent avec l'Organisation suisse des patients, sans qu'il y ait de lien professionnel formalisé. Enfin, elle précise être cosignataire du projet de loi 13717, lequel reprend un amendement issu d'un ancien projet de loi.

M. Maugué explique que, s'agissant de la formation des médecins-conseils, des changements sont intervenus il y a quelques années dans l'OPGA du point de vue des assurances sociales. Ce cadre impose désormais aux experts, et par extension aux médecins-conseils, de suivre une formation spécifique. Selon lui, ces exigences ne s'appliquent pas aux assurances privées, même si, en pratique, il s'agit souvent des mêmes personnes. Il indique ne pas connaître précisément leur formation, mais relève que la majorité d'entre elles disposent du titre délivré par la SIM (*Swiss Insurance Medicine*) ou sont en voie de l'obtenir, dans la mesure où les assureurs en perte de gain maladie pratiquent très fréquemment également l'assurance-accidents.

Un député (PLR) demande si cette formation s'inscrit dans le cadre de la FMH.

M<sup>me</sup> Renold répond par la négative.

Un député (PLR) se demande si les employés du secteur privé sont exposés au risque particulier et s'il serait dès lors urgent d'adopter une loi d'exception afin de les protéger. Il s'interroge sur le caractère potentiellement problématique du fait d'être soumis à une assurance privée en matière de perte de gain et, surtout, sur les solutions envisageables. A cet égard, il évoque plusieurs pistes, telles que la mise en place d'une assurance étatique universelle, la création d'un institut comparable à ceux chargés de la lutte contre les incendies ou encore l'instauration d'une compagnie d'assurance publique couvrant l'ensemble de ces risques. Il relève par ailleurs que le portrait dressé des assureurs privés lui paraît surprenant et peine à admettre que ceux-ci puissent être véritablement aussi nocifs.

M. Maugué indique qu'il existe de très fortes divergences et que l'on parvient toujours à identifier des exceptions ainsi que des situations choquantes. Il reconnaît que des abus existent effectivement et que, dans certains cas, les assurances perte de gain maladie laissent des situations perdurer, mais qu'elles compensent ensuite par le biais des primes. De ce point

de vue, il estime qu'une réflexion approfondie devrait être menée sur la question des coûts. Il relève en effet que si le petit Etat devait se retrouver lié à une assurance perte de gain, un changement de prestataire deviendrait extrêmement difficile. Dès lors, si l'assureur en place adoptait une pratique entraînant une explosion des primes en laissant « couler » certains cas, les conséquences pour les finances publiques seraient problématiques. Il souligne par ailleurs que l'APAS est confrontée essentiellement à des personnes malades, et non à celles qui vont bien. Bien qu'il s'agisse d'une vision partielle, le nombre de situations observées reste important et la manière dont les assurés sont traités lui paraît choquante. Il mentionne notamment des cas récurrents de cessation de versement de prestations fondées sur l'avis d'un médecin-conseil qui, sans avoir examiné l'assuré, conclut à une incapacité de travail infondée. D'après son expérience, même lorsque les assurés produisent des rapports médicaux détaillés, exposant précisément les diagnostics et leurs effets sur la capacité de travail, il est souvent impossible d'inverser la décision. Il décrit ce processus comme particulièrement lourd et éprouvant pour les personnes concernées.

M<sup>me</sup> Renold rappelle que l'assurance-accidents est une assurance publique. Elle juge absurde le fait que le système suisse traite différemment la maladie et l'accident, dans la mesure où cette distinction complique considérablement les questions de causalité adéquate et naturelle. Elle souligne par ailleurs que les personnes accidentées bénéficient d'un traitement plus favorable que celles atteintes par la maladie. Elle relève qu'il existe, pour l'assurance-accidents, une caisse d'assurance sociale publique financée par des cotisations et estime qu'un tel modèle est parfaitement envisageable, et même souhaitable, pour la maladie, et ce pour le secteur privé également. Selon elle, la maladie est bien plus mal prise en charge en Suisse que l'accident. Elle se prononce ainsi en faveur de la création d'une caisse publique en matière de maladie, financée par des cotisations prélevées aux niveaux fédéral et/ou cantonal, estimant qu'une caisse privée n'a, par nature, pour principal objectif que la réduction ou la suppression des prestations.

Un député (MCG) aimerait savoir s'ils ont fréquemment des cas de licenciement abusif dans le cas de l'assurance perte de gains.

M. Maugué répond que, dans les situations de maladie, le licenciement abusif est un cas de figure qu'il n'a jamais rencontré. En pratique, le licenciement intervient le plus souvent de manière ordinaire à l'issue du délai de protection prévu par le Code des obligations, à savoir 30, 90 ou 180 jours selon l'ancienneté. L'employeur attend ainsi l'échéance de ce délai avant de mettre fin aux rapports de travail. Il précise que la personne concernée, lorsqu'elle bénéficie d'une assurance perte de gain maladie, sollicite en général

le passage à une couverture individuelle, possibilité qui est offerte par les assureurs. Il souligne toutefois que cette situation demeure strictement précaire. Il rappelle enfin que le licenciement abusif suppose une rupture grave du lien de confiance. Dans un contexte d'incapacité de travail, une telle situation ne se présente généralement pas, dès lors qu'il s'agit de deux problématiques distinctes.

M<sup>me</sup> Renold précise qu'une fois le délai de protection arrivé à échéance, soit six mois, le licenciement devient possible, dans la pratique, la plupart des employeurs mettent fin aux rapports de travail à l'issue des 180 jours. Elle ajoute que lorsque l'incapacité de travail est en lien avec le comportement de l'employeur, par exemple en cas de maladie professionnelle ou de mobbing ayant entraîné une incapacité de travail, le licenciement peut être contesté. Elle souligne toutefois qu'il s'agit de situations particulières, qui relèvent de cas spécifiques.

Un député (Ve) s'interroge, d'une part, sur la portée générale des conclusions présentées, en se demandant si celles-ci s'appliquent indistinctement à l'ensemble des employeurs ou s'il conviendrait d'opérer des distinctions, notamment en fonction de la taille des employeurs. D'autre part, il soulève la question du modèle de financement. Il relève que le système actuel repose sur l'auto-assurance, laquelle entraîne, dans certains services, l'absence de remplacement du personnel et un fonctionnement avec des effectifs réduits. Il se demande dès lors s'il conviendrait d'envisager une institutionnalisation du fonds par l'Etat lui-même, ou si ce fonds devrait être organisé de manière cloisonnée, employeur par employeur, ou au contraire généralisé à l'échelle de l'ensemble de l'Etat.

M<sup>me</sup> Renold indique que le projet de loi 13717 prévoit un système d'auto-assurance. Selon elle, les cotisations devraient suffire à couvrir les coûts tout en évitant des dépenses supplémentaires liées à l'engagement de personnel de remplacement pour les absences. Ce mécanisme favorise également la solidarité entre les travailleurs, en permettant de financer à la fois le paiement des prestations et le remplacement éventuel. Elle précise qu'aucune décision n'a encore été prise sur la forme exacte ou la taille du dispositif, mais que les principes envisagés s'appliqueraient à l'ensemble des entreprises soumises à la LPAC.

M. Maugué ajoute qu'il est vrai qu'ils ne se sont pas penchés sur la situation des petites entités qui pourraient rencontrer davantage de difficultés. Il reconnaît qu'à première vue, la création d'une caisse publique capable de prendre en charge ce type de situation serait plus appropriée.

M<sup>me</sup> Renold ajoute que dans une petite structure, les cotisations propres à cette seule entité ne suffiraient probablement pas à assurer une couverture adéquate. Il est donc nécessaire de les intégrer dans un système plus large.

Un député (UDC) souhaite savoir en quoi ce projet de loi pourrait aggraver la situation par rapport au médecin-conseil de l'Etat, qui entretient le même rapport avec l'employeur public et peut également émettre des avis identiques. Il s'interroge également pour savoir si, dans leur expérience, ils ont déjà rencontré un employeur s'opposant au certificat médical préconisant le retour de l'employé.

M<sup>me</sup> Renold indique que le médecin du travail adopte une approche propre à la médecine du travail, et non à la médecine d'assurance. Son rôle consiste à réfléchir à la santé au travail, à l'adaptation des postes et au reclassement, ce que le médecin d'assurance ne fait pas. Ce dernier n'envisage pas comment adapter ou modifier un poste lorsqu'il n'est pas adéquat. Selon elle, l'objectif devrait être d'améliorer la santé au travail, le fonctionnement des services et d'analyser les causes des problèmes de santé au travail, plutôt que de se limiter à licencier à terme. La santé, la maladie, l'accident et l'incapacité de travail doivent être gérés d'un point de vue médical. Quant aux absences, si elles ne sont pas justifiées, il appartient au médecin-conseil de les signaler ; si elles le sont, il faut en accepter les conséquences.

M. Maugué ajoute qu'un médecin employé par l'Etat perçoit un salaire, tandis que le médecin-conseil d'assurance travaille sur mandat. Ce dernier a donc un intérêt objectif à obtenir davantage de mandats et peut être tenté de trancher en faveur de l'assurance afin de continuer à être mandaté. Il rapporte avoir rencontré des cas où des assurés étaient considérés comme aptes au travail, mais où le médecin-conseil estimait qu'ils étaient inaptes au placement. S'il reconnaît que certaines situations en assurance sociale sont insatisfaisantes, il précise qu'il n'a jamais constaté de cas où un employeur contesterait un certificat médical autorisant la reprise du travail.

M<sup>me</sup> Renold en a déjà observé, mais ces cas s'accompagnent d'un autre litige et sont liés à d'autres questions sous-jacentes.

Le président remercie les auditionnés et clôture l'audition.

**Audition du DIN, M. Guy Schrenzel, secrétaire général, M. Christoph Willmann, directeur RH, et M. Sébastien Grosdemange, secrétaire général adjoint, 16 janvier 2026**

Le président souhaite la bienvenue aux auditionnés et indique que la commission du personnel de l'Etat a requis leur audition afin de connaître les incidences sur les nouvelles teneurs des art. 41 LPol et art. 23 al. 1 LOPP.

M. Schrenzel introduit le sujet en indiquant que le département des institutions et du numérique (DIN) a demandé le maintien, et non l'abrogation, des deux dispositions concernées dans le projet de loi. Il précise que le DIN n'est nullement opposé au projet de loi tel que présenté. La réflexion menée repose sur le fait que les art. 41 LPol et 23 al. 1 LOPP consacrent des droits acquis par les policiers et les agents de détention. Ces dispositions visaient à permettre un départ à la retraite en cas d'invalidité, notamment dans des situations où, à une époque où l'âge de la retraite était fixé avant 58 ans, un policier avait été grièvement blessé dans l'exercice de ses fonctions. Dans un tel cas, l'intéressé ne pouvait plus, selon les règles alors en vigueur, reprendre son activité de policier en raison de la perte de l'aptitude requise, tout en étant trop jeune pour bénéficier d'une retraite anticipée. La seule alternative aurait consisté à être reclassé dans une autre fonction, avec un âge de départ à la retraite nettement plus éloigné, puisqu'il ne se serait plus trouvé dans le statut de policier. Il ajoute que ces dispositions ont été négociées avec les organisations représentatives du personnel et les syndicats. Lors de la proposition de modification légale, le DIN a dès lors souhaité conserver ces deux articles, afin de pouvoir observer leur application dans le temps et apprécier, le cas échéant, leur utilité et leur articulation avec le nouveau dispositif. Au vu de l'historique ayant conduit à l'adoption de ces dispositions, il estime qu'une éventuelle abrogation ne peut intervenir sans une discussion préalable et une présentation formelle aux syndicats, aux policiers et aux organisations représentatives du personnel. Le DIN ne souhaitait pas ouvrir un nouveau front inutile, mais plutôt se donner le temps d'analyser les éventuelles répercussions. Il souligne que, si ces articles devaient effectivement s'avérer redondants et demeurer inappliqués sur une certaine durée, ils pourraient alors être abrogés ultérieurement, sans faire naître le sentiment que des droits acquis des policiers et des agents de détention auraient été supprimés.

M. Willimann indique qu'il s'agit d'une situation qui s'est heureusement très rarement présentée. Il relève toutefois que les répercussions mériteraient d'être analysées, notamment au regard des cas dans lesquels des assurances-accidents refusent des prestations en qualifiant un accident de non professionnel, alors même qu'il est survenu dans l'exercice de l'activité, ou en requalifiant, plusieurs années après les faits, un accident en maladie. Il estime dès lors que ces répercussions devraient être examinées à la lumière des spécificités propres à ces corps de métier dans l'exercice de leurs fonctions, ainsi que des risques particuliers qu'ils sont parfois amenés à prendre.

M. Grosdemange indique que la réflexion porte sur l'ensemble de la section concernée. Il précise que l'art. 41 LPol ne peut être examiné isolément, dans la mesure où il s'inscrit dans une section plus large, dont les premières

situations concrètes commencent à se présenter. Il souligne qu'il conviendrait, afin de ne pas prêter les policiers et les agents de détention, d'examiner l'ensemble de la section 6, notamment les dispositions relatives à la mise à la retraite, à l'incapacité et à leur gestion, ainsi que d'en analyser les incidences.

Un député (PLR) résume la situation en indiquant, s'il a bien compris, qu'il est demandé au département responsable du projet de loi de maintenir l'art. 41 LPol et l'art. 23 al. 1 LOPP au motif qu'il n'aurait pas été analysé si ces dispositions sont redondantes avec le reste de la loi. Il indique avoir de la peine à comprendre cette logique, dès lors que le département dispose de juristes. Il relève qu'il est difficilement concevable que le DIN indique ne pas être en mesure de se prononcer sur cette question et qu'il préfère, pour cette raison, conserver les dispositions concernées. Il ajoute que, si une telle logique devait être appliquée à l'ensemble des projets de loi déposés par le Conseil d'Etat, le travail législatif deviendrait particulièrement complexe. Il estime par ailleurs qu'ils doivent déjà disposer d'éléments permettant d'esquisser une réponse quant à la pertinence du maintien ou non des art. 41 LPol et 23 al. 1 LOPP. Il conclut qu'en suivant cette approche, il lui paraît difficile d'envisager des réformes législatives d'ampleur applicables à l'ensemble du canton.

M. Grosdemange indique que ce qui les préoccupait avant tout était la suppression de ces dispositions, dans l'hypothèse où celle-ci serait de nature à prêter les personnes concernées. Il relève que cette question n'a pas été analysée et que ce corpus de règles a été maintenu au fil des années, notamment au travers de protocoles d'accord et de négociations. Il précise que la question d'une refonte de la section 6 de la LPol n'a pas été abordée avec les organisations représentatives du personnel et qu'il n'a dès lors pas été examiné si la suppression isolée de cette base légale, au sein de cette section, aurait des conséquences, à quelque niveau que ce soit. C'est cette incertitude qui fonde leur inquiétude. Il indique qu'ils ont également examiné l'hypothèse d'une éventuelle redondance de ces dispositions, relevant que la conséquence serait essentiellement d'ordre légistique. Il précise que cet inconvénient leur paraissait moins problématique que le risque de porter atteinte aux droits du personnel. Il ajoute enfin qu'il entend la critique selon laquelle cette réflexion aurait pu être menée plus en amont, avec une analyse complète, voire accompagnée d'un complément de réforme portant sur l'ensemble de la section 6.

Un député (PLR) indique souhaiter comprendre la portée de l'art. 41 LPol. A la lecture de cette disposition, il a l'impression qu'une personne devenue fonctionnaire depuis quelques années seulement, par exemple âgée de 28 ans, pourrait, en cas d'accident, être mise à la retraite.

M. Grosdemange répond par la négative. Il indique que la mise à la retraite constitue une question distincte de celle de l'incapacité à la fonction, laquelle relève de l'art. 42 LPol. Il souligne que toute la difficulté réside précisément dans la délimitation entre ce qui relève de la mise à la retraite, pour quels motifs, et ce qui relève de la constatation d'une incapacité à exercer une fonction de police. Il précise qu'il n'est pas en mesure d'apporter une réponse définitive à ce stade, aucun cas concret ne s'étant encore présenté. Ces dispositions sont restées applicables sans qu'une casuistique se soit développée. Il ajoute que l'exemple évoqué par un député (PLR) relèverait plutôt d'une incapacité à la fonction au sens de l'art. 42 LPol. Il mentionne enfin qu'une agression récente sur un membre du personnel constitue un cas relevant de l'art. 43 LPol. Là encore, aucune casuistique n'existe à ce sujet et aucune position n'a encore été arrêtée, dès lors que l'office du personnel de l'Etat (OPE) n'a pas encore été saisi.

Un député (PLR) s'interroge dès lors sur les situations dans lesquelles l'art. 41 LPol serait appliqué, en particulier sur les cas de figure dans lesquels une mise à la retraite pourrait être proposée à une personne n'ayant pas atteint l'âge de 58 ans en raison d'une incapacité permanente.

M. Grosdemange indique ne pas être en mesure de répondre, aucun cas ne s'étant jamais présenté. Il précise que, depuis son entrée à la police puis au département il y a dix-huit ans, aucun cas ne lui vient à l'esprit qui aurait conduit au développement d'une pratique fondée sur cette base légale.

Un député (UDC) est d'avis que la formulation de l'art. 41 LPol pose problème et pourrait entraîner des inégalités de traitement. Il se demande dès lors si l'art. 41 LPol s'applique à tous les collaborateurs de la police et, sinon, lesquels s'appliquent.

M. Grosdemange précise que l'art. 41 LPol s'applique uniquement aux policiers. Il indique que cette disposition est claire tant dans la LPol que dans le règlement général de la police (RGPPol), lequel a été confirmé par le Tribunal fédéral. Il explique que, si la loi et son règlement d'application traitent de l'ensemble du personnel, la terminologie utilisée distingue néanmoins, au sein de ces textes, les différentes catégories de personnel visées à l'art. 19 LPol. Selon le libellé de l'art. 41 LPol, celui-ci s'applique exclusivement aux policiers au sens strict du terme, soit aux titulaires d'un brevet fédéral suisse.

Un député (UDC) fait remarquer qu'il y a différentes catégories de policier, par exemple les assistants de sécurité publique.

M. Grosdemange précise qu'il ne s'agit pas de policiers et qu'ils ne sont, dès lors, pas concernés par l'application de l'art. 41 LPol. Il indique que des différences existent s'agissant de la caisse de pension, celles-ci étant liées au



statut, et en particulier au fait d'être titulaire ou non d'un brevet fédéral de policier, condition déterminante pour relever de la catégorie des « policiers ».

Un député (MCG) indique que, dans le cadre de la consultation, seules des questions générales leur ont été soumises, sans que le texte du projet leur soit transmis. Il s'interroge dès lors sur la participation du département à cette consultation. Il demande en outre si des accords existent avec les policiers et les gardiens de prison, relevant que le non-respect d'accords signés pourrait poser problème. Il rappelle qu'à une certaine époque, des conflits importants avaient opposé le département à la police et estime qu'une telle situation pourrait être rouverte. Il précise ne pas avoir été attentif à la modification envisagée, mais se dit très surpris.

M. Willimann répond par l'affirmative. Il indique que le département a participé à la consultation au même titre que les partis politiques, les entités subventionnées et les autres départements, lesquels ont effectivement été consultés. Cette participation leur permet de relever qu'ils sont, de manière générale, favorables à la refonte proposée. Il précise toutefois que, dans le cadre de cette consultation, les spécificités des *lex specialis* de la LPol n'ont pas été abordées en tant que telles. Il explique que c'est au moment où la question est revenue à leur niveau, soit avant le dépôt du projet de loi, qu'ils ont été confrontés à cette problématique, sans disposer d'une vision complète de l'ensemble des aspects et des répercussions potentielles, notamment en matière d'assurance et de prévoyance professionnelle. Il relève à cet égard que l'Etat compte deux caisses de pension distinctes, entre les collaborateurs affiliés à la CPEG, d'une part, et les policiers ainsi que les agents de détention qui ont leur propre caisse de prévoyance, d'autre part. Il précise enfin que cette situation ne résulte ni d'un refus ni d'un manque de volonté de leur part, mais du souci de s'assurer que les partenaires sociaux soient pleinement intégrés dans la réflexion. Il indique que la difficulté tient au fait que cette question s'est imposée alors qu'ils n'avaient pas encore eu l'occasion d'en discuter avec les partenaires sociaux.

Un député (MCG) rappelle qu'ils assument également une responsabilité en tant que législateur. Il relève que, si le PCP, représentant les gardiens de prison et la police, devait mandater un avocat pour contester la loi, ce ne serait pas le Conseil d'Etat, mais bien le Grand Conseil qui pourrait être amené à devoir en répondre. Il estime que les accords conclus engagent l'Etat et qu'un avocat mandaté par une organisation syndicale pourrait, le cas échéant, se retourner contre le Grand Conseil si une loi était adoptée sans respecter les accords préalablement conclus par le département.

M. Grosdemange ajoute que, s'agissant des protocoles d'accord dont il a connaissance, les décisions ont été prises au niveau du Conseil d'Etat, et non

uniquement à l'échelle du département. Afin d'apaiser les inquiétudes exprimées, il relève qu'à l'analyse du recours porté devant le Tribunal fédéral contre le règlement général de la police (RGPPol), il apparaît que la commission compétente et le Grand Conseil ont fait preuve d'une attention particulière aux protocoles d'accord conclus et signés avec le Conseil d'Etat. Cette attention ressort des travaux préparatoires de la LPol, notamment sur certaines questions pour lesquelles le Grand Conseil a accepté de déclasser certaines normes en les faisant passer du niveau de la loi à celui du règlement. Il relève que la députation s'est montrée particulièrement attentive aux accords conclus, dans un souci de loyauté à l'égard des engagements pris. Les députés ont ainsi respecté ces accords, ce qui ressort expressément du message accompagnant la LPol de 2014. Il en est déduit qu'en principe, le Grand Conseil se montre attentif à ce type d'accords, afin de ne pas remettre en cause les négociations qui ont été menées et conclues.

Un député (UDC) demande si, selon eux, en mettant de côté l'art. 41 LPol, lequel ne concerne qu'une partie de l'effectif du département, le projet de loi ne soulève pas de difficultés pour l'ensemble des autres collaborateurs, y compris s'agissant de l'art. 24B al. 2 let. e. Il relève qu'une telle situation pourrait créer une distorsion importante entre les collaborateurs au sein d'un même département.

M. Grosdemange répond que la particularité de la LPol et du RGPPol réside dans le fait qu'ils traitent de l'ensemble du personnel du corps de police, tout en prévoyant des règles spécifiques selon les catégories de personnel concernées. Il précise que, pour le personnel administratif de la police, la LPAC et le RPAC s'appliquent à environ 98%. Pour les agentes et agents de sécurité publique armés ou non armés, ces textes s'appliquent à hauteur de 80 à 90%, avec certaines règles spécifiques prévues dans la loi et le règlement. En revanche, pour les policiers, la LPAC et le RPAC ne s'appliquent qu'à hauteur de 20 à 25%, la majorité des règles étant prévues directement par la LPol et le RGPPol. Il ajoute que les autres catégories de personnel restent soumises à la LPAC et au RPAC, l'art. 41 LPol ne concernant que les policiers au sens strict.

Un député (UDC) s'interroge sur le point de savoir s'ils ne perçoivent pas une dégradation possible au regard du libellé de cette disposition.

M. Grosdemange indique que cette règle s'appliquera à l'ensemble du personnel. Il précise que, dès lors qu'aucune disposition spécifique n'est prévue dans la LPol, la LPAC trouve application et que cette base légale s'appliquera ainsi à tout le personnel concerné. Il relève que la redondance qui en résulterait serait neutre, tandis que la suppression de la règle pourrait, en revanche, poser problème. Il ajoute, comme M. Willimann l'a indiqué, que la manière dont le projet de loi a été introduit ne leur a pas permis d'anticiper la

question ni d'entrer en discussion avec les organisations représentatives du personnel sur une éventuelle refonte des art. 41 à 43 LPol, s'agissant des policiers au sens strict.

Le président remercie les auditionnés et leur souhaite un bon retour.

### **Discussion de la commission, 16 janvier 2026**

Le président mentionne qu'ils arrivent au bout de leurs auditions, il ne reste qu'une réponse de l'Université de Genève et le Cartel.

Un député (MCG) relève que les éléments évoqués lui paraissent quelque peu inquiétants au regard des modifications législatives envisagées. Il indique ne pas avoir perçu ces enjeux avant l'audition du jour, mais estime qu'une problématique existe et qu'elle devrait être clarifiée rapidement. Il considère qu'il conviendrait de faire part de ces inquiétudes soit au Conseil d'Etat, soit aux syndicats de police, afin de recueillir leur position. Il relève que certains qualifient ces dispositions de privilèges, tout en soulignant qu'il s'agit d'une profession exposée à des risques importants. Il ajoute que l'âge de la retraite ayant tendance à augmenter, cette problématique est appelée à devenir de plus en plus sensible pour cette profession, tout en précisant qu'il s'agit là d'une question distincte. Indépendamment de ces considérations, il estime qu'un problème strictement juridique se pose en lien avec les accords conclus entre le Conseil d'Etat et les partenaires sociaux. Il souligne la nécessité de clarifier ce point afin de vérifier si la proposition soumise correspond effectivement aux accords conclus, relevant qu'une modification législative adoptée en contradiction avec ceux-ci serait susceptible d'être invalidée par les tribunaux. Il conclut qu'au-delà des opinions personnelles, il incombe aux députés de vérifier la solidité juridique des projets de loi qu'ils adoptent, cette responsabilité leur appartenant, et non au Conseil d'Etat.

Le président indique qu'il prend note des inquiétudes exprimées par le député (MCG) et apporte une première réponse en précisant que M<sup>me</sup> Fontanet interviendra le 6 février prochain sur ce projet de loi.

Un député (PLR) relève que les art. 41 LPol et 23 al. 1 LOPP ne modifient pas le régime prévu par la législation actuellement en vigueur. Il indique toutefois rejoindre les préoccupations exprimées par le député (MCG), se disant frappé par les éléments évoqués lors des échanges. Il exprime le sentiment qu'aucune analyse juridique approfondie n'a été menée, relevant qu'il n'a pas été possible d'indiquer si ces dispositions sont redondantes par rapport à d'autres articles ni de préciser les effets concrets des art. 41 LPol et 23 al. 1 LOPP, lesquels, selon les explications fournies, ne modifient pourtant pas le droit en vigueur. Il indique souhaiter comprendre dans quel cadre ces

dispositions trouvent application. Il relève que la notion de mise à la retraite a été évoquée sans qu'il soit possible de préciser à partir de quel moment ce droit peut être exercé, notamment au regard de problématiques de santé. Il souhaiterait disposer d'une analyse juridique claire portant sur ces deux articles, en particulier afin de déterminer s'ils sont redondants par rapport à d'autres dispositions de la LPAC, s'ils introduisent ou non une modification par rapport au droit actuel, et de confirmer l'affirmation selon laquelle tel ne serait pas le cas. Il indique également souhaiter connaître les conditions concrètes dans lesquelles une mise à la retraite pourrait intervenir, ainsi que des exemples de cas de figure. Il relève qu'il a été indiqué qu'aucune situation de ce type ne s'est présentée depuis longtemps, ce qu'il considère comme positif, tout en rappelant que ces dispositions sont néanmoins en vigueur. Il estime qu'il serait possible d'identifier les conditions dans lesquelles une personne pourrait accéder à une mise à la retraite et de connaître le nombre de cas survenus au cours des dix à quinze dernières années. Il propose dès lors que le DIN établisse une note juridique circonscrite sur ces questions.

Le président mentionne qu'il en fera la demande au DIN.

Un député (MCG) revient sur les art. 41 et 42 LPol et relève qu'un élément est souvent omis lorsque ces dispositions sont qualifiées de « privilège ». Il précise que l'art. 41 LPol relève de la notion d'invalidité de fonction. Il rappelle que l'invalidité correspond, en droit suisse, à une perte économique, soit l'impossibilité de continuer à gagner sa vie dans son activité habituelle en raison d'une atteinte à la santé. Il souligne que, pour certains métiers spécifiques, il s'agit d'un choix politique d'accorder des conditions particulières, ce qui ne concerne pas uniquement les policiers. Cette prestation d'invalidité de fonction, consistant à ouvrir un droit à des prestations dès lors qu'il n'est plus possible d'exercer la fonction habituelle de policier, existe également dans d'autres domaines, notamment dans l'aviation. Il illustre ce point en indiquant qu'un pilote qui perd sa licence peut bénéficier de prestations, alors même qu'il serait encore en mesure d'exercer d'autres activités professionnelles. Il invite ainsi à comprendre l'invalidité de fonction sous cet angle. Il indique que cette question est distincte du débat porté par le projet de loi, lequel concerne principalement le choix de l'assureur à rémunérer et, en définitive, la question de l'attribution des primes de courtage. Il rappelle qu'une assurance répond au besoin aléatoire de couverture financière et qu'elle s'adresse à des situations dans lesquelles l'employeur ou l'assuré ne disposent pas des moyens de supporter une perte de revenu.

Le président indique qu'il ne reste plus que l'audition du Cartel. Il précise qu'une note juridique sera demandée au département des institutions et du numérique afin de disposer d'éclaircissements concernant la situation des

policiers et des gardiens de prison. Il ajoute que M<sup>me</sup> Fontanet interviendra le 6 février prochain afin de revenir sur ce projet de loi.

**Audition de la Chambre genevoise des agents généraux d'assurances (CGAGA), M. Jacques Raemy, président et agent général Allianz Suisse à Genève, M. Denis Hostettler, membre du comité et agent général La Mobilière, M. Gaël Palazzotto, membre du comité et agent général AXA rive droite, et M. Daniel Della Bona, inspecteur sinistre La Mobilière, 24 avril 2026**

Le président accueille les auditionnés et leur rappelle qu'ils sont aujourd'hui auditionnés sur le PL 13717, un PL modifiant la loi sur la perte de gain du personnel de l'Etat. Il les informe que la commission souhaite notamment connaître les avantages et désavantages d'une assurance perte de gain privée.

M. Raemy rappelle que si l'assurance existe aujourd'hui, c'est qu'elle permet aux particuliers comme aux entreprises de transférer des risques qu'ils ne sont pas capables d'assumer.

Premièrement, il explique ce que couvre une assurance perte de gain maladie.

Il dit que pour la perte de gain maladie, le système des assureurs qui est utilisé fonctionne majoritairement avec un système de 730 jours par cas. Ceci signifie que la personne qui doit arrêter de travailler se verra verser des indemnités journalières jusqu'à 730 jours, et si elle tombe à nouveau malade sept mois plus tard, on lui paiera potentiellement à nouveau 730 jours d'indemnités pour ce nouveau cas.

Il dit que cela s'oppose au système de 730 jours dans 900, présenté dans certains autres PL, où, indépendamment du cas, on verse des indemnités journalières. En l'espèce, une fois qu'on a atteint 730 indemnités journalières, on va s'arrêter de payer. Le délai d'attente convenu avant le versement des indemnités est à charge de l'employeur, qui doit verser le salaire. On peut faire varier ce délai d'attente, généralement de 0 à 90 jours, voire plus long.

Pour les indemnités journalières, on peut aussi fixer un montant en pourcentage du salaire que l'on veut couvrir. A 80% du revenu, l'assuré a une légère perte de revenu. A 90% du revenu, on commence à compenser une perte réelle, car quand quelqu'un est aux indemnités journalières, il n'a plus de cotisations sociales à payer (AVS, LPP, etc.). La perte réelle est donc compensée. En revanche, 100% du revenu peut représenter une mauvaise incitation, car l'assuré a plus que son revenu net normal.

Deuxièmement, M. Raemy parle du principe des cotisations.

En principe, ce sont des cotisations paritaires, payées à 50% au minimum par l'employeur et à 50% au maximum pour l'employé.

Il indique que la hauteur du salaire influence le taux de prime. Le délai d'attente également. En effet, plus il est long, plus la prime est faible. Ensuite, les assureurs examinent aussi les sinistralités passées, généralement sur les trois dernières années. Les cotisations peuvent ensuite varier à la hausse ou à la baisse. Le type d'activité a aussi de l'importance, car la fréquence des cas, en fonction des corps de métier, varie grandement.

M. Raemy explique que l'assureur tente d'anticiper des cas de longue durée très rapidement, pour limiter les frais, mais aussi pour donner suite à une forte demande de l'AI afin d'anticiper des mesures préventives. Cela protège également la caisse de pension. Le but est d'identifier les causes le plus rapidement possible, pour pouvoir anticiper. Il cite, par exemple, les cas de climat de travail toxique, de problèmes personnels ou encore de stress élevé.

Il exprime vouloir enlever l'idée selon laquelle on part du principe que tous les assurés sont des fraudeurs, car ce n'est pas vrai. Même si la fraude existe, elle n'est pas aussi répandue qu'on pourrait le penser. Il rappelle que toutes les décisions sont prises par des médecins, les assureurs n'ayant quasiment pas accès aux dossiers.

Troisièmement, il aborde la question des services qu'apporte l'assureur privé.

M. Raemy explique que les assureurs disposent de toute une infrastructure s'occupant d'anticiper les cas, de les suivre, d'avoir contact avec les assurés et les médecins, et de faire de la prévention.

Quatrièmement, en résumé, M. Raemy insiste sur le fait que l'assureur est un acteur clé, et est assez proche de l'employeur comme des assurés. Le but est de trouver une solution satisfaisant tout le monde, car du côté de l'employeur il n'est pas non plus bénéfique d'avoir un employé qui est tout le temps en arrêt maladie. Ce sont des économies de coûts, car s'il y a une trop forte charge de sinistres alors toutes les cotisations augmentent. L'assureur dispose aussi d'une grande expérience dans l'exploitation des synergies. Ainsi, les assureurs privés ont beaucoup d'expérience à disposition.

M. Raemy ajoute que l'assureur est externe à l'employeur, ce qui peut être un avantage au niveau de l'Etat et assurer une certaine neutralité par rapport à la relation. Certes, les assureurs ont un devoir d'économicité, mais il souligne que ce sont toujours les médecins qui prennent des décisions et discutent entre eux.

Finalement, M. Raemy expose l'avis commun des auditionnés sur les deux projets de Loi.

Ils pensent que les deux projets sont aptes à bien protéger les salariés.

Sur le projet du Conseil d'Etat, les auditionnés sont d'avis qu'il offre une excellente protection aux travailleurs et pose des règles claires. Ce projet couvre surtout la lacune de la première année d'emploi à l'Etat. Ce qui leur plaît aussi, c'est qu'avec le projet du Conseil d'Etat, les assureurs externes privés peuvent potentiellement être sollicités, permettant aux travailleurs de profiter de leurs compétences, de leur expertise, des infrastructures et des services complémentaires.

Sur le second projet, ce qui leur plaît moins est qu'il enlève la possibilité d'externaliser le risque, ce qui donne une mauvaise vision des assureurs.

M. Raemy trouve que se réserver la possibilité de choisir ce qu'on fait ou non est une situation offerte par le projet du Conseil d'Etat, mais pas par le second projet, qui, lui, ne présente pas d'alternative. Ce projet pose aussi des questions concernant la neutralité des intervenants en cas de sinistre. Il prive ainsi l'Etat et les entités tombant sous l'emprise de la Loi d'une liberté de choix et de bénéficier de l'expérience des assureurs. De plus, il oblige l'Etat à développer et à mettre en œuvre une infrastructure nouvelle dont il ne dispose peut-être pas.

M. Raemy remercie les commissaires pour leur attention et leur cède la parole pour d'éventuelles questions.

M. Palazzotto trouve important que les commissaires comprennent comment est géré un sinistre de A à Z. L'idée est d'expliquer leur fonctionnement en tant que compagnie d'assurance, et il souligne qu'il faut prendre en compte la manière dont sont gérés les sinistres au quotidien.

M. Hostettler souligne que le point important concerne surtout ce que les assureurs privés peuvent amener de plus et dit que ce qu'ils peuvent amener aujourd'hui, c'est une expertise. Il compare la situation actuelle à la manière dont on réglait les cas il y a une quarantaine d'années. A ce moment, quand une personne bénéficiait d'un certificat médical, l'assureur payait forcément. Si l'employeur soupçonnait une fraude de la part du travailleur, l'assureur était démuni, car dès lors qu'il était en possession d'un certificat médical, il était obligé de payer.

A partir de là, les assureurs ont mis en place ces systèmes dits de *case management*, où des collaborateurs vont visiter les malades. Il revient sur le problème du climat toxique. Si un médecin l'observe, effectivement il constate qu'il y a une forme de problème, souvent une forme de *burn-out*, et va donc délivrer un certificat médical. A l'époque, il y a eu des cas où, en payant, on

allait presque jusqu'à l'invalidité. Or, depuis qu'on a mis en place ce système de *case management* accompagné de dialogues avec l'assuré, on a rapidement pu arriver à des solutions entre l'employeur et l'employé, pour pouvoir avoir une rupture proportionnelle.

M. Hostettler cite l'exemple d'un assuré qui avait arrêté de travailler depuis déjà 9 mois. Après une simple phase de dialogues, l'assuré a retrouvé un emploi dans le domaine de l'horlogerie en peu de temps. On voit donc qu'il y a vraiment un plus à pouvoir faire l'intermédiaire entre l'employeur, l'employé, éventuellement le médecin et l'assureur. C'est un vrai travail d'équipe qui est réalisé aujourd'hui. Ce sont des choses qui peuvent être mises en place au niveau de l'Etat. Dans toutes les compagnies qui exploitent l'assurance maladie collective ou l'assurance-accidents, les assureurs disposent tous de cette expertise.

M. Palazzotto complète qu'il faut comprendre que la branche perte de gain maladie est déficitaire chez tous les assureurs. Il y a un réel problème aujourd'hui sur ce modèle. Les primes sont difficiles à supporter aussi pour les clients, cela a donc un impact sur tout le monde. Il dit que les compagnies d'assurances souhaitent investir dans l'accompagnement de l'assuré, ce qui se fait aujourd'hui grâce au *case management*. En parallèle, il y a le *care management*, un procédé dans lequel énormément d'argent est investi aujourd'hui, car c'est une situation gagnante. Ainsi, aujourd'hui, on préfère investir dans ces systèmes d'accompagnement, car à la fin les assurances demeurent des entreprises qui doivent être profitables. Ainsi, le système doit s'accompagner d'une politique de bien-être et de santé au travail. C'est un axe de développement très important chez toutes les compagnies d'assurance.

M. Hostettler rappelle que dans le projet Marti, on parle également du problème de la variabilité des primes qui crée de l'incertitude. Pour une PME, son intérêt est de transformer les coûts variables qui peuvent être importants en coûts fixes prévisibles. L'Etat, vu son nombre d'employés, a déjà une bonne répartition des risques à ce sujet. Ainsi, à moins qu'il y ait une détérioration des conditions de travail à l'Etat, on peut penser que les primes resteraient assez stables. Il faut comprendre que plus l'entreprise est grande, moins le problème de variabilité se pose.

Un député (Ve) remercie les auditionnés pour leur présentation et rebondit sur les propos de M. Hostettler. Il dit qu'on peut imaginer qu'à l'Etat, en matière de risque, il y a une très faible variabilité, ce qui rend l'intérêt de couvrir ces variabilités fortes de risques par l'intermédiaire d'un privé, comme ce que vient d'exposer M. Hostettler par exemple pour les PME, beaucoup moins fort pour l'Etat. Le seul intérêt restant, s'il comprend bien, serait de



bénéficier des compétences des privés, que les assureurs pensent plus difficiles à obtenir dans le public.

M. Hostettler confirme qu'il voit les choses ainsi. Simplement, exclure la possibilité de recourir au privé ne lui semble pas opportun. L'Etat peut se garder la liberté de mettre en place ses propres structures, mais il pourrait avoir un jour envie de faire appel au prestataire externe, et avec ce projet de loi il n'aurait pas la possibilité de le faire. Il insiste sur le fait que les assureurs privés ne traitent pas mal les assurés, et se dit heurté par ces pensées. Bien sûr, ils investiguent, car la fraude n'est dans l'intérêt de personne. Le but n'est pas que la fraude perdure, et donc si l'assureur constate une fraude, le droit aux prestations pourrait peut-être s'éteindre, mais ces cas sont très rares ainsi qu'extrêmement clairs et documentés. Il rappelle que la législation dans ce domaine protège très bien les collaborateurs. Il ajoute qu'arrêter des prestations pour des questions médicales est une décision que seuls les médecins peuvent prendre. Il est tout à fait impossible qu'un gestionnaire de cas puisse, de son propre chef, stopper ces prestations. Il demande à M. Della Bona d'expliquer le processus d'expertise en présence d'un cas douteux.

M. Della Bona explique que des expertises sont faites par les médecins conseils, ensuite les assureurs reçoivent leur résumé disant par exemple si la personne est apte à reprendre son poste, ou si elle doit changer de poste de travail, dans quel cas il y a un échange avec l'employeur pour voir s'il y a une possibilité, par exemple, d'aménager les conditions de travail afin que la personne puisse reprendre en douceur.

M. Palazzotto demande à M. Della Bona d'expliquer, pour un cas classique, combien d'interactions il doit y avoir et à quelle fréquence, tant avec le médecin-conseil qu'avec l'assuré. Il rappelle qu'il faut que le système fonctionne, et que ce processus est une charge supplémentaire.

M. Della Bona répond qu'aujourd'hui, l'employeur assuré chez eux fait une déclaration de maladie. Ensuite, une procuration de libération du secret professionnel est envoyée à l'assuré, qui doit la retourner signée. A partir de ce document, l'assurance envoie le rapport médical au médecin traitant, qui le remplit et l'envoie au médecin-conseil, qui va par exemple estimer si le traitement est justifié ou s'il nécessite des examens complémentaires. Si le médecin-conseil juge le traitement justifié, alors l'assureur paie les indemnités journalières. En revanche, s'il estime que des examens complémentaires sont nécessaires, alors l'assureur procédera à ces examens. Ensuite, selon le système du *case management*, l'assurance va tenir des entretiens avec son assuré, pour l'accompagner et l'aider face à son problème.

Le président demande si cette procédure s'applique même pour un petit arrêt de sept jours.

M. Hostettler répond que non. Il explique que souvent, lors des cas psychiques, il y a une très forte pression. Dans ces cas, lorsque l'assuré obtient son certificat médical, il faut s'attaquer à la cause du problème, car à défaut, cela peut donner lieu à des situations où des assurés restent auprès de leur médecin généraliste pendant plusieurs années, sans jamais s'adresser au spécialiste. Ceci implique deux problèmes. Premièrement, la cause est toujours là. Deuxièmement, les médicaments prescrits sont souvent lourds et impactent la santé, il faut ainsi en réduire la consommation, ce qui rend plus difficile le rétablissement de la personne.

Un député (PLR) exprime que le PLR est tout à fait partisan de la possibilité pour l'Etat de recourir à un assureur privé, et qu'il ne faut ainsi voir aucune malice dans la question qu'il s'apprête à poser. Ainsi, il demande ce qui intéresse les assureurs privés dans l'idée de passer contrat avec l'Etat, étant donné qu'ils trouvent que c'est une branche déficitaire et que le taux moyen d'absentéisme est plus élevé à l'Etat que dans le privé.

M. Hostettler explique que ce qui les a surtout préoccupés, c'est le point de vue de la gestion de la problématique de l'absentéisme faite à l'Etat. Il dit que passer contrat avec l'Etat leur permettrait d'avoir des collaborateurs et d'avoir de l'emploi. Il espère qu'un jour ces branches reviendront dans la zone favorable. Pour eux, il est important de garder cette expertise. Le système 720195 n'existe pas dans le domaine de l'assurance, et il ne peut pas dire si l'assureur souhaiterait entrer en matière par rapport à cette prestation-là. Ce qu'eux connaissent, c'est le système 730 dans 900, généralement prévu dans les conventions collectives, et ce qui est coordonné avec la LPP, normalement 730 jours par cas, qui offre la meilleure protection pour le travailleur, mais est plus cher du point de vue de l'assurance, car la couverture est meilleure.

Une députée (S) demande si les assurés ont leur mot à dire sur l'expert qu'ils mandatent.

M. Hostettler répond que non, les assurés n'ont pas leur mot à dire sur le choix du médecin-conseil.

M. Palazzotto ajoute qu'en cas de désaccord nécessitant un recours au médecin-conseil, l'assuré peut toujours demander une nouvelle expertise par un médecin indépendant, qui n'est ni affilié à sa propre personne, ni à la compagnie, ni au médecin-conseil. La seule chose à savoir, c'est que pendant toute cette période, l'indemnité est versée à l'employeur, qui, lui, a l'obligation de la poursuite du versement de salaire. Quand il y a un litige, l'employeur paie ses primes d'assurance, et l'assurance arrête de verser. L'employeur est, lui,

tenu de payer les salaires selon la loi et s'il s'avère que ce n'est pas justifié, alors il devra aller récupérer cet argent auprès du salarié.

M. Hostettler ajoute que oui, le médecin-conseil de l'assureur est au service de l'assureur. Mais il reste avant tout un médecin, et porte un respect profond à sa profession. Il insiste sur le fait que les cas de litiges entre les avis divergents des médecins sont rares.

M. Della Bona ajoute que si l'assureur prend position et que le médecin traitant du patient la conteste, de nouveaux éléments peuvent être remis au médecin-conseil à nouveau, ce qui pourra mener à une situation dans laquelle les indemnités journalières sont finalement rétablies.

Une députée (S) rebondit sur ces derniers propos. En tant qu'avocate défendant souvent des assurés, elle rappelle que les assureurs perdent également au tribunal. Elle dit que le problème, quand ils mandatent un médecin, qui est donc leur employé, et que l'assuré n'a eu aucune liberté sur le choix sur ce médecin, c'est que l'avis médical est biaisé. Elle remarque n'avoir jamais expérimenté le cas décrit par M. Della Bona où, en soumettant un nouvel avis, les indemnités journalières sont renversées. Elle rappelle que le problème principal, c'est que du jour au lendemain, les indemnités journalières sont interrompues. Il faut ensuite une procédure judiciaire de plusieurs années pour obtenir une nouvelle décision. Elle appuie sur le fait que le versement des indemnités journalières s'arrête immédiatement, sur une décision d'un des employés de l'assureur, et qu'il n'y a pas d'alternative indépendante à disposition pour l'assuré.

M. Hostettler répond qu'il est possible que certains cas soient mal traités, mais que ce n'est pas dans leurs intentions. Il rappelle qu'ils parlent de cas de longue durée, et qu'à la fin c'est l'AI fédérale qui entrera en ligne de compte. Il y a donc intérêt à ce que les dossiers aient été bien traités en amont. Il dit qu'il est très important de bien prendre en charge chaque cas, afin d'éviter de créer des situations de cas sociaux. Il est très important de bien prendre en charge chaque cas. De plus, il est aussi essentiel que le collaborateur garde un contact avec l'entreprise et avec les collègues, car plus la personne reste longtemps en arrêt, plus la réinsertion devient compliquée. Il souligne que le but final de l'AI est la réinsertion, et pour les assureurs, c'est pareil, mais simplement pour eux cela doit se faire dans les 720 premiers jours. Il considère qu'il s'agit là d'un vrai partenariat au service du patient, de l'employeur, et aussi de l'assureur.

M. Palazzotto exprime que oui, il existe des cas litigieux. Mais dans 98% des cas, le système qu'ils viennent de présenter fonctionne. Il ajoute qu'il trouve essentiel et positif qu'un moyen de recours judiciaire soit prévu pour

les cas litigieux, bien que sur le nombre de salariés couverts au total, on réalise que le système fonctionne assez bien.

Un député (LC) rebondit sur le fait que l'assureur a dit précédemment que le système du *case management* ne s'applique pas pour les petits arrêts de sept jours. Il demande quels sont les critères qui entrent en ligne de compte pour la gestion d'un cas, et en particulier, si des pratiques différentes s'appliquent en fonction de la provenance des certificats médicaux, par exemple entre les frontières.

M. Della Bona répond que pour la gestion d'un cas, l'assureur regarde surtout les éléments relatifs à l'arrêt de travail et au type d'arrêt de travail. Par exemple, si quelqu'un souffre de problèmes psychiques et est suivi seulement par un généraliste, au moment donné l'assurance va quand même demander à l'assuré d'aller consulter un spécialiste.

Un député (LC) demande si c'est aussi en fonction des médecins, et si les cas sont par exemple traités différemment en fonction du fait qu'un certificat médical provient d'un médecin en Suisse ou en France.

M. Della Bona répond que non, en tout cas eux procèdent de la même manière. Dans tous les cas, ils demandent un rapport médical. En Suisse, c'est au médecin traitant de remplir directement le rapport médical, qui passe ensuite au médecin-conseil. En France, la législation étant différente, c'est à l'assuré de donner le rapport à son médecin, qui, lui, l'envoie au médecin-conseil. C'est comme cela pour chaque certificat nécessitant l'intervention de l'assurance.

M. Palazzotto donne un exemple concret. Dans le cas d'un collaborateur en arrêt, quand le gestionnaire de sinistre reçoit des certificats médicaux provenant de différents médecins pour différentes journées, le suivi devient compliqué. Le service de sinistre va donc peut-être entrer plus rapidement en contact avec les différents médecins. Le suivi thérapeutique est important, et il est plus simple si c'est la même personne qui s'occupe du cas.

M. Raemy rappelle que cela concerne des délais d'attente très courts, prévus par exemple dans des conventions collectives de travail. Dans ces situations où des certificats médicaux viennent de façon récurrente pour des incapacités de travail de courte durée, les assureurs doivent intervenir, mais n'ont pas forcément le temps de procéder aux contrôles nécessaires, car ces demandes sont nombreuses. L'assureur aura tendance à payer. Il indique qu'une plainte a déjà été déposée, car en France un site internet nommé « Stop travail » permet d'obtenir un certificat médical avec une signature de médecin, pour seulement 14€.

Le président remercie les auditionnés pour leur présence.

## **Discussion de la commission, 24 avril 2026**

Le président annonce qu'ils sont arrivés au bout de leurs travaux sur ces deux PL. Avant de passer au vote d'entrée en matière, il propose de voter pour délier ces deux projets de loi afin de pouvoir les étudier l'un après l'autre.

Un député (PLR) souhaite comprendre la logique. Ils ont reçu une demande d'amendement général de la part d'une députée (S), un député (LJS), un député (MCG) et un député (Ve), qui vient en remplacement du PL 13685 donné par le Conseil d'Etat. S'il comprend bien, si la majorité venait à faire passer cet amendement général, elle retirerait ainsi le projet Marti.

Une députée (S) répond que non, l'idée serait de demander le gel du projet Marti en attendant de voir si cet amendement général passe tel quel. L'idée est donc de voter aujourd'hui sur l'amendement général. Si ça devait être voté par le Grand Conseil, l'idée serait alors en effet de retirer le projet Marti.

### **Le président soumet au vote le déliement des deux PL :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Non : 6 (2 UDC, 4 PLR)

Abstentions : 1 (1 LC)

***Le déliement des deux PL est accepté.***

### **Votes, 24 avril et 8 mai 2026 :**

#### ***1<sup>er</sup> débat***

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 13685 :

Oui : 13 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LC, 4 PLR, 1 LJS)

Non : —

Abstentions : 2 (2 UDC)

***L'entrée en matière est acceptée.***

Le président rappelle que la commission est saisie de deux demandes d'amendements, qui sont un amendement général de la part d'une députée (S) et un amendement de la part d'un député (PLR). Le président cède la parole aux commissaires pour qu'ils présentent leurs demandes d'amendements.

Une députée (S) présente tout d'abord l'amendement général.

Elle rappelle qu'elle est la première signataire, mais qu'elle présente cet amendement général pour quatre groupes. Elle dit qu'ils ont entendu certaines des critiques de forme de M<sup>me</sup> Fontanet sur le PL 13717, raison pour laquelle

ils proposent de reprendre leurs idées sous la forme d'un amendement général au PL 13685 du Conseil d'Etat.

Elle explique que les principes restent les mêmes que ceux exposés dans le PL 13717, à une exception près. Elle commence à passer en revue les différents articles.

Sur l'art. 15A, le principe reste le même, soit la garantie du traitement pendant l'incapacité de travail pendant 730 jours au maximum.

L'art. 15B al. 1 prévoit que le traitement est intégral et soumis à cotisations sociales pendant la première année.

L'art. 15B al. 2 prévoit que pendant la deuxième année, le traitement est versé à 90% et soumis à prévoyance professionnelle.

Un député (PLR) demande si elle peut mener sa présentation paragraphe par paragraphe, car elle a raté une modification de l'art. 15A.

Une députée (S) répond qu'elle veut expliquer ici uniquement les principes et ne va pas aller trop dans le détail, car de toute façon, il s'agit de points dont ils ont déjà discuté à maintes reprises.

Un député (PLR) insiste pour ce qu'elle détaille tout ce qui change par rapport au projet du Conseil d'Etat. Il dit qu'elle a manqué un détail important à l'art. 15A.

La députée (S) rappelle qu'ils ont repris le contenu du PL 13717 pour le transposer dans le PL 13685. Tout ce qui était prévu dans le projet du Conseil d'Etat et n'était pas conforme au PL 13717 a donc simplement été retiré.

Elle dit que c'est un long amendement général, car il suit le projet du Conseil d'Etat qui est lui-même long, mais en soi les principes sont les mêmes que dans leur projet précédent, raison pour laquelle elle ne va pas revenir sur chaque détail. Elle répondra volontiers aux questions particulières par la suite le cas échéant.

La députée (S) indique qu'à l'art. 15A, la phrase « [...] qui exerce une activité régulière sans caractère de formation » a été supprimée, car à leur sens ce point avait été ajouté par le Conseil d'Etat pour exclure, par exemple, les médecins internes à l'hôpital. Ce point ne figurait d'ailleurs pas dans le PL 13717. Elle ajoute que l'al. 4 a été supprimé, car il n'a plus de pertinence par rapport à ce qui vient par la suite, c'est-à-dire la suppression de la fin automatique des rapports de service.

Sur l'art. 15B parlant de l'étendue de la garantie, elle informe qu'il s'agit du point le plus important. Lors de la première année est garanti un traitement intégral soumis à cotisations du premier et deuxième pilier. Lors de la deuxième année est garanti un traitement à 90%, soumis au deuxième pilier

uniquement et non plus au premier pilier. C'est ici la seule différence avec le PL 13717, dans lequel ils demandaient 100% pour l'entier des deux années. Il s'agit d'une concession politique décidée par les signataires.

Les articles suivants ne changent pas fondamentalement.

L'art. 15E change, puisque le financement est prévu par une participation du personnel à 0,1%, le reste étant dû par l'employeur.

L'art. 15F change dans quelques petites formulations. En effet, bien qu'elle pense que c'était déjà le sens voulu par le Conseil d'Etat, les dépositaires ont simplement procédé à quelques précisions pour dire que la compensation avec d'autres prestations d'assurance reçues pour la même période est automatique.

L'art. 15G est repris du PL 13717 et dit qu'il est possible de créer une compagnie d'assurance maladie publique. Si cette dernière est créée, c'est elle qui reprendra le paiement des traitements depuis le début, et la gestion du cas. Le recours à un assureur privé n'est pas possible.

Tout ça, c'était sur la question du droit au traitement. La députée (S) parle maintenant de la question de la protection contre la résiliation pendant une incapacité de travail. Les principes changent et sont repris entièrement du PL 13717.

L'art. 24A, qui prévoyait la suppression automatique des rapports de travail au bout de 730 jours, est supprimé. Néanmoins, l'amendement général prévoit maintenant dans cet art. 24A la possibilité pour le membre du personnel qui le souhaiterait de mettre fin aux rapports de travail, le but étant d'éviter qu'une personne se retrouve, contre sa volonté, sous contrat et sans traitement.

L'art. 25B instaure la vraie protection contre les licenciements en cas d'incapacité de travail. Il n'y a pas de possibilité de résilier les rapports pendant l'incapacité de travail durant les 730 premiers jours. L'exception prévue dans le PL 13717 est reprise, disant que si le motif de résiliation a été communiqué avant le début de l'incapacité de travail ou dans le cas où le contrat de durée déterminée devait prendre fin pendant l'incapacité de travail, alors il est possible de mettre fin aux rapports de travail après 365 jours. Il s'agit donc dans ces cas d'une protection limitée dans le temps. Toutes les exceptions prévues par le Conseil d'Etat, qui, selon elle, vidait de sa substance la protection contre la résiliation pendant une maladie ou un accident, sont supprimées.

De ces modifications découlent d'autres modifications. Tout d'abord, les dépositaires souhaitent maintenir les dispositions actuelles de la loi sur le reclassement, en maintenant l'art. 26 al. 1. Les dispositions 24C et 24D proposées par le Conseil d'Etat sont supprimées, car elles n'ont plus de sens si l'on maintient l'art. 26.

Elle informe qu'il n'y a pas de modification de la loi sur la police (LPol) ni de la Loi sur l'organisation des établissements et le statut du personnel pénitentiaire (LOPP), puisqu'on maintient les dispositions sur le reclassement et l'invalidité.

Ces modifications détaillées sont reportées telles quelles dans la LIP.

Elle rappelle finalement qu'il s'agit d'un accord politique, avec des concessions réciproques des quatre parties signataires. Le débat sur l'assurance perte de gain maladie dure depuis maintenant 7 ans, le premier projet ayant été déposé en 2019, et les positions des parties réciproques sur tous ces sujets ont déjà été exposées. Les signataires souhaitent donc que cet amendement et le PL soient mis au vote formellement aujourd'hui.

M<sup>me</sup> Fontanet regrette d'avoir reçu cet amendement général seulement aujourd'hui à 10h, d'autant plus qu'il s'agit d'un amendement général ayant des conséquences importantes. Elle rappelle aux députés qu'ils connaissent les habitudes du Conseil d'Etat. Elle demande que le département soit entendu afin de se prononcer sur chacune des modifications et chacun des articles de cet amendement, ce qui n'est pas possible aujourd'hui en raison du trop bref délai. Si tel n'est pas le cas, malheureusement, ce n'est pas une menace, mais une réalité, ils seront contraints, en plénière, de ne pas demander le 3<sup>e</sup> débat, respectivement possiblement de ne pas demander non plus la promulgation. En effet, à partir du moment où un amendement général aussi important est présenté, alors le département demande à pouvoir se positionner clairement avant que le vote puisse être mené. Elle rappelle qu'il s'agit d'une pratique courante du Conseil d'Etat, qui doit pouvoir être entendu sur un amendement général, et surtout sur des éléments aussi techniques et juridiques. Elle ajoute que la situation est un peu plus complexe que ce qui est évoqué aujourd'hui par la députée (S). M<sup>me</sup> Fontanet annonce qu'elle n'aura pas d'autre déclaration à faire sur cet amendement, dont elle a à peine pu prendre connaissance depuis ce matin.

La députée (S) entend le point de M<sup>me</sup> Fontanet et entend que cet amendement général a été envoyé tardivement. Elle maintient néanmoins que les discussions sur tous les principes et questionnements concernant le sujet durent depuis sept ans, et maintient sa demande de procéder au vote de l'amendement général aujourd'hui. Elle ajoute que le département aura largement le temps ensuite d'étudier l'amendement avant le débat en plénière s'il le trouve nécessaire.

Un député (PLR) appuie la position du département. Il trouve important d'avoir un positionnement clair de la part du département sur chacune des dispositions. Il trouve que la demande d'amendements a été transmise trop



tard, que ce n'est pas sérieux, et que ça donne le sentiment que les partis signataires se sont organisés entre eux pour tenter un passage en force. Il trouve que ce n'est pas sérieux et pas respectueux pour les autres députés. Effectivement, cela fait 7 ans que la commission travaille sur la thématique, et ce travail doit se faire respectueusement. Ils devraient tous avoir le temps d'analyser cet amendement de manière détaillée. Il est d'avis clair que le département devrait pouvoir s'avancer avant de procéder au vote.

Un député (LC) exprime qu'en tant que député suppléant, il n'a pas accès aux documents ni aux procès-verbaux précédents. Il se retrouve ici dans une position peu appréciable. Il trouverait incroyable qu'il ne puisse même pas se référer à son groupe sur la question, son groupe étant d'ailleurs représenté par un seul député. Il ne trouve pas normal de devoir voter sans savoir ce sur quoi on vote. Il ajoute d'ailleurs qu'il n'est, pour sa part, pas au courant de tout ce qui s'est passé jusqu'ici. Il est d'avis que le vote ne devrait pas avoir lieu aujourd'hui. Il ne trouve pas admissible de devoir voter sur un projet qui a été envoyé si tard.

Un député (UDC) remercie les personnes ayant déposé l'amendement général, car ça fait partie du débat démocratique. Cependant, il trouve la situation surprenante, car il s'agit d'un amendement général important. Il dit que si le vote a lieu aujourd'hui, ils seront imposés sur le fond, mais aussi sur la forme. Il rejoint l'avis du PLR et trouve qu'il faudrait au minimum prendre le temps d'écouter le Conseil d'Etat, pour que cela ne ressemble pas au passage en force, mais si les signataires ne veulent pas l'entendre, c'est libre à eux.

Un député (Ve) trouve que le terme de passage en force est excessif. Il souligne que tous les points figurant dans l'amendement ont déjà été discutés par le passé. Les institutions et départements ont été auditionnés, et des processus de négociations ont eu lieu, permettant de créer une majorité. Il félicite d'ailleurs cette collaboration entre les différents groupes, qui ont fait preuve d'un véritable travail démocratique afin de former une majorité pour sortir par le haut de cette affaire en proposant cette demande d'amendement. Il remercie aussi le département d'avoir initié le travail en proposant un projet de loi, qui contenait certains très bons points, mais nécessitait aussi quelques modifications. Il ne va pas reprendre point par point ce qui a été évoqué par la députée (S). Il trouve qu'il n'y a pas besoin de reprendre les auditions sur des objets qui ont déjà largement été discutés. Il rejoint l'avis de la députée (S) et demande à voter aujourd'hui sur cet objet. En revanche, il exprime être très surpris de l'amendement du PLR, qui pour le coup présente un élément nouveau, le principe des 120 jours, qui n'avait jamais été évoqué auparavant. De plus, l'amendement a été envoyé aujourd'hui à 12h17.

Un député (PLR) se dit étonné qu'aucun membre des groupes opposés ne soit choqué par la manière dont cet amendement se présente comme un passage en force. Il dit que la volonté de l'envoyer à 10h est regrettable, surtout car il s'agit d'un PL et non d'une motion, qui a de vraies incidences sur les employés. Il regrette ces méthodes. Il énonce avoir diverses questions à chaud afin de mieux comprendre la proposition soumise.

Tout d'abord, il demande quelle est la logique de l'art. 24B al. 1. Lorsqu'on parle d'un employé qui a été malade pendant 730 jours et a reçu ses indemnités pendant 730 jours, c'est à ce moment-là que commencerait éventuellement la démarche pour le licenciement de la part de l'Etat. Passé ces 730 jours, on comprend que cette personne n'a plus droit au salaire. Mais si la personne se porte mieux le 731<sup>e</sup> jour, alors elle peut tout simplement revenir travailler à l'Etat et recevoir un salaire. Il demande quelle est la logique de cette idée.

La députée (S) répond que c'est la logique actuelle, qui a d'ailleurs toujours fonctionné. Une fois les 730 jours terminés, si la personne est toujours dans une situation d'incapacité de travail, il faut entamer une procédure de licenciement, y compris une procédure de reclassement, qui se clôture par une décision. C'est la procédure qui doit être maintenue. Elle rappelle que, comme le prévoit l'art. 24A, si le membre du personnel en fait la demande, il peut être mis fin aux rapports de travail immédiatement.

Un député (PLR) récapitule qu'ainsi, la personne qui a bénéficié des prestations pendant 730 jours peut revenir au travail le 731<sup>e</sup> jour, et aura à nouveau droit à son salaire. L'Etat, qui peut-être aurait perdu confiance en son salarié, ou l'aurait déjà remplacé, serait donc obligé de payer un salaire tout en enclenchant une procédure de licenciement, qui d'ailleurs peut prendre plusieurs années.

La députée (S) répond qu'il est logique qu'une personne qui n'est plus malade revienne au travail, travaille et reçoive un salaire. C'est d'ailleurs le principe qui régit actuellement.

Le député (LC) demande donc si celui qui reviendrait après 755 jours d'absence, dans la procédure de licenciement, récupérerait aussi tous ses droits.

La députée (S) rappelle que ça dépend de la procédure, et que ce serait le même cas qu'actuellement.

Le (PLR) rappelle qu'il est obligé de réagir à chaud étant donné qu'il n'a pas eu le temps d'examiner précisément cet amendement, d'où la raison de toutes ses questions. Donc s'il comprend bien, on offrirait 730 jours de prestations par exemple même à l'employé qui bénéficiait d'un travail à durée déterminée de six mois.

La députée (S) répond que non, dans ce cas, ce serait 365 jours de prestations. Elle redirige le député à l'art. 24B al. 1, 2<sup>e</sup> phrase, et rappelle que même une personne en contrat de durée déterminée a le droit d'être malade. Elle rappelle que le versement du traitement est lié aux rapports de travail.

Le député (PLR) récapitule donc que la personne aurait droit à 365 jours d'indemnités alors même qu'elle avait un contrat de durée déterminée de 6 mois. On étendrait sa couverture alors que le contrat de durée déterminée aurait déjà pris fin.

La députée (S) répond que oui, parfois malheureusement il arrive d'être malade pour plus longtemps que la période de son contrat.

Le député (PLR) demande pourquoi est-ce qu'on ajoute cet art. 26 al. 1. Il ne comprend pas ce que ça ajoute par rapport à ce qu'il y a déjà dans la LPAC.

La députée (S) dit que la seule modification, c'est la référence à l'art. 24B, vu que l'idée est d'intégrer un art. 24B. C'est simplement une modification de renvoi, le reste est identique.

Le député (PLR) revient à l'art. 15A. Le choix a été fait d'enlever une phrase, et lorsque la députée (S) a présenté cette modification, elle a cité comme exemple les médecins internes de l'hôpital. Il demande si, selon elle, cela ne concerne que les médecins de l'hôpital.

Une députée (S) répond que non, cela concernera probablement d'autres personnes également. Elle rappelle que c'était déjà prévu dans le PL 13717, dans lequel tout le monde était couvert.

Le député (PLR) demande pourquoi l'art. 15B al. 3 a été supprimé.

La députée (S) explique que si on exclut le recours à une assurance maladie perte de gain privée, cet alinéa n'a plus de sens.

Le député (PLR) demande s'il ne faudrait pas garder cet alinéa pour les assurances maladie perte de gain publiques.

La députée (S) répond que non, car la manière dont est formulé l'art. 15G c'est clairement que l'assurance publique peut remplir cette fonction de verser ces indemnités, et donc il n'y a pas besoin de cet article de coordination. Les principes nécessaires sont dans l'art. 15B et l'art. 15G.

Le député (PLR) demande quelle est, selon la députée (S), la jauge fixée à 0,1% à l'art. 15E. Il demande si c'est, à ce jour, ce qui est prélevé de manière réglementaire à ce stade ou s'il y a une autre logique particulière.

La députée (S) dit qu'il y a une logique dans la mesure où la réduction à 90% du traitement pendant la deuxième année est une économie considérable pour l'Etat et que, dès lors, à leur sens, il ne se justifie pas d'aller au-delà du montant de 0,1% de prélèvement. Elle rappelle d'ailleurs que le PL 13717

prévoyait une marge pour aller au-delà, entre 0,1% et 0,9%, qui a donc été réduite.

Le député (PLR) demande pourquoi ne pas fixer ce pourcentage par voie réglementaire.

La députée (S) répond que c'est un choix des auteurs.

Le député (PLR) dit donc que sauf erreur, il n'y a pas de modification de la LPol.

La députée (S) répond que non. Comme elle l'a déjà expliqué, les modifications sur la LPol n'étaient plus nécessaires. Elle rappelle qu'ils ont déjà entendu le DIN sur ce point-là.

Le député (PLR) se rappelle que le DIN avait considéré qu'il était important de garder ces deux articles, mais lui n'était pas convaincu non plus. Il dit qu'à l'art. 41, il y avait la possibilité de mettre des personnes à la retraite pour cause d'invalidité. Il comprend que c'est un droit qui se perd dans cet amendement.

La députée (S) répond qu'au contraire, c'est un droit qui est maintenu dans l'amendement général. Il était perdu dans le PL 13685.

Le député (PLR) demande de voter formellement sur le fait de demander au Conseil d'Etat de revenir avec un examen plus complet sur cet amendement général. Il demande qu'on sursoie à la fin du deuxième débat, pour que le Conseil d'Etat puisse se prononcer sur cet amendement général.

## ***2<sup>e</sup> débat***

Le président soumet au vote la demande d'un député (PLR) d'auditionner M<sup>me</sup> Fontanet et son département :

Oui : 7 (2 UDC, 4 PLR, 1 LC)

Non : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Abstentions : —

***La demande d'un député (PLR) d'auditionner M<sup>me</sup> Fontanet et son département est refusée.***

Le président soumet au vote le principe de travailler sur l'amendement général :

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : —

***Le principe de travailler sur l'amendement général est accepté.***

Le président demande au député (PLR) de présenter sa demande d'amendements.

Le député (PLR) décrit la proposition d'amendement du PLR et explique les différentes modifications apportées :

Ils ont redécoupé l'art. 15B en trois alinéas. L'alinéa 1 permettrait de passer de 365 jours à 120 jours. Le reste de l'article demeure. A l'alinéa 2, il est informé que dès le 121<sup>e</sup> jour, on passerait au traitement qui garantit à 90% et sans déductions de la couverture de prévoyance. Il procède à la lecture de l'alinéa 3.

Un point important est qu'à l'art. 15E, seul l'al. 2 serait modifié. Au lieu du principe d'un financement de 2/3 au moins par l'employeur ou par l'Etat, ces prestations seraient financées à 50% au moins par l'employeur. Cela responsabilise les employés, qui devraient payer la moitié de ces prestations. Il y a un aspect de solidarité qui est important, ainsi qu'un aspect d'économie pour l'Etat.

L'art. 131B a subi les mêmes modifications, suivant la même logique et un découpage en trois alinéas.

L'art. 131E suit la même logique, les prestations sont financées par moitié au moins par l'Etat.

L'art. 41 LPol est supprimé, car ils n'ont absolument pas compris ce qu'a dit le DIN sur l'intérêt de maintenir cette disposition.

Ils demandent également la suppression de l'art. 23 LOPP. Il remarque une coquille dans l'amendement. Le DIN n'a pas non plus réussi à les éclairer sur le sens de cette disposition.

Il s'agit donc, pour l'essentiel, du projet de loi proposé par le Conseil d'Etat, avec quelques modifications qui ne sont pas essentielles, mais qui modernisent et apportent un meilleur équilibre entre l'employeur et l'employé. Ces amendements permettront à l'Etat de faire quelques économies et d'être plus réactif.

Une députée (S) dit qu'elle s'oppose à cet amendement qui vise à réduire trop largement les prestations, surtout vu le principe des 120 jours d'indemnités complètes. Elle demande qu'on vote maintenant formellement sur les différents articles de l'amendement général.

**Titre et préambule :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : —

***Adopté***

**Art. 1 – Modifications**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : —

***Adopté***

**Titre II Chapitre 1 – Généralités (nouveau)**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : —

***Adopté***

**Chapitre 2 – Indemnisation en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : —

***Adopté***

**Art. 15A – Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

Un député (PLR) propose un amendement à l'al. 1.

Le président soumet au vote l'amendement du député (PLR) à l'art. 15A al. 1 :

*« En cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident d'un membre du personnel rétribué mensuellement qui exerce une activité régulière sans caractère de formation, le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration garantit son traitement à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils. »*

Oui : 7 (1 LC, 4 PLR, 2 UDC)  
Non : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)  
Abstentions : –

**L'amendement est refusé.**

Un député (PLR) propose un second amendement en ajoutant un art. 15A al. 4.

Le président soumet au vote l'amendement du député (PLR) d'ajouter un art. 15A al. 4 :

*« Le versement du traitement cesse au plus tard à la fin des rapports de services. »*

Oui : 7 (1 LC, 4 PLR, 2 UDC)  
Non : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)  
Abstentions : –

**L'amendement est refusé.**

**Art. 15A sans modification :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)  
Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)  
Abstentions : –

**Adopté**

**Art. 15B – Etendue de la garantie (nouveau)**

Un député (LC) annonce qu'il va s'abstenir pour la suite, car il n'a pas pu discuter avec son groupe des amendements.

Un député (PLR) propose un amendement à l'art. 15B.

Le président soumet au vote l'amendement du député (PLR) à l'art. 15B :

*Al. 1 « Le traitement est garanti en intégralité pendant 120 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail (...) »*

*Al. 2 « Dès le 121<sup>e</sup> jour civil d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, le traitement est garanti à hauteur de 90%, sans réduction de la couverture de prévoyance (...) »*

*Al. 3 « Lorsque des prestations d'assurance sont allouées, le membre du personnel ne peut percevoir un traitement net supérieur à celui qui lui est dû lorsqu'il travaille. Dès le 121<sup>e</sup> jour civil d'incapacité ou d'incapacité de*

*travail, totale ou partielle, pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, le traitement net ne peut dépasser la valeur nette de 90% du traitement en activité. »*

Oui : 6 (4 PLR, 2 UDC)

Non : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Abstentions : 1 (1 LC)

***L'amendement est refusé.***

Un député (PLR) redemande à ce que le département puisse se prononcer sur l'amendement général.

Une députée (S) dit que cela a déjà été refusé.

Le député (PLR) répond qu'il sait que ça a déjà été refusé, mais il observe la difficulté de la tâche et dit qu'il a le sentiment qu'on ne comprend pas vraiment ce que l'on vote. Il redemande à obtenir une audition du département.

La député (S) dit que le Conseil d'Etat a reçu ces amendements ce matin. Disposant de juristes très compétents, ils auraient pu venir ici et en discuter aujourd'hui.

Le député (PLR) rappelle qu'on est en train de voter quelque chose de sérieux, qu'il faut prendre le temps d'en parler.

La députée (S) rappelle qu'on en discute depuis maintenant sept ans.

Un député (MCG) demande à faire une motion d'ordre pour que l'on vote sans débat. Il veut passer au vote article par article. Il demande qu'on n'intervienne plus durant le vote.

Un député (PLR) demande si c'est possible de faire ça. Il se dit très étonné qu'on puisse voter sur le fait d'interdire les débats en pleine commission. Il pense que c'est quelque chose qu'on peut faire en plénière, mais il ne pense pas qu'on peut faire ceci en commission.

Un député (Ve) remarque une volonté du PLR de déposer de nombreux amendements même s'ils savent qu'ils seront tous refusés. C'est une stratégie qui a déjà été vue. Ainsi, il propose de voter pour que la commission siège jusqu'à la fin du traitement de ce projet, quand bien même il faudrait siéger jusqu'à 15h. Il trouve que les choses se sont passées de manière très démocratique jusqu'ici. Il comprend que le député (PLR) n'apprécie pas l'idée de perdre, mais il dit qu'aujourd'hui il y a une majorité politique, qu'il faut l'accepter dignement et passer au vote. Il demande aux membres du PLR d'accepter le fait qu'ils sont, pour cette fois, en minorité.

Un député (MCG) retire sa proposition de motion d'ordre pour rejoindre celle du député (Ve), de voter pour siéger jusqu'à la fin du traitement du projet.



Un député (PLR) dit avoir été convoqué jusqu'à 14h et qu'il ne veut pas que ça dure plus longtemps. Il demande au président de respecter les institutions et de faire auditionner le Conseil d'Etat, pour que tout le monde puisse voter en connaissance de cause.

Le président demande au député (PLR) d'être bon perdant et de faire un rapport de minorité par la suite.

Une députée (S) rappelle une fois de plus que non, cette motion a déjà été votée. Elle entend le point du député (PLR), mais la majorité est là, et elle veut faire voter cet amendement aujourd'hui. Elle souhaite qu'on procède au vote. Elle demande à M. Audria s'il est possible de faire voter cet amendement sans débats.

M. Audria explique que l'art. 79 LRGC prévoit que quand il y a une motion d'ordre, on peut demander de passer au vote directement. Il n'y a pas mention d'interdiction de déposer des amendements. En procédure de vote, normalement, on ne fait pas de débats. En revanche, le vote doit se faire article par article, il n'est pas possible de voter en une seule fois.

Un député (PLR) indique que l'art. 79 LRGC concerne le plénum, mais à son sens pas du tout les commissions.

### **Le président soumet au vote la modification de l'ordre du jour permettant de terminer la commission à 15h :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)

Non : 7 (2 UDC, 4 PLR, 1 LC)

Abstentions : —

M. Audria précise qu'une demande de modification d'ordre du jour en pleine commission nécessite une majorité qualifiée. Il demande un petit moment pour vérifier le chiffre. Après vérification, la modification d'ordre du jour pendant une séance nécessite une majorité qualifiée des 2/3 des commissaires, ce qui implique 10 personnes sur 15. Ce chiffre n'étant pas atteint, la modification de l'ordre du jour doit être refusée.

### **La modification de l'ordre du jour est refusée.**

Un député (PLR) propose un amendement à l'al. 1.

Le président soumet au vote l'amendement du député (PLR) à l'art. 15B al. 1 :  
« *Le traitement est garanti en intégralité pendant 365 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1095 jours civils.* »

Oui : 6 (4 PLR, 2 UDC)  
Non : 7 (3 S, 2 Ve, 1 MCG, 1 LJS)  
Abstentions : 1 (1 LC)

**L'amendement est refusé.**

Un député (PLR) propose un amendement en ajoutant un art. 15B al. 3.

Le président soumet au vote l'amendement du député (PLR) d'ajouter un art. 15B al. 3 :

*« Lorsque des prestations d'assurance sont allouées, le membre du personnel ne peut percevoir un traitement net supérieur à celui qui lui est dû lorsqu'il travaille. Dès le 366<sup>e</sup> jour civil d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, le traitement net ne peut dépasser la valeur nette de 90% du traitement en activité. »*

Oui : 6 (4 PLR, 2 UDC)  
Non : 7 (3 S, 2 Ve, 1 MCG, 1 LJS)  
Abstentions : 1 (1 LC)

**L'amendement est refusé.**

#### **Art. 15B sans modification :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 LJS)  
Non : 6 (4 PLR, 2 UDC)  
Abstentions : 1 (1 LC)

**Adopté**

Il est 14h00, le président annonce que les votes continueront lors de la prochaine séance.

Un député (PLR) demande, une fois de plus, à ce que le Conseil d'Etat soit entendu sur ces amendements.

Une députée (S) dit que vu la durée de la procédure de vote entamée par un député (PLR), elle s'oppose une fois de plus à cette proposition.

Le 9 mai 2026, le président poursuit la procédure de vote et reprend à l'art. 15C.

Le président procède au vote du 2<sup>e</sup> débat :

**Art. 15C** pas d'opposition, adopté

**Art. 15D** pas d'opposition, adopté

**Art. 15E al. 1 :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : –

***L'art. 15E al. 1 est accepté.***

Le groupe PLR propose un amendement à l'al. 2.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 15E al. 2 :

« Les prestations sont financées pour moitié au moins par l'employeur. »

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Abstentions : –

***L'amendement est refusé.***

**L'art. 15E tel que proposé dans l'amendement général est soumis au vote :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : –

***L'art. 15E tel qu'amendé est accepté.***

**Art. 15F** pas d'opposition, adopté

**Art. 15G :**

M. Audria remarque que le parti des Verts avait déposé un amendement le 7 novembre 2025. Il demande ce qu'il en est.

Une députée (Ve) répond que cet amendement est retiré.

Un député (PLR) propose un amendement à l'art. 15G en revenant à la proposition du Conseil d'Etat.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 15G :

« *Art. 15G Souscription d'assurances (nouveau)*

*Al. 1 – Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration peut conclure une assurance perte de gain en cas de maladie.*

*Al. 2 – Une assurance-accidents complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire peut également être souscrite. »*

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Abstentions : –

***L'amendement est refusé.***

**Art. 15G tel que proposé par l'amendement général :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : –

***L'art. 15G tel que proposé par l'amendement général est accepté.***

Un député (PLR) remarque qu'en relisant l'art. 15G al. 2, il comprend qu'il s'agit de maintenir la situation actuelle, mais il trouve que la formulation « le conseil d'administration » est peu claire pour définir de qui il s'agit.

M. Renold répond qu'il s'agit de la même formulation que celle proposée dans le projet du Conseil d'Etat à l'art. 15G al. 1. Elle admet avoir repris le plus possible les mêmes formulations que celles proposées dans le projet du Conseil d'Etat.

Un député (PLR) la remercie pour la précision et se dit satisfait.

**Section 4** Pas d'opposition, adopté

**Art. 24A** pas d'opposition, adopté

**Art. 24B** pas d'opposition, adopté

**Art. 26 al. 1 (nouvelle teneur) :** Pas d'opposition, adopté

**Art. 36 al. 4 et 5** pas d'opposition, adopté

**Art. 2 souligné** pas d'opposition, adopté

**Art. 131A** pas d'opposition, adopté

**Art. 131B :**

Le PLR propose un amendement à l'al. 1.

Un député (Ve) demande aux personnes proposant cet amendement si, véritablement, elles souhaitent créer une dissymétrie entre deux parties du personnel de l'Etat, vu que l'article équivalent dans la LPAC a été accepté.

Un député (PLR) confirme qu'il trouve tout de même important de voter là-dessus.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 131B al. 1 :

*« Le traitement est garanti en intégralité pendant 120 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail (...) »*

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Abstentions : —

**L'amendement est refusé.**

Le PLR propose un amendement à l'al. 2.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 131B al. 2 :

*« Dès le 121<sup>e</sup> jour civil d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, le traitement est garanti à hauteur de 90%, sans réduction de la couverture de prévoyance (...) »*

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Abstentions : —

**L'amendement est refusé.**

Le PLR propose un amendement en ajoutant un al. 3.

Le président met aux voix l'amendement du PLR d'ajouter un art. 131B al. 3 :

*« Lorsque des prestations d'assurance sont allouées, le membre du personnel ne peut percevoir un traitement net supérieur à celui qui lui est dû lorsqu'il travaille. Dès le 121<sup>e</sup> jour civil d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, le traitement net ne peut dépasser la valeur nette de 90% du traitement en activité. »*

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)  
Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)  
Abstentions : –

**L'amendement est refusé.**

**L'art. 131B tel que proposé par l'amendement général est soumis au vote :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)  
Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)  
Abstentions : –

***L'art. 131B tel qu'amendé est accepté.***

**Art. 131C** pas d'opposition, adopté

**Art. 131D** pas d'opposition, adopté

**Art. 131E al. 1 :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)  
Non : 7 (1 LC, 4 PLR, 2 UDC)  
Abstentions : –

***L'art. 131E al. 1 est accepté.***

**Art. 131E al. 2 :**

Le PLR propose un amendement à l'al. 2.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 131E al. 2 :

*« Les prestations sont financées pour moitié au moins par l'Etat. »*

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)  
Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)  
Abstention : –

***L'amendement est refusé.***

**L'art. 131E tel qu'amendé est mis au vote :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)  
Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)  
Abstentions : –

***L'art. 131E tel qu'amendé est accepté.***

<b>Art. 131F</b>	pas d'opposition, adopté
<b>Art. 131G</b>	pas d'opposition, adopté
<b>Art. 139</b>	pas d'opposition, adopté
<b>Art. 139A</b>	pas d'opposition, adopté
<b>Art. 150 al. 4 et 5</b>	pas d'opposition, adopté

M. Audria indique que ce qui figure maintenant sur le tableau, ce sont d'autres lois qui vont être modifiées par l'amendement et le projet de loi. L'amendement général propose le maintien, tandis que l'amendement du PLR propose la suppression de deux articles de deux lois différentes.

Un député (PLR) récapitule donc que l'amendement général ne contient pas de disposition proposant la modification de la loi sur la police, tandis que dans le PL du Conseil d'Etat, il y avait une modification.

Une députée (S) confirme que c'est correct.

Le PLR propose un amendement à l'al. 2.

Le président met aux voix l'amendement du PLR suivant :

*Suppression de l'article 41 de la loi sur la police, du 9 septembre 2014 (LPol – F 1 05) :*

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)  
Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)  
Abstentions : –

***L'amendement est refusé.***

**Art. 23** de la loi sur l'organisation des établissements et le statut du personnel pénitentiaire du 3 novembre 2026 (LOPP – F1 50) :

Le PLR propose un amendement en proposant la suppression.

Le président met aux voix l'amendement de suppression du PLR à l'art. 23 :

Oui : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)  
Non : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)  
Abstentions : –

***L'amendement est refusé.***

**Art. 3 Entrée en vigueur :**

Oui : 8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)

Non : 7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : –

***L'art. 3 est accepté.***

Avant de passer au 3<sup>e</sup> débat, le président cède la parole aux députés pour leurs éventuelles prises de position.

Un député (UDC) annonce que le Parti UDC refusera ce PL tel qu'amendé et que son collègue ou lui-même fera un rapport de minorité.

Un député (PLR) exprime qu'évidemment, le groupe PLR regrette l'amendement général sur lequel la commission a travaillé aujourd'hui. Le PLR pense qu'il ne va pas dans la bonne direction, et qu'il fossilise le statut du fonctionnaire au lieu de le moderniser et de le rendre plus souple.

Il souligne que les premières victimes de cette fossilisation du statut des fonctionnaires, ce sont les fonctionnaires eux-mêmes, qui subissent aussi le fait qu'une petite minorité a parfois tendance à abuser du système en restant des années en arrêt maladie. Selon lui, le PL proposé par le Conseil d'Etat permettait une meilleure gestion, une série d'économies, et visait une meilleure efficacité. Il donnait aussi l'occasion, à certaines conditions, de pouvoir faire appel à une assurance privée, qui a souvent une excellente pratique dans ce domaine. Le Parti PLR regrette ce retour en arrière, et pour motifs votera contre ce projet de loi.

Un député (MCG) rappelle que toute assurance répond au besoin d'apport d'argent, donc l'Etat n'a pas besoin d'avoir recours à une assurance privée, qui sera en fait la seule gagnante dans l'histoire. Plus important encore, il rappelle l'actualité des quinze dernières années, et juge qu'avec cet amendement, en supprimant la possibilité d'avoir une assurance privée, on supprime un risque important de maltraitance d'un fonctionnaire atteint dans sa santé. Il cite l'exemple de la clinique Corela, qui a travaillé pour l'AI, domaine qu'il connaît bien. Actuellement, il y a de nouveau un cabinet de « pseudo-experts », très fidèles à leur mandant et très bien rémunérés, et qui rendent des expertises qui ne correspondent aucunement à la réalité, présentant des jugements de valeur, et arrivant à des conclusions irréelles qui relèvent de la maltraitance. Pour ces raisons, il annonce que le parti MCG votera pour ce PL tel qu'amendé.

Une députée (S) dit que le Parti socialiste votera bien évidemment pour cet amendement général. Elle félicite tous les différents groupes ayant collaboré pour l'élaboration de l'amendement général d'avoir réussi à trouver un compromis politique, après des années passées à travailler sur ce sujet.



L'amendement est fondamental, car il maintient au cœur du dispositif la protection de la santé et la protection des employés malades ou accidentés. Il ne s'agit donc pas d'une question de modernisation, mais d'une question de protection de la personne malade. Il s'agit de la protéger en lui permettant d'avoir un revenu pendant son incapacité de travail, en la protégeant d'un licenciement pendant les périodes concernées. De plus, cet amendement permet aussi d'éviter que des assurances privées, qui font des profits au détriment de la couverture, puissent attaquer la protection de l'incapacité de travail du personnel employé du service public. Pour ces raisons, le Parti socialiste invite tout le monde à voter ce PL tel qu'amendé.

Un député (LC) émet qu'il a été surpris du fait que le groupe LJS ait rejoint les partis de gauche s'agissant de ce PL, dont il ne comprend pas la position, même si c'est le jeu démocratique. Il dit qu'aujourd'hui, on accepte de faire payer le contribuable, c'est la fonction publique qui dysfonctionne. Lors de cette séance, il n'a entendu que du mal de ces assurances privées, auxquelles le privé est souvent confronté, alors que les situations se passent en réalité souvent bien. Certes, il dit qu'on peut parler du scandale Corela indéfiniment, mais selon lui, l'idée c'est d'avancer, et de proposer des choses nouvelles. On reste ancré dans le passé, ce qu'il trouve dommage, car, au final, ça reste le contribuable qui paie. Pour répondre à un député (MCG), certes l'Etat a de l'argent, mais l'argent ne tombe pas du ciel, et fondamentalement, c'est la petite minorité des gens qui paient des impôts qui va financer ceci. Il ne partage pas le point de vue entendu s'agissant des expertises, mais souligne qu'il n'est pas là pour défendre les assureurs privés. Néanmoins, il dit que partir de l'a priori que c'est mauvais et que ça ne fonctionnera pas rend l'avancement de notre société compliqué, ce qu'il déplore. Pour ces raisons, il votera contre ce PL tel qu'amendé.

Un député (LJS) dit que le groupe LJS votera pour ce PL tel qu'amendé. Il considère qu'il s'agit d'un bon compromis, car chaque partenaire fournit un effort de son côté. C'est un projet pragmatique, qui introduit aussi la création éventuelle d'une caisse maladie perte de gain publique.

Un député (Ve) félicite également les différents groupes qui ont réussi à s'entendre pour sortir par le haut de cette affaire. Le problème de la santé au travail et de son traitement est une vraie question, et le fait que le département ait décidé de soulever cette question est totalement judicieux. Pour en revenir au principe de « modernisation » utilisé par certains collègues, pour lui, parler de modernisation, c'est ici parler de précarisation et d'affaiblissement. Il ajoute que lorsqu'on voit que le PLR propose de licencier les gens après 4 mois de maladie, on voit la violence de la conception du PLR de ce qui doit advenir des employés de la fonction publique, qui sont parfois atteints de maladie. Il

souligne que le processus pour arriver à cet amendement général a été très démocratique, les partis voulaient sortir par le haut de cette affaire et se sont donc réunis pour en discuter. Ça n'a pas été simple, tout a été négocié, il y a eu un réel travail de fond et ils ont finalement réussi à générer une majorité. Il observe que ceux qui ont l'habitude d'être en majorité se retrouvent aujourd'hui en minorité, certes, mais que c'est la preuve d'un parlement mature de voir que la majorité se fait sur des projets concrets. C'est pour ces raisons que le groupe Les Verts va voter pour ce PL tel qu'amendé.

Une députée (S) précise qu'un financement est prévu par un prélèvement sur les salaires de la prise en charge des revenus pendant les incapacités de travail, ce qui veut dire que c'est en fait le personnel qui finance la prise en charge, et qui permettra aussi de les remplacer, donc d'alléger le poids des absences maladie dans les services concernés. Deuxièmement, les scandales liés aux expertises mandatées par les assureurs n'existent pas qu'avec la clinique Corela, même si c'est l'exemple le plus criant. La problématique étant bien réelle, il s'agit ainsi de régler les problèmes actuels, ce qui sera aussi possiblement le cas par la création d'une caisse publique d'assurance.

Une députée (Ve) remercie ces collègues pour leurs arguments en faveur de ce PL, qu'elle souhaite compléter sur un point. Elle rappelle qu'elle invoque rarement sa casquette professionnelle, mais qu'elle souhaite le faire aujourd'hui pour revenir sur certains propos du député (LC). Elle aussi, dans le cadre de son métier, a à faire avec les médecins-conseils et avec les assurances perte de gain. Cependant, elle ne partage pas tout à fait la même appréciation de leur bonne foi. Dans certains cas, il lui est arrivé de devoir se battre pendant des mois pour des cas où un arrêt de travail était parfaitement justifié, par exemple à la suite d'un accident complexe. Est-ce que c'était de la méconnaissance ou de la mauvaise foi, elle ne pourrait le dire, mais en tout cas, l'assurance privée a fait preuve d'une attitude qui était absolument désastreuse.

### **3<sup>e</sup> débat**

Le président met aux voix l'ensemble du PL 13685 ainsi amendé :

Oui :	8 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG)
Non :	7 (4 PLR, 2 UDC, 1 LC)
Abstentions :	—

***Le PL 13685, tel qu'amendé, est accepté.***

A la suite de ces explications, la majorité de la commission vous invite à accepter ce projet de loi.

*Date de dépôt : 28 mai 2026*

## RAPPORT DE LA PREMIÈRE MINORITÉ

### Rapport de Alexandre de Senarclens

Le Conseil d'Etat a déposé le 3 septembre 2025 une réforme de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (LPAC – B 5 05). Ce projet de loi concerne le traitement de l'absence des membres du personnel.

Une majorité inédite, une nouvelle grande gauche, a refusé en commission le projet de loi du Conseil d'Etat et a lui a préféré un amendement qui détricote l'ensemble du projet proposé par le Conseil d'Etat. Au lieu d'alléger le carcan et les lourdeurs de la LPAC dans la gestion des absences des membres du personnel, cette majorité va dans le sens inverse et refuse tout changement.

Voici les principales modifications prévues par l'amendement général :

#### ***1. Versement du traitement au-delà de la fin des rapports de service (art. 15A al. 4)***

L'amendement général a supprimé l'article 15A al. 4 qui prévoyait que le versement du traitement cesse au plus tard à la fin des rapports de service. Ainsi, l'amendement général vise ainsi à assurer le paiement du traitement au-delà de la fin des rapports de service.

L'amendement général offre un droit au traitement pendant 730 jours, peu importe la durée de ceux-ci (engagement de durée déterminée de quelques mois ou engagement de durée indéterminée) et le statut du membre du personnel concerné (fonctionnaire, auxiliaire, stagiaire, apprentie).

#### ***2. Versement du traitement au-delà de la durée d'engagement prévue (art. 24B al. 1)***

L'amendement général prévoit que si le contrat de durée déterminée doit prendre fin pendant l'incapacité de travail, les rapports de service ne peuvent prendre fin au plus tôt qu'après un délai de 365 jours.

Cela a pour effet de prolonger les rapports de service au-delà de la durée d'engagement prévue initialement, jusqu'à 365 jours de plus.

### ***3. Restriction aux possibilités de résilier les rapports de service (art. 24B al. 1)***

Pour les engagements de durée indéterminée, l'amendement général prévoit une impossibilité de résilier pendant 365 jours au minimum, même en cas de motif fondé communiqué en amont de l'incapacité.

Un membre du personnel qui commet par hypothèse un harcèlement sexuel ou une infraction pénale devrait être conservé au sein des effectifs de l'Etat au minimum pendant 365 jours s'il tombe en incapacité de travail.

La situation serait même pire si l'employeur n'a pas eu le temps de communiquer le motif fondé de résiliation avant le début de l'incapacité de travail, notamment si le membre du personnel a pressenti les événements défavorables et s'est placé en incapacité de travail. Dans ce cas la protection serait de 730 jours, sans possibilité de résiliation.

### ***4. Inclusion des stagiaires, apprenties et apprentis (art. 15A al. 1)***

Avec l'amendement général, la garantie de traitement et la protection contre la résiliation s'appliquent également aux stagiaires, apprenties et apprentis.

Cela signifie qu'un stagiaire engagé pour une durée de deux mois pourrait voir ses rapports de service et son droit au traitement prolongés jusqu'à 365 jours s'il tombe en incapacité de travail durant la dernière semaine de son stage.

Il n'apparaît évidemment aucunement opportun de maintenir une personne en formation dans une relation de travail, lorsque l'objectif de formation qui sous-tend l'engagement est compromis.

### ***5. Suppression de la garantie du traitement net (art. 15B al. 3)***

Actuellement, lorsque des prestations de l'assurance-accidents sont allouées, un membre du personnel perçoit un traitement net supérieur à celui qui lui est versé en activité, car les indemnités journalières de l'assurance ne sont pas soumises aux cotisations sociales.

Le projet du Conseil d'Etat prévoyait lui que lorsque des prestations d'assurance sont allouées, le membre du personnel ne peut percevoir un traitement net supérieur à celui qui lui est dû lorsqu'il travaille.

## **6. Interdiction du recours à une assurance perte de gain maladie privée (art. 15G al. 1)**

L'article du projet de loi du Conseil d'Etat prévoyait que : « *Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration peut conclure une assurance perte de gain en cas de maladie.* »

L'amendement général prévoit lui : « *Les droits prévus à l'article 15A et 15B pour inaptitude ou incapacité de travail pour cause de maladie peuvent être assurés auprès d'une compagnie d'assurance publique créée par le canton de Genève, sans supprimer la soumission aux cotisations sociales durant la première année d'inaptitude ou d'incapacité. **Le recours à un assureur privé n'est pas autorisé.*** »

Ainsi, l'amendement général a simplement interdit la possibilité de recourir à un assureur privé.

Pourtant, l'IMAD bénéficie d'une assurance perte de gain maladie privée depuis des années, et ce dispositif a démontré son efficacité. L'amendement général remet en cause un système qui a fait ses preuves. L'IMAD se verrait ainsi contrainte de résilier son contrat d'assurance et de solliciter des ressources supplémentaires afin d'assurer la gestion interne des dossiers des membres du personnel absents.

Ainsi, ce projet de loi tel que sorti de commission crée des aberrations et des rentes de situation. La minorité vous invite à la rejeter.

*Date de dépôt : 29 mai 2026*

## RAPPORT DE LA DEUXIÈME MINORITÉ

### Rapport de Patrick Lussi

Ne vous y trompez pas. Ce PL sorti de la commission nous induit en erreur par son numéro. Il n'a rien à voir avec le PL 13685 du Conseil d'Etat.

Au début des travaux en commissions, nous traitions simultanément le PL 13685 du Conseil d'Etat et le PL 13717 présenté par le groupe socialiste.

Ce PL 13717 était, dans sa forme, irrecevable. Le groupe socialiste a alors rédigé un amendement général au PL 13685 du Conseil d'Etat. Cet amendement général modifie fondamentalement le fond du PL du Conseil d'Etat en introduisant les dispositions contestées et contestables du PL 13717 socialiste. La majorité de la commission a accepté cet amendement général et a décidé de geler le PL 13717 jusqu'au vote final de cet ersatz de PL 13685 qui vous est proposé en session.

Pour notre minorité, le PL 13685 original du Conseil d'Etat est un renforcement clair de la protection sociale des employés publics.

Le projet introduit un cadre explicite et harmonisé pour la garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident par ces points :

- Garantie jusqu'à 730 jours sur 1 095 jours
- 100% du salaire pendant 1 an, puis 90% ensuite

*Il faut préciser ses points positifs :*

- Sécurise fortement les revenus des collaborateurs en cas d'incapacité prolongée
- Offre une visibilité et une égalité de traitement accrues
- Se rapproche des bonnes pratiques du secteur public moderne

Il introduit un équilibre entre protection du personnel et responsabilité individuelle

Le texte prévoit un cadre clair :

- Obligation de collaboration médicale du collaborateur
- Possibilité de réduction des prestations en cas d'abus ou faute grave

*Points positifs :*

- Evite les abus du système
- Responsabilise les employés
- Renforce la crédibilité et l'acceptabilité du dispositif

**Mécanisme de financement maîtrisé et solidaire**

- Participation du personnel plafonnée à 0,9% du salaire brut
- Financement majoritairement assuré par l'employeur (au moins 2/3)

*Points positifs :*

- Effort financier limité et proportionné pour les employés
- Maintien d'un rôle central de l'Etat employeur
- Approche solidaire et soutenable

**Encouragement explicite à la réinsertion professionnelle**

Le projet introduit des obligations pour l'employeur :

- Mise en place de mesures de réinsertion avant rupture du lien de travail
- Possibilité de prolonger les rapports de service en cas de capacité partielle

*Points positifs :*

- Favorise le retour à l'emploi
- Réduit les exclusions durables du marché du travail
- Valorise une approche humaine et proactive des RH

**Clarification et sécurisation juridique des situations de fin de service**

- Fin automatique après 730 jours d'incapacité
- Protection contre le licenciement avant ce délai, avec exceptions encadrées

*Points positifs :*

- Clarifie des situations souvent sensibles
- Réduit les litiges et incertitudes juridiques
- Assure un cadre transparent pour employeur et employé

**Meilleure coordination avec les assurances sociales**

- Imputation des prestations d'assurance pour éviter la surindemnisation
- Possibilité pour l'Etat de récupérer des avances

*Points positifs :*

- Gestion financière plus rigoureuse
- Alignement avec les systèmes d'assurance existants
- Evite les doublons ou abus

**Harmonisation et modernisation du droit du personnel**

Le PL 13685 :

- Introduit un chapitre complet et cohérent sur maladie/accident
- S'applique de manière transversale (administration, justice, établissements publics médicaux)

*Points positifs :*

- Simplifie la lecture du droit
- Renforce l'égalité de traitement entre institutions
- Modernise une loi datant de 1997

**Conclusion**

Le PL 13685 original constitue une réforme globalement très positive et structurante :

Il améliore la sécurité sociale des employés publics.

Il instaure un équilibre entre protection et responsabilité. Il favorise la réinsertion et la gestion proactive des absences. Il renforce la cohérence et la transparence du cadre légal.

En résumé, ce projet de loi représente une modernisation pragmatique et équilibrée du régime du personnel public genevois, conciliant protection sociale, bonne gestion des ressources humaines et maîtrise des coûts.

**Décision**

Pour toutes ses raisons, Mesdames et Messieurs les députés, la minorité vous recommande, pour la bonne finalité, d'accepter l'entrée en matière du PL 13685.

De refuser l'intégralité de l'amendement général du groupe socialiste et sa majorité qui travestit, sans aucun avantage, le PL 13685 original du Conseil d'Etat.

De réintroduire pour le vote l'intégralité du PL 13685 du Conseil d'Etat et de le voter.



Si ce n'est pas le cas, notre minorité vous propose de rejeter cet ersatz de PL 13685-A.

## **Amendement général de la minorité**

### **Projet de loi (13685-A)**

**modifiant la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC) (B 5 05)**

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

#### **Art. 1      Modifications**

La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997 (LPAC – B 5 05), est modifiée comme suit :

**Chapitre I              Généralités (nouveau, à insérer  
du titre II              avant l'art. 10)**

**Chapitre II             Garantie du traitement en cas de maladie  
du titre II             ou d'accident (nouveau)**

#### **Art. 15A    Durée de la garantie (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident d'un membre du personnel rétribué mensuellement qui exerce une activité régulière sans caractère de formation, le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration garantit son traitement à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1 095 jours civils.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration fixe le droit au traitement en cas de maladie ou d'accident des autres catégories de personnel.

<sup>3</sup> L'incapacité ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

<sup>4</sup> Le versement du traitement cesse au plus tard à la fin des rapports de service.

### **Art. 15B Etendue de la garantie (nouveau)**

<sup>1</sup> Le traitement est garanti en intégralité pendant 365 jours civils d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1 095 jours civils.

<sup>2</sup> Dès le 366<sup>e</sup> jour civil d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, le traitement est garanti à hauteur de 90%, sans réduction de la couverture de prévoyance. Lorsque la maladie ou l'accident est d'origine professionnelle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981, le traitement est garanti en intégralité.

<sup>3</sup> Lorsque des prestations d'assurance sont allouées, le membre du personnel ne peut percevoir un traitement net supérieur à celui qui lui est dû lorsqu'il travaille. Dès le 366<sup>e</sup> jour civil d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, le traitement net ne peut dépasser la valeur nette de 90% du traitement en activité.

### **Art. 15C Devoir de collaboration du membre du personnel (nouveau)**

<sup>1</sup> Le membre du personnel peut être adressé à la ou au médecin du travail ou à la ou au médecin-conseil de l'employeur.

<sup>2</sup> Il est tenu de collaborer, notamment en levant ses médecins traitants de leur secret médical.

<sup>3</sup> A défaut, il perd la garantie prévue aux articles 15A et 15B.

### **Art. 15D Abus ou faute grave du membre du personnel (nouveau)**

Le traitement versé durant l'inaptitude ou l'incapacité de travail peut être réduit ou supprimé en cas d'abus, ou lorsque la maladie ou l'accident est dû à une faute grave du membre du personnel.

### **Art. 15E Participation des membres du personnel au financement (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration fixe la participation des membres du personnel au financement des prestations en cas d'inaptitude ou d'incapacité de travail pour cause de maladie.

<sup>2</sup> Les prestations sont financées pour deux tiers au moins par l'employeur.

<sup>3</sup> La participation des membres du personnel ne peut dépasser 0,9% du traitement brut.

### **Art. 15F Imputation des prestations d'assurance et droit au remboursement des avances (nouveau)**

<sup>1</sup> Les prestations d'assurance dues au membre du personnel pendant la période couverte par les prestations de l'employeur sont imputées sur le traitement.

<sup>2</sup> Les prestations d'assurance accordées rétroactivement au membre du personnel sont acquises à l'employeur, jusqu'à concurrence des montants versés par ce dernier. L'employeur est en droit d'obtenir le remboursement de ses avances directement auprès de l'assurance concernée.

### **Art. 15G Souscription d'assurances (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration peut conclure une assurance perte de gain en cas de maladie.

<sup>2</sup> Une assurance-accidents complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire peut également être souscrite.

## **Section 4 Maladie ou accident (nouvelle, la section 4 du chapitre II ancienne devenant la section 5) du titre III**

### **Art. 24A Fin des rapports de service (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident d'un membre du personnel rétribué mensuellement qui exerce une activité régulière sans caractère de formation, les rapports de service prennent fin de plein droit lorsque la durée d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, dépasse 730 jours civils sur une période d'observation de 1 095 jours civils.

<sup>2</sup> En cas d'engagement de durée déterminée, les rapports de service prennent fin au terme de l'engagement prévu.

<sup>3</sup> L'incapacité ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

### **Art. 24B Protection contre la résiliation avant la fin des rapports de service (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration ne peut résilier les rapports de service avant la fin du délai fixé à l'article 24A, alinéa 1.

<sup>2</sup> Sont exceptés les cas dans lesquels :

- a) la résiliation des rapports de service n'est pas motivée par une inaptitude ou une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident du membre du personnel;
- b) les absences répétées du membre du personnel perturbent le bon fonctionnement du service;
- c) l'absence prolongée ou les absences répétées du membre du personnel pendant la période probatoire ne permettent pas d'envisager sa nomination;
- d) l'inaptitude ou l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident est limitée à la fonction ou au poste du membre du personnel et les mesures de réinsertion pertinentes et raisonnables n'ont pas abouti;
- e) l'employeur a souscrit une assurance perte de gain en cas de maladie qui octroie des prestations équivalentes au régime prévu par l'article 15A et dont la couverture s'étend au-delà de la fin des rapports de service.

<sup>3</sup> Dans les cas visés à l'alinéa 2, les périodes de protection contre la résiliation en temps inopportun fixées par règlement sont applicables. La révocation et la résiliation des rapports de service avec effet immédiat sont réservées.

<sup>4</sup> Si les conditions de l'alinéa 2 sont jugées non réalisées, l'article 31, alinéas 3 et 4, est applicable.

#### **Art. 24C Mesures de réinsertion (nouveau)**

<sup>1</sup> Avant la fin des rapports de service prévue à l'article 24A, alinéa 1, l'employeur met en œuvre les mesures pertinentes et raisonnables pour réinsérer la ou le fonctionnaire.

<sup>2</sup> La ou le fonctionnaire est tenu de collaborer à la mise en œuvre des mesures de réinsertion.

#### **Art. 24D Prolongation des rapports de service (nouveau)**

<sup>1</sup> Si la ou le fonctionnaire conserve une capacité de travail partielle ou s'il est probable qu'elle ou il recouvre une capacité de travail totale ou partielle, l'employeur peut prolonger les rapports de service au-delà de l'échéance prévue à l'article 24A, alinéa 1. La durée maximale de garantie du droit au traitement fixée à l'article 15A, alinéa 1, n'est pas prolongeable.

<sup>2</sup> La ou le fonctionnaire ne dispose d'aucun droit à la prolongation des rapports de service.

## **Section 5                      Retraite (nouvelle teneur)**

### **du chapitre II**

### **du titre III**

#### **Art. 26 (abrogé)**

#### **Art. 36, al. 4 et 5 (nouveaux)**

##### ***Modification du ... (à compléter)***

<sup>4</sup> Les jours d'absence pour cause de maladie ou d'accident intervenus avant l'entrée en vigueur de la modification du ... *(à compléter)* restent comptabilisés dans les décomptes prévus par les articles 15A, alinéa 1, 15B, alinéa 1, et 24A, alinéa 1.

<sup>5</sup> Si la durée d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, dépasse 730 jours civils sur une période d'observation de 1 095 jours civils au jour de l'entrée en vigueur de la modification du ... *(à compléter)*, les rapports de service prennent fin de plein droit le jour de cette entrée en vigueur, sous réserve d'une prolongation des rapports de service octroyée en application de l'article 24D, alinéa 1. La durée maximale de garantie du droit au traitement fixée à l'article 15A, alinéa 1, n'est pas prolongée.

#### **Art. 2                      Modifications à d'autres lois**

<sup>1</sup> La loi sur l'instruction publique, du 17 septembre 2015 (LIP – C 1 10), est modifiée comme suit :

#### **Art. 131A    Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident d'un membre du personnel rétribué mensuellement qui exerce une activité régulière sans caractère de formation dans le cadre d'un rapport d'emploi soumis au droit public, le Conseil d'Etat garantit son traitement à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1 095 jours civils.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat fixe le droit au traitement en cas de maladie ou d'accident des autres catégories de personnel.

<sup>3</sup> L'incapacité ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

<sup>4</sup> Le versement du traitement cesse au plus tard à la fin des rapports de service.

**Art. 131B Etendue de la garantie (nouveau)**

<sup>1</sup> Le traitement est garanti en intégralité pendant 365 jours civils d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, sur une période d'observation de 1 095 jours civils.

<sup>2</sup> Dès le 366<sup>e</sup> jour civil d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, le traitement est garanti à hauteur de 90%, sans réduction de la couverture de prévoyance. Lorsque la maladie ou l'accident est d'origine professionnelle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981, le traitement est garanti en intégralité.

<sup>3</sup> Lorsque des prestations d'assurance sont allouées, le membre du personnel ne peut percevoir un traitement net supérieur à celui qui lui est dû lorsqu'il travaille. Dès le 366<sup>e</sup> jour civil d'incapacité ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, le traitement net ne peut dépasser la valeur nette de 90% du traitement en activité.

**Art. 131C Devoir de collaboration du membre du personnel (nouveau)**

<sup>1</sup> Le membre du personnel peut être adressé à la ou au médecin du travail ou à la ou au médecin-conseil.

<sup>2</sup> Il est tenu de collaborer, notamment en levant ses médecins traitants de leur secret médical.

<sup>3</sup> A défaut, il perd la garantie prévue aux articles 131A et 131B.

**Art. 131D Abus ou faute grave du membre du personnel (nouveau)**

Le traitement versé durant l'incapacité ou l'incapacité de travail peut être réduit ou supprimé en cas d'abus ou lorsque la maladie ou l'accident est dû à une faute grave du membre du personnel.

**Art. 131E Participation des membres du personnel au financement (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat fixe la participation des membres du personnel au financement des prestations en cas d'incapacité ou d'incapacité de travail pour cause de maladie.

<sup>2</sup> Les prestations sont financées pour deux tiers au moins par l'Etat.

<sup>3</sup> La participation des membres du personnel ne peut dépasser 0,9% du traitement brut.

### **Art. 131F Imputation des prestations d'assurance et droit au remboursement des avances (nouveau)**

<sup>1</sup> Les prestations d'assurance dues au membre du personnel pendant la période couverte par les prestations de l'Etat sont imputées sur le traitement.

<sup>2</sup> Les prestations d'assurance accordées rétroactivement au membre du personnel sont acquises à l'Etat, jusqu'à concurrence des montants versés par ce dernier. L'Etat est en droit d'obtenir le remboursement de ses avances directement auprès de l'assurance concernée.

### **Art. 131G Souscription d'assurances (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat peut conclure une assurance perte de gain en cas de maladie.

<sup>2</sup> Une assurance-accidents complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire peut également être souscrite.

### **Art. 139 Fin des rapports de service en cas de maladie ou d'accident (nouvelle teneur avec modification de la note)**

<sup>1</sup> En cas d'inaptitude ou d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident d'un membre du personnel rétribué mensuellement qui exerce une activité régulière sans caractère de formation dans le cadre d'un rapport d'emploi soumis au droit public, les rapports de service prennent fin de plein droit lorsque la durée d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, dépasse 730 jours civils sur une période d'observation de 1 095 jours civils.

<sup>2</sup> En cas d'engagement de durée déterminée, les rapports de service prennent fin au terme de l'engagement prévu.

<sup>3</sup> L'inaptitude ou l'incapacité de travail pour raison médicale liée à la grossesse n'est pas comptabilisée dans la durée maximale définie à l'alinéa 1.

### **Art. 139A Protection contre la résiliation avant la fin des rapports de service (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat ne peut résilier les rapports de service avant la fin du délai fixé à l'article 139, alinéa 1.

<sup>2</sup> Sont exceptés les cas dans lesquels :

- a) la résiliation des rapports de service n'est pas motivée par une inaptitude ou une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident du membre du personnel;
- b) les absences répétées du membre du personnel perturbent le bon fonctionnement du service;

- c) l'absence prolongée ou les absences répétées du membre du personnel pendant la période probatoire ne permettent pas d'envisager sa nomination;
- d) l'inaptitude ou l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident est limitée à la fonction ou au poste du membre du personnel et les mesures de réinsertion pertinentes et raisonnables n'ont pas abouti;
- e) le Conseil d'Etat a souscrit une assurance perte de gain en cas de maladie qui octroie des prestations équivalentes au régime prévu par l'article 131A et dont la couverture s'étend au-delà de la fin des rapports de service.

<sup>3</sup> Dans les cas visés à l'alinéa 2, les périodes de protection contre la résiliation en temps inopportun fixées par le Conseil d'Etat sont applicables. La révocation et la résiliation des rapports de service avec effet immédiat sont réservées.

<sup>4</sup> Si les conditions de l'alinéa 2 sont jugées non réalisées, l'article 147, alinéas 2 et 3, est applicable.

#### **Art. 139B Mesures de réinsertion (nouveau)**

<sup>1</sup> Avant la fin des rapports de service prévue à l'article 139, alinéa 1, l'employeur met en œuvre les mesures pertinentes et raisonnables pour réinsérer la ou le fonctionnaire.

<sup>2</sup> La ou le fonctionnaire est tenu de collaborer à la mise en œuvre des mesures de réinsertion.

#### **Art. 139C Prolongation des rapports de service (nouveau)**

<sup>1</sup> Si la ou le fonctionnaire conserve une capacité de travail partielle ou s'il est probable qu'elle ou il recouvre une capacité de travail totale ou partielle, l'employeur peut prolonger les rapports de service au-delà de l'échéance prévue à l'article 139, alinéa 1. La durée maximale de garantie du droit au traitement fixée à l'article 131A, alinéa 1, n'est pas prolongeable.

<sup>2</sup> La ou le fonctionnaire ne dispose d'aucun droit à la prolongation des rapports de service.

#### **Art. 150, al. 3 et 4 (nouveaux)**

##### ***Modification du ... (à compléter)***

<sup>3</sup> Les jours d'absence pour cause de maladie ou d'accident intervenus avant l'entrée en vigueur de la modification du ... *(à compléter)* restent comptabilisés dans les décomptes prévus par les articles 131A, alinéa 1, 131B, alinéa 1, et 139, alinéa 1.



<sup>4</sup> Si la durée d'inaptitude ou d'incapacité de travail, totale ou partielle, dépasse 730 jours civils sur une période d'observation de 1 095 jours civils au jour de l'entrée en vigueur de la modification du ... (*à compléter*), les rapports de service prennent fin de plein droit le jour de cette entrée en vigueur, sous réserve d'une prolongation des rapports de service octroyée en application de l'article 139C, alinéa 1. La durée maximale de garantie du droit au traitement fixée à l'article 131A, alinéa 1, n'est pas prolongée.

\* \* \*

<sup>2</sup> La loi sur la police, du 9 septembre 2014 (LPol – F 1 05), est modifiée comme suit :

#### **Art. 41 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Toute policière ou tout policier qui est devenu incapable en permanence de subvenir aux devoirs de sa charge ou d'une charge dans l'administration cantonale pour laquelle elle ou il est qualifié peut être mis à la retraite par le Conseil d'Etat pour cause d'invalidité.

<sup>2</sup> La policière ou le policier mis à la retraite pour cause d'invalidité a droit immédiatement aux prestations prévues à cet effet par le règlement de la caisse de prévoyance.

\* \* \*

<sup>3</sup> La loi sur l'organisation des établissements et le statut du personnel pénitentiaires, du 3 novembre 2016 (LOPP – F 1 50), est modifiée comme suit :

#### **Art. 23, al. 1 (nouvelle teneur)**

<sup>1</sup> Tout membre du personnel pénitentiaire qui est devenu incapable en permanence de subvenir aux devoirs de sa charge ou d'une charge dans l'administration cantonale pour laquelle il est qualifié peut être mis à la retraite par le Conseil d'Etat pour cause d'invalidité.

#### **Art. 3      Entrée en vigueur**

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

*Date de dépôt : 29 mai 2026*

## RAPPORT DE LA TROISIÈME MINORITÉ

### **Rapport de Souheil Sayegh**

La commission du personnel de l'Etat a vécu un véritable passage en force d'un amendement général qui coûtera à nouveau aux contribuables, qui s'acquittent de leurs imports, le financement des absences de la fonction publique.

Afin d'éviter de remettre à un assureur privé les indemnités journalières du personnel absent pour raison de maladie, la majorité de circonstance de la commission, composée de plusieurs fonctionnaires, a décidé de maintenir une perte de gain onéreuse au détriment de la même fonction publique que cette majorité entend défendre. On appelle ça l'auto-financement !

En agissant ainsi, on bloque le remplacement des fonctionnaires absents au détriment du personnel en place, on garde un fonctionnaire dysfonctionnel ou une employée qui n'aurait travaillé qu'un seul jour avant de tomber malade.

Ce PL tel qu'amendé fragilise la fonction publique et les fonds publics, empêchant un assureur privé d'assumer le risque financier des absences mais aussi le reclassement accompagné de la personne atteinte dans sa santé.

L'adoption de ce PL amendé éloigne encore plus la population civile de sa fonction publique, d'un côté une population qui lutte pour le maintien d'un poste de travail et d'un autre des fonctionnaires protégés par une sécurité de l'emploi, que ce soit en cas de maladie, de dysfonction, de harcèlement et forçant ainsi le maintien en emploi de personnes qui seraient bien mieux ailleurs, que ce soit sur le plan de la qualité de vie que des compétences professionnelles.

En votant ce PL tel qu'amendé, on part du postulat que tout fonctionnaire possède 100% de ses capacités et de ses compétences, qu'il est à sa place dès sa nomination et qu'en cas de maladie ses collègues assument ses tâches en attendant au plus pendant 2 ans sans qu'il ne soit remplacé. Et si cette même personne dysfonctionne et obtient un arrêt de travail, la voilà salariée pour 2 ans aux frais du contribuable puis reclassée dans un autre poste.

Voilà ce qu'on s'apprête à voter, que ce soit pour défendre son poste de travail en tant qu'élu ou pour s'assurer l'électorat d'une fonction publique de plus en plus éloignée de la réalité quotidienne de la société civile.

Pour ces raisons, et bien d'autres, la minorité de raison vous propose de rejeter ce PL tel qu'amendé.