

*Date de dépôt : 29 avril 2021*

## Rapport

de la commission ad hoc sur le personnel de l'Etat chargée d'étudier la proposition de motion de M<sup>mes</sup> et MM. Pierre Conne, Patrick Saudan, Murat Julian Alder, Pierre Nicollier, Charles Selleger, Philippe Morel, Cyril Aellen, Sylvie Jay, Jean Romain, Vincent Subilia, Fabienne Monbaron, Patrick Malek Asghar, Joëlle Fiss, Alexis Barbey, Jocelyne Haller, Thomas Bläsi, Anne Marie von Arx-Vernon, Jean-Charles Rielle pour une évaluation des limitations d'accès aux professions de l'Etat frappant les personnes diabétiques

### Rapport de M. Souheil Sayegh

Mesdames et  
Messieurs les députés,

A trois reprises, le 6 novembre 2020 ainsi que les 12 et 19 mars 2021, sous la présidence de M. Cyril Aellen, la commission ad hoc sur le personnel de l'Etat s'est penchée sur la M 2642 « pour une évaluation des limitations d'accès aux professions de l'Etat frappant les personnes diabétiques ».

Les procès-verbaux ont été tenus par M. Gérard Riedi que nous remercions pour la qualité de son travail.

M<sup>me</sup> Emilie Flamand-Lew, secrétaire générale adjointe du DF, a assisté à l'ensemble des débats.

**Le 6 novembre 2020** a vu l'audition de M. Pierre Conne, 1<sup>er</sup> signataire.

**Le 12 mars 2021** a vu l'audition de M<sup>me</sup> Karin Eigenheer, cheffe du service de santé du personnel de l'Etat (OPE), du D<sup>re</sup> Catherine Barlet Ghaleb, médecin du travail au SPE, et de MM. Michel Rossetti, président de Diabète Genève, et Gabriel Barrillier, membre du comité de Diabète Genève et ancien président du Grand Conseil.

**Le 19 mars 2021** a vu l'audition de M. Yannick Carlier, chef de service des ressources humaines de l'office cantonal de la détention, et de M. Robert Tanner, directeur des ressources humaines de la police genevoise.

### **Le 6 novembre 2020, audition de M. Pierre Conne, 1<sup>er</sup> signataire**

M. Conne note que l'ensemble de la motion se trouve dans le titre qui est « pour une évaluation des limitations d'accès aux professions de l'Etat frappant les personnes diabétiques ». Il aimerait dire que, si M. Saudan et lui-même sont les initiateurs de cette proposition de motion, c'est parce qu'ils ont été contactés par le président de Diabète Genève qui leur a signalé la situation particulière d'un agent de détention qui travaillait à Champ-Dollon depuis 10 ans et qui était tout à fait satisfait de son métier et donnait satisfaction. Celui-ci, au détour d'un contrôle médical, s'est vu diagnostiquer un diabète de type A traité à l'insuline, ce qui a évidemment été communiqué au médecin-conseil de l'institution qui a procédé à sa mise à pied, partant du principe que la maladie, mais surtout le traitement à l'insuline, n'était pas compatible avec la fonction qui est exposée en termes de risques et qui ne permet aucun malaise. De ce fait, ce monsieur est maintenant en recherche d'emploi et il bénéficie de la cellule de reclassement de l'Etat. M. Saudan et M. Conne se sont dit qu'il ne leur appartient pas de vérifier la réglementation et la législation ni de passer des coups de téléphone à des médecins-conseils pour appréhender ce cas précis.

Les auteurs sont restés ancrés sur la question du diabète, partant du principe que c'est une affection fréquente qui n'est pas forcément bien connue. Comme cela est indiqué dans l'exposé des motifs, il y a une confusion générale entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Le diabète de type 1 concerne des personnes qui ont perdu une fonction pancréatique particulière qui est de sécréter l'insuline. Le diabète de type 2 est plutôt un syndrome métabolique ou une maladie systémique puisque l'on sait aujourd'hui que la malbouffe, l'obésité, l'hypertension et le diabète de type 2 sont liés.

Les contextes médicaux sont donc différents.

Aujourd'hui, il existe des moyens technologiques pour suivre l'évolution de la maladie chez une personne, notamment pour pouvoir ajuster, si nécessaire, l'administration de certains médicaments comme l'insuline, ce qui n'existait peut-être pas lorsque la réglementation actuelle a été établie.

La première invite demande de « procéder à un examen de la législation ou réglementation actuelle régissant l'accès au marché du travail et à certaines formations en raison de problèmes médicaux ». On voit que c'est

très ouvert. On part du principe que, aujourd'hui, on s'est concentré sur le diabète pour les raisons qui viennent d'être expliquées, mais qu'il y a peut-être d'autres situations (on pourrait penser aux personnes asthmatiques ou ayant des déficiences enzymatiques qui sont parfaitement bien compensées aujourd'hui), de personnes qui subissent une forme de mise à l'écart en raison d'anciennes réglementations. Il s'agirait donc de procéder à un état des lieux plus large.

La 2<sup>e</sup> invite demande au Conseil d'Etat de « modifier le cas échéant la législation ou réglementation interdisant a priori l'accès des personnes atteintes de diabète aux professions qui leur sont aujourd'hui interdites ». L'idée est de procéder à une meilleure accessibilité à certaines professions.

La 3<sup>e</sup> invite consiste à dire qu'on ne peut pas simplement refuser à une personne diabétique l'accès à une profession particulièrement exposée comme agent de détention, pompier ou agent de police. On peut aussi examiner des personnes qui travailleraient dans des métiers techniques où elles seraient exposées aussi à des situations à risques, par exemple sur des appareils électriques à haute tension ou sur des échafaudages. On ne peut pas simplement dire que tout doit être accessible à tout le monde, mais on doit examiner les situations de cas en cas. On ne peut pas simplement dire que quelqu'un a une étiquette de diabétique, d'asthmatique ou autre, et que, du fait de cette étiquette, il se voit privé de l'accès à certaines formations ou à certaines professions.

### ***Sur questions des commissaires :***

Une députée (S) demande des précisions sur la 3<sup>e</sup> invite quant à l'avis d'un diabétologue autre que le diabétologue traitant.

M. Conne indique que le principe reste qu'un médecin d'entreprise va analyser les situations médicales des employés du point de vue de l'employeur notamment pour évaluer ces questions d'aptitude. Il y a aussi le médecin traitant ou le diabétologue traitant qui va défendre l'intérêt de son patient. On se retrouve ainsi dans une situation polarisée entre l'entreprise qui se défend et le médecin traitant qui défend son patient.

Il s'agit d'avoir l'avis de quelqu'un qui va avoir une position d'expert ad hoc dans une situation individuelle donnée.

La même députée (S) demande si M. Conne connaît d'autres exemples, l'armée étant citée, que celui décrit dans l'exposé des motifs.

M. Conne explique que l'armée est apparemment moins restrictive que la fonction publique, notamment dans le cadre de fonctions exposées. Cela étant, les auteurs de la proposition de motion n'ont pas fait d'enquête sur la question. Ils considéraient que c'était une question politique à explorer plus

largement et ont considéré qu'il fallait amener le débat à niveau plus large pour savoir si, aujourd'hui, il existe ou non, dans le cadre des fonctions de l'Etat, une discrimination liée à certaines maladies.

Un député (PDC) aimerait une précision quant au rôle du médecin mandaté en tant qu'« expert » pour décider de la capacité de travail dans les professions visées, à l'instar du médecin-conseil pour le bureau des autos.

M. Conne serait favorable à inviter l'AMG à avoir des médecins qu'elle proposerait par spécialité pour intervenir dans des situations particulières, comme évoqué par la motion.

Un député (PLR) demande également des précisions quant à la 3<sup>e</sup> invite. Est-ce une demande automatique d'« expertise » alors que certaines professions pourraient ne pas être exercées par des personnes souffrant de diabète par exemple ?

M. Conne explique que l'idée, en rédigeant cette invite, est d'éviter toute automaticité en disant que, aujourd'hui, toutes les personnes diabétiques peuvent accéder à toutes les professions. Cela étant, de situation en situation, cela doit pouvoir être évalué, une confusion entre les deux types de diabète, qui sont deux contextes médicaux différents, pouvant exister.

Il s'agit d'autoriser, moyennant une évaluation et un suivi, après l'avis du diabétologue. Si on est dans une situation où tous les clignotants sont au rouge quand bien même la personne concernée n'est pas d'accord, à un moment donné, cela ne peut pas se faire. Les situations médicales doivent rester des situations qui se gèrent avec des approches individuelles tant du côté des professionnels concernés que des patients. Il faut éviter d'entrer dans une réglementation administrative de portée générale.

Un député (Ve) comprend que les personnes prenant des antidiabétiques oraux auraient peu de risques de faire un malaise en lien avec le diabète. Il se pose la question de s'adjoindre les services d'un spécialiste en sécurité et santé au travail.

M. Conne pense que, de manière générale, quel que soit le type de diabète et de traitement, cela peut conduire à des malaises. C'est une réalité. Toutefois, la réglementation actuelle n'autorise apparemment pas l'accès à certaines professions à risques, comme celle d'agent de détention, à des personnes traitées par de l'insuline. Historiquement, on était surtout focalisés sur les risques d'hypoglycémie dus à l'insuline, ce qui explique probablement pourquoi, aujourd'hui, c'est l'insuline qui va faire que quelqu'un de diabétique n'aura pas accès à un poste de travail. Aujourd'hui, le risque lié aux hypoglycémies chez les diabétiques est moins important parce qu'on a

des dispositifs qui permettent de contrôler, quasiment en continu, l'état de la glycémie et d'ajuster les administrations d'insuline de manière adéquate.

M. Conne estime que la remarque concernant un spécialiste de sécurité au travail est pertinente. Dans cette idée de médecin du travail, conceptuellement, on pourrait imaginer que le médecin du travail ne connaisse pas forcément toutes les spécificités liées au poste et qu'il serait pertinent d'y adjoindre l'avis d'un spécialiste d'ergonomie ou de santé et sécurité au travail.

Un député (PDC) précise que, dans le cas qui occupe la commission, il s'agit aussi de poursuivre ou d'interrompre une activité. Il proposerait donc de modifier les invites en mettant « à procéder à un examen en cas d'accession ou de poursuite d'une activité ». Dans l'exemple cité, pour une personne qui a travaillé durant dix ans, il pense qu'il était extrêmement difficile de procéder au licenciement d'un malade qui aurait travaillé durant un certain temps sans que l'on découvre une affection et de la licencier. C'est d'autant plus le cas si l'employeur est l'Etat. Il faudrait non seulement pouvoir poursuivre son activité, mais éventuellement prévoir un déplacement dans un autre service.

M. Conne explique que l'aspect évoqué est déjà réglé dans la réglementation actuelle. Sauf erreur, il y a au minimum deux ans d'accompagnement qui sont prévus pour que cette personne puisse faire des stages dans différents secteurs d'activité jusqu'au moment où une nouvelle activité pourra lui être proposée. Dans la vraie vie, M. Conne ne sait pas comment cela se passe statistiquement pour ces cas très particuliers de personnes qui vont être déclarées inaptes à une fonction pour une raison objective et non subjective. Dans ce cas, la personne se sentait subjectivement totalement apte à travailler. C'est pour des raisons objectives, liées à la découverte d'une maladie, à la nature de son traitement et à l'interprétation de la nature de ce traitement, qu'on lui a dit qu'elle ne pouvait plus être agent de détention.

S'agissant des auditions, M. Conne évoque Diabète Genève parce que c'est ce qui a déclenché l'intérêt des auteurs de la proposition de motion. Ils ont également eu des contacts avec les responsables académiques de la diabétologie des HUG pour savoir quels sont, aujourd'hui, les apports des nouvelles technologies en matière de contrôle du diabète.

### ***Discussion interne :***

Un député (Ve) approuve l'audition évoquée.

Un député (PDC) souhaite l'audition d'un spécialiste de santé et sécurité au travail.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew voudrait suggérer l'audition du service de santé du personnel de l'Etat, qui rejoint peut-être la proposition d'entendre un spécialiste en santé et sécurité, puisque c'est ce service qui s'en occupe et qui pourrait aussi présenter la manière dont il analyse de tels cas.

Une députée (S) appuie la suggestion de M<sup>me</sup> Flamand-Lew.

Le président prend note qu'il n'y a pas d'opposition à l'audition de Diabète Genève, d'un spécialiste du diabète et du service de santé de l'Etat de Genève.

### **Le 12 mars 2021, audition de M<sup>me</sup> Karin Eigenheer, cheffe du service de santé du personnel de l'Etat (OPE), et de D<sup>re</sup> Catherine Barlet Ghaleb, médecin du travail au SPE**

M<sup>me</sup> Eigenheer indique que, s'agissant du service de santé du personnel de l'Etat, la présentation ne va couvrir que les fonctions et le personnel de l'Etat et non tous les autres métiers qui peuvent concerner les personnes diabétiques. La raison d'être du service de santé est de soutenir l'Etat employeur pour la protection de la santé et de la sécurité.

L'équipe du service de santé du personnel de l'Etat est composée d'une équipe pluridisciplinaire où il y a maintenant trois médecins du travail, une psychologue, cinq infirmières, un hygiéniste du travail, du personnel administratif et M<sup>me</sup> Eigenheer.

Les actions du service de santé portent sur tous les axes de prévention. La prévention primaire concerne l'anticipation des problématiques qui peuvent se présenter. Elle comprend par exemple le fait d'identifier les dangers particuliers auxquels les collaboratrices et collaborateurs de l'Etat peuvent être confrontés. Il s'agit également de travailler sur des plans de mesures afin d'éviter que ces dangers portent préjudice à la santé des collaborateurs.

S'agissant de la prévention secondaire, le service de santé a une action plutôt faible, ce niveau étant le moment où il y a des problématiques qui se présentent, mais qui ne sont pas encore largement diffusées. L'idée est alors vraiment de « limiter les dégâts ».

La partie qui prend la quasi-majorité de l'action du service de santé est la prévention tertiaire où ils travaillent sur des absences de longue durée et l'accompagnement des personnes sur le retour au travail.

Le RPAC indique que « le membre du personnel doit jouir d'un état de santé lui permettant de remplir les devoirs de sa fonction ». Ensuite, dans le ROPP (dédié à la détention) et dans le RPOL (dédié à la police), une exigibilité d'aptitude physique est spécifiée.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb précise les évaluations médicales conduites au SPE pour les métiers de la sécurité qui sont essentiellement les métiers de la police et de l'OCD. Le SPE réalise principalement des examens médicaux d'embauche pour ces deux corps de métier avec un protocole qui porte sur les aptitudes physiques et qui a fait l'objet d'un travail conjoint de la part des médecins romands chargés de l'examen d'embauche des polices validé par la conférence des commandants en 2016. De façon plus épisodique, le SPE réalise quelques visites périodiques pour les personnes s'occupant du service du feu équipées de protections respiratoires (cela concerne les agents de détention de Champ-Dollon uniquement), pour les plongeurs de la police (un groupe de 20 à 25 collaborateurs) dont le suivi est organisé par la SUVA (en cours d'externalisation aux HUG) et pour les collaborateurs (pas uniquement du DSES) amenés à conduire des poids lourds dans le cadre de leur activité professionnelle à l'Etat selon l'ordonnance réglant les dispositions pour la conduite.

Leur activité principale est celle concernant des demandes d'évaluation médicale formulées par les hiérarchies pour des collaborateurs en emploi, soit des situations de soutien au retour au travail après des périodes d'absence de longue durée avec des questions relatives à l'aptitude générale ou spécifique à la fonction, soit des situations complexes souvent avec multiples problèmes dans lesquels on suspecte une composante médicale.

La médecine du travail s'inscrit dans le cadre de l'obligation de l'employeur de protéger la santé de ses collaborateurs et de prévenir les accidents et les maladies professionnelles. Il s'agit d'évaluer la question de la santé, notamment de la capacité ou de la capacité durable, au regard des risques et des contraintes de la profession, c'est-à-dire l'impact de la santé sur la réalisation du travail. Le 2<sup>e</sup> axe est l'évaluation des effets potentiellement négatifs ou délétères de l'activité professionnelle sur la santé du collaborateur, c'est-à-dire l'impact du travail sur la santé.

L'influence du diabète sur le travail va concerner la question de la sécurité sur la place de travail. L'équilibre glycémique est le déterminant principal de cette question de sécurité avec ce problème de l'hypoglycémie qui est la situation la plus redoutée qui peut conduire à une rupture d'activité voire à une incapacité.

Les aspects déterminants de cet équilibre glycémique sont le traitement, le type de traitement, l'évolution de la maladie, sa gravité et la réponse au traitement médicamenteux avec parfois des médicaments qui sont plus à risque de créer ces situations d'hypoglycémie. C'est également la possibilité de gestion du quotidien. En ce qui concerne la place professionnelle, c'est la capacité d'anticiper l'influence de l'activité physique, de l'alimentation, de la

survenue de maladies intercurrentes ou de fièvres sur la glycémie, et ceci dans le cadre de l'activité de travail.

Le diabète a aussi un impact sur la carrière professionnelle, responsable non seulement d'incapacités, mais également d'une sortie précoce du monde du travail ou de départs anticipés à la retraite.

L'imprévisibilité, le stress, l'intensité, la durée éventuelle des efforts physiques à conduire (avec la contrainte parfois de ne pas prendre de pause ou d'avoir des pauses décalées), le travail posté avec des alternances de postes de travail qui comprennent du travail de nuit peuvent avoir une influence sur le diabète.

Les postes de sécurité à l'Etat rassemblent tout à la fois des exigences permanentes de vigilance et de sécurité et des capacités physiques imprévues qui sont incompatibles avec un risque d'hypoglycémie. Il y a également des facteurs multiples qui peuvent se cumuler et influencer négativement la stabilité du diabète et le risque de complications.

Hors Etat, un certain nombre d'autres activités ont des risques avec des exigences élevées en termes de sécurité. La question du diabète insulino-dépendant est contre-indiquée à l'embauche et entraîne une inaptitude notamment pour les conducteurs de poids lourds (catégories D et D1), les conducteurs de train, les pilotes de ligne, les contrôleurs aériens, les pompiers et les grutiers.

Le suivi ciblé sur les seules personnes à risques ne serait pas envisageable par risque de discrimination des personnes par visibilité médicale. L'absence de surveillance médicale régulière ne permet pas d'autoriser une personne à un métier avec des enjeux sécuritaires, qui l'expose à des contraintes connues pour des effets négatifs sur sa pathologie chronique, en l'occurrence le diabète, mais aussi d'autres pathologies chroniques.

En fait, un suivi préventif, régulier, renforcé et systématique impliquerait un besoin de ressources supplémentaires, tant au niveau des services qu'au niveau RH.

### ***Sur questions des commissaires :***

Un député (Ve) aimerait savoir si des personnes traitées avec des antidiabétiques oraux ont un risque de malaise (comas diabétiques ou autre) nettement supérieur au reste de la population et s'il devrait arrêter son métier ou s'il serait possible de le garder au sein des effectifs, même si le diabète survient pendant sa carrière.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb indique que les diabètes de type 2, qui ne sont pas forcément insulino-dépendants et peuvent devenir insulino-requérants,

peuvent avoir d'autres traitements qui peuvent causer des hypoglycémies. La situation doit vraiment être appréciée au niveau individuel.

Le député (Ve) poursuit et demande si le fait de quelqu'un a un diabète veut forcément dire qu'il a un risque de malaises ou si ce n'est pas quelque chose d'automatique. On imagine bien qu'un gardien de prison qui fait un malaise c'est plus gênant que si c'est un enseignant dans une classe où les élèves peuvent appeler au secours.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb répond qu'il n'y a pas d'automatisme. Actuellement, dans le protocole médical du SPE, seul le diabète insulino-dépendant peut justifier une inaptitude.

Un député (UDC) note que l'armée suisse accepte sous condition et avec des mesures d'accompagnement des personnes avec un diabète de type 1. Pour tout ce qui concerne les métiers de sécurité ou les pompiers, ces mêmes personnes sont recalées d'office. Il demande si les auditionnées verraient une évolution au sein de l'administration pour que ces gens puissent par exemple travailler dans les bureaux au sein de l'administration.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb indique que l'armée suisse a un service médical extrêmement régulier et systématique. Les personnes ayant un diabète de type 1 peuvent, sous condition et avec accompagnement, faire leur période d'armée. Actuellement, les personnes qui ne peuvent pas être sur ces postes sont accompagnées dans leur département avec des possibilités de reclassement, mais qui ne sont pas si importantes dans leur département. Cela peut en effet impliquer de quitter la fonction.

Un député (PDC) se demande si le SPE est un filet par rapport au médecin traitant. Le SPE peut-il s'opposer, en invoquant la loi, aux décisions du médecin traitant qui ne contre-indiquerait pas une activité physique intense chez une personne diabétique ?

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb répond qu'ils collaborent sur des questions de santé complexes. Le médecin traitant a une connaissance intime de la pathologie du patient quand le SPE a une connaissance plus précise des contraintes ou des risques professionnels.

Il peut y avoir dans certains cas des positions un peu différentes parce que le médecin/spécialiste traitant a l'habitude de voir la personne dans sa vie globale. Parfois, il y a des milieux professionnels où, sur une partie de la vie globale de la personne, on n'a plus cette marge de manœuvre. S'il y a des risques importants, on peut parfois avoir des avis différents, mais ils ne s'opposent pas. Le protocole en lien avec le DSES par rapport au diabète est réglementaire. Ils le suivent, mais il faut qu'il y ait une justification médicale.

Le député (PDC) comprend que, si le diabétologue traitant certifie que son patient est bien réglé, tient bien son diabète et ne présente pas de risque à avoir une activité physique intense, le SPE pourrait s'y opposer le cas échéant. Il se demande si l'Etat ne se substitue pas au médecin traitant en interdisant/autorisant ces personnes à exercer ces activités.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb répond que, au cas où ils n'ont pas le même avis que celui du spécialiste traitant, ils peuvent aussi prendre l'avis d'un autre spécialiste expert. Il s'avère que, même pour un diabétique insulino-dépendant qui aurait une pompe, qui serait jeune, etc., le risque des activités physiques extrêmement durables, imprévues, cumulées avec des dettes de sommeil, avec du stress, etc., peut conduire à des situations de déséquilibre. Le médecin traitant donne son avis pour un temps T. Quand on a les moyens de revoir la personne à T+n parce qu'un suivi systématique est organisé, on peut être beaucoup plus souple et aller également avec le médecin sur une phase ON et une phase OFF. Toutefois, on n'est pas actuellement dans ce dispositif. On est dans un dispositif à l'embauche avec un risque générique.

Un député (PLR) comprend qu'il y a déjà une évaluation et un suivi poussé du SPE, mais que la problématique est au moment de l'embauche.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb indique qu'il y a une évaluation à l'embauche prospective d'une durabilité de la capacité ou de l'état de santé de la personne, sans suivi régulier systématique qui permette des ajustements.

Une députée (S) aimerait connaître les cas les plus récurrents qui font systématiquement l'objet d'un accompagnement et les cas sur lesquels il n'est pas possible d'entrer en matière vu les risques. Elle aimerait également savoir si le SPE connaît des situations où un désaccord entre le médecin traitant/patient et le SPE a eu lieu et comment se fait l'accompagnement au reclassement.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb répond que, quand on a les moyens, on peut accompagner tous les cas. Actuellement, les personnes insulino-dépendantes sont vues à l'embauche mais ne sont pas suivies ou accompagnées. Il y a eu très peu de cas de désaccords sur les problématiques somatiques. La plupart du temps, les visions sont alignées quand on regarde les risques, les contraintes et les spécificités de contraintes professionnelles par rapport aux possibilités d'adaptation hors profession. De plus, pour ces métiers, leur protocole médical a fait l'objet d'un consensus entre tous les médecins de la prévention de la police de Suisse romande en 2015-2016. C'est donc la même chose dans les autres cantons. Au niveau des contraintes et problématiques professionnelles, elles sont les mêmes dans ces métiers. Elles sont relativement repérables. Il y a le travail de nuit et un certain nombre de

choses qui sont ubiquitaires dans les autres cantons et même dans les autres pays.

M<sup>me</sup> Barlet Ghaleb explique que, quand une personne ne peut plus exercer certaines activités, on mentionne toutes les activités résiduelles qu'elle peut exercer. Au niveau du reclassement, la personne peut faire un changement de poste au sein de son département. Lorsque ce n'est pas possible, on fait appel à la cellule de retour au travail mise en place depuis quelques années au niveau de l'OPE pour tout l'Etat suite au programme de gestion des absences. La cellule de retour au travail a une obligation de moyens qui est édictée par le Conseil d'Etat avec plusieurs stages et une possibilité à l'issue de ce stage d'être maintenu durablement sur un nouveau poste avec un nouveau cahier des charges.

### **Audition de M. Michel Rossetti, président de Diabète Genève, et de M. Gabriel Barrillier, membre du comité de Diabète Genève et ancien président du Grand Conseil**

M. Barrillier indique que le diabète est une maladie chronique extrêmement grave et qui touche les populations du monde entier, y compris celle du canton de Genève. Avec 510 000 habitants à Genève, le taux de diabétiques D1 et D2 se situe entre 5 à 8% de la population, soit entre 30 000 et 40 000 personnes. Cela touche tous les pans de la population, mais aussi de plus en plus des jeunes. Pour les 30 000 à 40 000 personnes ayant un diabète, certaines professions, notamment dans la sécurité ou la police, qui exigent une pleine capacité de sa santé sont rendues plus difficiles, voire impossibles. C'est un problème d'égalité de traitement pour l'accès au monde du travail.

L'association Diabète Genève est extrêmement active dans le dépistage et dans la prévention. En matière de politique de santé publique, l'association genevoise et l'association suisse attachent beaucoup d'importance à la reconnaissance de cette maladie chronique et aux difficultés qu'elle crée, pour ceux qui en souffrent, pour accéder à un certain nombre de professions.

La possibilité qui existe avec les progrès techniques permet de suivre en permanence l'état du diabétique, que cela soit un D2 ou un D1. Cela permet de prendre ensuite des mesures et d'éviter que la personne ne puisse pas exercer son métier d'une façon correcte. La proposition de motion paraît ainsi à Diabète Genève être de nature à dépister et à permettre à tout un chacun, qui est diabétique, d'accéder à toutes les professions, notamment celles de la sécurité.

M. Rossetti aimerait souligner que, lorsque Diabète Genève a eu connaissance du cas de ce fonctionnaire licencié abruptement en janvier suite

à l'apparition de son diabète de type 1, l'association est intervenue d'autant plus fort que, au même moment, l'Assemblée nationale française avait voté à l'unanimité une proposition de loi prévoyant que nul ne peut être écarté d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation au seul motif qu'il serait atteint d'une maladie chronique, notamment le diabète. La France s'est alignée sur une série de pays qui n'excluent plus, a priori, les diabétiques de certaines professions à risques. C'est le cas du Canada depuis 1995, du Royaume-Uni depuis 2012, de l'Irlande depuis 2015, de l'Espagne depuis 2018 et des USA depuis 2019. Compte tenu de l'évolution des technologies, l'association a pensé que la situation existant à Genève n'était pas tolérable.

Un député (PDC) demande si les auditionnés ont des retours de leurs membres qui se sont vu refuser d'emblée un emploi, en amont d'un quelconque entretien, à cause de leur diabète.

M. Rossetti répond que, à part le cas qu'il vient d'évoquer, il y a eu le cas d'une jeune femme qui suivait des études pour devenir infirmière et qui avait passé une première année avec succès. Subitement, elle est devenue diabétique et on lui a interdit de continuer ses études. Ce sont les deux seuls cas qui ont été portés à la connaissance de l'association.

M. Barrillier ajoute qu'il s'agit d'une inégalité de traitement qui pourrait devenir de plus en plus crasse en fonction de l'évolution de la science ainsi que des méthodes de lutte et d'accompagnement du diabète. Sur une population de 30 000 à 40 000 diabétiques sur le canton, il y a fort à parier que des gens renoncent parce qu'on leur dit ou qu'ils savent que des métiers, notamment dans la sécurité, ne sont pas autorisés aux diabétiques.

M. Rossetti ajoute qu'il y a 25 000 diabétiques à Genève et on entend parler de discriminations dans le travail. C'est aussi une préoccupation de Diabète Suisse étant donné qu'il n'y a pas de raisons que les diabétiques n'aient pas les mêmes chances et les mêmes droits que toute autre personne.

Le député (PDC) revient à la 3<sup>e</sup> invite qui demande d'« autoriser les personnes concernées à accéder à ces métiers moyennant une évaluation et un suivi au cas par cas par le médecin du travail après avis d'un diabétologue autre que le diabétologue traitant ». Il se demande aux frais de qui devrait être la charge de cette consultation supplémentaire d'un diabétologue expert.

M. Barrillier répond que, c'est à l'office du personnel de financer l'analyse et l'expertise demandée. Ce qui paraît logique, c'est aussi de demander deux avis. Dans cette affaire, le médecin du travail représente l'Etat et il engage une certaine responsabilité parce qu'il va éventuellement

donner son feu vert à l'engagement de la personne diabétique qui postule par exemple pour un poste de gendarme.

***Discussion interne :***

Un député (PLR) aimerait que le département puisse dire quels seraient les coûts liés à la mise en œuvre de cette motion.

Un député (Ve) comprend que des personnes peuvent avoir un diabète et ne pas présenter de risque majeur, pour autant que cela soit suivi. Il pense qu'il y a deux problématiques un peu différentes, d'une part le maintien au poste de travail et, d'autre part, l'engagement. Avec la technologie qui évolue et qui permet d'avoir un suivi de la glycémie en temps réel, avec des médicaments qui ont évolué et avec une meilleure compréhension de la maladie, on se retrouve certainement avec des possibilités de traitement et de suivi qui n'ont strictement rien à voir avec ce que l'on connaissait il y a une vingtaine d'années au moment où la loi a été écrite. Il demande l'audition des personnes chargées de recruter dans les professions visées par la motion.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew précise que l'OPE ne s'occupe pas du recrutement de manière centralisée pour tout l'Etat. Il s'agirait alors plutôt d'auditionner les directions RH de l'OCD ou de la police si la commission le souhaite.

Un député (MCG) ne s'opposera pas à des auditions s'il est nécessaire pour certains commissaires d'avoir des éléments supplémentaires. Il se rend compte qu'une personne qui a une bonne maîtrise d'une maladie chronique comme le diabète peut exercer un certain type d'activités sans poser de réels problèmes.

Un député (PDC) est favorable à ces auditions pour comprendre comment il est possible qu'un diabétique puisse faire du sport de haut niveau, mais ne puisse pas être engagé à un poste d'infirmier ou de policier. Aujourd'hui, c'est la question du diabète, mais demain cela sera celle du surpoids.

Un député (PLR) indique que la motion demande, dans sa deuxième invite, de ne pas rejeter des postulations a priori sur des diagnostics. En matière de circulation routière, les médecins appelés à certifier la capacité des gens à conduire leur voiture font évidemment une distinction selon le fait que le diabète soit de longue date et équilibré et n'ait notamment pas posé de problèmes de perte de conscience. On imagine mal le tollé que constituerait une interdiction systématique pour tout diagnostic de diabète de conduire sa voiture ou son vélomoteur.

Les auditions d'un ou d'une responsable de l'engagement à l'OCD et d'un ou d'une responsable de l'engagement à la sécurité sont décidées.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew confirme, sur demande d'un député (PLR), qu'elle informera les membres de la commission sur ce qu'impliquerait la mise en œuvre de la motion en termes d'augmentation de postes et de coûts.

A la séance du 19 mars 2021, le président confirme que la commission a reçu les indications indiquant que cela représente 1,85 ETP et 333 000 francs.

### **Le 19 mars 2021, audition de M. Yannick Carlier, chef de service des ressources humaines de l'office cantonal de la détention**

Dès son arrivée en 2013, M. Carlier a réformé le recrutement pour l'engagement des agents et agentes de détention. Il a été ainsi intégré plusieurs critères liés notamment à des critères physiques. A l'époque, les agents de détention avaient juste une visite médicale avant d'être engagés. L'entier du processus a été revu avec des aptitudes physiques et psychiques (le personnel passe aussi devant des psychologues de l'OCD). Ce qui donne lieu à la détermination finale quant à l'engagement, c'est la détermination auprès du service de santé pour savoir si les critères physiques liés aux exigences du poste sont compatibles avec le fait de donner un accord quant à l'engagement des collaboratrices et collaborateurs. Certains critères qui ont été pris dans le cadre de l'OCD le sont par analogie avec ce qui est fait à la police. Cela permet aussi d'avoir des critères comparables compte tenu des passerelles qui pourraient exister entre les deux institutions.

Dans la vie professionnelle des agents de détention, il n'y a qu'un suivi médical lors de l'engagement et à l'issue d'un accident ou d'un arrêt de longue durée. Le collaborateur passe alors une évaluation devant le service médical de l'OPE. Cela peut donner lieu à une remise en question de l'aptitude à la fonction dans le cadre des fonctions d'agent de détention, par exemple dans un cas de diabète, qui est considéré, au travers du service de santé de l'Etat, comme étant problématique dans le cadre de l'exercice des fonctions d'agent de détention. Il s'agit d'avoir des gens en bonne condition physique en matière d'urgence (par exemple un incendie), de s'assurer que les personnes appelées en renfort aient toute l'aptitude physique et psychologique pour intervenir dans des situations qui peuvent être parfois dramatiques.

Dans les trois gros établissements que sont Champ-Dollon, La Brenaz et Curabilis, il peut y avoir des alarmes nécessitant une aptitude physique et psychologique pleine et entière. En la matière, il faut savoir, au travers de l'examen établi par le service de santé, si cette personne peut continuer ou non en sa qualité d'agent de détention. Si ce n'est pas possible, il s'agit de

l'emmener vers la cellule de retour au travail pour que l'on puisse trouver un poste qui soit compatible avec la fonction et en lien avec la pathologie.

M. Carlier a exprimé le souhait auprès du service de santé de l'Etat de réaliser des examens périodiques (tous les deux ans ou toutes les années) pour savoir si les critères d'engagement sont maintenus au fil du temps.

M. Carlier indique que les visites périodiques font du sens en lien avec la profession. Au fil du temps, les collaborateurs gradent et prennent un peu d'embonpoint. Cela serait une vraie valeur ajoutée d'avoir un suivi avec des visites périodiques pour ce personnel. Quand il avait sollicité la cheffe de service pour dire qu'il voulait mettre en place ces examens, on lui a dit que cela demandait des moyens importants pour répondre à ces besoins de la police et de la détention et qu'il n'était pas imaginable, en tout cas dans un premier temps, de pouvoir intégrer ce processus.

Un député (PDC) aimerait savoir quelles seraient les autres pathologies qui peuvent être incompatibles avec la fonction d'agent de détention.

M. Carlier répond que ce n'est pas forcément lié à des maladies, mais plutôt à des accidents professionnels ou non professionnels d'ordre traumatique, par exemple des problèmes de genou, ou des problèmes cardiaques ou pulmonaires. La vue fait aussi partie de ces critères, mais elle peut baisser et l'OCD accepte très largement le fait qu'elle puisse baisser, bien que des opérations soient aussi possibles.

Un député (PDC) prend le cas d'une personne diabétique ayant un certificat médical qui ne contre-indique pas une activité physique importante, sachant que les diabétiques font du sport, même de haut niveau. Il aimerait savoir pourquoi cette personne se voit contre-indiquer la profession d'agent de détention.

M. Carlier sait qu'il existe différents types de diabètes. Mais il veut impérativement éviter la situation où un diabétique fait une crise d'hypoglycémie, pour un diabète sucré, qui le rendrait totalement inapte temporairement à pouvoir intervenir, car cela pourrait poser un vrai problème. M. Carlier parle d'interventions, mais c'est le cas partout, parce que les personnes présentes dans l'établissement sont tout le temps aux aguets. Il n'y a pas de périodes creuses dans un établissement pénitentiaire.

Le député (PDC) note que l'on prend en moyenne 11 kilos entre 25-30 ans et l'âge de la retraite. Il aimerait savoir si l'OCD renonce à collaborer avec des personnes qui prendraient du poids. En effet, on aurait les mêmes problématiques en termes d'efficacité, de rapidité, de capacité à monter les escaliers, etc.

M. Carlier répond négativement. Ce serait discriminant de faire cela. En revanche, son rôle avec les services de l'OCD est de pouvoir améliorer cet embonpoint en accompagnant le personnel à mieux s'alimenter. On sait que le travail de nuit va favoriser une alimentation souvent riche. Quand bien même on prend parfois du poids au fil des ans, il s'agit aussi de faire prendre conscience au personnel de la façon d'améliorer son hygiène de vie pour qu'il puisse intervenir dans de bonnes conditions. Evidemment, M. Carlier ne va pas dire à du personnel qu'il n'est plus apte à la fonction parce qu'il a pris un certain nombre de kilos.

Un député (UDC) prend le cas où un collaborateur ou une collaboratrice a un problème de diabète ou d'hypoglycémie qui se présente après 20 ans de service. Il aimerait savoir s'il existe un système pour recaser les agents dans d'autres services avec une activité autre que celle d'agent de détention.

M. Carlier signale que souvent ce ne sont pas des gens qui ont un bagage universitaire extrêmement important. Cela pénalise donc un peu la reconversion en dehors de l'office. Cela dit, il faut travailler sur cet aspect. Il faut voir comment l'OCD peut, au sein de son personnel, offrir une reconversion. Il fait remarquer que l'OCD a soit du personnel agent de détention qui est spécifiquement dans les établissements, soit du personnel PAT, mais il n'a pas de personnel agent de détention qui agit en tant que personnel administratif.

Un député (EAG) demande quels sont les critères d'évaluation du risque lié à l'état de santé d'un collaborateur et les critères de gestion de ce risque. Personne n'est pas à l'abri d'un malaise ou d'un certain nombre de problèmes. Par ailleurs, on sait que les hommes présentent beaucoup plus de risques d'infarctus ou autres à partir de 50 ans.

M. Carlier répond que l'évaluation du risque est extrêmement floue aujourd'hui pour eux. C'est précisément pour cela que M. Carlier a voulu mettre en place des examens périodiques. Finalement, c'est très binaire aujourd'hui. C'est oui ou c'est non. Ce n'est pas le fait savoir si on pourrait éventuellement envisager quelque chose. En tout cas, dans leur discussion avec le service de santé, quand ils ont des doutes et qu'ils ont une demande d'aptitude, c'est extrêmement binaire, parce qu'ils ne veulent pas prendre de risque.

Le député (EAG) note que, du moment où l'on n'a ni une analyse de la situation actuelle du risque ni des critères établis pour savoir jusqu'où il est acceptable d'avoir une personne qui peut faire une crise d'hypoglycémie ou non, il paraît délicat de ne pas permettre à des employés d'exercer leur profession. Le flou devrait bénéficier aux travailleuses et aux travailleurs.

M. Carlier précise que des critères objectifs existent au travers du service de santé. C'est pour cela que c'est eux qui ont cette responsabilité. Effectivement, la gestion du risque est aujourd'hui méconnue, mais les critères objectifs existent et ils sont extrêmement sévères pour des catégories de personnes ayant des maladies qui ne seraient pas compatibles avec la profession.

Un député (Ve) précise que le risque d'hypoglycémie n'existe qu'en cas de traitement (insuline ou traitement oral). Aujourd'hui, il semble qu'avec différents types d'appareils ce risque est en train de diminuer, voire de s'annuler. On connaît ainsi des diabétiques qui sont des sportifs de haut niveau. Il y en a même qui ont fait des courses autour du monde à la voile. Dans un tel cas, on est loin de toute possibilité d'avoir un médecin. Il demande pourquoi aujourd'hui, sur une maladie particulière, on a décidé que le risque était prépondérant, mais que ce n'était pas le cas de la dépression, ce qui est visiblement assez courant dans le milieu de la sécurité, ou des problèmes cardiovasculaires.

Si la pathologie arrive en cours de carrière, exclusion du travail des employés qui l'ont gérée jusque-là (effectivement, il doit y avoir un certain nombre d'agents de détention qui ne diront jamais, grâce au secret médical, qu'ils ont un diabète) est difficile à comprendre.

M. Carlier note que, tant qu'il n'y aura pas de visite médicale, ils ne seront jamais diagnostiqués et le risque sera de toute façon présent dès lors que l'on ne fait pas des visites périodiques. Aujourd'hui, on parle de cette maladie, mais il faut savoir qu'il n'y a pas que les diabétiques qui sont concernés au sein de l'OCD.

M. Carlier pense que l'on peut agir préventivement sur certaines pathologies, mais pour d'autres, malheureusement, dès lors que le risque existe, il sera difficile de pouvoir continuer. En effet, dès lors que ces pathologies présentent un risque sécuritaire pour l'établissement, elles exigent une incompatibilité. Il est évidemment brutal de dire à quelqu'un, après 10 ou 20 ans de service, qu'il est déclaré inapte, qu'il va être mis en stage durant quelques mois et que, si cela ne fonctionne pas, cela sera la fin des rapports de service. On doit trouver des alternatives et M. Carlier pense qu'elles existent, mais aujourd'hui c'est très binaire. Malheureusement, les personnes qui souffrent de cela se voient stoppées net dans leur carrière alors que l'on pourrait trouver des alternatives en fonction de la pathologie.

## **Audition de M. Robert Tanner, directeur des ressources humaines de la police genevoise**

M. Tanner est sensible à la question soulevée, c'est-à-dire celle d'assurer des chances à tous, y compris celles et ceux pris dans cette maladie, dont le traitement a connu passablement d'évolutions.

M. Tanner prend en considération le fait que l'employeur se doit d'assurer l'intégrité physique et psychique de ses collaborateurs, d'en assurer la sécurité et de garantir à tout un chacun, au sein du personnel, cette sécurité dans la bonne marche du service.

La police fait partie d'un groupe de réflexion «recrutement police romande». Il y a un cercle dans lequel les spécialistes RH ou les spécialistes du recrutement définissent tous les critères pour engager les policières et policiers (dans ce cas, on ne parle pas des ASP et du personnel administratif). Dans ce cas de figure, il y a toutes sortes de principes de réflexion autour des aspects médicaux. Il s'agit notamment de définir clairement tout ce que le policier ou à la policière doit être capable de faire. On parle par exemple de se mouvoir rapidement, de percevoir des détails dans son environnement, de faire des efforts physiques, de manipuler une arme, de gérer son stress, de conduire un véhicule de manière rapide, etc. Ces principes sont ensuite repris pour ce que l'on appelle un examen médical. On charge la sphère de compétences santé pour définir s'il pourrait y avoir une pathologie qui serait à même de justifier une inaptitude.

La police confie cette expertise au corps médical. Dans ce cadre, M. Tanner a pu voir, dans les critères d'aptitude médicale somatique pour le recrutement à l'école de police, qu'il y a des maladies métaboliques qui pourraient faire justifier d'une inaptitude, telle que le diabète insulino-dépendant. Pour cela, un examen médical est demandé et le corps médical se prononce pour dire oui ou non en fonction des critères liés au cahier des charges du policier ou de la policière.

L'avantage pour le policier, en confiant cette analyse au corps médical, est de garantir que les critères impératifs soient remplis et, donc, que les personnes les remplissent bien. On est ainsi équitable avec tout le monde. On permet à quelqu'un d'obèse de venir faire les exercices physiques à la police. On permet à quelqu'un qui n'est pas de langue maternelle de faire les tests de français. Il n'y a ainsi aucun problème au niveau de l'accès aux conditions et aux examens d'entrée. Néanmoins, il faut avoir des aptitudes cognitives, pouvoir gérer son stress, être rapide dans la perception des détails, maîtriser l'orientation spatiale, réussir les tests physiques, pouvoir se mouvoir rapidement et faire preuve d'une très bonne condition physique.

Le but de ces critères impératifs est de protéger l'intégrité psychique et physique du futur collaborateur ou de la future collaboratrice et, surtout, de ne pas mettre en danger son entourage, c'est-à-dire ses propres collègues. Il s'agit d'être garant du bon fonctionnement du profil des personnes qui seront ensuite sur le terrain.

D'emblée, il ne sera donc pas possible de mettre des mesures d'accompagnement comme le fait probablement l'armée. La police doit gérer des urgences au quotidien. Les policiers sont parfois seuls. Le métier requiert une vigilance constante. Il y a, certes, des horaires diurnes, mais il y a aussi des horaires nocturnes.

Un député (PLR) demande s'il existe déjà des examens réguliers et, si ce n'est pas le cas, ce que cela impliquerait en termes de ressources humaines s'il fallait les mettre en place comme cela est demandé par la motion.

M. Tanner explique qu'ils ont développé, depuis 2014, un projet qui prend effet maintenant. Il s'agit du projet « sport et santé ». M. Tanner a fait le constat que le personnel de la police est composé de beaux jeunes gens quand ils sont engagés jusqu'à l'âge de 35 ans. 10 à 20 ans plus tard, on n'a plus les mêmes belles personnes, puisqu'elles peuvent avoir pris un certain poids ou développé une difficulté à se mouvoir, alors que la fonction de policier requiert le respect des critères d'engagement quasiment jusqu'au bout de la carrière. C'est là où l'enjeu de la motion est intéressant. M. Tanner n'en a pas fait l'analyse, mais il est persuadé qu'il y a bien deux ou trois policiers qui souffrent aujourd'hui du diabète. Ils sont entrés en ayant passé les examens et rien n'a été détecté, mais aujourd'hui il y a un souci. Il est clair que ces personnes vont être accompagnées. Elles sont dans l'institution et on leur doit un accompagnement.

M. Tanner précise que des bilans de santé sont prévus tout au long de la carrière dans un but de dépistage et de prévention dans le cadre d'un projet-pilote. Il confirme que des policiers diabétiques peuvent rester au sein de la police tout en étant accompagnés.

Un député (Ve) aimerait avoir la confirmation que seuls les diabètes insulino-dépendants, avec un vrai risque d'hypoglycémie, sont exclus et que les autres diabètes, de type 1 ou de type 2, mais qui ne nécessiteraient pas le même type de médication ou un autre type de suivi, pourraient être acceptés dans les rangs de la police.

M. Tanner répond positivement. Il y a aussi d'autres maladies bien plus graves et le but est de les accompagner. Ils ont toujours à l'esprit la même préoccupation qui est de protéger l'entier du personnel. Dans un binôme, si

une personne a une fragilité et qu'elle requiert un accompagnement spécifique, les deux sont en danger.

***Discussion interne :***

Sur question d'un député (PLR), M<sup>me</sup> Flamand-Lew a transmis à la commission les chiffres que celle-ci avait demandés. Cela représente 1,85 ETP et 333 000 francs.

Un député (Ve) constate qu'il y a des pratiques extrêmement différentes au sein de l'Etat, même pour des professions qui semblent similaires. D'un côté, on tient compte des évolutions médicales et des connaissances actuelles et, de l'autre côté, il y a une manière « binaire » d'analyser les choses. Visiblement, la police répond déjà à la motion et cela ne semble pas poser de problèmes. Par contre, du côté de l'OCD, cela semble impossible tant qu'on ne leur a pas donné plus de moyens.

Un député (PDC) ne comprend toujours pas l'idée de contre-indiquer l'accès à certaines professions pour des gens en bonne santé. Les médecins répètent tous les jours à leurs patients diabétiques que ce sont des personnes normales qui peuvent se considérer comme normales et, donc, vivre normalement quand leur diabète est bien réglé, mais on vient leur expliquer qu'ils ne sont pas normaux et que leur vie n'est pas normale aux yeux de personnes qui ne sont pas médecins. Il ne voit pas pourquoi on discriminerait les personnes diabétiques en bonne santé, qui sont traitées, qui sont accompagnées par les médecins avec les technologies dont on dispose aujourd'hui.

Il propose un amendement à la proposition de motion.

La troisième invite pose un problème d'automatisme ou de contrainte en donnant l'obligation d'un examen supplémentaire par un autre médecin. Elle demande d'« autoriser les personnes concernées à accéder à ces métiers moyennant une évaluation et un suivi au cas par cas par le médecin du travail après avis d'un diabétologue autre que le diabétologue traitant ».

Il propose la formulation suivante : « à autoriser les personnes concernées à accéder à ces métiers moyennant une évaluation et un suivi au cas par cas par le médecin du travail, en demandant le cas échéant l'avis d'un diabétologue autre que le diabétologue traitant ».

Avec cet amendement, l'avis tiers est une possibilité et non une obligation. Il s'agit de ne pas surcharger la LAMal parce que la consultation supplémentaire serait à charge du diabétique et, donc, de la collectivité. Si le médecin du travail et le diabétologue de la personne concernée sont d'accord, il n'y a pas d'indication à demander encore à un troisième docteur, qui théoriquement irait dans le même sens, de se prononcer.

## Vote

Le président met aux voix l'amendement PDC à la 3<sup>e</sup> invite :

*à autoriser les personnes concernées à accéder à ces métiers moyennant une évaluation et un suivi au cas par cas par le médecin du travail, en demandant le cas échéant l'avis d'un diabétologue autre que le diabétologue traitant.*

Oui : Unanimité (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Non : –

Abst. : –

***L'amendement est accepté.***

Le président met aux voix la motion 2642 telle qu'amendée :

Oui : Unanimité (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Non : –

Abst. : –

***La M 2642, telle qu'amendée, est acceptée.***

## Synthèse

La commission ad hoc s'est penchée sur une discrimination à l'embauche des personnes diabétiques.

Ces personnes, en raison de leur maladie, se voient refuser l'accès à certaines professions (gardiens de prison). Elles peuvent même, à la lumière de la découverte fortuite de leur maladie, se voir forcées de quitter leur poste avec parfois l'impossibilité de mesures d'accompagnements en l'absence de poste adapté au sein du service/département qui les emploie.

Cette proposition de motion demande de revoir la procédure d'embauche et de maintien en poste de ces personnes, d'autant plus que les méthodes de traitement actuelles ont évolué et permettent une activité professionnelle et même sportive en toute sécurité.

## **Proposition de motion (2642-A)**

### **pour une évaluation des limitations d'accès aux professions de l'Etat frappant les personnes diabétiques**

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

- la Constitution fédérale, notamment les articles assurant l'égalité des chances et ceux protégeant de discrimination du fait de déficience corporelle, mentale ou psychique ;
- la constitution genevoise, art. 15 al. 1 et 2 : « <sup>1</sup> Toutes les personnes sont égales en droit. <sup>2</sup> Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment [...] d'une déficience. » ;
- que la législation genevoise comporte des lacunes et qu'elle discrimine des personnes atteintes de diabète, celles-ci ne pouvant accéder à certaines professions,

invite le Conseil d'Etat

- à procéder à un examen de la législation ou réglementation actuelle régissant l'accès au marché du travail et à certaines formations en raison de problèmes médicaux ;
- à modifier le cas échéant la législation ou réglementation interdisant a priori l'accès des personnes atteintes de diabète aux professions qui leur sont aujourd'hui interdites ;
- à autoriser les personnes concernées à accéder à ces métiers moyennant une évaluation et un suivi au cas par cas par le médecin du travail, en demandant le cas échéant l'avis d'un diabétologue autre que le diabétologue traitant.