



*Date de dépôt : 7 mars 2023*

## **Rapport**

**de la commission ad hoc sur le personnel de l'Etat chargée d'étudier le projet de loi de Christian Dandrès, Jean-Charles Rielle, Thomas Wenger, Sylvain Thévoz, Léna Strasser, Diego Esteban, Cyril Mizrahi, Jocelyne Haller, Xhevrie Osmani, Youniss Mussa, Pierre Bayenet, Helena Verissimo de Freitas, Salima Moyard, Caroline Marti, Nicole Valiquer Grecuccio, Jean Burgermeister modifiant la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC) (B 5 05) (Pour garantir le traitement des membres du personnel du service public en cas de maladie ou d'accident)**

*Rapport de majorité de Xhevrie Osmani (page 4)*

*Rapport de première minorité de Pierre Conne (page 220)*

*Rapport de seconde minorité de Christo Ivanov (page 233)*

## **Projet de loi (12428-A)**

**modifiant la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC) (B 5 05)** *(Pour garantir le traitement des membres du personnel du service public en cas de maladie ou d'accident)*

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

### **Art. 1      Modification**

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

### **Art. 9B      Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours.

<sup>2</sup> Le membre du personnel en incapacité de travail pour maladie peut être adressé auprès du médecin-conseil ou du médecin du travail de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par ces derniers et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. A défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.

<sup>3</sup> Le traitement versé en lien avec l'incapacité de travail peut être réduit ou supprimé en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du membre du personnel.

<sup>4</sup> L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.

<sup>5</sup> Le traitement garanti à l'alinéa 1 n'est pas composé d'indemnités et est soumis aux cotisations aux assurances sociales.

**Art. 9C      Autofinancement (nouveau)**

<sup>1</sup> Les droits prévus à l'art. 9B pour les absences liées à la maladie et pour le traitement non-couvert par l'assurance accident obligatoire, sont assurés par un mécanisme d'autofinancement, sans recours à un assureur externe. Est réservée la possibilité de conclure des contrats avec un assureur privé pour des prestations d'assurance additionnelles.

<sup>2</sup> A cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie l'année, mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0.9%.

**Art. 2      Entrée en vigueur**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>2</sup> L'Etat et les établissements publics doivent dénoncer les contrats d'assurances contraires à la présente loi pour la plus proche échéance prévue contractuellement.

## RAPPORT DE LA MAJORITÉ

### Rapport de Xhevrie Osmani

Sous la présidence de M. Cyril Aellen, respectivement de M. Jean-Marc Guinchard et de M. Alberto Velasco, la Commission *ad hoc* sur le personnel de l'Etat s'est penchée sur ce projet de loi lors de ses séances des 15 mars, 12 avril, 3 mai, 10 mai, 28 juin et 15 novembre 2019, les 7 février et 6 mars 2020, le 22 octobre 2021, les 29 avril, 13 mai, 17 juin, 26 août, 16 septembre et 2 décembre 2022 et les 10 et 17 février 2023.

Les travaux se sont déroulés en présence de M. Grégoire Tavernier, directeur général OPE, M<sup>me</sup> Emilie Flamand-Lew, secrétaire générale adjointe (DF), M<sup>me</sup> Emmanuela Dose Sarfatis, secrétaire générale adjointe (DF), M. Stefano Gorgone, secrétaire scientifique (SGGC), M. Lionel Rudaz, secrétaire adjoint (SGGC) et M<sup>me</sup> Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC).

Dans le cadre de ses travaux, la commission a auditionné les personnes suivantes :

- M. Grégoire Tavernier, directeur général de l'OPE, M<sup>me</sup> Karin Eigenheer, cheffe du service de santé du personnel de l'Etat, M<sup>me</sup> Ursula Marti, cheffe du service juridique (OPE) ;
- M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du département des finances et des ressources humaines, M. Fabrice Moore, économiste (OPE) et M<sup>me</sup> Coralie Apffel-Mampaey, directrice générale (OPE).
- Le Cartel interdyndical, représenté par M<sup>me</sup> Françoise Weber, M. Albert Anor et M. Patrick Flury, ainsi que M<sup>me</sup> Sandra Froidevaux, secrétaire syndicale (SIT), représentante du Cartel intersyndical et M<sup>me</sup> Chadlia Balhi Keller, membre du bureau de l'union du corps enseignant secondaire genevois, représentante du Cartel intersyndical ;
- M. Bertrand Levrat, directeur général, M. François Canonica, président du Conseil d'administration, M. Pierre-Paul Cornet respectivement M. Patrick Nicollier, directeur des ressources humaines aux HUG ;
- M<sup>me</sup> Brigitte Galliot, vice-rectrice et M<sup>me</sup> Aude Thorel, directrice des ressources humaines (UNIGE) ;
- M. Moreno Sella, président (IMAD), M<sup>me</sup> Ayah Ramadan, directrice des ressources humaines (IMAD) et M. Davide De Filippo, président de la CGAS ;

- M<sup>me</sup> Fabienne Payré, coprésidente (Avenir syndical) et M. Alain Magnenat, délégué et membre du comité (Avenir syndical) ; et
- M. Patrick Becker, secrétaire général du pouvoir judiciaire et M<sup>me</sup> Catherine Vernier, directrice des ressources humaines (PJ).

Les procès-verbaux ont été tenus par M. Gérard Riedi, M. Artémis Amruthalingam, M<sup>me</sup> Diane Marchal et M<sup>me</sup> Carla Hunyadi que nous remercions vivement.

Nous remercions ces personnes pour leur contribution aux bons déroulements des travaux de la commission.

## **Introduction**

Ce projet de loi ainsi que les travaux qui en découlent se sont penchés sur le maintien de l'autofinancement de la perte de gain en cas de maladie et accident à l'Etat en donnant formellement une base suffisante pour le prélèvement d'une cotisation auprès des employés soumis à la présente loi. L'Etat de Genève « auto-assure » le risque de perte de gain en cas de maladie. Pour ce faire, il a jusqu'alors prélevé une cotisation sur le traitement des collaborateurs, qui équivaut à 0,1% du salaire brut. Afin de préciser quelques éléments contextuels, la Cour des comptes a publié, en juin 2017, un rapport d'audit de gestion et financier concernant les charges de personnel de l'Etat de Genève dans lequel il a été formulé que cette pratique ne repose pas sur une base légale formelle suffisante. En effet, seul le règlement d'application de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux en fait mention. Par ailleurs, les magistrats du Conseil d'Etat, de la Cour des comptes et du Pouvoir judiciaire bénéficient des mêmes prestations sans se voir prélever de cotisation. Ainsi, la Cour des comptes a formulé dans ses recommandations que soit soumise au Conseil d'Etat une analyse sur l'opportunité de conserver le système actuel d'auto-assurance ou de contracter une police avec une compagnie d'assurance. Faisant suite à ces constats, le Conseil d'Etat a proposé une mesure dans le sens de la mise en place d'une assurance perte de gain maladie, annoncée dans le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil relatif au Plan financier quadriennal 2019-2022 de la République et canton de Genève. Le PL 12 428 a été déposé à la suite de ces événements.

## **1. Séance du 15 mars 2019 dédiée à la présentation du projet de loi par son auteur, M. Christian Dandrès, premier signataire**

M. Dandrès explique que l'objectif de ce projet de loi est d'améliorer le dispositif actuel qui se trouve à l'article 54 du RPAC, à savoir le droit pour les agents de l'Etat de bénéficier de leur traitement en cas de maladie à

concurrence de 730 jours. Si ce projet de loi s'impose aujourd'hui, c'est pour 2 motifs. Tout d'abord, il y a un point de tension entre la question du droit au salaire et la question de la protection contre le licenciement en temps inopportun que la Cour de justice, sur la base du texte existant du règlement d'application du Conseil d'Etat, a tranché, mais de manière problématique pour les salariés selon M. Dandrès.

Lorsqu'une personne est malade, elle bénéficie de 2 protections. La première est celle de ne pas être licenciée alors qu'elle est malade pendant une certaine durée qui dépend de l'ancienneté des rapports de service. A l'article 44A du RPAC, il y a un renvoi au Code des obligations. Il s'agit de 30 jours lors de la première année de service, 90 jours de la 2<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup> année de service, 180 jours à partir de la 6<sup>e</sup> année de service. Si le congé est donné alors que la personne est dans cette période, le congé est nul et l'employeur qui souhaite se séparer de la personne doit attendre la fin de cette période de protection pour réitérer sa démarche.

Une autre question est celle du droit au salaire. Il y a une règle figurant à l'article 324a du Code des obligations, donc pour le secteur privé, qui dit qu'il est possible de prévoir des délais notamment par le biais de la CCT. Ce qui est utilisé, selon des jurisprudences assez anciennes (la jurisprudence pour l'échelle bernoise date d'avant-guerre), c'est un mécanisme de protection et en principe le salarié a le droit à son salaire pendant une certaine durée en fonction du nombre d'années de service. En pratique, dans le secteur, ces échelles ne sont plus véritablement utilisées parce que l'essentiel des employeurs souscrivent des polices d'assurance privée au bénéfice de leur personnel qui prévoient le versement d'indemnités journalières. La plupart du temps, ce sont des indemnités qui durent 720 jours avec parfois une limitation à 80% du salaire. A l'article 54 du RPAC, il est prévu que l'Etat fonctionne en auto-assurance et que le salarié a le droit à une période, durant laquelle le salaire lui est versé, qui est calquée sur le privé puisqu'on est sur 730 jours civils. En contrepartie de ce droit, il y a une retenue qui est faite sur le salaire du fonctionnaire. Dans le privé, vous pouvez vous trouver dans une situation, où, au-delà de la période de protection contre les licenciements en temps inopportun, l'employeur licencie et, malgré le fait que les rapports de travail aient pris fin, l'assurance souscrite à votre bénéfice par l'employeur continuera à verser les indemnités à concurrence de la durée prévue contractuellement. Pour l'Etat, ce n'est pas le cas, ce qui pose problème.

La Cour de justice a considéré que l'Etat était dans l'interdiction de verser le traitement après la fin des rapports de service et que le seul élément déterminant était la période de protection contre les licenciements en temps inopportun. C'est une jurisprudence qui a été plusieurs fois confirmée par la

Cour et qui pose un certain nombre de problèmes, surtout pour les personnes qui ont peu d'années d'ancienneté. Si vous avez moins de 5 ans d'ancienneté, vous avez en effet une protection de 90 jours. Et les personnes peuvent être licenciées après 90 jours sans bénéficier du droit à une quelconque indemnité puisque l'Etat n'a pas fait de police d'assurance à leur bénéfice et que, à teneur de la jurisprudence de la Cour, l'Etat ne peut pas verser le traitement après la fin des rapports de travail, quand bien même le fonctionnaire aurait payé une cotisation. Après 3 mois, vous ne pouvez donc bénéficier d'à peu près rien, si vous restez malade, parce que vous ne serez pas apte au placement et que le chômage ne pourra pas vous indemniser. L'assurance invalidité ne verse en effet pas d'indemnités journalières hormis dans les phases d'instruction du dossier, mais pour pouvoir déposer une demande AI, il faut une période d'incapacité qui serait de 3 mois pour la détection précoce. Grosso modo, pour 90 jours, et même pour les 180 jours, le fonctionnaire n'aurait le droit à rien, ce qui pose un certain nombre de problèmes sur lesquels il ne semble pas nécessaire de revenir ici puisque les choses s'imaginent assez aisément.

Ce projet de loi vise en quelque sorte à reprendre la teneur de l'article 54 du règlement et de l'inscrire dans la loi avec la garantie que le fonctionnaire aura le droit à ces 730 jours. Pour éviter, à l'avenir, qu'une jurisprudence du même type puisse abonder, il est prévu que, tant que la personne est malade – si la personne n'est pas malade, elle ne bénéficie pas de cette protection – le fonctionnaire ne pourrait pas être licencié. Il bénéficierait donc du traitement jusqu'à concurrence des 730 jours. Il s'agit de garantir cette protection qui figure déjà dans le règlement, mais qui n'est plus interprétée comme ça aujourd'hui. En contrepartie, le montant du prélèvement opéré aujourd'hui sur les salaires pourrait ne pas être suffisant pour couvrir l'auto-assurance et le projet de loi prévoit un mécanisme de prélèvement d'une cotisation qui serait calculée sur une base actuarielle, donc en fonction de la sinistralité au sein de l'Etat.

M. Dandrès a repris, aux alinéas 4 et 5 de l'article 9B (nouveau) du projet de loi, des aspects qui sont des éléments de collaborations que le fonctionnaire doit à l'employeur pour en bénéficier. Il doit ainsi libérer ses médecins de leur secret médical à l'égard du médecin-conseil de l'Etat ou à une institution publique qui serait soumise à la LPAC. Il est précisé un aspect à l'alinéa 5. Dans la loi actuelle, il est prévu qu'il est possible de réduire la garantie en cas de faute grave du fonctionnaire. L'auteur a précisé cela en s'inspirant des conditions générales d'assurance de Generali, qui n'a pas la réputation d'être l'assureur le plus favorable à ses assurés. M. Dandrès s'est dit qu'il serait bien de préciser la chose pour éviter à l'avenir une marge de manœuvre un peu trop importante, quitte à ce que les gens soient dans une situation plus défavorable

que cela serait le cas s'ils étaient employés du secteur privé. Enfin, l'article 6 prévoit des mécanismes de subrogation qui permettent à l'employeur de s'assurer, s'il verse le salaire, qu'il n'y ait pas de sur-indemnisation. Cela signifie que, si la personne peut bénéficier d'autres prestations de quelque nature que ce soit pendant la période de maladie, l'Etat pourra les récupérer puisqu'il verse l'intégralité du salaire. Il a reproduit, dans la note remise aux commissaires, deux chapitres de protection des travailleurs contre les licenciements donnés en temps inopportun avec les dispositions du règlement qui renvoient au Code des obligations<sup>1</sup>. Concernant le droit au traitement en cas d'empêchement de travailler, M. Dandrès a reproduit la disposition topique du règlement d'application et du Code des obligations. Il a également reproduit les échelles bernoise, bâloise et zurichoise, sachant qu'en Suisse romande, traditionnellement, les tribunaux appliquent l'échelle bernoise. Toutefois, en pratique, aujourd'hui, très peu d'employeurs n'ont pas d'assurance-maladie perte de gains<sup>2</sup>.

### *Questions des commissaires*

Un député (PLR) comprend que, pendant 730 jours, l'Etat ne peut rien faire. A l'issue de cette durée, si le salarié ne peut revenir travailler parce que sa maladie ou les effets de son accident perdurent, ce n'est qu'à ce moment que l'Etat pourrait le licencier.

M. Dandrès indique que le texte dit « peut être résilié ». En somme, la décision de résiliation des rapports de service ne peut pas être notifiée à la personne dans les 730 jours pour autant qu'elle soit malade. Il ne prévoit pas que la personne ne pourrait pas faire l'objet d'un entretien de service préalable et que la procédure pourrait être initiée avant. Il ne prévoit rien à ce niveau. Il précise que la décision de résiliation des rapports de service ne pourrait pas intervenir avant les 730 jours.

Un député (PLR) constate que le projet de loi prévoit le prélèvement d'une cotisation. Il demande si une cotisation est d'ores et déjà prélevée.

M. Dandrès explique que l'article 54 actuel du règlement dit « moyennant une prime payée par le fonctionnaire ». Cette prime est de 0,1% à sa connaissance. Avec le projet de loi, on serait sur une cotisation dont le montant serait calculé sur une base actuarielle. Il est donc probable que cela soit plus élevé que le pourcentage actuel. Evidemment, il n'a pas le moyen de pouvoir le calculer lui-même n'étant pas actuair et n'ayant pas accès aux informations

---

<sup>1</sup> Annexe 1 "Dispositions du Code des obligations et du RPAC".

<sup>2</sup> Annexe 1 "Dispositions du Code des obligations et du RPAC".

de l'Etat pour le faire. En revanche, si on fait une comparaison avec ce qui existe auprès d'assurances-maladies perte de gain, par exemple la Mobilière, les taux de cotisation sont, toutes parts confondues, de 1 à 1,5%. Cela représenterait donc vraisemblablement une augmentation de la cotisation.

Un député (PLR) comprend que la logique de M. Dandrès est que cela ne coûte rien à l'Etat dès lors que l'Etat s'est auto-assuré.

M. Dandrès signale qu'il y a eu un changement de pratique avec la jurisprudence et, à sa connaissance, ce changement de pratique n'a pas cours dans tous les services de l'Etat. Des services lisent l'article 54 selon l'intention de la personne qui l'a rédigé, à savoir que, si la personne paie une cotisation, elle a le droit à son traitement pendant la période et celle-ci est de 730 jours et pas de 90 jours pour quelqu'un qui a moins de 7 ans d'ancienneté. Par rapport à l'Etat, la situation serait préférable avec cette disposition. En effet, la cotisation serait plus élevée et serait calculée sur une base actuarielle de façon à couvrir la sinistralité. Selon lui, c'est une contrepartie qu'on peut demander au personnel puisqu'il y a cette jurisprudence qui est tombée. Aujourd'hui, il y a un risque majeur. Si l'Etat est en auto-assurance, il faut que cela en soit véritablement une assurance et que le calcul de la cotisation se fasse de manière sérieuse. Il est notamment prévu que la cotisation devrait être adaptée tous les 3 ans au moins, mais il ne sait pas si c'est opportun. Il s'est dit que, si on était sur une période plus courte, les coûts d'analyse actuarielle seraient peut-être trop importants pour justifier une telle démarche. Il s'est dit qu'il y avait une certaine stabilité, notamment dans le bilan social, sur une période de 3 à 5 ans. Il a donc prévu une adaptation tous les 3 ans, mais il sera intéressant d'avoir la position de l'OPE dans le cadre du traitement de cet objet.

Un député (PLR) comprend que les conditions actuelles de l'Etat ne sont pas aussi généreuses que la pratique qui existe en général dans le privé où la perte de gains est externalisée dans une assurance qui va couvrir les 720 jours. Même si l'employé malade pendant une longue durée est licencié après 180 jours (en admettant qu'il ait fait 5 ans d'années de service) l'assurance perte de gains contractée par l'ancien employeur va continuer à fournir ses prestations, ce qui n'est pas le cas à l'Etat qui n'a pas contracté d'assurance. Il se demande si on ne pourrait pas résoudre l'équation en disant que l'Etat prend une assurance. Il ne serait alors plus impossible formellement de licencier l'employé au terme de son délai de protection de licenciement. Il constate que le projet de loi prévoit une cotisation paritaire à un tiers pour l'employé et deux tiers pour l'employeur alors que la cotisation actuelle est entièrement à charge de l'employé.

M. Dandrès répond qu'aujourd'hui, le règlement dit qu'une prime est prélevée. Il n'y a pas d'autre information sur ce qu'elle couvre, sur son montant

ou sur sa base de calcul. Dans le cadre de sa pratique professionnelle, il a constaté que sur certaines fiches de salaire, il y a du 0,1% qui est prélevé sur les salaires, sans pouvoir déterminer si cela suffit ou non. Si on regarde le bilan social, cela ne doit vraisemblablement pas suffire et cela ne correspondrait même pas à la répartition un tiers-deux tiers. Dans une logique assurantielle, il propose de mettre une cotisation. Ensuite, celle-ci est répartie soit paritairement, soit sur un mécanisme un tiers-deux tiers selon le modèle qui est celui de la CPEG, cette 2<sup>e</sup> solution étant été retenue. On serait alors probablement 5 fois plus haut que le taux actuel, voire davantage. Il s' imagine que les calculs faits par la Mobilière, qui est une assurance assez correcte, devraient peu ou prou s'appliquer à l'Etat.

Concernant la question de savoir pourquoi ne pas passer par une assurance privée, il y a plusieurs arguments. Le premier est une question de coût et de dépendance de l'Etat par rapport aux assurances privées. Si le député (PLR) a eu le loisir de conclure ou de négocier une police d'assurance-maladie perte de gain, il a certainement pu constater que sa marge de manœuvre n'est pas toujours considérable. En effet, une police d'assurance se renouvelle ou non. Comme on est en liberté contractuelle, elle peut ne pas être renouvelée. On n'est pas dans une assurance sociale, hormis des cas très spécifiques parce que la LAMal permet à certaines assurances de faire de la perte de gains, mais c'est vraiment anecdotique. On pourrait effectivement avoir des risques que certaines assurances, appâtées par un marché assez intéressant, puissent simplement prendre en charge les salariés de l'Etat. L'Etat n'aurait alors plus les moyens, par la suite, de réinternaliser la tâche et se retrouverait simplement à la merci de l'assureur au renouvellement de contrat.

Le 2<sup>e</sup> aspect est la question du coût. En effet, il n'y a pas de garantie que les coûts soient moins élevés pour une assurance où il y a une opacité totale sur la manière dont les cotisations sont calculées. En revanche, en étant sur une base actuarielle, sachant que l'Etat dispose d'énormément d'informations qui permettent d'avoir une base actuarielle sérieuse, on aurait évidemment une assurance qui correspondrait au coût réel de la prestation sans, au passage, prévoir certains avantages pour une assurance qui ne le fait à titre bénévole. Il y a aussi un aspect important pour les assurés, c'est que la pratique des assureurs-maladie perte de gains privés, par le passé, prêtait le flanc à la critique.

Les commissaires ont probablement suivi le scandale de la clinique Corela. Les assureurs privés fonctionnent comme ça. Certaines assurances ont eu recours à des cliniques comme Corela. Les commissaires ont pu voir que l'Etat avait, par le passé, déjà sanctionné cette clinique. Les assureurs ont continué de fonctionner avec elle alors que, selon M. Dandrès, elles étaient informées

des problématiques que cela représentait. Il croit aussi qu'il y a des approches assez fréquentes théorico-médicales où, sans même un examen sérieux du dossier, sans demander l'apport du dossier auprès du médecin ou même prendre contact avec le médecin qui a rédigé le certificat, l'assurance estime que la personne n'est pas malade et lui coupe les vivres. Ensuite, charge à la personne de devoir saisir les juridictions dans des procédures assez longues et coûteuses. Si on pouvait épargner cela à une partie de la population, cette dernière en serait reconnaissante. Cela étant, les employeurs peuvent aussi procéder, s'ils en ont la possibilité, en auto-assurance. Ce n'est pas une fatalité de procéder avec certaines assurances privées.

Un député (PLR) indique, pour l'information des commissaires, que la clinique Corela avait une grande partie de son activité au bénéfice d'assureurs institutionnels. Elle ne travaillait pas uniquement au bénéfice d'assureurs privés. Ce avec quoi, M. Dandrès est d'accord, mais d'après la lecture qu'il a faite de la presse, qu'il croit être en droit de commenter, le Conseil d'Etat avait indiqué, via l'office cantonal des assurances sociales, qu'ils avaient cessé d'envoyer des assurés auprès de cette clinique depuis quelque temps. Il n'en a pas la certitude, mais il pense néanmoins que, si le Conseil d'Etat s'exprime à ce propos dans la presse, cela doit être vrai.

Une députée (PDC) souhaite savoir pourquoi M. Dandrès n'a pas retenu une cotisation paritaire.

M. Dandrès pense qu'on peut octroyer aux personnes quelque chose de mieux que la simple base du privé. Bon nombre de personnes salariées n'ont d'ailleurs pas de cotisations strictement paritaires dans ce domaine. Celles et ceux qui pourraient penser qu'on est dans une approche de privilège ont mal compris sa proposition. Sur la question de la résiliation des rapports de service, si on avait la certitude que, à l'avenir, la personne aurait le droit à 730 jours pour autant qu'elle soit malade et que cela correspond grosso modo à ce que pour quoi elle paie, la question de la date de la résiliation des rapports de service n'est pas l'élément déterminant. Il voudrait toutefois éviter de modifier la loi et ne pas prévoir cette clause pour tout d'un coup se retrouver face à une jurisprudence qui resterait constante et qui permettra de dire que l'Etat ne peut pas verser le salaire après la résiliation des rapports de service et que, rien, ni dans le règlement, ni dans la loi, n'empêche de le résilier au-delà de la période de protection contre les licenciements en temps inopportun, surtout si en plus on fait un calcul de sinistralité qui serait une cotisation qui permettrait à la personne d'avoir droit à ces 730 jours. On serait alors dans une approche qu'on pourrait qualifier de léonine.

Une député (PDC) fait remarquer que l'employé cotise aussi dans le privé.

M. Dandrès confirme que l'employé cotise dans le privé, mais normalement, pour autant que l'assureur fasse des calculs qui ne lèsent pas trop le salarié et l'employeur, la cotisation devrait quand même couvrir la prestation. Il est clair que si vous dites que la personne a le droit à une indemnité ou à son traitement après 6 mois à 80% ou après 3 mois à 100%, le montant de la prime ne doit pas être calculé de la même manière. Il faut préciser que la base de calcul prévue par le projet de loi est actuarielle.

Le président signale que, si c'est assuré à 80% dans les assurances privées, c'est en partie lié au fait qu'il n'y a pas les mêmes déductions de cotisations sociales. En réalité, le traitement perçu via l'indemnité est supérieur à 80% parce qu'il n'y a pas les mêmes déductions sociales. Ce n'est d'ailleurs pas sans poser de problème, parce que, s'il n'y a pas de versements aux cotisations sociales, il n'y a pas non plus les droits qui y sont liés. La 2<sup>e</sup> raison de ces 80%, c'est qu'il a aussi été considéré que le fait de travailler engendrait un certain nombre de coûts que l'on n'a pas si on est empêché de travailler. Ce sont les 2 notions qui ont justifié historiquement ces 80%, sans appréciation personnelle de sa part.

Un député (MCG) pense que le système proposé dans ce projet de loi est génial pour l'employé qui est malade parce qu'il n'a plus de soucis, si ce n'est d'avoir le service de l'Etat ou un médecin-conseil qui va lui demander des comptes. Il se demande s'il y aurait une possibilité pour parer au fait que des personnes essayent de profiter d'un système généreux. Ce qui le dérangerait c'est qu'on mette en difficulté aussi de braves gens.

M. Dandrès pense qu'on n'est pas nécessairement dans des aspects d'appréciation, dans la mesure où l'on a une prestation qui découle d'une condition qui est l'incapacité de travail liée à la maladie. Les personnes les plus à même de juger de l'état de santé d'une personne c'est le corps médical. Pour l'assureur la dimension d'indépendance peut poser question, de même que pour l'employeur qui a un intérêt à ce que vous ne soyez pas reconnu comme étant malade s'il est auto-assurance puisque, à ce moment, il jouerait le rôle de l'assurance. Ce n'est pas nécessairement un argument qui doit être pris comme étant le point cardinal, ce d'autant que l'employeur a une vision qui, parfois, peut reposer sur beaucoup d'a priori. En tout cas, dans nos institutions, avec une approche droit-de-l'homme qui doit être à la base de leur action, le secret médical existe, de même que le rapport thérapeutique. Il y a effectivement des compétences particulières qui sont données aux médecins de par leur formation et le rôle social qu'on leur a attribué. Selon lui, cela suffit pour garantir l'objectivité requise pour un projet comme celui-ci. Après, il est fréquent à l'Etat que des examens médicaux soient faits pour les personnes à l'engagement. Il pense qu'il y aurait des difficultés à avoir des personnes qui

seraient en arrêt maladie sur une longue période trois mois après leur engagement. Par ailleurs, il y a exactement les mêmes problèmes dans le privé.

Un député (EAG) souhaite connaître la prise en compte (ou non) des recommandations du rapport de la Cour des comptes paru en juin 2017<sup>3</sup>, notamment concernant la base légale du prélèvement de la cotisation de 0,1% qui représenterait quelque 2,3 millions de francs. Dans ce projet de loi, d'une certaine manière, il est proposé de diminuer le traitement des fonctionnaires puisque la cotisation serait plus importante d'un montant qu'on ne connaît pas très bien.

M. Dandrès fait remarquer qu'il ne lui incombe pas la tâche de mettre en œuvre les recommandations de la Cour des comptes. Celle-ci a pointé la question de l'absence de base légale et une réponse y est apportée. Si on instaurait un véritable droit, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui (aujourd'hui les fonctionnaires n'ont pas ce droit), il faut que ce droit soit fondé sur des bases sérieuses. C'est pour cette raison qu'il a repris ce modèle qui est celui de la CPEG. Concernant la question de l'état d'avancement, il laisse le Conseil d'Etat répondre.

Concernant la cotisation, sous un angle syndical – c'est un aspect de la motivation de ce projet de loi – les fonctionnaires auraient deux avantages à ce qu'il soit adopté. Le premier serait d'avoir la certitude que cette garantie existe et qu'ils ne se retrouvent, selon le bon vouloir de leur employeur, d'aucun licencié après 90 jours et d'autres après 730 jours parce que la pratique n'est pas uniforme aujourd'hui au sein de l'Etat. Il y a des services, parfois même au sein du même département, où des personnes sont licenciées immédiatement après la période de protection et d'autres qui ne le sont pas. C'est un premier avantage qui est non négligeable aussi en termes de coordination avec les régimes d'assurance. Comme il n'existe pas de régime universel en Suisse, on a évidemment une faille dans le système. Si vous êtes licencié avant la période de 6 mois, vous ne pouvez pas déposer de demande auprès de l'assurance invalidité. Du coup, la personne se retrouvera avec rien si elle est malade sur le long terme. En effet, le Conseil fédéral a modifié l'ordonnance d'application de la loi sur l'assurance-chômage pour pallier quelque peu le problème qu'ont des personnes qui seraient malades pendant une plus longue durée. Cela répond à la préoccupation des salariés qui bénéficient d'assurance-maladie perte de gains auprès de compagnies privées

---

<sup>3</sup> Rapport de la Cour des compte, n°119-2017 "Audit de gestion et financier portant sur les charges du personnel de l'Etat de Genève"  
[https://cdc-ge.ch/publications/audit-de-gestion-et-financier-portant-sur-les-  
charges-de-personnel-de-letat-de-geneve/](https://cdc-ge.ch/publications/audit-de-gestion-et-financier-portant-sur-les-charges-de-personnel-de-letat-de-geneve/)

qui permettent aux personnes, qui ont déposé une demande de prestations auprès de l'assurance invalidité (sachant que le délai de traitement de ces assurances est de l'ordre de 4 à 8 ans) de pouvoir, au-delà de la période de 730 jours, si l'AI n'a pas statué sur leur demande, ouvrir le délai-cadre auprès de l'assurance-chômage pour autant qu'ils soient aptes au travail à concurrence de 20%. Cela limite évidemment les drames où une personne se trouverait pendant des mois voire des années sans autres revenus, sachant que l'AI ne verse pas d'indemnités journalières, sauf si la personne est en stage ou sur des mesures d'instruction. Il y a donc une faille. Le Conseil fédéral a répondu à celle-ci en se calquant sur la pratique de l'essentiel des entreprises privées. L'auteur du projet de loi pense que, pour les agents de la fonction publique, la faille reste malheureusement béante. Il estime que, avec le projet de loi proposé, qui à son avis ne serait pas plus coûteux à l'Etat que le système actuel et qui serait sans doute moins coûteux qu'une assurance privée avec des prestations équivalentes, permettrait de résoudre ce problème.

Un député (PLR) aimerait connaître l'indépendance d'un service de l'Etat pour gérer cette auto-assurance, puisque ce sont les fonctionnaires qui vont s'en occuper contrairement à une assurance privée qui permet d'avoir un regard externe en plus des moyens d'investigations à sa portée.

M. Dandrès ne pense pas que l'Etat employeur ait une plus grande indépendance que l'assureur prestataire. Dans les deux cas, cela pourrait être en défaveur des salariés. L'indépendance en question est celle vis-à-vis du bénéficiaire de la prestation. Quant au supposé de confraternité des fonctionnaires, on a effectivement vu, notamment dans certains domaines de la finance et des régulations, que cela pouvait être le cas, ce qui a coûté assez cher à certaines sociétés. Il n'a pas été prévu un service particulier qui serait composé de manière paritaire, employé et Etat, dans ce projet de loi. Il n'a pas voulu aller aussi loin partant de l'idée – peut-être qu'il se trompe et sa pratique l'amène souvent à en douter – que l'Etat peut appliquer convenablement la Constitution.

Le président demande, pour être certain de sa compréhension du texte du projet de loi, si c'est un traitement au sens légal du terme et si celui-ci serait, dans son intégralité, pour la période d'incapacité de travail, soumis aux cotisations sociales.

M. Dandrès confirme cette remarque et précise que c'est un point important parce que l'Etat, dans le cadre du PFQ, voulait faire des économies sur les prélèvements de cotisations en s'appuyant sur une note de l'office fédéral des assurances sociales. Cela pose quand même un certain nombre de problèmes selon lui, ne serait-ce qu'en termes de financement du système d'assurance sociale, mais aussi un problème en termes de couverture pour la personne

malade. Évidemment, on est en train de parler de personnes qui sont malades sur une longue durée. Pour les personnes qui ont une maladie de courte durée, le problème ne se posera pas. En pratique, le projet vise principalement des personnes qui ont des maladies invalidantes.

Un député (Ve) aimerait une précision par rapport à l'alinéa 2 de l'article 9B, Il est expliqué qu'une cotisation est prélevée sur le traitement des membres du personnel. Elle aimerait ainsi savoir si on est membre du personnel de l'Etat dès le 1<sup>er</sup> jour de l'engagement, quel que soit le statut. Par ailleurs, elle relève que, dans le secteur privé, par rapport au délai de licenciement, les assureurs privés continuent sauf erreur à verser des prestations pour autant que l'assuré cotise de lui-même.

Par ailleurs, elle relève que l'auteur du projet de loi a parlé de maladies de longue durée. Pour certains, le système de détection précoce de l'AI se met en place. Celui-ci n'aboutit pas forcément, mais il y a aussi une possible mise à l'invalidité de la part de la caisse de pension. Elle voulait comprendre cette articulation par rapport au projet de loi parce que cette mise à l'invalidité au bout d'une année d'absence pour maladie est assez systématique avec les délais de licenciement. Le projet de loi demande, quant à lui, d'assurer de pouvoir avoir le salaire sans le licenciement pendant 730 jours. Dans l'intervalle, il y a, au bout de 6 mois d'absence, une détection précoce de l'AI qui peut aboutir à un licenciement.

M. Dandrès apporte des précisions sur le schéma. Dans le cas d'une personne qui est malade, si on est sur la règle des 730 jours, en principe après 3 ou 4 mois (c'est la pratique même des assurances privées) la personne est envoyée chez le médecin-conseil et un examen médical est effectué. Après 6 mois, il y a une obligation de faire le dépôt d'une demande de détection précoce. Après une année, il est possible de faire une demande de prestation pour la rente invalidité qui doit ensuite être instruite. Entre parenthèses, sur la question des cotisations, il n'y a pas forcément une obligation de continuer à cotiser pour percevoir des prestations auprès de l'assurance. Cela dépend évidemment des conditions générales d'assurance, mais si vous avez un sinistre qui est né pendant les rapports de travail, il est rarissime – il a vu cela une ou deux fois – que des assurances exigent de cotiser après la fin des rapports de travail. En principe ce n'est pas le cas. Du coup, évidemment, vous ne serez pas assurés pour un nouveau sinistre qui interviendrait après la fin des rapports de travail, sauf si vous faites une adhésion volontaire à l'assurance. A ce moment-là, vous devez prendre en charge les parts employeur et employé et la cotisation. Après, c'est l'alinéa 6 qui traite le cas des prestations qui pourraient être versées pendant cette période de 730 jours. M. Dandrès a repris le modèle qui est celui de la partie générale des assurances sociales et qui

prévoit qu'il n'y ait pas de sur-indemnisation. Si une institution publique ou privée devait verser quelque chose pendant cette période, l'Etat récupérerait la prestation, qu'elle soit de nature professionnelle ou autre. Il précise qu'il fait référence aux assurances cantonales et fédérales à l'alinéa 6, mais pas aux assurances privées parce que l'employé peut faire, comme la députée l'indique, une assurance de somme. Sur les assurances de dommages, la plupart des conditions générales prévoient qu'elles interviennent à titre subsidiaire. Cela étant, il peut aussi y avoir des assurances de sommes qui permettraient ce type d'assurance complémentaire et il ne serait pas correct que l'Etat se paie sur un investissement qu'aurait fait le salarié.

La députée (Ve) comprend que le droit cantonal ou fédéral primerait sur cette assurance et revient sur la notion de membre du personnel.

M. Dandrès explique que cela serait le cas pour toute assurance sociale ou cantonal ou institution de prévoyance. Typiquement, si la CPEG versait des prestations durant les 730 jours, le montant de la CPEG serait récupéré par l'Etat. Concernant les membres du personnel, il voulait couvrir le tout. Le besoin de protection est le même et il n'y a pas de raison qu'on ait un traitement qui soit différencié, sachant qu'on est toujours sur des incapacités de longue durée. En effet, selon la jurisprudence actuelle, de toute façon la personne a le droit aux périodes de protection fixées à l'article 336C et à l'article 336D du Code des obligations. Ensuite, ce sont des aspects de calcul. Il conviendrait de demander l'audition des syndicats après celle du Conseil d'Etat. Si les syndicats devaient estimer que le coût de la mesure serait totalement prohibitif, il ne souhaite pas faire du syndicalisme contre les syndicats.

Un député (EAG) pense qu'il faut définir à quoi correspond la longue durée. En l'occurrence, c'est à partir de 45 jours que le médecin-conseil est saisi et que la hiérarchie ou les ressources humaines peuvent demander, d'ailleurs en tout temps, un avis du médecin-conseil. Normalement, c'était même 30 jours. On considère en effet qu'à partir de 30 jours c'est une absence de longue durée, mais pour des raisons pratiques on ne peut pas adresser tout le monde au service de santé du personnel de l'Etat. Cela a donc été reporté à 45 jours.

M. Dandrès a reproduit la disposition en question dans sa note<sup>4</sup>. Il précise qu'il lui semblait délicat de le mettre dans la loi et de figer dans le marbre un délai d'un certain nombre de jours plutôt qu'un autre.

Un député UDC propose d'auditionner le département sur ce projet de loi.

---

<sup>4</sup> Annexe 1 "Dispositions du Code des obligations et du RPAC".

Le président note que la commission entendra le département concernant ce projet de loi à l'occasion de sa prochaine venue. La commission décidera ensuite des autres éventuelles auditions.

## **2. Séance du 12 avril 2019 dédiée à l'audition de M. Grégoire Tavernier, directeur général de l'OPE, de M<sup>me</sup> Karin Eigenheer, cheffe du service de santé du personnel de l'Etat et de M<sup>me</sup> Ursula Marti, juriste**

M. Tavernier présente M<sup>me</sup> Eigenheer et M<sup>me</sup> Marti. Il explique ensuite que le Conseil d'Etat a annoncé, étant donné que c'était dans le PFQ, l'étude de la mise en place d'une assurance perte de gain maladie privée pour l'administration cantonale genevoise de 2018 à 2022. Le Conseil d'Etat a donné un accord de principe sur cette démarche et a demandé à l'OPE de procéder à un cadrage du projet qui sera terminé fin avril. Ce cadrage permettra de définir l'appel d'offres qui se déroulera durant la deuxième partie de l'année 2019 pour une mise en place de cette assurance au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Ce cadrage vise à améliorer l'assurance maladie perte de gain pour les personnes qui quitteraient l'Etat, et de leur donner la possibilité, si elles n'ont pas de travail, d'avoir un transfert sur une assurance maladie individuelle. Le projet de loi traite donc de situations de fin des rapports de service lors de licenciements.

M<sup>me</sup> Marti distingue deux différentes situations : la première situation est celle du collaborateur/ collaboratrice qui travaille bien et qui fournit de bonnes prestations, dont le comportement ne pose pas non plus problème et qui tombe malade. Le traitement lui est garanti pendant 730 jours. L'employeur a quand même des obligations par rapport à son collaborateur malade. Le but de l'employeur et du collaborateur est celui du retour de ce dernier à son poste et le recouvrement de sa santé. Dans cette situation, l'Etat ne peut résilier son rapport de service contrairement au droit privé où l'employeur peut résilier quelqu'un de malade, mais pas en temps inopportun. Il y a une grande différence entre l'employeur du droit privé et l'employeur soumis au droit public.

La deuxième situation est celle du collaborateur qui ne fournit pas de bonnes prestations et dont le comportement n'est pas bon. L'employeur le lui a signalé et il ouvre une procédure de résiliation des rapports de service. Il arrive souvent que le collaborateur tombe malade suite à cette annonce. Le collaborateur peut être résilié, mais pas en temps inopportun. Voici les deux cas de figure tels qu'ils sont actuellement traités par l'Etat de Genève.

M. Tavernier distribue un document avec le nombre de licenciements dans l'administration cantonale genevoise de 2014 à 2018<sup>5</sup>. Ces licenciements n'ont pas tous pour motif la maladie. Il faut mettre ces chiffres en rapport avec le nombre de collaborateurs de l'Etat de Genève, qui en 2018 avait dépassé les 17 000. Le licenciement est utilisé avec parcimonie et n'est utilisé que s'il n'y a pas d'autres solutions pour régler le problème de prestations insuffisantes ou de capacité à occuper le poste.

### *Questions des commissaires*

Un député (S) explique que comme il s'agit de l'auto-assurance, des personnes pouvaient se retrouver privées de traitement alors que normalement l'Etat devait leur apporter une garantie de 730 jours pour autant que la personne était malade. Mais concernant le licenciement, la pratique de l'administration cantonale est-elle identique que le motif soit celui de prestations insuffisantes ou celui de la fin de la période de protection des 730 jours ?

M<sup>me</sup> Marti répond que non, qu'il faut distinguer entre les personnes présentant une insuffisance de prestation ou une inaptitude et celles qui tombent malades pour lesquelles il faut attendre les 730 jours.

Un député (S) dit que le but de cette disposition est celui de donner une protection par rapport à la maladie. Comment un traitement différencié peut-il être justifié alors que l'objectif de la réglementation n'est pas de faire de distinction différenciée ? Il pourrait y avoir des personnes qui ont très bien travaillé, mais qui sont atteintes d'une pathologie invalidante très grave qui fait que ces personnes seraient licenciées selon leurs pratiques, après la période de 180 jours parce qu'ils ont plus de 5 ans de service et qu'elles se retrouveraient à peu près sans rien à moins qu'il n'y ait un dossier AI qui soit déposé.

M<sup>me</sup> Marti souligne que le but de cette disposition est de donner un droit de traitement pour que la personne revienne travailler, ce qu'appuie la jurisprudence au niveau fédéral. L'administration fédérale fait qu'il n'est pas possible de résilier les rapports de service des personnes malades sauf si avant la maladie, les motifs de la résiliation de leurs rapports de service leur avaient été annoncés. La disposition du traitement pendant 730 jours ne veut pas dire qu'il n'est pas possible de licencier auparavant. Cela est clair dans la jurisprudence.

---

<sup>5</sup> Annexe 2 "Licenciements dans l'administration cantonale genevoise de 2014 à 2018"

Un député (S) déclare que d'un point de vue de droit privé, on est sur du contractuel et que donc on n'a pas de jurisprudence, mais une police d'assurance soumise à la LCA.

M<sup>me</sup> Marti répond que tous les cantons ont le même système.

Un député (S) pense que le fait d'être sur un système qui n'est peut-être pas aujourd'hui suffisamment financé pour couper la prestation est un problème majeur, mais que si on entre dans une approche de type « contractuel », il faut en tenir compte dans les calculs actuariels et en informer évidemment les personnes. C'est donner la possibilité le cas échéant de prendre une assurance maladie perte de gain privé et cela n'est pas souhaitable, car cela coûte une fortune. La pratique est très discutable, il pense aussi qu'il serait utile d'en parler au Conseil d'Etat. Il demande s'ils disposent de calculs actuariels, ou s'ils arriveraient sans calculs actuariels à donner des données chiffrées sur ce que coûterait une assurance de ce type.

M. Tavernier déclare que dans les 76 à 78 millions, c'est le 5,2% moins le 1% d'assurance-accident et environ 4,2% maladie. En termes actuariels, la prime qu'un assureur demandera sans prendre de prime de risque et sans frais administratifs sera autour de 4%. Il faut concernant leur projet de loi, tenir compte de 4% pour les calculs. Après dans le projet de loi, on parle de 1/3 – 2/3 : le 1/3 des 4% seraient à la charge des employés et les 2/3 seraient à la charge de l'employeur. La priorité de l'administration cantonale genevoise, de l'OPE, du Service de Santé et de tous les RH des départements est de trouver des solutions pour que les personnes recouvrent leur santé et leur poste. Les efforts de prévention sont importants et les outils mis en place pour résoudre ces problèmes sont importants et les résultats sont pour lui très positifs si l'on analyse la maîtrise du taux d'absence par rapport à l'extérieur.

Il distingue deux cas : le premier et le plus important, il s'agit d'une personne qui manque dans le service, ce qui occasionne une surcharge de travail pour d'autres personnes. Si une personne a un cancer sans dysfonctionner et que l'équipe est solidaire et reste motivée, il n'y a pas de problème. Mais il y a un problème quand des personnes dysfonctionnent dans un service et que l'équipe ne peut pas suivre. Ils ont des remontées et du service et du personnel et du management qui font consensus. Le deuxième cas problématique consiste en la complexité de la gestion des personnes fournissant des prestations insuffisantes par la hiérarchie : on va faire en sorte que la personne puisse revenir dans le service normal en modifiant son cahier des charges, en lui offrant une formation pour que la personne revienne dans le cadre d'une bonne prestation. Si cela ne fonctionne pas, on fait un entretien de service pour formaliser les remarques et trouver des améliorations et s'il n'y a pas d'améliorations, le manager va demander à licencier la personne. Il arrive

souvent que la personne en entretien tombe malade après. Le manager dans une procédure à motif fondé cherche à retrouver un poste pour que la personne revienne, ce qui est difficile, car le poste n'est pas toujours du même niveau.

Un député (S) déclare que le projet de loi n'a pas pour vocation de modifier le régime de résiliation des rapports de service à l'Etat. L'idée, c'est que si on est sur un système d'auto-assurance, il faut que la prestation soit pourvue. Au vu de la jurisprudence actuelle de la Cour critiquable selon lui, on a le risque de priver la personne d'un droit pour lequel il a cotisé. D'un point de vue juridique, il y a un problème avec la façon avec laquelle ils appliquent cet article du RPAC. Il est conscient que l'Etat a un fort meilleur suivi des absences que le privé et qu'ils ont mis en place des services : la gestion de ce point de vue est sans doute meilleure que dans le domaine des assurances. Mais il arrive dans ces pratiques que le suivi soit assez radical. Avec la répartition proposée par le PL, si des personnes sont absentes, des moyens supplémentaires seront disponibles pour faire en sorte que les problématiques qu'ils décrivent n'aient plus lieu. L'intérêt de l'assurance serait de mutualiser le risque sur une population plus large que celle des employés de l'état et des secteurs subventionnés. Il compare le taux d'absentéisme dans la plupart des services de l'Etat. A les suivre, la mutualisation se ferait en sens inverse.

M. Tavernier veut clarifier la décision qu'a prise le Conseil d'Etat d'aller vers une assurance perte de gain maladie, mais en maintenant le système de « care management » de l'Etat. Le système mis en place sera maintenu dans l'appel d'offres. On ne va pas prendre de système de "care management" de l'assureur. Ceci a été validé par le Conseil d'Etat dans l'établissement du projet. La mise en place d'un stoploss, c'est-à-dire la mise en place d'un niveau de risque qui soit très élevé pour ne pas avoir de prime de risque de l'assureur qui augmente permettra de s'assurer en termes de cotisation qu'on ne sera pas dans les situations décrites par le député. Si, aujourd'hui, vous mettez le risque à 76 millions pour l'Etat, vous n'aurez aucune prime de risque de l'assureur, par contre vous aurez ces frais administratifs.

Un député (PLR) demande la définition de l'expression « temps inopportun » en matière de licenciement. S'il a bien compris, pendant le délai de 730 jours, dans l'Etat, il n'y a pas de licenciement possible, mais dans le privé cela est possible, mais pas en temps inopportun.

En tant que médecin-conseil pour le service du personnel de l'Etat, il a été parfois confronté à des personnes qui avaient épuisé leurs 730 jours. Il se souvient d'une personne qui était restée 5 ans à l'AI. Un jour l'AI décrète que cette personne est capable de travailler et qu'elle ne peut plus être au bénéfice de la rente AI. Cette personne s'en va chez l'employeur et s'aperçoit que l'employeur ne l'a pas licenciée. Le député se demande pourquoi du point de

vue managériale lorsqu'une personne a épuisé ses 730 jours, il est possible de la licencier, pourquoi ne procède-t-on pas au licenciement de la personne par souci de clarté ?

M<sup>me</sup> Marti répond que l'employeur regarde s'il est possible de faire quelque chose quand quelqu'un est malade. Elle dit que ces cas sont pris en main et que ces cas ne devraient aujourd'hui plus arriver. Le droit de traitement est de 730 jours durant lesquels l'employeur considère les solutions pour que le collaborateur puisse revenir. Après les 730 jours, si on constate que la personne ne peut plus reprendre un poste à l'état, on fait la résiliation des rapports de service et si cela n'est pas fait, l'employeur a le risque qu'un jour le collaborateur revienne et veuille reprendre son poste. L'employeur sera alors obligé de le reprendre.

Pour comprendre « temps inopportun », M<sup>me</sup> Marti explique qu'il faut distinguer entre le droit au traitement durant 730 jours et le temps inopportun dans le code des obligations où il est écrit qu'il est possible de résilier quelqu'un qui est malade. Cela dépend des années de service : si quelqu'un est dans sa première année de service et tombe malade, on ne peut le licencier qu'à partir de 30 jours. De la 2<sup>e</sup> à la 5<sup>e</sup> année de service c'est à partir de 90 jours et à dès la 6<sup>e</sup> année c'est à partir de 180 jours. On ne peut pas résilier quelqu'un dans ce temps inopportun. Même si on est dans le cas de figure où l'employeur constate qu'un collaborateur fait de mauvaises prestations, il ne reste pas sans protection. Selon elle, il y a des changements par rapport à la pratique de résiliation des rapports de service.

Un député (EAG) dit que c'est au moment de l'entretien de service qu'on prend réellement connaissance de la gravité des reproches qui nous sont adressés. Il a eu un cas à défendre en tant que secrétaire syndical à l'OCSP dans l'administration cantonale. C'était une collaboratrice qui commençait à avoir de mauvaises évaluations. Elle était souvent absente avec des sautes d'humeur et elle a commencé à dysfonctionner dans son service. Elle a eu un entretien de service lors duquel on lui dit qu'elle donnait des prestations insuffisantes et la procédure de licenciement a commencé. Or son diagnostic est tombé pendant le délai entre l'entretien de service et son licenciement : elle avait un dysfonctionnement de la glande thyroïdale avec anxiété et dépression. La maladie peut évidemment engendrer des insuffisances de prestations. Le député trouve choquant de trier les gens en fonction de cela parce qu'on devrait établir qu'il n'y a aucun lien entre la maladie et les insuffisances de prestation avant l'annonce des insuffisances de prestation.

M<sup>me</sup> Marti est d'accord avec le fait que si quelqu'un travaille mal à cause de sa maladie, la personne ne peut pas la résilier comme cela. Elle rappelle que certes l'employeur a l'obligation de faire tout ce qu'il peut pour aider le

collaborateur au niveau de la santé, mais que la jurisprudence est claire sur le fait que le collaborateur est obligé d'aller vers l'employeur si cela ne va pas et de ne pas juste attendre que l'employeur le prenne en charge. Si c'est au moment de la résiliation des rapports de service que le collaborateur dit que son dysfonctionnement vient de sa maladie, c'est un peu tard. Mais on a l'obligation de voir si les mauvaises prestations sont en lien avec la santé.

Un député (EAG) parle de la lourdeur administrative pour la personne malade qui ne sait pas pourquoi elle est malade, qui se fait licencier, qui doit contester son licenciement, se faire diagnostiquer, gagner au tribunal contre l'état pour faire valoir ses droits. Une période de 730 jours permet de chercher les raisons de la maladie. Il est délicat de dire que c'est au collaborateur d'aller vers l'employeur pour prouver que son dysfonctionnement est en lien avec sa maladie. L'article tel qu'il le lit a pour but de protéger les travailleurs contre les risques de maladie et non pas de faciliter le licenciement. Il est important d'employer tous les moyens pour accorder les 730 jours. Si au bout de ces 730 jours, il n'y a pas de symptôme, un licenciement peut être prononcé.

M<sup>me</sup> Eigenheer relève que des personnes qui ont été en situation de résiliation de fin de travail refusent de venir vers eux. On peut aussi se poser des questions sur la volonté de la personne d'être accompagnée et soutenue par l'employeur. Elle insiste sur le fait qu'ils font un énorme travail pour accompagner les personnes et comprendre au niveau médical ce qui se passe. Mais dans certains cas la personne refuse cet accompagnement et il est difficile de les aider alors.

Un député (UDC) dit qu'il y a beaucoup de cas de burnout. Il demande ce qui est fait quand il y a des réticences de ce genre face à leurs services. Il demande également s'il est possible de distinguer les cas de maladie des cas de dysfonctionnement sur la feuille distribuée au sujet des licenciements dans l'administration cantonale genevoise.

M. Tavernier dit qu'ils n'ont pas réussi pour l'instant à distinguer. Au début 2018 il y a eu beaucoup de changements organisationnels. Ensuite il dit qu'il ne faut pas généraliser les situations où vous avez été actionné parce qu'il y avait un souci. Mais il est vrai qu'il y a des services en souffrance au vu du taux d'absence à la fin du bilan social. Les premières analyses pour la gestion des absences ont été faites en 2008-2009. Après ils ont mis un dispositif pour les absences de courte durée et pour les absences de longue durée et maintenant ils mettent en place des dispositions pour rééquilibrer les situations.

Le président demande si le traitement pour absence est traité de la même façon, quel que soit le type de fonctionnaire. Il demande également si, dans le cadre d'un contrat de durée déterminée, le traitement perdure au-delà de

l'échéance du contrat alors que l'incapacité de travail ne prend pas fin ? Si vous êtes malade en décembre 2018, que votre contrat prend fin en juin 2019, mais que vous êtes encore malade jusqu'en décembre 2019 avant de retrouver votre travail, est-ce que vous êtes payé entre juin et décembre 2019 ?

M<sup>me</sup> Marti répond que non. Si on prend les collaborateurs en période probatoire de deux ans, si la personne tombe malade en deuxième année et qu'on lui a déjà par exemple annoncé les mauvaises prestations, le traitement prend fin au dernier jour de l'activité. C'est la même chose pour un agent spécialisé engagé 4 ans : s'il tombe malade le dernier mois, l'engagement prend fin. La chambre administrative dit clairement que le traitement est dû pendant que les gens sont engagés et qu'il prend fin au dernier jour de l'activité.

M. Tavernier ajoute que les collaborateurs en question peuvent prendre une assurance maladie perte de gain. Ils sont avertis au moment de l'engagement de ces conditions. C'est à eux de décider quand ils sont en santé s'ils prennent cette assurance ou pas. Ces éléments ont été identifiés comme devant être améliorés et c'est pour cela que dans le projet du Conseil d'Etat d'assurance perte de gain maladie, ce sont des aspects qui seront traités notamment par rapport à un libre passage du contrat collectif au contrat individuel. Ceci est prévu dans le cadrage du projet.

Le président dit qu'il y a à la fois la problématique de la déduction des cotisations sociales qui a un effet boomerang : si on ne cotise pas, on n'a pas de prestation. Si on a un petit salaire avec des périodes de non-cotisation qui ne sont par ailleurs pas comblées, cela peut poser problème. L'autre aspect, c'est de penser que le fait de travailler générerait certains coûts et qu'il y a des « coûts d'acquisition » de transport, etc. Est-ce que dans le cas de la législation actuelle, serait-il possible que ce soit l'Etat qui continue à verser une forme d'auto-assurance mais qui ne prélève plus les cotisations sociales ? Est-ce que c'est techniquement possible dans la législation actuelle ? Est-ce que si la loi aujourd'hui dit qu'on fixe 80% est-on toujours obligé de procéder aux déductions sociales ?

M. Tavernier explique que ce qui oblige à ne pas verser de cotisations sociales, c'est lorsqu'on est en indemnité journalière. Pour l'avoir, il vous faut avoir une auto-assurance ou alors vous créez une assurance dans votre entreprise, mais vous serez dans le système régi par les assurances. Dans le cadre du projet du Conseil d'Etat, qui est une assurance maladie perte de gain, il a été dit que les cotisations de caisse de pension seraient maintenues et que pour les cotisations AVS pour les personnes qui dépasseraient l'année, il y aurait le minimum de cotisation pour maintenir le bon niveau de l'AVS qui serait versé également. Pour justement ne pas avoir de diminution, on a regardé

cela avec les assurances sociales cantonales et fédérales. Il y aurait une perte pour quelqu'un qui est en maladie de 2 ans. Il peut y avoir une perte sur l'AVS d'une dizaine voire une vingtaine de francs sur les 2 ans même en cotisant cet aspect sur l'année.

Le président dit que dans le cadre des études qu'ils ont faites par rapport à ces 76 ou 78 millions, c'est le coût à 100% dans l'hypothèse où il y aurait une assurance qui serait contractée. Pourrait-on avec des prestations semblables in fine avoir un coût d'assurance moindre ?

M. Tavernier répond que si vous êtes dans le régime de l'assurance, c'est possible. L'estimation du gain sur la cotisation de l'assurance sociale est de 5 millions net.

Le président pense que l'inconvénient possible d'une assurance externe a été évoqué par un député (S). Il appartient aux bénéficiaires qui par hypothèse seraient dans leur bon droit de mener la procédure pour pouvoir toucher aux prestations auxquelles il a le droit. C'est objectif sauf si on arrive à faire la démonstration que dans 100% des cas le bénéficiaire perdait au tribunal et que par voie de conséquence ce ne serait que théorique. A partir du moment où au tribunal il y a un bénéficiaire qui gagne, cela veut dire que c'est un risque qui existe et qui n'est non seulement abstrait, mais concret. En revanche, ce qui est tout aussi vrai selon le président, c'est que dans l'hypothèse où il n'y a pas d'assurance, il y a un effet marginal de mobbing. On le voit très souvent dans le sens où l'employeur fait du mobbing pour avoir un retour au travail ou un départ de son employé dans les deux cas. Est-ce que dans le cadre de la gestion que M. Tavernier voit, il y aura une partie qui sera externalisée pour prévenir cette problématique ?

M. Tavernier répond que le modèle imaginaire c'est d'avoir tous les avantages sans les inconvénients. C'est pour cela qu'on maintient le "care management" de l'Etat qui a fait ses preuves. Par contre l'avantage d'avoir l'assurance privée, c'est d'avoir un meilleur suivi administratif. Aujourd'hui, comme on est en auto-assurance il y a une marge d'amélioration. L'assureur va couper son indemnité journalière si la personne ne fait pas ce qu'elle doit faire pour retourner en santé et retrouver son travail, mais selon le modèle pensé par l'administration cantonale qui garde le "care management".

Le président demande comment cela se passe aujourd'hui pour l'accident ? Et, si elle est externe, est-ce que cela génère des problèmes qu'on n'a pas pour la maladie. Est-ce que la maladie aura des spécificités plus compliquées que l'accident même si le cas de maladie et d'accident donne lieu très souvent à des décisions de justice ?

M<sup>me</sup> Marti dit qu'il s'agit d'une assurance externe. M. Tavernier poursuit et précise qu'ils n'ont pas de maladie entre les deux. La Cour des comptes a fait un audit sur les charges du personnel et un des aspects qui a été signifié, c'est qu'ils avaient un retard sur la récupération des indemnités journalières, retard qui a été comblé depuis lors avec l'engagement d'une ressource supplémentaire. Ils ont un autre souci qui sera réglé avec la migration du système RH : aujourd'hui ils sont incapables de gérer des indemnités journalières avec leur système d'information, et donc les personnes qui sont en accident reçoivent leur traitement à 100%. Elles seront remboursées en plus de leur versement de leur cotisation sociale. Ces personnes ont donc un salaire plus élevé quand ils sont en accident. Ceci n'est pas acceptable et doit être corrigé au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Le président n'est pas d'accord avec l'usage de 2/3-1/3 s'agissant de la prise en considération de la cotisation. Pour lui, il est important que l'employeur paye une partie et que les gens paient une partie. Il aimerait aussi savoir combien de cas de licenciements contestés au tribunal par an on compte pour mettre en rapport avec la feuille distribuée sur les licenciements.

M<sup>me</sup> Marti dit qu'ils vont regarder les chiffres concernant la deuxième question, mais que de manière générale les licenciements sont souvent contestés. Selon M. Tavernier, cela leur prendra un peu de temps pour répondre à la question sur les 2/3-1/3 par rapport à la pratique de manière générale.

Un député (S) réagit par rapport aux remarques de personnes malades, mais qui ne le sont pas en réalité. Qui est juge de la situation ? Si on ne veut pas tomber dans l'arbitraire, ce doit être le corps médical et non les RH ou les juristes. On court-circuite l'approche scientifique et objective par une appréciation liée à une insuffisance de prestation. Il connaît d'autres cas comme celui décrit par le député (EAG). Il connaît des chefs de service extrêmement agacés en raison de la surcharge énorme due à des personnes qui tombent régulièrement malades. Ils voudraient voir ces personnes quitter. Il connaît le cas où des personnes avaient été jugées pendant deux ans pour insuffisance de prestation jusqu'à ce qu'on découvre que la personne avait une démence. Si cette personne ne s'était pas battue, elle aurait été jugée comme produisant des prestations insuffisantes. C'est pourquoi on peut traiter ces situations par le biais du corps médical. Selon lui, la seule chose qui peut être demandée à un collaborateur ce sont les certificats des médecins et l'acceptation que l'instruction de leur dossier passe par le biais d'un médecin de conseil, d'entreprise ou expert. C'est ainsi que le système a été pensé et non pas dans une approche syndicale coupable.

Il aimerait comprendre quel est l'aiguillon de l'assureur dans son approche puisqu'il doit servir des prestations. S'il faut mandater un tiers qu'il faut

rémunérer pour qu'une pression soit exercée pour qu'il fasse son travail, le député a de la peine à le comprendre.

M. Tavernier dit qu'ils ont testé le marché par rapport à cette solution et qu'ils ont travaillé avec deux mandataires externes qui sont dans la gestion des absences de Loyco, qui développe des systèmes de management nouveaux en vue de créer un lien entre l'assureur et l'employeur dans une dynamique de retour au travail. Ils ont aussi travaillé avec HPR, une entreprise qui travaille dans le domaine des assurances. Il poursuit et dit qu'ils ont eu ce problème avec l'assurance accident parce que la discipline à maintenir dans l'établissement est exigeante et, qu'au niveau de l'Etat, il est compliqué de le faire. L'assurance ne rembourse pas l'indemnité journalière tant que l'annonce de l'accident n'a pas été faite. Il faut avoir un certificat d'arrêt. Ceci demande une mise en place de procédure administrative et bureaucratique qui est importante. M. Tavernier pense que si on part de la maladie, sur le processus avec un externe qui va les obliger à être à 100%, cela aura un impact indirect sur la gestion des absences.

Un député (S) demande si la commission pourrait obtenir ce modèle.

M. Tavernier dit que dès qu'il aura été validé, ils vont faire l'appel d'offres et cela leur sera communiqué.

Un député (S) pense que ce serait bien de le faire avant l'appel d'offres.

Le président demande s'il est possible d'avoir des notions de taux d'absentéisme dans d'autres secteurs que l'Etat de Genève.

M. Tavernier dit que oui. Mais s'il prend le canton de Vaud, ils n'ont pas de liste d'absence dans l'administration. Il va regarder si auprès des autres cantons ils l'ont. Au niveau public c'est une question très sensible et Genève est très en avance sur cela.

Le président remarque que son préopinant (S) est d'une naïveté feinte quand il donne un caractère extrêmement scientifique à la question de la délégation de l'aspect médical qui selon lui ne l'a pas. Chaque fois qu'il a un problème de santé, on lui demande s'il a besoin d'un certificat médical. On lui dit aussi que s'il est indépendant, il n'en a pas besoin. Il affirme qu'il a renoncé à demander à ses collaborateurs des certificats médicaux pour des absences de trois jours et moins parce qu'ils ne sont alors absents que trois jours, tandis que s'il demande des certificats médicaux, ils sont absents pendant une semaine.

Un député (S) pense que le corps médical est mieux à même d'apprécier l'état de santé d'une personne qu'un juriste ou un responsable RH. Mais il est d'accord avec le fait que la notion d'atteinte à la santé et la notion d'incapacité de travail sont différentes.

**3. Lors de sa séance du 3 mai 2019, la commission a poursuivi l'organisation des travaux sur le PL 12428 en proposant et validant l'audition du Cartel intersyndical.**

**4. Séance du 10 mai 2019 dédiée à l'audition du Cartel Intersyndical en présence de M<sup>me</sup> Françoise Weber, M. Albert Anor et M. Patrick Flury**

M<sup>me</sup> Weber déclare que le Cartel intersyndical soutient pleinement ce projet de loi, qui relève. Il a souvent fait des remarques allant dans ce sens constatant que, de plus en plus souvent à l'Etat, les personnes en arrêt de travail, en particulier de longue durée, se voient mettre fin au contrat pour soi-disant motif fondé. Le Cartel intersyndical estime que cela enlève un droit à la maladie. Une rupture de contrat dans une période de maladie est problématique pour les collègues et pose des questions d'équité notamment par rapport au droit privé et aux assurances sociales qui couvrent la perte de gain en droit privé. Actuellement, le personnel à l'Etat est assuré dans un système d'auto-assurance. Lorsqu'il n'est plus sous contrat, il n'y a plus rien. Dans le système de la LAA ou d'assurance perte de gains, les personnes malades ont un droit incontournable de demander un libre passage et l'assurance est obligée de continuer à payer la perte de gains. A l'Etat, en auto-assurance, ce dispositif n'existe pas. Ainsi, des personnes qui arrivent en fin de contrat, même sans être licenciées, simplement avec des CDD, qui ont une longue durée d'absence (accident ou maladie), se retrouvent avec plus rien après comme perte de gains et elles ne peuvent pas non plus s'inscrire au chômage puisque, pour cela, il faut être vaillant. Elles n'ont donc droit à rien et elles doivent utiliser toutes leurs économies pour éventuellement pouvoir aller à l'Hospice général. C'est donc problématique. Il y a une iniquité de traitement entre le personnel à l'Etat, dans un système d'auto-assurance, et dans les EPA qui, pour part, sont aussi en auto-assurance et le système du droit privé.

Le RPAC prévoit 730 jours de perte de gains, mais, dans les faits, il n'y a pas de disposition qui précise que, quand on est en perte de gains, le fait d'avoir une absence de longue durée n'est pas un motif fondé de résiliation. Le Cartel intersyndical est donc content de voir ce projet de loi qui ancre ce droit dans la LPAC. Cela donne une égalité de traitement avec le droit privé.

Ce projet de loi ne comble pas le vide juridique de la limitation de la perte de gains durant la première année. L'art. 59, al. 1, du RPAC est très limitatif dans les droits en termes de perte de gains pour les personnes engagées en première année. Elles ont le droit à un mois au maximum, ce qui est problématique. Le Cartel intersyndical pense que c'est une disposition obsolète. Elle avait peut-être sa raison d'être lorsqu'on engageait des apprentis

à 18 ans et que ces gens restaient toute leur vie à l'Etat, or ce n'est pas la réalité aujourd'hui. Par ailleurs, cette disposition est discriminante, en particulier pour les femmes qui pourraient se retrouver enceintes durant la première année. Elles n'ont alors pas le droit à la perte de gains ou c'est très limité à deux semaines.

Le Cartel intersyndical signale de plus en plus de situations de licenciement au motif d'absence de longue durée, ce qui est injuste, problématique et un déni de droit. Cela pose aussi un problème en termes de responsabilité de l'employeur. La personne qui serait suivie par le service santé et pour laquelle il y aurait un aménagement du poste de travail à faire, on se rend compte que cela devient difficile et qu'il est plus simple pour l'employeur de licencier les gens plutôt que de faire tout le suivi de réinsertion. Les employeurs disent que c'est l'AI qui va reprendre contact avec la personne et suivre la situation. Le Cartel intersyndical constate, dans de telles situations, que l'employeur Etat a tendance à déléguer à d'autres assurances sociales, voire à l'assistance quand la personne n'a plus de revenus, son rôle d'employeur et la recherche de solutions. Pour finir, la LPAC s'applique aussi dans tous les EPA et le Cartel intersyndical a une série d'exemples très précis de fins de contrats aussi dans les EPA, notamment aux HUG et à l'IMAD, pour des gens malades.

M. Anor ajoute qu'ils tiennent à disposition de la commission des dossiers montrant que des personnes ont été licenciées aux HUG dans des conditions non respectueuses de ces 730 jours de maladie ou d'accident. Il y a de plus en plus de cas dans cet établissement où les personnes sont délibérément mises sous pression. Des personnes qui ne sont de loin pas arrivées à l'âge de la retraite (qui ont parfois 58 ans) sont mises dans de telles conditions qu'elles craquent et sont obligées de prendre des congés maladie et c'est lors de ces congés maladie, avant même l'atteinte des 730 jours, qu'elles sont licenciées pour absence. Il y a énormément de cas comme ça qui se multiplient avec une gestion qui est assez critiquable et dramatique pour les employés. Le Cartel intersyndical tient à disposition de la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat des dossiers si celle-ci tient à avoir des détails sur les pratiques existantes, notamment aux HUG.

M<sup>me</sup> Weber signale qu'ils ont demandé des statistiques aux employeurs (HUG, Hospice général, EPI, etc.), mais il y a une grande partie des situations de fins de contrat qui ne sont pas aussi simplement des licenciements et qui ne figurent pas comme tels dans les statistiques. Souvent, le personnel est mis sous pression. On lui dit qu'il n'est plus assez productif et il tombe malade. Après 6 ou 10 mois, les employeurs mettent une telle pression sur les gens que ceux-ci finissent par accepter des conventions de départ avec parfois des indemnités. Ces personnes croient qu'elles vont s'en sortir avec ces

indemnités, qu'elles auront le temps de se rétablir et ensuite d'aller au chômage. Il faut espérer pour elles que cela soit le cas parce que, si c'est de longues maladies compliquées, on ne peut pas aller s'inscrire au chômage. Cette pression faite sur des personnes, ce sont aussi des personnes qui, outre des maladies de longue durée ou des accidents, sont parfois en fin de carrière et ont des difficultés à suivre toutes les réorganisations demandées et qui ne bénéficient peut-être pas assez d'aménagement de fin de carrière de la part de leur employeur et qui craquent. Les employeurs leur proposent alors ces espèces de conventions de départ qui leur enlève d'autres droits.

### *Questions des commissaires*

Un député (PLR) a retenu une augmentation du nombre de cas. Il souhaiterait avoir des informations sur le nombre de cas et des dossiers précis, notamment sur les arguments évoqués. C'est peut-être énormément de cas pour les auditionnés, mais ce n'est peut-être pas énormément de cas par rapport à l'ensemble des personnes dans ces situations. Il pourrait aussi être intéressant d'avoir des comparaisons avec ce qu'il se passe dans le privé.

Le président n'a aucun problème à ce que cela soit illustré par des exemples, mais il faut qu'ils soient anonymes. Il ne faudrait pas que la commission ait des dossiers qui permettent d'identifier les personnes concernées. Du moment où l'on ne peut pas identifier les gens, que c'est fait à titre exemplatif, que le Cartel intersyndical puisse les quantifier et que cela éclaire la commission sur l'ampleur des difficultés rencontrées, il n'y voit aucun inconvénient.

M. Anor fait savoir que le Cartel intersyndical a des dossiers qu'il peut remettre à la commission, bien évidemment en les caviardant pour qu'il n'y ait pas de noms reconnaissables. Le mieux serait que la commission rencontre les gens qui sont vraiment sur le terrain et qui s'occupent de ces cas. M. Anor se fait, ici, le relais de ce qu'on lui a rapporté notamment dans le secteur de la santé. Les secrétaires syndicaux qui interviennent dans ce secteur connaissent beaucoup mieux que M. Anor les situations et la stratégie menée par les RH ce qui conduit à une accumulation des cas de ce type, ces derniers temps. Les personnes sont mises en critiques, de manière orale, avec des exigences démesurées par rapport à leur poste, etc., et les conditions se dégradent petit à petit. Elles peuvent ainsi être amenées à prendre des congés maladie et, dans ces périodes, il y a l'intervention de l'autorité qui licencie. Des exemples peuvent être donnés à la commission. M. Anor dispose de 2 cas dans le dossier qu'il a avec lui, mais il y en a d'autres. Il ne sait si la commission envisage une 2<sup>e</sup> séance d'audition des syndicats, mais si la commission le souhaite les

secrétaires syndicaux en charge de ce travail peuvent venir témoigner beaucoup plus précisément.

Le président indique qu'il n'est pas prévu que la commission fasse une nouvelle audition en l'état. Les informations peuvent être communiquées par le Cartel intersyndical à la commission et elle verra ce qu'elle est susceptible d'en faire.

Un député (PLR) dit que M. Anor a parlé de cas où les employés sont licenciés ou arrivent à la fin de leur contrat à durée déterminée alors qu'ils sont en période d'incapacité de travail. Il demande si les auditionnés ont entendu parler de situations inverses où des gens qui auraient dépassé les 720 jours, même de plusieurs années et qui ont ensuite été mis au bénéfice d'une rente AI qui a ensuite été revue et supprimée après un certain nombre d'années. On s'aperçoit que ces gens émergent toujours au collectif des employés de l'hôpital et doivent ensuite être réengagés alors qu'on aurait pu imaginer puisqu'ils peuvent licencier au moment où ils auraient au moins atteint le 720<sup>e</sup> jour, quitte, au moment où ils reviennent à une meilleure capacité de travail, à pouvoir postuler normalement pour être éventuellement repris dans une fonction antérieure s'ils sont capables de l'assumer.

M<sup>me</sup> Weber confirme que cela arrive. Les employeurs leur donnent éventuellement des chiffres, mais ils sont sous-estimés parce qu'il y a d'autres formes d'accords pour mettre fin aux contrats avec beaucoup de pressions dans ce sens. Le Cartel intersyndical a demandé des statistiques à l'OPE sur le nombre de licenciements durant les 720 jours. M. Tavernier a répondu qu'il n'y en avait aucun, lors d'une délégation RH entre le Conseil d'Etat et le Cartel intersyndical, ce qui a surpris ce dernier parce qu'il connaît précisément des exemples. Concernant le cas inverse, M<sup>me</sup> Weber a suivi la situation d'un cas aux HUG où la personne est toujours sous contrat et n'a plus d'indemnité perte de gains. Les 730 jours sont écoulés et la personne est un peu oubliée. Dès lors que le Cartel intersyndical est intervenu, elle avait des reprises de capacité de travail. Le Cartel intersyndical est intervenu pour dire que l'Etat lui devait du travail. Ils lui ont tout de suite proposé quelque chose, mais cela s'est très mal passé parce que c'était brutal pour la personne, après avoir été oubliée durant plus d'un an, de se retrouver dans un lieu de travail qui était presque le même que celui dans lequel elle avait rencontré de très graves difficultés. Cela s'est donc terminé très mal avec une fin des rapports de travail. Ils ont tenté de négocier au moins une indemnité ou une aide très concrète pour cette personne qui a été passablement secouée par tout ce qu'elle avait vécu.

M. Anor précise que dans l'exemple cité par le député, c'est de l'arbitraire. Ces cas ne relèvent pas de l'application stricte des règles. Cela dépend donc des personnes qui les gèrent. Ce n'est pas du tout dans cette optique que le

Cartel intersyndical intervient. Il est favorable à ce qu'il y ait clairement une protection affichée dans la loi ou dans le règlement. Ensuite, au niveau des pratiques, il y a des gens sympathiques et aimables qui peuvent, en tant que RH, directeurs ou responsables, avoir une certaine compassion pour leurs employés et d'autres qui sont extrêmement stricts. Il faut en venir à ce qui est objectif et qui permet à tout un chacun, égalité de droit, d'être protégé et c'est la loi et le règlement.

Un député (S) apporte un complément concernant l'apport d'information ; les noms peuvent effectivement être caviardés, mais il serait peut-être bien aussi de prendre contact avec les personnes concernées. C'est à elles de juger du nombre d'informations qu'elles souhaitent communiquer à la commission. Il voulait préciser que, à sa connaissance, la commission n'a pas de règles particulières. Leur propos était de protéger les gens.

Un député (EAG) signale que la commission a reçu une explication, lors des auditions, que les cas concernés sont des cas où l'arrêt débute après les complications professionnelles. Par exemple, quelqu'un qui serait malade sans avoir eu de mauvaises évaluations ou de critiques sur son travail ne serait ensuite jamais licencié pour ces raisons. Ce ne sont que des gens qui s'étaient mis en maladie rapidement après et qui étaient licenciés pour cette raison. Il demande si les auditionnés ont eu connaissance d'autres cas où les gens étaient simplement malades et par rapport auxquels il n'y avait pas forcément de critiques, et qui ont quand même été licenciés pour ces raisons.

M<sup>me</sup> Weber pense qu'il y a souvent une forte corrélation. Il est rare de fonder le licenciement uniquement sur l'absence. En effet, pour un peu plus de solidité dans le motif fondé, les services vont toujours chercher des choses, parfois très loin, qui n'ont rien à voir et ils vont construire un dossier. Parfois, on voit que, dans la construction du dossier, il y a aussi des absences. Elle se souvient qu'on a reproché des absences à une dame qui étaient des congés maladie liés à la maternité ou des congés perlés (par exemple une demi-journée) parce qu'elle devait s'occuper de ses enfants à la maison. Le fil de cette situation a été les absences de la personne.

Un député (PLR) constate qu'on mélange beaucoup de choses. On est sur la garantie de ces 720 jours et les auditionnés parlent aussi de politique de ressources humaines et de mobbing qui sont des domaines qui ne sont pas traités par le projet de loi. Si on prend le privé, il estime qu'il faut tout prendre quand on fait des comparaisons. Avec le projet de loi, il est prévu qu'un tiers des primes soit à charge des employés. Dans le privé, c'est 50% et il peut aussi y avoir des assurances pour couvrir ces risques, mais dans ce cas les employés ne sont payés qu'à 80%. Il demande si les auditionnés sont aussi prêts à entrer

en matière sur des méthodes ou des processus qui ont lieu dans le privé en comparaison avec ce qui est prévu par ce projet de loi.

M<sup>me</sup> Weber estime qu'il ne faut pas prendre que le pire dans le privé. Dans les lois sur les assurances et la perte de gains, il y a des minimums, mais il y a des employeurs qui font mieux. En effet, le minimum de la couverture est 80%, mais la plupart des employeurs du privé font un 100%, en tout cas dans le subventionné et c'est également le cas chez d'autres employeurs privés. Il y a beaucoup de CCT, que le SIT par exemple signe, prévoit un équivalent à 100% du salaire, déduction faite des cotisations sociales. Ce qu'ils disent, c'est qu'ils rendent attentifs les commissaires qui ont l'impression que le personnel de l'Etat est bien couvert, or ce n'est pas le cas. Ce projet de loi a l'avantage de combler une forte lacune, de donner un droit aux 730 jours que les assurances perte de gains donnent par d'autres biais. Durant la première année, c'est à peu près partout moins que dans tout le privé, à l'exception du cas d'une entreprise privée qui a zéro perte de gains, mais c'est quand même moins que l'échelle de Berne durant la première année. Les auditionnés ne sont pas là pour se prononcer sur leur préférence entre plusieurs projets.

Le président signale que ce sont les dernières auditions prévues à l'exception de celle du Conseil d'Etat dont il avait été convenu qu'il interviendrait à la fin. Il souhaiterait également entendre les HUG.

Un député (UDC) considère qu'il faudrait également entendre l'UNIGE.

Un député (S) pense qu'un député (PLR) a soulevé une demande légitime d'avoir des exemples de situation. Pour sa part, il en a également quelques-uns. Il se permettra, le cas échéant, avec l'autorisation des personnes concernées, de produire ces éléments pour que la commission puisse en débattre.

Un député (EAG) a également évoqué un exemple lors de la précédente séance. Si la personne concernée le lui autorise, il transmettra son dossier à la commission.

Le président signale, par rapport à la demande d'auditionner l'UNIGE, que la commission va déjà auditionner l'association des professeurs et les corps intermédiaires. Il propose donc de différer une éventuelle audition de l'UNIGE. Il demande s'il organise déjà, comme la commission a entendu les syndicats des HUG, l'audition des HUG. Il prend note que cela convient à la commission.

## **5. Audition des HUG en présence de M. Bertrand Levrat, directeur général, M. François Canonica, président du Conseil d'administration et M. Pierre-Paul Cornet, directeur des ressources humaines**

M. Levrat estime que ce projet de loi est une fausse bonne idée et que les effets de bord de l'adoption de celui-ci sont potentiellement négatifs vis-à-vis du problème qu'il cherche à résoudre, si problème il y a. Il y a environ 240 collaborateurs qui sont en absence maladie de longue durée de plus de 6 mois. Ces collaborateurs, dans leur immense majorité, non seulement ne se verront pas réduire leur droit, mais ils sont suivis très régulièrement par les ressources humaines pour essayer de revenir au travail. De plus, en aucune manière aux HUG – cela ne s'est produit à aucune occasion – quelqu'un qui serait en arrêt maladie pour quelque chose comme un cancer ne se verrait privé de ses droits aux 730 jours pendant sa maladie. En revanche, il est arrivé que des gens, soit obtiennent une rente de l'AI, soit souhaitent pour des raisons de discussion sur leur projet de vie commencer autre chose, demandent aux HUG d'arrêter leur contrat de travail et, parfois, de le faire sous forme de licenciement plutôt que de démission pour des questions liées à l'assurance chômage. On est là sur des cas qui se comptent sur les doigts d'une main par rapport aux gens qui sont dans la période de 730 jours. Ainsi, faire quelque chose dont les effets de bord sont potentiellement compliqués paraît être aux HUG comme employeur une fausse bonne idée.

Maintenant, il y a la question de savoir ce qu'il se passe si on change le système et c'est sur ce point que les HUG ont un certain nombre de réticences. Si on change le système, les 730 jours deviennent un droit et on n'est pas uniquement avec des collaboratrices et des collaborateurs qui jouent le jeu de la réinsertion professionnelle, etc., mais aussi un certain nombre de personnes pour lesquelles parfois il y a une tentation, même si ce n'est de loin pas la majorité, d'utiliser le système en coûtant à l'Etat et à la fonction publique plutôt qu'en bénéficiant de cela. C'est une réalité sociale qui va se traduire aussi dans les entreprises privées, un certain nombre de personnes se mettent en arrêt maladie dans l'année qui précède leur retraite.

M. Cornet ajoute que, en consultant le service santé du personnel, quand un membre du personnel est en restriction pour toute une série de raisons, que cela soit sur charge psychologique, restriction de poids, etc., toutes les statistiques et toutes les études médicales du service de médecine du travail tendent à prouver que, plus vite il est de retour au travail avec un travail adapté, plus ses chances de réinsertion sont grandes. Les HUG déploient des efforts considérables avec la médecine du travail, avec l'AI et les différents partenaires pour adapter les jobs et faire de la mobilité. Ils renforcent encore des ressources pour essayer que les gens soient de retour dans un travail adapté

le plus rapidement possible. Il estime qu'un des travers potentiels de cette loi est d'avoir des difficultés de reclasser les gens. Le résultat des courses c'est que, une fois que cette personne sera restée 730 jours sans avoir travaillé, il n'y aura alors plus de protection de la part des HUG et elle va se retrouver tout d'un coup à devoir être confrontée à une réinsertion professionnelle via d'autres services, mais après être restée 2 ans sans travail, ce qui est contre-productif et va être assez compliqué.

### *Questions des commissaires*

Un député (S) note que M. Levrat a indiqué que la pratique des HUG était de licencier les personnes au-delà de 730 jours pour éviter de garder un lien. Ce qui est important pour connaître l'impact réel de ce projet par rapport à la pratique des HUG est de savoir ce qu'ils font avant les 730 jours. Il se demande si les HUG licencient les personnes à l'issue du délai de protection légal même si la personne est toujours malade ou s'ils utilisent les mécanismes expliqués par M. Cornet, à savoir la médecine du travail ou autre, pour regarder si la personne, le cas échéant, est toujours malade ou non, toujours apte ou non à prendre son travail et qu'ils ne résilient pas les rapports de travail si la personne peut reprendre son travail sur le long terme.

M. Levrat répond que la règle est qu'ils ne résilient pas entre l'échéance du délai de protection et les 730 jours. Il y a un processus assez détaillé sur lequel ils mettent de la pression au niveau des ressources humaines. Ce qui est prouvé en Europe entière, c'est que, au bout de 3 mois éloignés de son emploi, tous les mois qui passent diminuent de moitié la chance de retrouver l'emploi que l'on a quitté. La courbe est exponentielle. Il y a donc une course contre la montre pour réussir à remettre les gens en emploi. La règle est que, une fois fini le délai de protection, les HUG ne cherchent pas à se séparer de la personne. Ils cherchent à trouver des mesures de reclassement pour qu'ils puissent, soit revenir dans cet emploi, soit intégrer un autre emploi adapté, mais avec des limitations par rapport aux capacités des HUG en matière de reconversion du personnel. Il y a une exception à cette règle qui sont les personnes qu'ils veulent licencier, qui sont dans des procédures et qui sont sur le point de se mettre en arrêt maladie quelques jours avant ou après l'entretien de service.

Un député (S) est rassuré si c'est une portion congrue. Cela montre aussi que le projet de loi aura relativement peu les effets induits que les auditionnés déplorent. Il aimerait savoir qui est juge. Il demande si cela vient des ressources humaines qui considèrent que cette personne, parce qu'elle est tombée malade

après un entretien de service ou parce que les RH estiment qu'il pourrait y avoir un rapport discutable ou si les HUG l'envoient chez le médecin-conseil.

M. Levrat répond qu'ils ont recours à la médecine du travail et au médecin-conseil et, en règle générale, il y a plusieurs expertises. Ils essayent tout de même de leur proposer des reclassements, mais quand c'est quelqu'un qui essaie d'esquiver, en règle générale, celui-ci refuse systématiquement les reclassements, mais il y a toujours un avis médical. Il y a effectivement un médecin-conseil qui donne un avis.

Un député (S) prend la situation où le médecin-conseil intervient et qu'il arrive à la conclusion que la personne cherche à esquiver. Ce n'est donc pas un problème de pathologie. Par conséquent, le projet de loi n'aurait aucun impact à ce moment, la personne n'étant pas malade.

M. Levrat estime qu'il a raison que cela n'a pas d'impact sur cet aspect. Cela étant, les HUG ne voient pas exactement le problème que ce projet de loi cherche à résoudre, mais ils y voient un certain nombre d'effets pervers potentiels. Leur devoir est alors d'attirer l'attention des députés sur le fait que cela va potentiellement coûter beaucoup d'argent ou non, mais que cela offre des possibilités et un droit à un certain nombre de personnes de bénéficier d'une protection quasiment totale par rapport à l'employeur, ce qui serait peut-être à leur détriment au vu des explications données par les ressources humaines et/ou au détriment de l'employeur par rapport à ses budgets.

Un député (S) note que, si la personne est envoyée chez le médecin-conseil après la période de protection, et même avant la fin de la période de protection (la protection vaut tant que la personne est malade), qu'elle n'est pas malade et que le médecin-conseil considère qu'elle peut reprendre le travail, la protection ne s'appliquera pas. Le projet de loi ne s'appliquera pas. La personne n'a pas un droit absolu, n'étant pas malade, de pouvoir bénéficier des 730 jours. Il n'est pas directeur des ressources humaines, mais il aurait tendance à penser que, si les HUG font déjà aujourd'hui ce travail d'investigation médicale, le projet de loi ne devrait avoir aucun impact et même réduire les charges des HUG. En effet, le projet de loi prévoit un prélèvement de cotisations sociales, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui où les HUG supportent 100% de la charge. Il pense qu'un projet de ce type serait à l'avantage en termes pécuniaires et de ressources humaines pour les HUG, si ce qui est expliqué par les auditionnés est la pratique des HUG.

M. Levrat relève qu'il est affirmé dans l'exposé des motifs que l'auto-assurance est plus économique qu'une assurance privée. Il n'a aucun élément aujourd'hui pour dire que c'est le cas. Au niveau des modes de financement différents, si on prélève quelque chose sur les employés, cela sera

effectivement moins cher pour l'employeur. Ceci dit, par rapport au fait de savoir si le modèle d'auto-assurance est plus économique, les HUG ont fait quelques réflexions – ce ne sont pas des études scientifiques – et ils ne sont pas arrivés à la conclusion que c'était aussi net que cela d'être certain que l'auto-assurance serait moins chère.

Un député (S) fait remarquer que l'alinéa 2 de cette disposition prévoit que le calcul est fait sur une base actuarielle, ce qui n'est évidemment pas le cas aujourd'hui. Si on fonctionne sur une base actuarielle, sur la base de calculs qui devraient évidemment être sérieux, hormis la question de la répartition deux tiers-un tiers, qui est une question qui n'a jamais été abordée dans le cadre des discussions éventuelles sur la conclusion d'une police d'assurance maladie, perte de gains, c'est théoriquement le même système sauf que les HUG n'ont pas besoin d'avoir des frais de gestion et le bénéfice de l'assurance. Théoriquement, comme les HUG assurent déjà aujourd'hui le suivi des personnes malades, ils n'auront pas besoin de plus de personnes pour gérer le mécanisme, hormis les frais d'actuaire dont le député estime qu'ils seront très modestes en comparaison.

M. Levrat estime que le député a raison. Toutefois, si le projet de loi était amendé, que l'on garde cette partie de financement, mais qu'on enlève l'obligation de garder 730 jours, M. Levrat pense que les HUG y verraient un intérêt économique certain.

Un député (S) signale que ce n'est pas une protection absolue. Dans la pratique des assureurs, si on lit les conditions générales, en principe la police souscrite par l'employeur est au bénéfice de ses employés et permet de couvrir 720 ou 730 jours. Ainsi, la protection est rigoureusement équivalente entre ce projet et ce qu'il y a dans une police d'assurance. La seule chose est que, plutôt que passer par les médecins-conseils de l'assureur – on sait que, dans la pratique, les assureurs ont rarement recours à l'avis du médecin-conseil, mais se basent la plupart du temps sur des approches théorico-médicales et, sur ce point, il y a une source d'arbitraire qui est un des aspects critiqués et que le projet de loi permettrait d'éviter – puisque les HUG ont déjà des dispositifs actuels, et si leur pratique est celle décrite par les auditionnés, il s'agit pour les HUG simplement de faire supporter deux tiers du coût de la mesure sur les salariés, ce qui ne se fait pas aujourd'hui.

M. Cornet explique que, dans la pratique, c'est souvent une perte de temps. Cela veut dire qu'il y a des cas relativement réguliers avec une procédure disciplinaire et la personne se porte malade juste avant ou juste après la procédure disciplinaire. Cela engage tout un processus sur lequel on perd 3 à 6 mois. Cela prend un temps et une énergie qui est grande. Au bout du compte, on arrive en règle générale à s'en sortir moyennant beaucoup d'énergie. En

revanche, aujourd'hui, il y a plein de gens qui, heureusement, ne se font pas porter malades parce qu'il y a une procédure disciplinaire. Demain, si se faire porter malade constitue une garantie de gagner du temps ou autre chose de cet ordre, c'est là qu'il va y avoir un aspirateur et qu'énormément d'énergie va être dépensée.

Un député (S) fait remarquer que, le projet proposant le même système qu'il y aurait avec une police d'assurance maladie perte de gains, la seule chose qui changerait c'est en termes de suivi administratif. Si d'aventure les HUG devaient conclure une police d'assurance maladie perte des gains, il demande combien de postes à la direction générale des ressources humaines ou dans les services des ressources humaines, les HUG envisagent de supprimer pour les gains d'efficience dont parlent les auditionnés.

M. Levrat pense qu'ils réduiraient une partie du service médical du service santé du personnel.

Un député (S) estime que ce n'est pas le service de santé du personnel qui doit se prononcer là-dessus, mais le médecin-conseil qui sont des personnes mandatées à l'extérieur.

M. Levrat indique que le député a raison, mais ces personnes font un lien avec le service santé du personnel des HUG.

Un député (S) demande si cela signifie que les HUG sous-traiteraient la médecine du travail à une assurance maladie perte de gains.

M. Levrat ne pense pas. En tout cas, il ne faut pas lui faire dire des choses qu'il n'a pas dites. Si les HUG sont dans un projet qui vise à faire supporter aux employés une partie du coût de l'assurance perte de gains, comme employeur, ils peuvent se dire que c'est une bonne idée. Là, où ils y voient un risque, c'est par rapport au fait de dire que cela devienne une espèce de droit non contestable de pouvoir aller jusqu'aux 730 jours. Un peu comme la vitesse limite sur les autoroutes, on n'est pas obligé de faire du 120 km/h. On peut faire du 110 km/h, mais une fois que c'est marqué 120 km/h, beaucoup de gens vont jusqu'à 120 km/h. C'est sur ce point que les auditionnés attirent l'attention des commissaires. Maintenant, il entend bien les arguments du député. Pour les HUG, le but n'est pas de se positionner sur des choix politiques qui appartiennent aux députés, mais d'attirer leur attention sur un certain nombre d'effets de bord possibles en lisant le texte qu'il leur a été soumis.

Un député (PLR) a une première question relativement technique. Il a été fait allusion deux fois à cette règle disant que, plus l'arrêt de travail va durer longtemps, moins la personne aura de chance de se remettre au travail. Est-ce vraiment une notion statistique exempte de biais. Il entend bien que quelqu'un

qui est absent durant 3 ou 4 mois n'a peut-être pas la même maladie ni le même pronostic que quelqu'un qui est malade durant une année et demie. Pour faire ce genre de règle, qui pousse le service des ressources humaines à essayer de remettre les personnes au travail le plus vite possible, il faudrait être sûr qu'il y a un facteur indépendant de la clause de morbidité qui fait qu'une même morbidité d'être arrêté de travailler durant 18 mois offre une chance de reprise du travail qui est inférieure à ce qu'elle aurait été si la personne avait dû reprendre son travail après 6 mois.

Il poursuit et note qu'on est en train de discuter de situations où le projet de loi propose de ne pas sortir des effectifs des HUG une personne qui est en arrêt de travail, nonobstant son délai de licenciement qui pourrait être plus court, jusqu'à l'échéance des 720 ou des 730 jours. Toutefois, ce qu'on observe, c'est que le contraire existe aussi. Pourquoi il y a des gens, qui ont atteint leurs 720 jours et qui ne sont donc plus salariés de l'hôpital, mais qui restent des fonctionnaires et qui, si cela se trouve – c'est une situation qu'il a vécue – après 5 ans perdent le bénéfice de leur assurance invalidité et viennent réclamer de reprendre leur travail, auquel cas on sollicite le médecin-conseil pour savoir s'ils peuvent vraiment reprendre le travail. Il trouve que c'est un peu le monde à l'envers. Il aimerait donc savoir si ces situations qui existent sont fréquentes et pourquoi il n'y a pas une règle qui voudrait au moins qu'après 720 ou 730 jours, on sorte ces personnes automatiquement des rôles d'employés.

Il demande si, pour résoudre l'équation soulevée par le projet de loi, il serait envisageable que, dans les situations précises de personnes qui arrivent à la fin de leur droit de protection, avant la fin de leur maladie et avant la fin de leurs 720 ou 730 jours, on constitue une assurance extérieure pour ces personnes. L'auto-assurance resterait ce qu'elle est dans tous les autres cas, mais dans les cas de figure qui semblent poser problème aux auteurs du projet de loi, on constituerait pour ceux-là une assurance.

M. Levrat estime qu'il est juste de dire que statistiquement on fait de grandes moyennes, mais que chaque cas individuel est différent. Il faut à chaque fois s'occuper de chaque situation individuelle pour ce qu'elle est avec des capacités de reprise ou non. Toutefois, il y a une perte de compétences et de capacité de revenir sur un certain nombre de métiers et une difficulté objective pour les HUG de proposer du reclassement. Si vous étiez infirmière spécialisée – la grande partie des collaboratrices et collaborateurs des HUG sont dans les métiers de soins – cette capacité de les reconverter dans autre chose n'est pas absolument évidente. On le voit notamment avec les troubles musculo-squelettiques, les ports de charges, etc. Suivant la cause d'absence maladie, indépendamment qu'on ait été malade 3, 6 ou 12 mois, si on ne peut

pas porter plus de 5 kg quand on revient, cela va être compliqué d'être une infirmière aux HUG parce qu'il faut mobiliser des patients, les déplacer, etc., et cela devient impossible. Là, il y a un vrai problème de reclassement pour les HUG.

Il est vrai que ces études qui sont trop probablement larges ne prennent pas en compte chaque spécificité avec des possibilités de réponses individuelles différentes. Par rapport à la question de savoir pourquoi ils restent dans l'effectif, il répond que c'était un dysfonctionnement sur lequel un holà a été mis. Il y avait une espèce de sentiment que de perdre ce lien avec leurs employés c'était un peu les trahir et, pour les employés eux-mêmes, il y a un lien affectif très fort avec les HUG. M. Le député a raison sur le fait que les effets pervers que cela induisait, y compris sur les droits à l'assurance invalidité, etc., étaient négatifs pour les individus. Un terme a donc été mis à cette question quand ces personnes arrivent au-delà des 720 jours, sauf quelques exceptions de gens qui sont à 6 mois de la retraite et où c'est de la symbolique (dans la discussion entre les RH et ces individus, ils disent qu'ils ne veulent pas perdre le fait qu'ils sont employés des HUG avant d'arriver à la retraite et qu'il reste 6 mois, à ce moment, les HUG gardent la situation). En revanche, sur les autres situations décrites par le député, les HUG ont éclusé ces situations sur les dernières années. Ces situations étaient dans certains cas tout à fait comprises. Dans d'autres cas, elles ont été perçues comme douloureuses par les individus, mais qui en même temps était un principe de réalité pour ces personnes qui ne reviendront pas travailler et qui doivent se lancer dans une reconversion et demander l'AI. Normalement, la situation décrite était vraie jusqu'il y a 3 ans, mais, sur ces 2 dernières années, les HUG ont beaucoup réduit cette question.

Concernant la 3<sup>e</sup> question, il aimerait faire une suggestion aux députés. Quelque chose qui a toujours étonné les HUG comme employeur, c'est que le Grand Conseil a modifié la durée pour devenir fonctionnaire et avoir la nomination de 3 ans à 2 ans, mais il n'a jamais diminué le nombre d'absences maladie au-delà duquel on peut prolonger un délai de nomination. Dans la LTrait, c'est resté à 180 jours de délai de protection. Si quelqu'un est malade 179 jours, on ne peut repousser la nomination. C'était 180 jours sur 3 ans et c'est devenu 180 jours sur 2 ans. Ainsi, un collaborateur qui est malade quasiment un quart de son temps, comme employeur, dans les règles de la fonction publique aujourd'hui, ce n'est pas un motif valable pour repousser la nomination d'une année. C'est une espèce d'oubli législatif. Pour résoudre certaines équations, M. Levrat suggère que cela serait assez logique par rapport à des décisions qui ont été prises de réduire à deux ans la période probatoire.

Un député (PLR) précise que sa question était de savoir s'il y avait la possibilité de contracter une assurance pour les cas particuliers des personnes qui sont concernées le projet de loi.

M. Levrat estime que tout est possible, mais son souci est de savoir quel est le lien employeur-employé dans des situations où, manifestement dans les trajectoires de vie de ces gens, on devrait réfléchir à des alternatives et pas à revenir travailler aux HUG. Maintenant, pourquoi pas trouver des solutions, mais il voit des mises en difficulté pour savoir sur quels critères, quand on commence, comment on s'assure, etc. et, il n'est pas sûr que, pour les quelques cas que cela concerne, cela soit forcément utile de conclure une assurance.

Un député (PLR) note que le corollaire de cette question est de savoir si c'est plus avantageux de faire de l'auto-assurance au vu du collectif de cas que les HUG ont ou s'il est plus avantageux de contracter une assurance extérieure, celle-ci pouvant s'appliquer à un nombre de cas réduit. Il pense que, tant qu'on n'a pas fait l'évaluation précise, on ne peut pas vraiment répondre à la question.

M. Cornet précise qu'ils ont très peu de cas. En fait, soit on a remis à ces gens un travail adapté (les HUG ont des ergonomes qui travaillent sur le sujet), soit ils vont au bout des 730 jours et c'est entre 3 et 5 cas depuis 2015 pour des gens qui ont été licenciés pour raison de santé avant les 730 jours et, en règle générale, c'est à leur demande (il ne peut pas assurer le chiffre à 100%). Il se souvient d'un cas particulièrement bien. C'est quelqu'un qui a décidé de partir comme indépendant et qui avait besoin que les HUG le dégagent de son contrat d'emploi et pour qui il était plus intéressant d'être licencié plutôt que donner sa démission. En fait, il y a peu de ce type de cas aux HUG.

Un député (MCG) comprend que ce qui dérange les auditionnés c'est surtout le fait qu'on ne puisse pas résilier les rapports de service. L'auto-assurance est un élément qui, en soi, ne les dérange pas particulièrement.

M. Levrat répond que c'est ce qu'ils pratiquent aujourd'hui. Il est vrai que, avec ce projet de loi tel qu'il est mis, ils continueraient à pratiquer l'auto-assurance, mais cela allégerait la charge de l'employeur pour la faire supporter en partie par les employés.

Un député (MCG) comprend que c'est uniquement la deuxième partie de l'article qui parle de la résiliation impossible dans ce cas de figure pendant un délai de 730 jours qui dérange les HUG.

M. Levrat répond positivement. M. Canonica poursuit et précise que les listes consolidées de cas de 730 jours remontent, avec des explications des ressources humaines, au Conseil d'administration qui a exigé d'avoir plus de détails sur les situations individuelles. Ensuite, ces listes sont validées ou non par le conseil d'administration. Ce n'est pas laissé à la libre discrétion des

ressources humaines. C'est pour cela qu'ils ont demandé à M. Cornet, depuis 2 ans, que ces listes comportent une rubrique à l'intérieur de laquelle des explications individuelles sont données.

Un député (S) revient sur la réponse donnée à son préopinant. La clause qui interdit le licenciement jusqu'à 730 jours est consubstantielle à l'auto-assurance. Grosso modo, si vous avez une auto-assurance, mais que l'employeur peut licencier à sa guise, il n'y a pas de droit pour la personne. Si vous avez une assurance maladie perte de gain, on est dans des règles contractuelles et, en principe, les contrats doivent être respectés. Ainsi, si vous payez une prime, l'assurance a l'obligation de vous servir la prestation jusqu'à l'échéance de la période prévue contractuellement. Si on devait suivre cette ligne, en disant que le salarié va payer deux tiers de cotisations pour un droit qui est à la libre disposition de l'employeur et qu'il peut faire varier à sa guise entre 90 et 730 jours, on va se dire qu'il y a un lézard.

Sur l'aspect lié à la dimension de financement, les auditionnés ont expliqué qu'ils ont fait quelques tests pour voir ce que leur coûterait une assurance maladie perte de gains. Comme on est en droit privé, les HUG ont une marge de manœuvre énorme pour prévoir la prise en charge contractuellement dès le 1<sup>er</sup> jour, mais ordinairement ce n'est pas ce qui se passe. On est souvent au-delà. D'un point de vue de coûts, il demande si les auditionnés ne pourraient pas donner quelques statistiques. La plupart des assurances prennent en charge à partir du 3<sup>e</sup> mois, c'est-à-dire que les 3 premiers mois sont à charge de l'employeur. Il imagine qu'aux HUG, comme dans bon nombre d'entreprises, il est assez rare que des maladies dépassent les 3 mois. Cela veut dire que, si les HUG devaient être en auto-assurance sur les 3 premiers mois et conclure une police d'assurance sur les mois suivants – il ne prêche pas pour son projet qui a pour vocation de pouvoir soulager les salariés en tout cas de pratiques arbitraires et il pense que ça le garantirait – d'un point de vue financier ce n'est pas forcément une bonne affaire. C'est grosso modo qu'ils doivent prendre en charge l'intégralité alors que, avec ce que sans doute les HUG pourraient faire, ceux-ci devraient quand même supporter l'intégralité de la charge pour les 3 premiers mois et qui doit certainement représenter 80 ou 90% de sinistres auxquels ils sont confrontés aujourd'hui.

M. Levrat confirme que, sur les absences maladie, la courte durée représente la grande majorité des cas. Cela étant, il y a une particularité de congés pré-maternité puisque les HUG sont une entreprise qui a près de 70% de femmes. Il est vrai qu'un certain nombre de femmes sont en arrêt maladie au bout du 5<sup>e</sup> mois de grossesse et cette partie est entièrement à la charge des HUG. Ensuite, par rapport aux questions sur le fait de conclure des contrats, il n'a pas fait récemment l'exercice, mais les retours que les HUG ont eu des

assureurs, c'est que globalement ils ont plutôt davantage de monde en arrêt longue durée que d'autres secteurs institutionnels. Il pense que c'est aussi lié au vieillissement de leurs propres collaborateurs qui fait qu'un certain nombre de personnes de 60 ans tombent peut-être un peu plus malades plus longtemps que ce que peuvent vivre certaines entreprises privées avec lesquelles les assureurs font un benchmark par rapport aux HUG. C'est une explication, mais il n'a pas de chiffres récents d'une étude que les HUG auraient faite sur le coût de l'assurance au-delà de 3 mois.

Il est tout à fait juste de dire que, si les salariés paient, ils doivent pouvoir être garantis durant 730 jours. Il faut toutefois faire attention aux effets pervers de ce type de message. Pour certains, avoir droit à 730 jours d'arrêt maladie, c'est comme s'ils allaient les consommer. Ce n'est pas un phénomène propre aux HUG. Il attire l'attention des commissaires sur le fait que, comme employeur, les HUG veulent que leur personnel soit au travail et soit productif. La proposition qui est faite ouvre une brèche potentielle par rapport à cela.

Un député (S) fait remarquer qu'il ne faut pas oublier que, pour cela, il faut être malade. C'est la condition sine qua non. Évidemment, les HUG postulent que les personnes ne sont pas malades, mais elles le restent. En quelque sorte, les auditionnés indiquent qu'eux-mêmes ou leurs médecins-conseils ne sont pas capables de le détecter ou que les HUG ne font pas le travail. Grosso modo, si les HUG font le travail, le risque mis en avant par M. Levrat n'existe pas.

M. Levrat pense que le député connaît le monde médical. Pour le pratiquer passablement, il peut dire que la capacité d'un médecin de se confronter à un autre médecin pour dire que son diagnostic est probablement discutable, ce d'autant plus dans les questions psychologie ou psychiatrique, est relativement difficile à prouver.

Un député (S) est d'accord, mais M. Levrat soulève un problème. En quoi le directeur des ressources humaines ou un RH a une capacité à pouvoir sortir du cadre qui est le sien pour dire que telle personne dysfonctionne alors que le prisme quasi automatique est de dire que la personne tombe malade parce qu'elle est convoquée à un entretien de service. Hormis le cas de cancer, qui est physiquement objectivable, le reste n'existe pas grosso modo si on suit caricaturalement l'approche qui est sous-jacente aux propos des auditionnés.

M. Levrat ne pense pas qu'il y ait des licenciements abusifs aux HUG. Il pense que, lorsque l'individu considère que c'est abusif, il a aujourd'hui des voies de justice. Le remède proposé avec ce projet de loi ne changera pas la pratique du ressenti de certains que le licenciement que les HUG pratiqueraient est considéré, aux yeux des HUG à tort, comme abusifs par les individus

concernés. M. Levrat note que ce sont des propositions pour régler un problème de licenciements abusifs.

Un député (S) n'a pas dit que c'était un problème de licenciement abusif. Il parlait des pratiques d'assureurs qui reposent sur une approche théorico-médicale qui consiste à dire que la personne a un problème psychique et, donc, après 3 mois, il est apte au travail sans aucun examen médical. C'est évidemment quelque chose qui est problématique. Cela étant, il pense que c'est quelque chose que les HUG ne font pas.

Le président précise qu'il peut y avoir une confusion ; le fait de savoir si on est malade et celui de savoir si on est capable de travailler. Il peut entendre l'idée que la compétence pour savoir si on est malade nécessite une compétence médicale, il trouve toujours un peu dangereux d'imaginer que la capacité de travail ne peut être établie que par un médecin. Il demande l'avis des auditionnés parce que, pour lui, ce sont deux choses différentes. Il lui arrive d'être malade et d'être capable de travailler. Il lui arrive aussi de ne pas être capable de travailler en n'étant pas malade.

M. Levrat répond que l'aptitude à travailler n'est pas égale à la maladie. D'ailleurs, c'est tout le sens des ressources humaines et de la médecine du travail de prendre contact au bout d'un certain nombre de jours d'absence maladie pour réussir à rentrer dans un dialogue avec la personne malade, savoir quelles sont ses capacités de gains et où il pourrait travailler pour imaginer des reconversions. Ce que les HUG font aujourd'hui, mais qui est aussi la pratique de l'AI par exemple, c'est de voir où se trouvent les capacités de gains de la personne et d'essayer de trouver une corrélation entre ses capacités et le travail qu'ils seraient en mesure de lui proposer. Une des difficultés qu'il y a, outre les problèmes psychiques d'un certain nombre de collaborateurs en lien avec les métiers que les HUG peuvent proposer, c'est que, si on est confronté à de grosses incapacités sociales ou autres, dans un hôpital il y a peu de travail où l'on n'est pas en contact avec des gens. Concernant tout ce qui est les troubles musculo-squelettiques liés aussi au vieillissement – il est vrai que les HUG ont quand même pas mal de gens qui ne peuvent pas porter une charge de plus de 5 kg – là aussi, dans un hôpital, les postes de secrétaire-réceptionniste ou de téléphoniste, il n'y en a pas pléthore. Cela étant, les HUG ont une politique très active pour essayer de remettre les gens en emploi, souvent sur des emplois adaptés ou des emplois autres que les emplois que les personnes avaient par le passé. Cela conforte tout à fait ce que vient de dire le président, à savoir que l'aptitude à travailler n'est pas le lien avec la maladie.

M. Levrat fait remarquer que, par rapport aux gens qui ont eu un cancer et qui reviennent après, il y a un phénomène de société qui est compliqué. Le cancer est aujourd'hui devenu une maladie chronique alors que c'était

auparavant une maladie fatale pour énormément de gens. Aujourd'hui, elle est fatale pour beaucoup moins de personnes. Dans ce cadre, le retour en emploi de gens qui auront des hauts et des bas, mais qui doivent être réemployables sur le plan de la société, est quelque chose de compliqué pour les employeurs, mais c'est un vrai défi de société. Le nombre de personnes qui survivent à un cancer et qui sont employables est de plus en plus élevé et on sent qu'on est mal outillé pour accepter quelqu'un qui revient en emploi, mais qui, tout d'un coup, va avoir des coups de mou et pour lequel la « tolérance » sur la productivité que l'on demande aux employés est assez faible, tant dans le privé que dans le public. Cela étant, ce sont de vraies questions sociétales. Il est 100% d'accord que les gens ne sont pas d'abord des malades. En effet, ils sont d'abord des gens qui ont des capacités et c'est le cas de tout le monde. Par exemple, quand il y a une grosse chaleur, on a moins de productivité que quand il fait un peu plus frais.

## **6. Séance du 15 novembre 2019 dédiée à l'audition de M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du département des finances et des ressources humaines et de M. Tavernier, directeur de l'OPE**

M<sup>me</sup> Fontanet indique que la position du Conseil d'Etat est claire par rapport à ce projet. Il y a la perspective de mettre en place une assurance perte de gain pour les absences pour raison de maladie. Cette assurance donnera aux collaboratrices et collaborateurs les mêmes avantages et permettra aussi de protéger les collaboratrices et collaborateurs qui sont là depuis moins d'une année (les collaborateurs et collaboratrices en postes fixes, les agents spécialisés et les auxiliaires qui travaillent régulièrement). Elle leur permettra aussi de disposer d'un libre passage s'ils doivent quitter l'Etat. Le Conseil d'Etat n'est donc pas favorable au projet de loi de M. Dandrès.

Un député S avait présenté à la commission les raisons pour lesquelles il lui semblait que le système d'auto-assurance était meilleur. Ce qu'il manquait, c'était quelques données chiffrées. Il est vrai que si l'on doit pouvoir comparer les vertus respectives de la solution préconisée par le Conseil d'Etat et de celle de son projet, il aimerait savoir si le département pourrait en dire davantage. Il imagine qu'un appel d'offres va être fait.

M<sup>me</sup> Fontanet confirme qu'ils sont en train de faire l'appel d'offres qui devra se faire en deux temps. Il faudra le faire sur la base de ce qui a été décidé maintenant et qui pourra changer en fonction de ce qui viendra de l'assurance. L'Etat va prendre une assurance stop-loss, sinon c'est beaucoup trop cher. Cela signifie que l'Etat continue à payer jusqu'à une certaine limite et, au-delà, c'est l'assurance qui entre en fonction et qui prend le tout. Si on dépasse un certain

montant, qui sera déterminé dans le cadre des négociations avec ces assurances, c'est l'assurance qui prendra le relais. Cela dit, le fait de prendre une telle assurance oblige quand même à avoir un courtier qui va aussi permettre de gérer les absences au sein de l'Etat. Il y aura notamment un contrôle des certificats médicaux qui sera fait. Aujourd'hui, on attend les résultats de cet appel d'offres concernant le courtier. Il faut compter six mois pour cela. Ensuite, il est important de s'assurer que les systèmes informatiques fonctionnent entre le courtier et l'assurance, sinon ce n'est pas possible. C'est la raison pour laquelle l'appel est fait en deux temps. Quand le courtier aura été choisi, l'appel d'offres pour l'assurance sera lancé.

M. Tavernier ajoute que la problématique, du moment où l'on passe en assurance, est celle des certificats maladie. Aujourd'hui, comme l'Etat est en auto-assurance, la rigueur du suivi des certificats maladie a pu être variable. M. Tavernier signale que l'Etat est en assurance obligatoire accident. Aujourd'hui, il y a cinq personnes au service des paies pour suivre ces aspects d'accidents parce qu'il arrive régulièrement qu'une personne concernée oublie de remplir les éléments nécessaires, comme d'ailleurs certaines personnes oublient parfois à titre privé et sont rappelées par l'assurance de faire la déclaration d'accident pour les enfants. L'Etat doit ainsi avoir des personnes qui suivent ces dossiers pour s'assurer que le formulaire a été transmis et, surtout, que le remboursement des indemnités journalières a été reçu. Pour l'Etat de Genève, l'assurance-accident représente quand même 24 millions de francs. Le suivi administratif doit donc être sans faille pour éviter de perdre des remboursements. Si on parle de la maladie, c'est plus élevé que l'accident puisqu'on a plus de maladies que d'accidents. On doit donc sécuriser ce processus administratif. C'est dans ce cadre que le courtier va aider l'Etat. Cela évitera d'un côté de demander du personnel supplémentaire au niveau du service des paies pour ces contrôles et, de l'autre côté, cela permettra de bénéficier de ses systèmes informatiques puisque c'est leur métier. L'Etat perd beaucoup de temps aussi lorsque l'assurance-accident refuse de traiter un cas comme accident et demande que cela soit traité comme maladie ou inversement. Ce sont tous ces aspects qui seront gérés par le courtier.

Un député S pense qu'il serait bien, pour que la commission puisse examiner ce projet de loi, de savoir combien cela coûte. Le département a communiqué un e-mail avec le coût actuel de l'absentéisme. Grosso modo, le fait de passer à une assurance privée ne va pas nécessairement diminuer le nombre de personnes absentes à moins que quelques bénéficiaires soient escomptés, mais il faudrait alors expliquer comment cela va être fait. Il serait également bien que la commission puisse avoir le cahier des charges de l'appel d'offres qui sera public à terme. Il faut aussi qu'il y ait la possibilité de faire

un examen sur ce que coûterait, par personne, le fait d'avoir un système tel que proposé par son projet de loi. Il s'était inspiré du système de la CPEG avec une répartition un tiers/deux tiers, mais on pourrait peut-être imaginer une répartition 50/50, ce qui est certainement aussi le cas dans le cadre de la police que le Conseil d'Etat envisage de faire.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que ce n'est pas 50/50, proposition qu'ils ont appréciée. Le taux de cotisation actuel de 0,1% est maintenu avec la proposition du Conseil d'Etat. Toutefois, ce que le Conseil d'Etat souhaite mettre en place est une économie pour l'Etat.

Un député S estime qu'il serait intéressant de voir où se fait l'économie et de connaître le cahier des charges. Il ne connaît pas la nature en tant que telle des assureurs, mais il imagine que ce ne sont pas des organisations philanthropiques. Il ne pense pas qu'ils se sont empressés de venir sauver les finances de l'Etat en disant qu'ils allaient prendre cela à leur charge.

M<sup>me</sup> Fontanet explique qu'il y a deux éléments d'économie. Il y a tout d'abord un meilleur traitement des absences. Il est clair que le fait d'avoir un traitement régulier et homogène au sein de l'Etat va faciliter les choses. M. Tavernier parlait des distinctions qu'il peut y avoir entre les assurances et le temps fou que l'Etat doit prendre pour essayer de négocier entre l'assurance-maladie et l'assurance-accident. Avec la proposition du Conseil d'Etat, c'est le courtier qui s'en chargera. Il y a par ailleurs une économie pour l'Etat puisque, à partir du moment où il y a une assurance externe, l'employeur ne finance plus les charges sociales à l'exception du 2<sup>e</sup> pilier. Cela représente une économie importante pour l'Etat. Personne ne veut faire la charité à qui que ce soit. C'est intéressant pour les assurances parce que c'est un stop-loss. Ainsi, si l'Etat n'atteint pas une très grosse hausse des absences, l'assurance n'entre pas en action et elle ne paie pas en tant que tels les montants à l'Etat. En revanche, si l'Etat dépasse le montant prévu, il est fait appel à l'assurance, mais pour les assurances ce sont aussi des systèmes qui peuvent leur être plus favorables. Cela a un coût pour l'Etat qui, entre le montant de la police d'assurance et les économies que cela aura sur les charges sociales, est intéressant sans péjorer la situation des collaboratrices et collaborateurs en termes de prise en charge maladie.

M. Tavernier indique que l'assurance paie des indemnités qui ne sont pas du salaire. Elles ne sont donc pas soumises aux charges sociales et l'économie va se faire sur le non-paiement des cotisations sociales AVS-AI-APG. Par contre, cela ne concerne pas les cotisations LPP. Cela a été un choix immédiat d'abord pour la caisse de pension et pour le salaire différé de la personne à terme. On continuera donc à payer les charges sociales de 2<sup>e</sup> pilier. Pour les absences de courte durée, ce non-paiement des cotisations du premier pilier

n'aura pas d'impact parce que, si vous avez cotisé sur une année ou si vous êtes avec un conjoint, vous êtes dans les seuils de montant annuel. Là où il y aura un problème, c'est pour les personnes qui font plus d'une année d'absence maladie. L'Etat payera alors le minimum qu'il faudra payer, mais la question est encore à l'étude parce que, dans les discussions avec le Cartel intersyndical, ils ont mentionné qu'ils avaient une préoccupation par rapport à de bas salaires qui n'atteignent le montant annuel et qui pensaient qu'ils perdraient beaucoup. Ils sont maintenant en contact avec l'AVS pour s'assurer ou non de cet aspect et, si c'est le cas, de prendre les mesures nécessaires. On ne veut pas économiser sur les personnes qui sont en absence de longue durée.

M<sup>me</sup> Fontanet fait remarquer que cet état de situation a également été présenté aux associations représentatives du personnel. A ce stade, excepté l'inquiétude pour les très bas salaires et les répercussions sur l'AVS, l'accueil a été plutôt positif. Ils attendent d'avoir ces chiffres pour ces petits salaires, sinon ils trouvent plutôt que cela permettait d'assurer une protection à l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs et que c'était aussi gagnant pour l'Etat.

Un député S demande si le cahier des charges pourra être communiqué à la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat.

M. Tavernier indique qu'ils travaillent actuellement sur le cahier des charges pour le courtier. Pour celui de l'assureur, ils ont encore six mois pour le faire. Puis, une prise de contact avec le Cartel intersyndical avant de le finaliser. A ce moment, cela sera à M<sup>me</sup> Fontanet de décider de la suite.

M<sup>me</sup> Fontanet dit que pour l'heure, elle n'a rien à partager à ce sujet aujourd'hui. Le département n'a pas fait de projection de ce projet de loi.

Un député S demande si le département pourrait faire cette projection sur son projet de loi.

M. Tavernier a déjà apporté une réponse au député. Le coût est de 72 millions de francs. Dans son projet, M. Dandrès indique que c'est une répartition un tiers pour l'Etat et deux tiers pour l'employé. Le calcul est donc vite fait.

Un député S estime qu'il serait intéressant de savoir ce que cela représenterait sur le personnel. Si quelques projections ont été faites, puisque cela a été mis dans le PFQ et que le Conseil d'Etat escompte aussi des aspects d'économie liés à la gestion administrative, le député imagine que cela n'a pas juste germé un soir au café. Par ailleurs, M<sup>me</sup> Fontanet a parlé du fait que des gains se feraient en termes de gestion des dossiers. Il aimerait savoir si le Conseil d'Etat a pu le chiffrer.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que le projet du Conseil d'Etat est au PFQ pour 5 millions de francs d'économies. Il n'escompte donc pas un coût supplémentaire avec son projet de loi. Quant aux gains de gestion, ce n'est pas chiffrable. On part du principe que, s'il y a une meilleure gestion, cela viendra, mais à ce stade ce n'est pas chiffré.

Un député S demande si le Conseil d'Etat va à la pêche avec l'appel d'offres et si c'est in fine que l'on verra ce que cela représente en termes de coûts.

M<sup>me</sup> Fontanet explique que l'appel d'offres qui est en train d'être fait est celui du courtier. Il faut donc attendre de mandater quelqu'un. Ensuite, un appel d'offres sera fait pour l'assurance.

M. Tavernier signale que cela fait plus de quatre ans que l'OPE travaille sur la solution proposée au Conseil d'Etat. Ils ont travaillé avec des spécialistes de l'assurance qui leur ont fait des propositions. Dans les deux cas, ils sont arrivés au modèle stop-loss. En gros, il y a une économie avec le non-paiement des charges sociales. Il y a un coût pour la prime de risque, mais qui est limité vu qu'on est en stop-loss. Il y a également un coût pour le courtier pour la gestion administrative. Quand on enlève le prix de l'économie, il reste 5 millions de francs qui est l'économie brute qui a été mise au PFQ. Cela étant, ils n'ont pas anticipé de baisse d'absences dans les simulations effectuées. Comme l'a dit M<sup>me</sup> Fontanet, cela sera un bonus.

Un député S demande s'il serait possible de partager ces simulations avec la commission.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que le tableau qui a été fait sera transmis à la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat.

### *Discussion interne*

Un député S pense qu'il faut que la commission ait les données demandées à M<sup>me</sup> Fontanet. Il faut aussi que les cahiers des charges déjà élaborés par le département soient communiqués à la commission. M. Tavernier a également indiqué que des projections avaient été faites en vue de l'élaboration du cahier des charges. Il faudrait également que la commission puisse en disposer. Enfin, il demande si le département pourrait, sur la base du PL 12428, faire un calcul pour voir ce que cela représenterait. Évidemment, on peut travailler sur la base d'une règle de trois en fonction de la répartition deux tiers/un tiers. Il est toutefois plus complexe pour les commissaires de savoir comment cela se répercuterait en moyenne sur le salaire des gens et quel serait le montant de la prime. On peut faire ce travail, mais cela serait un peu du bricolage. En

fonction des bases de données dont dispose le département, il arrivera sans doute à dire que cela représentera tel montant sur le salaire.

Le président prend note que la demande sera transmise à travers le procès-verbal. La commission compte sur la diligence de M. Tavernier.

Un député S trouve qu'il serait quand même de bon ton de savoir si une majorité se dessine sur ce projet de loi avant de lancer des démarches. C'est un risque que prendrait le Conseil d'Etat à ce que le projet de loi soit accepté et qu'un contrat ait été conclu en parallèle, mais ce n'est pas à lui de juger des aspects de responsabilité de l'assureur ou du courtier.

Le président a toujours été partisan, à titre personnel, d'externaliser cette problématique pour les raisons qui ont été évoquées, mais il n'est pas opposé par nature à un projet qui resterait à l'interne si on arrive à trouver une cote mal taillée.

Un député S pense que, quoi qu'il en soit, il serait bon que le Grand Conseil se prononce sur ce projet de loi et il faut que le Conseil d'Etat puisse attendre avant de lancer des démarches de ce type, sinon il y a un risque auquel on a déjà été confronté par le passé. Il ne pense pas que cela soit souhaitable du point de vue de la crédibilité des institutions. Il rappelle que ce projet de loi a été déposé il y a environ une année.

Le président insiste sur le fait qu'il le remettra à l'ordre du jour aussi tôt que la commission aura les données demandées. Son but n'est pas de jouer la montre. Au contraire, il partage le souci de son préopinant. Si on trouvait un consensus sur ce type de problématique au sein de la commission, cela serait assez historique et cela permettrait au Conseil d'Etat de s'arrêter.

## **7. Séance du 7 février 2020 dédiée à l'organisation des travaux, discussion et vote éventuel**

Au vu de la fin des travaux sur le projet de loi en question, le président procède au vote du premier débat :

*1<sup>er</sup> débat*

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 12428 :

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

Non : 3 (2 PDC, 1 PLR)

Abstentions : 3 (2 PLR, 1 UDC)

**L'entrée en matière est acceptée.**

Le président aimerait savoir si, depuis l'audition du Conseil d'Etat en novembre 2019, des discussions syndicales ont eu lieu sur cette question.

M. Tavernier répond qu'il y a eu des discussions en délégation aux ressources humaines du Conseil d'Etat. Des questions ont été posées par le Cartel intersyndical sur le projet présenté par le Conseil d'Etat notamment sur des questions plutôt techniques sur le libre passage et sur l'impact que le projet du Conseil d'Etat aurait sur la rente AVS d'une personne en maladie depuis plus d'une année. Le projet du Conseil d'Etat consiste à souscrire une assurance ; dans un tel cas, celle-ci paie une indemnité qui n'est pas soumise aux charges sociales. Dans ce projet, le deuxième pilier serait payé, mais pas l'AVS. L'Etat financerait le minimum qu'il faut. Quand une période de 12 mois est dépassée, il faut avoir une cotisation minimale (c'est ce que font les étudiants notamment) et cela serait pris en compte par le Conseil d'Etat, mais il y avait une question du Cartel intersyndical pour savoir quel serait l'impact sur la rente. Il y a donc des discussions en cours et cela va continuer puisque deux appels d'offres devraient être lancés. Le premier devrait être fait dans les semaines à venir et il concerne un courtier qui va aider à faire un appel d'offres pour l'assureur. Il y a donc encore des discussions avec le Cartel intersyndical par rapport à la définition du besoin pour l'appel d'offres pour l'assureur. Les choses sont donc en cours.

Un député S demande si le projet de loi va dans le sens de ce qui est actuellement négocié ou s'il faut attendre.

Le président note que le Conseil d'Etat avait dit que c'était le même sujet, mais que cela n'allait pas forcément dans le même sens. Dans un cas, cela passe par une externalisation et, dans l'autre cas, non.

Une députée PLR estime que, vu l'importance du sujet et s'il y a des discussions au Conseil d'Etat, il paraît important d'entendre M<sup>me</sup> Fontanet sur le sujet.

Un député PDC avait retenu, dans les négociations actuelles entre le Conseil d'Etat et les assureurs, plutôt les économies d'échelle. Cela n'a peut-être pas à voir spécifiquement avec la notion de délai, mais avec la notion

d'arrangement. La commission pourrait peut-être encore geler le vote final en attendant la réponse du Conseil d'Etat sans forcément auditionner M<sup>me</sup> Fontanet.

Une députée (Ve) rappelle que la commission a entendu M<sup>me</sup> Fontanet en novembre 2019. Les appels d'offres n'ont toujours pas été réalisés. Elle aimerait donc savoir à quelle échéance cela sera réglé et quand le Conseil d'Etat sera à même de prendre une décision, soit de prendre une assurance, soit de rester son propre assureur.

M. Tavernier répond que le Conseil d'Etat a déjà pris la décision d'aller sur un modèle d'assurance puisque les appels d'offres vont être lancés. Quand on lance un appel d'offres et que les personnes répondent au cahier des charges, le contrat doit être honoré.

Une députée (Ve) comprend que, à partir du moment où l'on lance un appel d'offres, s'il ne plaît pas, le Conseil d'Etat ne peut pas revenir en arrière. S'ils répondent aux critères demandés par le Conseil d'Etat, le contrat doit se faire.

M. Tavernier confirme que c'est le cas à moins qu'il y ait une clause spécifique. Maintenant, s'il y a une réponse et qu'elle répond aux besoins décrits, on doit accepter l'appel d'offres. Par contre, il est vrai qu'il y aura sûrement des limites en termes de coûts.

Une députée (Ve) demande quelle est la durée entre le lancement d'un appel d'offres et la désignation d'un lauréat.

M. Tavernier indique qu'il y a au moins 6 mois pour l'appel d'offres pour le courtier. Ensuite, il faut établir le cahier des charges pour l'appel d'offres pour l'assureur. Ce n'est donc pas avant le courant 2021 que tout sera finalisé. Par rapport au calendrier indiqué en novembre 2019, le département a été assez malmené avec le paiement de l'annuité 2016. Cela a été une opération très chronophage et dont ils paient encore le prix maintenant. Les ressources qui devaient travailler sur l'appel d'offres ont dû être prises pour l'annuité 2016. Cela a conduit à prendre un peu de retard.

Un député S a toujours entendu que, dans le cadre des marchés publics, on n'était pas du tout obligé de signer un contrat, dès le moment où une entreprise répondait à un appel d'offres, même si elle correspondait au cahier des charges. Cela n'oblige pas l'adjudicateur de signer.

M. Tavernier doit vérifier cela auprès d'un juriste. Il n'est pas un spécialiste des appels d'offres.

Un député (Ve) indique que, dans une procédure de marché public, au moment où la décision a été prise, elle est engageante. En revanche, tant que la décision n'a pas été prise, l'autorité de décision peut dire que les réponses

ne lui conviennent pas ou que le conseil devant lui donner de l'agent pour pouvoir faire ce marché ne lui donne finalement pas et qu'il arrête donc. On peut même octroyer un marché public sous réserve que les budgets aient été votés par le conseil qui doit les voter. Ce n'est pas parce qu'on a lancé un appel d'offres et qu'il y a eu des retours conformes au cahier des charges qu'on va être obligé de l'octroyer.

Un député S relève qu'il apparaît, dans l'exposé des motifs, les conditions pour lesquelles l'auteur du projet de loi voulait que cela se passe à l'interne de l'Etat. Il aimerait savoir ce que disent les conditions de l'appel d'offres.

Le président pense qu'il faudra poser la question directement au Conseil d'Etat sur ces aspects. Il y a deux propositions qui s'excluent l'une à l'autre. Il va donc commencer par mettre aux voix la proposition la plus éloignée.

Le président met aux voix la proposition de gel le PL 12428 :

Oui :	6 (2 PDC, 4 PLR)
Non :	8 (3 S, 2 Ve, 1 UDC, 2 MCG)
Abstentions :	-

**La proposition est refusée.**

Le président met aux voix la proposition d'auditionner M<sup>me</sup> Fontanet :

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

**La proposition est acceptée.**

### **8. Séance du 6 mars 2020 dédiée à l'audition de M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat, département des finances et des ressources humaines, de M. Fabrice Moore, OPE, département des finances et des ressources humaines et de M<sup>me</sup> Ursula Marti, directrice des affaires juridiques, département des finances et des ressources humaines**

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'ils ne vont pas refaire de présentation sur ce projet de loi puisqu'ils ont déjà été auditionnés à ce sujet, mais ils voulaient présenter l'état de situation sur la mise en place de cette assurance perte de gain maladie. C'est une présentation qui a été faite aux associations représentatives du personnel qui l'ont accueillie favorablement.

M. Moore rappelle que le point de départ du projet du Conseil d'Etat était une recommandation de la Cour des comptes dans le cadre de son audit n° 119

de juin 2017<sup>6</sup>. Elle demandait de réfléchir sur le système actuel d'auto-assurance en matière de perte de gain maladie ou de contracter une police avec une compagnie d'assurance. L'OPE a fait une réflexion sur le sujet et a cherché à trouver une solution équilibrée pour l'ensemble des parties. Elle a constaté qu'il n'y avait pas de libre passage, ce qui était un facteur de préoccupation, notamment pour le personnel. De plus, le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté est nettement moins bien couvert que le reste du personnel de l'Etat. Enfin, l'absence d'assurance perte de gain maladie se traduit par un paiement, pour une grande partie du personnel, des charges sociales alors qu'on pourrait éviter de payer une partie de cet argent dans la mesure où le règlement du personnel de l'administration cantonale parle d'indemnités et que l'on pourrait ne pas payer les charges sociales.

L'OPE a fait une proposition au Conseil d'Etat en mettant en place une assurance perte de gain maladie pour résoudre les lacunes qui viennent d'être citées et dans lesquelles les cotisations aux caisses de pension resteraient payées. Comme l'assurance est associée à des coûts, ils ont cherché à économiser sur les coûts et l'astuce qu'ils ont trouvée, ce n'est pas vraiment que le contrat était un contrat d'assurance. En pratique, il s'agit de se réassurer. Cela a des avantages au plan financier, mais aussi sur le plan de la gestion des ressources humaines. La proposition a été validée en novembre 2018 par le Conseil d'Etat. Il est ainsi prévu dans cette proposition que les conditions générales de couverture resteraient inchangées, notamment du fait que la contribution du personnel resterait inchangée au niveau actuel. Les cotisations du 1<sup>er</sup> pilier ne seraient plus payées. Au passage, le personnel avec moins d'un an d'ancienneté serait assuré comme le reste du personnel. C'est relativement intéressant dans la mesure où l'âge d'entrée à l'Etat, notamment dans le cadre des politiques de recrutement de chômeurs, a beaucoup augmenté. Autrefois, il y avait des gens qui entraient à l'Etat à 22 ans. Maintenant, il y a des gens qui entrent à l'Etat à l'âge de 50 ans. Il y a d'ailleurs une proportion non négligeable de gens qui rentrent à l'Etat et qui ont probablement besoin d'une meilleure protection que ce qui existait dans le passé.

Le gros challenge du projet est un challenge opérationnel. Il faut se mettre d'accord d'une part au niveau de l'administration et mettre beaucoup de rigueur dans les données. Cela a un peu préoccupé un certain nombre d'interlocuteurs auprès des représentants du personnel parce qu'ils avaient le sentiment qu'on allait mettre de la rigueur dans les processus. M. Moore assure

---

<sup>6</sup> Rapport de la Cour des comptes, n°119-2017 "Audit de gestion et financier portant sur les charges du personnel de l'Etat de Genève"  
<https://cdc-ge.ch/publications/audit-de-gestion-et-financier-portant-sur-les-charges-de-personnel-de-letat-de-geneve/>

qu'ils ne veulent pas changer les processus des ressources humaines et de gestion des absences. En revanche, on sait très bien que, lorsqu'il y a un processus chaotique et qui passe en paie, on va alors avoir des problèmes aussi au niveau de la comptabilité. Il faut donc être extrêmement rigoureux sur la collecte des données pour bien préserver les droits du personnel. C'est le message qui a été passé auprès des associations représentatives du personnel.

Un autre aspect qui a pris beaucoup de temps, c'est qu'on est dans un triangle avec un aspect administratif et juridique, un aspect de santé du personnel et un aspect de prévention. Il faut ainsi coordonner le tout pour maintenir le processus et, en même temps, s'adapter à l'introduction d'un nouvel acteur qui est l'assureur.

Il signale que le case management de l'administration est maintenu. C'est pour cette raison qu'ils ont besoin de travailler avec un spécialiste dans ce domaine. Le processus se déroule ainsi en deux étapes. La première étape est un appel d'offres auprès d'un courtier. Celui-ci accompagnera ensuite l'Etat de Genève pour faire un appel d'offres auprès de l'assureur ainsi que pour tout le travail administratif de collecte et de vérification des données. Il est vrai que, aujourd'hui, il n'y a pas toujours, en fonction des absences des responsables RH et des responsables des absences, tout le soin qu'il faudrait pour que les absences du personnel soient parfaitement documentées. Il ne dit pas que ce n'est pas documenté, mais il faut que cela arrive dans les délais et que cela soit systématiquement vérifié. C'est un gros travail qu'il ne faut pas sous-estimer. On parle de 30 000 cas par an sans compter les rallongements des certificats maladie.

M. Moore indique qu'ils ont essayé de comparer les deux projets, ce qui n'est pas toujours évident, surtout que l'un est décrit en quelques pages tandis qu'ils ont déjà beaucoup travaillé sur l'autre. Cela étant, on arrive quand même à dégager un certain nombre d'idées fortes.

Au niveau du périmètre, le projet du Conseil d'Etat inclut l'administration cantonale. Le Pouvoir judiciaire et la Cour des comptes ont souhaité être associés. La Cour des comptes veut être incluse. Le Pouvoir judiciaire les accompagne pour le moment et il est prévu, dans l'appel d'offres, une possibilité d'opter pour eux. Pour le PL 12428, le périmètre est beaucoup plus large. C'est vraiment l'ensemble des personnels (administration cantonale, HUG, IMAD, HG, certains EMS, certains EPH, enseignements du DIP, UNIGE, HES). M. Moore fait remarquer qu'il faudra voir comment le mettre en œuvre parce que certaines institutions ont déjà des assurances perte de gain maladie.

Au niveau du type d'assurance, le projet du Conseil d'Etat prévoit qu'il y aura un assureur. En fait, le montage est un contrat de réassurance de façon à éviter des surcoûts et que l'assureur soit trop intrusif. En effet, celui-ci n'est pas directement impliqué dans les coûts. Il n'y est impliqué qu'à partir du moment où il y aurait un dérapage majeur. Cela permet ainsi d'optimiser un peu la structure de coûts. Dans le cadre du PL 12428, il est explicitement dit que la situation d'auto-assurance serait maintenue. M. Moore relève qu'il n'est pas toujours évident de comprendre le projet de loi parce que l'auto-assurance est possible pour la perte de gain maladie, mais ça ne l'est pas pour les pertes de gain accidents où il y a deux assureurs et c'est la loi. Au niveau de la couverture d'assurance, le projet du Conseil d'Etat prévoit la couverture de l'ensemble du personnel. Sur ce point, il n'y a pas de différence avec le PL 12428.

M<sup>me</sup> Fontanet précise que c'est la couverture de l'ensemble des catégories de personnel qui est prévue dans les deux cas. En revanche, le périmètre des collaborateurs visés est plus étendu dans le PL 12428.

M. Moore signale que, au niveau du paiement des cotisations sociales, le projet du Conseil d'Etat prévoit le paiement des cotisations du 2<sup>e</sup> pilier, mais pas celle du 1<sup>er</sup> pilier. Quant au PL 12428, il prévoit le paiement de l'ensemble des cotisations sociales. Il précise qu'il s'agit des cotisations sociales pour la perte de gain maladie. En effet, pour la perte de gain accident, la situation est légèrement différente.

Au niveau du libre passage, quand vous avez un contrat d'assurance, vous avez la possibilité d'avoir un libre passage. Le département y travaille très sérieusement. Différents détails et différentes modalités techniques sont prévus dans l'appel d'offres pour bien couvrir le personnel qui viendrait à quitter l'Etat. Il y a en effet une vraie réflexion pour bien protéger le personnel, même s'il quitte l'Etat. C'est quelque chose qui s'inscrit dans des réflexions qu'ils ont quand ils discutent avec les autres cantons romands qui se posent ce type de questions. Ils cherchent ainsi quelque chose qui sera le plus englobant possible.

Au niveau du coût pour le personnel, le projet du Conseil d'Etat prévoit un coût inchangé. En revanche, avec le PL 12428, il y a une forte hausse de la contribution du personnel. Actuellement, le personnel paie environ 0,8% de son salaire (0,10% pour le personnel qui a plus d'un an d'ancienneté). Le coût est multiplié par quinze parce que le projet du PL 12428 prévoit que le personnel contribuerait à hauteur d'un tiers des coûts. Sur la base d'un calcul simpliste, avec un taux d'absence maladie de 4,5%, en le divisant par 3, cela donne environ 1,5%.

Au niveau des autres dispositions, il n'y a pas de dispositions particulières sur la résiliation des rapports de service dans le projet du Conseil d'Etat. En revanche, dans le PL 12428, il y a des dispositions particulières prévoyant qu'il n'y ait pas de résiliation des rapports de service jusqu'à l'expiration du délai de couverture (730 jours).

M<sup>me</sup> Fontanet indique que le Conseil d'Etat est plus favorable au projet sur lequel l'OPE est en train de travailler. Celui-ci permet en effet une économie. Il est aussi plus favorable aux collaboratrices et collaborateurs avec la prestation de libre passage, l'uniformisation de la couverture de perte de gain maladie du personnel de l'Etat et des supports externes dans la gestion de cas complexes. C'est important pour l'Etat vu le nombre de cas qu'il y a. Pour l'administration cantonale, cela va permettre un suivi plus rigoureux. Elle sera vraisemblablement tenue à des délais qu'il n'y a pas forcément toujours aujourd'hui dans le cadre du suivi. Il y aura aussi une clarification du service de santé et une économie marginale sur les charges sociales hors caisse de prévoyance. Comme les commissaires l'ont vu, l'Etat continuerait à payer les cotisations au 2<sup>e</sup> pilier. Enfin, l'entrée en vigueur serait prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2022. M<sup>me</sup> Fontanet signale que les associations représentatives du personnel auxquelles ce projet a été présenté l'ont accueilli favorablement.

Un député (S) relève que, si on lui offre la même couverture pour 0,1%, c'est cette option qu'il va choisir. Dès lors, ce qui est important, c'est de savoir quelle est la différence de couverture entre un projet et l'autre.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que, du moment où l'Etat a une assurance externe, cela lui permet de ne pas verser le salaire, mais des indemnités journalières qui ne prennent pas en compte les charges sociales. En revanche, l'Etat continuera à verser les cotisations au 2<sup>e</sup> pilier.

M. Moore précise que les associations représentatives du personnel sont revenues sur le sujet. Ils ont ainsi fait une première étude dans laquelle ils se sont penchés sur trois ans d'absence maladie en regardant environ 23 000 personnes. Ils se sont rendu compte qu'il y avait très peu de cas qui perdaient. En effet, il y a d'abord une grande part du personnel qui n'est pas absent. Il y a aussi une grande part du personnel qui gagne beaucoup plus que le salaire maximum déterminant (plus de 85 000 F). A Genève, comme le salaire médian est de 115 000 F, ils n'ont pas de pertes même s'ils sont malades. Il y a aussi beaucoup de gens qui ne changent pas de tranche. C'est-à-dire, même si on va voir les bas salaires, il y a très peu de gens qui changent. Si le salaire déterminant, dans une tranche, est de 85 000 F et que vous passez de 84 700 F à 84 300 F, il n'y a pas de changement de seuil et il n'y a donc pas d'impact pour cette personne. On se rend ainsi compte que, toutes choses étant égales par ailleurs, pour l'échantillon examiné, la perte ne touchait que de l'ordre de

400 personnes. C'était tout à fait marginal. En revanche, la perte pouvait représenter 20 F sur la rente.

Un député (PLR) note que M. Moore a parlé de 30 000 cas par an sans les renouvellements pour le petit Etat. Il n'arrive pas à faire le lien avec les 4,5% évoqués.

M. Moore explique que cela veut dire que, en moyenne sur les 18 000 collaboratrices et collaborateurs de l'administration cantonale, il va y avoir 1,1 cas par personne, sachant que cela peut être une absence d'une journée (par exemple quelqu'un qui a un gros rhume, qui n'est pas bien et qui ne vient pas une journée). Dans ces 30 000 cas, il peut à la fois y avoir une personne absente durant une journée et une personne qui va malheureusement être absente durant un an.

Un député (PLR) comprend que toute une partie des cas est gérée en auto-assurance et que ce n'est qu'une partie des cas, vraisemblablement les plus chers ou les plus risqués, où la réassurance intervient.

M. Moore n'a peut-être pas été assez clair. Ce qui est prévu c'est un contrat avec une franchise très élevée. C'est en cela que c'est une forme de réassurance. Il y a bien un contrat d'assurance, ce qui permet d'offrir des prestations de libre passage. En revanche, le risque reste à l'Etat. Du coup, la prime n'est pas très élevée et le comportement de l'assureur va être peu intrusif parce qu'il n'a pas un énorme risque. C'est toute l'idée du concept derrière le projet. Toutes les personnes sont assurées de la même façon. C'est simplement le coût global pour l'Etat. L'assureur va payer toutes les indemnités journalières et l'Etat va payer sous forme de primes les flux financiers correspondant aux flux d'absence. De l'autre côté, le coût réel de l'assurance sera marginal par rapport au véritable coût. C'est comme une assurance avec une énorme franchise.

Un député (PLR) imagine que ce coût global par année est calculé par exemple sur les statistiques des dix dernières années. En gros, c'est donc uniquement en cas de coronavirus ou en cas de grippe saisonnière très violente que l'assurance interviendrait.

M. Moore fait remarquer que, ce qui est intéressant dans cette mécanique, est qu'elle n'est accessible qu'à une organisation qui a une certaine taille et une certaine stabilité de ses taux d'absence. Les assureurs prendront le risque s'il y a une grosse population et si le taux d'absence reste relativement stable. Ce n'est pas un instrument d'assurance du personnel d'une structure d'une petite taille où il y aura une volatilité du taux d'absence et il y a plus de risques que cela dérape. Dans la définition du calibrage, ils ont bien pensé à l'adapter

sur un gros échantillon de façon à pouvoir avoir des assureurs qui vont entrer dans le projet.

Un député (PLR) aimerait savoir à partir de quand un cas est annoncé. Il imagine que quelqu'un qui a une grippe de deux jours passe sous les radars puisque le salaire est payé et que l'Etat ne va pas faire appel à cette assurance.

M. Moore indique que le projet est d'assurer les personnes dès le 1<sup>er</sup> jour. L'idée est que l'on va chercher à tout automatiser dans le traitement et il n'y aura pas tellement de difficultés pour des cas bénins, par exemple d'une ou deux journées. En plus, le fonctionnement actuel sera conservé, à savoir de ne pas demander de certificat maladie pour un ou deux jours. Cela sera donc relativement simple et on n'a pas trop de soucis de réconciliation des données. Le but est que tout ce flux de masse soit directement alimenté dans le système d'information des ressources humaines et qu'il ait le traitement le plus fluide possible.

Un député (S) aimerait savoir si les cotisations à l'AVS sont payées.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que les cotisations à l'AVS ne sont pas payées. En fait, les cotisations sociales qui ne sont pas payées sont l'AVS, le chômage, l'assurance maternité et, de manière générale, tout ce qui est prélevé sur un certificat de salaire en tant que cotisations sociales et pour lesquelles l'assureur cotise également. Ces éléments ne seront pas payés durant la période de maladie à partir du moment où il y a une assurance externe, car ce sont des indemnités journalières.

Un député (S) prend le cas de quelqu'un qui est malade durant deux ans. Il ne cotisera donc pas durant deux ans à l'AVS. Cela signifie que, au moment où il arrive à la retraite, il aura deux ans de moins de cotisations.

M. Moore n'a pas voulu entrer dans tous les détails du projet. Il faut savoir qu'il y a deux grandes conditions pour la retraite AVS, à savoir le nombre d'années de cotisations et le revenu déterminant. L'Etat prend à sa charge le paiement du nombre d'années de cotisations. La personne ne perdra donc pas l'année de cotisation, ce paramètre étant rempli. Cela étant, la personne perdra la cotisation pendant potentiellement deux ans, mais tout dépendra de sa situation personnelle et de son revenu déterminant. Pour quelqu'un qui a travaillé durant toute sa vie à l'Etat où il a gagné 110 000 F en salaire médian, il est tout à fait possible que cela aboutisse, au bout de 40 ans, à une compensation. En revanche, si c'est quelqu'un qui est dans les plus bas salaires, il y a potentiellement un problème. Tout dépendra du revenu moyen durant l'ensemble de la carrière de la personne.

Un député (EAG) avait l'impression que la motivation première du PL 12428 était de ne plus autoriser de résiliation des rapports de service du

personnel durant la période des 730 jours. A priori, il n'a pas vu de motivation du Conseil d'Etat de retenir cette disposition prévue par le projet de loi. Quel est l'inconvénient selon le Conseil d'Etat.

Il note que la gestion des absences manquerait de rigueur et qu'un avantage du projet du Conseil d'Etat serait un « suivi plus rigoureux des absences », mais sans volonté d'engager du personnel pour cela. Un député (EAG) a de la peine à comprendre quelles sont les causes de ce manque de rigueur actuel, si tant est qu'il soit avéré et comment on fait pour améliorer le contrôle des absences au-delà de l'incantatoire.

M<sup>me</sup> Fontanet a eu l'occasion de répondre à la première question lors d'une précédente audition. Elle avait indiqué les raisons pour lesquelles le Conseil d'Etat s'opposait à ces nouvelles règles en matière de résiliation des rapports de service. Par rapport à la 2<sup>e</sup> question, il faut savoir que, aujourd'hui, l'Etat pêche parfois en matière d'organisation de suivi administratif. Il faut suivre administrativement chaque certificat, l'envoyer, s'assurer que l'on demande un nouveau certificat quand c'est nécessaire, etc. Avec l'externalisation de l'assurance, l'Etat bénéficie d'une aide, dans le cadre de ce suivi administratif, qui permettra à ses collaboratrices et collaborateurs de bénéficier de cette aide dans le suivi par le courtier en assurance qui va implémenter une automatisation et des règles en la matière. On pense que, dans ce contexte, cela permettrait d'avoir un suivi meilleur administrativement et à personnel constant grâce à ce courtier. Cela étant, les dossiers seront toujours traités à l'interne de l'Etat.

M. Tavernier explique que, aujourd'hui, comme l'Etat est en auto-assurance, si un certificat de maladie n'arrive pas dans les semaines qui suivent la maladie, il va le redemander plusieurs fois le cas échéant. Avec un assureur externe, cela ne sera pas possible. Il faudra avoir un système rigoureux. Il sera complètement automatisé avec l'utilisation de l'espace RH pour les collaborateurs de manière simplifiée par rapport à ce qu'il y a aujourd'hui. Quand on parle d'un suivi avec plus de rigueur, du moment que l'on prend un assureur externe, cela signifie qu'il faut assurer un suivi précis, comme pour l'assurance accident (pour celle-ci, il y a plusieurs personnes au service des paies qui suivent, font les rappels, etc.), ce qui n'est pas fait avec autant de rigueur en auto-assurance. C'est ce qu'il faut comprendre par un suivi plus rigoureux. Par contre, tout l'aspect du management, care, auquel le député (EAG) a participé, est maintenu tel qu'il a été défini avec les partenaires sociaux.

Un député (Vert) se demande si c'est une volonté du Conseil d'Etat de se restreindre au petit Etat ou si c'est vraiment plus compliqué de le faire aussi pour les entités mentionnées dans le PL 12428.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que l'Etat de Genève n'est pas employeur pour ces entités du grand Etat. Par ailleurs, celles-ci peuvent déjà avoir des systèmes d'assurance. Le petit Etat ne peut pas contrôler les absences du HUG ou des SIG.

Un député (Vert) comprend que les HUG pourraient s'inspirer du système que le petit Etat va mettre en place.

Le président signale qu'un tel système existe déjà aux HUG, même s'ils n'appliquent pas les mêmes taux. D'ailleurs, il serait peut-être intéressant d'avoir une comparaison au niveau du grand Etat.

Un député (S) note qu'un point fondamental du projet de loi est les 730 jours à garantir. Il a été répondu que le Conseil d'Etat ne va pas dans ce sens. Ce qui l'étonne dans ce concept de rigueur, c'est qu'on serait obligé d'aller à l'extérieur pour avoir de la rigueur. Il s'étonne que l'Etat puisse se permettre, aujourd'hui, d'attendre dix jours avant qu'une personne envoie son certificat médical parce qu'il est en auto-assurance. Du moment où la personne est malade, la rigueur voudrait qu'elle envoie son certificat dans les trois ou quatre premiers jours.

M<sup>me</sup> Fontanet partage l'avis du député, sauf que l'on voit, comme cela a été présenté en commission des finances, que l'évolution du nombre de collaboratrices et collaborateurs n'est pas symétrique par rapport au nombre de collaboratrices et collaborateurs au sein de l'OPE qui sont en charge de ces questions. En fait, cela baisse d'un côté et cela augmente de l'autre. C'est aussi pour cela que l'OPE ressent ce besoin d'aide pour rendre plus efficient ce processus de suivi administratif. Cela sera le cas parce que, à partir du moment où il y a une assurance externe, on ne peut pas se dire qu'on a quelque chose de plus urgent à faire. Il va donc falloir le suivre avec toute l'automatisation préparée par ce prestataire externe.

Sur la situation actuelle, selon le droit en vigueur, en matière de résiliation des rapports de service du fait d'une incapacité de travail. Aujourd'hui, l'Etat garantit la totalité du traitement en cas d'incapacité de travail, pour des raisons de santé, à concurrence de 730 jours. Cette garantie vaut pour les fonctionnaires et pour les autres catégories de personnel (employés auxiliaires exerçant une activité régulière et agents spécialisés dès la 2<sup>e</sup> année d'activité). Aujourd'hui, cette garantie ne vaut pas pour les employés de première année. C'est seulement à l'issue des 730 jours précités que, dans la pratique constante de l'Etat, celui-ci résilie les rapports de service. Cette résiliation se fait pour disparition durable d'un motif d'engagement. Si l'Etat n'avait pas de motif pour résilier avant que la personne soit malade (elle donnait satisfaction), le droit l'autorise à résilier après 730 jours pour disparition durable du motif

d'engagement, c'est-à-dire parce que la personne n'est plus là. Le cas échéant, son traitement est ensuite repris par l'assurance invalidité ou par d'autres mesures. Pour autant, il est possible d'avoir des résiliations de rapport de service durant une période d'incapacité de travail. L'Etat peut résilier les rapports de service avant l'échéance du droit au traitement et cela vaut quel que soit le statut de l'intéressé (fonctionnaire ou employé auxiliaire). Dans ce cas de figure, la résiliation est prononcée exclusivement pour insuffisance de prestations ou inaptitude à remplir les exigences du poste (par exemple des problèmes de comportement) si on n'est pas dans une période particulière. La résiliation n'est donc jamais prononcée pour disparition durable d'un motif d'engagement avant l'issue de 730 jours.

Un député (Ve) demande si on sait, sur une période d'un à trois ans par exemple, quel est le nombre de licenciements pour les éléments évoqués par rapport à l'ensemble des personnes en arrêt maladie.

M. Moore indique qu'il y a eu 39 licenciements en tout l'an dernier et l'année précédente. M. Tavernier et poursuit et indique comprendre que le député aimerait connaître le nombre de licenciements durant la période des 730 jours. Il a uniquement été donné le nombre total de licenciements, M. Tavernier va regarder quel est ce nombre demandé par le député, mais cela reste très limité.

Un député (Ve) comprend que le Conseil d'Etat a une réserve par rapport à la situation d'un fonctionnaire qui est en délicatesse avec sa hiérarchie, où une procédure disciplinaire va se mettre en place et où il va se mettre en arrêt maladie pour éviter des problèmes. C'est dans ce genre de situation que le projet de loi produirait un blocage.

M. Tavernier fait savoir que, avec le droit actuel, si on débute un processus de licenciement pour motif fondé avant la maladie, c'est le seul cas où l'on peut licencier le collaborateur ou la collaboratrice après le délai de protection de six mois dans la période des 730 jours. C'est pour cette raison qu'il a dit que ces cas n'étaient pas nombreux. Sur les 39 licenciements annuels, il y en a peut-être quelques-uns. Par contre, avec le PL 12428, cela ne sera plus possible. Cela voudra dire que les personnes qui ont un entretien de service, dans le cadre d'un licenciement pour motif fondé, et qui tombent malades auront la possibilité de faire les 730 jours.

Un député (Ve) demande si pendant la période de 730 jours, l'Etat peut remplacer la personne qui est absente.

M<sup>me</sup> Fontanet confirme que ce n'est pas possible s'il n'y a pas de poste vacant. Tant que la personne est en absence, le poste est là. Il faut voir que, dans le cas d'une personne qui commettrait un harcèlement sexuel, ce projet

de loi lui offrirait deux ans de protection alors même que l'Etat aurait entamé une procédure avant le début de sa maladie. La seule raison pour laquelle on pourrait résilier les rapports de service ce seraient alors les quelques raisons énumérées dans le projet de loi.

Un député (S) peut comprendre certains propos, mais, quel que soit le système, il y a une certaine dose de profiteurs. En réalité, cela revient à introduire une double peine. La personne est malade, mais beaucoup de personnes sont un peu en délicatesse avec leur chef et non seulement ces personnes seraient licenciées et en plus elles sont malades. C'est cette double peine que le projet de loi voulait éviter. Il faut aussi voir cette injustice et on ne peut pas dire que l'Etat est exemplaire en cas de licenciement. Il connaît des cas qu'on aurait pu éviter.

Un député (S) note que M<sup>me</sup> Fontanet a dit que le projet a été accueilli favorablement par les associations représentatives du personnel auquel il a été présenté. Il aimerait savoir de quelles associations représentatives du personnel il s'agit.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'il s'agit des associations représentatives du personnel qui participent aux délégations aux ressources humaines. Il ne s'agit pas juste du comité de direction du Cartel intersyndical, mais l'ensemble des associations qui dépendent du Cartel intersyndical : UPCP, UCP, SPG, Famco, etc. Il y a aussi eu une présentation à la commission paritaire et l'accueil a été favorable. Maintenant, ils ont demandé à suivre ce projet. Ils n'ont pas dit qu'ils étaient tout contents et qu'ils ne voulaient plus être tenus informés. Le département doit les tenir informés des cahiers des charges, des appels d'offres, des entreprises qui seraient choisies, etc., mais cela a été accueilli favorablement. Il n'y a pas eu de levée de boucliers comme on peut l'avoir de temps en temps avec des gens qui hurlent au scandale.

Le président espère que les associations représentatives du personnel seront d'accord parce qu'il ne voit pas ce qu'elles vont pouvoir reprocher au projet de loi qui a été déposé. Il ne voit pas très bien quel désavantage elles pourraient avoir. Il est également sensible à l'image des fonctionnaires, mais il aimerait savoir quand on va revenir sur terre. Le Conseil d'Etat propose de couvrir 100% du salaire. Si le 100% du salaire n'est pas couvert historiquement et dans le cadre des organisations du partenariat social et de l'assurance perte de gain, c'est pour deux raisons principales. La première raison est liée au fait qu'il n'y a pas de déductions sociales opérées (ni 2<sup>e</sup> pilier, ni AVS, ni l'assurance chômage). La deuxième raison est que l'on considère que celui qui ne travaille pas n'a pas les mêmes frais pour l'acquisition du produit du travail. C'est objectivement vrai puisqu'il n'a pas, le cas échéant, ni le repas de midi ni les frais de transport. En réalité, si le Conseil d'Etat maintient le 100% du salaire,

cela va matériellement offrir de meilleures conditions à celui qui ne travaille pas qu'à celui qui travaille puisque celui-ci n'aura pas les frais d'acquisition du revenu, dans le cadre de son activité, mais qu'il aura l'intégralité de son salaire. Le président ne comprend pas que l'on obstine à vouloir garantir 100% du salaire, ce qui est une mesure injuste pour le travailleur qui travaille.

Il aimerait également revenir sur le fait que le PL 12428 multiplierait par quinze le coût actuel. Lors de son audition en février 2019, M. Dandrès lui-même a dit, par rapport au 1,5%, qu'il fallait se poser la question de faire du 50/50 par équité.

Il voulait également indiquer quelle est la situation aux HUG. Son site internet donne les informations suivantes : « Durant la première année, l'assurance perte de gain est à votre charge. Elle demeure facultative, mais il vous est fortement conseillé de contracter une assurance de ce type. En effet, en cas de maladie durant les trois premiers mois de service, vous percevrez votre salaire à 100% durant 14 jours, puis à 50%. Dès le 4<sup>e</sup> mois d'activité, votre salaire sera versé à 100% pendant 56 jours, puis réduit à 50%. Dans tous les cas, votre salaire ne sera plus versé au-delà du 91<sup>e</sup> jour d'absence. ».

Le président a compris, d'après la précédente audition, que le projet du Conseil d'Etat permettrait un gain de 5 millions de francs. Pour sa part, il n'est pas certain que, sans faire participer les employés de l'Etat (il n'y a pas d'impact parce que celui qui est touché par les mesures, que cela soit par la cotisation ou par le salaire), celui-ci réfléchisse vraiment à deux fois avant d'être absent quand il s'agit d'absentéisme de coulage. En réalité, il n'a aucun intérêt à faire un effort. Le président note que cela fait en plus dans un contexte où les employés de l'Etat sont déjà objectivement les mieux payés de la république avec un salaire moyen supérieur de 20% aux autres. On va donc se retrouver avec un système où les employés de l'Etat de Genève seront les seuls au monde à avoir 100% de leur salaire, paieront 0,1% de cotisation, se verront la LPP payée sur des indemnités, ce qui n'arrive jamais nulle part (et pour autant qu'il y ait une base légale pour le faire) et qu'on leur offrira l'AVS forfaitaire dans un contexte où ils sont déjà, pour l'essentiel d'entre eux, les mieux payés de la république, que l'Etat n'a pas les moyens de payer l'ensemble des postes demandés et qu'il a 585 millions de francs de déficit. Le président aimerait savoir quand on va revenir à un système à peu près raisonnable, financé à parité en l'employeur et l'employé, pour un salaire de 80% pendant 720 jours sur 900, comme dans l'ensemble de la république.

M<sup>me</sup> Fontanet indique, s'agissant des 100%, qu'il s'agit de garantir le net et non le brut. Il faut aussi voir que cela revient à maintenir ce que les collaboratrices et collaborateurs ont aujourd'hui. Les commissaires savent la difficulté qu'il y a, avec 18 000 collaborateurs, de changer un régime en place.

On ne pourrait pas le changer pour les collaboratrices et collaborateurs actuels. Le cas échéant, on pourrait impliquer un changement pour les nouveaux collaborateurs.

Le président fait remarquer que, dans toute entreprise, quand vous recevez en fin d'année votre ajustement de cotisation qui est notamment lié à la sinistralité de l'entreprise, il y a une adaptation de la cotisation. Cela se passe ainsi dans la vraie vie.

M<sup>me</sup> Fontanet indique qu'on est aujourd'hui dans le cadre d'un statut de la fonction publique.

Le président estime qu'il faut alors le changer.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'un tel changement ne passera pas par un projet consistant à savoir si l'Etat a recours à l'auto-assurance ou à une assurance extérieure. Par ailleurs, elle ne peut pas laisser dire que l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs de l'Etat de Genève sont tous mieux payés que dans le privé. Il est vrai que le salaire médian est plus élevé à l'Etat de Genève. En revanche, il y a certaines catégories de fonctionnaires qui sont moins bien payées et pour lesquelles on a beaucoup de difficultés à recruter.

M<sup>me</sup> Fontanet relève que les HUG ont effectivement une pratique différente en la matière. Ils ont déjà une assurance externe.

Le président constate que cette assurance perte de gain maladie est payée à 100% par les employés des HUG et non à hauteur de 0,1%.

Un député (S) trouve intéressante la question de la base légale pour la LPP. Cela dit, concernant les exemples du repas de midi et des frais de déplacement comme frais pour l'acquisition du produit du travail, il y a, certes, des exceptions, mais en général, les employés paient eux-mêmes leur repas de midi et ils peuvent les déduire forfaitairement ou non des impôts. C'est donc plutôt l'Etat qui prend en charge cet élément, de même que pour les déplacements. Ensuite, quand quelqu'un est malade, le rapport de service ne cesse pas, mais il est interrompu temporairement. De plus, en étant malades, ces personnes continuent à manger à midi et doivent aussi se déplacer, notamment pour aller chez le médecin ou à la pharmacie. Enfin, ces personnes ont aussi d'autres frais qui ne sont pas forcément liés au travail (c'est un autre problème si la maladie est attrapée au travail), mais ils ont par exemple des frais médicaux. La logique de maintenir l'entier du salaire net (et non brut) est de permettre aussi à ces personnes de faire face à ce type de frais dans une période qui est toujours un peu compliquée lorsque l'on est malade.

Le président dit juste que ce sont des critères qui existent dans tous les contrats d'assurance, il ne les invente pas. Par ailleurs, ce sont ces critères qui

justifient une assurance qui couvre 80% du salaire brut, ce qui correspond environ à 88% du salaire net.

M<sup>me</sup> Fontanet indique que le département fait une lecture différente de celle du président sur la situation aux HUG. En effet, le salaire est assuré à 100% comme à l'Etat, mais il y a effectivement une participation, plus importante que 0,1%, des collaboratrices et collaborateurs.

Le président précise qu'il n'y a toutefois pas d'indication sur le taux de cotisation de l'employé.

### **9. Séance du 22 octobre 2021 dédiée à l'audition de M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du département des finances et des ressources humaines (DF), de M<sup>me</sup> Coralie Appfel-Mampaey, directrice générale de l'OPE et de M. Fabrice Moore, économiste à l'OPE**

M<sup>me</sup> Fontanet signale que le département a sollicité la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat pour pouvoir revenir faire un point sur le PL 12428. Le département avait déjà été auditionné le 6 mars 2020. A cette occasion, le projet d'assurance perte de gain maladie validé par le Conseil d'Etat avait été présenté. Le département avait informé la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat que ce projet était en cours de discussions avec les associations représentatives du personnel. Pour cette raison, la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat avait décidé de suspendre le traitement du PL 12428 dans l'attente de l'issue de ces échanges.

Le projet du Conseil d'Etat ne fait pas encore l'objet d'un projet de loi. C'était un concept et un projet du Conseil d'Etat dont le département était venu parler à la Commission. Maintenant, il y a eu des discussions d'ordre politique lors de rencontres que la délégation du Conseil d'Etat a eues avec les associations représentatives du personnel. Ils ont aussi eu des séances techniques au printemps 2021 pour leur présenter le projet en détail, pour répondre à leurs questions et pour entendre leurs revendications. Malgré les nombreux échanges et les pistes d'adaptation proposées pour répondre à leurs préoccupations, il reste des divergences de principe qu'ils n'arrivent pas à régler quant au fait de travailler avec une assurance privée. Aujourd'hui, le DF revient donc vers la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat pour lui demander de se prononcer sur le PL 12428 parce qu'il est prêt à lancer des appels d'offres pour son projet d'assurance perte de gain maladie. Toutefois, si le PL 12428 devait être adopté, cela invaliderait évidemment le projet du Conseil d'Etat.

M. Moore indique qu'il y a un certain nombre de soucis avec la compréhension de ce qu'est un système de stop-loss. Il a donc semblé

important de revoir avec les commissaires comment cela fonctionne. De façon classique, une prime d'assurance comprend une participation de l'assuré (cela tient compte de la sinistralité historique). Cela prend également en compte une prime de risque (l'assureur se couvre pour un dérapage potentiel du coût de la prime) et des frais de gestion (concrètement, c'est du case management). Quand un assureur calcule une prime d'assurance, il tient donc compte de la sinistralité historique, du fait que cela peut déraiper et des frais de gestion. Cela fonctionne de cette manière. Les montants figurant dans la présentation sont illustratifs.<sup>7</sup>

Le stop-loss est légèrement différent dans sa construction. En fait, on s'assure contre un dérapage. Concrètement, il y a toujours les frais de gestion, qui sont principalement du case management et les frais de gestion administratifs. Il y a aussi le risque que cela dérape, mais c'est un risque que cela dérape à partir d'un certain niveau. Évidemment, on prend en compte une franchise qui est plus élevée. Concrètement, avec une sinistralité de 60 millions de francs, on s'assure par exemple au-delà de 70 millions de francs. Du coup, la valeur de la prime est plus faible puisque l'on s'assure contre un dérapage. Par ailleurs, on va pouvoir gérer sa sinistralité de façon optimale.

La présentation prend un exemple concret où, par rapport à une prime classique de 60 millions de francs, on suppose qu'il y a un dérapage et qu'on a une hausse de la sinistralité à 62 millions de francs. Si la sinistralité est plus importante que prévue, le coût, dans le modèle classique, est absorbé par le coussin de sécurité. En revanche, comme on a une franchise, on va payer ce montant, mais, in fine, on se retrouve en dessous du coût. Si la sinistralité est moins importante que prévu, on bénéficie du gain puisque, automatiquement, dans le cas d'une prime classique, on va payer sa prime et c'est terminé, alors que, dans le cas présent, comme on a une franchise, on va automatiquement profiter de cette baisse de sinistralité. C'est un des points clés sur lequel il y a probablement une logique extrêmement importante.

Le point clé est que l'on paie une prime plus faible parce qu'on est un peu moins bien couvert. D'autre part, l'assureur ne fait pas de bénéfices techniques. En fait, s'il y a moins de sinistres, du coup on va payer beaucoup moins cher. En fait, on réduit un aléa moral qu'il y a au niveau de l'assureur. Celui-ci n'a ainsi pas d'intérêt à déclarer que quelqu'un qui est en arrêt maladie n'a pas de maladie. C'est vraiment un dispositif clé de la réflexion de l'administration cantonale.

Les conditions pratiques pour accéder au stop-loss demandent d'avoir une sinistralité stable (l'avantage de l'administration cantonale est que,

---

<sup>7</sup> Annexe 3 "Présentation du DF du 22 octobre 2021"

globalement, sa sinistralité est beaucoup plus stable que pour une entreprise ou une organisation plus petite). Il faut également avoir un certain volume de sinistres et avoir une capacité à absorber ces sinistres seuls au cas où la sinistralité (c'est-à-dire le taux d'absence maladie) augmente. Le stop-loss tel que conçu est vraiment une logique de réassurance. Ce n'est pas une logique d'assurance. Du coup, on peut se permettre d'avoir un assureur qui va être beaucoup moins intrusif parce qu'on est dans une logique où l'on va directement prendre l'essentiel du risque à travers cette franchise que l'on résume en l'appelant un stop-loss. Pour le reste, les caractéristiques sont les mêmes que dans un contrat d'assurance. Finalement, un contrat de réassurance reste un contrat d'assurance.

M<sup>me</sup> Fontanet propose de parler des adaptations qui ont été faites suite aux discussions avec les partenaires sociaux. Il y a ainsi la confirmation écrite de la prédominance de la gestion des absences pour maladie et accident de l'Etat. Il y a l'intention de maintenir le processus actuel, qui avait été clairement annoncé aux associations représentatives du personnel, et les discussions avec les syndicats ont permis de formaliser cette intention. Il faut également relever que, dans un contrat stop-loss, l'assureur ne réalise pas de bénéfices techniques si le taux d'absence maladie baisse. En fait, il ne devrait pas y avoir de crainte des associations représentatives du personnel de voir un assureur qui deviendrait extrêmement intrusif en cherchant à remettre en cause les absences pour des raisons de santé. Les craintes des associations représentatives du personnel sont ainsi largement exagérées à ce niveau.

S'agissant des prestations après la fin du contrat, le projet a suscité un vif débat avec les associations représentatives du personnel sur la nature de la prestation après la fin du contrat. Les personnes qui quittent l'Etat alors qu'elles sont malades seront assurées à concurrence de la durée de l'engagement. Cela signifie que, si une personne tombe le jour de sa sortie de l'Etat, après 6 mois d'engagement, elle pourra être assurée pour les 6 mois suivants. C'est évidemment un avantage important pour les personnes qui sont venues prêter main-forte à l'Etat. On peut penser en particulier à des remplaçants du DIP ou à d'autres. On estimait que, dans ce sens, on répondait bien aux demandes des associations.

Au niveau de la comparaison entre le projet du Conseil d'Etat et le PL 12428, il y a tout d'abord des éléments qui présentent peu ou pas de différences. Concernant le type de personnel concerné, c'est le même pendant la durée de l'engagement dans l'administration. Pour le suivi du dispositif des absences, c'est le maintien du dispositif actuel. Quant à la confidentialité des données, elle est garantie. Dans le contrat d'assurance, cette confidentialité est

garantie par la loi et l'appel d'offres prévoit aussi l'introduction d'échanges de données sécurisées avec un contrôle du SCI.

Au niveau des éléments qui diffèrent, le périmètre du projet du Conseil d'Etat est le petit Etat, le Pouvoir judiciaire et la Cour des comptes. Le PL 12428 modifie la LPAC et il impacte ainsi toutes les institutions y compris celles qui ont déjà une assurance perte de gain maladie. D'ailleurs, au cas où le Grand Conseil souhaiterait avancer sur le PL 12428, il faudrait interpeler les entités qui ont déjà ce type d'assurance (on peut notamment penser à l'IMAD). Le projet du Conseil d'Etat permet d'économiser les charges sociales du 1<sup>er</sup> pilier et il génère donc 7 millions de francs d'économies nets de frais d'assurance. Cela représente 0,35% à 0,40% du coût des absences maladie. Quant au PL 12428, il ne prévoit pas d'économies.

La perte d'assurance du personnel qui résulte du non-paiement des assurances du 1<sup>er</sup> pilier est estimée à moins de 3% et touche principalement un personnel qui a travaillé à temps partiel. L'OPE pense qu'il existe des compensations qui réduisent encore le nombre de ces personnes qui sont effectivement touchées. On peut notamment penser aux personnes qui ont de doubles activités. Quant au PL 12428, il maintient la couverture actuelle.

Le projet de loi du Conseil d'Etat prévoit le maintien des contributions du personnel au niveau actuel, à savoir 0,10% pour une durée qui reste à préciser compte tenu de la hausse du taux d'absence. Le PL 12428 prévoit de porter la contribution sur une base actuarielle au tiers du coût de la mesure et de l'adapter tous les trois ans au moins. Le taux d'absence maladie étant de l'ordre de 5%, la contribution du personnel passerait de 0,10% aujourd'hui à 1,7%. Cela donnerait un revenu pour l'administration cantonale d'un peu plus de 30 millions de francs. Cela serait le cas si la commission adoptait le PL 12428 tel qu'il a été déposé, mais il semblerait qu'il y ait certains revirements à ce niveau. Le projet de loi du Conseil d'Etat passe par un contrat d'assurance, ce qui lui permet de poursuivre la prestation après la sortie de l'Etat. C'est le cas notamment du personnel qui quitte l'Etat en étant malade. Il faut savoir que, au sein du petit Etat, il y a 800 fins de contrats d'auxiliaires par an. Il est vrai que, à la fin de ce contrat, avec le projet du Conseil d'Etat, si ces personnes tombent malades, elles seraient encore assurées pendant la durée de leur engagement. C'est une sécurité assez importante.

Dans le cadre du projet du Conseil d'Etat, le libre passage permet la possibilité de s'assurer à titre individuel ou d'entrer dans un nouveau collectif. Cette disposition n'existe pas dans le PL 12428. Par contre, celui-ci interdit les licenciements. Pour le Conseil d'Etat, ce n'est pas une bonne solution. La solution, c'est de permettre que les personnes puissent rester assurées comme

dans le cadre du projet du Conseil d'Etat, mais pas d'interdire les licenciements parce que cela peut durer un temps incroyable.

Le projet du Conseil d'Etat prévoit l'intervention d'un conseil prestataire qui accompagnera l'administration dans les cas complexes, par exemple dans le cas d'un problème entre l'assurance maladie et l'assurance accident. Quant au PL 12428, il ne le prévoit pas.

Au niveau des éléments qui restent à préciser dans la comparaison, la mise en place d'une assurance perte de gains permettrait évidemment de faire une économie sur les cotisations AVS, mais avec des effets de croissance des charges différents selon que les remboursements sont comptabilisés en revenus (c'est la pratique actuelle pour les autres assurances) ou en déduction de charges. Aujourd'hui, si le projet du Conseil d'Etat entrait en vigueur, il impliquerait une très forte augmentation des charges qui seraient compensées par une très forte augmentation des revenus qui seraient plus élevés de 7 millions de francs. Toutefois, il apparaîtrait, notamment dans les projets de budget, une augmentation des charges très importante liée aux coûts de cette assurance perte de gain. Le département regarde, au niveau technique, s'il est possible d'harmoniser les traitements de l'ensemble des assurances de façon à ce que cela ne soit pas considéré comme une hausse de charge. En effet, au final, il n'y a pas de hausses de charges, mais une économie.

Le Conseil d'Etat, et surtout l'OPE, ne veulent pas continuer à s'engager dans des travaux sur un projet de loi si la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat prend la décision d'accepter le PL 12428. Surtout, ils ne veulent pas continuer à engager des moyens et des forces de l'administration si la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat souhaite aller de l'avant avec le PL 12428. Contrairement à ce que le DF avait dit au départ, et d'autant qu'il a maintenant reçu un refus des associations représentatives du personnel, il a besoin que la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat se décide.

Une députée (Ve) comprend que, dans le projet du Conseil d'Etat, le médecin-conseil en question est celui de l'assurance.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey confirme la remarque de la députée (Ve).

Un député (PLR) demande quand il sera possible de connaître l'impact sur la croissance des charges du projet du Conseil d'Etat.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que c'est 70 millions de francs.

Le président pense que c'est un peu plus puisque le département a annoncé 30 millions de francs pour le tiers.

M. Moore confirme que le tiers de la contribution du personnel fait 30 millions de francs. Ensuite, il y a une augmentation des primes, mais aussi

une économie de charges sociales. Il faut noter que, dans tous ces projets d'assurance, le concept est simple, mais dès que l'on entre dans le détail, cela devient extrêmement compliqué. En fait, il y a une augmentation des charges, une augmentation des revenus et une économie de charges sociales.

Le président note que l'économie de charges sociales est chiffrée à 7 millions de francs. Si le tiers de la contribution du personnel fait 30 millions de francs, il a de la peine à comprendre pourquoi l'intégralité ne fait pas 90 millions de francs.

M. Moore répond que vous avez une augmentation de vos revenus qui est plus rapide que le coût de l'absence accident parce que les personnes qui sont malades sont en général dans des classes basses. En fait, si vous portez la contribution du personnel à 1,7%, vous allez augmenter vos revenus à hauteur de 1,7% de la masse salariale, mais votre coût d'absence est un peu plus bas tout simplement parce que les gens absents sont dans des classes basses. Pour donner un ordre d'idée, vous allez gagner 30 millions de francs parce que le coût de l'absence maladie est d'environ 90 millions de francs. En revanche, le coût de l'absence maladie est plutôt dans les 80 millions de francs parce que les gens malades gagnent un peu moins. Il faut savoir que le taux d'absence des gens qui sont dans des classes supérieures à 23 est de l'ordre de 2%. C'est pour cela que ce n'est pas aussi simple. Derrière, c'est un peu plus compliqué parce que, en plus, il y a une économie de charges sociales qui fait environ 16 millions de francs.

Un député (PLR) estime qu'il est difficile de travailler sur cette base. Il faut que les commissaires aient des tableaux avec ces calculs. Ils ne peuvent pas se prononcer sur le PL 12428 sans avoir ces éléments. Il demande que le tableau de la page 13 de la présentation soit explicité dans le détail avec des chiffres.

M<sup>me</sup> Fontanet comprend que le député aimerait avoir des explications sur le projet du Conseil d'Etat, mais aussi sur ce qui diffère par rapport au PL 12428.

Le président comprend que le salaire assuré, c'est 95% du traitement brut.

M. Moore confirme. Il précise que les cotisations du 2<sup>e</sup> pilier continueraient à être payées, que cela soit pour la part employeur ou la part employé.

Un député (S) note qu'il est indiqué, dans la présentation, que « les conséquences pratiques de ce choix sont en cours d'étude ». En fait, c'est une question de comptabilisation.

M. Moore indique que, aujourd'hui, pour des questions de confort (c'est plus facile administrativement), ils comptabilisent tous les revenus de l'assurance comme un revenu. En fait, dans une approche anglo-saxonne, comme cela vient en compensation d'une charge, logiquement, on pourrait

concevoir de mettre en place toute une mécanique qui donnerait une juste vision des coûts nets du personnel compte tenu de ces remboursements. C'est quelque chose de relativement clair. C'est un peu compliqué à mettre en œuvre et ils ne se lanceront que si, véritablement, le projet du Conseil d'Etat est mis en œuvre. L'inconvénient est que c'est un travail important parce qu'il faut revoir toute la comptabilité et tout le processus budgétaire à l'échelle de l'administration cantonale. L'avantage est que cela permettrait d'avoir une vision beaucoup plus juste des coûts du personnel. S'agissant de quelque chose d'assez délicat à mettre en œuvre, c'est quelque chose sur lequel ils n'ont pas encore tout à fait avancé.

Le président signale qu'il est d'un avis inverse. En termes de clarté de la vision des charges, à partir du moment où l'on peut faire une soustraction, avec une ligne du coût et une ligne des rentrées, il s'accommode du fait que les charges augmentent et que les revenus augmentent aussi. Ainsi, on aurait d'un côté les revenus d'assurance et, d'un autre côté, les coûts. Il trouve que c'est plus simple.

M<sup>me</sup> Fontanet est d'accord. La problématique est au niveau politique. Si on vient avec cette mesure qui, au final, permet de faire une économie, elle va apparaître dans le cadre du projet de budget comme un montant d'augmentation des charges. Comme le Grand Conseil est très sourcilieux par rapport à ces questions d'augmentation des charges, s'il y a tout d'un coup 0,4% d'augmentation des charges liée à la mise en place de cette assurance, on est à peu près certain de voir une partie du Grand Conseil hurler au scandale en disant que le Conseil d'Etat présente un budget qui augmente encore très sensiblement les charges. Dès lors que c'est une « augmentation de charges » résultant sur une économie, il s'est posé la question de savoir s'il y a une autre façon, mais uniquement pour cette assurance perte de gains, de la comptabiliser.

Le président entend ces explications, mais si on modifie la présentation comptable pour des raisons politiques, il n'exclut pas qu'il y ait des agitations au sein du parlement.

Un député (S) aimerait des précisions sur la « coordination assurance » mentionnée dans la présentation en page 13.

M. Moore signale que c'est un point souvent négligé. Aujourd'hui, tout le débat avec les assureurs est compliqué, car on constate que les assureurs ont un peu tendance à se renvoyer la balle. Si l'assureur accident dit que ce n'est pas un accident, mais que c'est une fragilité liée à une maladie que vous avez eue dans le passé par exemple, il ne vous assure plus. Ce qui est donc prévu, c'est de travailler avec des experts en assurance sociale qui ont l'expérience

dans ce domaine et qui accompagneront l'Etat pour bien négocier les cas. En effet, on connaît un certain nombre de cas dans l'administration cantonale où l'assureur accident renvoie la balle dans le camp de l'assureur maladie et, comme il n'y a personne en face, il y a l'OPE qui cherche à défendre les employés de l'Etat, mais ce n'est pas toujours facile de pouvoir apprécier certains cas. Du coup, l'Etat s'appuierait sur un expert externe qui l'accompagnerait. Ils estiment que cela a de la valeur. Quand on discute avec les institutions du grand Etat, on constate qu'elles sont contentes de la façon dont elles sont accompagnées dans la défense du personnel. Il est vrai que, aujourd'hui, la façon dont les Suisses sont assurés en général et, plus particulièrement en matière d'accident et de maladie, justifie un certain accompagnement.

Un député (PLR) ne comprend pas ; le Conseil d'Etat a des réflexions politiques sur cette question. Il a une stratégie et un projet politique. Finalement, c'est au Conseil d'Etat de dire où il veut aller et de défendre sa position, le cas échéant par le biais d'un projet de loi, et éventuellement de dire tout le mal qu'il pense du PL 12428. Par contre, il est un peu compliqué d'entendre que le Conseil d'Etat attend de voir si la commission est intéressée à continuer ses travaux sur le PL 12428. La question est de savoir si le Conseil d'Etat estime que ce projet de loi est bon. Dans un tel cas, il faut qu'il le soutienne. Si le Conseil d'Etat estime que ce projet de loi n'est pas bon, il faut qu'il dise pourquoi il n'est pas bon et vienne avec un projet de loi qui lui convienne.

M<sup>me</sup> Fontanet répète ne pas soutenir le PL 12428. Le Conseil d'Etat a son propre projet, mais comme cela ne nécessite pas un projet de loi, c'est toujours difficile quand on n'a pas une base à soumettre au parlement. On est dans des projets qui touchent la fonction publique pour lesquels on se doit, de par le partenariat social, de négocier. Le Conseil d'Etat avait tenu les commissaires informés de ce projet et il vient donc aujourd'hui les tenir informés du résultat des discussions qui n'aboutissent pas. La volonté du Conseil d'Etat est ainsi de poursuivre avec son projet.

Un député (S) note qu'un député (PLR) a demandé des précisions. Il estime que c'est intéressant. Sur cette base, on pourrait travailler aussi sur le PL 12428 et engager une tendance dans la commission. Cela étant, le Conseil d'Etat a peut-être senti qu'il y a une certaine majorité dans la commission qui va vers le PL 12428 et ça le freine pour engager plus d'efforts. Cela étant, la commission pourrait travailler sur des amendements. Un travail a été fait par le département et le député découvre des éléments qui l'intéressent. Il espère que les commissaires auront assez d'éléments pour, le cas échéant, amender le projet de loi.

M<sup>me</sup> Fontanet fait remarquer que le Conseil d'Etat et l'administration n'entendent pas économiser leurs efforts. Ils s'interrogent sur l'opportunité de ne pas dépenser plus d'argent public dans quelque chose qui pourrait ne pas satisfaire. Elle a entendu la demande qui a été exprimée et le DF est prêt à répondre à la demande formulée par un commissaire si tel est le souhait de la commission.

### *Discussion interne*

Un député (S) annonce qu'un amendement au PL 12428 sera déposé sous forme d'un amendement général. Il n'est pas encore finalisé, mais elle va le soumettre suffisamment en avance pour que les commissaires puissent en prendre connaissance.

Un député (PLR) indique qu'il souhaite volontiers avoir une déclinaison détaillée et comparative du tableau de la page 13 de la présentation.<sup>8</sup>

Le président prend note qu'il n'y a pas d'opposition à cette demande. Il remercie déjà le département de fournir ce document à la commission.

Un député (PLR) souhaite savoir si, dans la suite de l'échange sur le projet du Conseil d'Etat, il serait possible d'avoir non pas un règlement finalisé, mais d'avoir des éléments rédigés sur ce projet. En effet, on pourrait très bien imaginer qu'il y ait un autre amendement général qui s'inspire du projet du Conseil d'Etat.

M<sup>me</sup> Fontanet a pris note de la demande si elle est acceptée par la commission.

Le président relève, avant de faire trancher cette question, que M<sup>me</sup> Fontanet évoque un élément essentiel. Si cela peut passer par une disposition réglementaire, il est étonné par cette pratique. Soit c'est réglementaire et le Conseil d'Etat doit prendre ses responsabilités, soit c'est législatif et le Conseil d'Etat doit transmettre le projet au parlement. Par contre, que les commissaires jouent les petits conseillers d'Etat au sein de la commission, cela lui pose un problème. Il aimerait donc comprendre si l'objectif est un projet, auquel cas il serait bien que le Conseil d'Etat saisisse la commission notamment des lignes directrices et du projet de loi. En revanche, si c'est une problématique réglementaire, ce n'est pas le job de la commission.

M<sup>me</sup> Fontanet fait remarquer que c'est un projet de modification de règlement qui était une mesure d'économie qui a coïncidé avec le dépôt d'un

---

<sup>8</sup> Annexe 4 "Note de l'OPE du 4 novembre 2021 concernant l'assurance perte de gain maladie du personnel de l'administration cantonale"

projet de loi. Comme les commissaires le savent, la loi prime sur les règlements. Dans ce cadre, le Conseil d'Etat veut bien aller de l'avant et mettre en place son règlement – c'est le chemin qu'il a pris – mais si le parlement adopte une loi, celle-ci primera sur ce règlement. Du coup, celui-ci tombera forcément. Le Conseil d'Etat n'a pas besoin d'autorisation pour préparer un règlement. Il s'est déterminé à ce sujet. Il se trouve que le Grand Conseil a un projet de loi qui prévoit quelque chose de différent et, s'il est accepté, il va primer.

Le président a dû mal s'exprimer. Pour lui, M<sup>me</sup> Fontanet a émis clairement les objections du Conseil d'Etat au PL 12428. La commission a suspendu ses travaux pour attendre que le département puisse arriver avec un projet conjoint, ce qu'il n'a pas été possible d'obtenir avec les syndicats. Il n'en fait pas de reproche. C'est un fait objectif. Maintenant, on sait pourquoi le Conseil d'Etat est opposé à ce projet. Il pense que les commissaires connaissent la détermination du Conseil d'Etat sur ce projet de loi. Ils savent quelles sont ses intentions. Pour le président, les commissaires n'ont pas besoin que le département vienne faire un exposé. S'ils ont des questions ponctuelles, ils peuvent les poser au département.

Le président suggère à la commission de travailler sur le PL 12428 ainsi que de prendre acte de la position du Conseil d'Etat sur ce projet de loi et de la direction dans laquelle il aimerait le cas échéant aller. A ce moment, le département ayant répondu à sa question, selon lui, la commission n'a pas à demander quels seraient les éléments d'un règlement putatif. La commission a besoin d'éléments pour approuver ou non le projet de loi et comprend parfaitement que le Conseil d'Etat souhaite attendre que le parlement se soit prononcé sur le PL 12428. Par contre, il ne pense pas que la commission doit se saisir d'un projet du Conseil d'Etat à ce stade. Les commissaires doivent entendre et challenger le Conseil d'Etat sur les problématiques du PL 12428. Ensuite, s'il est accepté par le parlement, le Conseil d'Etat ne pourra pas mettre ce qu'il souhaitait faire. Si le parlement ne l'accepte pas, le Conseil d'Etat reste libre de faire ce qu'il veut. Il est suggéré à la commission, c'est de ne pas demander quel serait le projet de loi comparatif puisque, précisément, on ne sait même pas si c'est une loi.

Un député (PLR) pense qu'il faut avoir un peu plus d'éléments sur ce que proposerait le Conseil d'Etat par voie réglementaire pour mieux analyser le PL 12428. Quand le Conseil d'Etat sera prêt, il faudrait avoir ces éléments pour les mettre en balance avec ce qui est proposé par le PL 12428.

Un député (PLR) précise qu'il ne veut rien que les chiffres.

Le président prend note qu'il n'y a pas d'opposition à demander ces chiffres au DF<sup>9</sup>.

**10. Séance du 29 avril 2022 dédiée à l'audition M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du département des finances et des ressources humaines, de M<sup>me</sup> Coralie Appfel-Mampaey, directrice générale de l'OPE, M. Fabrice Moore, économiste à la Direction budget et outils de pilotage de l'OPE**

Le président signale que l'amendement général proposée par une députée (S) est disponible sur Accord.<sup>10</sup> Par ailleurs, les commissaires ont reçu, aujourd'hui, la présentation du DF ainsi qu'un tableau synoptique qui comprend l'amendement de la députée (S)<sup>11</sup>. Les commissaires sont informés que le président a reçu un message de M. Moreno Sella, président du conseil d'administration de l'IMAD, qui souhaite être entendu sur ce projet de loi.

M<sup>me</sup> Fontanet présente la position du DF par rapport à cet amendement général<sup>12</sup>. Elle a constaté que, manifestement, les discussions avec les associations représentatives du personnel autour du projet d'assurance perte de gain maladie du Conseil d'Etat ont largement inspiré certains commissaires, vu que certaines dispositions de l'amendement reprennent ces éléments. Le DF attire toutefois l'attention des commissaires sur le fait que tout n'est pas transposable, en particulier la question du libre passage, à savoir la poursuite de couverture d'assurance après la fin des rapports de service, notamment pour les contrats à durée déterminée. Cet élément n'est évidemment pas transposable. C'est possible dans le cadre d'un contrat avec un assureur privé, mais ce n'est pas possible si l'employeur couvre lui-même le coût de l'absence. Le DF a rédigé des amendements qui permettent de conserver l'esprit de la modification souhaitée, en particulier sur le fait de ne pas recourir à un assureur privé et d'ancrer la cotisation dans la loi en la mettant en rapport avec le taux d'absence effectif. Cela étant, il faut aussi être attentif à la faisabilité. L'amendement général de la députée (S), comme le PL 12428 original, poserait d'importants problèmes opérationnels en matière de gestion du personnel.

---

<sup>9</sup> Annexe 4 "Note de l'OPE du 4 novembre 2021 concernant l'assurance perte de gain maladie du personnel de l'administration cantonale".

<sup>10</sup> Annexe 5 "Amendement général (S) de novembre 2021".

<sup>11</sup> Annexe 6 "Tableau synoptique du 29 avril 2022, avec les commentaires du DF"

<sup>12</sup> Annexe 7 "Proposition d'amendement du DF à l'amendement général (S) de novembre 2021"

Le DF doit aussi rendre attentifs les commissaires au fait que les modifications proposées entrent dans un degré de détails tel qu'elles auront un fort impact sur l'employeur. Il faut d'ailleurs rappeler que le petit Etat n'est pas le seul employeur concerné par la LPAC. Le DF encourage donc vivement la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat à demander des auditions des autres employeurs concernés, du moins les plus grands, notamment les HUG qui sont extrêmement concernés par cette question. Tous ces employeurs concernés par la LPAC, notamment les plus gros, interpellent directement le DF étant extrêmement inquiets des conséquences de ce projet de loi. Il paraît donc essentiel que la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat puisse les entendre parce que le DF n'est pas le représentant de l'ensemble des employeurs concernés par ce projet de loi.

M<sup>me</sup> Fontanet aborde les propositions du DF<sup>13</sup>. L'amendement de la députée (S) à l'article 9B, alinéa 1, améliore la couverture des personnes engagées à l'Etat depuis moins d'un an, ce que le DF soutient. Toutefois, l'impossibilité de résilier les rapports de service pendant 730 jours présente un risque de blocage extrêmement important pour l'employeur avec des conséquences néfastes, également pour les personnes concernées (éloignement du monde du travail, désinsertion professionnelle). Le DF propose donc une reformulation de l'alinéa :

« <sup>1</sup>En cas d'absence pour cause de maladie ou accident attestée par certificat médical d'un ou d'une fonctionnaire, d'un employé ou d'une employée, d'un agent spécialisé ou d'une agente spécialisée, ou d'un ou d'une auxiliaire exerçant une activité régulière payée au mois, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail. »

La proposition faite à l'article 9B, alinéa 2, s'inspire des discussions menées avec les associations représentatives du personnel concernant le projet d'APG-maladie du Conseil d'Etat. Cette mesure était envisageable dans le cadre d'un contrat avec un assureur privé, mais elle ne l'est pas dès lors que l'Etat continue à assumer lui-même le coût de cette absence. La gestion des contrats sans passer par un assureur privé pose un défi technique avec l'administration du paiement des personnes qui ne travaillent plus à l'Etat. Il faut bien comprendre que ces personnes ne travaillent plus à l'Etat, mais qu'il faudrait continuer à les payer. Évidemment, il y a aussi un effet juridique avec la question du droit applicable à une personne qui touche un traitement alors qu'elle n'est plus membre du personnel. Le DF propose donc de biffer cet alinéa 2.

---

<sup>13</sup> Annexe 7 "Proposition d'amendement du DF à l'amendement général (S) de novembre 2021"

La disposition prévue à l'article 9B, alinéa 3, pose un problème pratique avec l'addition des contrats dans les établissements soumis à la LPAC. Elle ne précise pas si les absences pour raison de santé seront également communiquées d'un employeur à l'autre pour impacter la durée de couverture. Il y a ainsi un risque d'aboutir à l'antiselection de personnes provenant d'autres établissements soumis à la LPAC, lors de recrutements, pour éviter à l'employeur de gérer l'héritage des absences des autres entités. Le DF propose donc de biffer cet alinéa 3.

Par rapport à l'article 9B, alinéa 4, il faut rappeler que le médecin-conseil a essentiellement pour rôle de vérifier le bien-fondé de l'arrêt de travail ordonné par le médecin traitant lorsque l'employeur a un doute à ce sujet. Quant au médecin du travail, il est appelé à évaluer l'aptitude au travail de la personne concernée. Il faut bien distinguer les deux rôles. Dans ce contexte, le DF propose une reformulation de cet alinéa 4 qui consiste à indiquer «<sup>4</sup> Le membre du personnel en incapacité de travail peut être adressé au médecin du travail ou au médecin-conseil de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer, notamment en levant si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. A défaut, il perd la garantie prévue à l'alinéa 2. ».

Concernant l'article 9B, alinéa 5, les cas mentionnés dans cet amendement de la députée (S) sont, pour le DF, arbitrairement limitatifs. Ils ne couvrent que les cas d'accidents et non les cas de maladie. La formulation actuelle de l'article 54 RPAC paraît beaucoup plus appropriée au DF. Elle précise que « L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou supprimée en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du membre du personnel. ». Cela paraît beaucoup plus conforme par rapport à l'amendement proposé.

La formulation utilisée dans l'amendement de la députée (S), à l'article 9B, alinéa 6, « [...] jusqu'à concurrence des montants versés par lui. » ne paraît pas du tout claire par rapport au « lui ». Le DF propose donc d'adapter la teneur actuelle de l'article 54 RPAC de manière à permettre à l'employeur de s'adresser directement aux assurances sociales concernées. Le DF propose donc l'amendement suivant à l'article 9B, alinéa 6 :

«<sup>6</sup>Les prestations accordées aux membres du personnel par les assurances sociales cantonales ou fédérales ou par l'institution de prévoyance sont acquises à l'autorité compétente. ».

Par rapport à l'article 9C, alinéa 1, de l'amendement général de la députée (S), une analyse de la pratique en matière d'assurance accident surobligatoire dans toutes les institutions concernées serait souhaitable. En effet, certains métiers couverts par la LPAC requièrent des couvertures spécifiques pour

l'accident, en particulier d'exposition au sang, pour la clause effort ou pour le choc émotionnel. Par ailleurs, la notion d'auto-assurance développée dans cet amendement n'est pas exacte, l'Etat ou les autres employeurs soumis à la LPAC n'étant pas reconnus par la FINMA. Ainsi, il s'agit plutôt d'un dispositif opérationnel de suivi des absences. Le DF propose donc de biffer cet alinéa 1 de l'article 9C.

A l'article 9C, alinéa 2 de l'amendement de la députée (S), par rapport au PL 12428 initial, on constate une baisse de la participation des membres du personnel d'un tiers à un dixième. Par ailleurs, la fréquence de révision du taux de cotisation devrait être précisée. Il faut également rappeler que la notion d'absentéisme renvoie à des absences non justifiées. C'est pour cela qu'il n'est pas souhaitable de parler d'absentéisme, mais plutôt d'absence maladie ou d'absence accident. La notion d'autorité compétente est aussi plus précise que celle d'employeur dans la mesure où elle se réfère directement à l'article 2 de la loi. M<sup>me</sup> Fontanet rend les commissaires attentifs au fait que la référence au taux d'absence maladie de l'autorité concernée implique un taux de cotisation distinct d'une entité à l'autre (administration cantonale, Pouvoir judiciaire, Hospice général, EPM, etc.). Or certains connaissent, par la nature même de leur activité, des taux d'absence plus élevés, notamment les professionnels de la santé. Le DF propose une nouvelle formulation par rapport à l'article 9C, alinéa 2 :

« <sup>2</sup>Une cotisation est prélevée sur le traitement des membres du personnel visés à l'alinéa 1. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie du personnel de l'autorité compétente concernée selon l'article 2 de la présente loi lors de l'année précédente, mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9% du traitement ».

Le président propose au département de poursuivre sous réserve d'une précision. Il a compris que le DF est défavorable au projet de loi ainsi qu'aux amendements déposés s'ils ne sont pas corrigés. Pour la clarté des débats, il aimerait savoir si le DF est favorable au projet de loi si tous ses amendements sont votés ou si ceux-ci visent à limiter la casse.

M<sup>me</sup> Fontanet répond qu'ils pourraient alors vivre avec, même ils n'y sont toujours pas favorables. Au moins, on pourrait estimer que la vie est possible et qu'il n'y a pas de dangers d'incompréhension ou de travail extrême pour l'administration.

Une députée (S) a l'impression que la reformulation proposée par le DF à l'article 9C, alinéa 2, va dans le même sens que l'amendement général. Elle aimerait donc que les auditionnés précisent les modifications souhaitées. Elle poursuit et demande pourquoi il ne serait pas envisageable de poursuivre la

perte de gains maladie et que les contrats à durée déterminée poursuivent leur traitement sur une même durée que leur contrat à durée déterminée. A l'article 9B, le DF propose de parler d'indemnité plutôt que de traitement. Or, le projet de loi soutient le versement d'un traitement et non d'indemnités avec ce qu'il comporte à savoir la perte des cotisations sociales pour l'employé.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew relève que les différences sont minimes entre la proposition de la députée (S) et celle du DF à l'article 9C, alinéa 2. Le département voulait tenir compte de l'amendement déposé et continuer à aller dans le même sens lorsque c'était possible. Il y a juste cette réserve sur le fond, comme l'a évoqué M<sup>me</sup> Fontanet. Le DF attire ainsi l'attention des commissaires sur le fait que ce mécanisme prévoit un taux de cotisation différent selon les employeurs. L'IMAD ou les HUG ayant un taux d'absence parfois supérieur à 10%, cela signifie que le taux de cotisation pour le personnel de santé serait par hypothèse nettement plus important que pour le personnel du petit Etat.

M<sup>me</sup> Fontanet aborde l'article 9B, alinéa 2, et de la proposition du DF de supprimer cet alinéa qui donne au personnel auxiliaire, engagé pour une durée déterminée, le « droit à la poursuite de leur traitement pour une période de même durée que le contrat ». Il se trouve que cela ne peut pas être un traitement parce qu'ils ne sont plus employés. A partir du moment où cela va au-delà du contrat, on ne peut plus verser un traitement. Ces personnes ne sont plus employées, leur contrat étant arrivé à échéance. Ce qui était possible avec un assureur privé, c'est de maintenir des indemnités pour des personnes qui ne sont plus employées, mais qui continuent à être couvertes. C'est plein de bonnes intentions, mais ce n'est pas possible. On ne peut pas salarier des gens qui ne sont plus employés.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey ajoute qu'il y a aussi des aspects humains. On peut imaginer le cas d'un auxiliaire employé pendant 12 mois dans un service et qui tombe malade durant le dernier mois. Avec cette disposition, cela reviendrait à dire qu'il a le droit potentiellement à 12 mois d'arrêt maladie. Dès lors, le service, qui se trouverait face à un surcroît de travail, serait amené à supporter dans ses comptes, pendant 12 mois, le paiement d'une personne qui ne serait plus salariée et qui ne travaillerait plus pour lui. Elle attire l'attention des commissaires sur le coût humain que cela représente. Sur le plan de l'organisation du travail, cette mesure fait peser une charge sur les services et sur les collaborateurs de ceux-ci qui seraient pénalisés par cette mesure puisque l'on continuerait à avoir dans les comptes une charge financière liée à une personne qui n'est plus là, dont la fin des rapports de service a eu lieu et qu'on ne peut pas remplacer parce qu'elle continue à coûter.

M. Moore ajoute que les commissaires ont uniquement vu la partie émergée de la complexité. Il y a une complexité liée au fait de payer quelqu'un qui n'est plus subordonné à l'administration cantonale, ce qui pose un problème. On peut aussi se retrouver avec quelqu'un qui est de l'autre côté de la frontière. Cela pose ainsi la question des contrôles qui pourront être exercés. Cela va donc être beaucoup plus compliqué à ce niveau. On se retrouve également avec toute une gestion opérationnelle et administrative à faire. Il faut savoir que la direction des paies et des assurances, quand elle fait la paie, elle le fait évidemment avant la date de paiement. Elle a donc besoin de l'information. Dès lors, cela pose la question de savoir comment faire quand on n'a malheureusement pas le certificat maladie si on dit que la personne est prolongée ou non. C'est un des gros problèmes auxquels on est confronté. Cela génère par exemple ponctuellement des redus, c'est-à-dire le fait que l'on va payer par erreur parce que la personne ne travaille plus ou n'a plus le droit d'être payée parce qu'elle est arrivée en fin de droit. Dans le cas du personnel de l'administration cantonale, ce sont des occurrences très rares. Toutefois, sur la proportion de personnel qui arrive en fin de droit, c'est quelque chose de beaucoup plus complexe à gérer opérationnellement. Cela crée de la complexité opérationnelle très significative pour des gens qui sont sur le terrain.

Une députée (S) avait cru comprendre que, dans le cadre de l'assurance perte de gain privée, pour ces personnes qui ne sont plus assurées dans un groupe, mais individuellement, quand elles partent après la fin de leur contrat de travail, c'est extrêmement lourd de payer leur prime parce qu'ils continuent à la payer à partir du moment où ils sont assurés individuellement pour continuer à percevoir leur indemnité. C'est alors plus bénéfique pour elles d'aller au chômage où elles peuvent recevoir même des prestations complémentaires si elles ont des maladies prolongées que de continuer à devoir payer pour s'assurer du risque.

Un député (MCG) note que le DF fait la différence entre le traitement et une indemnité. Il aimerait savoir quelle est concrètement la différence parce que cela peut avoir des conséquences.

M<sup>me</sup> Fontanet explique que le traitement correspond au salaire avec toutes les charges sociales. Quant à l'indemnité, elle ne comprend pas les charges sociales. Il faut rappeler que, dans le projet proposé par le Conseil d'Etat, il était prévu que l'Etat continue à assumer les charges liées au 2<sup>e</sup> pilier à la CPEG.

Un député (MCG) comprend que, dans l'esprit des auteurs du projet de loi et de l'amendement, il faudrait peut-être préciser cet élément éventuellement au travers d'un amendement pour qu'il n'y ait pas une péjoration pour les

employés si on parle d'indemnité dans le projet de loi final. Il aimerait s'assurer, par souci de clarté, que l'amendement proposé par le DF ne laisse aucun piège ni aucune péjoration.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey assure que ce n'est pas le cas, bien au contraire, puisqu'on ouvre aux personnes ayant moins d'un an d'ancienneté la même couverture que pour les fonctionnaires. L'amendement proposé améliore donc la situation des personnes employées depuis moins d'un an à l'Etat.

Un député (EAG) estime que cela reviendrait plus cher à l'Etat de Genève de s'assurer par le biais d'une assurance privée. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'Etat et les collectivités sont leur propre assureur et fait remarquer que la Ville de Genève a fait des calculs, il y a trois ans, et en est arrivée à cette conclusion. Il se demande pourquoi l'Etat de Genève ne pourrait pas contracter, comme le font certains employeurs, une assurance privée qui permette d'assurer notamment ces cas de longue durée (ce sont bien souvent des gens qui ont le cancer et qui se retrouveront malheureusement dans des situations extrêmement précaires) pour ce personnel qui est engagé de manière temporaire ou, en tout cas, à durée déterminée.

M<sup>me</sup> Fontanet répond que cela n'a pas été imaginé ainsi. Dans le cadre de la prise d'une assurance perte de gains privée, ils avaient la volonté de permettre une prolongation de cette assurance. Ils pensent aussi aux collaboratrices et collaborateurs qui sont là depuis moins d'une année et qui ne sont pas forcément des auxiliaires. Une amélioration de la protection était ainsi envisagée. En revanche, pour le personnel avec des contrats à durée déterminée de courte durée, il n'y a pas de volonté au sein de l'Etat de conclure des assurances particulières pour les assurer à très longue durée.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey fait remarquer que l'essentiel des collaboratrices et collaborateurs de l'Etat de Genève sont des fonctionnaires et ils sont assurés jusqu'à 730 jours de maladie sur une période de 1 095 jours. C'est bien là que se trouve l'essentiel de l'intérêt de l'Etat. Celui-ci joue son rôle de protection par rapport à la maladie.

Un député (EAG) parle du cadre général qui est de deux ans, que cela soit des gens qui ont quatre mois ou moins de deux ans à l'Etat. Il semblerait utile et intéressant de voir combien cela coûterait en termes d'assurance pour assurer ces gens qui paient leur partie de cotisation et que l'Etat paie une partie de cotisation lorsqu'ils sont, malheureusement, dans une maladie de longue durée.

M<sup>me</sup> Fontanet signale que c'est le cas, aujourd'hui, pour les collaboratrices et collaborateurs de l'Etat, même s'ils ont commencé depuis quatre mois, mais ce n'est effectivement pas le cas pour le reste du personnel.

Une député (S) note, par rapport au coût, que le DF dit que le taux de cotisation serait trop élevé par rapport à ce qui est pratiqué actuellement. Si on prend le cas d'une institution qui n'est pas en auto-assurance, on est au-dessus de ce qui est proposé et largement au-dessus des 0,1% actuels.

M<sup>me</sup> Fontanet relève que la proposition de la députée (S) lie le taux de cotisation au taux d'absentéisme. Avec le fait que le petit Etat n'est pas le seul employeur, mais qu'il y a également des entités du grand Etat, on aurait donc des taux de cotisation distincts selon l'entité concernée. Si c'est ce que les auteurs du projet de loi souhaitent mettre en avant, le DF fait remarquer que c'est susceptible de poser problème parce que certaines entités ont des taux d'absence qui sont beaucoup plus importants. Du coup, leur taux de cotisation serait beaucoup plus important.

Une député (S) aimerait savoir quel est le taux pratiqué aujourd'hui dans des entités comme l'IMAD.

M. Moore fait savoir que les taux d'absence des HUG ou de l'IMAD sont de l'ordre d'une dizaine de pourcents pour la maladie. En fait, ce qu'il va se passer concrètement, c'est que des gens qui paient aujourd'hui 0,1% de leur salaire en cotisation vont se retrouver avec un taux de cotisation de 0,9% pour leur perte de gains maladie parce qu'ils vont très rapidement atteindre le plafond. Effectivement, cela reste relativement attractif par rapport au privé. On va ainsi retirer à l'infirmière de l'IMAD ou à l'infirmière des HUG 0,8% supplémentaires pour sa cotisation. Il faut toutefois voir que cette personne a rejoint le public et tout ce qu'elle va voir, c'est qu'on va lui retirer 0,8% de pouvoir d'achat demain matin.

Une députée (S) demande quel est le pourcentage de cette perte de pouvoir d'achat dans un système privé.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey signale que, dans le projet APG qui avait été articulé, il n'y avait pas de changement de cotisation pour le côté employé. En effet, dans un système d'assurance privée, on ne paie pas les cotisations sociales, ce qui permet à travers cette économie de ne pas mettre le coût de l'assurance sur les collaborateurs. Ceux-ci n'avaient donc pas de changement sur leur pouvoir d'achat avec ce projet.

Une députée (Ve) prend le cas d'une personne qui est malade et qui est sous le coup de l'alinéa 2. Elle aimerait savoir ce qui pourrait amener l'Etat à résilier les rapports de travail de cette personne pendant cette durée.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey indique que, pour un cas classique de fonctionnaire, s'il y a une insuffisance de prestation ou une faute grave, le fonctionnaire se met souvent en arrêt maladie à la suite de la constatation de cette insuffisance de prestations, de l'ouverture d'une enquête administrative ou autre. Cela

n'empêche pas le processus de licenciement d'aller à son terme. Dans le cas d'un manager toxique (un manager toxique vient d'ailleurs d'être licencié de l'administration), dès lors où la toxicité de son management a été mise en évidence, cette personne s'est mise en arrêt maladie. L'Etat n'allait pas la payer 730 jours en acceptant qu'elle prolonge son arrêt maladie et que cela bloque son licenciement. Elle a donc été licenciée et elle n'a pas été protégée pendant 730 jours bien que malade.

Une députée (Ve) prend le cas où une personne tombe malade et est sous le coup de cet alinéa 2 sans avoir au préalable posé des problèmes particuliers dans son travail à l'Etat.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey signale que cette personne ira jusqu'au bout des 730 jours. En effet, si elle est malade, on ne va pas constater une insuffisance de prestations a posteriori puisqu'elle n'est plus sur son lieu de travail et qu'elle n'exerce plus son travail. De la même façon, on ne va pas lui reprocher une faute alors qu'elle est en situation de maladie. Elle ne peut pas faire une faute professionnelle alors qu'elle est à la maison en situation de maladie. En revanche, si une procédure de licenciement est engagée avant que la personne ne tombe malade, cette procédure ira éventuellement à son terme sans prendre en compte ces 730 jours.

M<sup>me</sup> Fontanet note que les associations représentatives du personnel les interpellent régulièrement sur des cas de harcèlement ou des cas où il y a une souffrance des équipes. Elle prend l'exemple d'un cas où des alertes auraient été reçues concernant un collaborateur ou une collaboratrice qui harçèlerait ou qui aurait un comportement extrêmement inadéquat avec d'autres. Ensuite, cette personne a été entendue et on lui a signalé que son comportement n'était pas adéquat et qu'une enquête va être ouverte. Si cette personne se met alors en maladie, avec l'amendement général de la députée (S), elle serait couverte par l'Etat pendant 730 jours. Cela ne joue pas alors que ce sont en particulier les syndicats qui viennent demander à ce que l'on ne défende pas certaines personnes. Ce que le DF dit, c'est que, si, avant la maladie, des manquements ou des fautes ont déjà été constatés, ces personnes ne devraient pas avoir le droit à une protection pendant 730 jours.

Un député (PDC) aimerait savoir si une information est donnée au moment de l'engagement sur le fait que, finalement, tout le monde a le droit de prendre une assurance perte de gains individuelle. Une fois les rapports de service terminés, on reçoit d'ailleurs un courrier indiquant que nos rapports sont terminés et précisant que l'assurance accident nous couvre encore 30 jours et que c'est à nous de faire en sorte de nous couvrir personnellement. Il souhaite savoir si c'est la même chose pour l'assurance maladie. Finalement, au moment de l'engagement, si ces personnes ont l'information que, à la fin de

rapports de service, en cas de maladie, elles ne touchent plus une indemnité, et que c'est à elles de prendre en charge le fait de s'assurer individuellement si elles le souhaitent. Finalement, si elles ont l'information en amont, on peut peut-être raccourcir les débats de la commission, chacun étant libre de souscrire à son assurance perte de gains.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey fait remarquer que l'assurance « perte de gain » existe, c'est l'assurance chômage. A la fin des rapports de service, si l'ancien collaborateur n'a plus d'emploi, il va s'inscrire à l'OCE et il va toucher son assurance chômage.

Un député (PDC) précise que, si la maladie l'empêche de travailler, il ne va pas pouvoir aller au chômage pour prétendre aller chercher un emploi. Le chômage lui dira de revenir quand il ira mieux. Il prenait le cas de quelqu'un qui va signer un contrat temporaire avec l'Etat. Celui-ci va alors lui dire quelles sont les conditions, à quoi il a le droit en cas de maladie, mais en lui signalant également qu'il a la liberté de choisir une assurance privée à titre individuel en cas d'incapacité de gains, comme tout indépendant pourrait le faire. Il sait qu'une assurance perte de gains peut aussi être souscrite de manière individuelle par des personnes salariées si elles en ont envie.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew relève que les conditions d'engagement à l'Etat sont connues. La particularité est que l'on ne reçoit pas un contrat, mais une lettre d'engagement avec la loi et le règlement applicables. Cela étant, elle n'est pas sûre que l'on attire l'attention des personnes qui signent un contrat auxiliaire sur le fait qu'elles pourraient souscrire un contrat APG privé. Par contre, les conditions d'engagement figurant dans la loi et dans le règlement sont clairement indiquées à toutes les personnes engagées.

Un député (PDC) signale que, pour en voir beaucoup dans son activité professionnelle de médecin à qui il met des incapacités de travail, il se trouve avec des gens qui lui disent que leur employeur n'a pas souscrit d'assurance perte de gains parce qu'il n'avait fondamentalement pas l'obligation de le faire ou qu'il l'avait souscrite à 80% ou 20% et ces personnes se retrouvent avec une perte de salaire. Ces personnes n'ont pas forcément cette information. Il s'agirait donc de faire ressortir cette information qui paraît importante.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey indique que les assurances complètent une éventuelle perte. Elle demande quel serait donc l'avantage dans un tel cas. La personne reçoit sa lettre d'engagement à l'Etat de Genève. Elle sait que son employeur va la couvrir quand elle sera malade. Même si elle prend une assurance privée, elle va payer une cotisation, mais l'assurance ne va pas lui verser son salaire vu que l'Etat de Genève va le prendre en charge. Donc, cela ne concernera que le cas où le contrat va s'arrêter et où la personne est malade.

Elle demande s'il y aura beaucoup d'intérêt à ce qu'un collaborateur paie une cotisation pendant des années pour le risque où il quitterait l'Etat de Genève en étant malade.

Un député (PDC) estime que c'est plutôt le fait qu'il en soit informé. Ensuite, il fait le choix ou non de la souscrire. Au moins, l'Etat se couvre en disant quelles sont ses conditions et en disant que le collaborateur peut prendre, s'il le souhaite, une assurance privée qui le couvrirait durant 730 jours en cas de maladie. Cela permettrait de ne pas avoir ces débats sur le fait que l'Etat devrait payer ces personnes au-delà de la fin de leurs rapports de service.

Le président constate que toutes les questions étaient résolues par le projet du Conseil d'Etat et avec un coût moindre. Les syndicats ne l'ont pas voulu et personne autour de la table ne l'a repris.

Un député (S) revient sur l'exemple d'une personne qui a un comportement inadéquat et qui est soumise à enquête. Tant que l'enquête n'est pas terminée, la personne n'est pas licenciée. Si elle tombe malade durant l'enquête, elle bénéficiera des prestations et l'enquête va continuer. Si la conclusion de l'enquête est que, eu égard fait que l'enquête administrative a été faite, que la personne a été entendue, il est mis fin aux rapports de service. Le député comprend que c'est à ce moment que ces prestations tombent, malgré le fait que la personne soit en maladie.

M<sup>me</sup> Fontanet confirme les propos du député. A partir du moment où les insuffisances ont été relevées avant le début de la maladie, le traitement n'est maintenant que jusqu'à la fin des relations de travail. Qu'il y ait une enquête externe ou une enquête interne, une fois que le processus a suivi son cours, dès lors où cette insuffisance ou cette faute étaient connues par l'employé et par l'employeur avant la maladie, le traitement cessera à la fin des relations de travail, que le collaborateur ou la collaboratrice soit encore malade ou non. La condition est que la faute et les manquements aient été constatés ou aient fait l'objet d'éléments avant.

Un député (S) comprend qu'il n'y a pas d'effet rétroactif.

M<sup>me</sup> Fontanet confirme qu'il n'y a pas d'effet rétroactif. La prestation s'arrête au moment où l'on résilie les relations de travail. Par, ailleurs, elle incite les commissaires à entendre les établissements publics qui seraient concernés par ce projet de loi qui a un effet extrêmement important sur eux.

## **Audition de M<sup>me</sup> Brigitte Galliot, vice-rectrice et de M<sup>me</sup> Aude Thorel, directrice des Ressources Humaines de l'Université de Genève**

Le président note que les auditionnés avaient des éléments à transmettre à la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat sur ce projet de loi. Il leur donne donc la parole à ce sujet.

M<sup>me</sup> Galliot va commencer par expliquer quelle est la structure du tissu des ressources humaines à l'UNIGE qui est tout à fait particulier. En effet, il y a deux grands corps, d'une part le personnel administratif et technique (PAT) et, d'autre part, le personnel enseignant, qui sont soumis à des règlements différents. Le PAT est embauché sur des contrats stables. Le personnel enseignant est embauché sur des contrats renouvelables (à 5 ans ou à 7 ans) pour ceux et celles qui sont financés par le DIP. Il faut savoir que, au sein de ces deux corps, il y a une forte proportion de personnes financées sur des fonds (fonds de recherche, overheads, etc.). Ils sont donc en général sur des périodes de temps limitées et ils sont ainsi gérés de façon différente puisqu'ils sont gérés en fonction des règlements des bailleurs de fonds. En particulier, en ce qui concerne l'assurance de gains et l'assurance accident, pour ces personnes financées sur fonds, l'UNIGE fait appel à des assureurs privés. Par rapport au PL 12428, ils ont des craintes qu'il génère beaucoup d'inéquité entre ces différents corps.

M<sup>me</sup> Thorel précise qu'elle va se focaliser plutôt sur les questions juridiques. Dans le règlement du personnel, il est question d'égalité ou d'inéquité de traitement. Il y a aussi les questions de précarité ou de possibilités de support de réinsertion pour les personnes concernées. S'il y a d'autres questions ou d'autres sujets que les commissaires souhaitent aborder, éventuellement sous l'angle des assurances, les auditionnés sont à disposition pour y répondre.

En termes d'égalité de traitement, aujourd'hui, il y a un règlement du personnel commun. Il y a différentes populations, différentes sources de financement et différents types de contrats, mais qui sont régis par un règlement du personnel commun qui est le règlement du personnel de l'université. Il y a aussi la loi sur l'université qui précise le cadre. Pour les éléments qui ne seraient pas précisés dans ce cadre, il y a la LPAC et le RPAC qui régissent l'ensemble des dispositions pour le personnel de l'Etat. Il faut signaler que tout le personnel de l'université est, soit fonctionnaire, soit assimilé fonctionnaire.

Au niveau de la question des délais de protection des collaboratrices et collaborateurs, il faut savoir qu'ils sont équivalents sur les différentes années. Toutefois, si le projet de loi 12428 entrait en vigueur, il y aurait un décalage

des périodes de protection dès la 2<sup>e</sup> année d'ancienneté à l'université puisque certains collaboratrices ou collaborateurs seraient protégés seulement 30 jours, à savoir les personnes avec un contrat de droit privé, alors que la période de protection serait amenée à 730 jours pour les autres.

Aujourd'hui, les périodes de protections ne s'appliquent qu'au PAT parce que le règlement du personnel est extrêmement spécifique pour le personnel du corps enseignant. Il y a des périodes de renouvellement qui sont définies suivant les postes et selon qu'il s'agit du premier renouvellement ou des renouvellements suivants et avec des fréquences différentes (cela peut être de 4, 5 ou 7 ans). Si le projet de loi s'appliquait et qu'il y avait une période de protection de 730 jours, l'UNIGE serait dans l'incapacité de pouvoir émettre des renouvellements conditionnels ou des non-renouvellements pour le corps enseignant parce que la période de renouvellement qui est fixée pourrait se trouver à l'intérieur des 730 jours. En fait, les implications seraient bien au-delà de la période de protection de deux ans parce que, suivant l'état du règlement actuel, il pourrait y avoir une impossibilité de toucher au contrat à une autre période que celle de la commission de renouvellement prévue. Cela pourrait donc être décalé de plusieurs années. Dès lors, si le projet de loi était voté, l'UNIGE demanderait que le personnel enseignant soit exclu du champ d'application de la loi.

Au niveau de la durée du processus de licenciement et avec la période de reclassement, leur inquiétude serait que toute initiative de reclassement ou de possibilité de trouver une autre solution de réinsertion professionnelle à l'intérieur de l'université ou ailleurs doive attendre les deux ans et les 730 jours de période de protection. Cela pourrait ainsi amener à un décalage entre le monde du travail et les personnes et qui correspondrait à la fin du droit au traitement. Toutes les mesures permettant aujourd'hui de trouver des solutions auraient moins de chance de succès parce qu'elles seraient décalées et reportées dans le temps. De toute façon, il y aurait moins d'intérêt pour les personnes à se conformer à ces mesures.

A titre d'indication, les auditionnés ont travaillé sur des chiffres pour montrer ce que cela représente au niveau de l'UNIGE. Depuis 2017, en termes de nombre de motifs de départ « démission » ou « licenciement », il y a une moyenne de 7 licenciements pour le personnel qui a un contrat de droit public (le nombre le plus élevé a été de 8 licenciements en 2017 et le moins élevé de 3 licenciements en 2020). Le nombre de personnes concernées est donc très bas. Pour les personnes avec un contrat sur fonds, on est sur une moyenne d'environ 4 personnes par an.

Il faut également savoir que le coût pour les absences maladie, en 2020, était de 10 millions de francs pour le personnel avec un contrat de droit public

et 960 000 F pour le personnel avec un contrat de droit privé. M<sup>me</sup> Thorel précise que l'UNIGE a un ratio d'environ deux tiers de personnel qui a un contrat de droit public et un tiers qui a un contrat de droit privé.

Il y a aussi la question liée aux assurances. S'il y a une difficulté à avoir un assureur privé, le coût de l'absentéisme sur les autres collaboratrices et collaborateurs est extrêmement élevé. En effet, avec l'auto-assurance actuellement en place au niveau du personnel de l'Etat, ils ont la possibilité, après un mois, de remplacer les gens à 25%. En revanche, avec l'assurance privée qu'ils ont prise, la période d'attente est de deux mois, mais ils peuvent remplacer les gens à 80% du temps contractuel, ce qui équilibre beaucoup mieux la charge de travail en cas d'absence.

Un point qui préoccupe également les auditionnés et qu'ils aimeraient que la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat prenne en considération, c'est sur la gestion des situations de harcèlement. Aujourd'hui, il est question de licenciement pour les personnes qui sont en arrêt maladie, mais elle est extrêmement limitée. En effet, on ne va pas licencier avant les 730 jours des gens qui sont en incapacité de travailler. La pratique est donc déjà en place depuis de nombreuses années. La question se pose pour les personnes qui n'étaient pas en arrêt maladie et qui font par exemple l'objet d'une enquête administrative, de sanctions ou de mesures disciplinaires et qui seraient ensuite en arrêt maladie et qui entrerait dans un cas de protection de 730 jours. Aujourd'hui, il est important de pouvoir régler ces situations et de ne pas les laisser durer dans la mesure du possible.

Au niveau du risque budgétaire, pour les situations de licenciement considérées avec une période de protection étendue à 730 jours, il pourrait y avoir un coût financier plus élevé pour des situations qui auraient pu être réglées d'une autre manière, éventuellement en dialogue avec les parties concernées.

Une question est de savoir quelles seraient exactement les conditions d'applications. Il s'agit par exemple de savoir si on considère que cette protection de 730 jours serait valable pour une pathologie particulière, pour un accident ou pour une maladie et si, au cas où il y aurait un autre événement (par exemple si quelqu'un est absent pour un congé maladie et a ensuite un accident) c'est un nouveau délai de protection qui s'ouvre ou c'est inclus dans le même délai de protection.

Un député PDC relève que le coût pour les absences maladie est de 1 million de francs pour le personnel ayant un contrat de droit privé, qui représente un tiers du personnel, et de 10 millions de francs pour le personnel ayant un contrat de droit public, qui représente deux tiers du personnel. Il

aimerait comprendre comment on explique cette différence, d'autant plus s'ils font le même job.

M<sup>me</sup> Galliot signale que leurs statistiques montrent que l'absentéisme est nettement plus élevé, voire deux fois plus élevé, pour les personnes ayant un contrat de droit public que pour les personnes ayant un contrat de droit privé pour des jobs similaires. Toutefois, les personnes ayant un contrat de droit privé sont majoritairement liées à des projets. Elles ont donc des contrats qui sont souvent de durée déterminée (en moyenne sur 5 ans). Il pourrait donc y avoir une question de précarité du contrat qui entre en ligne de compte. Un autre point est le fait que l'absentéisme engendre l'absentéisme. Ils ont en effet réalisé une étude plus limitée, en particulier sur le personnel des services centraux. A partir du moment où des gens sont absents, la charge de travail ne peut pas être équilibrée ou remplacée, cela impacte l'absentéisme chez leurs collègues. Dans des équipes où il y a un absentéisme mieux compensé, cela peut aussi limiter ce phénomène.

Un député MCG demande si les auditionnés ont eu connaissance de l'amendement général déposé en commission et des propositions d'amendement du DF et souhaite savoir ce que les auditionnés pensent de ces amendements.

M<sup>me</sup> Thorel précise qu'il y a eu plusieurs moments de dialogue avec l'OPE, mais aussi avec les HUG et l'IMAD qui sont également concernés parce qu'ils ont des contextes globaux de contrats d'assurance qui sont différents de ceux du petit Etat. La proposition d'amendement leur paraîtrait raisonnable. Il y a néanmoins des points d'inquiétude. Ils n'ont eu que quelques éléments par écrit, mais pas forcément de discussion à ce sujet. Elle demande donc aux commissaires de lui pardonner si elle a une compréhension plus restreinte de cette proposition. Ce qui leur paraît important, c'est de continuer à avoir la possibilité, pour certaines institutions du grand Etat, d'avoir des contrats d'assureurs privés.

Pour l'UNIGE, il est important de garder le système d'assureur privé au niveau de l'université puisque cela correspond à la réalité des contrats de droit privé et cela leur donne aussi une bonne couverture des différents personnels. Une question évidente et qui a besoin d'être entendue – c'est une faille du système actuel – c'est la question de pouvoir maintenir une assurance perte de gains maladie pour les personnes qui sortent de la couverture par l'Etat. Il faut trouver une solution et les solutions proposées par l'OPE dans cet amendement leur paraissent raisonnables. La question de la couverture a besoin d'être réglée. C'est aujourd'hui un problème. La seule préoccupation est que, en voulant régler un problème, on ne crée pas d'autres problèmes en changeant de manière trop drastique le système, ce qui impacterait des dizaines de milliers

de collaboratrices et collaborateurs pour résoudre quelques problèmes ponctuels qui auraient pu être adressés spécifiquement.

Le président note que cela ne correspond pas à ce qui a été présenté à la commission. En tout cas, il n'en a pas la même lecture que les auditionnés. Il aimerait donc que les auditionnés puissent transmettre à la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat le document sur lequel ils se sont basés.

M<sup>me</sup> Thorel estime que c'est possible. Cela étant, elle précise que c'est la compréhension qu'ils en ont eue.

Le président relève que, dans l'amendement, l'alinéa 7 de l'article 9B qui dit que « le versement de l'indemnité cesse au plus tard à la fin des rapports de service ». Il demande comment cet alinéa est compatible avec la possibilité de souscrire une assurance privée.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew pense que des dispositions transitoires ou des modifications à d'autres lois qui pourraient être prévues pour régler les cas d'autres établissements.

Le président entend que cela puisse être fait, mais les propositions actuelles ne comportent pas de modifications à d'autres lois. Avec ce qui est actuellement proposé, en particulier avec l'alinéa 7 de l'article 9B, il ne voit pas comment des exceptions pourraient être préservées. Il peut se tromper, mais il a alors besoin d'explications.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew pense qu'il serait utile de fournir l'amendement déposé par le DF aux établissements publics autonomes qui seront auditionnés par la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat. Il est compliqué de demander à des personnes de se prononcer par rapport à des documents de travail qu'elles ont pu recevoir il y a un ou deux mois et qui ne correspondent pas tout à fait à la dernière version qui a été proposée. Elle suggère que tout le monde se prononce sur les mêmes documents.

Le président voulait précisément savoir si les auditionnés se fondaient sur le même document que les commissaires et il constate que ce n'est pas le cas. Effectivement, il faut travailler sur le même document, le cas échéant en envoyant aux auditionnés le document dont dispose la commission pour qu'ils puissent se déterminer sur ce qui a été proposé.

Un député EAG comprend que, dans les contrats à durée déterminée, l'UNIGE assure le personnel, soit directement en étant en auto-assurance, mais indirectement par une assurance qui leur rembourse les pertes de gains. Il prend le cas de personnel qui viendrait à avoir moins de deux ans d'activités à l'UNIGE. On ne parle donc pas de cas exceptionnels – il y a toujours des profiteurs – mais par exemple de celles et ceux qui ont le cancer ou qui ont des COVID longs. Il comprend que ceux-ci sont assurés à l'UNIGE par une

assurance spécifique qui vient leur garantir 720 jours et, au-delà, ils passeraient à l'AI selon la loi fédérale. Il aimerait donc savoir combien coûte cette assurance, quel est le taux de cotisation et quelle est la répartition des cotisations.

M<sup>me</sup> Thorel explique qu'il y a plusieurs points. Tout d'abord, la question de la couverture est également liée à la durée du contrat. Il y a des contrats qui vont s'arrêter avant la fin d'une maladie. Dans ces cas, il y a des systèmes de protection sociale qui prennent le relais. Il faut savoir que tout le personnel sur contrat de droit privé est assuré en perte de gains maladie et en accident avec ce contrat d'assureur privé. En termes de coûts, l'UNIGE paie plus de 2 millions de francs par an pour l'ensemble du personnel concerné (environ 2 500 personnes).

Un député (EAG) comprend que ce n'est pas très cher. Il demande si les employés participent à ces 2 millions de francs.

M<sup>me</sup> Thorel répond que la cotisation est de 60% pour l'employeur et 40% pour l'employé.

Un député (PDC) demande qui finance ce coût de 10 millions de francs pour les deux tiers du personnel de l'UNIGE qui sont en contrat de droit public.

M<sup>me</sup> Thorel explique que c'est un autofinancement avec une partie mineure qui est prélevée sur le bulletin de salaire de chaque employé soumis à un contrat de droit public.

Un député prend l'hypothèse où tout le monde passerait en contrat de droit privé. Il imagine qu'on pourrait faire beaucoup avec ces 10 millions de francs.

M<sup>me</sup> Thorel répond positivement.

Un député (PDC) aimerait savoir pourquoi l'UNIGE n'engage pas davantage de personnes sous des contrats de droit privé. Cela permettrait d'avoir une économie substantielle. Du coup, il y aurait également moins d'absentéisme.

M<sup>me</sup> Galliot demande si le député cherche à privatiser l'Université. Les fonds de recherche sont obtenus de façon compétitive auprès du fonds national suisse, auprès de l'Europe, etc. Évidemment, cela ne concerne pas exactement les mêmes tranches d'âges que le PAT de l'UNIGE qui peut avoir 40, 50 ou 60 ans. Pour le financement de doctorants, de post-doc et de jeunes chercheurs où c'est très compétitif, ce n'est souvent pas les mêmes tranches d'âges. Effectivement, il y a un enrichissement de 3 fois entre le personnel sur fonds et le personnel DIP, mais ce n'est pas non plus exactement le même personnel. Il faudrait aussi normaliser cet aspect. M<sup>me</sup> Galliot relève que, si on compare l'absentéisme entre les services centraux, qui couvrent environ 700 personnes,

et les Facultés, il y a une différence assez étonnante du taux d'absentéisme, même du personnel de l'Etat, entre les services centraux, où l'absentéisme est nettement plus élevé, et le personnel administratif et technique dans les Facultés.

Une députée (S) connaît assez bien le système de l'université avec le PAT qui dépend d'un contrat de droit public, le corps enseignant et le corps intermédiaire qui est beaucoup plus précaire. D'ailleurs, l'UNIGE a récemment publié une enquête qui révélait l'ampleur de la précarité du corps intermédiaire. Il y a ainsi des situations qui peuvent être dramatiques humainement avec des gens qui travaillent avec plusieurs contrats à durée déterminée (par exemple un 20% sur fonds qui dépend du département de sciences, un 25% pour la formation continue, etc.) Elle aimerait entendre les auditionnés sur le lien qui existe entre la précarité du corps intermédiaire et l'impact que cela peut avoir sur les éventuelles maladies de ces personnes, qui se trouvent en arrêt soumises à plusieurs types d'assurances perte de gains en fonction des contrats qu'elles ont, et sur ce que cela crée comme inégalité au sein du personnel enseignant de l'université et de l'impact que tout cela aurait au regard de la discussion sur ce projet de loi.

M<sup>me</sup> Galliot fait savoir que cette enquête montre que, plus les personnes ressentent cette précarité ou cette peur de rentrer dans la précarité, plus les signes d'atteinte de santé physique et mentale due au travail sont élevés. Il y a une très nette corrélation. L'UNIGE travaille ainsi sur un plan d'action pour essayer de diminuer ce taux de situations qui induisent de la précarité. Une des mesures consiste à aider les personnes qui n'ont pas un avenir académique où elles peuvent avoir un poste stable pour développer un projet professionnel et sortir plus tôt de l'Université et trouver du travail à l'extérieur. Par contre, il s'agit de décharger les doctorants qui ont souvent des tâches d'enseignement très lourdes et de basculer ces tâches d'enseignement sur des enseignants chercheurs plus expérimentés qui ont des taux trop partiels et qui pourraient par exemple arriver à 50%. En Suisse, on a la chance que, en ayant un taux de travail de 50%, on peut demander un fonds de recherche au fonds national, ce qui n'est pas possible dans tous les pays. L'idée est donc, pour ceux qui ont des temps partiels que l'on peut augmenter, de les augmenter et leur donner un contrat renouvelable. Il s'agit également d'aider la grande majorité à ne pas s'installer durablement à l'Université dans des conditions qui ne sont pas satisfaisantes et de les accompagner dans leur projet professionnel.

Un député (S) demande si, par « contrat durable », M<sup>me</sup> Galliot entend qu'il s'agit d'un contrat DIP.

M<sup>me</sup> Galliot précise que c'est tout le personnel enseignant. Ce sont des personnes qui sont nommées sur un poste et dont le contrat est renouvelable, que l'on soit professeur ou chargé d'enseignement.

### *Discussion interne*

Le président rappelle que la commission avait laissé en suspens une demande d'audition du syndicat Avenir syndical, notamment à la demande de M<sup>me</sup> Fontanet parce qu'il y avait à l'époque des discussions avec le syndicat. La commission avait aussi évoqué la possibilité d'auditionner la faïtière CGAS plutôt que d'entendre tous les syndicats. Il aimerait donc savoir si les commissaires souhaitent procéder à ces auditions. Par ailleurs, l'IMAD a souhaité pouvoir s'exprimer et pense qu'il serait bien, si la commission souhaite les entendre, que la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat leur soumette la bonne version de l'amendement.

Un député (UDC) demande une nouvelle audition des HUG en leur transmettant les amendements de la députée (S) et du DF.

Une députée (S) propose d'entendre la CGAS et Avenir Syndical.

Un député (PLR) pense que l'on peut toujours changer les usages, mais il y a quand même des usages qui font que les commissions entendent la CGAS qui est considérée comme représentative du monde syndical. Personne n'empêche sa préopinante de proposer d'auditionner également Avenir Syndical. La commission se prononcera à ce sujet et il s'y opposera parce qu'ils ne sont pas représentatifs.

Un député (MCG) note que la réalité syndicale est assez particulière maintenant du fait que la CGAS regroupe presque la totalité des syndicats sauf Avenir Syndical qui est un syndicat plus jeune. En revanche, Avenir Syndical – le député le dit pour avoir rencontré l'un ou l'autre de ses membres – est quand même très actif et arrive à avoir une représentativité, comme on l'a vu au niveau des élections professionnelles au sein de l'Etat. Ils ont aussi des compétences particulières qui pourraient éclairer la commission. Il n'y a pas que d'ultra-agressifs prêts à faire des grèves à tout bout de champ. Il y a aussi des gens qui ont une réflexion au sein de ce syndicat. Il pense que c'est tout à fait intéressant pour la commission d'auditionner la CGAS et Avenir Syndical. Cela permet d'avoir une bonne représentativité. S'il y avait un syndicat patronal dissident, il pense qu'il faudrait l'entendre aussi.

Un député (S) note que le problème est que les syndicats ne sont pas obligés d'adhérer à la CGAS. Par conséquent, il peut y avoir des syndicats qui sont représentatifs, mais qui ne sont pas membres de la CGAS. La Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat auditionne la CGAS, mais si Avenir Syndical

veut être auditionné, le Grand Conseil doit pouvoir avoir leur avis dans le cadre de ses travaux.

Le président met aux voix la proposition d'auditionner l'IMAD :

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

Non : -

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

Le président met aux voix la proposition d'envoyer les amendements à l'IMAD :

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

Non : -

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

Le président met aux voix la proposition d'auditionner les HUG :

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

Non : -

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

Le président met aux voix la proposition d'envoyer les amendements aux HUG :

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

Non : -

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

Le président met aux voix la proposition d'auditionner la CGAS :

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

Non : -

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

Le président met aux voix la proposition d'envoyer les amendements à la CGAS :

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

Non : -

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

Le président met aux voix la proposition d'auditionner Avenir Syndical :

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

Non : 6 (2 PDC, 4 PLR)

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

Le président met aux voix la proposition d'envoyer les amendements à Avenir Syndical :

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

Non : -

Abstentions : -

**La proposition est acceptée.**

## **11. Séance du 13 mai 2022 dédiée à l'audition de M. Bertrand Levrat, directeur général des HUG et de M. Patrick Nicollier, directeur des ressources humaines**

M. Levrat s'exprime comme employeur puisque les HUG sont un employeur public qui est le plus grand employeur public du canton. Il y a des aspects qui concernent l'engagement et d'autres parties qui concernent le licenciement et la protection à 730 jours.

Concernant l'engagement et les conditions-cadres de l'engagement, le fait de proposer une amélioration notamment par rapport à l'assurance perte de

gain maladie dès l'engagement, comme employeur, est une très bonne idée. En effet, la situation actuelle est un peu curieuse. Cela fait d'eux, comme employeur, l'exception plutôt que la règle par rapport à d'autres employeurs. Par exemple, pour la première année, M. Nicollier a dû s'assurer à titre privé au cas où il tomberait malade. C'est aussi ce qui est arrivé à M. Levrat quand il est arrivé aux HUG. Il faut alors s'assurer personnellement contre une perte de gains maladie parce que l'employeur ne le donne pas. La proposition qui est faite, dans un amendement, de mettre les HUG dans des conditions d'engagement qui paraissent justifiées, dans l'air du temps et en adéquation avec les autres employeurs de la place paraît tout à fait positive.

Concernant le licenciement et l'aspect des 730 jours, M. Levrat exprime énormément de réserves, voire une opposition à la manière dont le texte est rédigé aujourd'hui, notamment des propositions d'amendement pour que les 730 jours de protection d'assurance soient étendus à toutes les catégories de personnel. Aujourd'hui, par rapport à l'hôpital et à ce que cela représente, on risque de se retrouver dans des situations contre-productives pour l'employé et pour l'employeur. Il n'est pas heureux de cela, mais c'est potentiellement leur réalité.

Il faut savoir que, quand quelqu'un est nommé fonctionnaire aux HUG, il tombe en moyenne deux fois plus malade qu'avant d'être fonctionnaire. C'est factuel. On pourrait dire que c'est la pénibilité du travail, et il y a d'autres corrélations que juste être fonctionnaire, mais certaines personnes utilisent aussi le système. En étendant la protection des 730 jours à l'ensemble du personnel, sans changement majeur de la loi, quelqu'un qui est en contrat à durée déterminée aujourd'hui et avec qui on est dans un rapport de travail qui se termine à un moment X, celui-ci se met alors en arrêt maladie et, si on applique le nouveau texte tel que proposé, il serait alors protégé durant 730 jours et, selon la B 5 05, les HUG seront obligés de le nommer fonctionnaire. Un autre cas potentiel est celui de quelqu'un qui est en période probatoire avec un contrat à durée indéterminée par rapport auquel on décide que cela ne va pas très bien, que l'on refuse de le nommer fonctionnaire et dont on prolonge la période probatoire. Pendant cette prolongation, s'il tombe malade ou, du moins, s'il obtient un certificat médical pour expliquer qu'il est malade et qu'il est malade durant 730 jours, les HUG auraient alors l'obligation, d'après le texte de loi actuel, de le nommer fonctionnaire.

Au niveau des aspects d'application pratique, les auditionnés voient quelque chose qui leur paraît complexe et compliqué à gérer et qui reviendrait quasiment, pour un certain nombre de situations, à priver la notion même de contrat à durée déterminée de son essence. En effet, pour quelqu'un en période probatoire, on se retrouverait avec des gens dont l'option permettant d'avoir

automatiquement un CDI et de devenir fonctionnaire en se mettant en arrêt maladie devient quelque chose de compliqué. Pour un CDD, cela reste quelque chose qui peut se prolonger. Là aussi, ils voient un certain nombre de réalités comme employeur qui peuvent être parfois différentes de ce que l'on imagine quand on fait un texte de loi et qu'on est plus dans la théorie. Dans la pratique, les choses se passent différemment.

Il y a aussi la notion de faute grave. En effet, aujourd'hui, on peut réduire ces 730 jours si l'arrêt est dû à une faute grave de l'employé. Il indique que, comme employeur, il leur semble important de maintenir le statu quo. Faire une catégorie comme proposé dans certains amendements leur paraît faire une espèce de liste à la Prévert qui, soit est trop longue, soit est trop courte. Cela ne leur paraît pas opportun au niveau d'un changement législatif.

M. Levrat note qu'il y a une question sur l'assurance accident en fin de vie professionnelle. S'il a bien compris le texte, ils ne devraient faire que de l'auto-assurance et ils ne pourraient pas avoir recours à un assureur privé. Il faut savoir que, pour l'assurance accident, les HUG ont actuellement un assureur privé qui couvre des prestations plus étendues que ce que les HUG feraient en étant en auto-assurance. Par exemple, sur la partie rémunération de l'activité privée d'un médecin, cette perte de gain est assurée par un assureur privé. Si les HUG étaient en auto-assurance, ils ne le feraient probablement pas. Il y a aussi la clause de l'agression pour les médecins ou les soignants qui sont agressés par des patients et qui font une dépression. Les HUG pourraient se dire que, moralement, ils doivent le faire eux-mêmes, mais la réalité est que, par rapport à l'assurance-accident, pour quelqu'un qui a un accident professionnel, notamment en psychiatrie où il y a parfois des actes de violence, le fait de pouvoir avoir un assureur accident qui leur offre des prestations plus favorables que ce qu'ils feraient en auto-assurance leur paraît une liberté qu'ils souhaiteraient pouvoir garder parce qu'elle est favorable au personnel et à l'employeur.

Enfin, M. Levrat signale que le mécanisme de financement proposé en faisant une corrélation entre le taux d'absence maladie et les cotisations leur paraît être une situation perdant-perdant. On doit lutter contre l'absence maladie, mais le mécanisme proposé est presque la double peine pour ceux qui ne sont pas malades. En effet, à la fois ils ne sont pas malades, mais, en plus, ils devraient cotiser plus pour ceux qui sont absents. Dans ce cadre, soit comme employeur on se donne les moyens de trouver le financement d'une prestation comme celle-ci, mais le mécanisme proposé, à savoir que ce n'est pas à la charge de l'Etat ou de l'employeur, mais une cotisation solidaire de l'ensemble des employés sur la base d'un taux d'absence maladie, cela leur paraît une proposition qui devrait être, aux yeux des HUG, ne pas être prise en

considération parce que cela conduirait à réduire le pouvoir d'achat des employés des HUG. Avec les débats actuels sur la revalorisation des professions de la santé, ça leur paraît anticyclique de proposer une « taxe » supplémentaire sur les employés des HUG.

Un député (PDC) aimerait savoir si les personnes qui sont malades sont remplacées et comment cela se passe. Il se demande si la charge est reportée sur les autres collègues, ce qui surcharge alors le service.

M. Levrat fait remarquer qu'un hôpital doit travailler 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et cela fonctionne plutôt bien. Par rapport à la question de savoir s'ils remplacent ou non, ils essayent à chaque fois de s'assurer avec l'équipe dans quelle mesure le remplacement fait du sens ou non. Ils ont des mécanismes organisationnels avec un pool de remplacement pour faire face plutôt aux absences maladie de courte durée, mais cela règle aussi en partie certaines situations par rapport à la prévisibilité du retour en emploi. Ils ont aussi la dotation complémentaire qui leur permet de remplacer les absences maladie de longue durée dans les métiers de soin. Pour les métiers plus éloignés du lit du patient, la question peut se poser de manière différente s'il est absolument essentiel de remplacer cette personne et pendant quelle durée. Dans ce cadre, ils ont d'une part un pool soignant davantage pour les courtes durées, le recours à des remplaçants sur la longue durée et tout ce débat sur les intérimaires où ils essayent de limiter le recours à ceux-ci. En même temps, par nature, quand la personne appelle le soir et qu'il faut une réactivité forte pour que quelqu'un puisse prendre le « shift » de nuit, il arrive qu'ils aient recours à des entreprises d'intérim.

Une députée S a eu un retour de pratique et elle voulait savoir ce que les auditionnés avaient à en dire. Elle aimerait savoir si, en cas d'absence maladie, les HUG versent un traitement plein ou s'ils sont en indemnités journalières. En effet, elle a cru comprendre que, après trois mois, les cotisations sociales sont remboursées à l'employé. En effet, on se retrouverait dans un cas où une personne en absence maladie reçoit un revenu plus considérable que lorsqu'elle est en activité.

M. Nicollier répond que, selon lui, c'est un traitement plein.

Une députée (S) demande si c'est valable pour toute personne indépendamment du type de contrat.

M. Nicollier répond que c'est le cas, à sa connaissance.

Une députée (S) fait remarquer que c'est quand même un problème de ne pas cotiser aux assurances sociales. Une personne qui n'aurait pas travaillé 40 ans à l'Etat, si elle a une période de maladie assez conséquente et un divorce, peut se retrouver dans une situation très difficile. Elle précise que

l'amendement suggère une période de couverture équivalente au contrat des personnes qui sont en CDD. Ce n'est pas ce que les auditionnés ont affirmé. Elle souhaiterait savoir si, actuellement, les HUG licencient des personnes avant le délai de 730 jours. Avant même d'arriver à ce cas, il semble que les HUG pratiquent quand même quelque chose qui est généralement pratiqué dans le public, à savoir qu'ils essayent de reclasser une personne quand elle devient inapte à sa fonction.

M. Levrat précise que les HUG sont un employeur responsable et qu'ils ne lâchent pas leurs employés quand ils tombent malades. Au contraire, ils ont énormément de mécanismes pour essayer de leur permettre un retour en emploi et leur permettre d'avoir une palette à disposition, soit pour avoir des places de travail adaptées, soit pour les accompagner par rapport à leur maladie. Comme institution médicale, les HUG sont d'autant plus attentifs à cela. Après trois mois, si on n'est plus infirmier, médecin, ou nettoyeur aux HUG, chaque mois supplémentaire va diminuer de moitié la capacité de retrouver son emploi. On perd ainsi des compétences et de la capacité, parfois tant morale que physique, de revenir. La politique RH des HUG est donc plutôt de mettre énormément l'accent pour essayer de faire revenir les gens en emploi et, s'il y a des limitations, il s'agit de voir dans quelle mesure on oriente les gens vers l'assurance invalidité. Par rapport à cela, le canton de Genève a une attitude qui, comme employeur, est presque ressentie comme un échec. Quand on arrive à l'AI, c'est que, pendant 730 jours, on n'a pas réussi à recaser les gens et ils vont vers l'AI dans la douleur. Si on ose changer de paradigme, l'AI, qui est une assurance extrêmement bien faite, permet des reconversions professionnelles et le financement d'une réinsertion professionnelle efficiente. En fait, au lieu de privilégier les 730 jours, on devrait privilégier les mesures fortes prises très précocement pour permettre de faire en sorte que les gens en arrêt maladie longue durée puissent retrouver un emploi, y compris des demandes auprès de l'AI beaucoup plus rapides pour permettre des mesures de reconversion professionnelle.

Il faut également voir que, même si c'est marginal, un certain nombre de personnes utilisent le système. Cela existe partout. Il ne s'agit pas de dire que cela n'existe pas. Comme employeur, malheureusement, ils doivent constater qu'il y a aussi un certain nombre de certificats maladie qui leur est impossible ou difficile de contester et pour lesquels ils ont certains doutes.

Une députée (S) fait remarquer qu'ils ne sont pas là pour faire des lois pour les cas marginaux, même s'il y a des profiteurs dans tout système. Par contre, elle trouve quand même assez dangereux de conditionner les 730 jours aux mesures de l'AI quand on connaît la pratique de cette assurance en Suisse. Il faut encore être une personne éligible à la rente AI, ce qui n'est pas aisé pour

tout le monde. Par ailleurs, une rente commence à s'exercer à partir d'un taux de 40%. On voit très bien, dans les rapports de l'OFAS et même à la télévision, tous les jours des gens qui sont lourdement handicapés, mais à qui une rente est refusée. Elle fait remarquer qu'il y a même des critères pour la reconversion professionnelle. Les choses ne sont donc pas si simples que cela.

Un député (PLR) note que les salaires sont couverts pour toutes les absences maladie et accident, y compris les charges sociales. Toutefois, la loi n'oblige pas aux HUG de couvrir le 100% du salaire. Il aimerait savoir si cette variable qui consisterait à ne pas rembourser éventuellement l'entier du salaire pour les absences de longue durée et que les HUG se limitent aux 80% de remboursement des salaires est quelque chose que les HUG pourraient envisager, notamment pour avoir un effet de cadrage sur ces absences de longue durée des personnes de plus de 60 ans.

M. Nicollier pense qu'il faut moins agir sur la partie traitement que sur l'identification des causes des absences. Il faut savoir qu'ils sont en train de mettre en place deux activités. Il s'agit tout d'abord d'une analyse des risques psychosociaux dans certains des services et départements où les taux d'absence, notamment maladie, sont élevés et plus élevés que la moyenne institutionnelle. Ils sont également en train de mettre en place une enquête de satisfaction. Cela fait en effet plusieurs années qu'ils n'ont pas pris le pouls de l'institution. Pour eux, c'est l'occasion, cette année, après les deux ans de crise COVID, de comprendre quels sont les besoins des collaborateurs et collaboratrices. Cela va leur permettre de faire de la formation et c'est ce qui va faire en sorte de pouvoir faire descendre les taux d'absence. Il faut savoir que les taux d'absence ont eu un pic, en début d'année, qui était très important parce que cela a affecté toutes les personnes de la société. Maintenant, on voit que, notamment sur les absences longue durée, on a une légère diminution.

Un député PDC constate que, lorsqu'ils ont dû prendre leur poste, les auditionnés ont dû souscrire à une assurance perte de gains maladie individuelle. Il demande si cette information est transmise aux nouveaux collaborateurs.

M. Nicollier répond que cette information est disponible publiquement sur Internet et elle est donnée formellement. Les collaborateurs reçoivent un courrier qui les avertit de cette situation.

M. Levrat fait remarquer qu'un élément auquel le Grand Conseil pourrait être attentif, c'est que cela fait en sorte que les petits salaires ne vont probablement pas s'assurer et que les salaires plus importants vont avoir les moyens de s'assurer automatiquement. Le système actuel génère une inégalité qui est, certes, le fait de l'initiative privée (la personne peut choisir), mais, dans

la vraie vie, si on a un petit salaire aux HUG et qu'on a des charges à couvrir, on va probablement ne pas souscrire à une assurance. La maladie pouvant toucher toute personne, comme employeur vis-à-vis de leurs employés, ils considéreraient que l'évolution proposée est positive parce qu'elle permet une égalité de traitement, quel que soit le montant du salaire.

Un député (S) note que les auditionnés ont parlé de cas d'abus, ce qui existe dans tout système. Il aimerait toutefois savoir si le pourcentage de ces cas est connu. Puis, il relève que les auditionnés ont également parlé d'une baisse du pouvoir d'achat due à ces cotisations.

M. Levrat est incapable de répondre, mais il ose espérer que c'est assez faible, sachant que c'est plutôt marginal. Par ailleurs, l'immense majorité des collaboratrices et collaborateurs des HUG sont des gens engagés et lorsqu'ils sont malades, c'est qu'ils sont vraiment malades et non parce qu'ils profitent d'un système. C'est effectivement certainement marginal. Quant à la deuxième question, si on prélève une cotisation sur un salaire, il y a tout simplement moins de salaire à la fin du mois.

Un député (S) précise qu'il y a certes des baisses de pouvoir d'achat sans retour sur investissement dans le futur, mais il y a aussi des baisses de pouvoir d'achat, comme celle-ci, qui sont un investissement. Autrement dit, l'impact sur le pouvoir d'achat est minime vu le niveau de la cotisation, mais, en plus, c'est une sécurité sociale. Quand on paie l'AVS, cela impacte aussi sur nos revenus, mais c'est un investissement sur le futur. Il trouve par exemple dommage qu'il n'y ait pas une assurance concernant la question des dents. En effet, aujourd'hui, quand les gens doivent se faire soigner pour un problème dentaire, cela coûte très cher. Le député ne récuse pas le fait qu'il y a une baisse du pouvoir d'achat, mais elle n'a pas d'impact au point où les gens vont se trouver dans des difficultés.

M. Levrat constate juste que le mécanisme de financement prévu fait participer, dans un système solidaire, les employés qui n'ont pas cette obligation aujourd'hui. A un moment où il y a de l'inflation et où le pouvoir d'achat général des professionnels, partout et aussi dans le milieu de la santé, est en train de diminuer, c'est une charge supplémentaire. Quant au fait que cela soit pour une prestation dont ils peuvent bénéficier, il le comprend bien. Il dit juste que le mécanisme de financement tel que prévu fait porter à l'ensemble des employés le financement du mécanisme alors qu'il peut aussi exister d'autres principes.

Une députée (Ve) n'a, pour l'instant, jamais entendu d'autres causes par rapport aux absences, aux maladies et aux problèmes que le fait que l'on manque de personnel soignant. Les meilleurs ordinateurs ou les meilleures

applications de gestion du temps n'y feront rien. Elle aimerait donc savoir ce qui va être fait pour y remédier ou si les auditionnés ont une autre réponse au constat qu'ils dressent par rapport aux problèmes qu'il y a à l'hôpital (le fort taux de rotation, l'absentéisme et les maladies). Elle demande si, avec le personnel nécessaire, les initiatives telles que ce projet de loi ne poseraient finalement aucun problème.

M. Levrat fait remarquer que ce qui vient d'être affirmé et qui est effectivement le ressenti de beaucoup de gens au sein de l'hôpital ne se vérifie d'aucune manière quand les HUG se comparent aux autres hôpitaux. Les HUG sont avec une organisation qui a largement plus de personnel soignant au lit du malade que tous les autres hôpitaux universitaires suisses. D'ailleurs, ça leur pose des questions de rentabilité par rapport aux tarifs d'assurance-maladie. En benchmark suisse, ils ont des taux supérieurs au niveau des HUG. En benchmark européen, les HUG sont parmi les taux d'encadrement les plus élevés du monde en termes de nombres d'infirmiers et d'infirmières au lit du patient. Ce n'est toutefois pas le ressenti des gens. Factuellement, chaque année, les budgets pour le personnel soignant et le personnel de terrain augmentent. Factuellement, ils ont des taux, en comparaison aux autres hôpitaux, qui sont tout à fait satisfaisants. Maintenant, il y a un ressenti fort et il y a effectivement des problèmes d'organisation du travail et de planning. Il y a des problèmes d'outils informatiques sur lesquels ils n'ont pas assez investi durant les vingt dernières années. Aujourd'hui, il y a des manières de faire des plannings pour les employés et une organisation du travail qui n'est pas assez efficiente et qui génère des problèmes. Donc, c'est exactement à cela qu'ils s'attellent dans les mois et les années à venir, notamment avec M. Nicollier, pour avoir une organisation du travail qui soit plus flexible, plus prévisible pour les gens qui y travaillent et plus satisfaisante pour les employés. Ils espèrent que, avec des conditions-cadres de travail meilleures, ils pourront aussi remplir les trous là où il y en a par rapport à des organisations du travail qui ne sont pas suffisantes.

Quant à savoir si ce projet de loi amène une différence fondamentale sur les taux d'absence maladie des HUG, aujourd'hui, leur réponse n'est pas catégorique. On ne peut pas dire que cela va être formidable et que, si ce projet de loi est adopté, cela va réduire le problème. Ils n'ont pas ce sentiment. En revanche, devoir traiter les problèmes d'absence maladie, devoir mieux organiser l'hôpital et devoir se donner les moyens de changer un certain nombre de paradigmes pour être mieux à l'écoute de leurs employés, c'est effectivement quelque chose auquel ils s'attellent au quotidien.

## **12. Séance du 17 juin 2022 dédiée à l'audition de M. Moreno Sella, président de l'IMAD et de M<sup>me</sup> Ayah Ramadan, directrice RH**

M<sup>me</sup> Ramadan est directrice des ressources humaines à l'IMAD depuis six ans après avoir été responsable RH durant six à sept ans aux HUG. Le suivi des collaborateurs en situation de maladie longue durée est quelque chose qu'elle fait depuis un certain nombre d'années. Pour elle, l'objectif est toujours de trouver un bon équilibre dans la gestion de ces situations entre un suivi personnalisé qu'il faut faire au niveau du collaborateur qui se trouve dans des situations de maladie de longue durée, l'intérêt des équipes et la question de la gestion des absences au niveau des équipes.

Il faut savoir que, depuis 2012, l'IMAD a un mode de fonctionnement avec une assurance accident et une assurance perte de gain au travers d'un assureur privé. Par rapport aux HUG, il y a la possibilité d'avoir, au niveau de l'assurance accident, des prises en charge pour leurs soignants. Il y a par exemple la clause effort. Ainsi, quand un soignant (d'autant plus à domicile) qui doit déplacer des patients, a malheureusement un problème (par exemple un problème de dos), grâce à l'assurance accident qu'ils ont contractualisée, ils peuvent prendre en charge cette problématique d'absence. C'est la même chose sur le choc émotionnel. Il faut savoir que pratiquement 80% du personnel de l'IMAD est soumis à de fortes pénibilités qui ne sont pas seulement physiques, mais aussi de gestion d'un certain nombre d'éléments qui peuvent porter atteinte au niveau de l'intégrité psychique. Par exemple, la semaine dernière, un collaborateur a fait face à un décès chez un patient dans des conditions extrêmement difficiles. Clairement, l'assurance que l'IMAD a contractée permet de prendre en charge ce choc émotionnel. Il est ainsi possible de prendre en charge 8 semaines spécifiquement là-dessus. Il faut dire que ces différentes possibilités avec l'assurance perte de gains aident l'IMAD dans cette gestion.

Ils constatent des avantages importants avec la possibilité qu'ils ont avec l'assurance perte de gains actuelle. Un avantage est d'avoir un interlocuteur supplémentaire. Parfois, cela se passe très bien dans le suivi qui est fait lorsque le collaborateur est absent pour maladie. Parfois, c'est plus compliqué avec l'employeur. Ainsi, le fait d'avoir un assureur perte de gains maladie permet d'avoir un tiers qui peut aussi prendre en charge cette relation. Il est également possible de passer par des expertises médicales, ce qui est très précieux. Cela permet d'avoir une expertise médicale avec un point de vue externe. M<sup>me</sup> Ramadan explique que c'est souvent apprécié par le collaborateur parce qu'il y a une prise en charge au niveau extérieur. Il y a aussi la possibilité de faire suivre les collaborateurs par l'assureur perte de gains avec un suivi plus

spécialisé au travers d'une personne extérieure qui a le contact avec le collaborateur.

M<sup>me</sup> Ramadan est convaincue que, si le collaborateur reste trop longtemps en absence, on n'arrive pas à reprendre le fil avec lui pour remobiliser le projet professionnel. Il s'agit de savoir s'il est possible de continuer dans les soins. C'est parfois possible, mais dans un milieu « fermé », c'est-à-dire en gestion hospitalière par exemple, ce qui permet d'avoir un collègue qui peut éventuellement donner un coup de main. Si ce n'est plus du tout possible de le faire, il faut alors se réorienter. Dans ce cas, l'IMAD a mis en place un partenariat assez important avec l'AI. Ainsi, dans les cas de reconversion professionnelle, l'interlocuteur de l'IMAD est l'AI qui a bien compris leurs spécificités et leurs contraintes. Quand ils identifient qu'un soignant ne pourra plus continuer son activité, au lieu de dire qu'il faut payer 730 jours, ce qui est juste (ce n'est pas la question), il s'agit de voir quel projet professionnel peut être discuté et comment on peut remobiliser le collaborateur pour un nouveau projet professionnel le cas échéant.

Avec le projet de loi, l'IMAD ne serait pas en possibilité de mettre fin à une activité avant les 730 jours et les mettrait dans une situation relativement compliquée. En gros, cela veut dire que l'IMAD continue le paiement à 730 jours alors qu'on va normalement pouvoir trouver une solution pour qu'une collaboratrice puisse être prise en charge. L'idée n'est pas de dire qu'on ne paie pas 730 jours et que la personne est dans la nature, seule et non accompagnée. Il s'agit de dire comment on accompagne avec les outils à disposition pour le faire. Clairement, du côté de l'IMAD, l'AI est un bon moyen pour cela quand le premier passage un peu difficile de deuil de son métier est fait. Les ressources humaines sont aussi là pour l'accompagner.

A l'intérieur du projet de loi, il y a des choses tout à fait intéressantes, par exemple de pouvoir intégrer les collaborateurs de première année dans la couverture parce que, pour l'instant, il y a une différence entre les collaborateurs de première année et les autres, ce qui est dommage. Ensuite, il y a un certain nombre de points du projet de loi auxquels les auditionnés sont moins favorables par rapport à leur pratique qui a donné de bons résultats chez eux, même si le taux d'absence est élevé en ce moment, notamment avec le COVID. Ils ont commencé une politique bien structurée à partir de 2015 et ils ont obtenu une baisse du taux d'absence au fur et à mesure de la prise en charge des situations de longue durée. Précisément, la question des 730 jours pose un problème et leur semble un peu contre-productive. Il y a malheureusement un ou deux cas d'abus et, si la loi ne leur permet pas de mettre fin à ces abus, il y a ensuite des problématiques de cohérence institutionnelle au niveau des collaborateurs. Dans le projet de loi et dans l'amendement, il y a aussi la

question de la poursuite notamment pour les contrats à durée déterminée, ce qui est une inquiétude pour eux. L'IMAD a des contrats à durée déterminée pour aider les équipes de terrain. Maintenant, s'ils doivent poursuivre des paiements maladie (l'idée n'est pas de dire qu'il faut laisser les gens ensuite sans ressources), dans un tel cas, l'IMAD devra réallouer des ressources et il ne pourra pas les donner là où il y en a besoin, c'est-à-dire sur le terrain. L'IMAD a une obligation d'admettre et doit donc assurer une continuité de prestations. Ils sont donc un peu inquiets par rapport à certains des effets éventuels du projet de loi.

Une députée S aimerait savoir quel taux de cotisation est pratiqué actuellement par l'IMAD.

M<sup>me</sup> Ramadan répond qu'ils appliquent un taux de 0,1%, soit le même que l'administration cantonale.

Une députée S trouve que ces considérations sont tout à fait légitimes, mais elle ne voit pas en quoi elles contreviennent à ce qui est déjà dans la pratique de l'Etat, c'est-à-dire une réorientation possible du collaborateur dans d'autres services, même avec un système d'autofinancement.

M<sup>me</sup> Ramadan indique que la position des auditionnés n'est pas de dire qu'un reclassement n'est pas possible. L'idée est plutôt de dire que, si, par la loi, ils ne sont pas en mesure de mettre un terme au contrat avant 730 jours, ils se trouvent dans la situation où, pour un certain nombre de cas, cela va être compliqué et cela ne va pas fonctionner. La question est aussi celle de la manière dont cela est formulé dans la loi. En l'occurrence, de ce que les auditionnés en ont compris, la manière dont l'amendement est formulé ne permettrait plus de mettre un terme, avant la fin des 730 jours, pour des raisons qui doivent être évidemment documentées et fondées.

Une députée (S) aimerait ainsi savoir, par rapport aux prestations contractées par l'IMAD avec cette assurance privée, comment on peut pratiquer du 0,1%. En effet, il y a plusieurs critères qui entrent en ligne de compte avec une assurance externe, notamment la prise en considération du taux d'absence important à l'IMAD, des risques liés à un métier, à un domaine particulier et à la sinistralité.

M<sup>me</sup> Ramadan explique que lorsqu'ils doivent repasser par un appel d'offres, ils font un bilan. Ce qu'il constate avec un tel bilan, c'est qu'il y a clairement des avantages qui sont évidemment aussi financiers. Quand on paie des indemnités journalières, on ne va pas payer les charges patronales là-dessus, mais cela n'a pas d'impact pour le collaborateur. Celui-ci garde son salaire complet alors que, si l'IMAD payait, il payerait environ 17% en plus, ce qui est non négligeable. Après, il y a d'autres avantages que l'on voit et qui

sont ceux décrits à tout à l'heure. En tout cas, une prise en charge par un tiers permet d'avoir une prise en charge qualitative et qui permet de remobiliser comme il faut. M<sup>me</sup> Ramadan a une équipe mobilisée fortement sur ces situations. Ils ont également la possibilité de faire les « comptes » entre ce qu'ils ont payé en primes d'assurance, ce qu'ils ont reçu en termes d'indemnités journalières et ce qu'ils ont été en mesure de proposer aux collaborateurs (il y a aussi une partie qui est de la gestion administrative qui est prise en charge par l'assurance, ce qui est tout à fait intéressant pour l'IMAD puisque cela représenterait 2 postes supplémentaires s'il devait le faire). Ce n'est pas seulement financier, mais aussi toute une série d'éléments qui, au final, les font pencher pour le fait que c'est positif tant au niveau de l'employeur qu'au niveau de l'employé.

Un député (UDC) demande si l'IMAD a signé un contrat avec un assureur privé qui lui assure le même taux de 0,1% jusqu'à l'échéance ou si ce taux est modulable suivant, par exemple, l'augmentation du nombre de cas. Il demande si c'est une autre assurance privée qui s'occupe de l'assurance accident pour l'IMAD.

M<sup>me</sup> Ramadan répond qu'ils signent un contrat fixe. Il est vrai que, à ce jour, ils ne sont pas entrés dans une modification du taux selon, par exemple, le taux d'absence. Actuellement, c'est le même assureur. Parfois, l'IMAD a eu deux assureurs, mais ce n'était pas forcément très pratique puisqu'il y a des cas d'accident qui basculent en maladie et cela permet alors d'avoir une meilleure coordination. Toutefois, quand on fait un appel d'offres, on ne sait jamais qui va être intéressé. Pour ce qui est de l'accident, ils prélèvent sur le salaire et c'est aussi fixe, autour de 1,2%.

Un député (PDC) aimerait savoir si la cotisation de 0,1% est paritaire ou si elle répond à une autre clé de répartition. Concernant les indemnités versées à l'employé, il demande si l'IMAD continue à prélever les charges sociales.

M<sup>me</sup> Ramadan répond que le 0,1% est prélevé sur le salaire du collaborateur et pas sur la part employeur. Concernant l'indemnité journalière, l'IMAD reçoit les indemnités journalières et verse la totalité du salaire au collaborateur. En l'occurrence, le contrat d'assurance que l'IMAD a pour la maladie, c'est 90% qui sont pris en charge et l'IMAD complète les 10% de sorte que le collaborateur ait son salaire complet et, ensuite, que la poursuite des cotisations AVS puisse se faire.

Le président demande quel est le taux actuel de cotisation à l'assurance. Il comprend que 0,1% est prélevé pour la maladie, mais il aimerait savoir quel est le taux global facturé par l'assurance à l'employeur.

M<sup>me</sup> Ramadan répond, par rapport à la question de la prime d'assurance, que l'IMAD a un contrat pour l'assurance maladie et pour l'assurance accident. Ils sont ainsi à 4 millions de francs et quelques pour la maladie et à 1 million de francs pour l'accident.

Le président demande si les auditionnés peuvent dire quel est le pourcentage sur la masse salariale.

M<sup>me</sup> Ramadan n'a pas cette information, mais elle peut la transmettre à la commission.

Un député (MCG) se demande quel est l'avantage de la prise en charge par un assureur privé et si c'est la possibilité de pouvoir se débarrasser plus rapidement de quelqu'un ou de ne pas entrer dans des discussions concernant les problèmes de santé avec le collaborateur. Par ailleurs, il aimerait savoir quelle est la supervision que l'IMAD a sur l'action de l'assureur, si l'IMAD communique avec celui-ci, si ce dernier leur donne des retours, etc. En effet, la situation de maladie de ces personnes a quand même une influence sur la politique RH.

M<sup>me</sup> Ramadan indique que l'IMAD a une prise en charge des cas maladie qui est d'abord interne et qui est extrêmement organisée et suivie au travers du service de santé du personnel, du responsable RH et de la hiérarchie qui est le premier interlocuteur. Elle est obligée de réagir aux propos du député parlant de se « débarrasser » de gens parce que cela n'entre pas du tout dans l'état d'esprit de leur institution. Il s'agit ainsi, soit de garder les ressources, soit de pouvoir accompagner le collaborateur qui a parfois énormément donné à l'institution. Ainsi, ils font un suivi extrêmement proche du collaborateur. Dans un premier temps, cela va donc se passer en interne de l'institution et ils vont recevoir le collaborateur une ou deux fois s'il le faut. Ensuite, ils ont un délai de 60 jours pour la prise en charge par l'assureur maladie. C'est donc après deux mois que l'assureur va entrer dans la gestion de la situation.

M<sup>me</sup> Ramadan précise que, quand le lien est coupé avec le collaborateur, l'IMAD a un lien avec l'assureur qui permet que celui-ci prenne le relais et les relations sont bonnes. Elles respectent évidemment les strictes notions de secret médical notamment. Le médecin du travail est extrêmement en lien notamment avec le médecin de l'assurance. Quand elle dit que cela permet un suivi qualitatif, c'est que, à partir du moment où c'est l'assureur qui prend en charge, cela permet d'avoir un tiers. Ainsi, le collaborateur n'a pas seulement à faire à son employeur, mais aussi à un tiers. Il y a peut-être l'image d'un assureur qui voudrait absolument arrêter les prestations immédiatement, etc., mais l'IMAD travaille depuis longtemps avec son assureur actuel et celui-ci comprend bien leurs contraintes ainsi que leur réalité du terrain. Les relations

sont ainsi bonnes dans la prise en charge. Elle donne l'exemple d'une situation où ils ont pu intervenir auprès de l'assureur et faire modifier son point de vue. Le médecin du travail a ainsi appelé le médecin de l'assureur pour lui expliquer qu'il a revu la personne et lui dire ce qu'il se passe. Quand M<sup>me</sup> Ramadan dit que c'est qualitatif, cela demande évidemment du travail pour que cela soit qualitatif, mais l'IMAD est en mesure de communiquer comme il faut avec l'assureur. Il peut mettre à disposition des expertises médicales et il est bien d'avoir parfois des spécialistes sur un certain point de vue. Par exemple, dans un cas récent, c'est l'assureur qui a réussi à discuter avec le collaborateur pour le mettre sur la voie d'une reconversion professionnelle qui serait prise en charge par l'assureur durant un temps et qui sera ensuite prise en charge par l'AI. Donc, si on travaille vraiment ensemble, on a de bons résultats.

Un député (MCG) note que la reconversion professionnelle est une obligation, surtout si la personne se dirige vers l'AI. Tout est cadré par le droit fédéral. Il aimerait savoir comment cela est arbitré si un assureur décide par exemple d'interrompre un financement et que l'IMAD n'est pas d'accord.

M<sup>me</sup> Ramadan répond que cela arrive, mais rarement. Il est ainsi arrivé que l'IMAD continue à prendre en charge lorsque son médecin du travail s'est positionné différemment, le médecin traitant également et que l'assurance n'a pas perçu la même chose. Il y a peut-être un cas par an comme ça. Dans ces cas, ils ont poursuivi la rémunération du collaborateur.

Un député MCG comprend que, dans ces cas très rares, l'IMAD se substitue à l'assureur, ce que M<sup>me</sup> Ramadan confirme.

### **Audition de M. Davide De Filippo, président de la CGAS**

M. De Filippo note qu'il n'est pas courant que la CGAS soit auditionnée par la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat sur des questions qui regardent les conditions de travail du personnel de l'Etat puisque l'organe représentant les salariés de la fonction publique est le Cartel intersyndical et non la CGAS qui est l'organe faïtier qui regroupe l'ensemble des syndicats genevois. Il va donc plutôt se prononcer à ce dernier titre et faire part de l'avis de la CGAS sur cet objet en portant le regard non pas du personnel de l'Etat, mais des syndicats qui organisent les salariés du privé pour décaler un peu l'angle de vue.

Le président précise qu'il est important de savoir si M. De Filippo s'exprime sur le projet de loi lui-même ou sur les amendements.

M. De Filippo s'exprime sur le projet de loi. Toutefois, si les commissaires ont des questions sur les amendements, il les a parcourus très rapidement. Il signale que le projet de loi est soutenu par la CGAS parce qu'il semble

répondre à une lacune de couverture de la protection des salariés de la fonction publique à la fois sur la première année de service, mais aussi en termes de statut. Cela permet aussi de répondre à la problématique de la durée de la couverture au-delà des rapports de travail. En effet, l'État a actuellement un système où le droit aux indemnités perte de gains s'arrête avec la fin des rapports de service qui peut théoriquement intervenir, selon le droit actuel, avant la fin du droit aux indemnités. C'est ainsi une situation moins bonne que dans le secteur privé quand les entreprises ont contracté une assurance perte de gains maladie. Dans un tel cas, l'assurance peut continuer l'indemnisation des salariés malades même au-delà de la fin des rapports de travail, sous forme d'un libre passage, pour autant que le bien-fondé de l'arrêt maladie soit reconnu au-delà.

La CGAS ne peut que partager les arguments figurant dans l'exposé des motifs sur la problématique des assurances perte de gains privées et la problématique plus particulière du manque d'indépendance des médecins-conseils mandatés par des assurances pour justifier ou injustifier l'arrêt maladie des personnes qu'elles ne reçoivent souvent même pas. En tant que tel, il est extrêmement problématique de juger de l'état de santé d'un patient en ne le recevant pas ou de le recevoir quelques minutes en lui posant trois questions et de recevoir ensuite un avis de reprise d'activité sur cette base. M. De Filippo peut garantir qu'ils voient souvent passer ce type de situations dans les syndicats du secteur privé et c'est extrêmement problématique.

Un député (MCG) demande si M. De Filippo a des exemples d'institutions publiques qui ont des assurances privées perte de gains comme l'IMAD. Par ailleurs, il aimerait savoir quels sont les exemples d'abus qu'il y a, dans le privé, au niveau des assurances pertes de gain ; constate-t-on vraiment des assurances qui coupent parfois les vivres à certaines personnes, est-ce que la CGAS intervient parfois sur ce genre de choses ou ces affaires sont-elles directement traitées par des avocats mandatés par le syndicat ou d'autres.

M. De Filippo ne peut pas donner d'exemples, à part l'IMAD, d'établissements publics qui ont contracté une assurance perte de gains privée. Par contre, il peut signaler que la problématique qu'il a pu rencontrer à l'époque comme secrétaire syndical dans ce secteur, c'est la confusion des rôles qu'il peut y avoir entre, d'un côté, le médecin-conseil de l'IMAD (il est employé de l'IMAD avec une fonction de médecin du travail au sein de l'entreprise), qui a pour mission de suivre les situations de santé des collaboratrices et collaborateurs dans une perspective de pouvoir les accompagner et, si possible, agir sur les causes de la maladie et à faire des recommandations à l'égard de la hiérarchie pour agir sur les causes qui sont parfois liées aux conditions de travail où l'on trouve des solutions à l'interne

(changement de poste, etc.) et, de l'autre côté, une assurance perte de gains qui a son propre médecin-conseil. Il peut ainsi arriver d'avoir des avis contradictoires entre le service de santé du personnel et l'assurance externe. Quand l'assurance dit que le collaborateur peut reprendre et que le médecin-conseil dit qu'il ne peut absolument pas reprendre, cela met le salarié dans une position extrêmement compliquée, mais cela met aussi l'employeur dans une position compliquée parce qu'on se demande alors quel avis prime. Avoir un système mixte paraît donc plus compliqué et plus susceptible de créer des problématiques plutôt que d'en résoudre.

Concernant le secteur privé, M. De Filippo n'a pas en tête des assurances plus problématiques que d'autres. Elles sont relativement toutes assez sévères. Évidemment, comme mentionné dans l'exposé des motifs, il y a eu l'affaire de la clinique Corela, qui était en dessous de tout, qui a heureusement été réglé. Il y a quand même de nombreux cas où le malade qui est envoyé au médecin-conseil de l'assurance est à peine vu par ce dernier qui décrète une reprise du travail alors que le médecin traitant dit le contraire. Il est extrêmement compliqué de gérer ces situations parce qu'on entre dans un débat d'expertises médicales. De part et d'autre, on peut demander des expertises médicales, mais elles sont extrêmement coûteuses et, le cas échéant, on peut aussi entreprendre des démarches judiciaires extrêmement complexes et longues et qui, dans l'intervalle, placent le salarié dans une situation compliquée. En effet, on dit au salarié qu'il peut reprendre le travail, mais que, en fait, il ne peut pas reprendre le travail. L'employeur non plus ne sait plus à quel saint se vouer. Toutefois, la plupart du temps, dans le secteur privé, il résilie les rapports de travail à partir du moment où l'assurance perte de gains a fermé le robinet des indemnités perte de gains et que le salarié ne peut pas reprendre son activité. Il faut savoir que la personne ne peut pas s'inscrire au chômage parce que, de l'avis de son médecin traitant, elle n'est pas apte à travailler et n'est donc pas plaçable au sens du chômage tandis que l'assurance perte de gains dit qu'elle peut retravailler. Du coup, une démarche AI est impossible. Il ne reste donc plus que l'aide sociale pour autant que la personne ait encore le droit à l'aide sociale, c'est-à-dire après avoir vendu tous ses biens, pour autant qu'elle en ait quelques-uns. On imagine bien ce que cela signifie pour les travailleurs d'aller demander l'assistance publique. On est véritablement avec ce type de problématiques dans le cadre des assurances pertes de gains.

En termes de jurisprudence, le Tribunal fédéral a admis, y compris pour les assurances sociales, l'exigence de réduction du dommage de la part des assurés. Il arrive ainsi de plus en plus fréquemment que les assurances perte de gains disent que la personne ne peut plus faire son métier, mais qu'elle peut en faire un autre, charge à son employeur de trouver un poste, mais l'assurance

arrête le versement de l'indemnité perte de gains parce que la personne pourrait faire autre chose. Il se trouve que faire autre chose, ce n'est pas le salarié qui choisit, mais l'employeur qui doit d'abord regarder s'il a un autre poste de travail à fournir, une autre fonction ou des conditions aménagées. La décision finale revient donc à l'employeur et non à l'assuré. Finalement, celui-ci ne peut pas agir sur la réduction du dommage. Selon la CGAS, c'est une dérive de la jurisprudence dans ce champ de l'assurance perte de gains maladie.

**Audition de M<sup>me</sup> Fabienne Payré, co-présidente, Avenir syndical et de M. Alain Magnenat, membre du comité et délégué pour la question de la perte de gains maladie, Avenir syndical**

Le président aimerait savoir quels documents les auditionnés ont reçus et s'ils ont eu connaissance des amendements qui ont été présentés.

M. Magnenat répond qu'ils ont effectivement eu connaissance du projet de loi et des amendements.

M<sup>me</sup> Payré indique que, pour les auditionnés, il est important de parler de cette assurance perte de gains. Ils sont présents aujourd'hui parce que M. Magnenat est expert en assurances sociales et qu'elle-même est « historienne ». Il est vrai qu'ils travaillent depuis un certain temps sur ces assurances perte de gains qui les ont interrogés. Ainsi, cette démarche autour du projet de loi 12428 et des propositions du Conseil d'Etat les ont vraiment alertés. Ils voulaient donc présenter leur point de vue.

M. Magnenat explique que tout démarre dans le rapport de la Cour des comptes n° 119 en juin 2017.<sup>14</sup> Celui-ci disait que la cotisation prélevée sur les salaires n'a pas de base légale, qu'il faut la supprimer et qu'il y a 2,3 millions de francs qui sont pris sur les employés de la fonction publique à tort avec d'autres problématiques qui sont relevées. Suite à ce rapport qui dit aussi qu'il faudrait analyser la pertinence de rester en auto-assurance ou d'aller sur une assurance perte de gains maladie privée, le DF a présenté un projet d'assurance perte de gains maladie privée. Parallèlement, il y a eu le projet de loi 12428 déposé par M. Dandrès. Avenir syndical a alerté la commission sur le fait qu'il fallait un débat qu'il n'y a pas vraiment eu puisque le Conseil d'Etat a toujours présenté ce projet d'assurance perte de gains maladie privée comme un fait

---

<sup>14</sup> Rapport de la Cour des compte, n°119-2017 " Audit de gestion et financier portant sur les charges du personnel de l'Etat de Genève"

<https://cdc-ge.ch/publications/audit-de-gestion-et-financier-portant-sur-les-charges-de-personnel-de-letat-de-geneve/>

avec des dates d'entrée en vigueur. Dès ce moment, Avenir syndical a essayé d'alerter les députés et de dire qu'il faut un débat démocratique.

Maintenant, Avenir syndical s'est prononcé plusieurs fois, y compris par écrit. Il a des échanges de courriers avec le Conseil d'Etat, qu'il peut probablement fournir à la commission,<sup>15</sup> pour avertir des dangers de l'assurance perte de gains maladie privée, des intrusions que cela pouvait avoir, des effets néfastes aussi combinés avec des facilitations de licenciements. Ils ont alerté sur ces risques et ils ont suggéré que le débat se fasse démocratiquement sur ce projet de loi. Ils ont aussi constaté les amendements et, pour eux, le projet de loi répond globalement à toutes les attentes.

Tout d'abord, le projet de loi répond aux attentes légales parce qu'il fixe un calcul de primes dans la loi, ce que la Cour des comptes a dit, il y a cinq ans, et qui faisait défaut. Ensuite, il y a toute une série de mécanismes qui sont garantis. Il y a ainsi le droit au traitement pendant 730 jours qui est actuellement dans le règlement et qui serait donc mis dans la loi, ce qui est une bonne chose pour les auditionnés. Avec l'amendement de la députée (S), il y a aussi une extension de la protection et de la couverture du droit au salaire pour les employés en contrat à durée déterminée et qui seraient malades à la fin de leur contrat.

Les principales préoccupations des auditionnés sont donc résolues par ce projet de loi. L'Etat garde une auto-assurance (on peut dire autofinancement ou financement interne si parler d'auto-assurance ne convient pas aux règles de la FINMA), une sorte d'échelle de Berne, qui est prévue par le Code des obligations, mais améliorée. Il y a aussi une protection contre le licenciement pour ne pas licencier rapidement les personnes qui seraient en arrêt de travail, une couverture pour les contrats à durée déterminée et une couverture pour la première année. Il y a aussi un effort important puisque la prime payée par les employés de l'Etat et de tous les établissements publics concernés ne serait plus à 0,1%, mais probablement à un taux plus élevé puisqu'il correspondrait à un dixième du taux d'absence maladie. Cela pourrait ainsi faire tripler ou quadrupler ce que les employés du secteur public paient actuellement, mais cela reste convenable par rapport à ce qui est pratiqué dans le privé et permettra aussi de justifier la pérennité du système d'autofinancement et les améliorations de la couverture qui sont apportées dès la première année et pour les personnes en contrat à durée déterminée.

M<sup>me</sup> Payré ajoute que 0,1% représente 2,3 millions de francs. On voit également que 4,6% du budget est consacré aux traitements pour maladie. Cela

---

<sup>15</sup> Annexe 8 "Courrier de la Présidente de la Délégation du Conseil d'Etat aux ressources humaines à Avenir Syndical du 5 juillet 2021"

voudrait donc dire que, si on arrivait vers les 10%, avec 0,4%, on arriverait à 100 millions de francs. Cela montre bien que, même si on augmentait, on ne va pas jusqu'à la loi et au projet de loi qui est proposé entre 0,1% et 0,9%, mais qu'on est juste dans la médiane. M<sup>me</sup> Payré ajoute que les auditionnés proposeraient de faire, non pas une cotisation en fonction des secteurs, mais de faire une moyenne sur tout l'Etat. Cela serait aussi plus solidaire, par rapport aux métiers pénibles et aux métiers où il y a plus d'absences, pour ne pas les pénaliser.

Concernant les commentaires et les propositions d'amendement du département, ce sont beaucoup de prétextes sur lesquels ils peuvent répondre, le cas échéant par écrit. Pour eux, à part quelques changements de termes (par exemple remplacer auto-assurance par autofinancement), le projet de loi avec l'amendement de la députée (S) a leur soutien entier.

Un député (MCG) aimerait entendre les auditionnés sur l'IMAD qui a un système d'assurance privée pour la perte de gain maladie. Il demande s'ils ont une information sur la manière dont cela se passe à l'interne. Il souhaite également savoir quelles pourraient être les conséquences pour le personnel du fait qu'une assurance privée s'occupe de la perte de gains maladie.

M. Magnenat indique, concernant l'IMAD, que l'on voit que le système coûte très cher. Dans les fiches de paies qui leur ont été montrées par certains de leurs membres, on peut voir que la cotisation prélevée pour une infirmière ou une aide-soignante est de l'ordre de 5% du salaire. C'est ainsi un coût énorme qui est reporté sur les employés, ce qui n'est pas forcément une bonne chose. Il faut savoir que l'assurance privée n'est pas là pour faire de la philanthropie ou du bénévolat. Elle est là pour faire un bénéfice. Donc, l'absence maladie va engendrer un coût et ce n'est pas uniquement ce coût qui va être la prime à l'assureur perte de gains maladie. Il va aussi y avoir son coût de fonctionnement et son bénéfice puisque c'est une entreprise lucrative. Ensuite, il y a tout un jeu de concurrence relativement malsain. Si l'assureur a calculé une prime qui ne couvre pas ses frais, il va devoir rentrer dans ses frais pour ne pas faire de déficit. Le moyen qu'il a, c'est de faire des examens et des expertises relativement orientés pour stopper les indemnités.

Les commissaires ont peut-être entendu parler du cas de la clinique Corela. M. Magnenat travaille à l'assurance invalidité depuis 18 ans et il voit donc depuis longtemps les cas de maladie de longue durée et la pratique des assureurs privés. Il y a ainsi un intérêt logique à ne pas verser d'indemnités, à faire une expertise et à dire à la personne qu'elle peut reprendre son travail ou lui dire qu'elle ne peut pas reprendre son travail, mais qu'elle peut reprendre une activité adaptée et lui laisser un délai de trois à quatre mois. Cela se fait même chez les employeurs publics (il ne l'a pas vu à l'IMAD) qui ont une

assurance perte de gains maladie privée. L'assureur dit que l'incapacité n'est pas justifiée et il stoppe les indemnités. L'employeur public doit alors quand même continuer le traitement. Donc, finalement, il a payé une prime et il paie quand même encore le traitement. Pour Avenir syndical, le principal risque, si l'Etat ou les entités publiques font un contrat avec une assurance perte de gain maladie privée, c'est qu'il va y avoir une pression qui n'est pas forcément juste et qui est orientée sur les employés avec des expertises et des examens orientés dans un sens voulu et un assureur qui va avoir accès à des données. En effet, quand il y a des expertises et des dossiers d'assurance, il y a le parcours professionnel de la personne, son salaire, etc. Parfois, les case-managers posent des questions sur les relations avec la hiérarchie. Un assureur perte de gains maladie privé peut être très intrusif et donc avoir des informations très sensibles sur le personnel de l'Etat (cela peut être des cadres de l'Etat, des magistrats, des policiers, des enseignants, des secrétaires généraux, des greffiers, etc.). Pour les auditionnés, c'est vraiment un gros danger qu'un assureur privé ait accès à ce type d'informations.

Le projet du département consiste, en résumé, à économiser les cotisations sociales (AVS, AI, chômage, APG) en passant par des indemnités maladie. Cela représente un trou de cotisation pour les employés et le paiement d'une prime à un assureur privé. Le calcul du Conseil d'Etat est de dire qu'il y aura une économie sur les cotisations sociales plus grandes que la prime qui va être payée à l'assureur privé et que l'Etat et les employeurs publics feraient ainsi une opération positive. Pour les auditionnés, il n'est pas concevable de privatiser la couverture maladie et de détourner des cotisations sociales solidaires vers les bénéficiaires d'un assureur privé.

Le président note que les auditionnés ont évoqué un taux de cotisation de 5% sur les salaires qui leur a été montré par certains de leurs membres. Il demande s'il est possible de transmettre à la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat une fiche de salaire caviardée de toute mention des noms pour qu'elle puisse se rendre compte de cela. Il est surpris par cette information parce que cela ne correspond pas à ce que la commission a entendu jusqu'à présent.

Un député (EAG) remercie les auditionnés pour la précision de leurs arguments. Cela corrobore ce qu'il pense, notamment par rapport à l'expertise qu'ils avaient faite en Ville de Genève entre une privatisation des prestations et le fait que la Ville de Genève soit son propre assureur. Par ailleurs, ce qui l'intéresse, ce sont les contrats à durée déterminée, c'est-à-dire les personnes qui sont engagées pour des missions et qui ne sont pas couvertes aujourd'hui. Il demande quels intérêts les auditionnés verraient à ce que ces gens soient couverts par une assurance privée.

M. Magnenat répond que deux cas de figure se posent. Il y a le cas d'une personne qui est malade à la fin de son contrat à durée déterminée et celui d'une personne qui est malade après la fin de son contrat. Effectivement, pour une personne qui tombe malade après la fin de son contrat, c'est là où il y a le seul avantage. Ainsi, une personne qui est en bonne santé à la fin de son contrat, si elle est affiliée à une assurance perte de gains maladie privée, elle peut demander un libre passage et continuer à être assurée de manière individuelle. C'est ce qui passe aussi avec l'assurance accident. Celle-ci se termine 30 jours après la fin des rapports de travail, mais il est possible de la prolonger pour 180 jours en disant qu'on n'est plus dans un contrat collectif, mais qu'on est prêt à payer une prime pour continuer son assurance. Dans la réalité, cela se fait très peu parce que, quand une personne n'est plus dans un contrat collectif et doit payer sa prime elle-même, la prime en question est relativement chère (elle se chiffre en centaines de francs) et il n'y a pas toujours des possibilités selon le lieu de domicile. Une personne qui a fini son contrat, soit elle est réengagée par un autre employeur et elle a donc une nouvelle couverture (échelle de Berne, couverture perte de gains maladie privée ou couverture d'un employeur public), soit elle va au chômage. Dans ce dernier cas, elle se retrouve à 70 ou 80% de son salaire et, si elle tombe malade pendant qu'elle est au chômage, les prestations cantonales du chômage en cas de maladie (PCM) vont la couvrir. En fait, une personne qui va au chômage a déjà une couverture maladie qui est offerte par le chômage. Elle est toutefois assez restreinte puisque ce n'est pas 720 ou 730 jours. Dans la pratique, d'après son expérience, il est assez rare qu'une personne le fasse, à moins qu'elle sache qu'elle va être opérée ou qu'elle va avoir une incapacité de travail maladie de longue durée. Finalement, le bénéfice d'avoir ce libre passage n'est pas aussi fantastique parce qu'il y a un gros coût et qu'une personne qui va au chômage a, elle aussi, une protection qui n'existe, sauf erreur, qu'à Genève et dans le canton de Vaud. Si elle retrouve un employeur, elle aura alors la protection via son employeur.

Il y a aussi les personnes qui tombent malades à la fin de leur contrat. L'amendement de la députée (S) prévoit que la couverture continue pour la durée du contrat. Ainsi, quelqu'un qui a eu un contrat de six mois peut être couvert durant six mois. Cela offre une protection intéressante. Quelqu'un qui tomberait malade dans le cadre d'une assurance perte de gains maladie privée, cela va dépendre des contrats. En effet, à part un petit pourcentage de contrats LAMal qui n'existent presque plus, la plupart des contrats sont de droit privé selon la loi sur les contrats d'assurance. Ce sont alors les conditions générales du contrat entre l'employeur et l'assurance qui fixent tout cela. Certains contrats prévoient que la personne malade continue à être payée, sans devoir

payer leur prime, mais beaucoup de contrats prévoient que la personne malade à la fin de son contrat, si elle veut continuer à être indemnisée après son contrat, elle doit faire ce même libre passage et payer sa prime elle-même. Cela fait que, dans la pratique, il a vu plus de personne dire qu'elles s'inscrivent au chômage parce que, pour quelqu'un qui pourrait retravailler dans une activité adaptée, c'est financièrement plus intéressant d'être au chômage à 70% ou à 80% que de toucher 80% de l'indemnité journalière maladie et de devoir payer une prime de plusieurs centaines de francs.

Un député (EAG) a une question au niveau statistique par rapport aux gens que les auditionnés rencontrent. Il aimerait savoir si ceux qui ont un contrat de travail qui se termine, quand ce sont des contrats à durée déterminée, par rapport à ceux qui ont une assurance privée qui pourrait payer les primes, représentent le gros de l'expérience des auditionnés par rapport à l'amendement qui est proposé.

M. Magnenat indique que, d'après son expérience, dans les contrats privés, peu de personnes font un passage de libre passage, sauf des personnes qui sont certaines qu'elles vont avoir des opérations ou autres. Pour les personnes malades à la fin de leur contrat, cela peut poser différents problèmes, notamment de domicile. Selon les assureurs et selon les contrats, les personnes domiciliées en France perdent cette possibilité. Par rapport aux discussions que les auditionnés ont eues avec le département et le Conseil d'Etat, ils n'avaient pas une assurance que ces indemnités puissent continuer sans qu'il y ait un paiement de cotisations et que cela soit ouvert aussi pour les personnes domiciliées en France. Il faut dire que, du moment où Avenir syndical a pris position contre le projet d'assurance perte de gains maladie privée, ils n'ont plus tellement été inclus dans les débats au niveau des informations.

Un député (UDC) trouve que les auditionnés sont un peu sévères avec les assurances privées. En effet, il y a la protection des données et donc les assureurs ne vont quand même pas aller vendre les éléments comme cela a pu être fait dans d'autres domaines et où cela a été racheté par des Etats. On est quand même dans un Etat de droit et il y a quand même des protections.

Il indique que la commission n'a pas eu le même son de cloche concernant les taux prélevés sur le personnel, en l'occurrence en cas de perte de gains maladie. Il a lui-même une entreprise dans le domaine du bâtiment et, alors que c'est théoriquement un métier à risque, puisqu'il est dans le domaine du bois, ce taux est sauf erreur à 0,97% par employé (c'est paritaire) sur la perte de gains maladie et à 0,28% pour l'accident. Donc, quand les auditionnés parlent de 5%, cela paraît vraiment énorme. Il souhaiterait donc que la Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat puisse avoir des éléments sur ce différentiel.

Les auditionnés précisent qu'ils vont vérifier.

Un député (UDC) a un employé de son entreprise qui est dans une situation de perte de gains maladie. Il voit ainsi ce que demande son médecin et ce que demande l'assurance privée et il pense qu'il finira certainement à l'AI. Il aimerait donc savoir si les auditionnés voient le même genre de problématique et s'ils ont, le cas échéant, recours à des expertises ou à l'avis d'un autre médecin.

M. Magnenat dirait qu'il y a déjà une très grande différence entre les assurances privées et les assurances sociales. Ces dernières sont régies par la loi sur la partie générale du droit des assurances (LPGA) qui prévoit des règles. C'est ainsi la Chambre des assurances sociales qui gère les litiges. Donc, un assureur social, que cela soit l'assurance accident, le chômage, l'AI ou la LPP, fait un projet de décision ou fait une décision où l'on peut demander une décision sur opposition. On peut donc dire qu'on n'est pas d'accord et redemander une décision sujette à recours. Ensuite, le recours a lieu à la Chambre des assurances sociales et les frais sont relativement faibles. Il n'y a pas non plus besoin de prendre d'avocat. Quant à l'assurance privée, elle envoie un courrier – ce n'est pas une vraie décision – et il faut ensuite intenter une action en justice, quasiment toujours avec un avocat, au siège de l'assureur privé. Cela a donc des coûts énormes et cela n'a pas du tout la protection et les garanties de la LPGA. Le député (UDC) a parlé de l'assurance invalidité où M. Magnenat travaille. Il faut savoir que la loi a été modifiée au 1<sup>er</sup> janvier et que les experts doivent maintenant enregistrer les expertises et éventuellement les produire si la personne assurée les demande. On va ainsi publier des listes d'experts. Il y aura aussi des données sur le résultat des expertises pour dire combien sont en faveur de l'assurance et combien sont plutôt en faveur de l'assuré. Il y a donc une certaine transparence et une procédure qui est juste.

Cette semaine, M. Magnenat a vu le cas d'un assureur privé qui fait une expertise dans le domaine du bâtiment. L'expert a dit que l'incapacité est justifiée. Donc, après la suspension des indemnités, l'assureur a repris leur versement. Ensuite, il organise une deuxième expertise qui suspend les indemnités journalières. Un mois après cette deuxième expertise, l'expert dit, contrairement au psychiatre traitant et au médecin traitant, que la personne peut reprendre et que l'assureur verse les indemnités journalières rétroactivement jusqu'à la date de l'expertise qui a eu lieu il y a un mois. L'employeur se demande alors s'il peut licencier. La personne assurée se demande ce qu'il se passe durant ce mois où elle n'est pas indemnisée, mais où elle ne peut pas s'inscrire au chômage puisqu'elle est sous contrat et qui se demande de quoi elle va vivre. On arrive donc sur ce type de situations. Par rapport à la protection des données, M. Magnenat invite les commissaires à faire une

recherche sur la clinique Corela qui a été fermée par les pouvoirs publics avec toutes les dérives qu'il y a eu. Il connaît beaucoup de dérives qui n'ont pas forcément été étalées dans la presse et qui n'étaient pas forcément des dérives qui ont permis la fermeture, mais des rapports d'expertise de copier-coller qui ont été saisis dans d'autres pays que la Suisse. Ce sont des choses qui arrivent chez les experts. Là, on peut se poser la question de la qualité et de la sécurité de ces expertises.

Une députée (S) relève que les commissaires avaient entendu qu'il n'y aurait pas une grande incidence, avec le projet du Conseil d'Etat, si on ne reverse pas les cotisations sociales parce que ce sont surtout de bas revenus et, donc, une masse moins importante et que, au final, l'absence maladie est moins constatée dans les classes supérieures où c'est à peine 2%. Cette économie sur les cotisations est un des avantages qui a été mis en avant dans le projet du Conseil d'Etat. Elle aimerait donc savoir quelle est la répercussion de ce non-prélèvement des cotisations sociales.

M. Magnenat indique que pour les personnes en incapacité de travail, si la personne ne cotise pas, c'est forcément une lacune. Il faut savoir que, pour avoir la rente AVS ou AI maximum, il faut avoir cotisé sans interruption depuis l'âge de 21 ans jusqu'à l'âge de la retraite légale ou jusqu'au moment de l'invalidité. C'est la première base de calcul que l'on appelle l'échelle (l'échelle 44 si elle est complète). Ensuite, il y a le revenu moyen. On fait ainsi un revenu moyen sur toutes les années cotisées réindexé et il faut avoir cotisé quelque chose comme 86 000 F par année en moyenne pour avoir les 2 390 F de rente. Actuellement, au niveau des statistiques de l'OFAS, chez les hommes et les femmes célibataires en Suisse, le pourcentage de personnes qui touchent la rente pleine est de moins de 20%. Il y a donc de moins en moins de personnes qui touchent ces 2 390 F. Plus on va vers des situations complexes, notamment les divorces et les séparations, plus c'est compliqué.

Il ne suffit pas de faire le salaire moyen des gens qui travaillent à l'Etat et de dire que 10% des gens sont en dessous de ce 86 000 F et que cela ne toucherait donc que 10% des personnes. En effet, même des personnes qui gagnent plus, il va peut-être leur manquer des années de cotisations. Il n'y a donc pas un calcul fiable qui peut être fait. Si la personne a été malade durant une année et qu'elle n'a pas cotisé durant cette période, au moment de l'AVS, il va lui manquer une année de cotisation. Pour quelqu'un qui va s'inscrire au chômage, il va aussi lui manquer une année de cotisation. Ainsi, une personne qui s'inscrit au chômage et qui sort de maladie, elle a une libération du délai de cotisation, mais elle a uniquement 90 indemnités alors que quelqu'un ayant cotisé va avoir le droit à beaucoup plus d'indemnités (une année et demie ou deux ans d'indemnités pour les personnes de plus de 50 ans).

Une députée (S) mentionne que dans l'amendement qu'elle propose, il y a la poursuite du versement du traitement pour une durée égale à celle du contrat de travail. Dans l'amendement du département, il y a un alinéa problématique indiquant que « le versement de l'indemnité cesse au plus tard à la fin des rapports de service ». Elle se demande comment c'est conciliable avec la poursuite de la protection pour les CDD.

M. Magnenat répond que, soit l'employeur trouve une solution et continue à verser le traitement, soit on peut imaginer que les rapports de service soient prolongés comme si une personne est licenciée en temps inopportun. La fin du contrat ou la fin des rapports de service sont ainsi prolongées. Donc, quelqu'un qui serait malade à la fin de son contrat à durée déterminée, qui va avoir le droit à six mois d'indemnités, son contrat serait prolongé de six mois, le temps qu'elle touche ses indemnités.

Une députée (S) souhaite savoir si, parmi les membres d'Avenir syndical, il y a des retours de personnes qui, dans le régime de traitement actuellement en place, ne reçoivent pas leurs cotisations sociales.

M. Magnenat signale que, aux HUG, des membres leur ont posé la question parce qu'ils ont reçu des fiches de paie avec des versements rétroactifs de salaires en plus. En fait, au bout d'un certain temps d'absence, on leur a reversé les cotisations. Ils se sont donc retrouvés avec une situation meilleure en arrêt de travail qu'en étant employé puisque leur salaire net se rapproche de leur salaire brut quand les HUG ne prélèvent pas les cotisations sur la part employé, ils ne versent probablement pas non plus leur part employeur, ce que les employés ne voient pas. C'est là que cela fait des trous de cotisations.

Un député (S) comprend que les auditionnés ont des éléments à l'appui de personnes qui viennent avec ces problématiques.

M. Magnenat signale qu'ils ont des membres qui leur ont fourni leur fiche de salaire pour leur demander pourquoi ils recevaient davantage. Ils ont regardé cela avec les secrétaires syndicaux et ils ont constaté que les cotisations AVS, AI, chômage (cela ne touche pas le deuxième pilier) n'étaient plus prélevées et qu'elles étaient reversées à la personne.

### ***Discussion interne***

Un député (EAG) a l'impression que l'on tourne autour du pot. Il se demande s'il ne faudrait pas auditionner le Cartel intersyndical.

Le président signale que l'audition du Cartel intersyndical n'a pas été demandée, y compris par EAG. En revanche, le 16 juin 2022, il a reçu une demande du Cartel intersyndical qui souhaite être entendu comme il avait reçu

une demande du Palais de justice d'être attendu. Il souhaite donc savoir s'il y a une opposition à l'audition du Cartel intersyndical. Il prend note que ce n'est pas le cas.

Une députée (S) estime qu'il serait bien d'avoir ces informations d'Avenir syndical en support des travaux de la commission. Il faudrait savoir qui dit faux et qui dit vrai.

Le président fait remarquer que c'est la raison pour laquelle il a fait cette demande aux derniers auditionnés. Il n'a pas vu les documents d'Avenir syndical, mais si la commission a de tels documents, elle interpellera l'IMAD et le président de son conseil d'administration pour obtenir copie des contrats caviardés aussi.

Une députée (S) note qu'il y a aussi la problématique des cotisations sociales. On a parlé du taux de prélèvement, mais on a aussi parlé des cotisations sociales. Elle rappelle qu'elle avait demandé aux HUG, comme elle l'a fait aujourd'hui à Avenir syndical, de savoir si on reverserait les cotisations sociales si elles étaient prélevées. Les HUG avaient répondu positivement et Avenir syndical répond maintenant négativement. Elle aimerait donc aussi avoir des éléments à ce sujet.

Le président pense que la commission pourra voir cela sur la même fiche de salaire. Cela étant, la position de l'IMAD est effectivement qu'ils encaissent eux-mêmes et qu'ils reversaient le salaire. Ils n'utilisaient pas comme tiers payant, mais ils se remboursaient eux-mêmes. En effet, il y a deux systèmes légaux. Si les indemnités sont versées directement à la personne assurée, il n'y a pas l'obligation de prélever l'assurance sociale. Si c'est reversé par l'employeur, l'obligation demeure. Quant aux HUG, vu qu'il n'y a pas d'assurance privée, il n'y a donc pas cette problématique. En revanche, c'est le cas à l'IMAD.

Un député (EAG) indique que ce qu'il a entendu sur toutes ces affaires, c'est que le service du personnel fait un peu sa cuisine, passe des contrats avec les uns et les autres, retient ou ne retient pas et c'est tellement loin que les magistrats ne s'en préoccupent pas forcément. Ainsi, il invite les commissaires à se préoccuper finement de ces problématiques. En effet, le fait de ne pas payer les cotisations enlève des droits à l'AVS. Ensuite, il est bien trop tard quand les gens se rendent compte qu'ils ont perdu un ou deux ans. C'est assez bizarre comme pratique, si elle se confirme, que les HUG remboursent des cotisations et, donc, s'exonèrent de la part employeur parce que, au final, c'est l'employé qui va perdre une année de cotisation AVS.

Le président fait remarquer qu'on n'a pas cette problématique aux HUG, mais à l'IMAD.

Un député (EAG) précise que ce qui a été dit par Avenir syndical, c'est aux HUG aussi. Ils ont vu des fiches de paie des HUG où l'on ne prélevait pas les cotisations sociales.

Le président posera aussi cette question parce que cela paraît invraisemblable puisqu'il n'y a pas d'assurance aux HUG.

**13. Séance du 26 août 2022 dédiée à l'audition du Cartel intersyndical en présence de M<sup>me</sup> Sandra Froidevaux, secrétaire syndicale au SIT, représentante du Cartel intersyndical et de M<sup>me</sup> Chadlia Balhi Keller, membre du bureau de l'union du corps enseignant secondaire genevois, représentante du Cartel intersyndical**

M<sup>me</sup> Balhi Keller précise que l'ensemble des organisations syndicales membres du Cartel a voté pour que cette assurance perte de gain reste en autofinancement. Elle tient à préciser que sa présence à la commission permet d'annoncer que le Cartel intersyndical soutient globalement le PL 12428 proposé par M. Dandrès et amendé par une députée (S) tout en reconnaissant l'effort que le Conseil d'Etat a fait envers leurs revendications, et elle précise que le Cartel rejette ce que le Conseil d'Etat propose.

M<sup>me</sup> Froidevaux met en évidence l'importance du projet, qui permet de rajouter une garantie dans le cas du traitement des maladies et accidents dans une période de 730 jours. Elle insiste sur le fait qu'on parle bien de traitement et non pas d'indemnités, les traitements étant soumis à cotisation des assurances sociales et pas les indemnités. Elle considère qu'il y a de grosses lacunes dans le cas de la couverture des indemnités en cas de maladie et d'accident, notamment pour la première année de service et pour les personnes qui sont en contrat de durée déterminée. La première année de service est très problématique, car la couverture actuelle n'est qu'après deux mois d'arrêt, on touche 50%, mais après il n'y a plus rien. Les femmes enceintes sont notamment concernées par cela, car il arrive souvent qu'il y ait des absences pré-maternité. Cela veut dire qu'elles ne doivent pas tomber enceintes durant la première année d'engagement à l'Etat sinon elles se retrouvent sans revenu.

M<sup>me</sup> Froidevaux a déjà vu des cas à l'Etat de personnes licenciées juste après la protection du code des obligations de six mois alors qu'elles étaient encore en arrêt. Ces personnes-là se retrouvent dans des situations où elles ne peuvent pas s'inscrire au chômage, car elles sont en arrêt de travail, ce qui les met dans une situation de précarité sans revenu. Ce projet de loi permettrait de leur offrir une protection contre le licenciement pendant 730 jours.

M<sup>me</sup> Balhi Keller aimerait toutefois rajouter que si on reprend les amendements proposés par le Conseil d'Etat, dans certains cas selon son

commentaire, il y a le risque d'aboutir à l'anti-sélection de personnes provenant d'autres services mentionnés à la LPAC. Elle imaginerait que le collaborateur, ici infirmière par exemple, qui a fini son contrat aux HUG, devienne après employée au DIP. Une attestation de décompte de jours à l'arrêt pourrait être demandée au premier jour d'arrêt maladie dans le nouveau poste. Cela permettrait de transmettre une information importante auprès du nouvel employeur et en même temps de préserver la confidentialité pour que la personne ne subisse pas une anti-sélection comme évoquée par le Conseil d'Etat.

M<sup>me</sup> Balhi Keller tient également à rajouter que le taux d'absence de 1/10 est beaucoup défendu au sein du Cartel intersyndical. Naturellement, il y a des taux d'absence qui varient d'un département, d'un office, à l'autre, mais le Cartel fait preuve de solidarité et veut que ce taux soit unifié.

Elle donne l'exemple des chiffres de 2019 et non des derniers chiffres de la communication de juin de M<sup>me</sup> Fontanet en raison de l'aspect conjoncturel Covid et post Covid, et indique qu'on pourrait avoir une moyenne de 0,4%.

M<sup>me</sup> Froidevaux précise qu'en ce qui concerne la crainte exprimée par le Conseil d'Etat de voir les personnes abuser d'arrêts maladie peut être résolue, car il y a toujours une possibilité de faire appel à un médecin-conseil, donc si l'employeur a des doutes sur la véracité d'un arrêt maladie il y fait appel et cela garantit qu'il n'y a pas d'abus.

M<sup>me</sup> Balhi Keller mentionne M. Yvan Roux, directeur de l'Unité d'affaires Entreprises de courtier Suisse chez SRC que l'OPE a sollicité pour obtenir son avis dans le cas d'une privatisation. Il évoque dans un article paru, dont elle n'a pas la date, mais qu'elle transmettra,<sup>16</sup> la question sensible des données, qui est quelque chose à considérer et ne pas mettre de côté. Rester dans un autofinancement signifie que les collaborateurs de l'état autofinancent leur assurance. Cet aspect-là n'est donc pas soumis à la loi du marché. Elle fait part d'un extrait parlant de M. Roux indiquant que celui-ci a dénoncé une pratique un petit peu faussée, car la libre concurrence entre les assureurs ne fonctionne pas vraiment ; si on veut changer d'assureur, il faut payer plus cher donc ça coûte plus cher pour les employés et pour l'Etat.

Un député (PDC) cherche à obtenir les chiffres de personnes licenciées pendant leur CDD pendant leur arrêt maladie, par opposition à des personnes qui auraient été licenciées à l'état, à savoir si statistiquement ce sont des cas plus théoriques que réels. Il parle aussi des femmes enceintes.

---

<sup>16</sup> Annexe 9 "Article Le Temps du 19.10.2021 intitulé "L'assurance perte de gain maladie, un marché bloqué"

M<sup>me</sup> Froidevaux ne peut pas donner de statistiques de licenciement de gens avant les 730 jours, mais affirme qu'il existe des cas de licenciements avant d'arriver à la fin du droit au traitement.

Un député (PDC) demande si elle a l'impression que ces cas concernent une majorité de personnes.

M<sup>me</sup> Froidevaux répond par la négative en indiquant toutefois que ces cas existent alors qu'ils ne devraient pas exister à l'Etat. Dans le privé, la différence est que quand on est malade on reçoit des indemnités même en cas de fin de rapports de travail. Donc si quelqu'un qui a une longue maladie comme le cancer par exemple se fait licencier après 6 mois, il continue à toucher des indemnités, car il ne peut pas s'inscrire au chômage. Elle rappelle qu'en cas de maladie et de licenciement de l'Etat après 6 mois, la personne n'aura pas droit à des indemnités perte de gain, ni au chômage donc ce qui reste est l'hospice général, et encore il y a des critères. Et pour toucher l'AI il faut un an d'absence.

M<sup>me</sup> Balhi Keller précise qu'en termes de statistiques, elle ne sait pas si celles de l'Etat ont été comptabilisées, mais elle a vu des cas qui montrent qu'il y a des failles à combler.

Une députée (S) revient sur les propos concernant le taux de cotisation. Elle indique que le Conseil d'Etat a avancé des critiques sur son amendement. Elle cherche confirmation que la position du Cartel est de vouloir privilégier un taux de cotisation unique, amenant à enlever cette partie dans l'alinéa qui concernerait respectivement chaque employeur.

M<sup>me</sup> Balhi Keller confirme et fait part du bilan social de l'Etat de 2019 qui était de 0,46% et qui serait entre 0,23 et 0,85% pour les autres entités. Mettre dans la loi un prélèvement de 0,1 à 0,9% serait donc raisonnable et faisable. Elle ajoute que ce projet de loi remplit la recommandation de la Cour des comptes qui était de trouver une solution à ce prélèvement de, pour l'instant, 0,1% sur les traitements et qui n'est pas légal. Elle pense que le projet de loi amendé par une députée (S) permet de moduler ce taux. Elle précise que le traitement des magistrats n'est pas touché, mais qu'ils profitent du système donc en cas de maladie le magistrat bénéficie d'assurance perte de gain, des mêmes avantages que les autres collaborateurs. Il faudrait donc qu'ils cotisent, car c'est une inégalité de traitement.

Le président informe qu'on devrait normalement privatiser pour les magistrats.

Un député (PDC) revient sur les deux propositions issues de l'exposé du Cartel sur le PL, soit premièrement l'exemple de l'infirmière des HUG qui

rejoint le DIP. Il n'a pas très bien compris le mécanisme proposé dans ce cas-là de communication des absences.

M<sup>me</sup> Balhi Keller précise qu'elle n'est pas députée donc ne propose pas, mais qu'en réponse à la critique du Conseil d'Etat à l'al. 3 de l'amendement de la députée (S), le Cartel indique vouloir le garder. Contrairement au Conseil d'Etat qui voudrait biffer cet al. 3, les auditionnées suggère de peut-être réfléchir à une attestation de décompte pouvant être exigée quand le collaborateur obtient un nouveau poste. Donc dans le cas de l'infirmière qui quitte les HUG et est recrutée par le DIP en tant qu'infirmière scolaire, qui travaille quelques mois et tombe en arrêt maladie, à ce moment-là la communication des absences de son ancien employeur pourrait être transmise.

Un député (PDC) a des doutes en ce qui concerne le problème de la protection des données dans le cas où il serait exigé de l'infirmière qu'il donne l'attestation indiquant qu'il était malade chez son ancien employeur.

M<sup>me</sup> Balhi Keller pense que l'argument donné par le Conseil d'Etat pour biffer l'al. 3 n'est pas suffisant et qu'il faudrait trouver une solution pour éviter le risque si le risque existe.

#### **14. Séance du 16 septembre 2022 dédiée à l'audition d'Avenir syndical en présence de M<sup>me</sup> Fabienne Payré, coprésidente à Avenir syndical et de M. Alain Magnenat, délégué membre du comité à Avenir syndical**

Le président remercie les auditionnés de leur présence et propose aux députés ayant demandé l'audition de poser leurs questions.

Un député (MCG) aimerait comprendre l'intérêt d'avoir cette loi, précisément parce qu'il a retenu que passer par cela fait gagner de l'argent à l'Etat, il cherche donc à connaître les conséquences négatives pour le fonctionnaire d'Etat qui serait assuré directement par les compagnies privées.

M. Magnenat indique que le premier avantage du PL par rapport au projet du Conseil d'Etat est une mise en conformité avec la loi. Il précise que le rapport 119 de la Cour des Comptes<sup>17</sup> en juin 2017 a mentionné que la cotisation perçue actuellement sur le salaire des fonctionnaires de 0,1%, n'était pas suffisamment ancrée dans la loi. Elle a donc demandé à l'OPE et au Conseil d'Etat en 2017 de proposer des modifications légales afin de résoudre ce problème.

---

<sup>17</sup> Rapport de la Cour des compte, n°119-2017 " Audit de gestion et financier portant sur les charges du personnel de l'Etat de Genève"  
<https://cdc-ge.ch/publications/audit-de-gestion-et-financier-portant-sur-les-charges-de-personnel-de-letat-de-geneve/>

Un autre avantage du PL est qu'il permet non seulement de régler la question des cotisations et de sortir de l'illégalité, mais il ancre aussi la couverture du droit au salaire des 730 jours dans la loi, qui se trouve actuellement que dans le RPAC. Ce règlement peut changer, alors qu'une loi est une garantie pour un fonctionnaire. Il poursuit en indiquant que c'est aussi la garantie de ne pas être licencié pendant une période de maladie ou accident tant que ce droit reste en cours comme cela se fait dans d'autres secteurs privés tel que celui du bâtiment.

Cependant, le risque avec un projet de perte de gain maladie privée, est l'intrusion d'un assureur dans les dossiers du personnel et d'obtenir des informations, ce qui engendrerait une certaine perte d'autonomie de l'Etat. Il indique qu'il y a aussi une difficulté à revenir en arrière une fois qu'un employeur quitte le système d'autofinancement de la maladie, concluant une prime d'assurance maladie.

En termes de finances, entre l'audition du mois de juin et celle d'aujourd'hui, le projet de budget de 2023 et les plans financiers quadriennal ont été déposés. Selon les chiffres du DF, il y aurait une projection d'un éventuel gain de 9 millions avec le système d'assurance perte de gain maladie privé.

Toutefois, dans le rapport de la Cour des comptes de 2017 il était dit que les 0,1% de ce qui était prélevé sur les salaires des fonctionnaires et employés d'Etat correspondaient à 2,3 millions prélevés illégalement. Ce chiffre devrait selon lui s'élever à 2,7 millions aujourd'hui au vu de l'évolution des charges du personnel. Si le PL 12428 est voté et que le prélèvement de la cotisation devenant légal est fixé sur l'absence de maladie, il y aurait une augmentation de 0,1 à 0,5% ce qui amènerait à 13,5 millions pouvant être prélevés. Ce serait une augmentation de 10 à 11 millions. Cela veut dire que le PL est financièrement, même pour les comptes de l'Etat, beaucoup plus intéressant que ce qui est annoncé dans le plan financier quadriennal.

Un autre élément important de ce projet de loi est qu'il maintient aussi les cotisations premier pilier (AVS, AI, chômage, perte de gain) pour les fonctionnaires qui sont en maladie. Ils auraient des éventuels droits au chômage si après leur maladie ils ne peuvent pas reprendre leur poste, ainsi qu'une meilleure couverture dès la première année pour les personnes en CDI. C'est à la fois un avantage pour le personnel de sécuriser la maladie, et c'est un avantage pour l'Etat employeur et tous les établissements publics autonomes appliquant la LPAC, subventionnés ou non, qui auraient des prélèvements supplémentaires. Le résultat financier serait plus intéressant.

Un député (MCG) comprend que les assurances privées pourraient avoir connaissance d'éléments confidentiels, comme les problèmes psychiques de quelqu'un. Il relève qu'en cas de dysfonctionnement d'entité privée, il pourrait y avoir un certain nombre de données confidentielles du régalién qui iraient dans le domaine privé. Le projet du Conseil d'Etat l'inquiète sur ce point-là.

M. Magnenat lui indique que ses inquiétudes sont justifiées. Il précise que dans le système de perte de gain maladie privé tel qu'il existe, dans l'immense majorité des cas, une annonce des maladies se fait après 30, 60 ou encore 90 jours. Au moment de la déclaration de maladie, l'employeur donne déjà des éléments indiquant que la personne est malade, comme son nom, sa fonction, et son salaire.

Dans le projet du Conseil d'Etat, il y aurait une activation d'assurance dès le premier jour d'absence et non pas dès le 30<sup>e</sup>, afin de maximiser la non-déduction des cotisations sociales. Certaines données seraient donc transmises à l'assureur à partir de ce moment-là. Les assureurs en perte de gain maladie paient et demandent des renseignements. Cela dépendrait des relations que l'Etat employeur fixe avec l'assureur, mais dans la plupart des situations c'est l'assureur ensuite qui peut demander des justificatifs au médecin traitant, comme des rapports médicaux. Il peut également demander des expertises s'il a des doutes sur l'incapacité de travail du fonctionnaire. Cela fait que beaucoup de données sont transmises.

En théorie, les assureurs distinguent dans leur personnel les personnes s'occupant de l'administratif du service médical, de l'assureur qui est censé seul avoir accès aux documents médicaux. Dans la pratique, ce sont les administratifs et gestionnaires qui vont demander ces rapports médicaux, qui les reçoivent et qui ensuite jugent s'il faut consulter les services médicaux. Ils décident ensuite s'il y a une expertise ou non. Selon M. Magnenat, il y a de très fortes probabilités que des données salariales, de postes, ou d'absences soient premièrement données, et ensuite des données médicales. Il y a tout de même un risque qui est que l'office du personnel de l'Etat soit sous pression de l'assureur qui dit que l'incapacité n'est pas justifiée et qu'il refuse donc de payer. Cela arrive souvent dans le système d'assurance perte de gain maladie classique.

Une députée (S) indique que les auditionnés ont fait parvenir des documents à la commission en réponse à la question qui était de savoir quel était le taux de cotisation pratiqué dans les institutions mentionnées<sup>18</sup>. La

---

<sup>18</sup> Annexe 10 "Complément d'information d'Avenir syndical du 6 juillet 2022", Annexe 11 "Lettre des HUG avec le décompte IMAD" et Annexe 12 "Décompte Vessy"

réponse a été donnée durant l'audition, à savoir 0,1%. Elle aimerait savoir quelle est la part employé/employeur et si ces institutions donnaient des indemnités ou si les personnes étaient en traitement plein.

M. Magnenat indique que les documents envoyés concernaient l'IMAD et la maison de Vessy comme employeurs publics, qui sont passés à l'assurance perte de gain maladie privée. La cotisation à l'IMAD était bien de 0,1% pris sur le salaire et le reste pris par l'employeur. Il est observé du calcul sur la base des fiches de paie que l'assurance perte de gain maladie se monte à 4,42%. Le délégué ajoute que c'est ensuite une assurance complémentaire accident, ce qui fait un total d'à peu près 5% du salaire. A la maison de Vessy, il y a un partage en deux, soit 3,225% pour l'employé et la même pour l'employeur ce qui amène à un total de 6,45%.

M<sup>me</sup> Payré fait remarquer une baisse de prestations, l'assurance mettant une pression étant donné qu'il y a trop de personnes malades. Elles ne veulent pas augmenter la cotisation, mais sont sensibles au fait qu'elles ne peuvent pas donner la prestation dans la totalité donc il y a une baisse du salaire. Le jeu n'est plus dans les mains de l'Etat mais des assurances privées. Par ailleurs, elle est consciente que le taux ne peut pas rester à 0,1%. Cela n'est pas jouable à long terme. Le Pl va vers une cotisation qui semble répondre à la charge nécessaire dans le domaine en arrivant à compenser une maladie. Le résultat est un équilibre au sein de l'Etat.

M. Magnenat relève que ce qui est vu sur les fiches de paies est que bien que ce soit le salaire et le traitement qui soient assurés à 100%, les HUG et la maison de Vessy remboursent les cotisations du premier pilier. Donc la personne en absence, au lieu d'avoir son traitement brut et des cotisation AVS, AI, chômage, APG, est remboursée et elle se retrouve avec un salaire net meilleur et des lacunes de cotisations pour sa future rente AI ou AVS et ses droits au chômage. L'employeur ne versant pas sa part de cotisation fait une économie là-dessus. C'est une grosse problématique pour de nombreuses personnes qu'il serait bien de régler dans un projet de loi.

Un député (PLR) cherche à savoir si une partie du personnel de l'Etat est soumis à la SUVA.

M. Magnenat indique que oui, à SUVA et Helvetia. Il précise que l'assurance accident est une assurance sociale. Elle a des règles de fonctionnement avec la chambre des assurances sociales et il y a des possibilités de faire opposition.

## **15. Séance du 2 décembre 2022 dédiée à l'audition M. Patrick Becker, secrétaire général du Pouvoir Judiciaire et de M<sup>me</sup> Catherine Vernier, directrice des ressources humaines**

Le président demande aux auditionnées si la commission leur a soumis un PL avec ou sans amendement.

M. Becker répond qu'ils ont un PL et un amendement général. Il remercie la commission de les recevoir. Il aimerait évoquer les prestations actuellement fournies par les employeurs publics et le Pouvoir judiciaire en cas d'incapacité de travail et la situation actuelle en cas d'insuffisance des prestations. C'est important de distinguer ces deux choses, car le PL a l'effet d'apporter un traitement égal aux deux situations et leur compliquerait particulièrement la vie. Les prestations actuelles sont déjà très importantes ; en comparaison intercantonale, le cadre est particulièrement protecteur dans ce domaine, il impose une gestion des Ressources Humaines et est très attentive aux situations de santé. Le Pouvoir judiciaire a mis en place une politique pour tenir compte de ce cadre, dont l'un des principes est le suivant : ils ne licencient pas pour des raisons de santé. Chaque situation de santé fait l'objet d'un suivi avec un dispositif multidisciplinaire (ligne managériale, ressources humaines, médecine du travail), le but étant de favoriser le plus vite possible un retour au travail, y compris en dialoguant avec le médecin traitant, avec l'AI, en cherchant des emplois compatibles avec l'état de santé de la personne. Il donne un exemple récent : un greffier du Pouvoir judiciaire était en incapacité de travail ; ils lui ont trouvé un emploi au Pouvoir judiciaire comme commis de greffier à mi-temps et il bénéficie d'une rente à mi-temps. Le Pouvoir judiciaire a décidé d'accroître encore ses prestations en cas d'incapacité de travail dans le RPPJ, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Les employés du Pouvoir judiciaire sont au même régime que les fonctionnaires. Dès le premier jour d'activité, ils bénéficient de la même protection. Les incapacités de travail pour maladie prénatalité ne sont plus décomptées lorsqu'on calcule le délai de protection du salaire. On distingue les maladies prénatalité des autres maladies. Même chose pour les hospitalisations des nouveau-nés, on ne tient pas compte de ces incapacités dans le délai de traitement.

En ce qui concerne l'insuffisance des prestations, tout employeur, privé ou public, doit gérer l'insuffisance des prestations, toute institution doit avoir une politique de gestion des RH avec pour objectif d'acquérir, de conserver, de développer des compétences qui sont nécessaires à la bonne qualité des prestations. La gestion du personnel implique la gestion de l'insuffisance des prestations. On a un cadre légal très protecteur dans ce domaine également, qui impose aux employeurs et aux cadres d'accompagner ces situations d'insuffisance des prestations avec beaucoup de doigté. Il n'est pas rare qu'un

membre du personnel tombe malade au moment où l'évaluation des prestations commence à être négative. Dans ce cas-là, l'incapacité de travail est directement liée à l'évaluation des prestations ou à une future procédure de reclassement ou licenciement. Si on comprend l'intention du PL de protéger les collaborateurs et collaboratrices, ils pensent qu'il est contre-productif, y compris pour les collaborateurs et collaboratrices. Actuellement, lorsque la personne tombe malade dans le cadre d'une évaluation négative, le processus de reclassement, de résiliation des rapports de services, ou d'accompagnement de recherche d'un nouvel emploi peut se poursuivre. Très fréquemment cela permet un processus d'acceptation de la personne employée. Cela n'est possible que parce que la procédure peut être à un moment enclenchée. Avec ce PL, ce qu'ils craignent, c'est qu'on va, alors même que l'activité professionnelle et le rapport entre employeur et employé est à l'origine de la situation de santé, faire en sorte qu'elle perdure deux ans. Le risque est qu'on n'arrive plus à convaincre le collaborateur ou la collaboratrice d'entrer dans une démarche d'écoute. Tout ce qui a été mis en place pour se mettre autour de la table et trouver une solution risque d'être mis en cause par ce PL. Il attire vraiment l'attention sur le fait que pour les autres collaborateurs et collaboratrices, vivre avec des employés qui ne donnent pas satisfaction en voyant que l'employeur ne réagit pas, c'est quelque chose de très délétère. D'autres objets dans le PL les interpellent : plusieurs dispositions traitent l'ensemble des employeurs de manière globale en additionnant les contrats qui peuvent être conclus auprès d'un employeur autonome. C'est susceptible d'induire des réticences des employeurs publics à engager des collaborateurs et collaboratrices venant d'autres employeurs publics. Ils ont identifié des problématiques de confidentialité des données. Là, un certain nombre de données devraient être transmises aux autres employeurs publics. Une disposition vise à financer le traitement de l'indemnité au-delà d'un CDD qui serait terminé : ils sont dans l'incompréhension en tant qu'employeur. Ils comprennent assez mal le concept de payer quelqu'un au-delà des rapports de service pour une durée équivalente à la durée des services lorsqu'il a bénéficié d'un contrat de durée déterminée. L'ensemble des cadres sont du même avis, ils sont plus liés aux bonnes pratiques managériales.

### *Questions des commissaires*

Un député (PLR) demande d'abord quelle est l'évolution du taux d'absence pour des raisons de maladie. Ensuite, il demande comment ils arrivent à identifier les maladies dues à des causes endogènes et les maladies qui sont induites par la première confrontation du collaborateur ou de la collaboratrice à une insuffisance des prestations.

M. Becker répond qu'ils enverront l'évolution du taux d'absence par écrit. Si on enlève les maladies prématernité, qui représentent un taux d'absence malgré tout, ils en sont autour de 6,4%, avec une bonne hausse au trimestre 2022 liée aux absences Covid.

Toute situation de santé est suivie par la Cellule santé du Pouvoir judiciaire. Dans ce cadre-là, ils demandent toujours aux collaborateurs et collaboratrices s'ils estiment qu'il y a un lien avec l'activité professionnelle. Ils s'étaient rendu compte que les chiffres étaient assez convergents. L'avis du collaborateur, du cadre, des RH et de la Cellule santé était assez similaire. Ils étaient à un taux qui pouvait varier entre 20 et 25%, où l'activité professionnelle n'était pas forcément la cause mais il y avait un lien. Quand on a un processus d'évaluation, il y a des échanges entre le cadre et le collaborateur ou la collaboratrice, certaines choses lui sont dites et écrites, de manière à ce qu'ils comprennent les constats qui sont faits. Et des mesures sont mises en place. On n'est pas dans un processus de résiliation, mais ils identifient les pistes de résolution de ces lacunes. Ils se retrouvent 3, 6, 9 mois plus tard et procèdent à nouveau à une évaluation. Il faut être conscient du fait que certains collaborateurs ne sont pas toujours d'accord avec cette évaluation. Il faut trouver une solution. Il donne l'exemple d'un greffier juriste qui ne donne pas satisfaction dans une juridiction, qu'ils accompagnent et qui évoque que l'environnement n'est pas favorable pour lui. On le change de juridiction. Les qualités de prestations sont toujours insuffisantes. On met en place des coachings, de l'accompagnement, etc. L'insuffisance des prestations se confirme. Au moment où ils l'évoquent, la personne employée se met en arrêt de travail. Ils lui annoncent qu'ils entrent dans une démarche qui peut aboutir soit à un reclassement soit à une résiliation des rapports de service.

Un député (EAG) souhaite situer d'où il parle avant de donner son avis : il a introduit les insuffisances de prestations dans les statuts de la ville de Genève. Il pense donc que c'est un instrument pour discuter, mais là où il ne suit pas M. Becker, c'est pour les situations où ils donnent l'impression de se mettre à la place des médecins. Il y a des cas extrêmement compliqués, et la personne n'est pas obligée de leur dire ce qui va ou ne va pas. Ils présupposent que tout cela avec cette protection va complètement bouleverser la situation, alors qu'ils ont des moyens de discuter. Quant à la facilité, il pense qu'il faut faciliter le

changement d'institution et il n'y a pas de conditions à donner, sinon la mobilité à l'intérieur de l'Etat est complètement galvaudée.

M. Becker insiste sur le fait que s'ils ont mis en place une Cellule santé avec un médecin du travail, c'est qu'ils visent à préserver le secret médical. Donc il est exclu d'exiger des collaborateurs et collaboratrices qu'ils et elles se livrent à des problématiques liées à leur état de santé s'ils ne le veulent pas. L'objectif est qu'ils puissent prendre contact avec le médecin du travail. Rien n'est communiqué à l'employeur. Ensuite, le médecin du travail « sort du bois » parce qu'au bout d'un moment il est plus facile de travailler avec son employeur lorsqu'on partage certaines informations qui permettront de trouver la solution idéale. Il donne le cas d'une femme employée, qui donnait entièrement satisfaction, mais dont la situation s'est dégradée suite à un cancer. Ils ont accompagné cette personne jusqu'au bout. Les situations où la maladie n'est pas liée à l'activité professionnelle sont déjà traitées comme le député le souhaite.

S'agissant de la mobilité, il y a une gestion des RH qui est propre à chacun des milieux. Et l'objectif de favoriser une mobilité sans condition, respectivement d'imposer à un service ou à une autorité quelqu'un au motif qu'il appartient déjà à l'Etat, représente un gros risque. Ils ont quand même pour objectif de fournir la meilleure qualité de prestations aux concitoyens. Depuis qu'ils sont employeurs autonomes, ils n'ont jamais autant participé aux échanges avec d'autres employeurs.

Un député (PDC) demande quel est le pourcentage des employés qui proviennent d'autres services de l'Etat. S'agissant de l'art. 98 al. 1, le dernier paragraphe dit que « les rapports de service du membre du personnel incapable de travailler pour cause de maladie ne peuvent pas être résiliés jusqu'à l'expiration de ces 730 jours ». Il demande si cela signifie que si on déplace le collaborateur dans un autre service de l'Etat, on doit arriver à une résiliation des rapports de service, qui est interdite par ce même article. Il demande s'il s'agit d'une résiliation par consentement mutuel. Enfin, il demande quel est le statut du médecin du travail et du médecin-conseil du Pouvoir judiciaire, s'ils interviennent en tant que salarié ou sur mandat.

M. Becker pourra lui donner les chiffres concernant le pourcentage d'employés provenant d'autres services de l'Etat. S'agissant des médecins, le poste de médecin du travail a été créé à partir de 2015. Ils s'étaient rendus compte que le service santé de l'Etat n'était plus en mesure de fournir ces prestations au Pouvoir judiciaire. Le délai de réception par le médecin du travail de l'Etat était de 90 jours au minimum. En accord avec l'office du personnel de l'Etat, ils ont créé une Cellule santé, composée de 2 personnes : un médecin du travail, salarié du Pouvoir judiciaire, et une assistante

spécialisée. Ils sont évidemment soumis au secret médical. Le médecin-conseil intervient sur mandat, mais c'est vraiment rare. Ensuite, pour la question de la résiliation, à partir du moment où une personne va trouver un nouvel emploi, il part du principe qu'un accord doit être trouvé pour la résiliation des rapports de travail.

Un député (MCG) demande quel est le bilan de mesures qu'ils ont prises et, sur une échelle de 1 à 10, quelle est leur appréciation et si leur projet et bilan de ces mesures est partagé avec l'Etat.

M<sup>me</sup> Vernier répond 7 ou 8. M. Becker explique que cela dépend d'où on se place. Sur l'absentéisme, 3 ou 4 ; 7 à 8 sur le plan qualitatif. M<sup>me</sup> Vernier précise qu'ils ne sont pas allés dans les détails, mais elle a présenté leur système de gestion des absences au collègue spécialisé des RH.

Une députée (S) pense malgré tout que les choses vont l'une avec l'autre. Il a raison d'appuyer sur le fait que ce n'est pas dans l'intérêt de la personne de s'extraire longuement du marché du travail, mais la loi ne peut pas tenir compte de tous les effets pervers qu'il a mentionnés. Elle pense important d'avoir cette protection. Au sein du Pouvoir judiciaire, actuellement la pratique est d'un prélèvement de 0,1%. Elle demande qui bénéficie de cela et qui cotise. Elle a cru comprendre que les magistrats du Pouvoir judiciaire ne se voyaient pas prélever des cotisations, mais bénéficiaient pourtant de ces prestations.

M. Becker répond qu'ils ont un système très complet aujourd'hui. Ce que le PL prévoit rend potentiellement pathologiques des situations qui aujourd'hui ne le sont pas. Sur les cotisations, elle a tout à fait raison. Et c'est insatisfaisant. La commission de gestion travaille actuellement sur un règlement qui prévoit cette déduction du traitement des magistrats. Il devrait être adopté durant le premier semestre 2023.

Une députée (S) trouve singulier de voir des personnes qui ne cotisent pas bénéficier de ces prestations. Concernant les contrats à durée déterminée dont la période de couverture serait équivalente à la période du contrat de travail, elle lui demande s'il en fait une lecture qui pourrait aller dans le sens que la fin des rapports de travail pourrait intervenir à la fin du délai de couverture.

M. Becker n'avait pas compris cela. Ce serait encore plus fort que ce qu'il pensait. Si on avait une assurance perte de gain comme certains employeurs privés, certaines dispositions prévues ici pourraient avoir tout leur sens. Ici, le système vise à faire perdurer des rapports de service ou alors verser un traitement alors que les rapports de service ont pris fin. C'est difficilement compréhensible.

Un député (PDC) demande quelle est la répartition des postes (magistrats, greffiers, etc.) au Pouvoir judiciaire et demande si les incapacités de travail explosent après les deux premières années de travail.

M. Becker répond qu'il y a 153 postes de magistrats titulaires ; le reste sont des collaboratrices et collaborateurs. Les magistrats sont élus par le peuple ou le Grand Conseil. Les collaborateurs sont soumis à la LPAC et à la LTrait. Après deux ans de travail, ils sont soumis au règlement spécifique (RPPJ). Concernant la deuxième question, il dirait que non. Depuis 2021, ils ont décidé de mettre les employés au même régime que les fonctionnaires. Ils n'ont pas vu de détérioration de l'absentéisme suite à cette introduction de leur régime.

Un député (PLR) demande s'ils ont évalué le coût de l'entrée en vigueur d'une telle loi.

M. Becker répond que non, mais qu'il serait énorme, parce que le coût de remplacement d'un collaborateur absent est énorme. Il pense que la disposition légale risque d'induire de l'absentéisme qu'il n'y a pas aujourd'hui. Il est convaincu que cela va en créer.

Un député (MCG) demande leur avis sur le fait d'externaliser des données médicales sur les magistrats. Ce sont des données confidentielles et il y a toujours un risque, mais il se demande s'il n'y a pas un risque supplémentaire avec une assurance privée externe, comme soutenu par le projet du Conseil d'Etat. Il demande s'ils ont évalué ce risque ou pas.

M. Becker répond qu'une assurance privée selon un concept « Stop loss » présente des problématiques similaires à une assurance maladie par exemple. Il n'est pas sûr que ce serait rédhibitoire comme problématique. M<sup>me</sup> Vernier ajoute qu'ils avaient identifié quelques risques, sauf erreur, par rapport à l'annonce des cas d'absence.

M<sup>me</sup> Flamand-Lew rappelle que le projet du Conseil d'Etat ne s'applique pas à l'ensemble des entités soumises à la LPAC. C'est la différence avec le PL qu'ils traitent ici.

Un député (S) part du principe que toutes les personnes désirent avoir une activité. A ce titre-là, le système mis en place n'est pas en contradiction avec le PL. La personne peut avoir un temps à disposition, mais peut revenir au travail bien avant si on l'accompagne. Ensuite, la proposition du PL sur les cotisations doit en principe permettre de satisfaire le coût engendré par cette période de maladie.

M. Becker comprend bien l'objectif du premier point. Il faut partir de ce principe-là, mais le fait est qu'on va se retrouver dans des situations où les personnes ne seront pas incitées à revenir. Quand l'employé considère que son employeur est injuste avec lui, c'est déjà compliqué aujourd'hui. Il n'ose pas

imaginer ce que ce serait à l'avenir avec un tel système. Sur le deuxième point, il ne faut pas mésestimer le coût qu'implique l'acquisition des compétences, le coût du recrutement, etc.

**Audition de M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du département des finances et des ressources humaines, accompagnée de M<sup>me</sup> Ursula Marti, cheffe du service juridique de l'OPE, de M. Fabrice Moore, économiste à la Direction budget et outils de pilotage de l'OPE**

Concernant la position du DF sur l'amendement général, ils souhaiteraient rendre la commission à nouveau attentive à certains éléments problématiques. Le PL initial, tout comme l'amendement<sup>19</sup>, s'applique à l'ensemble des employeurs soumis à la LPAC, ce qui pose de gros problèmes opérationnels et, pour certains, remettrait en question leur dispositif de gestion des absences. La commission n'a même pas encore auditionné l'ensemble des entités auxquelles ce PL s'appliquera.

L'interdiction de résilier les rapports de service pendant 730 jours (art. 9b al. 1 de l'amendement) représente un fort risque de blocage, néfaste tant pour l'employeur que pour les personnes concernées. Elle pense en particulier aux collègues des personnes absentes qui ne pourront pas être remplacées. De plus, il sera impossible de licencier pendant 730 jours même si la procédure de résiliation est entamée avant la maladie. C'est problématique parce qu'aujourd'hui les collaboratrices et collaborateurs bénéficient déjà de ce délai de 730 jours, mais avec ce PL cela signifie que tout le monde pourra se déclarer malade à tout moment et bénéficier de 730 jours d'absence. Cela peut se traduire dans différentes situations : d'abord, l'employeur peut constater des insuffisances de prestations et ne peut pas résilier les rapports de service pendant 730 jours si la personne se met en arrêt maladie. Cela signifie que pendant 2 ans, la personne ne reviendra pas et ce seront les collègues qui devront assumer le travail. Un des éléments essentiels du plan « Absence » est de s'occuper des présents. L'absence est susceptible d'entraîner de nouvelles absences. Si on ne s'occupe pas des présents, on entre dans un mécanisme qui aura des répercussions globales sur l'ensemble des collaborateurs. Dans ce contexte, on mettrait des personnes dans une situation où elles doivent fournir davantage de travail pendant deux ans. On manquerait de ressources dans un service pour mener à bien les missions publiques. Il y a aussi beaucoup de cas de personnes qui, à partir du moment où elles voient que la situation commence à se gâter, se mettent en arrêt maladie. Et cela à l'aide de la complaisance des

---

<sup>19</sup> Annexe 13 "Amendement général (S) du 19 octobre 2022"

médecins. Un autre cas important est celui du harcèlement sexuel : l'employeur ne pourra pas mettre fin aux rapports de service pendant 730 jours. La personne se met en arrêt maladie et est protégée pendant 730 jours quoi qu'il arrive. L'employeur peut aussi constater un comportement inadéquat à l'encontre de ses collègues (pas forcément à caractère sexuel) : à nouveau, la personne pourra se mettre en congé maladie et bénéficier de 730 jours. Cela pose un problème.

La poursuite du versement du traitement après la fin des rapports de service est envisageable dans le cas d'un contrat privé avec un assureur, mais pose des problèmes très importants lorsque c'est l'Etat qui assume l'administration de l'absence. Ce sont des éléments qui ne peuvent pas être mis en place comme cela, ce n'est pas une simple décision politique de protection. On ne peut pas pénaliser des services et mettre l'employeur dans une situation dans laquelle il ne peut pas payer et verser les traitements qui sont dus.

Sur l'addition des contrats avec différents employeurs, l'art. 9b al. 3 pose un problème de protection des données lors du passage d'un employeur à l'autre. La transmission de l'historique des absences est susceptible de poser problème et risque de représenter un obstacle à la mobilité entre les établissements soumis à la LPAC, qui est pourtant un objectif de cette commission. Enfin, la mention de la part sur obligatoire de l'assurance accident devrait être assumée par les employeurs sans recours à un assureur privé (art. 9c de l'amendement) et cela risque aussi de poser des problèmes à certains employeurs, notamment dans le secteur de la santé. Certaines spécificités de métiers requièrent des couvertures particulières et certains employeurs ont déjà conclu ce type de couvertures.

Concernant la position du DF sur l'amendement del'art. 9B al. 7 (nouvel alinéa), ils estiment que cela représenterait un surcoût pour l'Etat de 1,5 million de francs par an par rapport à la pratique actuelle, toutes choses égales par ailleurs. Quant à la position du DF sur le deuxième amendement, la formulation est peu claire ; on déduit des débats de la commission que cet amendement vise à prendre en compte le taux moyen d'absences pour maladies dans l'ensemble des établissements concernés. En l'état, on pourrait quand même l'interpréter dans le sens du taux d'absence de l'autorité concernée, puisque le PJ, l'IMAD et l'OCAS constituent chacun une autorité autonome séparée de l'administration cantonale. Cela pose un problème d'interprétation.

Si on considère que la nouvelle formulation vise un taux d'absence globale, la deuxième difficulté sera que cela revient à imposer un taux de cotisation commun unique sans tenir compte des prestations à verser par chaque institution. Les cotisations ne seraient ainsi pas adaptées à la situation de chaque entité. Pour un taux d'absence moyen de 6% par exemple, les

cotisations fixées à 0,6% pour chaque entité pourraient engendrer des bénéfices pour une entité dont le taux d'absence est de 3%, mais des pertes pour celles qui ont un taux d'absence de 8 ou 10%. Or, ces entités sont indépendantes les unes des autres. Elles ne font pas caisse commune sur le financement de leurs absences. Il n'y a pas de solidarité et pas de système de répartition des gains et des pertes.

Du point de vue de l'égalité de traitement, cette nouvelle proposition pourrait également s'avérer problématique puisqu'elle reviendrait à traiter de manière identique ce qui ne l'est pas. La jurisprudence relève que le tarif des primes doit respecter le principe de l'égalité de traitement.

Il faut aussi relever qu'uniquement une partie du personnel de l'UNIGE et de la HES-SO, à savoir seulement le personnel administratif et technique, est soumis à la LPAC. Selon les entités, ce n'est absolument pas la même situation.

Pour ces motifs, le DF n'est pas favorable au PL tel qu'amendé à ce stade<sup>20</sup>. Ils estiment vraiment qu'un travail important doit être fait de façon à ce que si ce PL est voté, il puisse être mis en œuvre. Aujourd'hui, il n'est pas conforme et causerait de très nombreux problèmes, sans compter le fait qu'on peut dire adieu à toute politique RH novatrice au sein de l'Etat parce que plutôt que de faire en sorte que chacun puisse s'épanouir sur son lieu de travail, on va mettre des charges de travail supplémentaire pour remplacer les absents et se retrouver avec des managers qui devront gérer la frustration de leurs équipes. Ils proposent de revenir avec une présentation du plan "gestion de l'absence", récemment adopté par le Conseil d'Etat, ainsi qu'un schéma précis des situations des personnes en lien avec ces 730 jours et faire une casuistique pour identifier celles et ceux qui auraient peut-être besoin d'une protection supplémentaire.

Le président demande une précision de compréhension : par rapport à l'étendue des modifications, un des problèmes soulevés est que toutes les entités sont soumises à la LPAC. Donc à partir du moment où on a affaire à une modification qui figure dans la LPAC, il n'est pas possible de proposer un amendement qui permettrait de limiter cela à certaines entités.

M<sup>me</sup> Fontanet confirme que la LPAC s'applique à tous les établissements. M<sup>me</sup> Marti ajoute que l'art.1 LPAC précise le champ d'application, notamment l'administration cantonale, le Pouvoir judiciaire, les HUG, l'OCAS, l'IMAD. Il serait étrange de prévoir que la LPAC ne s'applique qu'à l'administration cantonale. C'est aussi une volonté des syndicats qu'une base commune s'applique à tous les établissements.

---

<sup>20</sup> Annexe 13 "Amendement général (S) du 19 octobre 2022"

Une députée (S) rappelle que ce PL a été déposé en 2019. Elle regrette qu'ils proposent de leur revenir avec des présentations que maintenant. Il lui semblait que le département devait leur expliquer les incidences précises que cela devait avoir sur les conclusions de contrat en plus des chiffres qu'ils devaient avancer. Il y a un changement majeur qui a été relevé de cet amendement par rapport au précédent : une de leurs critiques a été prise en considération. Ils disaient que le fait de demander un prélèvement de taux qui irait à chaque employeur serait imputé à certaines institutions un taux de prélèvement plus élevé au vu de leur taux d'absence « naturel » pour maladie. Ce que propose ce nouvel amendement, c'est plus de marge de manœuvre ou alors choisir d'avoir un taux unique comme celui qui est actuel. Du reste, un taux unique est actuellement perçu auprès du personnel. Pour ce qui est du projet du DF (recours à une assurance externe), elle demande pour qui il est facile de supporter le coût d'une convention quand les rapports de service prennent fin, à savoir que ces primes prennent l'ascenseur et représentent un coût considérable pour une personne qui continue de s'assurer après son départ tout en étant encore malade.

M<sup>me</sup> Fontanet explique que les primes ne seront pas payées par l'employé parce que c'est l'Etat qui s'assurera et donc il n'y a pas d'auto-assurance de l'employé, c'est l'Etat qui s'assurera auprès d'une entité privée, laquelle fournira les prestations aux collaborateurs et collaboratrices. Il n'y aura pas cette question de primes qui prennent l'ascenseur pour les employés. Sur la question du taux d'assurance, cette question de taux moyen pourrait poser un problème, car dans certains établissements, le taux d'absence est beaucoup plus important que dans d'autres. Il n'est pas le même suivant l'entité qui doit le financer. Cela pose un problème de financement de ces nouvelles prestations qui sont souhaitées. S'agissant des critères d'assurance, l'Etat n'est employeur que des employés du petit Etat. Ce type d'assurance a été pris notamment par d'autres employeurs et c'est auprès d'eux qu'il fallait poser ces questions.

M. Moore précise qu'en assurance perte de gain maladie, l'IMAD a une assurance. Sinon, il y a aussi des assurances sur-obligatoires liées à des métiers pour la partie accidents, principalement dans les métiers de la santé. Une professionnelle de la santé pourrait se trouver séquestrée par un patient, ce n'est pas la LAA classique qui entre en jeu, mais une autre assurance. Ce sont des points qu'il faut discuter directement avec les responsables des métiers. En travaillant sur la LPAC, on l'étend, et donc il y a tout un pan des métiers qui n'a pas été couvert.

Une députée (S) demande s'il ne pourrait pas y avoir une proposition de leur part concernant ces métiers à risque. Les cas qu'ils décrivent ne sont pas la majorité des cas prévus par la disposition sur la part sur-obligatoire, ce sont

des cas-métiers mineurs. Elle demande s'ils ne pourraient pas avoir quelque chose qui prévoit les cas qu'ils mentionnent. En ce qui concerne l'art. 9b al. 2, elle se demande si on peut imaginer que la fin du délai de contrat interviendrait à la fin du délai de couverture de ces personnes qui tombent malades peu de temps avant la fin des rapports de service, mais qui doivent quand même pouvoir être couvertes par la suite parce qu'elles sont malades et ont le droit à une couverture.

M<sup>me</sup> Fontanet explique qu'on ne peut pas verser un montant avec une personne avec laquelle on n'a plus de rapports de service. Or, ce que la députée (S) demande, dans l'amendement général, c'est une protection du traitement pendant les 730 jours. Mais elle ne voit pas à quel titre ils pourraient verser ce montant.

M. Moore aimerait être sûr d'avoir bien compris les propos de la députée : la personne qui tombe malade sera assurée sur la durée de son contrat. Après la fin de son contrat, elle souhaite qu'il y ait un prolongement de son contrat implicite. Ces propos lui sont confirmés, en précisant que la durée de protection serait équivalente à celle de son contrat.

M<sup>me</sup> Fontanet indique que le premier PL de M. Dandrès ne prévoyait pas cette perte de gain. Il a ensuite été amendé. Elle pense qu'il y a une incompréhension de la volonté de l'auteur, qui n'est aujourd'hui plus député. Elle imagine que pour lui c'était très clair, mais pour le département ce n'est pas très clair. Elle se demande si on ne devrait pas prendre contact avec M. Dandrès pour les amendements déposés et voir quelle était sa volonté juridique.

## **16. Séance du 10 février 2023 dédié à l'audition de M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du DF, M<sup>me</sup> Coralie Apffel-Mampaey, directrice générale de l'OPE, M<sup>me</sup> Ursula Marti, cheffe de service du service juridique de l'OPE**

M<sup>me</sup> Fontanet répond à une demande d'audition sur le PL 12428. Elle précise avoir élaboré une présentation complète ayant demandé un travail intensif de l'administration,<sup>21</sup> et qu'ils n'ont reçu que la veille un amendement<sup>22</sup> modifiant la situation actuelle sur laquelle ils s'étaient basés afin de faire la présentation. Celle-ci n'est donc plus actuelle. Elle se demande

---

<sup>21</sup> Annexe 14 " Résiliation des rapports de service et cas de maladie: conséquences en fonction du statut selon la réglementation actuelle et Résiliation des rapports de service et cas de maladie: conséquences en fonction du statut selon le PL 12428"

<sup>22</sup> Annexe 15 "Amendement général (S) du 8 février 2023"

s'il existe un présent intérêt à ce que cette présentation soit tout de même faite ou si les décisions de majorité de la commission sont déjà prises sur la suite de l'amendement donné 24h auparavant. Elle n'est en tout cas pas en mesure de se présenter sur les amendements en ce jour.

Le président tient à faire remarquer qu'un nouveau tableau synoptique a été rapidement fait et rajouté sur Accord, comportant les amendements de la députée (S) de 2021, d'octobre 2022, et les nouveaux également de celle-ci de 2023. Il demande à celle-ci comment procéder face à ces deux amendements.

La députée (S) répond que le nouvel amendement écrase les précédents<sup>23</sup>.

Le président souhaite interroger la commission afin de savoir si celle-ci aimerait la présentation ou non. Il a une deuxième question qui est de savoir si la commission souhaite aussi demander à l'administration un travail complémentaire, l'amendement changeant un peu l'art. 9B al. 1, beaucoup l'art. 9B al. 2, significativement l'al. 3, un petit peu l'al. 4, significativement l'al. 5, et a des adjonctions significatives à l'art. 9C al. 1 et 2 nouveau. Il mentionne aussi la disposition transitoire dont la commission devra discuter.

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'elle a tout de même quelques remarques préliminaires sur le dernier amendement.

Un député (S) comprend que le département a effectué un gros travail, mais il relève que cette loi a été déposée et travaillée il y a 5 ans. Il trouve légitime que la majorité de la commission veuille aller de l'avant et voter une loi permettant aux fonctionnaires d'avoir une assurance en cas de maladie. Rien ne garantit selon lui que le PL, après avoir écouté le département, soit renvoyé à la prochaine séance, car il faudra peut-être à nouveau effectuer des auditions. Il faut donc selon lui prendre une décision définitive à un moment donné, même si la loi n'est pas parfaite. Il pense que l'amendement proposé va permettre d'aller de l'avant.

Un député (PLR) indique avoir des questions de chiffrage essentielles à poser au département afin de pouvoir voter en connaissance de cause.

M<sup>me</sup> Fontanet propose de présenter la présentation envoyée et d'essayer en même temps d'expliquer la différence entre la présentation telle qu'elle est sans l'amendement de la veille, et la situation qu'entraîne l'amendement. Donc sans garantie d'être exhaustive elle aimerait essayer d'expliquer pourquoi c'est une amélioration, pourquoi ça ne l'est pas, et quelles sont les situations que cela permet de maintenir.

M<sup>me</sup> Marti attire l'attention des députés sur le fait que la présentation est faite par rapport à l'ancien amendement sur les alinéas 1 et 2, mais non sur les

---

<sup>23</sup> Annexe 15 "Amendement général (S) du 8 février 2023"

autres alinéas, les remarques ayant déjà été faites. Vu que les deux alinéas ont passablement changés, leur présentation va aussi changer.

M<sup>me</sup> Apffel-Mampaey indique qu'il y a soit une résiliation des rapports de service motivée par des raisons de santé, soit une résiliation des rapports de service motivée par d'autres motifs que la santé, comme l'insuffisance de prestation ou l'incapacité. Elle débute avec les cas de résiliations possibles en cas de maladie.

Elle explique que lorsqu'une personne est atteinte dans sa santé et que sa reprise n'est pas envisageable (slide 4 présentation 1), (ce qui est attesté par le service de santé) il y a une disparition durable du motif d'engagement. Elle ne peut pas être reclassée, car elle est inapte au travail donc au bout de 730 jours, il y a une décision possible de résiliation des rapports de service.

Un autre cas est celui d'une personne malade qui a une incapacité partielle, mais qui peut quand même reprendre un certain type d'activité (slide 5). Le service de santé atteste qu'elle a une capacité de travail résiduelle. La personne entre dans une procédure de reclassement, en général menée par la CRT (cellule de retour au travail) qui propose un ou deux stages de normalement 6 mois maximum, mais pouvant en pratique être plus long, toutes les chances étant mise du côté de ces personnes afin qu'elles puissent trouver une activité convenant à leur état de santé. Si ce n'est pas concluant, l'engagement est résilié conformément à la LPAC.

Elle poursuit avec la slide 6 qui concerne les cas de fonctionnaires en cours de procédure de résiliation pour insuffisance de prestation ou incapacité à remplir les exigences du poste (problèmes de comportement par exemple). Si ce fonctionnaire tombe malade en cours de procédure, celle-ci suit son cours pour la résiliation. La personne aura un entretien de service, mais bénéficiera d'une période de protection définie dans le code des obligations qui va de 90 à 180 jours selon son ancienneté. A l'issue de cette période de protection, si la procédure va jusqu'au bout et que les faits sont avérés, il y aura la résiliation des rapports de service, même si la personne est encore malade.

A la slide 7, concernant l'employé ou l'employée, si celui-ci donne des prestations insuffisantes et tombe malade pendant la période probatoire, mais après qu'une procédure de résiliation de service ait été initiée, il aura un délai de protection en fonction de l'ancienneté (30 jours si 1<sup>re</sup> année de service et 90 jours si 2<sup>e</sup> année de service). A l'issue de ces délais de protection, il y aura résiliation des rapports de service pour le même délai de préavis de 3 mois.

Le dernier cas de la slide 8 concerne l'auxiliaire, et l'agent spécialisé ou l'agente spécialisée, engagés pour une durée indéterminée (avec durée maximale). Elle précise que les auxiliaires sont souvent engagés pour 3 ans de

durée maximale et que les agents spécialisés sont engagés pour réaliser une mission, avec une durée maximale de 4 ans. Si ces gens délivrent des prestations insuffisantes ou s'ils ont des problèmes de comportement, leur engagement peut être résilié avant le terme normal et ils bénéficieront des mêmes périodes de protection, soit 30 jours, 90 jours, ou 180 jours en fonction de leur ancienneté. Bien qu'ils soient malades, les rapports de service pourront être résiliés.

Elle explique que les délais du code des obligations s'appliquent par analogie lorsqu'une personne est en procédure de résiliation et qu'elle est malade.

Concernant les conséquences du projet avec l'ancien amendement, M<sup>me</sup> Marti fait remarquer que l'al. 1 de l'ancien amendement s'applique aux engagements de durée indéterminée et que l'al. 2 s'applique aux engagements de durée déterminée, cette différence étant devenue obsolète avec le nouvel amendement de la veille. Par rapport à ce qui était proposé avant, lorsqu'un employeur veut licencier les fonctionnaires et employés engagés pour une durée indéterminée, ils tombent sous l'al. 1, ce qui signifie qu'il y a un blocage pour la résiliation des rapports de service pour 730 jours si la personne tombe malade à ce moment-là.

La question qui s'est posée est de savoir si du coup les auxiliaires et agents spécialisés engagés pour une durée indéterminée, mais avec durée maximale tombent sous l'al. 1 ou l'al. 2 qui ne parle que de durée déterminée. Or, un engagement de durée indéterminée avec une durée maximale est indéterminé. M<sup>me</sup> Marti s'est également demandée si l'amendement s'applique aussi au corps professoral, aux collaboratrices et collaborateurs de l'enseignement et de la recherche de l'Université, y compris la rectrice ou le recteur. La question se pose aussi pour les membres du conseil de direction, pour les enseignantes et enseignants, et pour les collaboratrices et collaborateurs de l'enseignement et de la recherche de l'HES. Elle se demandait ainsi si c'est pertinent de soumettre ce type de personnel à cette règle. Elle précise qu'avec le changement de la veille il n'y plus de référence à ce type de personnel. Elle indique également que le nouvel amendement ne mentionne pas le personnel soumis à la LIP, soit les enseignants et enseignantes, ceux-ci n'étant visiblement pas non plus touchés par celui-ci. Elle se demande si c'est volontaire ou non.

La députée (S) répond que ce qui était prévu à cet alinéa était que pour tous les contrats de durée déterminée, les auxiliaires ne pourraient plus se prévaloir d'une période de couverture et de protection équivalente à leur durée de contrat. Seules les personnes dont les rapports de service durent seraient soumises à cette protection de 730 jours.

M<sup>me</sup> Marti demande si les auxiliaires engagés de durée déterminée ne sont donc pas touchés par l'amendement.

La députée (S) répond qu'elle ne parlait que des CDI.

M<sup>me</sup> Fontanet lui demande où elle classe les auxiliaires. La députée (S) lui précise qu'ils ne sont justement pas prévus par cette disposition.

Le président demande si les auxiliaires ont un contrat à durée déterminée ou indéterminée. M<sup>me</sup> Marti lui indique que les deux sont possibles.

M<sup>me</sup> Marti relève que dans le nouvel amendement il est dit que toutes les personnes soumises à la LPAC bénéficient de 730 jours de protection. De sa compréhension, cela concerne l'employé engagé de durée indéterminée, le fonctionnaire de durée indéterminée, l'auxiliaire de durée déterminée, l'auxiliaire de durée indéterminée avec durée maximale, l'apprenti, le stagiaire, et le conseiller d'Etat. Tous ces membres sont soumis à l'al. 1 et bénéficient du droit à 730 jours en cas de résiliation des rapports de service.

Une députée (S) rappelle avoir été informée du fait qu'il n'était pas possible de s'occuper d'une personne qui n'est plus sous contrat avec l'Etat, raison pour laquelle elle a évacué ces cas de figure, la personne ne pouvant plus percevoir un traitement vu que c'est de l'autofinancement et pas des indemnités. Elle tient à préciser que l'amendement change significativement pour cela. Toutes les personnes qui tomberaient malades avant la fin de leur service sont couvertes pendant leur service comme elles le sont habituellement, mais ne le seraient plus par la suite. Cela permet d'évacuer certaines catégories citées dans la question.

Le président affirme qu'il leur avait été expliqué que s'il y a de l'auto-assurance, il n'est pas possible d'indemniser au-delà du rapport contractuel, mais uniquement pendant. Il aimerait comprendre si l'idée de la députée (S) est que tous ceux dont l'empêchement de travailler dure au-delà de leur contrat ne seraient pas soumis à ce délai de 730 jours.

Cette députée (S) confirme. Elle indique que légalement elle doit répondre à cette contrainte, donc préfère prévoir une protection pour les personnes qui sont sous contrat. Elle précise ne pas avoir réussi à prévoir quelque chose dans le cadre de l'autofinancement pour des CDD.

Elle rappelle qu'il avait été annoncé qu'ils feraient des modifications compte tenu des débats tenus. Elle fait constater que sur la partie 9c, hormis la disposition transitoire qui doit forcément être prévue, elle n'a pas soumis autre chose. Elle a juste intégré d'autres critiques que le DF avait posées, comme le fait d'introduire le médecin du travail. Une députée (S) rappelle qu'elle avait dit qu'elle ne ferait pas de concessions sur la partie subobligatoire.

M<sup>me</sup> Fontanet montre l'importance de cette discussion, car dans la rédaction ce n'est pas ce qui est compris. Cela veut dire selon elle que le département devra revenir avec des amendements correspondant à la volonté de la députée (S).

M<sup>me</sup> Marti affirme que le fait d'avoir enlevé l'al. 2 va peut-être dans le bon sens, mais qu'il y a le problème des engagements de durée déterminée ou les engagements de durée indéterminée avec durée maximale. Elle prend l'exemple d'un agent spécialisé qui serait engagé pour 4 ans. Elle explique qu'après 1 an, il est auteur d'harcèlement sexuel et l'employeur veut le licencier. L'employeur se dira qu'il le libère les 3 prochaines années, car il ne veut pas prendre le risque que l'agent soit protégé durant 730 jours. Vu que la députée (S) a écrit que tout le monde est concerné, cela comprend aussi les gens engagés à durée déterminée. Donc l'employeur ne va plus résilier les rapports de service des personnes engagées avec engagement de durée indéterminée avec durée maximale ou de durée déterminée. Il attendra la fin de leur engagement.

M<sup>me</sup> Fontanet ajoute qu'il pourrait y avoir une précarisation de ces personnes, car quand des agents spécialisés ou des auxiliaires sont engagés, il y a cette durée maximale. De temps en temps, ils sont engagés pour le délai de la durée maximale, de trois ans par exemple. Elle pense que ce qui va dorénavant arriver avec cette loi qui donnerait une protection accrue est que toutes ces personnes seront engagées pour une durée minimale seulement et, cas échéant, cette durée sera prolongée si tout se passe bien.

Elle relève aussi une précarisation de ces personnes qui espèrent toujours quand elles sont engagées comme auxiliaires dans certains domaines, pouvoir rester, faire leur temps maximal, et ensuite peut-être être prises en remplacement d'un fonctionnaire qui part à la retraite par exemple.

Une députée (S) fait remarquer que les CDI concernent la majorité des cas à l'Etat. Elle relève que M<sup>me</sup> Marti parle de contrat avec des temps définis et rappelle que ces personnes sont des membres du personnel le temps de leur contrat. Donc si les 730 jours sont couverts par ce temps de contrat, ils ont droit à ces 730 jours, mais au-delà, s'ils ont un contrat de 4 ans et qu'ils tombent malade peu de temps avant, ils n'ont pas de couverture qui se poursuit par la suite, car le contrat a pris fin.

Pour ce qui est de mettre fin aux rapports de service sur constat d'une faute grave ou enquête en cours, M<sup>me</sup> Fontanet lui précise ici que les gens se mettent en maladie. Une députée (S) affirme que cela est déjà prévu par une disposition, à savoir par l'al. 3 et s'ils ne le sont pas. Elle indique qu'il faut

savoir faire la différence entre un membre du personnel qui tombe malade et celui qui ne l'est pas.

Un député (S) n'a pas compris l'exemple des 4 ans, soit le fait d'avoir engagé quelqu'un pendant 4 ans, et la non-possibilité de la licencier. La personne ne serait donc engagée que pendant 1 année et non plus 4 ans. Il ne comprend pas pourquoi, car selon lui quelqu'un qui fait un acte répréhensible peut être mis à pied par l'administration.

M<sup>me</sup> Fontanet précise que ces gens se mettent en maladie. Si quelqu'un commet un acte grave, il peut effectivement être demandé qu'il ne vienne plus sur place, mais s'il se met en maladie il aura une protection jusqu'au bout de sa durée.

M<sup>me</sup> Marti ajoute qu'il aurait une protection de 730 jours, car l'al. 1 dit qu'il n'est pas possible de résilier et elle pense que c'est ça le problème.

Si le président comprend bien M<sup>me</sup> Marti, à partir du moment où il y a la survenance du cas assuré pendant un temps donné, il n'est pas possible de dire qu'il reste 293 jours de travail donc que ceux-ci sont indemnisés, car la survenance vient 293 jours avant la fin du contrat. Au moment de la survenance du cas assuré, la personne a droit aux 730 jours.

M<sup>me</sup> Marti confirme et répond que l'employeur se dit qu'il a engagé une personne pour 4 ans à un moment donné. Au bout de 2 ans, il veut la licencier à cause d'harcèlement par exemple, donc il commence une procédure, et à ce moment-là la personne tombe malade. L'al. 1 dit que l'employeur ne peut pas licencier avant 730 jours. L'employeur réfléchit donc et se demande s'il prend le risque que la personne se mette en maladie et qu'il doive le payer 730 jours, ou si plutôt il libère simplement la personne de l'obligation de travailler et au bout de l'engagement celle-ci ne bénéficiera plus de la protection. Avec l'amendement de la députée (S), les gens engagés pour une durée déterminée ont droit aux 730 jours. L'employeur réfléchit donc à chaque fois pour déterminer s'il laisse courir et attend la fin de l'engagement, ou s'il résilie (dès qu'il résilie l'al. 1 s'applique).

Pour les fonctionnaires et employés engagés à durée indéterminée, il n'y a pas de fin, donc si l'employeur veut le licencier il a les 730 jours de protection.

Un député (MCG) estime que si quelqu'un tombe malade, il est malade. Il pense que soit une personne est vraiment malade et il faut la laisser aller de l'avant, soit il y a des suspicions de maladie et là il faut poursuivre le médecin qui a délivré un faux certificat médical.

Une députée (S) affirme que c'est une protection pour les gens qui sont malades, donc les personnes qui sont en incapacité de travail. Les 730 jours ne

courent pas au-delà des rapports de service selon elle et pense qu'au-delà de la fin du contrat la personne n'est plus membre du personnel soumis à cette loi.

Le président lui répond que c'est là qu'il y a une différence d'analyse entre le département et elle-même.

M<sup>me</sup> Fontanet propose de voir avec la députée (S) pour essayer de comprendre pourquoi ils ont une appréciation différente.

Le président pense qu'il y a une incompréhension et propose de poursuivre avec la présentation.

M<sup>me</sup> Marti poursuit et indique que l'al. 2 n'est plus valable et décide de le sauter. Arrivée à la slide 14, elle précise ne pas vraiment comprendre qui est protégé ; dans le cas où quelqu'un est malade et que l'employeur veut résilier les rapports de service pour maladie, l'employeur attend les 730 jours. Elle mentionne deux situations différentes. Il peut y avoir une disparition durable des motifs d'engagement et la personne ne peut plus trouver de poste au sein de l'Etat. La résiliation se fait après les 730 jours. Le PL ne change rien ni avec l'ancien, ni avec le nouvel amendement. Il ne change pas non plus par rapport au fonctionnaire qui ne peut plus retourner à son poste initial, mais peut retourner sur un autre poste. Une tentative de reclassement est faite, mais si rien n'est trouvé, les rapports de service ne sont pas résiliés avant les 730 jours.

A la slide 15 figurent les cas dans lesquels l'employeur veut résilier les rapports de service pour un motif autre que la santé. Par exemple, pour une insuffisance de prestations ou inaptitude, à savoir quelqu'un qui ne remplit pas le cahier des charges ou qui a un comportement inadéquat. Elle affirme que si les rapports de service sont résiliés pour cette personne, elle sera protégée par l'amendement pendant 730 jours (actuellement elle est protégée suivant le nombre de ses années actives à l'Etat, pendant 30, 90 ou 180 jours). Le constat qui est fait ici est que le poste est bloqué aussi longtemps que les rapports de service ne peuvent être résiliés. De plus, comme cette disposition se trouve dans les dispositions générales, la question qui se pose est de savoir si l'art. 9B est également applicable dans le cas d'une révocation. Si tel est le cas, il pourrait y avoir un problème avec la prescription.

La slide 16 donne des indications sur un exemple concret et ne trouve pas nécessaire d'aller plus en profondeur.

La slide 17 concerne l'employé qui se trouve à l'al. 1. Selon l'ancien et nouvel amendement, il est protégé pendant 730 jours. La question qui se pose est celle de savoir si lorsque l'employé dépasse la période probatoire, la procédure de résiliation des rapports de service prévue pour les fonctionnaires (avec motif fondé et reclassement) s'applique. Selon M<sup>me</sup> Marti, la jurisprudence dit que si cette période probatoire est dépassée, la personne ne

devient pas automatiquement fonctionnaire, mais les dispositions relatives aux fonctionnaires s'appliquent. Cela signifie qu'il faut avoir un motif fondé et un reclassement doit être fait. Elle aimerait savoir si cela était voulu par l'amendement (ancien et nouveau).

La slide 18 concerne les auxiliaires et agents spécialisés / agentes spécialisées engagés pour une durée indéterminée avec durée maximale qui tombent sous l'al. 1, et reprend ce qu'elle a dit précédemment, soit que ces gens-là ne seraient plus licenciés, mais les employeurs laisseraient couler leur engagement à l'Etat de Genève. De plus, les résiliations des rapports de service avec effet immédiat ne sont visiblement pas possibles, car la personne malade est protégée.

La slide 19 touche aux explications de l'al. 2 de l'ancien amendement, mais ne trouve pas nécessaire de faire des explications dessus, celui-ci n'existant plus.

M<sup>me</sup> Fontanet ajoute avoir fait la conclusion sur la base de l'ancien document donc ne trouve pas utile de l'expliquer.

Le président aimerait bien que la députée (S) puisse discuter avec le département afin d'avoir une clarté sur les désaccords. Il précise que les autres députés autour de la table peuvent également se joindre à eux s'ils le désirent.

Cette même députée (S) indique qu'elle fera en sorte d'éclaircir la situation au plus vite, car elle souhaitait voter en ce jour. Elle ajoute avoir insisté à plusieurs reprises sur le fait que son amendement renvoie à une notion présente dans le règlement, soit que le droit au traitement prend fin le jour où le membre du personnel quitte l'Etat.

## **17. Séance dédiée à la discussion et au vote en présence de M<sup>me</sup> Nathalie Fontanet, conseillère d'Etat chargée du département des finances et des ressources humaines, accompagnée de M<sup>me</sup> Ursula Marti, cheffe du service juridique de l'OPE, de M. Fabrice Moore, économiste à la Direction budget et outils de pilotage de l'OPE**

Le président demande à la députée (S) si l'amendement du 16 février<sup>24</sup> annule et remplace l'amendement du 9 février et souhaite qu'elle explique la discussion qu'elle a pu avoir avec le département et ce qu'il en est de nouveaux amendements déposés

Cette députée (S) confirme et précise avoir rencontré mardi le département, également en présence d'un député (S) et d'un député (MCG). Elle affirme

---

<sup>24</sup> Annexe 16 "Amendement général (S) du 16 février 2023"

avoir proposé certaines modifications qui vont selon elle dans une conciliation de certaines contraintes techniques. Elle souligne que mis à part les propos tenus lors de la séance, il n'y a pas eu de remarques ou propositions formellement écrites de la part du département, mais qu'elle a rédigé les modifications en essayant de tenir compte de la position de celui-ci sur certains aspects. Elle mentionne tout d'abord l'art. 9B al. 1 auquel il fallait selon elle apporter une référence afin d'inclure les membres du personnel de l'Etat qui ne sont pas directement concernés par la LPAC, soit ceux du DIP notamment (corps enseignant). L'al. 2 quant à lui n'a pas été modifié.

Les explications figurant en rouge dans le tableau synoptique sont de simples commentaires et non des phrases de loi.

Elle poursuit avec l'art. 9B al. 3 et relève que le département a reproché que l'article tel que formulé avant l'amendement était trop restrictif dans les termes donnés. Elle a donc décidé de reprendre la formulation actuelle du RPAC qui est plus générale.

En ce qui concerne l'al. 5, elle précise que le département a indiqué qu'il faut un délai transitoire pour commencer à percevoir les cotisations sur les indemnités accident ou maladie en cours. Étant donné que c'est le Conseil d'Etat qui fixe l'entrée en vigueur de la loi, il pourra selon elle tenir compte du délai transitoire nécessaire pour l'adaptation.

Elle relève ensuite qu'un des points les plus importants dans cette discussion est la partie de l'art. 9C al. 1 sur l'autofinancement. Il a plutôt été discuté de la partie accident où il y a actuellement pour des secteurs définis des prestations additionnelles pour couvrir des risques particuliers assez rares. Cela concerne très peu de gens. Certains employeurs comme les HUG et l'IMAD auraient des assurances privées couvrant mieux certains cas (contact avec du sang contaminé, séquestration, choc émotionnel pour personnel médical), en concluant par exemple des assurances qui donnent lieu à des rentes invalidités à vie.

Elle aimerait assurer l'autofinancement pour la partie où celui-ci est possible, à savoir la partie du traitement non couverte par l'assurance accident obligatoire. Il y aurait aussi une possibilité pour l'employeur d'assurer des risques supplémentaires, comme ceux énoncés, afin de pouvoir mieux couvrir une personne que ce qui se ferait avec le PL s'il empêchait d'avoir recours à un assureur externe pour ces cas. Elle indique que ce qui la dérangeait était le fait qu'un blocage puisse être mis aux quelques personnes touchant une rente pour incapacité retenue par l'accident. Elle ajoute que ce sont des primes contractées pouvant être touchées à vie, en dehors des 730 jours. La dernière

disposition est juste une reformulation de ce qui est entré en vigueur pour simplifier le texte.

M<sup>me</sup> Fontanet indique qu'ils n'ont pas réussi à réconcilier la position juridique du département, du Conseil d'Etat, et de l'ensemble des entités auditionnées opposées à ce PL. La durée était trop courte entre lundi et vendredi pour faire tous les amendements. Il en va de même selon elle des amendements reçus la veille. Elle rappelle qu'en ce qui concerne l'ensemble des éléments, le Conseil d'Etat reste opposé à ce PL et qu'ils rédigeront un amendement général reprenant les différents points posant des problèmes, permettant ainsi à la plénière de se déterminer dessus. Elle compte donner la prise de position du département aujourd'hui.

Un député (MCG) précise que le groupe MCG aimerait bien aller de l'avant et procéder au vote, car celui-ci était prévu pour aujourd'hui. Il pense que dans le cas contraire ils n'avanceront jamais.

Un député (EAG) propose aussi de passer au vote.

Un député (S) estime qu'il faut que le département amène ses remarques, mais il croit que pour le reste tout a été dit et qu'ils peuvent procéder au vote.

Un député (PLR) aimerait comprendre article par article ce qui a été fait et voulu par la députée (S) et propose donc de passer dessus et que le département intervienne éventuellement par commentaires article par article.

Le président a l'impression qu'une majorité est pour le vote. Il propose de céder la parole au Conseil d'Etat pour que celui-ci se positionne sur l'amendement, et une fois que cela est fait il cédera la parole à son préopinant afin que celui-ci pose ses questions.

M<sup>me</sup> Fontanet indique que le département n'a pas eu le temps ni la possibilité de faire des amendements à l'amendement tel que proposé, et propose ainsi de faire un rappel des différents points qui pour le Conseil d'Etat sont bloquants et mériteraient d'être travaillés.

Le premier point qu'elle mentionne concerne la modification de l'art. 9B al. 1. Selon le département cela va au-delà du DIP, car il y aurait aussi l'université ainsi que les HES, et elle rappelle que cela ne joue pas aux vues des différents types de collaborateurs des universités et HES.

Concernant l'art. 9B al. 1, elle relève l'absence de distinction selon les différentes catégories de personnel. Elle rappelle qu'il y a du personnel auxiliaire payé à l'heure qui fonctionne sur appel et qui n'est pas rémunéré en cas d'absence, et qu'il y a des stagiaires et apprentis qui disposent d'une réglementation qui leur est propre. Elle poursuit avec le même art. 9B al. 1 et son impossibilité de résilier les rapports de service en cas d'incapacité de

travail réactionnelle à savoir qui fait suite à la communication d'un motif de résiliation des rapports de service par l'employeur, ce qui est problématique. Elle mentionne l'acquisition de facto du statut de fonctionnaire par le biais de la nouvelle protection contre la résiliation des rapports de service. Cela veut dire que si un membre du personnel en période probatoire tombe en incapacité de travail après la communication d'un motif de résiliation durant sa période probatoire, la nouvelle protection lui permet d'atteindre la fin de sa période probatoire. Cela amènerait à la situation d'une personne en période probatoire, mais qui serait devenue fonctionnaire. La conseillère d'Etat ajoute également l'impossibilité de résilier les rapports de service avec effet immédiat d'un membre du personnel qui est en période probatoire même si les conditions sont remplies.

Elle rappelle aussi que l'amendement entraîne la favorisation d'engagements de durée déterminée de courte durée pour éviter tout risque de blocage du poste sur une longue durée. Au lieu d'engager des postes de durée déterminée des auxiliaires à 3 ans, ils seront engagés à 6 mois, avec renouvellement cas échéant. Il y aura donc un cumul des courts engagements.

Elle poursuit avec le renforcement important de la médecine-conseil afin d'éviter des abus. Elle fait remarquer que le médecin-conseil coûte très cher, entre 500 et 1500 F par cas. Plutôt que de devoir traiter la question de l'absence et de protéger les personnes véritablement absentes, ils vont devoir lutter contre les abus qui auront toutes les chances de donner des situations beaucoup plus favorables. Il va falloir constamment être à la recherche de faux cas.

M<sup>me</sup> Fontanet mentionne aussi le défaut de précision quant à l'étendue des risques visés par la cotisation prélevée sur le traitement. Ce n'est pas clair sur quel type de traitement la cotisation est prélevée, ce que cela englobe, le risque maladie, accident etc. Elle continue avec l'augmentation de la cotisation perte de gain, en particulier pour les professionnels de la santé. Étant donné que la cotisation est liée au taux d'absence et que les taux d'absences dans certains établissements sont beaucoup plus importants, il y a une augmentation massive.

Elle précise qu'il y a une augmentation du taux d'absence à craindre, car le personnel non malade va devoir remplacer le personnel malade et verra en plus son taux de cotisation perte de gain augmenter. Cela fait beaucoup pour cette personne présente, ce qui amènerait à un découragement massif des collaboratrices et collaborateurs. La conseillère d'Etat parle aussi du problème avec les cas non couverts par l'assurance obligatoire. L'amendement ne définit pas à quoi font référence les prestations d'assurances additionnelles pouvant être couvertes. Elle termine avec l'entrée en vigueur de la loi et du délai

transitoire d'adaptation qui sera nécessaire vu que la loi touche à toutes les entités. Elle estime que cela pourrait prendre plusieurs années.

Pour conclure, elle fait remarquer à la commission, en dehors de toute prise de position politique, que la loi n'est pas à l'avantage de l'immense majorité de collaboratrices et collaborateurs de l'Etat. Ceux-ci vont payer pour ceux qui font des abus. Elle croit qu'il faut qu'une partie de cette commission se rende dans les services pour discuter avec les collaboratrices et collaborateurs de la façon dont est vécue l'absence. Elle parle ici de l'absence des personnes qui se mettent systématiquement en absence alors qu'il y a des problèmes réels dans la délivrance de prestations, dans leur situation et leurs objectifs.

Elle précise que tout cela fait peser sur les présents qui deviennent donc absents. Elle indique que quand ils parlent aux collaboratrices et collaborateurs, ils savent qui dysfonctionne et qui ne dysfonctionne pas. Elle ajoute qu'ils sont tous prêts à aider leurs collègues malades, et que c'était aussi la volonté du Conseil d'Etat de protéger les collaborateurs pour qu'en cas de maladie grave ceux-ci soient protégés. Elle indique que cette loi ne fait pas cela, mais protège les fausses personnes et pas celles qui ont besoin de protection.

Elle en appelle à la responsabilité de cette commission. Ce PL va selon le département dans une mauvaise direction et renvoi un message qui n'est pas le bon. Pour ces raisons, le Conseil d'Etat ne veut absolument pas s'y rallier. Divers problèmes y sont vus. M<sup>me</sup> Fontanet affirme qu'ils tenteront de faire un amendement général qui modifiera cela pour que les personnes qui ont besoin de protection soient protégées, mais pas les autres.

Le président demande à la conseillère d'Etat si les amendements du DF sont maintenus. M<sup>me</sup> Fontanet lui répond que oui, le Conseil d'Etat n'ayant pas changé d'avis par rapport à cela.

Un député (PLR) a le sentiment qu'ils n'ont pas le dernier chiffrage du Conseil d'Etat sur la dernière mouture des amendements de la députée (S), à savoir non seulement ce que cela représente en termes de coûts supplémentaires pour le Petit-Etat, mais également par entités concernées.

Le président lui répond que la question avait déjà été posée la dernière fois et que la réponse était que le Conseil d'Etat n'avait pas les chiffres et qu'il fallait plus de temps pour les avoir. La commission y avait renoncé, car elle n'avait pas le temps, et ne sait donc pas ce que cela va coûter.

Un député (PLR) relève qu'ils ne connaissent pas le chiffrage exact du coût du PL. Il aimerait donc suspendre les travaux et donner un délai au DF afin que celui-ci revienne avec des amendements pour que la commission puisse

effectuer correctement son travail. Il en fait formellement la demande devant la commission.

M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'elle n'est même pas sûre des remarques qui ont été faites, car les amendements ont été analysés dans l'urgence. M<sup>me</sup> Marti ajoute qu'elle veut tout de même vérifier cette affirmation et qu'ils reviendront après le cas échéant.

Un député (PLR) aurait voulu savoir si le département pouvait dire combien il y avait de licenciements vu qu'il leur a été laissé entendre qu'il y en avait énormément.

M. Moore précise que ce n'est pas facile d'avancer des chiffres cohérents, d'autant plus qu'ils travaillent sur une diversité d'institutions confrontées à des situations différentes. Il explique afin de donner quelques idées qu'il y a environ 50 licenciements par an pour le petit Etat. M<sup>me</sup> Fontanet précise qu'il y en avait 45 pour 2021. Rapporté à 19 000 collaborateurs, cela fait une probabilité de licenciements de 0,2%. En Suisse, d'après l'Office Fédérale de la Statistique, la probabilité de licenciements est un peu plus de 2%. Il note qu'en changeant d'institution, le pourcentage change. Il y avait 54 licenciements pour les HUG l'an dernier sur un peu plus de 10 000 collaborateurs. Le pourcentage passe donc de 0,2 à 0,5%, mais reste en dessous des seuils classiques en Suisse.

Il trouve aussi difficile de chiffrer le coût de ce que va coûter le fait de charger des cotisations sociales sur les personnes qui touchent aujourd'hui les indemnités journalières en absence d'accident. Il ne faut pas oublier que la plupart des employeurs paient le 2<sup>e</sup> pilier pour les personnes déjà absentes. Donc d'après lui le surcôt ne sera pas sur l'ensemble des cotisations sociales, mais principalement sur les cotisations sociales du premier pilier. Il estime très difficile d'estimer le coût des personnes qui se mettent en arrêt maladie quand elles font l'objet d'une procédure de licenciement. Il faut prendre les situations au cas par cas.

M. Moore mentionne l'aspect subobligatoire qui n'a pas été expliqué. Il précise qu'il n'a pas les compétences pour répondre, cela touchant surtout le personnel soignant. Il rappelle qu'il avait été dit la dernière fois qu'il aurait été idéal que les députés aient plus de contact avec les institutions comme les HUG et l'IMAD, notamment car ils sont très attachés à cela.

Le président lui indique que les propos et souhaits d'entendre les institutions ont déjà été faits par M<sup>me</sup> Fontanet et ses services, et que la majorité de la commission n'a pas souhaité procéder aux réauditions de l'IMAD et des HUG, quand bien même le PL aura un impact significatif sur ces deux institutions.

Une députée (S) précise au député (PLR) que la référence aux entités visées à l'art. 1 al. 2 existait jusqu'il y a très peu de temps, raison pour laquelle ils ont auditionné ces entités pour avoir leur positionnement sur le fond du projet. Elle a compris que le département n'a rien présenté, raison pour laquelle elle a écouté les échanges qu'ils ont eus lundi soir et qu'elle a essayé d'intégrer au mieux les propositions/remarques qui étaient les leurs. Elle s'adresse ensuite au département directement et précise avoir fait cela pour éviter d'avoir ce genre de discussions en plénière où le département n'arrive même pas à signifier à la commission qu'il est d'accord sur ce que lui-même a avancé, et qu'il veut déposer un amendement général par la suite. Elle a essayé d'avancer une mouture plus ou moins consensuelle et ne va pas légitimer davantage sa position.

Le président souhaite mettre aux voix la proposition du député (PLR) sur le gel du projet dans l'attente d'avoir un amendement général du Conseil d'Etat. Toutes les entités entendues étaient opposées à ce PL, sans exception. La commission prend donc une décision pour toutes les entités publiques, à l'encontre de la volonté de toutes les entités publiques.

Soit le projet est gelé et il gèle la séance, soit le projet n'est pas gelé et il met aux voix dans sa globalité l'amendement général de la députée (S). Il précise que si celui-ci est accepté, il le reprendra alinéa par alinéa, mais il considérera que les amendements du Conseil d'Etat sont devenus caducs par l'amendement général. Il passera ensuite au troisième débat. Il demande à la commission si cela lui convient, celle-ci confirme.

Le président met au vote la demande de gel formulée par un député (PLR) :

Oui : 6 (2 PDC, 4 PLR)

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

Abstention : 1 (1 UDC)

**La demande de gel est refusée.**

Le président rappelle que le vote d'entrée en matière a déjà été fait donc il passe au vote de deuxième débat. Il propose de voter sur l'amendement général de la députée (S) tel que fourni la veille et comme rappelé dans la colonne du tableau synoptique tout à droite en rose. Il précise à nouveau que l'amendement général est en noir et que les commentaires qui ne figurent pas comme amendement sont en rouge.

Le président met au vote l'amendement général du 16 février 2023 de la députée (S) :

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

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

Abstention : -

**L'amendement général est approuvé, les demandes d'amendement du DF sont abandonnées.**

Le président passe au vote article par article du PL tel qu'amendé :

Titre et préambule	pas d'opposition, adopté
<u>Art. 1 Modification</u>	pas d'opposition, adopté

***Art. 9B al. 1 Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau) :***

*1 En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours.*

Un député (PLR) s'oppose à cet article et indique qu'en particulier pour l'impossibilité de résilier les rapports de travail pendant 730 jours cet alinéa est inacceptable et créera des problématiques y compris à l'intérieur des services. Cela va créer des problèmes aux fonctionnaires de l'Etat car ils devront gérer des absences longues et ne pourront pas obtenir un nouveau poste et de nouveaux collègues pour réaliser le travail du département. Il y aura une surcharge de travail. Le mobbing des autres employés qui eux ne sont pas en congé maladie sera réalisé. Le service de l'Etat sera atteint, tout comme l'Etat et les administrés. Le député en conclut que pour ces raisons le groupe PLR refuse cet alinéa 1.

Le président met aux voix l'art. 9B al. 1 :

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

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

Abstention : -

**L'art. 9B al. 1 est approuvé.**

*Art. 9B al. 2 : Le membre du personnel en incapacité de travail pour maladie peut être adressé auprès du médecin- conseil ou du médecin du travail de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par ces derniers et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. A défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.*

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

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

Abstention : -

**L'art. 9B al. 2 est approuvé.**

*Art. 9B al. 3 :*

*Le traitement versé en lien avec l'incapacité de travail peut être réduit ou supprimé en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du membre du personnel.*

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

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

Abstention : -

**L'art. 9B al. 3 est approuvé.**

*Art. 9B al. 4 : L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.*

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

Non : 3 (2 PDC, 1 UDC)

Abstention : 4 (4 PLR)

**L'art. 9B al. 4 est approuvé.**

*Art. 9B al. 5 : Le traitement garanti à l'alinéa 1 n'est pas composé d'indemnités et est soumis aux cotisations aux assurances sociales.*

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

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

Abstention : -

**L'art. 9B al. 5 est approuvé.**

Le président précise ensuite que l'amendement général à la loi ne prévoyait rien pour l'al. 6 qui demeure donc. Il propose de le refuser, car il a déjà été voté.

*Art. 9B al. 6 : L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.*

Oui :	-
Non :	6 (2 PDC, 3 PLR, 1 UDC)
Abstention :	3 (2 MCG, 1 PLR)

**L'art. 9B al. 6 est refusé et supprimé.**

Une députée (S) précise que l'al. 6 est l'actuel al. 4, ce que le président confirme, mais il est tout de même obligé de le soumettre au vote.

*Art. 9C al. 1 Autofinancement (nouveau) : Les droits prévus à l'art. 9B pour les absences liées à la maladie et pour le traitement non-couvert par l'assurance accident obligatoire, sont assurés par un mécanisme d'autofinancement, sans recours à un assureur externe. Est réservée la possibilité de conclure des contrats avec un assureur privé pour des prestations d'assurance additionnelles.*

Le président part du principe que les termes de l'article n'étaient pas soulignés et qu'ils ne l'étaient que dans le tableau, ce que la députée (S) confirme.

Oui :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non :	7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Abstention :	-

**L'art. 9C al. 1 est approuvé.**

*Art. 9C al. 2 : A cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie l'année, mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0.9%.*

Oui :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non :	7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Abstention :	-

**L'art. 9C al. 2 est approuvé.**

*Art. 2 al. 1 Entrée en vigueur : Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.*

Oui : 9 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PLR, 2 MCG)

Non : 2 (2 PDC)

Abstention : 4 (3 PLR, 1 UDC)

**L'art. 2 al. 1 est approuvé.**

*Art. 2 al. 2 Entrée en vigueur : L'Etat et les établissements publics doivent dénoncer les contrats d'assurance contraires à la présente loi pour la plus proche échéance prévue contractuellement.*

Oui : 9 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PLR, 2 MCG)

Non : 6 (2 PDC, 3 PLR, 1 UDC)

Abstention : -

**L'art. 2 al. 2 est approuvé.**

Le président indique que le deuxième débat est terminé et passe la parole à ceux qui veulent la prendre pour les interventions de groupe.

Un député (PDC) relève qu'il a été dit que la commission a reçu toutes les entités concernées par cette loi et que toutes ont dit le mal qu'elles pensaient de ce PL. Il relève aussi qu'elles ont toutes expliqué les mesures en place pour soutenir et réintégrer les gens qui se trouvaient en absence de longue durée. Il fait remarquer que cela ne fait pas très longtemps qu'il est député, mais que c'est la première fois qu'il voit que les auteurs mêmes du PL présentent trois amendements généraux, chaque fois dans un délai court amenant des problèmes techniques supplémentaires et des problèmes d'interprétations, sans parler des coûts pour lesquels ils n'ont même pas eu le temps d'avoir un retour du DF. Il comprend de ce projet de loi qu'il est mal pensé, mal conçu, et qu'il ne tient pas compte de la réalité des rapports de travail existants entre l'Etat et ses fonctionnaires. Ce qui l'étonne aussi est qu'autour de cette table et parmi les auteurs du PL, il n'a jamais été parlé des gens qui restent, donc les équipes qui doivent s'arranger avec des heures supplémentaires et qui doivent pallier les absences de certains collaborateurs, ainsi que des problèmes que cela peut poser. Il relève qu'ils n'ont pas parlé non plus des gens qui devraient être engagés pour remplacer les personnes absentes, car au bout d'un moment les heures supplémentaires ne suffisent pas forcément. Il précise que c'est un aspect qui le laisse à penser que des gens qui ne jouent pas le jeu et qui systématiquement se mettent en arrêt de travail, en particulier quand ils sentent qu'ils risquent d'avoir un entretien de service ou des remarques quant à leur

productivité ou capacité de travail, sont favorisés. Il estime que les travaux sur le sujet et leur durée montrent les limites de ce Grand Conseil et de cette commission quand ceux-ci veulent jouer les chefs du personnel. Il ajoute que le patron de la fonction publique est le Conseil d'Etat et chaque fois que le Grand Conseil se mêle de faire des propositions pour la gestion du personnel, en particulier quand il ne connaît pas le terrain, ce genre de résultats sont obtenus. Il indique qu'en ce qui concerne le groupe PDC, ils ne voteront pas ce PL.

Un député (PLR) relève que ce PL menace et met en péril l'employeur. Des conditions lui sont imposées qui vont rendre le travail quasiment impossible et mettre en péril le fonctionnement des employés. Il pense qu'en tant que législateur c'est leur rôle de légiférer, mais qu'ils interviennent dans une relation employeur/employé en faisant fi de cette relation alors que l'équilibre est de mettre en avant la recherche de solutions entre eux. Il fait aussi remarquer qu'un fonctionnaire n'est pas une entité vide de sens qui peut être à un moment donné flattée en période électorale, mais c'est un homme ou une femme qui avant d'être employé de l'Etat est un professionnel. Il est important selon lui de reconnaître et valoriser les différents métiers composant la fonction publique. Il trouve que tous leurs travaux ont fait fi de cette reconnaissance qu'aujourd'hui le fonctionnaire n'est pas juste simplement quelqu'un soumis à un contrat de droit public, mais un professionnel qui doit avoir une relation dans le cadre de son métier et de ses compétences avec ses collègues et son supérieur hiérarchique. Concernant la durée des travaux, il y a eu un amendement général en novembre 2021, un amendement général le 9 février 2023 et un autre le 16 février 2023. Il se demande comment sur un thème aussi important, il peut y avoir le temps de réellement mesurer l'impact de ces amendements. Ils savent juste qu'ils vont voter une loi catastrophique sans avoir le temps de travailler sur les amendements et éventuellement de proposer des ajustements. Cette loi qui est nécessaire sur le fond, mais leur est imposée sous prétexte d'une urgence alors qu'il n'y en a aucune. Cela les empêche d'effectuer un travail consciencieux.

Un député (UDC) indique que son groupe est inquiet. Il mentionne la réunion de conciliation du 13 février et explique que malheureusement il a l'impression qu'il n'y a aucun résultat, que les gens sont campés sur leur position et qu'ils sont incapables de mener un dialogue avec des compromis. Ce qui est grave selon lui est que toutes les entités publiques auditionnées étaient opposées à ce PL qui n'allait pas dans la bonne direction. Ce projet de loi attaque minimum 90% et plus des fonctionnaires qui travaillent honnêtement et qui doivent pallier les absences des gens qui ne jouent pas le jeu dans leur service respectif. Ce PL propose d'encourager les arrêts maladie

de circonstance et met en péril l'employeur. Il estime que c'est un projet de loi dogmatique et très dangereux, et qu'il va dégrader les rapports de travail employés – employeur. C'est pour ces raisons que l'UDC refusera ce PL.

Un député (S) affirme qu'à écouter les députés, ce PL est la destruction annoncée de l'administration. Il explique avoir vu beaucoup de personnes licenciées injustement. Il estime qu'aucune loi n'est parfaite et que c'est trop que de prétendre que l'ensemble des fonctionnaires sont malhonnêtes et qu'ils vont tous tomber malades. Il mentionne le cas de figure d'une famille avec des enfants à qui il est dit qu'un des parents est licencié, et le cas où cette personne utilise cette faculté pour avoir plus de temps. Il admet que ce n'est pas juste, mais il trouve que c'est humain. Il ne connaît pas ces situations, mais il ne pense pas que c'est ce PL qui va multiplier par 15 ces situations. Il attend l'amendement que le département présentera et qui peut-être l'amènera à l'accepter. Il indique que le PS pense que le fait d'avoir une loi permettant à des personnes d'avoir en cas de maladie un traitement assuré c'est une avancée et c'est important, et c'est la raison pour laquelle ils soutiennent ce PL. Il comprend son collègue PLR qui dit que les amendements sont arrivés rapidement et qu'il y a beaucoup de choses à faire comme demander des chiffres au département, mais les travaux durent depuis 4 ans donc il aimerait bien qu'il y ait au moins un rapport fait sur les travaux de ces 4 ans. Il précise que c'est fort possible que cette loi arrive en plénière et qu'elle retourne en commission, ou qu'elle soit annulée. C'est le principe de la démocratie et il estime qu'il faut respecter le travail de la majorité.

Un député (MCG) pense qu'ils se trompent de cible lorsqu'ils n'attaquent que les fonctionnaires qui sont malades. Il explique que lorsqu'une personne est absente, il faut avoir une communauté et des complices, car une absence au-delà de 3 jours nécessite un certificat médical. Il estime que si les fonctionnaires trichent, les médecins trichent aussi. Il ajoute que dans le trio de ceux qui soutiennent l'absentéisme en trichant, il y a des avocats qui défendent la cause de ceux qui sont absents. Il note donc qu'un fonctionnaire tout seul ne peut pas être absent sans complicité du médecin et de l'avocat. Il pense qu'aujourd'hui il faut se poser la question de pourquoi il y a autant de fonctionnaires absents, et que malgré tout le travail fait par le département, il y a un problème de management. Il indique que pour ces raisons-là le groupe MCG soutient le PL et encourage que le travail soit fait pour dénoncer les médecins magouilleurs qui fournissent des certificats permettant d'avoir jusque 2 ans d'arrêt maladie, ainsi que pour dénoncer les avocats qui soutiennent cette pratique dans les tribunaux.

Une députée (S) rappelle qu'une loi est pensée et rédigée pour une majorité de personnes, et ce projet de loi sert à protéger les gens et non pas à faciliter le

licenciement. Elle relève qu'il a été parlé d'une solidarité entre employés qui n'est pas souhaitée et semblait poser problème, mais elle indique que cette solidarité est ce qui fait le pilier de la sécurité sociale en Suisse. Elle demande aux bancs d'en face de lui citer une seule loi qui a résolu tous les problèmes au travail. Elle explique qu'il y a des outils et mesures au travail qui vont de pair et qu'il ne faut pas envisager les politiques du travail les unes contre les autres. Elle trouve important de voter cette loi, mais il n'est pas demandé qu'elle aille à l'encontre de ce qui est déjà apporté pour remédier à des situations problématiques au sein de l'Etat. C'est important selon elle d'avoir une politique et un comportement humain quand les gens vont mal et des mesures pour les aider à revenir à la normale.

Un député (PDC) en réponse aux propos du député (MCG) indique que celui-ci ne doit pas savoir comment se passe une consultation médicale. Il précise que si une personne vient le voir avec un quelconque problème (il ne se sent pas bien, ou encore ça ne va pas au travail par exemple), il n'a aucune idée en tant que médecin de ce qui se passe chez la personne ou à son travail. Cela signifie que cette personne peut lui raconter ce qu'elle veut afin d'avoir un certificat médical, il n'en aura aucune idée. Une fois tous les trois mois il reçoit un mot du médecin-conseil des HUG ou de l'Etat pour lui demander une situation et comment ça se passe. Dans ce rapport-là, il estime que le patient est dans la mesure de travailler, mais que peut-être il y a des problèmes dans son service. Il écrit donc au médecin-conseil de l'Etat comme quoi cette personne est capable de travailler, mais que peut-être il faut discuter d'un autre environnement. Il précise qu'à partir de là il n'a plus aucun pouvoir.

Un député (EAG) soutient ce PL car il s'agit premièrement du choix de l'autofinancement pour l'assurance perte de gain et, deuxièmement, il est pour l'idée qu'il faut protéger une personne en souffrance physique ou psychique. Il ajoute que son groupe est en faveur d'une protection à la fois contre le licenciement de ces personnes, et pour le versement d'un traitement pendant cette période-là, car souvent, ce qui se passe à la fin de cette période est qu'il y a une forte dégradation des conditions de vie. Dans certains cas, c'est l'assurance maladie, l'AI qui prend le relai, mais il y a des rentes qui ne permettent pas de vivre dignement dans le canton. Il rappelle que l'AI entre en matière de manière particulière sur l'invalidité ou l'invalidité partielle, et que c'est une assurance sociale posant de nombreux problèmes. Il trouve que la priorité de l'Etat devrait être de protéger les employés contre les risques de maladie et professionnels. A savoir comment les gens seront remplacés, ce n'est pas le même débat. Il explique que c'est une question de management et de budget pour engager des remplacements, mais que cela n'a rien à voir avec

le fait de licencier les gens. Selon lui c'est juste une volonté politique. Il répète que le groupe votera ce projet de loi.

Un député (MCG) en réponse au député (PDC) cite un article sur la RTS paru le 21 août 2022. Il lit le titre : « les certificats médicaux de complaisance, hantise des employeurs et assureurs. Une enquête de l'émission mise au point de la RTS montre qu'il est facile d'obtenir un certificat médical sans souffrir de symptômes particuliers. Employeurs et assureurs dénoncent des médecins complaisants et tentent de lutter contre la pratique sans succès. » Il explique que sa prise de position se fondait là-dessus, sur le fait qu'il y a de la complaisance et qu'il ne faut pas hésiter à la dénoncer. Il précise ne pas avoir souhaité attaquer qui que ce soit dans cette commission, mais se référer audit article.

Un député (MCG) relève, qu'indépendamment du problème de la triche, ils veulent améliorer le dispositif d'indemnisation en cas de maladie et d'accident et éviter une privatisation du secteur de la perte de gain. Il a été discuté de la relation de confiance avec les patients, mais ce qu'il trouve absent est la relation de confiance entre l'Etat et ses fonctionnaires. Il entend toujours que les employés sont des tricheurs, mais jamais que les hauts supérieurs ne le sont.

Un député (Ve) explique ne pas avoir suivi ce projet depuis 4 ans, mais que depuis un an il en est parlé en commission ce qui fait quand même un moment, et qu'ils devraient tout de même depuis le temps avoir des chiffres. Elle trouve que la position de dire que l'Etat va périlcliter à cause de ce PL est exagérée, car tous les fonctionnaires ne vont pas se mettre en arrêt du jour au lendemain. Elle relève que les dépositaires du texte ont fourni des efforts pour trouver des compromis, qu'il y a eu discussions avec le département, des amendements, mais qu'il n'y a pas eu beaucoup de propositions de l'autre côté. Elle pense qu'il va falloir voter. Selon elle, la commission se focalise beaucoup sur l'art. 9B alors qu'une autre chose importante pour les Ve de ce PL est bien cet autofinancement, raison pour laquelle ils le soutiennent.

Les prises de position des différents groupes ayant été faites, le président passe au troisième débat.

### 3<sup>e</sup> débat

Le président met aux voix l'ensemble du PL 12428 tel qu'amendé :

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

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

Abstentions : -

**Le PL 12428 ainsi amendé est accepté.**

### Conclusion

Mesdames et Messieurs les députés, eu égard aux éléments qui vous ont été exposés ci-dessus, la majorité de la commission ad hoc vous invite à faire un bon accueil à ce projet de loi en l'acceptant.

La majorité de cette commission a affirmé sa volonté et la nécessité de préserver un système d'auto financement de la perte de gain en cas de maladie et accident au sein de l'Etat. Ce projet de loi assure la garantie du traitement en cas de maladie et accident aux membres du personnel de l'Etat. Le fait de l'inscrire dans la loi ainsi que le mécanisme de prélèvement pour le financer est une réelle avancée et protection pour les employés de l'Etat. Il inscrit aussi une protection qui est celle de ne pas être licenciée pendant ces 730 jours lorsque la personne est incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident.

Ce projet de loi est aussi une réponse claire aux nombreux désavantages relevés lors des travaux de contracter une assurance privée ; confidentialité des données, coût induit par le management, éloignement des assureurs privés à la réalité professionnelle des employés, économie sur les cotisations sociales (qui a été l'économie envisagée par le Conseil d'Etat pour financer un contrat d'assurance privée), craintes quant aux expertises conduisant dans ce système à une facilitation du licenciement.

Pour ces nombreuses raisons, ainsi que celles étayées pendant ces presque quatre années de travaux, la commission a soutenu le PL 12 428 tel qu'amendé.

Genève, le 15 mars 2019

**Commission ad hoc sur le personnel de l'Etat, présentation du PL 12428**

**Protection des travailleurs-euses contre les licenciements donnés en temps inopportun :**

**Règlement d'application de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (RPAC) :**

**Art. 44A Résiliation en temps inopportun**

Les articles 336c et 336d du code des obligations sont applicables par analogie.

\*\*\*

**Code des obligations :**

**Art. 336c**

<sup>1</sup> Après le temps d'essai, l'employeur ne peut pas résilier le contrat:

- a. pendant que le travailleur accomplit un service obligatoire, militaire ou dans la protection civile, ou un service civil, en vertu de la législation fédérale, ou encore pendant les quatre semaines qui précèdent et qui suivent ce service pour autant qu'il ait duré plus de onze jours;
- b. pendant une incapacité de travail totale ou partielle résultant d'une maladie ou d'un accident non imputables à la faute du travailleur, et cela, durant 30 jours au cours de la première année de service, durant 90 jours de la deuxième à la cinquième année de service et durant 180 jours à partir de la sixième année de service;
- c. pendant la grossesse et au cours des seize semaines qui suivent l'accouchement;
- d. pendant que le travailleur participe, avec l'accord de l'employeur, à un service d'aide à l'étranger ordonné par l'autorité fédérale.

<sup>2</sup> Le congé donné pendant une des périodes prévues à l'alinéa précédent est nul; si le congé a été donné avant l'une de ces périodes et si le délai de congé n'a pas expiré avant cette période<sup>1</sup>, ce délai est suspendu et ne continue à courir qu'après la fin de la période.

<sup>3</sup> Lorsque les rapports de travail doivent cesser à un terme, tel que la fin d'un mois ou d'une semaine de travail, et que ce terme ne coïncide pas avec la fin du délai de congé qui a recommencé à courir, ce délai est prolongé jusqu'au prochain terme.

**Art. 336d**

<sup>1</sup> Après le temps d'essai, le travailleur ne peut pas résilier le contrat si un supérieur dont il est en mesure d'assumer les fonctions ou l'employeur lui-même se trouve empêché pour les

motifs indiqués à l'art. 336c, al. 1, let. a, et s'il incombe audit travailleur d'assurer le remplacement.

<sup>2</sup> L'art. 336c, al. 2 et 3, est applicable par analogie.

\*\*\*

### Droit au traitement en cas d'empêchement de travailler :

#### **Règlement d'application de la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (RPAC) :**

##### **Art. 54 Absence pour cause de maladie ou d'accident**

<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail.

<sup>2</sup> Moyennant une prime payée par le fonctionnaire, ou l'employé dès la 2<sup>e</sup> année d'activité, l'Etat garantit la totalité du traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail

<sup>3</sup> Lorsqu'une absence a dépassé 45 jours ininterrompus pour des raisons médicales, la hiérarchie signale le cas au médecin-conseil de l'Etat. Ce dernier peut prendre contact avec le médecin traitant du membre du personnel et décide de toute mesure pour respecter tant la mission du médecin traitant que l'intérêt de l'Etat. Le médecin-conseil de l'Etat établit une attestation d'aptitude, d'aptitude sous conditions ou d'inaptitude à occuper la fonction. Il précise les contre-indications qui justifient son attestation.

<sup>4</sup> L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou supprimée en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du fonctionnaire.

<sup>5</sup> La durée des prestations prévues à l'alinéa 2 ne peut dépasser 730 jours civils (520 jours de travail) au total sur une période d'observation de 1 095 jours civils (780 jours de travail).

<sup>6</sup> L'Etat récupère les prestations que le fonctionnaire ou l'employé reçoit des assurances sociales cantonales ou fédérales ainsi que les prestations d'une institution de prévoyance.

\*\*\*

#### **Code des obligations :**

##### **Art. 324a**

<sup>1</sup> Si le travailleur est empêché de travailler sans faute de sa part pour des causes inhérentes à sa personne, telles que maladie, accident, accomplissement d'une obligation légale ou d'une fonction publique, l'employeur lui verse le salaire pour un temps limité, y compris une indemnité équitable pour le salaire en nature perdu, dans la mesure où les rapports de travail ont duré plus de trois mois ou ont été conclus pour plus de trois mois.

<sup>2</sup> Sous réserve de délais plus longs fixés par accord, contrat-type de travail ou convention collective, l'employeur paie pendant la première année de service le salaire de trois semaines et, ensuite, le salaire pour une période plus longue fixée équitablement, compte tenu de la durée des rapports de travail et des circonstances particulières.

<sup>3</sup> En cas de grossesse de la travailleuse, l'employeur est tenu de lui verser le salaire dans la même mesure.<sup>1</sup>

<sup>4</sup> Un accord écrit, un contrat-type de travail ou une convention collective peut déroger aux présentes dispositions à condition d'accorder au travailleur des prestations au moins équivalentes.

\*\*\*

	<b>Echelle bâloise BS, BL</b>	<b>Echelle bernoise BE, AG, OW, SG, Suisse romande</b>	<b>Echelle zurichoise ZH, GR</b>
1 <sup>re</sup> année de service	3 semaines	3 semaines	3 semaines
2 <sup>e</sup> année de service	2 mois	1 mois	8 semaines
3 <sup>e</sup> année de service	2 mois	2 mois	9 semaines
4 <sup>e</sup> année de service	3 mois	2 mois	10 semaines
5 <sup>e</sup> année de service	3 mois	3 mois	11 semaines
6 <sup>e</sup> année de service	3 mois	3 mois	12 semaines
7 <sup>e</sup> année de service	3 mois	3 mois	13 semaines
8 <sup>e</sup> année de service	3 mois	3 mois	14 semaines
9 <sup>e</sup> année de service	3 mois	3 mois	15 semaines
10 <sup>e</sup> année de service	3 mois	4 mois	16 semaines
11 <sup>e</sup> année de service	4 mois	4 mois	17 semaines



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Département des finances et des ressources humaines  
Office du personnel de l'Etat

## Licenciements dans l'administration cantonale genevoise de 2014 à 2018

Annee	Nombre
2018	39
2017	40
2016	55
2015	41
2014	29

# Commission ad hoc du personnel de l'Etat

22 octobre 2021



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

Département des finances et des ressources humaines  
Secrétariat général

22/10/2021 - Page 1

## PL 12428

"Pour garantir le traitement des membres du personnel du  
service public en cas de maladie ou d'accident"



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

Département des finances et des ressources humaines  
Secrétariat général

22/10/2021 - Page 2

## Rappel

- Projet APG maladie développé par l'OPE depuis 2017
  - Audition du DF sur le PL 12428 au printemps 2020
  - Traitement du PL suspendu dans l'attente des discussions avec les partenaires sociaux
  - Discussions menées en délégation RH et dans des séances techniques
- Malgré les échanges, des divergences de principe persistent.

22/10/2021 - Page 3

## Le projet du Conseil d'Etat

- Périmètre : Petit État, PJ et CDC associés au projet
- Personnel concerné : même couverture pour l'ensemble du personnel quelle que soit son ancienneté
- Mise en place d'un contrat d'assurance (stop-loss)
- Possibilité de libre passage pour le personnel quittant l'administration
- Economie sur les charges sociales hors LPP
- Pas de changement du suivi des absences
- Maintien de la contribution du personnel (0.10%)

22/10/2021 - Page 4

# Stop-loss: mode de fonctionnement



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

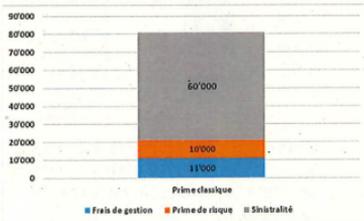
Département des finances et des ressources humaines  
Office du personnel de l'Etat

22/10/2021 - Page 5

## Prime d'assurance

Une prime d'assurance comporte trois grandes composantes :

- La participation de l'assuré basé sur la sinistralité historique
- **La prime de risque** qui couvre le risque de hausse des sinistres
- **Les frais de gestion** qui rémunèrent le travail administratif



La sinistralité est estimée sur des données historiques et mise à jour annuellement

La prime de risque tient compte de la tendance historique

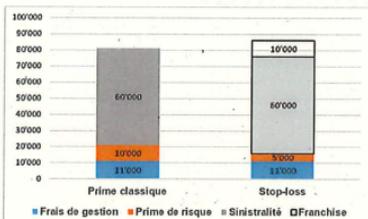
Les frais de gestion dépendent du volume de travail généré

*N.B. les chiffres sont indicatifs*

## Particularité du stop-loss

Dans une assurance stop-loss, la participation de l'assuré est remplacée par une franchise

- La prime de risque baisse parce que le risque assuré est celui d'une forte hausse des sinistres
- Les frais de gestion sont inchangés



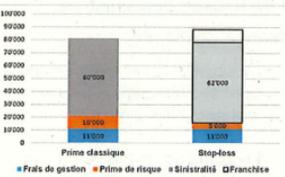
Conséquences :

- Coût d'assurance en baisse
- Coût d'assurance plus transparent
- Surtout meilleur alignement des intérêts de l'assuré et de l'assureur

*N.B. les chiffres restent indicatifs*

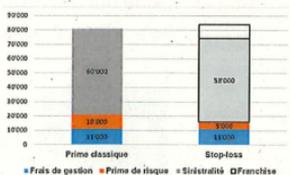
## Deux exemples pratiques dans le temps

Les primes sont calculées sur des données historiques et les sinistres sont différents de l'estimation ce qui mène à un résultat technique d'assurance



Si la sinistralité est plus importante que prévue (ici de +2'000), le coût est

- Absorbé par la prime de risque en assurance classique
- Absorbé par la franchise en stop-loss (coût total 78'000 contre 81'000)



Si la sinistralité est moins importante que prévue (ici de -2'000), l'économie profite à l'assuré (coût total 74'000 contre 81'000)

Dans les deux cas ici, l'assuré en stop-loss est gagnant.

## **Conditions d'accès au stop-loss**

Les conditions pratiques sont :

- Avoir une sinistralité stable
- Un certain volume de sinistres
- Une capacité à absorber ses sinistres seul

Le stop-loss tient plus de la réassurance d'un acteur en auto-assurance qu'une assurance.

## **Précisions**

Pour le reste, le stop-loss conserve les mêmes caractéristiques de souplesse que l'assurance classique:

- Date de départ de l'assurance
- Personnel couvert
- Périmètre de l'assurance

## Adaptations suite aux discussions avec les partenaires sociaux

- Confirmation écrite de la prédominance de la gestion des absences pour maladie et accident de l'État

*"L'activité de l'assureur devra s'inscrire dans le respect de la politique de gestion des absences pour maladie et accident. En cas de désaccord entre le service de santé de l'État et le médecin-conseil de l'assureur, l'administration cantonale se réserve le droit de poursuivre le versement du traitement de la collaboratrice ou du collaborateur."*

- Précision des prestations après la fin du contrat

*Le personnel, bénéficiant d'un engagement de durée déterminée sera assuré sur la durée de son engagement, mais à un maximum de 730 jours indépendamment du motif de départ.*

22/10/2021 - Page 11

## Comparaison avec le PL 12428, ce qui ne présente pas (ou peu) de différence

- Type de personnel concerné : pas de différence

Pendant la durée de l'engagement dans l'administration cantonale

- Suivi des absences : maintien du dispositif actuel

L'assureur revoit systématiquement les absences à partir d'un délai

- Confidentialité des données : garantie

Dans le cas du contrat d'assurance, cette confidentialité est garantie par la loi. L'appel d'offre prévoit l'introduction des échanges de données sécurisées et un contrôle du SCI des prestataires par un tiers indépendant.

22/10/2021 - Page 12

## Comparaison avec le PL 12428, ce qui diffère

Rubriques	Conseil d'Etat	PL12428
Périmètre	Petit Etat	Grand Etat
Economie charges sociales	Fr. 7 millions	aucune
Perte couverture AVS	marginale	aucune
Contribution du personnel	0,1%	1,7% (1/3)
Adaptation des primes	À préciser	Tous les 3 ans
Libre passage	oui	non
Licenciement	Assurance	interdit
Fin de contrat	Assurance	Pas assuré
Coordination assurance	oui	non

22/10/2021 - Page 13

## Comparaison avec le PL 12428, ce qui reste à préciser

La mise en place d'une assurance perte de gain maladie permettrait de faire une économie sur les cotisations AVS mais ses effets sur la croissance des charges diffèrent fortement selon que les remboursements sont comptabilisés:

- en revenus (pratique actuelle pour les autres assurances)
- en déduction des charges

Le passage à la seconde solution est théoriquement possible mais nécessite une harmonisation des traitements de l'ensemble des assurances. Les conséquences pratiques de ce choix sont en cours d'étude.

22/10/2021 - Page 14

## PL 12943

### "Heures supplémentaires des cadres supérieurs"



Département des finances et des ressources humaines  
Secrétariat général

22/10/2021 - Page 15

## Cadre légal et réglementaire actuel

- Règlement sur les cadres supérieurs de l'administration cantonale (RCSAC), art. 7 Heures supplémentaires
  - <100 heures/année: pas de rémunération
  - >100 heures/année: indemnité forfaitaire correspondant à 2% du traitement annuel
  - >200 heures/année: indemnité forfaitaire correspondant à 3% du traitement annuel
- Pour les autres membres du personnel: art. 8A RPAC
  - Heures supplémentaires = compensées par un congé d'une durée équivalente majorée de 25% au minimum et 100% au maximum
  - A titre exceptionnel, possibilité de compenser en espèces

22/10/2021 - Page 16

## PL 12943

- Le PL 12943 propose de supprimer toute rémunération des heures supplémentaires effectuées par les cadres supérieurs.
- Mauvais signal envers cette catégorie de personnel
- Risque de démotivation et de perte d'attractivité
- Iniquité par rapport aux collaborateurs et collaboratrices (< classe 23)

22/10/2021 - Page 17

**Merci de votre attention**



Département des finances et des ressources humaines  
Secrétariat général

22/10/2021 - Page 18

## Majoration des heures supplémentaires

Pour les personnes appliquant l'horaire variable

*Barème de majoration des heures supplémentaires :*

Lundi au vendredi	Pourcentage	Samedi	Pourcentage	Dimanche et congé officiel/férié	Pourcentage
06h – 22h	25%	06h – 22h	50%	00h – 24h	100%
22h – 06h	100%	22h – 06h	100%		

Pour les personnes appliquant l'horaire irrégulier

*Barème de majoration des heures supplémentaires :*

Jours planifiés	Pourcentage	Autres jours	Pourcentage
0h – 24h	25%	0h – 24h	100%



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Département des finances et des ressources humaines  
**Office du personnel de l'Etat**

## NOTE

---

**A** : Commission Ad Hoc  
**De** : Nathalie Fontanet  
**Copie** : Coralie Apffel-Mampaey  
**Date** : 4 novembre 2021  
**Objet** : Assurance perte de gain maladie du personnel de l'administration cantonale

---

Vous trouverez ci-dessous les précisions demandées par votre commission sur la comparaison entre le projet du Conseil d'Etat et le PL12428 :

Les calculs ci-dessous sont effectués sur la base suivante

**Périmètre** : administration cantonale avec Pouvoir judiciaire et Cour des comptes.

**Données d'absence** : année 2020 (effectif, taux des contributions sociales et taux d'absence observé sur les douze mois de l'année).

### Concernant le projet CE:

Au vu de ce qui précède, les revenus nets payés aux personnes en absence maladie sont calculés sur la base d'un traitement brut de Fr. 90 millions, l'absence de paiement des charges sociales (hors cotisations LPP) permet une économie de charges sociales de Fr. 14.7 millions dont Fr. 6.6 millions d'économie de charges sociales employé et 8.1 d'économie de charges sociales employeurs.

Dans la mesure où la part des charges sociales des employés est de Fr. 6.6 millions, le montant des indemnités journalières dues en cas de mise en place d'un contrat d'assurance serait de Fr. 83.4 millions.

Les coûts des frais d'assurance et de coordination des absences dépendent du résultat de l'appel d'offre de l'assureur. Après discussion avec des experts externes, l'OPE les estime à Fr. 7.7 millions<sup>1</sup>.

En matière de revenus, la participation du personnel à son assurance maladie s'inscrit comme c'est le cas aujourd'hui à 0.1% des traitements bruts soit Fr. 2 millions.

Pour la comptabilisation et comme indiqué dans la présentation, il y a deux approches possibles. La méthode actuelle ou le passage à une comptabilisation au net des charges. Dans la méthode actuelle, les primes payées sont enregistrées en charge et les remboursements d'assurance sont enregistrés en produits. Dans la comptabilisation au net des charges, les primes payées et les remboursements d'assurance sont respectivement enregistrés en augmentation et en diminution des charges.

### Concernant le PL 12428:

Sur la base d'un taux d'absence maladie de 5.1%, l'adoption du PL12428 en l'état et sans amendement entraînerait une hausse de la contribution du personnel au tiers de ce coût soit

---

<sup>1</sup> L'essentiel de cette somme va au suivi des absences et au case management. S'agissant d'une prime en stop-loss, le coût de l'assurance en lui-même, c'est-à-dire hors suivi des absences et case management est compris dans le montant de 7.7 millions. Il serait de quelques centaines de milliers de francs.

1.7% sous réserve de la méthode actuarielle précisément retenue. Il en résulterait une multiplication de l'ordre de 17 fois le montant soit une contribution totale du personnel de Fr. 33 millions (ou une augmentation de revenu de Fr. 31 millions).

La situation se résumerait comme suit :

**Méthode comptable actuelle:**

Comparaison Perte de gain maladie	Situation actuelle	Projet CE	PL 12428
<b>Charges</b>			
Salaire net / Indemnités journalières versées	83.4	83.4	83.4
Charges sociales employeur (hors LPP)	8.1	0.0	8.1
Charges sociales employé (hors LPP)	6.6	0.0	6.6
Coûts d'assurance	0.0	7.7	0.0
Primes d'assurance	0.0	83.4	0.0
<b>Charges totales</b>	<b>98.1</b>	<b>174.5</b>	<b>98.1</b>
<b>Recettes</b>			
Contribution employé *	2.0	2.0	33.0
Remboursement d'assurance (indemnité journalière)		83.4	
<b>Recettes totales</b>	<b>2.0</b>	<b>85.4</b>	<b>33.0</b>
<b>Coût total employeur</b>	<b>96.1</b>	<b>89.1</b>	<b>65.1</b>

\* 0.1% actuel et projet CE / 1.7% PL12428

Dans cette variante de présentation des comptes, la hausse des charges est de 174.5 -98.1 = 76.4 Millions Fr.

**Méthode comptable au net :**

Comparaison Perte de gain maladie	Situation actuelle	Projet CE	PL 12428
<b>Charges</b>			
Salaire net / Indemnités journalières versées	83.4	83.4	83.4
Charges sociales employeur (hors LPP)	8.1	0.0	8.1
Charges sociales employé (hors LPP)	6.6	0.0	6.6
Coûts d'assurance	0.0	7.7	0.0
Primes d'assurance	0.0	83.4	0.0
Remboursement d'assurance (indemnité journalière)		-83.4	
<b>Recettes totales</b>	<b>98.1</b>	<b>91.1</b>	<b>98.1</b>
<b>Recettes</b>			
Contribution employé *	2.0	2.0	33.0
<b>Produits totaux</b>	<b>2.0</b>	<b>2.0</b>	<b>33.0</b>
<b>Coût total employeur</b>	<b>96.1</b>	<b>89.1</b>	<b>65.1</b>

\* 0.1% actuel et projet CE / 1.7% PL12428

**Conclusion :** le projet du Conseil d'État améliore le résultat de 7 millions à contribution du personnel inchangée. Le PL12428 en l'état et sans amendement améliore le résultat de 31 millions (hors prise en compte du coût supplémentaire des traitements des personnes ne pouvant être licencié pendant un arrêt maladie) grâce à la hausse du taux de participation du personnel.

**PL 12428 : Amendement général****Art. 1 Modification**

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

**Art. 9B Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours.

<sup>2</sup> Les membres du personnel engagés pour une durée déterminée, visés aux articles 7 à 9, en arrêt maladie à la fin de leur contrat, ont droit à la poursuite de leur traitement pour une période de même durée que le contrat, indépendamment de l'échéance de celui-ci, mais pour 730 jours au maximum.

<sup>3</sup> Plusieurs contrats conclus durant une période de 1095 jours, avec l'Etat ou un établissement soumis à la présente loi, sont additionnés.

<sup>4</sup> Le membre du personnel malade peut être adressé auprès du médecin-conseil de l'employeur. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par le médecin-conseil et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. Cette obligation vaut même après la fin du contrat. A défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.

<sup>5</sup> Le traitement durant la période garantie peut être réduit lorsque la maladie ou l'accident sont dus à une faute grave du membre du personnel, soit lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou avec des bateaux à moteur ainsi que lors des entraînements effectués sur le trajet de la course, lors de l'utilisation d'aéronefs et de véhicules à moteur si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ou d'accidents ou de maladies résultant de crimes ou de délits commis par le membre du personnel.

<sup>6</sup> L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.

**Art. 9C Auto-assurance et financement (nouveau)**

<sup>1</sup> Les droits prévus à l'art. 9B, pour les absences liées à la maladie et la part sur-obligatoire en ce qui concerne les absences liées à l'accident, sont assurés par un mécanisme d'auto-assurance.

<sup>2</sup> À cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du taux d'absentéisme maladie chez l'employeur l'année mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9%.

**Art. 2 Entrée en vigueur**

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

## ANNEXE 6

Réglementation actuelle (art. 54 RPAC)	PL 12428	Amendement général de Mme Osmani	Commentaires DF	Proposition d'amendement du DF
	<p><b>Art. 1</b> Modification</p> <p>La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997, est modifiée comme suit :</p>	<p><b>Art. 1</b> Modification</p> <p>La loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux, du 4 décembre 1997, est modifiée comme suit :</p>		
<p><sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail.</p>	<p><b>Art. 9B</b> Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)</p>	<p><b>Art. 9B</b> Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)</p>		<p><b>Art. 9B</b> Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)</p>
<p><sup>2</sup> Moyennant une prime payée par le fonctionnaire, ou l'employé dès la 2<sup>e</sup> année d'activité, l'Etat garantit la totalité du traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail).</p>	<p>En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). Les rapports de service du membre du personnel incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ne peuvent pas être réévalués jusqu'à l'expiration de ces 730 jours.</p>	<p>En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). Les rapports de service du membre du personnel incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ne peuvent pas être réévalués jusqu'à l'expiration de ces 730 jours.</p>	<p>L'amendement améliore la couverture des personnes engagées à l'Etat depuis moins d'un an, ce que le DF soutient.</p> <p>Toutefois, l'impossibilité de résilier les rapports de service durant 730 jours présente un risque de blocage pour l'employeur, avec des conséquences néfastes également pour les personnes concernées (abandonnement du monde du travail, désinsertion professionnelle).</p>	<p><sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical d'un ou d'une fonctionnaire, d'un employé ou d'une employée, d'un agent spécialisé ou d'une agente spécialisée, ou d'un ou d'une auxiliaire exerçant une activité régulière payé au mois, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail.</p> <p><sup>2</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration garantit la totalité du traitement des membres du personnel visés à l'alinéa 1 à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail).</p>
<p><sup>3</sup> La durée des prestations prévues à l'alinéa 2 ne peut dépasser 730 jours civils (520 jours de travail) au total sur une période d'observation de 1 095 jours civils (780 jours de travail).</p>	<p><sup>2</sup> A cette fin, une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est calculée sur une base actuarielle et correspond au tiers du coût de la mesure.</p>	<p><sup>3</sup> Les membres du personnel engagés pour une durée déterminée, visés aux articles 7 à 9, en arrêt maladie à la fin de leur contrat, ont droit à la poursuite de leur traitement pour une période de même durée que le contrat, indépendamment de l'échec de celui-ci, mais pour 730 jours au maximum.</p>		<p>Biffer l'art. 2 de l'amendement</p>
	<p><sup>3</sup> La cotisation est adaptée tous les trois ans au moins. L'éventuel</p>	<p><sup>3</sup> Plusieurs contrats conclus durant une période de 1095 jours, avec</p>		<p>Biffer l'art. 3 de l'amendement</p>

<p>excédent de cotisation passé vient en déduction des cotisations futures. Une perte éventuelle n'est pas reportée sur les membres du personnel.</p>	<p>4 Le membre du personnel malade peut être adressé auprès du médecin-conseil de l'employeur. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par le médecin-conseil et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. A défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.</p>	<p>4 Le membre du personnel malade peut être adressé auprès du médecin-conseil de l'employeur. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par le médecin-conseil et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. <b>Cette obligation vaut même après la fin du contrat.</b> A défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.</p>	<p>les établissements soumis à la LPAC). Elle ne précise pas si les absences pour raison de santé seront également communiquées d'un employeur à l'autre pour impacter la durée de couverture.</p> <p>Il y a un risque d'aboutir à l'anti-sélection de personnes provenant d'autres établissements soumis à la LPAC lors de recrutements, pour éviter d'avoir à gérer l'héritage des absences.</p>	<p>4 Le membre du personnel en incapacité de travail peut être adressé au médecin du travail ou au médecin-conseil de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer, notamment en levant si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. A défaut, il perd la garantie prévue à l'alinéa 2.</p>
<p>3 Lorsque une absence a dépassé 45 jours ininterrompus pour des raisons médicales, la hiérarchie signale le cas au médecin-conseil de l'Etat. Ce dernier peut prendre contact avec le médecin traitant du membre du personnel et décide de toute mesure pour respecter tant la mission du médecin traitant que l'intérêt de l'Etat. Le médecin-conseil de l'Etat établit une attestation d'aptitude, d'aptitude sous conditions ou d'inaptitude à occuper la fonction. Il précise les contre-indications qui justifient son attestation.</p>	<p>5 Le traitement durant la période garantie peut être réduit lorsque la maladie ou l'accident sont dus à une faute grave du membre du personnel, soit lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou avec des bateaux à moteur ainsi que lors des entraînements effectués sur le trajet de la course, lors de l'utilisation d'aéronefs et de véhicules à moteur si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ou d'accidents ou de maladies résultant de crimes ou de délits commis par le membre du personnel.</p>	<p>5 Le traitement durant la période garantie peut être réduit lorsque la maladie ou l'accident sont dus à une faute grave du membre du personnel, soit lors de la participation à des courses avec des bateaux à moteur ou avec des bateaux à moteur ainsi que lors des entraînements effectués sur le trajet de la course, lors de l'utilisation d'aéronefs et de véhicules à moteur si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ou d'accidents ou de maladies résultant de crimes ou de délits commis par le membre du personnel.</p>	<p>Les cas mentionnés sont arbitrairement limitatifs et ne couvrent que les cas d'accident, et non de maladie. La formulation actuelle de l'art. 54 RPAC est plus appropriée.</p>	<p>5 L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou supprimée en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du fonctionnaire.</p>
<p>6 L'Etat récupère les prestations que le fonctionnaire ou l'employé reçoit des assurances sociales cantonales ou fédérales ainsi que les prestations d'une institution de prévoyance.</p>	<p>6 L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.</p>	<p>6 L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.</p>	<p>La mention « jusqu'à concurrence des montants versés par lui » ne paraît pas claire.</p> <p>Le département propose d'adapter la teneur actuelle de l'art. 54 RPAC, de manière à permettre à l'employeur de s'adresser directement aux assurances sociales concernées.</p>	<p>6 Les prestations accordées aux membres du personnel par les assurances sociales cantonales ou fédérales ou par institution de prévoyance sont acquises à l'autorité compétente.</p>
	<p>7 L'Etat garantit aux allindés 1 et 2. Il est pas composé d'indemnités et est soumis aux cotisations aux</p>			<p>7 Le versement de l'indemnité cesse au plus tard à la fin des rapports de service.</p>

		<p><b>assurances sociales.</b></p> <p><b>Art. 9C. Auto-assurance et financement (nouveau)</b></p>	<p>Une analyse de la pratique en matière d'assurance accident sur-obligatoire dans toutes les institutions concernées serait souhaitable. Certains métiers couverts par la LPAC pourraient bénéficier de dispositions spécifiques pour l'accident d'exposition au sang, la clause effort ou le choc émotionnel.</p> <p>La notion d'auto-assurance n'est pas exacte, l'Etat (ou les autres employeurs LPAC) n'étant pas reconnu par la FINMA. Il s'agit plutôt d'un dispositif opérationnel de suivi des absences.</p>	<p>Biffer l'art. 1 de l'amendement</p>
		<p><sup>1</sup> Les droits prévus à l'art. 9B, pour les absences liées à la maladie et la part sur-obligatoire en ce qui concerne les absences liées à l'accident, sont assurés par un mécanisme différentiellement sans recours à un assureur externe.</p>		
	<p><b>Art. 2 Entrée en vigueur</b> Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	<p><sup>2</sup> A cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie, l'année mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9 %.</p>	<p>Par rapport au PL 12428 initial, on constate une baisse de la participation des membres du personnel de 1/3 à 1/10. La fréquence de révision du taux de cotisation devrait être précisée.</p> <p>La notion d'absentéisme renvoie à des absences non justifiées. Le terme d'absence maladie est préférable.</p> <p>La notion d'"autorité compétente" est également plus précise que celle d'"employeur", dans la mesure où elle se réfère directement à l'art. 2 de la loi.</p> <p>La référence au taux d'absence maladie de l'autorité concernée implique un taux de cotisation distinct d'une entité à l'autre (Administration cantonale, Pouvoir judiciaire, Hospice général, EFM, etc.). Or, certaines commissions par la nature même de leur activité (notamment professions de santé) des taux d'absence plus élevés.</p>	<p>Al. 2 repris à l'art. 9B al. 3 selon la teneur suivante :</p> <p><sup>3</sup> Une cotisation est prélevée sur le traitement des membres du personnel visés à l'alinéa 1. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie du personnel de l'autorité compétente concernée selon l'article 2 de la présente loi lors de l'année précédente, mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9% du traitement.</p>
	<p><b>Art. 2 Entrée en vigueur</b> Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.</p>			

## PL 12428

Proposition d'amendement du département des finances et des ressources humaines (DF)  
à l'amendement général de Madame Xhevrie Osmani

**Art. 9B Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical d'un ou d'une fonctionnaire, d'un employé ou d'une employée, d'un agent spécialisé ou d'une agente spécialisée, ou d'un ou d'une auxiliaire exerçant une activité régulière payé au mois, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail.

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration garantit la totalité du traitement des membres du personnel visés à l'alinéa 1 à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail).

<sup>3</sup> Une cotisation est prélevée sur le traitement des membres du personnel visés à l'alinéa 1. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie du personnel de l'autorité compétente concernée selon l'article 2 de la présente loi lors de l'année précédente, mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9% du traitement.

<sup>4</sup> Le membre du personnel en incapacité de travail peut être adressé au médecin du travail ou au médecin-conseil de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer, notamment en levant si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. A défaut, il perd la garantie prévue à l'alinéa 2.

<sup>5</sup> L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou supprimée en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du membre du personnel.

<sup>6</sup> Les prestations accordées aux membres du personnel par les assurances sociales cantonales ou fédérales ou par l'institution de prévoyance sont acquises à l'autorité compétente.

<sup>7</sup> Le versement de l'indemnité cesse au plus tard à la fin des rapports de service.

Le tableau synoptique ci-dessous présente la proposition d'amendement plus en détail.

Réglementation actuelle (art. 54 RPAC)	Amendement général de Mime Osmani	Commentaires DF	Proposition d'amendement du DF
<p>1 En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail.</p> <p>2 Moyennant une prime payée par le fonctionnaire, ou l'employé dès la 2<sup>e</sup> année d'activité, l'Etat garantit la totalité du traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail).</p> <p>(...)</p> <p>5 La durée des prestations prévues à l'alinéa 2 ne peut dépasser 730 jours civils (520 jours de travail) au total sur une période d'observation de 1 095 jours civils (780 jours de travail).</p>	<p><b>Art. 9B Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)</b></p> <p>1 En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours.</p>	<p><i>L'amendement améliore la couverture des personnes engagées à l'Etat depuis moins d'un an, ce que le DF soutient.</i></p> <p><i>Toutefois, l'impossibilité de résilier les rapports de service durant 730 jours présente un risque de blocage pour l'employeur, avec des conséquences néfastes également pour les personnes concernées (éloignement du monde du travail, désinsertion professionnelle).</i></p>	<p><b>Art. 9B Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)</b></p> <p>1 En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical d'un ou d'une fonctionnaire, d'un employé ou d'une employée, d'un agent spécialisé ou d'une agente spécialisée, ou d'un ou d'une auxiliaire exerçant une activité régulière payé au mois, le traitement est remplacé par une indemnité pour incapacité de travail.</p> <p>2 Le Conseil d'Etat, la commission de gestion du pouvoir judiciaire ou le conseil d'administration garantit la totalité du traitement des membres du personnel visés à l'alinéa 1 à concurrence d'une durée maximale de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail).</p>
-	<p>2 Les membres du personnel engagés pour une durée déterminée, visés aux articles 7 à 9, en arrêt maladie à la fin de leur contrat, ont droit à la poursuite de leur traitement pour une période de même durée que le contrat, indépendamment de l'échéance de celui-ci, mais pour 730 jours au maximum.</p>	<p><i>Cette proposition s'inspire des discussions menées avec les organisations représentatives du personnel concernant le projet d'APG maladie du Conseil d'Etat.</i></p> <p><i>Une telle mesure était envisageable dans le cas d'un contrat avec un assureur privé, mais ne l'est pas dès lors que l'Etat continue à assumer lui-même le coût de l'absence.</i></p>	<p><i>Biffer l'al. 2 de l'amendement</i></p>

		<p>La gestion des contrats sans passer par un assureur pose un défi technique (administration du paiement des personnes qui ne travaillent plus à l'Etat) et juridique (droit applicable à une personne qui touche un traitement alors qu'elle n'est plus membre du personnel).</p>	<p><i>Biffer l'ai. 3 de l'amendement</i></p>
<p><sup>3</sup> Lorsqu'une absence a dépassé 45 jours ininterrompus pour des raisons médicales, la hiérarchie signale le cas au médecin-conseil de l'Etat. Ce dernier peut prendre contact avec le médecin traitant du membre du personnel et décide de toute mesure pour respecter tant la mission du médecin traitant que l'intérêt de l'Etat. Le médecin-conseil de l'Etat établit une attestation d'aptitude, d'aptitude sous conditions ou d'inaptitude à occuper la fonction. Il précise les contre-indications qui justifient son attestation.</p>	<p><sup>3</sup> Plusieurs contrats conclus durant une période de 1095 jours, avec l'Etat ou un établissement soumis à la présente loi, sont additionnés.</p>	<p>Cette disposition pose un problème pratique (addition des contrats dans les établissements soumis à la LPAC). Elle ne précise pas si les absences pour raison de santé seront également communiquées d'un employeur à l'autre pour impacter la durée de couverture. Il y a un risque d'aboutir à l'anti-sélection de personnes provenant d'autres établissements soumis à la LPAC lors de recrutements, pour éviter d'avoir à gérer l'héritage des absences.</p> <p>Le département propose une reformulation de cet alinéa.</p>	<p><sup>4</sup> Le membre du personnel en incapacité de travail peut être adressé au médecin du travail ou au médecin-conseil de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer, notamment en levant si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. A défaut, il perd la garantie prévue à l'alinéa 2.</p>
<p><sup>4</sup> L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou</p>	<p><sup>5</sup> Le traitement durant la période garantie peut être réduit lorsque la</p>	<p>Les cas mentionnés sont arbitrairement limitatifs et ne couvrent que les cas d'accident, et non de</p>	<p><sup>5</sup> L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou</p>

<p>supprimée en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du fonctionnaire.</p>	<p>maladie ou l'accident sont dus à une faute grave du membre du personnel, soit lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou avec des bateaux à moteur ainsi que lors des entraînements effectués sur le trajet de la course, lors de l'utilisation d'aéronefs et de véhicules à moteur si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ou d'accidents ou de maladies résultant de crimes ou de délits commis par le membre du personnel.</p>	<p>maladie. La formulation actuelle de l'art. 54 RPAC est plus appropriée.</p>	<p>supprimée en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du membre du personnel.</p>
<p><sup>6</sup> L'Etat récupère les prestations que le fonctionnaire ou l'employé reçoit des assurances sociales cantonales ou fédérales ainsi que les prestations d'une institution de prévoyance.</p>	<p><sup>6</sup> L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.</p>	<p>La mention « jusqu'à concurrence des montants versés par lui » ne paraît pas claire. Le département propose d'adapter la teneur actuelle de l'art. 54 RPAC, de manière à permettre à l'employeur de s'adresser directement aux assurances sociales concernées.</p>	<p><sup>6</sup> Les prestations accordées aux membres du personnel par les assurances sociales cantonales ou fédérales ou par l'institution de prévoyance sont acquises à l'autorité compétente.</p>
			<p><sup>7</sup> Le versement de l'indemnité cesse au plus tard à la fin des rapports de service.</p>
	<p><b>Art. 9C Auto-assurance et financement (nouveau)</b></p>		
<p>-</p>	<p><sup>1</sup> Les droits prévus à l'art. 9B, pour les absences liées à la maladie et la part sur-obligatoire en ce qui concerne les absences liées à l'accident, sont assurés par un mécanisme d'auto-assurance.</p>	<p>Une analyse de la pratique en matière d'assurance accident sur-obligatoire dans toutes les institutions concernées serait souhaitable. Certains métiers couverts par la LPAC relèveraient des couvertures spécifiques pour l'accident d'exposition au sang, la clause effort ou le choc émotionnel.</p>	<p>Biffer l'al. 1 de l'amendement</p>

		<p><sup>2</sup> À cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du taux d'absentéisme maladie chez l'employeur l'année mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9 %.</p>	<p>La notion d'auto-assurance n'est pas exacte, l'Etat (ou les autres employeurs LPAC) n'étant pas reconnu par la FINMA. Il s'agit plutôt d'un dispositif opérationnel de suivi des absences.</p> <p>Par rapport au PL 12428 initial, on constate une baisse de la participation des membres du personnel de 1/3 à 1/10. La fréquence de révision du taux de cotisation devrait être précisée.</p> <p>La notion d'absentéisme renvoie à des absences non justifiées. Le terme d'absence maladie est préférable.</p> <p>La notion d'"autorité compétente" est également plus précise que celle d'"employeur", dans la mesure où elle se réfère directement à l'art. 2 de la loi.</p> <p>La référence au taux d'absence maladie de l'autorité concernée implique un taux de cotisation distinct d'une entité à l'autre (Administration cantonale, Pouvoir judiciaire, Hospice général, EPM, etc.). Or, certaines connaissances par la nature même de leur activité (notamment professions de santé) des taux d'absence plus élevés.</p>	<p>Al. 2 repris à l'art. 9B al. 3 selon la teneur suivante :</p> <p><sup>3</sup> Une cotisation est prélevée sur le traitement des membres du personnel visés à l'alinéa 1. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie du personnel de l'autorité compétente concernée selon l'article 2 de la présente loi lors de l'année précédente, mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9% du traitement.</p>
--	--	--	---	--



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Département des finances et des ressources humaines  
**La Présidente de la Délégation du Conseil d'Etat  
aux ressources humaines**

DF  
Case postale 3860  
1211 Genève 3

Avenir syndical  
Monsieur Alain MAGNENAT, Délégué  
Avenue Dumas 18  
1206 Genève

Par courriel à [Alain.magnenat@avenirsyndical.ch](mailto:Alain.magnenat@avenirsyndical.ch)

N<sup>o</sup>réf. : 02493-2021 & 200761-2021

Genève, le 5 juillet 2021

**Concerne : Prise de position sur le projet de l'office du personnel de l'Etat (OPE) pour  
une assurance perte de gain maladie privée**

Monsieur le Délégué,

Nous faisons suite à votre courriel du 10 mai 2021, dont le contenu a retenu notre meilleure attention.

Vous trouvez ci-après réponse aux points que vous soulevez.

- **Est-ce que le projet de l'OPE (et du Conseil d'Etat) respecte les recommandations de la Cour des comptes (CdC) ?**
  - a. *L'OPE continue de prélever la prime de 0.1% et l'OPE ne prévoit pas de suspendre le prélèvement des primes.*

Dans son rapport numéro 119, la Cour des comptes a identifié un risque de recours. Ce risque juridique est lié au fait que la responsabilité de fixer la contribution du personnel n'est pas explicitement assignée au Conseil d'Etat dans la loi. Dans l'exercice de sa mission de réviseur, la Cour des comptes devait en faire état.

Après analyse, l'office du personnel de l'Etat a toutefois estimé que le risque de perdre sur recours était très faible. La CdC en a été informée et en a pris note. Le prélèvement qui s'inscrit à un niveau très bas par rapport à la pratique en Suisse mais aussi par rapport au projet de loi que vous mentionnez (PL12428) a donc été poursuivi. Une fois la situation stabilisée et selon la solution choisie, une modification pourrait être apportée à la LTrait afin de disposer d'une base légale.

- b. *Le projet ne prévoit pas une modification des bases légales, ne fournit pas une analyse de conserver l'auto-assurance et propose la mise en place d'un contrat d'assurance. L'OPE engage des courtiers et se prépare à lancer un appel d'offre sans débat sur le fond.*

L'OPE a effectué une analyse dont les conclusions vous ont été présentées lors de la première séance de dialogue sur le projet le 29 janvier 2021. Cette analyse conclut qu'une assurance *stop-loss* est préférable au système actuel car elle permet d'améliorer la couverture du personnel tout en réduisant les coûts de l'absence. L'OPE observe que

les coûts de l'absence ne cessent d'augmenter et qu'il serait préférable d'exploiter les mesures qui permettent d'atténuer cette tendance.

Au terme de cette analyse, suivant une pratique courante dans les administrations suisses, l'OPE a engagé un conseil pour l'accompagner. C'est à ce stade que le dialogue a été ouvert avec les organisations représentatives du personnel lors de 4 séances de discussion. La présence d'un conseil a permis d'apporter des réponses aux questions posées par les organisations représentatives du personnel sur les principes juridiques mais aussi sur la façon dont ces principes étaient mis en pratique.

Dans un domaine offrant autant de possibilités et de nuances que la mise en place d'une assurance perte de gain maladie, le Conseil d'Etat part du principe que le dialogue social doit précéder la rédaction d'un texte de loi. L'appel d'offre pour un assureur est en attente des conclusions des discussions avec les organisations représentatives du personnel. Pour mémoire, s'agissant du PL 12428, le Conseil d'Etat n'a pas d'influence directe sur la vitesse d'avancement des projets législatifs.

- **Opportunité et risque de la conclusion d'une assurance perte de gain maladie avec une compagnie d'assurance privée**

- a. *Confidentialité des données*

*Règles en matière de traitement de données. Les assureurs privés ont un large accès aux données du personnel couvert qui n'est pas compatible avec les principes du service public.*

Les assureurs privés ont accès aux données nécessaires à l'exécution de leur tâche conformément à la loi. Les données sensibles au sens de la LIPAD comme les données sur la santé du personnel ne peuvent être obtenues que dans ce cadre. Elles doivent et font en pratique l'objet d'une ségrégation en matière d'accès comme c'est le cas au sein de l'administration cantonale. Le cadre législatif dans ce domaine est clair. Il sera rappelé dans l'appel d'offre.

Comme il a été expliqué lors des séances avec les organisations représentatives du personnel, l'OPE ne se contentera pas d'exiger que les prestataires respectent la loi. L'OPE demandera annuellement un rapport sur le fonctionnement du système de contrôle interne des prestataires. Ce rapport sera établi par un tiers indépendant qualifié et devra comprendre une partie sur les traitements de données personnelles. L'OPE pourra ainsi obtenir une confirmation écrite et indépendante du fait que les prestataires ont mis en place des procédures pour s'assurer que les traitements de données sont conformes aux attentes de l'administration cantonale.

*Date d'annonce des sinistres ("le système stop-loss implique que les cas maladie sont annoncés très tôt").*

La date à partir de laquelle les cas maladie sont annoncés est indépendante du système stop-loss. L'OPE prévoit d'annoncer les cas au plus tôt afin de fiabiliser le suivi des certificats maladie.

*Offre d'assurance perte de gain maladie d'assureurs publics ("Il existe des assureurs publics qui fonctionnent avec efficacité et satisfaction unanime. Ce type d'établissement peut se coordonner avec d'autres services et éventuellement faire de la prévention").*

Il n'existe pas d'assureur perte de gain maladie public opérant dans le canton de Genève. La création d'un assureur public spécialisé sur ce thème sans expérience préalable d'une assurance perte de gain maladie dans l'administration cantonale et sans

support spécialisé exposerait le personnel de l'administration à une expérience dont le résultat serait hasardeux.

La prévention est actuellement en cours de renforcement dans le cadre d'un travail mené conjointement par le Service de santé et le service des outils de pilotage de l'OPE. Ces travaux d'analyse sont récents. La comparaison des statistiques et les discussions méthodologiques avec le conseil et les assureurs accidents devraient permettre de renforcer l'efficacité du dispositif de prévention.

*b. Justification de l'incapacité de travail*

Il est exact que l'assureur peut déclarer que l'incapacité de travail n'est pas justifiée. Dans ce cas, il met fin aux indemnités journalières. Le dispositif de gestion des absences de l'État étant maintenu, l'administration pourra décider de maintenir les relations avec l'employé tout en le suspendant de ses obligations de travailler. Cette disposition renforce implicitement le rôle des principaux acteurs de la gestion des absences (Service de santé, Cellule Retour au Travail, Groupe de Confiance, etc.). Nous notons par ailleurs que si des abus existent parfois, l'OPE prend toutes les mesures pour prévenir des situations litigieuses.

Sur ce point, la comparaison du projet du Conseil d'État et du PL12428 mérite une attention particulière. Le PL12428 interdit le licenciement d'une personne pendant un arrêt de travail suite à une maladie et un accident. Contrairement au projet du conseil d'État, le PL12428 néglige la couverture des personnes qui, arrivant au terme normal de leur contrat de travail, quittent l'État. Parmi ces personnes, une proportion se trouve dans l'incapacité de travailler pour raisons de santé, ce que seul un contrat d'assurance peut assurer après que ces personnes aient quitté l'État.

*c. Couverture du personnel la première année, en contrat d'auxiliaire et libre passage*

Le projet de l'OPE prévoit d'améliorer la couverture du personnel en CDD ainsi que celle du personnel ayant moins d'un an d'ancienneté. Dans un souci de proportionnalité, le projet de l'OPE ne peut offrir une couverture supérieure à la durée du contrat.

Le PL12428 prévoit d'assurer l'ensemble du personnel pour une durée de 730 jours. Nous observons toutefois que l'absence d'une assurance ne permettra pas de couvrir les personnes après leur sortie de l'État, ce qui représente une assurance plus courte que celle offerte par l'OPE.

*d. Garanties données sur le taux de cotisation de 0,1%*

Si l'intention première du Conseil d'Etat était de ne pas modifier la cotisation annuelle de 0.1%, nous sommes ouverts à la discussion sur ce point. En effet, comme vous le savez, tout système a un coût et l'objectif est de mettre en place un système solide et pérenne.

*e. Potentiel d'économie*

L'économie estimée à 5 millions de francs est effectivement attendue sur les charges sociales. Comme il a été indiqué lors des discussions, cette économie ne pénalise que très marginalement le personnel, à savoir hypothétiquement moins de 3% de l'effectif. Cette estimation ne prend pas en compte des facteurs de bonification prévus dans la LAVS (salaire antérieur du personnel, situation de famille, etc.).

Ce calcul peut être repris de façon différente. Nous notons en effet que si seules les personnes en classe 9 parviennent au maximum de l'échelle 44 lorsqu'ils travaillent à 100% en annuité 21 et 22, le personnel en classe 9 et inférieure ne représente que 4% de l'effectif de l'administration cantonale.

Le taux d'activité peut avoir des effets significatifs sur le revenu et donc sur les rentes. Toutefois le taux d'activité est souvent l'expression d'un choix personnel de l'employé de l'administration. Une part importante des personnes travaillant dans l'administration cantonale à temps partiel occupe un second emploi dans une autre organisation. Nombreux aussi sont ceux qui font délibérément le choix de travailler moins pendant une période de quelques années avant de revenir à un taux d'activité plus élevé. Ce dernier point justifie le fait que le taux d'activité du personnel ne peut s'apprécier sur une base statique (37.5% de temps partiel au 31 décembre 2020). Il faut apprécier cet aspect dans une approche dynamique, comme cela avait été fait dans l'analyse de l'OPE mentionnée en début de partie 2.e.i.

*f. Impact de cette économie sur les assurances sociales ("cette économie sera un manque pour les assurances sociales")*

L'économie s'élève à quelques millions de francs qu'il convient de mettre en perspective avec le revenu du premier pilier (approximativement Fr. 55 milliards pour AVS et AI cumulés). Le niveau de rémunération de l'administration cantonale étant structurellement plus élevé que celui de l'économie suisse, le personnel est un contributeur naturel important à la solidarité nationale. L'économie réalisée ne remettra donc pas en cause la solidarité du canton de Genève. Il aura en outre un impact négligeable sur les comptes du premier pilier.

*g. Charge de travail liée à la gestion des absences par l'État*

Le retard mentionné dans la recommandation 7 du rapport 119 de la Cour des comptes est un retard imputable au traitement de l'assurance accident. Ce retard, qui s'explique par une charge exceptionnelle de travail sur la période ayant précédé l'audit, a été rattrapé depuis l'émission du rapport. Cette information est attestée dans le rapport de suivi de la CdC au 30.06.2018. La gestion des assurances accident est plus complexe que la gestion des assurances perte de gain maladie, car elle comporte des obligations déclaratives plus importantes. L'OPE travaille sur un traitement automatisé des indemnités journalières liées à l'assurance perte de gain maladie en relation avec son conseil. Pour conclure, la charge de travail pour le suivi des absences maladies est une charge non négligeable mais elle est indispensable à la fois pour le bien-être du personnel et le respect de la réglementation (détection précoce des cas d'invalidité, par exemple).

*h. Globalement, nous estimons que si l'État conclut ce type de contrat, un signal sera donné aux établissements autonomes qui pourraient être légitimés à conclure la même démarche sans avoir le choix du stop-loss en raison de leur taille.*

Cette analyse est contredite par les faits sur trois points :

- L'étude de l'OPE exclut sans ambiguïté la souscription d'un contrat d'assurance classique en raison de son coût. Cette conclusion a été communiquée aux institutions autonomes avec qui l'OPE est en contact régulier.
- Deux institutions ont manifesté leur intention d'être associée au projet et pourraient profiter du dispositif du stop-loss. La première est de petite taille (la Cour des comptes), la seconde emploie un effectif plus conséquent (le Pouvoir Judiciaire).
- Certaines institutions autonomes ont déjà souscrit des contrats d'assurance perte de gain classique.

Enfin, le Conseil d'État partage l'analyse d'Avenir Syndical sur un aspect essentiel : une meilleure prévention permettrait de diminuer le taux d'absence, ce qui permettrait des

économies globales. Il s'agit d'un point sur lequel des efforts importants ont été menés et seront poursuivis.

Le projet ne constitue pas une "privatisation de l'assurance perte de gain maladie" : le dispositif actuel ne relevant pas de l'assurance, il ne peut pas être privatisé. Le dispositif actuel de gestion des absences est un suivi opérationnel et statistique des absences et non une auto-assurance comme dans le cas d'une organisation qui aurait sa propre captive d'assurance. Il en résulte que le personnel de l'administration ne profite pas d'une couverture assurancielle classique. Le personnel qui tombe malade au moment où il quitte l'État n'est donc pas assuré comme il pourrait l'être dans une organisation ayant souscrit un contrat d'assurance.

En vous souhaitant bonne réception de ces éléments, je vous prie de recevoir, Monsieur le Délégué, l'expression de mes meilleurs sentiments.



Nathalie Fontanet

19/10/2021 11:38 LE TEMPS

### L'assurance perte de gain maladie, un marché bloqué

La pandémie a aggravé une situation déjà grippée auparavant. Les primes sont en hausse et le changement d'assurance devient de plus en plus difficile. Le courtier Swiss Risk & Care dénonce les effets d'une convention entre membres de l'Association suisse d'assurances

La pandémie produit des effets indirects insoupçonnés. «Elle rend insupportable une situation jusqu'ici désagréable mais acceptée par la branche parce qu'elle appartenait aux coutumes. Le marché de l'assurance perte de gain maladie (PGM) est «grippé», a déclaré vendredi au Temps Yvan Roux, directeur de l'unité d'affaires entreprises du courtier Swiss Risk & Care, un courtier en assurance avec 170 collaborateurs.

**Yvan Roux, directeur de l'unité d'affaires entreprises du courtier Swiss Risk & Care, un courtier en assurance avec 170 collaborateurs. DR**

**Une entreprise qui souscrit une assurance PGM peut très difficilement changer de prestataire. Lors d'un appel d'offres, la prime de l'assureur outsider est presque systématiquement supérieure à celle du tenant.**

Une branche majeure de l'assurance

L'assurance perte de gain en cas de maladie, sans être obligatoire, est un maillon essentiel du système social suisse. Contre une prime de quelques pour cent, prélevée sur les salaires à parts égales entre l'employé et l'employeur, elle protège les deux parties contre les conséquences financières d'une absence maladie pouvant durer jusqu'à deux ans.

L'assurance perte de gain maladie est pratiquée par l'ensemble du marché des assureurs privés. On y retrouve les grands assureurs généralistes comme les assureurs de personnes.

«Le niveau général des primes est en forte hausse depuis quelques années et cette tendance s'est encore accentuée cette année», estime Yvan Roux. «Il n'est pas rare de voir des augmentations de plusieurs dizaines de pour cent et nous observons même des situations en centaines de pour cent», ajoute-t-il.

Les quatre raisons du mécontentement

Plusieurs raisons principales contribuent à la hausse des primes et au blocage du système, selon Yvan Roux.

Lire aussi: Dissection des coûts de la santé en quatre questions

Le contexte économique et social dans lequel nous vivons (pression, environnement professionnel complexe, place dans la société...) se traduit par une augmentation de l'absentéisme lié à des maladies psychiques. Le nombre de cas ainsi que la durée des absences engendrent des coûts supplémentaires avec des durées d'indemnités plus longues, donc plus chères.

Le Covid-19 a rendu les compagnies d'assurances plus prudentes en raison des incertitudes qui entourent la pandémie. Les questions liées à la potentielle multiplication des maladies de courte durée ou des covid longs les ont amenées à constituer des réserves et les primes ont donc eu tendance à s'accroître.

La Finma (Autorité de surveillance des marchés financiers) a exigé que chaque branche d'activité pratiquée par les assureurs soit rentable pour elle-même. La branche PGM étant historiquement déficitaire, cette directive a renchéri les primes PGM, selon Swiss Risk & Care.

**La libre concurrence est faussée par une convention entre assurances, dite de libre passage, inconnue du grand public. Aujourd'hui, avec la dégradation des conditions contractuelles, les entreprises sont tentées de changer d'assurance. Mais ce désir bute sur un obstacle majeur. Quand un nouvel assureur souhaite reprendre un contrat à l'un de ses concurrents, il doit poursuivre le versement des indemnités journalières pour les maladies en cours, en lieu et place de l'ancien assureur.**

Lire également: Les quatre grandes caisses maladie rembourseront 200 millions à leurs assurés

#### Un système qui fonctionne

«Le nouvel assureur doit donc provisionner ces cas pour pouvoir prendre le relais des indemnisations, ce qui lui génère automatiquement une perte d'entrée. A l'inverse, l'ancien assureur annule les provisions, ce qui lui confère un gain de sortie. On comprend mieux ainsi que tout challenger de l'ancien assureur part avec un handicap puisque les réserves constituées pour indemniser les cas en cours ne sont pas transférées au nouvel assureur», déclare Yvan Roux.

«Je suis dans le métier depuis vingt-cinq ans. Cette convention a toujours existé et m'a toujours paru choquante. Je la dénonce aujourd'hui, car elle entrave le bon fonctionnement du marché. De plus le souscripteur n'assume pas le risque jusqu'à son terme», ajoute-t-il.

Cette situation n'existe que dans la PGM. Pour l'assurance accident (LAA), c'est l'ancien assureur qui indemnise le sinistre jusqu'à sa clôture. Dans la prévoyance professionnelle (LPP), un changement de caisse de pension entraîne un transfert des provisions constituées pour le cas en cours.

Interrogée, l'Association suisse d'assurances (ASA) se défend et estime que le système profite aux assurés. En substance, la convention existe depuis 2006. Elle est présente sur le site de l'ASA. Elle est connue, notamment de la part de la Commission de la concurrence. Elle a fait ses preuves et «il n'est pas prévu de la réviser», indique Dominik Gresch, responsable de l'assurance maladie et accidents à l'ASA. Dès la date du changement d'assureur, les sinistres sont repris par le reprenneur du contrat. «On évite ainsi les conflits de compétence.»

Le nouvel assureur ne reprend pas un cas de sinistre mais l'ensemble des assurés en incapacité de travail. «Sans cette règle, on risque d'assister à un processus de sélection des risques», selon Dominik Gresch. Ce mécanisme garantit le principe de solidarité qui est à la base du contrat d'assurance. Le faible nombre de litiges juridiques montre d'ailleurs, à son avis, que le système fonctionne. L'ASA indique ne pas avoir eu connaissance, à ce jour, de cas de limitation de concurrence. «Les primes sont d'ailleurs fortement sous pression dans l'assurance maladie collective», révèle Dominik Gresch.

#### L'enjeu de la protection des données

Le courtier critique également un autre point important de ce marché, à l'heure de la cybersécurité et des nouvelles lois sur la protection des données. Dans le cadre des appels d'offres, chaque soumissionnaire candidat apprécie le risque sur la base des données transmises par l'assureur en place. «Il est légitime de se demander, d'une part, si cet échange d'informations applique toutes les mesures pour garantir la sécurisation des données et, d'autre part, si le fait même d'échanger des données financières entre assureurs est bien conforme à la réglementation», déclare-t-il. L'irritation de Swiss Risk & Care sera-t-elle entendue?

**De :** Alain Magnenat  
**A :** [Rudaz Lionel \(SEC-GC\)](#); [Dupont Murielle \(SEC-GC\)](#)  
**Cc :** [AvSy Fabienne Payré](#)  
**Objet :** PL 12428, compléments d'information (Avenir Syndical)  
**Date :** mercredi 6 juillet 2022 18:56:12  
**Pièces jointes :** [1.Tableau synoptique amendement 12428 commentaires AS 2022.06.pdf](#)  
[2.Lettre HUG d'À@compte Imad.PDF](#)  
[3.D'À@compte Vessy et HUG.pdf](#)  
[4.ReI\\_ ponses AS sur APG Maladie 2021.09.pdf](#)  
[5.RA@ponse N. Fontanet À AS 2021.07.pdf](#)  
[6.Prise de position APGMaladie 2021.05.pdf](#)

---

Monsieur, Madame,

Pour faire suite à votre message du 17 juin dernier, voici les compléments demandés (à l'intention des députés de la commission ad'hoc):

Mesdames et Messieurs les Député.e.s,

Pour faire suite à notre audition, nous revenons vers vous avec les éléments complémentaires demandés.

A l'Imad, vous pouvez constater que la cotisation pour la perte de gain maladie est de 4.42% (395.95 chf sur 8'942.65 chf) avec la complémentaire accident qui se monte à 0.57 % (50.95 chf sur 8'942.65 chf). Cela fait bien un total de 5% du salaire brut de cotisations en matière d'assurance privée. En revanche, cette charge incombe à l'employeur et non pas à l'employé.e.

A la Maison de Vessy où la cotisation prise sur l'employé se monte à 3.225 %. Au total la prime est de 6,45 %. Selon les informations que nous avons, il est difficile de changer d'assureur avec un taux d'absence important et l'assureur peut alors augmenter sa prime.

La prime ne couvre pas tous les coûts des absences maladies puisque qu'il y a un délai de carence à la charge de l'employeur (les absences courtes ne sont pas couvertes). Il y a aussi des versements rétroactifs de l'AI vers l'assureur que l'employeur perd (pour les absences longues, qui débouchent sur des rentes d'invalidité). A la Maison de Vessy, pour juguler les augmentations, le délai de carence est passé de 30 à 60 jours et la couverture du salaire à la baisse (80%).

En terme d'emploi, l'opération n'est pas neutre, des postes aux ressources humaines sont mis en péril (1 poste pour 200 collaborateurs d'après les estimations fournies) ou transformés en poste administratifs pour les annonces des absences à l'assureur. Vous aurez compris qu'un retour à l'autofinancement est ensuite compliqué.

A la Maison de Vessy comme aux HUG, vous pouvez constater les rétrocessions de cotisations AVS à l'employé.e et l'économie sur la part employeur. Aux HUG, cette pratique est formalisée par un courrier que vous trouverez en annexe: l'employé a un manque de cotisations et un salaire net supérieur à son salaire net habituel, alors que sa caisse de pension n'est pas capitalisée.

Nous n'avons pas connaissance de la directive n°2065 de l'Office fédéral des assurances sociales qui cautionnerait cette pratique. En revanche, si le règlement sur l'AVS (article 6 du RAVS) prévoit que les prestations en cas de maladie et d'accident ne sont pas comprises comme revenu soumis à cotisations les employé.e.s soumis à la LPAC bénéficient de leur traitement. Il ne s'agit donc pas de prestations d'une assurance sociale mais bien d'un salaire. S'il y a un doute, le maintien des cotisations du premier pilier (AVS-AI-AC...)

pourraient être inscrits dans la loi, par exemple à l'art 9B al1 de la LPAC (selon la numérotation du PL 12428).

Tout en vous souhaitant bonne réception de ces compléments d'information et restant bien entendu à votre disposition, je vous adresse mes salutations distinguées.

Alain Magnenat  
Pour Avenir Syndical

Jentzer 22  
Genève 14

N/Réf : PB / sc  
Affaire traitée par : Mme S.Carvalho-Rios  
✉ sandra.carvalho-rios@hcuge.ch  
☎ 022 372 65 32

**Objet**

Prestations d'assurances en cas d'accident -  
Salaire soumis à cotisation AVS/AI/APG/AC/ LAMat

Cher Monsieur,

Par la présente nous vous informons que votre salaire est remplacé par une indemnité journalière en cas d'incapacité pour raison d'accident.

Selon la directive n° 2065 de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), ces indemnités journalières ne sont pas soumises à cotisations AVS/AI/APG//LAMat.

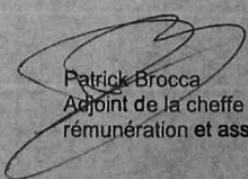
Ainsi, lorsque des indemnités journalières de l'assurance-accident sont perçues, les Hôpitaux universitaires Genève vous rétrocèdent les cotisations AVS/AI/APG/AC/LAMat.

Nous vous rendons donc attentif qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, vous risquez d'avoir des lacunes de cotisations et il peut en résulter une réduction de votre future rente de l'AVS ou de l'AI.

En conséquence, pour de plus amples renseignements, nous vous conseillons vivement de prendre contact avec :

la Caisse cantonale genevoise de compensation  
rue des Gares 12, 1211 Genève 2  
au 022 327 27 27.

Nous vous remercions de prendre bonne note de la présente et vous prions d'agréer, cher Monsieur, nos salutations distinguées.

  
Patrick Brocca  
Adjoint de la cheffe du service  
rémunération et assurances sociales

Copie à







**Proposition d'amendement général PL 12428 déposée par Xhevrie Osmani****19.10.2022****Art. 1 Modification**

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

**Art. 9B Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours.

<sup>2</sup> Les membres du personnel engagés pour une durée déterminée, visés aux articles 7 à 9, en arrêt maladie à la fin de leur contrat, ont droit à la poursuite de leur traitement pour une période de même durée que le contrat, indépendamment de l'échéance de celui-ci, mais pour 730 jours au maximum.

<sup>3</sup> Plusieurs contrats conclus durant une période de 1095 jours, avec l'Etat ou un établissement soumis à la présente loi, sont additionnés.

<sup>4</sup> Le membre du personnel malade peut être adressé auprès du médecin-conseil de l'employeur. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par le médecin-conseil et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. Cette obligation vaut même après la fin du contrat. À défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.

<sup>5</sup> Le traitement durant la période garantie peut être réduit lorsque la maladie ou l'accident sont dus à une faute grave du membre du personnel, soit lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou avec des bateaux à moteur ainsi que lors des entraînements effectués sur le trajet de la course, lors de l'utilisation d'aéronefs et de véhicules à moteur si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ou d'accidents ou de maladies résultant de crimes ou de délits commis par le membre du personnel.

<sup>6</sup> L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.

<sup>7</sup> Le traitement garanti aux alinéas 1 et 2 n'est pas composé d'indemnités et est soumis aux cotisations aux assurances sociales.

**Art. 9C Autofinancement (nouveau)**

<sup>1</sup> Les droits prévus à l'art. 9B, pour les absences liées à la maladie et la part sur-obligatoire en ce qui concerne les absences liées à l'accident, sont assurés par un mécanisme **d'autofinancement sans recours à un assureur externe.**

<sup>2</sup> À cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du **taux d'absence pour maladie** l'année mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9%.

**Art. 2 Entrée en vigueur**

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

## Résiliation des rapports de service et cas de maladie : conséquences en fonction du statut selon la réglementation actuelle

-----

## Résiliation des rapports de service et cas de maladie : conséquences en fonction du statut selon le PL 12428



### I. Situation actuelle

### II. Application du PL 12428

## I. Situation actuelle

Il convient de distinguer deux types de situations.

1. La résiliation des rapports de service est **motivée par des raisons de santé**.
2. Le membre du personnel tombe malade au cours de la procédure de résiliation des rapports de service **motivée par d'autres motifs que la santé**.

Quel est le processus applicable aux différents statuts selon la réglementation actuelle?

1. La résiliation des rapports de service du **fonctionnaire\*** **est motivée par des raisons de santé** (1A et 1B).
2. Le **fonctionnaire** (2A) / **l'employée ou l'employé** (2B) / **l'auxiliaire, l'agente spécialisée, l'agent spécialisé, le personnel en formation et la conseillère ou le conseiller des conseillères ou conseillers d'Etat** (2C et 2D) tombe malade au cours de la procédure de résiliation des rapports de service **motivée par d'autres motifs que la santé**.

\* Il est plutôt rare que la résiliation des rapports de service d'une employée, un employé, une ou un auxiliaire, une agente spécialisée ou agent spécialisé, ou du personnel en formation soit motivée par des raisons de santé. 03/02/2023 - Page 3

1A) La reprise d'activité du **fonctionnaire** n'est pas envisageable à court ou moyen terme, *ni dans le poste initial, ni dans un autre poste au sein de l'employeur* : disparition durable d'un motif d'engagement selon l'art. 22, let. c LPAC

Le législateur, considérant que l'état de santé fait partie des conditions d'engagement, a estimé que si une absence pour cause de maladie ou d'accident perdure sans qu'un remède y soit apporté ou ne puisse y être apporté, le motif fondé de la disparition durable d'un motif d'engagement est acquis.

 **Avis du SPE à 540 jours absence\*** : la reprise d'activité n'est pas envisageable à court ou moyen terme ni dans le poste initial ni dans un autre poste.

=

Qualification selon l'art. 22, let. c LPAC  
Disparition durable d'un motif d'engagement

**Pas de procédure de reclassement possible**



Décision de résiliation des rapports de service selon l'art. 22, let. c LPAC à **730 jours d'absence\*\***

\* Ce constat ne peut être établi qu'après une période d'observation de l'état de santé du fonctionnaire s'étendant sur une certaine durée.

\*\* La CPEG ouvre les prestations provisoires à la fin de droit au traitement, dans l'attente de la décision de l'AI.

1B) La reprise d'activité du **fonctionnaire** n'est pas possible dans le poste initial mais *elle est envisageable dans un autre poste au sein de l'employeur* :  
inaptitude à remplir les exigences du poste selon l'art. 22, let. b LPAC

Le Tribunal fédéral estime que les problèmes de santé peuvent être des indices clairs d'un manque d'aptitude.

✓ **Préavis du SPE** : la reprise d'activité n'est pas possible dans le poste initial mais elle est envisageable dans un autre poste

=

Qualification selon l'art. 22, let. b LPAC  
inaptitude à remplir les exigences du poste

Procédure de reclassement (menée en général par la Cellule de retour au travail)

6 mois max.  
= 2 stages de 3 mois

Si non concluant

Il faut tenir compte d'une période de protection (90 ou 180 jours) pouvant:

- retarder la notification de la décision de résiliation;
- suspendre le délai de résiliation



Décision de résiliation des rapports de service selon l'art. 22, let. b LPAC\*

3 mois – délai de résiliation

\* Dans la pratique la durée du processus dépasse 730 jours.

03/02/2023 - Page 5

2A) Les rapports de service du **fonctionnaire** sont résiliés pour insuffisance des prestations (art. 22, let. a LPAC) ou inaptitude à remplir les exigences du poste (ex: problèmes de comportement) (art. 22, let. b LPAC). Le fonctionnaire tombe malade au cours de la procédure.

Le fonctionnaire tombe malade au cours de la procédure

Convocation à un entretien de service pour :  
- *insuffisance des prestations* (art. 22, let. a LPAC) et  
- *inaptitude à remplir les exigences du poste* (art. 22, let. b LPAC)

Procédure de reclassement

Si non concluant

Il faut tenir compte d'une période de protection (90 ou 180 jours) pouvant:

- retarder la notification de la décision de résiliation;
- suspendre le délai de résiliation

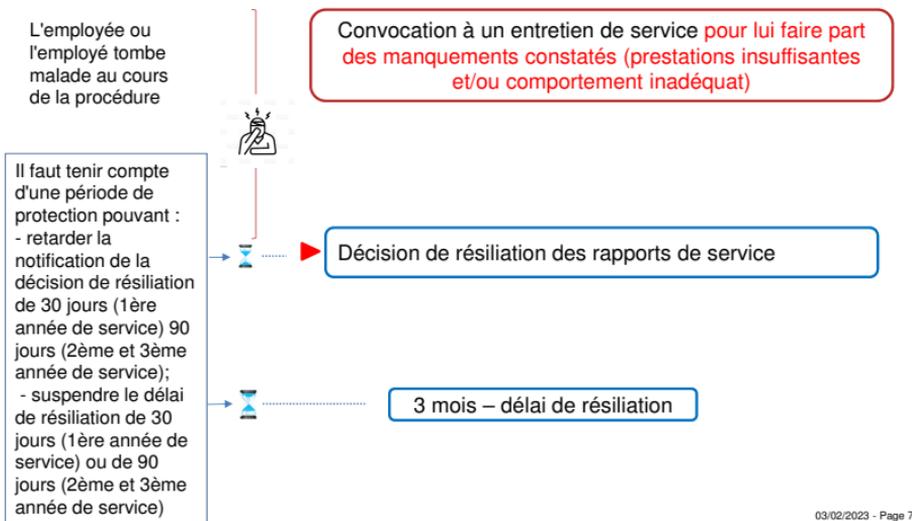


Décision de résiliation des rapports de service

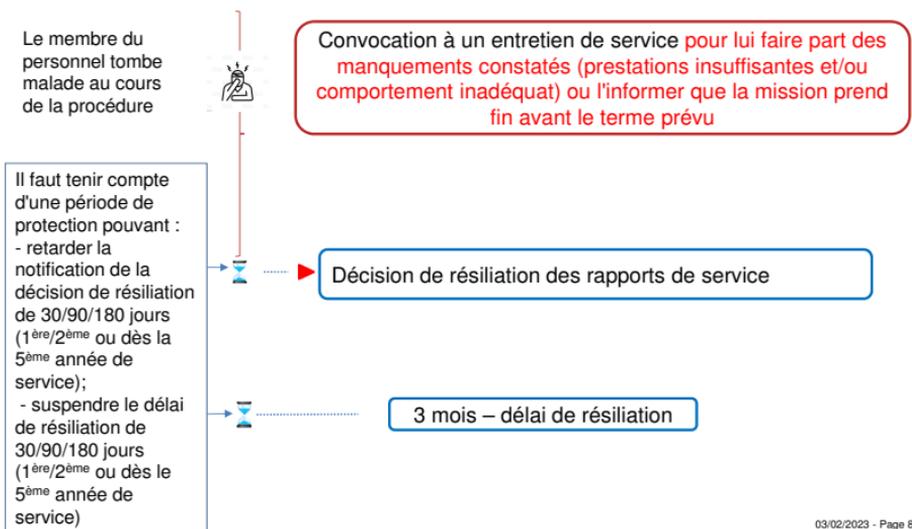
3 mois – délai de résiliation

03/02/2023 - Page 6

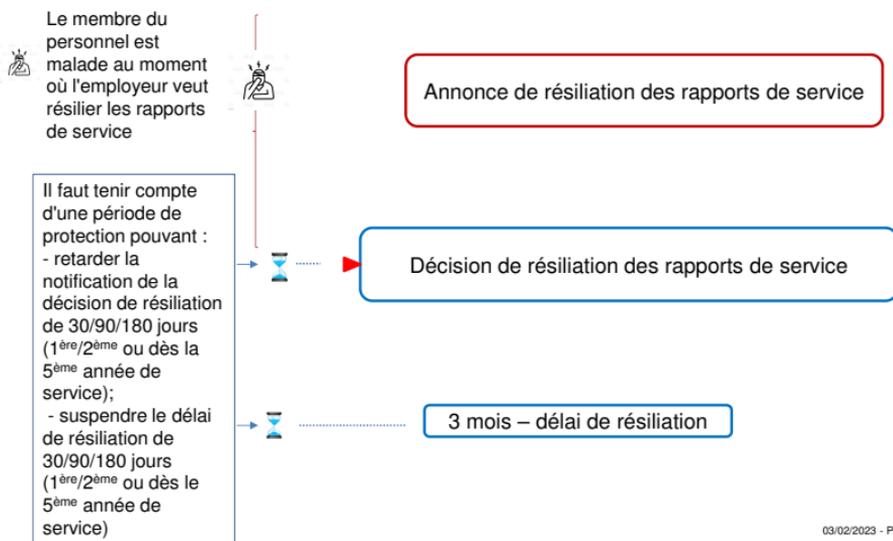
2B) Les rapports de service de **l'employée ou de l'employé** sont résiliés en raison de manquements constatés (prestations insuffisantes et/ou comportement inadéquat). L'employée ou l'employé tombe malade au cours de la procédure.



2C) Les rapports de service de **l'auxiliaire, l'agente spécialisée ou l'agent spécialisé engagé pour une durée indéterminée (avec une durée maximale)** sont résiliés en raison de manquements constatés (prestations insuffisantes et/ou comportement inadéquat) ou parce que la mission prend fin avant le terme prévu.



2D) **L'auxiliaire, l'agente spécialisée, l'agent spécialisé, le personnel en formation, la conseillère personnelle ou le conseiller personnel des conseillères et conseillers d'Etat** - engagé pour une durée déterminée - est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service.



## II. Application du PL 12428

## Champ d'application du PL 12428 (1/2) :

### Art. 9B, alinéa 1

*<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours.*

### Personnel concerné

- fonctionnaires, employées et employés,
- y compris le **personnel visé à l'art. 1 al. 2 LPAC**, soit:
  - <sup>2</sup> Les fonctions qui relèvent des lois :
    - a) sur l'**instruction publique**, du 17 septembre 2015;
    - b) sur l'**université**, du 13 juin 2008, en tant qu'elles ne sont pas exercées par des membres du corps administratif et technique;
    - c) sur la **Haute école spécialisée de Suisse occidentale – Genève**, du 29 août 2013, en tant qu'elles ne sont pas exercées par des membres du corps administratif et technique, font l'objet d'une réglementation particulière.

Il est donc applicable également au corps professoral, aux collaboratrices et collaborateurs de l'enseignement et de la recherche de l'Université, y compris la rectrice ou le recteur (?); les membres du conseil de direction, les enseignantes et enseignants, les collaboratrices et collaborateurs de l'enseignement et de la recherche de l'HES.

### Questions

- Est-ce que l'al. 1 est également applicable aux auxiliaires, agentes spécialisées, agents spécialisés engagés pour une durée indéterminée avec durée maximale ?
- Est-ce que le PL est adapté aux situations du personnel de l'Uni. et de la HES-SO hors PAT, or la LPAC précise que ces fonctions relèvent de lois particulières ?

03/02/2023 - Page 11

## Champ d'application du PL 12428 (1/2)

### Art. 9B, alinéa 2

*Les membres du personnel engagés pour une durée déterminée, visés aux articles 7 à 9, en arrêt maladie à la fin de leur contrat, ont droit à la poursuite de leur traitement pour une période de même durée que le contrat, indépendamment de l'échéance de celui-ci, mais pour 730 jours au maximum.*

### Personnel concerné

applicable aux auxiliaires, agentes spécialisées, agents spécialisés, conseillères et conseillers des conseillères et conseillers d'Etat, stagiaires, apprenties et apprentis, engagés pour une durée déterminée

### Question

Comment faut-il appliquer l'al. 2 aux auxiliaires engagés pour une durée déterminée payés à l'heure ?

## II.1. Application du PL 12428 – Art. 9B, al. 1

### Cas du personnel engagé pour une durée indéterminée, cas échéant avec une \*durée maximale

- Fonctionnaires
- Employées et employés
- \*Auxiliaires
- \*Agentes spécialisées, agents spécialisés

03/02/2023 - Page 13

### Quelles sont les conséquences du PL 12428 lorsque la résiliation des rapports de service du **fonctionnaire** est motivée par des raisons de santé ?

1A) La reprise d'activité **du fonctionnaire** n'est pas envisageable à court ou moyen terme, ni dans le poste initial, ni dans un autre poste au sein de l'employeur : (art. 22, let. c LPAC).

 Pas de conséquence car le fonctionnaire a déjà été malade 730 jours sur une période de 1095 jours d'absence pour cause de maladie au moment de la résiliation des rapports de service.

1B) La reprise d'activité **du fonctionnaire** n'est pas possible dans le poste initial mais elle est envisageable dans un autre poste au sein de l'employeur. Toutefois, la procédure menée par la cellule retour au travail (CRT) n'a pas été concluante : (art. 22, let. b LPAC).

 Pas de conséquence car la décision de résiliation des rapports de service selon l'art. 22, let. b LPAC est notifiée a priori après 730 jours d'absence.

03/02/2023 - Page 14

## Quelles sont les conséquences du PL 12428 lorsque le **fonctionnaire** est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service **pour d'autres motifs que la santé** ?

Les rapports de service du **fonctionnaire** sont résiliés pour insuffisance des prestations (art. 22, let. a LPAC) ou inaptitude (ex: problèmes de comportement; art. 22, let. b LPAC).



### Conséquence :

Si le **fonctionnaire** est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service, la notification du licenciement est suspendue aussi longtemps qu'il est malade et il a droit à son traitement à concurrence de 730 jours d'absence sur une période de 1095 jours d'absence.

### Constat :

Blocage du poste aussi longtemps que les rapports de service ne peuvent pas être résiliés.

### Question :

Est-ce que l'art. 9B est également applicable dans le cadre d'une révocation ? Si tel est le cas, il pourrait y avoir un problème avec la prescription.

03/02/2023 - Page 15



Le fonctionnaire est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service.



Le PL interdit de résilier les rapports de service aussi longtemps que le fonctionnaire est malade : cela équivaut à un "délai de protection de 730 jours".

### Exemple



1) Le fonctionnaire est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service.



Interdiction de résilier (selon PL)



700 jours d'absence



2) Il reprend son activité, par ex., après 700 jours d'absence.



Notification de la décision de résiliation des rapports de service

3) Le fonctionnaire tombe de nouveau malade.



Suspension



Le délai de résiliation de 3 mois est suspendu pendant la période de protection

Fin des rapports de service

Il faut tenir compte d'une période de protection (90 ou 180 jours) pouvant suspendre le délai de résiliation.



**Remarque :** Le cumul du "droit au traitement" (à concurrence de 730 jours) et de la période de protection peut entraîner des situations où le fonctionnaire n'est plus payé mais fait toujours partie du personnel.

03/02/2023 - Page 16

**Quelles sont les conséquences du PL 12428 lorsque **l'employée ou l'employé est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service** ?**

Les rapports de service de **l'employée ou de l'employé** sont résiliés pour incapacité à faire ses preuves (insuffisance des prestations ou problèmes de comportement).



**Conséquence :**

La gestion du cas de **l'employée ou l'employé** malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service est la même que celle du fonctionnaire en ce qui concerne le maintien du droit au traitement pendant 730 jours au max (voir [diapo. 16](#)).

**Constats :**

- Blocage du poste aussi longtemps que les rapports de service ne peuvent pas être résiliés.
- La résiliation des rapports de service avec effet immédiat n'est pas possible.

**Question :**

Lorsque l'employée ou l'employé dépassera la période probatoire, est-ce que l'employeur devra appliquer la procédure de résiliation des rapports de service prévue pour les fonctionnaires (avec motif fondé et reclassement) ?

03/02/2023 - Page 17

**Quelles sont les conséquences du PL 12428 lorsque **l'auxiliaire, l'agente spécialisée, l'agent spécialisé engagé pour une durée indéterminée avec une durée maximale est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service** ?**

Les rapports de service sont résiliés en raison de manquements constatés (prestations insuffisantes et/ou comportement inadéquat) ou parce que la mission prend fin avant le terme prévu.



**Conséquence :**

La gestion du cas de **l'auxiliaire, de l'agente spécialisée ou de l'agent spécialisé** malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service est la même que celle du fonctionnaire en ce qui concerne le maintien du droit au traitement pendant 730 jours au max (voir [diapo. 16](#)).

**Constats :**

- Blocage du poste aussi longtemps que les rapports de service ne peuvent pas être résiliés.
- Il y a le risque que l'engagement se prolonge au-delà de la durée maximale convenue.
- La résiliation des rapports de service avec effet immédiat n'est pas possible.

03/02/2023 - Page 18

## II.2. Application du PL 12428 – Art. 9B, al. 2

### Cas du personnel engagé pour une durée déterminée

- Auxiliaires
- Agentes spécialisées, agents spécialisés
- Stagiaires
- Apprenties et apprentis
- Conseillères et conseillers des conseillères et conseillers d'Etat

03/02/2023 - Page 19

**Quelles sont les conséquences du PL 12428 sur les situations du personnel auxiliaire, d'agentes spécialisées, d'agents spécialisés, de stagiaires, d'apprenties ou d'apprentis, de conseillères personnelles ou de conseillers personnels des conseillères et conseillers d'Etat - engagés pour une durée déterminée - en cas de maladie dans les derniers jours de leur engagement ?**



#### Conséquences :

Si le **membre du personnel concerné** est malade dans les derniers jours de son engagement, les rapports de service prennent fin, comme prévu, au terme de l'engagement. Cela étant, il bénéficie du droit à son traitement pendant une durée identique à celle de son engagement mais pour 730 jours au maximum.

#### Constats :

- L'art. 9B, al. 2 ne tient pas compte d'éventuelles absences intervenues avant le terme de l'engagement. Cette situation est particulièrement avantageuse comparée à celle des engagements de durée indéterminée (fonctionnaire, employée ou employé, membre du personnel engagé pour une durée indéterminée) qui prévoit que l'on tienne compte des absences intervenues pendant les 1095 jours précédents.

- Dès que l'engagement de durée déterminée est prévu pour plus de 2 ans, le personnel concerné bénéficie d'une prolongation de son droit au traitement de 730 jours au maximum.

03/02/2023 - Page 20

### Exemple d'un engagement pour une durée de 4 ans



1) Le membre du personnel est malade pendant une durée totale de 1 an pendant son engagement

L'art. 9B, al. 2 ne tient pas compte d'éventuelles absences intervenues avant le terme de l'engagement.



2) Le membre du personnel est malade dans les derniers jours de son engagement.

Fin de l'engagement

3) Il n'y a plus de rapports de service, seul le droit au traitement subsiste.

730 jours



Le droit au traitement est reconduit pour 730 jours max. sans tenir compte des absences pour maladie intervenues pendant l'engagement.

03/02/2023 - Page 21

**Quelles sont les conséquences du PL 12428 lorsque l'auxiliaire, l'agente spécialisée, l'agent spécialisé, le stagiaire, l'apprentie ou l'apprenti, la conseillère personnelle ou le conseiller personnel des conseillères et conseillers d'Etat - engagé pour une durée déterminée - est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service ?**



#### Conséquence :

Si le membre du personnel concerné est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service, son engagement prend fin à la date de résiliation. Cela étant, il bénéficie du droit à son traitement pendant une durée identique à celle de son engagement mais pour 730 jours au maximum.

#### Constat :

L'art. 9B, al. 2 ne tient pas compte d'éventuelles absences intervenues avant la date de la résiliation. Cette situation est particulièrement avantageuse comparée à celle des engagements de durée indéterminée (fonctionnaire, employée ou employé) qui prévoit une période d'observation de 1095 jours.

#### Question :

La durée du droit au traitement est donc prolongée pour une durée identique à celle de l'engagement. La question se pose de savoir quelle est la durée de l'engagement : celle prévue par l'engagement initial ou celle qui correspond à la durée écoulée jusqu'à la notification de la résiliation ?

03/02/2023 - Page 22

### Exemple d'un engagement pour une durée de 1 an

 Le membre du personnel est malade au moment où l'employeur veut résilier les rapports de service.

Annnonce de résiliation des rapports de service à 3 mois d'activité



30 jours d'absence



Période de protection :  
30 jours



Notification de la décision de résiliation des rapports de service



Délai de résiliation:  
3 mois

Fin des rapports de service

Ici, les rapports de service sont résiliés au bout de 7 mois. Le droit au traitement est-il prolongé de 7 mois ou de 12 mois selon l'engagement prévu initialement?

03/02/2023 - Page 23

### Conséquences et constats relatifs à l'application du PL 12428 (1/2)

- Le PL 12428 n'a pas de conséquence lorsque la résiliation des rapports de service du fonctionnaire est motivée par des raisons de santé.
- Le PL 12428 a des conséquences sur les situations de tout membre du personnel qui tombe malade au cours de la procédure de résiliation des rapports de service motivée par d'autres motifs que la santé.
- Le champ d'application concerne également le personnel de l'Université et de la HES-SO, notamment, le corps professoral. Cela est-il pertinent?
- Dans de nombreuses situations de résiliation des rapports de service, on constate que l'application du PL 12428 entraîne, sur la durée, un blocage du poste.

03/02/2023 - Page 24

**Conséquences et constats relatifs à l'application du PL 12428 (2/2)**

- Du fait du blocage du poste, surtout sur une longue durée, ce sera au personnel présent de combler l'absence, avec pour conséquence une surcharge de travail. Or, l'employeur se dit attentif à ne pas surcharger le personnel en place.
- En terme de politique RH, il y a un risque de découragement des hiérarchies à traiter les dysfonctionnements par crainte que le poste soit bloqué, pour cause d'absence, sur une longue durée. Dans la pratique, notamment pour le personnel engagé à durée limitée, il est probable que les hiérarchies ne traiteront pas le problème et attendront la fin de l'engagement, tel que prévu, pour éviter un processus compliqué de résiliation. Cela ne pourra que provoquer des tensions au sein des services.
- Il est particulier qu'après une résiliation, les anciens membres du personnel continuent à percevoir un traitement, pouvant aller jusqu'à 730 jours. Cette situation pourrait engendrer des comportements opportunistes et n'est pas saine pour les deux parties.

**Proposition d'amendement général PL 12428 déposée par Xhevrie Osmani****8.02.2023****Art. 1 Modification**

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

**Art. 9B Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi-ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours.

<sup>2</sup> Le membre du personnel en incapacité de travail pour maladie peut être adressé auprès du médecin-conseil ou du médecin du travail de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par ces derniers et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. À défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.

<sup>3</sup> Le traitement durant la période garantie peut être réduit lorsque la maladie ou l'accident sont dus à une faute grave du membre du personnel, soit lors de la participation à des courses avec des véhicules à moteur ou avec des bateaux à moteur ainsi que lors des entraînements effectués sur le trajet de la course, lors de l'utilisation d'aéronefs et de véhicules à moteur si les accidents résultent d'une infraction intentionnelle aux dispositions légales ou d'accidents ou de maladies résultant de crimes ou de délits commis par le membre du personnel.

<sup>4</sup> L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.

<sup>5</sup> Le traitement garanti à l'alinéa 1 n'est pas composé d'indemnités et est soumis aux cotisations aux assurances sociales.

**Art. 9C Autofinancement (nouveau)**

<sup>1</sup> Les droits prévus à l'art. 9B, pour les absences liées à la maladie et la part sur-obligatoire en ce qui concerne les absences liées à l'accident, sont assurés par un mécanisme d'autofinancement sans recours à un assureur externe.

<sup>2</sup> À cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie l'année mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9 %.

**Art. 2 Entrée en vigueur**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>2</sup> En dérogation à l'art 1, les contrats existants au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, conclus entre l'autorité compétente et les assureurs du traitement en cas de maladie ou d'accident pour la part sur-obligatoire, peuvent être exécutés jusqu'à leur terme prévu, mais ne peuvent être

reconduits. Au plus tard 2 ans après l'entrée en vigueur de la présente loi, ces prestations devront être autofinancées sans recours à un assureur externe.

**Proposition d'amendement général PL 12428 déposée par Xhevrie Osmani****16.02.2023****Art. 1 Modification**

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

**Art. 9B Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident (nouveau)**

<sup>1</sup> En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident attestée par certificat médical, les membres du personnel soumis à la présente loi, y compris ceux visés à l'article 1, alinéa 2, ont droit au versement de l'intégralité de leur traitement à concurrence de 730 jours civils (520 jours de travail) sur une période d'observation de 1095 jours civils (780 jours de travail). 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 de ces 730 jours. *Il faut cette référence additionnelle pour inclure les membres du personnel qui ne sont pas directement concernés par la LPAC, soit ceux du DIP notamment.*

<sup>2</sup> Le membre du personnel en incapacité de travail pour maladie peut être adressé auprès du médecin-conseil ou du médecin du travail de l'autorité compétente. Il est tenu de collaborer aux mesures d'investigations préconisées par ces derniers et de lever si nécessaire ses médecins traitants de leur secret médical. À défaut, il peut être déchu de la garantie prévue à l'alinéa 1.

<sup>3</sup> Le traitement versé en lien avec l'incapacité de travail peut être réduit ou supprimé en cas d'abus ou lorsque l'accident ou la maladie sont dus à une faute grave du membre du personnel. *Le Département reproche que l'article tel que rédigé avant l'amendement était trop précis par rapport à ce qui existe déjà dans les ordonnances fédérales. Cette proposition reprend ainsi ce qui existe actuellement dans le RPAC qui est plus général et dans ce cadre sont incluses les dispositions LAA et LCA (37 LAA, 47 OLAA, 14 LCA). Pas fondamentalement de changement.*

<sup>4</sup> L'employeur récupère les prestations que le membre du personnel reçoit des assurances cantonales ou fédérales ainsi que d'une institution de prévoyance, jusqu'à concurrence des montants versés par lui.

<sup>5</sup> Le traitement garanti à l'alinéa 1 n'est pas composé d'indemnités et est soumis aux cotisations aux assurances sociales. *Le département indique qu'il lui faut un délai transitoire pour commencer à percevoir les cotisations sur les indemnités accident ou maladie en cours. Comme le CE fixe l'entrée en vigueur de la loi, il pourra tenir compte du délai transitoire nécessaire pour l'adaptation.*

**Art. 9C Autofinancement (nouveau)**

<sup>1</sup> Les droits prévus à l'art. 9B pour les absences liées à la maladie et pour le traitement non-couvert par l'assurance accident obligatoire, sont assurés par un mécanisme d'autofinancement, sans recours à un assureur externe. Est réservée la possibilité de conclure des contrats avec un assureur privé pour des prestations d'assurance additionnelles.

*Il nous a été expliqué que certains employeurs, notamment les HUG (et IMAD), auraient des assurances privées qui couvriraient mieux certains cas particuliers (contact avec du sang contaminé, choc émotionnel pour personnel médical) en concluant (par exemple) des assurances qui leur versent une rente invalidité à vie (additionnelles à une rente AI). Ce sont des cas exceptionnels qui sont mieux couverts que la majorité des travailleurs. Nous n'avons pas reçu de chiffre sur combien de travailleurs sont concernés ou combien de rentes. Pour préserver toutefois la possibilité de conclure de telles assurances en faveur des employés, sans remettre en question le principe d'autofinancement,*

*cet amendement est proposé.*

<sup>2</sup> À cette fin une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Elle est fixée à un dixième du taux d'absence pour maladie l'année mais s'élève au minimum à 0,1% et au maximum à 0,9 %.

## **Art. 2 Entrée en vigueur**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>2</sup> L'Etat et les établissements publics doivent dénoncer les contrats d'assurances contraires à la présente loi pour la plus proche échéance prévue contractuellement.

*Date de dépôt : 6 mars 2023*

## RAPPORT DE LA PREMIÈRE MINORITÉ

### Rapport de Pierre Conne

#### Introduction

Ce projet de loi a pour but de garantir aux employés de l'Etat absents pour des raisons de maladie ou d'accident, une protection totale contre un licenciement pendant 730 et de leur assurer, pendant cette période, l'intégralité de leur salaire, y compris pour les employés en contrat à durée déterminée ou période probatoire et qui seraient malades à la fin de leur contrat.

Les personnes concernées sont celles soumises à la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC) (B 5 05), ainsi que les employés du DIP, de même que tous les membres du personnel de l'Université et de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale.

La perte de gain, pour les absences liées à la maladie et celles non-couvertes par l'assurance accident obligatoire, est assurée par un mécanisme d'autofinancement, sans recours à un assureur externe. Pour cela, une cotisation est prélevée sur le traitement du membre du personnel. Ce PL instaure une base légale au principe de l'autofinancement assuré par un prélèvement sur les salaires et répond à une recommandation de la Cour des comptes de 2017.

#### Déroulement des travaux

Le PL 12428 a été déposé le 24 janvier 2019.

La commission ad hoc sur le personnel de l'état a ouvert les travaux le 15 mars 2019.

Le PL a été gelé en 2020-2021.

Les auteurs de ce PL, dont la rapporteuse de la majorité, ont déposé successivement **quatre amendements généraux** :

- en novembre 2021,
- en octobre 2022,

- le 9 février 2023,
- et le 16 février 2023, étant précisé que la majorité de la commission a imposé un vote final le 17 février, sans laisser le temps au département des finances, représentant l'employeur, d'étudier cette dernière mouture du PL et de se prononcer sur ses effets ou de proposer des ajustements.

Le département des finances a déposé **un amendement général** en avril 2022, suite aux discussions entre le Conseil d'Etat et les associations représentatives du personnel. Seuls quelques petits éléments de cet amendement n'ont été retenus par la majorité de la commission.

Les entités suivantes ont été auditionnées, certaines à deux reprises : les HUG, l'IMAD, l'Université de Genève, le Pouvoir judiciaire, la CGAS, le Cartel intersyndical et Avenir syndical. Cependant, aucune ne s'est prononcée sur les derniers amendements généraux déposés par la majorité de la commission.

#### *Commentaires*

- *L'étalement des travaux sur plus de quatre ans, puis l'accélération vers la fin avec deux amendements généraux déposés coup sur coup deux semaines avant un vote final à l'arraché, sans laisser le temps au département des finances représentant les employeurs de se prononcer, est un travail bâclé.*
- *Dans sa précipitation à vouloir conclure dans l'urgence les travaux sur ce PL, la majorité de la commission a refusé de laisser le temps nécessaire au département des finances d'évaluer le surcoût – important – que ce PL induira pour l'Etat et les institutions publiques concernées.*
- *L'analyse des risques encourus avec l'entrée en vigueur ce PL n'a pas non plus pu être effectuée.*

### **Positions communes des employeurs, petit Etat inclus**

#### ***Autofinancement de l'assurance perte de gains (Art. 9C)***

Pour l'heure, l'IMAD a choisi de s'affilier à une assurance perte de gain privée qui donne entière satisfaction, notamment car le contrat est adapté aux activités spécifiques de l'institution, par exemple la clause effort : quand un soignant à domicile qui doit déplacer des patients, a par exemple un problème de dos, grâce à l'assurance accident contractualisée, l'IMAD peut prendre en charge cette problématique d'absence. Il en est de même lors d'un choc émotionnel : 80% du personnel de l'IMAD est soumis une pénibilité non seulement physique, mais aussi psychique. Par exemple, dans les situations de fin de vie. L'assurance privée que l'IMAD a contractée permet de prendre en charge ce choc émotionnel, spécifiquement pendant deux mois.

Ces différentes possibilités très souples de l'assurance perte de gain privée aident l'IMAD dans la gestion des absences pour raisons de santé. L'IMAD n'est donc pas favorable à la disposition d'autofinancement prévue par le PL.

S'agissant des HUG, pour l'assurance accident, ils ont actuellement un assureur privé qui couvre des prestations plus étendues que celles que les HUG feraient en auto-assurance.

Il y a par exemple les cas d'agressions, par des patients, de soignants ou de médecins qui ensuite font une dépression. Dans ces situations de violence, le fait de pouvoir compter sur un assureur accident privé qui leur offre des prestations plus favorables que ce qu'ils offriraient en auto assurance leur paraît une liberté que les HUG souhaitent pouvoir garder parce qu'elle est favorable au personnel et à l'employeur. Il y a aussi l'assurance sur la rémunération de l'activité privée d'un médecin, cette perte de gain est assurée par une compagnie privée. Si les HUG étaient en auto-assurance, ils ne le feraient probablement pas.

Concernant l'UNIGE qui s'appuie sur une assurance perte de gain privée pour son personnel académique, le coût pour les absences maladie, en 2020, était de 10 millions de francs pour le personnel avec un contrat de droit public (personnel administratif et technique) et de 960 000 francs pour le personnel avec un contrat de droit privé (personnel académique). Cela s'explique en partie par le fait qu'il existe un ratio d'environ deux tiers de personnel qui a un contrat de droit public et un tiers qui a un contrat de droit privé. Cependant, les statistiques de l'UNIGE montrent que l'absentéisme est deux fois plus élevé pour les personnes ayant un contrat de droit public que pour les personnes ayant un contrat de droit privé, pour des activités de nature similaire.

D'une manière générale, s'agissant des mécanismes de financement par prélèvement sur le salaire, dont le montant est calculé de manière évolutive en faisant une corrélation entre le taux d'absence maladie et les cotisations, il s'agit d'une situation perdant-perdant.

Tous les employeurs luttent contre l'absence maladie, mais le mécanisme proposé induit une double peine pour ceux qui ne sont pas malades : à la fois ils ne sont pas malades, mais, en plus, ils devront cotiser davantage pour ceux qui sont absents.

Le mécanisme de financement proposé, à savoir qu'il n'est pas à la charge de l'Etat ou de l'employeur, mais qu'il s'agit d'une cotisation solidaire de l'ensemble des employés, sur la base d'un taux d'absence maladie, aura pour effet de réduire le pouvoir d'achat des employés.

Considérant les débats actuels sur la revalorisation des professions, notamment celles de la santé, cette « taxe » supplémentaire sur les employés est une erreur.

#### *Commentaires*

- *L'entrée en vigueur du PL 12428 obligera l'IMAD, les HUG et l'UNIGE à résilier leurs contrats d'assurances perte de gain privées adaptées et adéquates, pour rentrer dans une assurance collective qui imposera les mêmes règles, par exemple à l'employé commis administratif du département des finances ou à l'infirmier à domicile de l'IMAD et au chercheur avec un contrat privé.*
- *Il est dans l'intérêt des employés de maintenir de la souplesse et de permettre aux employeurs publics qui le souhaitent de conclure un contrat avec un assureur privé.*
- *A tout le moins, le PL devrait opter pour une forme laissant des alternatives permettant de contracter des assurances privées pour les institutions que le préfèrent.*
- *Le financement par prélèvements solidaires identiques sur tous les employés va favoriser les absents et pénaliser doublement ceux qui restent actifs : ils auront davantage de tâches à accomplir pour suppléer les absences (toutes les absences ne peuvent pas être remplacées, notamment les professions soignantes en raison de la pénurie de main-d'œuvre) et verront leur pouvoir d'achat diminuer à cause de l'augmentation de leurs cotisations.*
- *Les employeurs veulent maintenir le statu quo et conserver la souplesse de pouvoir panacher la nature des couvertures d'assurance perte de gain en contractant, là où c'est utile à la fois pour l'employeur et l'employé, des assurances privées.*

#### ***Garantie du traitement et de non licenciement en cas de maladie ou d'accident pendant 730 jours, dès l'engagement (Art. 9B)***

##### *Assurance perte de gain maladie dès l'engagement*

Les employeurs s'accordent pour reconnaître que le fait d'offrir une assurance perte de gain maladie dès l'engagement est une amélioration.

La situation actuelle est une anomalie, car elle fait des employeurs publics l'exception plutôt que la règle par rapport à d'autres employeurs du marché du travail. Elle oblige l'employé, pour la première année, de s'assurer à titre privé contre une perte de gains maladie parce que l'employeur ne la prévoit pas.

*Garantie du traitement et de non licenciement en cas de maladie ou d'accident pendant 730 jours, dès l'engagement*

Tous les employeurs sont opposés à cette disposition du PL car elle leur impose d'uniformiser les prestations qu'elles fournissent à leurs employés, à la fois dans les situations d'incapacité de travail pour des raisons de santé et d'insuffisance de prestations.

Autrement dit, ce PL ne fait plus de distinction entre ces deux conditions sans commune mesure. Cette confusion a pour effet d'appliquer un traitement égal à des conditions différentes, ce qui entravera le travail des cadres, la satisfaction des employés, le bon fonctionnement des services et la qualité des prestations fournies à la population.

En matière de protection de l'employé en lien avec sa santé, les prestations actuelles sont déjà très importantes ; il y a un cadre légal à Genève très protecteur dans ce domaine. En comparaison intercantonale, le cadre genevois est particulièrement protecteur dans ce domaine.

Les employeurs publics ont des dispositifs de gestion des absences qui ont pour but et maintenir la collaboratrice et collaborateur au travail. Chaque situation fait l'objet d'un suivi avec un dispositif multidisciplinaire (ligne managériale, ressources humaines, médecine du travail). Le but étant de favoriser le retour au travail, y compris en dialoguant avec le médecin traitant, avec l'AI, en cherchant des emplois compatibles avec l'état de santé de la personne.

Aucune différence n'est faite entre les employés et les fonctionnaires. Dès le premier jour d'activité, ils bénéficient déjà de la même qualité d'accompagnement.

*Risque de dévoiement du système*

Les employeurs sont opposés à la manière dont le texte est rédigé, notamment pour que les 730 jours de protection d'assurance soient étendus à toutes les catégories de personnel. Cela conduirait à des situations contre-productives pour l'employé et pour l'employeur.

Quand un employé est nommé fonctionnaire, il tombe en moyenne deux fois plus malade qu'avant d'être fonctionnaire. Ce sont les faits. Certaines personnes utilisent le système, imaginant que c'est à leur avantage.

Le PL n'opère aucune distinction selon les différentes catégories de personnel. Le régime prévu, soit le paiement du traitement pendant 730 jours en cas de maladie ou d'accident et l'impossibilité de résilier y afférente, serait ainsi applicable à des membres du personnel dont le statut n'est pas conciliable avec la garantie et la protection souhaitées. On pense notamment aux apprenties et apprentis, stagiaires ou aux membres du personnel auxiliaire

payés à l'heure (qui fonctionnent sur appel et ne sont actuellement pas rémunérés en cas d'absence), tels que les remplaçantes et remplaçants dans l'enseignement soumis au droit privé.

Un autre exemple est celui d'un employé en période probatoire sous contrat à durée indéterminée dont les prestations ne donnent pas satisfaction et que l'on refuse de nommer fonctionnaire. S'il tombe malade ou, du moins, s'il obtient un certificat médical reconduit pour expliquer qu'il est malade durant 730 jours, l'employeur aurait alors l'obligation de le nommer fonctionnaire, indépendamment de la qualité des prestations fournies par cette personne. La population recevra ainsi des prestations de piètre qualité. Dans certaines situations, ce sera même la sécurité des utilisateurs qui sera menacée.

Aujourd'hui, il y a un nombre significatif d'employés qui se disent que, pour pouvoir profiter de leur retraite, ils vont faire des opérations médicales plus lourdes dans les deux ans précédant le moment où ils arrivent à la retraite.

Il faut aussi prendre en considération les fautes graves. En effet, l'interdiction de résilier les rapports de service s'appliquerait même en cas d'incapacité de travail réactionnelle, soit suite à la communication d'un motif de résiliation des rapports de service par l'employeur. Le membre du personnel informé d'un motif de résiliation de ses rapports de service en raison de son comportement (p. ex. harcèlement psychologique ou sexuel) ne pourrait pas être licencié s'il tombe en incapacité de travail. L'harceleur se verrait protégé et maintenu dans sa fonction.

#### *Commentaires*

- *L'assurance perte de gain maladie dès l'engagement est une bonne chose*
- *La garantie du traitement et de non licenciement en cas de maladie ou d'accident pendant 730 jours, dès l'engagement est une erreur, car elle offrira la même protection aux employés dans des situations qui n'ont rien à voir les unes avec les autres, c'est-à-dire :*
  - *les situations d'arrêt de travail pour incapacité liés à la santé, ce qui n'est pas contesté et qui ne se produit déjà pas ;*
  - *les situations d'insuffisance de prestations ou de procédures disciplinaires qui induisent un arrêt de travail réactif fondé sur un certificat médical.*
- *Les employeurs veulent maintenir le statu quo et ne pas étendre la protection de 730 jours à toutes les situations.*

### 3<sup>e</sup> débat et vote final

Précisons que le 3<sup>e</sup> débat et le vote final se sont déroulés sur la base d'un amendement général fourni la veille par les auteurs du PL sans que ni la commission ni le département des finances n'aient eu le temps de l'analyser et de faire des amendements.

Le rapporteur de la minorité se concentrera donc sur le rappel des différents points qui sont bloquants et doivent d'être repris.

*Concernant l'art. 9B (Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident) :*

- le fait d'inclure tout le personnel, non seulement du DIP mais également de l'UNIGE et des HES contrairement à leur demande, mériterait pour le moins de les auditionner à nouveau ;
- l'absence de distinction entre les différentes catégories de personnel est problématique. Il y a par endroits du personnel auxiliaire payé à l'heure qui fonctionne sur appel et qui n'est pas rémunéré en cas d'absence, ainsi que des stagiaires et apprentis qui disposent d'une réglementation qui leur est propre. Rien n'est prévu pour ces cas concrets et nombreux qui ne devraient en aucun cas être englobés dans ce que le dernier amendement général des auteurs prévoit ;
- l'impossibilité de résilier les rapports de service en cas d'incapacité de travail réactionnelle suite à la communication d'un motif de résiliation des rapports de service par l'employeur pour insuffisance de prestations ou faute grave : ces situations doivent être traitées différemment que les situations de maladie somatique ou psychique endogènes et avérées ;
- cela conduirait de facto à offrir à tout employé absent en période probatoire le statut de fonctionnaire après 730 jours sans que la qualité de ses prestations n'ait pu être évaluée. Ainsi, lorsqu'un membre du personnel en période probatoire tombera en incapacité de travail après la communication d'un motif de résiliation durant sa période probatoire, la nouvelle protection lui permettra d'atteindre la fin de sa période probatoire ;
- cette disposition introduit l'impossibilité de résilier les rapports de service avec effet immédiat d'un membre du personnel qui est en période probatoire, même si les conditions sont remplies.
- de fait, cette disposition rend caduque le fondement même de la période probatoire ;
- cela aura pour effet de favoriser les engagements de durée déterminée de courte durée pour éviter tout risque de blocage du poste sur une longue durée. Au lieu d'engager des postes de durée déterminée des auxiliaires à

3 ans, ils seront engagés à 6 mois, avec renouvellement cas échéant. Il y aura donc un cumul des courts engagements ;

- la politique RH, au lieu d’être soutenante et de favoriser l’épanouissement de la majorité des collaborateurs, ce qui est la règle aujourd’hui, deviendra défensive et méfiante en renforçant le rôle du médecin-conseil afin d’éviter des abus. Le médecin-conseil coûte très cher, entre 500 et 1500 francs par cas. Plutôt que de devoir traiter individuellement et humainement la question de l’absence et de protéger les personnes véritablement malades, les employeurs vont devoir lutter contre les abus en étant constamment être à la recherche de faux cas ;
- cela ne fera que pourrir les relations de travail.

*Concernant l’art. 9C (Autofinancement)*

- il n’y a pas de doute que la cotisation sera prélevée sur le traitement des membres du personnel. Par contre, cet article ne permet pas de déterminer
  - si la cotisation prélevée sur le traitement des membres du personnel vise à englober, en plus du risque maladie, le risque accident non professionnel, qui fait actuellement l’objet d’une cotisation distincte de 1.187% à charge des membres du personnel, conformément à la LAA ;
  - si les risques maladie et accident non professionnel sont tous deux visés, le taux de cotisation prévu, entre 0.1% et 0.9%, serait alors insuffisant ;
- étant donné que la cotisation est liée au taux d’absence et que les taux d’absences, dans certains établissements, sont importants, notamment parmi les professions soignantes, il y aura une augmentation massive de la cotisation perte de gain, induisant une baisse du pouvoir d’achat alors que l’attente de ces professionnelles est une meilleure reconnaissance salariale ;
- l’augmentation du taux d’absence est à craindre, car le personnel non malade va devoir remplacer le personnel malade, qui verra en plus son taux de cotisation perte de gain augmenter : une double peine qui amènera à un découragement massif des collaboratrices et collaborateurs ;
- les cas non couverts par l’assurance obligatoire ne sont pas pris en compte : à quoi font référence les prestations d’assurances additionnelles pouvant être couvertes ?
- À tout le moins, un délai d’adaptation sera nécessaire vu que la loi touche à toutes les entités et des dispositions transitoires doivent être prévues.

## Synthèse des risques

### *Le PL 12428 présente plusieurs inconvénients.*

- Il risque de générer un cercle vicieux : les absences de longue durée et sans remplacement possible, vont peser sur les personnes présentes non seulement sous forme de surcharge de travail, mais surtout d'atteinte à leur santé. De sorte que l'absence va provoquer encore plus d'absence.
- Il va aussi protéger des personnes incompetentes ou ayant violé leurs obligations contractuelles, voire pire (ayant eu des comportements totalement inadéquats, voire commis des infractions pénales).
- Enfin il comporte des imprécisions importantes et risque de créer des biais (cf. points ci-dessous).

### *Article 9B alinéa 1*

- Cet alinéa présente une confusion légistique : il mêle la règle concernant le versement du traitement en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident et la règle relative à la protection contre la résiliation des rapports de service, qui sont contenues dans le même article intitulé "Garantie du traitement en cas de maladie ou d'accident", ce qui affecte la compréhension de la loi.
- Il s'applique à l'ensemble du personnel soumis à la loi sur l'instruction publique (LIP), donc y compris au corps professoral et aux membres du personnel de la recherche et du conseil de direction des Hautes écoles sans que l'on connaisse les conséquences concrètes de la nouvelle réglementation sur ces catégories de personnel. Or, l'Université de Genève avait expressément demandé que le personnel enseignant soit exclu du champ d'application de l'amendement et les Hautes écoles n'ont pas été entendues.
- Il s'applique à tout le personnel sans distinguer entre les différentes catégories de personnel prévues par la LPAC. Le régime prévu par le nouvel amendement sera donc aussi applicable aux membres du personnel auxiliaire payés à l'heure (qui fonctionnent sur appel et ne sont actuellement pas rémunérés en cas d'absence), aux stagiaires et aux apprentis (qui disposent d'une réglementation qui leur est propre).
- Il crée une impossibilité de résilier les rapports de travail en cas d'incapacité de travail réactionnelle, suite à la communication d'un motif de résiliation des rapports de service par l'employeur. Ainsi, le membre du personnel informé d'un motif de résiliation de ses rapports de service à cause de son comportement ou de ses insuffisances ne pourra pas être

- licencié ou remplacé s'il tombe en incapacité de travail, ce qui entraîne une situation de blocage et une surcharge de travail pour ses collègues.
- De même, l'employeur se trouvera dans l'impossibilité de résilier les rapports de service avec effet immédiat d'un membre du personnel en période probatoire qui tomberait malade, même si les conditions sont remplies.
  - Cet article permettra ainsi de facto l'acquisition du statut de fonctionnaire. Si un membre du personnel en période probatoire tombe en incapacité de travail après la communication d'un motif de résiliation durant sa période probatoire, la nouvelle protection contre la résiliation des rapports de service lui permettra d'acquérir les droits liés au statut de fonctionnaire, uniquement par l'écoulement du temps, faute pour l'employeur de pouvoir résilier les rapports de service durant la période probatoire en raison de l'incapacité de travail.
  - Vu les risques de blocage des postes sur une longue durée, il va générer des biais. Ainsi, les engagements de durée déterminée de courte durée et le cumul de ce type d'engagements vont probablement être favorisés (au détriment de l'offre de postes sur une plus longue durée). Ce qui ne manquera pas de créer des incertitudes pour le personnel concerné, qui se trouverait ainsi pénalisé.
  - Vu l'impossibilité de résilier les rapports de travail sur une longue durée, la surcharge de travail du personnel non-malade est à craindre, car ces personnes devront remplacer les personnes malades, ce qui provoquera nécessairement une augmentation des absences.

#### *Article 9B alinéa 2*

- Le renforcement de la médecine-conseil, afin d'éviter des abus aura probablement pour conséquence l'augmentation des procédures, afin de savoir, si le membre du personnel est malade au pas. Par ailleurs le recours à des médecins conseil n'est pas gratuit (500 à 1500 F par cas à la charge de l'Etat), ce qui risque d'augmenter les fortement le coût des mandats.
- Par ailleurs, cet alinéa mentionne uniquement la maladie et non l'accident. Or, la question n'est pas claire de savoir s'il s'agit simplement d'un oubli des autrices et auteurs du texte ou si cela est fait volontairement.
- En tout état de cause, il sera primordial de permettre le suivi de l'incapacité par le médecin-conseil ou le médecin du travail tant en cas de maladie qu'en cas d'accident.

*Article 9B alinéa 3*

- Cet alinéa ne vise pas les cas de violation grave des devoirs de service. En effet, s'il est effectivement une reprise du RPAC, il faut relever que le RPAC se réfère à la réglementation concernant les assurances, soit lorsque le comportement à l'origine de l'incapacité de travail a violé un devoir élémentaire de prudence.

*Article 9C alinéa 1*

- Cet alinéa ne précise pas l'étendue des risques visés par la cotisation prélevée sur le traitement. Sa formulation ne permet pas de déterminer si la cotisation prélevée sur le traitement des membres du personnel vise à englober le risque accident, en plus du risque maladie (le texte mentionne à la fois les absences "liées à la maladie" et le "traitement non couvert par l'assurance accident obligatoire"). A noter que si les risques maladie et accident sont tous deux visés, les cotisations prévues par l'amendement pourraient être insuffisantes.
- Cet alinéa crée aussi une insécurité juridique. Selon les termes de cet alinéa, les cas non-couverts par l'assurance accident obligatoire (le surobligatoire) doivent être assurés par un mécanisme d'autofinancement, sans recourir à un assureur externe. Ceci contredit la réserve introduite par la phrase suivante, selon laquelle il est possible de conclure des contrats avec un assureur privé pour des prestations d'assurance additionnelles. De plus, cet alinéa ne définit pas à quoi font référence ces prestations d'assurance additionnelles ; le texte proposé ne semble pas correspondre à la volonté manifestée des autrices et auteurs de l'amendement ; ses effets sont incertains.

*Article 9C alinéa 2*

- Cet article aura pour conséquence une augmentation de la cotisation "perte de gain", notamment, pour les professionnels de la santé et donc également une baisse de leur pouvoir d'achat. Selon cet alinéa, le taux de cotisation est fixé au dixième du taux d'absence pour maladie (mais au maximum 0.9% du traitement), ce qui impliquerait, pour les professionnels de la santé dont les entités connaissent des taux d'absence pour maladie élevés (notamment HUG et IMAD), une cotisation significativement plus élevée que celle de 0.1% applicable actuellement, induisant une baisse de leur pouvoir d'achat. Le périmètre de référence du taux maladie n'est pas précisé.
- Si l'augmentation du taux d'absence suite à l'adoption de ce PL est vérifiée, elle aura non seulement pour effet d'augmenter la charge de travail du

personnel non-malade mais aussi d'augmenter ses cotisations "perte de gain", ce qui constitue une double peine pour le personnel non-malade.

### *Article 2 Entrée en vigueur*

- Selon cet article le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la loi en tenant compte du délai transitoire d'adaptation nécessaire, c'est-à-dire en fonction des délais de dénonciation des contrats d'assurance en vigueur (qui seraient contraires à la loi) pour leur échéance la plus proche. Or une telle adaptation pourrait prendre plusieurs années.

## **Conclusions**

Ce PL n'est pas à l'avantage de l'immense majorité de collaboratrices et collaborateurs de l'Etat. Ceux-ci vont payer pour ceux qui font des abus.

La majorité de la commission ignore tout de la réalité des absences telles qu'elle est vécue sur le terrain et serait bien inspirée de discuter avec les collaborateurs et collaboratrices concernés plutôt que se claquemurer dans une posture politique dogmatique. La majorité de la commission devrait prendre conscience de l'étendue des dégâts provoqués par l'absence des personnes qui se mettent systématiquement en arrêt alors qu'il y a des problèmes réels dans la délivrance de prestations fournies par ces personnes.

Tout cela fera peser sur les présents une charge de travail supplémentaire et provoquera de la frustration, poussant par conséquent ces collaborateurs malmenés à être en arrêt maladie à leur tour. La baisse de la qualité et de la sécurité des prestations offertes à la population en sera la conséquence.

Les collaboratrices et collaborateurs sur le terrain savent qui dysfonctionne et qui ne dysfonctionne pas. D'autre part, ils sont tous prêts à aider leurs collègues malades, et c'est aussi la volonté unanime de la commission de protéger les collaborateurs en cas de maladie, mais ce PL n'atteint pas cet objectif : en voulant protéger celles et ceux qui ont besoin de protection, il en arrive à protéger les abuseurs du système et à leur donner une prime à l'abus.

Quant aux employeurs, ils veulent maintenir le statu quo : non seulement ne pas étendre la protection de 730 jours à toutes les situations, mais aussi conserver la souplesse de pouvoir panacher la nature des couvertures d'assurance perte de gain en contractant, là où c'est utile à la fois pour l'employeur et l'employé, des assurances privées.

En même temps, toutes les entités concernées par ce PL ont expliqué les mesures existantes pour soutenir et réintégrer ou réorienter les professionnelles et les professionnels qui se trouvaient en absence maladie de longue durée.

Les travaux sur le ce PL (4 amendements généraux proposés par les auteurs) et leur durée (quatre ans) montrent les limites du législateur quand celui-ci veut jouer les chefs du personnel. Le patron de la fonction publique est le Conseil d'Etat. Chaque fois que le Grand Conseil se mêle de faire des propositions pour la gestion du personnel, en particulier quand il ne connaît pas le terrain, le résultat est catastrophique. Ce projet de loi est mal pensé, mal conçu et il ne tient pas compte de la réalité des rapports de travail existants entre l'Etat et ses employés et fonctionnaires.

Ce PL menace et met en péril l'employeur. Des conditions lui sont imposées qui vont rendre le travail RH quasiment impossible et nuire aux conditions de travail des employés et à la qualité des prestations.

Ce PL réduit les professionnelles et professionnels à un rang de statut administratif. Or, un fonctionnaire n'est pas une entité vide de sens, mais c'est un homme ou une femme qui, avant d'être employé de l'Etat, est un professionnel. Il est important de reconnaître et valoriser les différents métiers composant la fonction publique. Les travaux de commission ont fait fi de cette reconnaissance : aujourd'hui le fonctionnaire n'est pas simplement une personne juste soumise à un contrat de droit public, mais un professionnel qui doit avoir une relation motivante et respectueuse dans le cadre de son métier et de ses compétences, avec ses collègues et son supérieur hiérarchique.

Le passage en force de ce PL imposé par une majorité de gauche incluant le MCG, non seulement va figer les relations employeurs/employés, ce qui entravera la bonne marche des services et la sérénité au lieu de travail, mais il fait fi des négociations paritaires entre employeurs et employés. L'amendement général présenté par le département des finances suite aux discussions entre le Conseil d'Etat et les associations représentatives du personnel n'a nullement été retenu par la commission.

La plus grave conséquence de ce PL sera une prime à la médiocrité, en décourageant celles et ceux qui veulent progresser et offrir des prestations de haut niveau de qualité et de sécurité à la population.

Mesdames les députées, Messieurs les députés,

La minorité de la commission vous invite à refuser l'entrée en matière de ce projet de loi.

*Date de dépôt : 6 mars 2023*

## RAPPORT DE LA SECONDE MINORITÉ

### **Rapport de Christo Ivanov**

Le PL 12428 avait été déposé le 24 janvier 2019 avec pour objectif de garantir le traitement des membres du personnel public en cas de maladie ou d'accident.

Le point de départ était une recommandation de la Cour des Comptes dans le cadre de son audit No 119 de juin 2017. Elle demandait de réfléchir sur le système actuel d'auto-assurance en matière de perte de gain maladie et de contracter une police avec une compagnie d'assurance.

L'OPE (Office du Personnel de l'Etat) a fait une proposition au Conseil d'Etat en mettant en place une assurance perte de gain maladie pour résoudre les lacunes comme le fait qu'il n'y avait pas de libre passage, ce qui était un facteur de préoccupation, notamment pour le personnel.

De plus, le personnel ayant moins d'un an d'ancienneté est nettement bien moins couvert que le reste du personnel de l'Etat. Enfin, l'absence d'assurance perte de gain maladie se traduit par un paiement, pour une grande partie du personnel de l'administration cantonale alors que l'on pourrait ne pas payer de charges sociales.

L'OPE a fait une proposition au Conseil d'Etat en mettant en place une assurance perte de gain maladie pour résoudre les lacunes qui viennent d'être citées et dans laquelle les cotisations aux caisses de pension resteraient payées. Comme l'assurance est associée à des coûts, ils ont cherché à économiser sur les coûts et l'astuce qu'ils ont trouvée, ce n'est pas vraiment le contrat qui était un contrat d'assurance.

En pratique, il s'agit de se réassurer. Cette proposition avait été validée en novembre 2018 par le Conseil d'Etat. La première étape étant un appel d'offres auprès de courtiers qui doivent accompagner l'Etat de Genève pour les procédures et pour le travail administratif de collecte et de vérifications des données.

Au niveau du périmètre, le projet du Conseil d'Etat inclut l'administration cantonale, HUG, IMAD, HG, certains EMS, certains EPH, les enseignants du DIP, UNIGE, HES, etc.

Comme vous le voyez, le Conseil d'Etat s'est emparé du sujet avec son administration et en l'occurrence l'OPE pour résoudre les problèmes évoqués par ce PL 12428. La priorité de l'administration cantonale genevoise et de l'OPE ainsi que celui du service de santé, de tous les services RH des départements, est de trouver des solutions pour que les personnes recouvrent leur santé et leur poste de travail.

Les nombreuses auditions de toutes les entités publiques ont été édifiantes.

Lors de l'audition des HUG, son directeur général a présenté les raisons pour lesquelles le remède est pire que le mal puisque ce qui est proposé dans le PL 12428 ne résout pas vraiment le problème réel à leurs yeux qui coûteraient à l'Etat sans forcément avoir des gains en retour. Les HUG déploient des efforts considérables avec la médecine du travail, avec l'AI et les différents partenaires pour adapter les jobs et faire de la mobilité. Ils renforcent encore des ressources pour essayer que les gens soient de retour dans un travail adapté le plus rapidement possible.

L'audition de l'IMAD a été très intéressante. En effet, depuis 2012, l'IMAD a un mode de fonctionnement avec une assurance accident et une assurance perte de gain maladie qui sont gérés par le même assureur, d'où plus de synergies et une efficacité dans la gestion des dossiers plus grandes.

Cela permet d'avoir un tiers qui peut prendre en charge des dossiers complexes et de délivrer de bons conseils. Il est également possible de passer par des expertises médicales, ce qui est très précieux pour l'IMAD. Cela permet d'avoir un expert médical avec un point de vue externe.

L'IMAD voit donc un certain nombre d'avantages dans la façon qu'ils ont de pouvoir travailler avec l'assureur dans ces cas d'absences de longue durée.

Ce PL 12428 pose de nombreux problèmes et de nombreuses questions. Sur les cotisations, il y a un risque d'étendue de la cotisation prélevée sur le traitement. Ce n'est pas clair, sur quel type de traitement la cotisation est prélevée ? Ce qui englobe le risque maladie, l'accident, etc.

Avec l'augmentation de la cotisation perte de gain maladie pour les professionnels de la santé, étant donné que la cotisation est liée au taux d'absence et que les taux d'absences dans certains établissements beaucoup plus importants, il y aura une augmentation massive.

Sur les chiffres que l'on peut rapporter à 19'000 collaborateurs et collaboratrices des HUG, cela fait une probabilité de licenciement de 0,2%. Il y a eu par exemple 54 cas de licenciements aux HUG en 2022. Ce qui fait passer le pourcentage de 0,2% à 0,5%, mais reste en dessous des seuils classiques en Suisse. Pour la maladie, le taux d'absences est de 5% à 6% pour l'administration cantonale.

En prenant un taux d'absence maladie de 10%, c'est 0,4% de pouvoir d'achat qui sont retirés aux salarié(e)s. Donc le surcroît ne sera pas sur l'ensemble des cotisations sociales, mais principalement sur les cotisations sociales du 1<sup>er</sup> pilier.

L'estimation du coût des personnes qui se mettent en arrêt maladie quand elles font l'objet d'une procédure de licenciement doit être anticipée. Il convient de prendre les situations au cas par cas.

Toutes les entités auditionnées sont favorables à une assurance perte de gain maladie gérée par un assureur.

Ce PL 12428 est un peu un serpent de mer. Il a été traité en 2019 et 2020 puis gelé et réactivé par le président de la commission ad hoc personnel de l'Etat pour le traiter. Les initiateurs de ce PL 12428 ont donc passé en force au mépris des négociations et rapports de travail entre l'employeur, l'Etat de Genève et les employé(e)s et ce pour des raisons purement électorales.

Compte tenu de ce qui précède et pour toutes ces raisons, la minorité de la commission ad hoc personnel de l'Etat vous recommande de refuser le PL 12428.