



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*



CORONAVIRUS FOIRE AUX QUESTIONS POUR LES AGENTS HOSPITALIERS SUR LES SUJETS RH RÉCURRENTS

version du 16 avril 2020

Dans le cadre de l'épidémie COVID-19, cette FAQ a vocation à proposer des recommandations pratiques dans le champ des RH pour accompagner les agents de la fonction publique hospitalière. Elle fait l'objet d'une actualisation régulière en fonction des consignes portées par le gouvernement. Elle ne saurait contredire les décisions prises localement par les autorités de l'État compétentes dans le cadre de mesures d'exception protectrices de la santé et de la salubrité publiques.

SOMMAIRE

I. Situations statutaires, continuité de service et temps de travail	3
II. Droits à la représentation et dialogue social	8
III. Mesures de protection des agents	13
IV. Accompagnement renforcé des professionnels mobilisés	15
V. Santé au travail	19
VI. Renfort des effectifs	22
VII. Demandes diverses	29

I. SITUATIONS STATUTAIRES, CONTINUITÉ DE SERVICE ET TEMPS DE TRAVAIL

1. La journée de carence n'a plus vocation à être appliquée aux fonctionnaires pendant l'état d'urgence sanitaire

La journée de carence est supprimée. L'article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 indique que les prestations en espèces d'assurance maladie d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congé pour raison de santé pour les assurés mentionnés à l'article L. 711-1 et au 1^{er} de l'article L. 713-1 du Code de la sécurité sociale dans des cas équivalents à ceux prévus à l'article L. 321-1 du même Code, sont versées ou garanties dès le premier jour d'arrêt ou de congé pour tous les arrêts de travail ou congés débutant à compter de la date de publication de la loi suscitée et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire déclaré en application de l'article 4 de cette même loi. Cette disposition de niveau législatif implique :

- un alignement de la situation des agents contractuels (droit public ou privé) et fonctionnaires, qui ne sont plus soumis à la journée de carence... ;
- ... et ce, quelle que soit la pathologie (pas uniquement en cas de COVID-19).

Ces dispositions ne sont applicables que dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

2. Quelles sont les règles applicables au temps de travail des personnels ?

L'agent bénéficie d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum. En cas de travail continu, la durée quotidienne du travail ne peut dépasser neuf heures pour les équipes de jour et 10 heures pour les équipes de nuit.

Toutefois, si les contraintes de continuité de service l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut établir une durée de travail plus longue, après avis du comité technique, dans la limite de 12 heures par jour maximum. En cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut pas dépasser 10 heures 30 et cette durée ne peut pas être fractionnée en plus de deux vacations de 3 heures minimum. L'agent qui participe à la prise en charge d'usagers à domicile peut se voir appliquer des horaires de travail discontinu. Dans ce cas, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement (CTE), déroger à ces dispositions, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

Une pause de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives. Toute modification dans la répartition des heures de travail doit être, sauf urgence de service, reportée sur le tableau de service 48 heures à l'avance et l'agent doit en être informé immédiatement.

La durée de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut pas dépasser 48 heures par période de 7 jours glissants (c'est à-dire de date à date). L'agent doit bénéficier d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum.

Un agent ne peut pas travailler plus de 39 heures hebdomadaires en moyenne (heures supplémentaires non comprises) sur un cycle de travail, ni plus de 44 heures par semaine en cas de cycle irrégulier.

Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche.

Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonction.

Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre. Un cycle ne peut pas être inférieur à la semaine civile (du lundi au dimanche), ni supérieur à 12 semaines. Le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier. Un agent ne peut pas travailler plus de 44 heures (heures supplémentaires non comprises) par semaine. Les heures supplémentaires et les repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail.

Et en temps d'urgence ?

De manière générale, l'article 17 de la directive Temps de travail (2003/88 du 4 novembre 2003) permet de déroger aux garanties minimales en matière de temps de travail pour les activités caractérisées par la nécessité d'assurer la continuité du service (soins dans les hôpitaux...), sous réserve de l'octroi, aux agents concernés, de périodes au moins équivalentes de repos compensateur (dans des cas exceptionnels dans lesquels l'octroi de telles périodes équivalentes de repos compensateur n'est pas possible pour des raisons objectives, une protection appropriée doit être accordée aux travailleurs concernés).

Dans le versant hospitalier, le troisième alinéa de l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prévoit qu'en cas de *« crise sanitaire, les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la Santé, à titre exceptionnel, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail. »*

C'est sur cette base qu'est pris le texte permettant le déplaçonnement des heures supplémentaires dans les seuls établissements publics de santé de la FPH dans le cadre de COVID-19.

Ce dispositif ne peut, en l'état des textes réglementaires, être appliqué aux établissements sociaux et médico-sociaux de la FPH (en cours).

Ce dispositif prend place dans le cadre prévu par les dispositions de l'article 6 du décret du 4 janvier 2002, qui indiquent que la *« durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours. Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum. »*

En cas d'activation du plan blanc, la cellule de crise de l'établissement supervise les transferts de personnels d'un service à l'autre. *« Elle donne toute instruction utile pour un rappel gradué des personnels. Elle tient compte, le cas échéant, de la durée prévisionnelle de la crise »*¹.

Pour le personnel médical, le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, dans la limite de quarante-huit heures par semaine, en moyenne lissée sur une période de quatre mois. La nuit est comptée pour deux demi-journées.

Par dérogation, lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est calculée en heures et ne peut dépasser quarante-huit heures en moyenne sur quatre mois.

Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel.

Le praticien bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Par dérogation, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie immédiatement à l'issue de cette période d'un repos d'une durée équivalente.

1. CIRCULAIRE DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 RELATIVE A L'ORGANISATION DU SYSTEME HOSPITALIER EN CAS D'AFFLUX DE VICTIMES. Voir également la circulaire du 27 juin 2013 (DGS) sur l'organisation territoriale en cas de crise sanitaire - Instruction DGS/DUS/CORRUSS n° 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

3. Y-a-t-il un déplaçonnement possible des heures supplémentaires ?

Afin de faire face à l'épidémie de virus COVID-19, une première décision ministérielle a autorisé les établissements publics de santé, à titre exceptionnel, pour la période du 1^{er} février au 30 juin 2020, et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à recourir de façon transitoire aux heures supplémentaires au-delà du plafond fixé par ce même article. (Décision du 5 mars 2020 portant application de l'article 15, alinéa 3, du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail dans la FPH).

Ces dispositions répondent directement aux besoins découlant des impératifs de prise en charge des patients.

La modification réglementaire intervenue postérieurement à cette décision (Décret n° 2020-297 du 24 mars 2020) permet désormais que les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux) soient autorisés par décision du directeur général de l'agence régionale de santé ou du préfet du département, à titre exceptionnel, notamment au regard des impératifs de continuité du service public ou de la situation sanitaire, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des usagers.

4. Les congés des agents sont-ils maintenus du fait du COVID-19 ?

Le personnel encadrant des services, a vocation à ajuster les plannings des professionnels pour assurer la continuité des prises en charge (absence de droit acquis au bénéfice des congés).

L'employeur peut refuser une demande de départ en congé du, mais ce refus ne doit pas être abusif. Il peut être justifié, par exemple, par :

- la continuité du service ;
- une forte activité ;
- des circonstances exceptionnelles. Cette notion est par ailleurs prévue par l'article 13 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986².

Il convient de privilégier une information rapide et transparente de l'agent du fait des modifications de planning. Ces changements à l'initiative de l'employeur permettent d'éviter le recours à la réquisition, compétence dont dispose le préfet.

La situation de crise sanitaire peut par ailleurs relever des dispositions prévues par l'article 99 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 qui permet d'assurer la continuité de service et d'éviter les rappels aux personnels absents ou en congés (transfert des agents en fonction des besoins).

Enfin, la notion de placement en congé d'office ne saurait s'appliquer spécifiquement aux situations de crise sanitaire. En effet, ce dispositif est fondé dans le cadre de l'attente de l'avis du comité médical (situation d'un agent pour lequel la maladie a été dûment constatée et le place dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions³).

2. « Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois. Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification. »

3. Lorsque l'administration estime, au vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs hiérarchiques, que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier qu'il soit placé en CLM, elle peut provoquer l'examen médical de l'agent et saisir le comité médical. Un rapport écrit du médecin de prévention de l'administration doit figurer au dossier soumis au comité. La mise en congé d'office est une mesure visant à protéger la santé du fonctionnaire concerné et le bon fonctionnement du service.
<https://www.fonction-publique.gouv.fr/conge-de-longue-maladie>

Exemples de question :

- **Un agent a déjà fait une demande de congé qui a été validée : l'employeur peut-il annuler ce congé ?** En application des compétences dévolues au chef d'établissement et eu égard aux nécessités de service, le congé peut être annulé sur décision motivée.
- **Un agent, maintenu à son domicile, n'a pas demandé de congé et l'activité de l'établissement ne justifie pas qu'il reprenne son poste : l'employeur peut-il le placer en congé d'office ?** La notion de congé d'office ne trouve à s'appliquer qu'aux situations d'attente de l'avis du comité médical comme indiqué plus haut. L'agent à son domicile doit être placé dans les positions suivantes :
 - en cas de maladie : congé maladie, pendant lequel l'employeur ne peut imposer des congés annuels ou RTT ;
 - en cas de mesure d'isolement prise par l'ARS : l'agent est en télétravail, ou à défaut en autorisation spéciale d'absence. Dans ces hypothèses, l'employeur ne peut imposer des congés annuels ou RTT ;
 - en cas de cohabitation avec un enfant de moins de 16 ans concerné par la fermeture de sa crèche ou de son établissement scolaire : l'agent est en télétravail, ou à défaut en autorisation spéciale d'absence. Dans ces hypothèses, l'employeur ne peut imposer des congés annuels ou RTT.
- Un agent a demandé des congés mais ne souhaite plus les utiliser : L'accord des congés relève des compétences du chef d'établissement : pour tenir compte des nécessités de service, il peut rendre une décision favorable à la demande.

5. Comment organiser le recours au télétravail, au regard des nécessités de services ?

- L'employeur public peut adapter son action selon la situation de l'agent public concerné par une mesure d'isolement, d'éviction et de maintien à domicile au regard de la possibilité pour l'agent de poursuivre ou non son activité en télétravail.
- Le télétravail ne saurait être adapté à des activités dites postées indispensables à la continuité de la prise en charge des patients (soins au chevet du patient, tâches de bionettoyage, travail en laboratoire, en logistique, en restauration, en pharmacie, en maintenance des fluides, etc.).

6. Quelle est la relation entre les ASA et les primes pour les agents ?

L'autorisation spéciale d'absence (ASA) est un pouvoir du chef de service pour assurer le bon fonctionnement du service. Ce pouvoir s'exerce dans le cadre des motifs justifiant l'absence de l'agent du service au regard des impératifs de continuité du service public.

L'agent public placé en ASA est considéré comme exerçant ses fonctions. L'ASA constitue donc une dérogation à l'article 20 de la loi n° 83-634 selon lequel : « Les fonctionnaires ont droit, après service fait, à une rémunération comprenant le traitement, l'indemnité de résidence, le supplément familial de traitement ainsi que les indemnités instituées par un texte législatif ou réglementaire. »

Durant la période d'ASA, l'agent public perçoit son entière rémunération : le versement de la prime de service est maintenu pendant cette absence ; l'agent conserve également ses droits à avancement et à pension de retraite. Cette ASA n'entre pas en compte dans le calcul des congés annuels. En revanche, le temps d'absence occasionné par cette autorisation spéciale d'absence ne génère pas de jours de réduction du temps de travail.

7. Est-il possible de moduler les délais de fin de détachement au titre des besoins en effectif liés à la gestion de l'épidémie de COVID-19 ?

L'article 18 du décret n°88-976 du 13 octobre 1988 prévoit que l'autorité investie du pouvoir de nomination peut mettre fin au détachement avant le terme fixé, de sa propre initiative, sous réserve d'en avoir informé le fonctionnaire et, s'il y a lieu, l'autorité dont il dépend pour l'exercice de ces fonctions de détachement au moins trois mois avant la date prévue pour la remise à disposition.

L'agent peut également demander à ce que le détachement prenne fin, mais sa demande doit être faite trois mois également avant la date prévue pour la remise à disposition.

II. DROITS À LA REPRÉSENTATION ET DIALOGUE SOCIAL

8. Quelles mesures à prendre si un agent souhaite bénéficier de son droit de retrait ?

- Le droit de retrait appliqué est régi par les dispositions de l'article L. 4131-1 et L. 4151-1 du Code du travail en liant étroitement la notion de « danger grave et imminent ».

Outil : [fiche DGOS sur le droit de retrait](#).

9. Dois-je organiser en tant que DRH un CHSCTL sur le COVID-19 ?

Dans le cadre du COVID-19 :

- Le chef d'établissement, dans un contexte marqué par une vague épidémique sans précédent, a vocation à informer les représentants du personnel mandatés au CHSCT, de toutes les mesures de prévention mises en place à destination des professionnels, médicaux et non médicaux, de l'établissement. Les représentants du personnel concourent à la bonne information du président du CHSCT et à la diffusion des mesures de prévention applicables aux agents. L'information à l'intention des mandatés au CHSCT peut efficacement être diffusée par le biais des moyens de communication dématérialisés proposés par le Président du CHSCT pendant la période épidémique.

En cas de situation grave :

- le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est réuni en cas d'événement grave lié à l'activité de l'établissement ayant porté atteinte ou ayant pu porter atteinte à la santé publique ou à l'environnement ;
- le CHSCT dispose de pouvoirs d'enquête, soumis à délibération, (article L. 4612-5 du CT), notamment en cas de danger grave et imminent (article L. 4132-2) et d'inspection (article L. 4612-4 du CT) soumis au respect des règles de sécurité du service. Ces moyens relèvent d'une démarche prenant en compte la gravité de la situation et l'utilité éventuelle de mesures préventives complémentaires.

10. Quelles modalités d'organisation des instances durant la période crise ?

• Organisation d'instance par voie dématérialisée

L'ordonnance n° 2020-347 du 27 mars 2020 adaptant le droit applicable au fonctionnement des établissements publics et des instances collégiales administratives pendant l'état d'urgence sanitaire, a rendu applicables les modalités de l'ordonnance n° 2014-1329 du 6 novembre 2014 relative aux délibérations à distance des instances administratives à caractère collégial, à ces instances, et les dispositions du décret n° 2014-1627 du 26 décembre 2014 relatif aux modalités d'organisation des délibérations à distance des instances administratives à caractère collégial. Désormais, pendant la période précitée et seulement pendant cette période, « toute instance de représentation des personnels, quel que soit son statut » peut être réunie à distance à l'initiative de la personne qui préside l'instance, selon trois modalités : par conférence téléphonique, par conférence audiovisuelle ou par procédure écrite dématérialisée.

• Délégation des pouvoirs du président

Le président de l'instance en vue de l'adoption de mesures présentant un caractère d'urgence, peut déléguer certains de ses pouvoirs, selon le cas, au président-directeur général, au directeur général ou à la personne exerçant des fonctions comparables. Par tout moyen, le titulaire de la délégation rend compte des mesures prises au conseil d'administration, à l'organe délibérant ou à l'instance collégiale.

• Les règles du quorum

Les règles de quorum continuent de s'appliquer. Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion doit donc se tenir.

Toutefois, conformément à l'article 2 de l'ordonnance du 27 mars 2020, en cas d'impossibilité avérée de tenir les réunions, y compris de manière dématérialisée, le président (ou, en cas d'empêchement de celui-ci, l'un de ses membres désignés) peut en exercer les compétences afin d'adopter des mesures présentant un caractère d'urgence jusqu'à ce que cette instance puisse de nouveau être réunie et au plus tard jusqu'à l'expiration du délai d'urgence sanitaire.

• Composition incomplète de l'instance

Il est à noter que dans l'hypothèse d'une composition incomplète d'une instance, faisant suite par exemple à la fin d'un mandat d'un représentant du personnel et à l'impossibilité de procéder à son renouvellement, et de l'adoption de projets sur des mesures ayant un caractère d'urgence, une instance de concertation pourrait siéger valablement sans que les règles de quorum ne soient applicables, conformément à l'article 6 de l'ordonnance du 27 mars 2020.

• Recommandations

Afin de réguler les débats, il est possible pour le président de l'instance de solliciter les organisations syndicales ou les représentants des employeurs en amont de la séance pour qu'ils :

- identifient une personne en leur sein amenée à être titulaire des procurations ou mandats confiées par les autres membres qui ne pourraient être disponibles. Ces possibilités de délégation des procurations permettent d'éviter les reports du fait d'absence de quorum. Elles sont plafonnées par le nombre de sièges attribués à chaque organisation ;
- proposent qu'un représentant des organisations présentes à l'instance soit en responsabilité pour assurer, au nom de son organisation, les prises de position propres à chaque organisation afin d'éviter la multiplicité des interventions qui pourraient nuire à la clarté des débats.

11. Quelles modalités d'organisation des instances durant la période crise ?

Le droit de grève est reconnu aux agents publics.

Dans la fonction publique hospitalière, c'est le directeur d'établissement qui a compétence pour organiser la continuité des soins.

L'épidémie en cours limite en partie le droit de grève du fait de la proscription des rassemblements au regard du caractère sensiblement contagieux du virus⁴. Le pouvoir d'assignation de l'employeur s'applique pour assurer les activités nécessaires au besoin de continuité des services.

Cette notion est incontournable dans un contexte épidémique et s'appuie principalement sur la permanence des soins (l'article L. 6111-1 du CSP prévoit que : « *Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé [...]* »).⁵

4. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19

5. L'article L. 6111-1-3 du même Code énonce que : « *Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire. L'article L. 6112-2 dispose que « Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :*

1° Un accueil adapté [...]

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans des conditions prévues au présent Code, ou, à défaut la prise en charge par un autre établissement de santé ou par

Deux cas à distinguer :

- **l'assignation** : qui relève du directeur d'hôpital et qui vise à assurer une permanence des soins en cas de grève. L'assignation prend la forme d'une lettre individuelle de l'administration adressée aux agents concernés. Ces agents doivent demander à en conserver un exemplaire pour engager un éventuel recours contentieux ;
- **la réquisition préfectorale** de professionnels de santé : qui se fonde sur l'alinéa 4 de l'article L. 2215-1 du CGCT qui prévoit qu' « *en cas d'urgence, lorsque l'atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, réquisitionner tout bien ou service, requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin ou que les conditions de son maintien soient assurées.* »

L'article L. 3131-8 du Code de la santé publique permet également au Préfet de réquisitionner des personnels de santé afin de satisfaire la demande accrue de soins par l'afflux des personnes malades dans les hôpitaux (médecins, infirmières libéraux, ou médecins et infirmières scolaires, etc.).

12. Comment concilier droit de grève et plan blanc ?

Les modalités d'exercice du droit de grève dans les services publics, (article L. 2512-2 du Code du travail) peuvent être limitées, la jurisprudence administrative rappelant de manière classique que :

« En l'état de la législation, il appartient à l'autorité administrative responsable du bon fonctionnement d'un service public de fixer elle-même, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, la nature et l'étendue de ces limitations [au droit de grève] pour les services dont l'organisation lui incombe en vue d'en éviter un usage abusif ou bien contraire aux nécessités de l'ordre public ou aux besoins essentiels de la Nation » (CAA de BORDEAUX, deuxième chambre - formation à trois, 06/03/2018, 16BX01684, Inédit au recueil Lebon).

Ainsi, le Conseil d'État autorise le recours aux assignations des grévistes mais uniquement lorsque les non-grévistes sont en nombre insuffisant pour assurer la continuité du service public. Les fonctions et le nombre de personnels concernés par les assignations doivent correspondre aux nécessités du fonctionnement continu et suffisant des services (CE, 9 juillet 1965, Pouzenc, n° 58778).

S'agissant du plan blanc, celui-ci est décrit à l'article R. 3131-13 du Code de la santé publique qui prévoit que :

Le plan blanc d'établissement mentionné à l'article L. 3131-7 prend en compte les objectifs du dispositif « ORSAN » et définit notamment :

- 1° les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
- 2° les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise ;
- 3° des modalités adaptées et graduées d'adaptation des capacités et de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement ».

Pratiquement, il convient de :

- de poursuivre la diffusion des préavis de grève nationaux en dépit du déclenchement du plan blanc ;
- de poursuivre l'assignation des personnels sur une période de longue durée en période de plan blanc étant précisé que les besoins humains correspondant à ces assignations devront nécessairement être appréciés au regard non seulement de la nécessité de permettre la continuité du service public mais aussi de l'existence d'une crise sanitaire exceptionnelle ;

une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ; [...] »

Enfin l'article R. 4127-77 du CSP rappelle qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organise.

- en cas de contestation de ces assignations, il sera alors possible de justifier la limitation importante à l'exercice du droit de grève au regard des « *besoins essentiels de la nation* » en situation d'urgence sanitaire.

13. Les représentants du personnel peuvent-ils bénéficier du télétravail ?

Oui. Le temps syndical relevant d'une période d'activité d'effective, elle peut être exercée en télétravail.

14. Une assignation sur plusieurs jours en cas de grève est-elle possible ?

Oui, avec des points de vigilance dans la mise en œuvre.

L'instruction DGOS/RH3 n° 2016-21 clarifiant les dispositions relatives au droit de grève des internes présente quelques indications sur la possibilité de prévoir une assignation sur plusieurs jours.

Passage de l'instruction sur l'assignation : « Les personnels peuvent se déclarer grévistes à tout moment dès lors qu'ils sont couverts par un préavis conforme à la réglementation. L'assignation est l'acte par lequel le directeur de l'établissement dresse une liste nominative des personnels dont la présence est indispensable pour assurer la continuité du service public ».

La jurisprudence affirme de manière constante qu'il appartient au directeur, de « par le droit qu'il tient de ses pouvoirs généraux d'organisation des services de fixer, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, les limites du droit de grève⁶ », en prenant les mesures nécessaires pour le fonctionnement des services qui ne peuvent en aucun cas être interrompus. De même, concernant les établissements privés assurant un service public, le juge a précisé qu'il appartient à la direction de définir « les domaines dans lesquels la sécurité, la continuité du service public doivent être assurées en toutes circonstances » et de déterminer « les limitations affectées à l'exercice du droit de grève en vue d'en éviter un usage abusif ou contraire aux nécessités de l'ordre public⁷ ».

En revanche, au sein d'un établissement privé ou de l'un de ses services n'assurant pas le service public hospitalier, l'employeur ne peut assigner des salariés⁸.

Les mesures d'assignation doivent être justifiées et proportionnées aux nécessités imposées par l'ordre public et, en particulier, par la sécurité des patients et la sécurité des soins.

Le juge administratif a défini, dans un contexte de grève à l'hôpital, quels étaient les besoins essentiels à satisfaire : la sécurité physique des personnes ; la continuité des soins et des prestations hospitalières aux patients hospitalisés et la conservation des installations et du matériel. Ainsi, une décision d'assignation peut être annulée par le juge s'il s'avère que les non-grévistes étaient en nombre suffisant pour assurer le service minimum, et s'il est constaté que suffisamment de personnels ont fait connaître au préalable leurs intentions de ne pas participer au mouvement de grève. Le service minimum est par conséquent apprécié au cas par cas, en fonction de la taille, de l'activité de la structure (sanitaire ou médico-sociale), de la durée de la grève, etc.

Dans le cas d'un mouvement de grève auquel des internes sont appelés à participer, la jurisprudence précise que la participation de l'interne, praticien en formation, à l'activité hospitalière ne saurait être considérée comme indispensable à la continuité des soins.

Afin d'assurer le service minimum conformément à ce principe, il convient de respecter l'ordre de priorité suivant pour les assignations :

- 1° les praticiens seniors volontaires ;
- 2° les praticiens seniors non volontaires mais disponibles et en situation d'être assignés (notamment les praticiens qui ne sont pas en repos de sécurité, ni en congés annuels) ;
- 3° les internes non-grévistes en situation d'être assignés ;
- 4° les internes grévistes.

6. CE, 4 février 1976, n° 97685.

7. CE, 7 juillet 2009, n° 329284.

8. Cass. Soc., 15 décembre 2009, n° 08-43.603.

Ainsi, l'assignation des internes – praticiens en formation – pour garantir la continuité et la permanence des soins, ne peut se justifier qu'à condition que les praticiens seniors sollicités et responsables de la prise en charge des patients ne puissent assurer cette continuité des soins. Le refus de répondre à une assignation entraîne la mise en jeu de la responsabilité pour faute des personnels concernés.

La décision d'assignation est un acte individuel faisant grief, donc susceptible de recours pour excès de pouvoir. Sa notification doit être certaine : elle peut être effectuée par remise en mains propres avec signature, par lettre recommandée avec accusé de réception, par convocation pendant leurs obligations de service hospitalières, ou par tout autre moyen permettant de s'assurer de sa réception par l'intéressé.

Afin de sécuriser ce processus, il est important que les modalités d'organisation du service minimum et de mise en œuvre des assignations au sein de l'établissement soient définies et formalisées en amont, en lien avec la commission de l'organisation de la permanence des soins ou la commission médicale d'établissement, puis portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Par conséquent : les mesures d'assignation peuvent être prises au jour le jour mais également sur plusieurs jours si un établissement fait face à un trop grand nombre de grévistes et qu'il convient d'assurer la continuité du service public. Cette mesure s'entendra comme proportionnée et adaptée à la situation de crise sanitaire, si cette assignation permet d'assurer la continuité du service public. Cette assignation devra respecter les temps de repos des personnels.

III. MESURES DE PROTECTION DES AGENTS

15. Quelles mesures à prendre pour les professionnels affectés à un poste de travail en contact avec le public ?

Pour rappel, la transmission du virus se fait par un contact étroit avec une personne déjà contaminée, par l'inhalation de gouttelettes infectieuses émises lors d'éternuements ou de toux de la personne contaminée. La contamination nécessite un contact à moins d'un mètre et prolongé plus de 15 minutes avec une personne malade. Elle est aussi possible par l'intermédiaire des mains.

Ainsi, deux situations sont à distinguer :

- **contacts brefs** : les mesures « barrières » notamment le lavage très régulier des mains – au savon ou à défaut avec du gel hydro-alcoolique – permettent de préserver la santé des salariés et celle de leur entourage. Dans ces conditions, dès lors que ces mesures sont mises en œuvre, la seule circonstance que l'agent soit affecté à l'accueil du public et pour des contacts brefs ne suffit pas, sous réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux, à considérer qu'il justifie d'un motif raisonnable pour exercer son droit de retrait ;
- **contacts prolongés et proches** : il y a lieu de compléter les mesures « barrières » par exemple par l'installation d'une zone de courtoisie d'un mètre, par le nettoyage des surfaces avec un produit approprié, ainsi que par le lavage des mains. Dans ces conditions, dès lors que ces mesures sont mises en œuvre, la seule circonstance que l'agent soit affecté à l'accueil du public et pour des contacts prolongés et proches ne suffit pas, sous réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux, à considérer qu'il justifie d'un motif raisonnable pour exercer son droit de retrait.

16. Quels sont les personnels de santé les plus exposés au risque d'infection par le COVID-19 et quelles sont les mesures particulières à mettre en œuvre ?

Le Haut Conseil de la Santé Publique a publié le 14 mars 2020 une série de recommandations pour les personnels soignants présentant un risque d'infection grave au COVID-19, dont la liste est la suivante :

- personnes âgées de 70 ans et plus (même si les personnes entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
- les soignants aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les personnes présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les soignants atteints de cancer sous traitement ;
- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
 - infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm³,
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
 - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,
 - ayant eu une splénectomie.

- les personnes atteintes de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins ;
- les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m²) par analogie avec la grippe A(H1N1)09 ;
- s'agissant des femmes enceintes, en l'absence de données disponibles, il est recommandé d'appliquer les mesures ci-dessous à partir du troisième trimestre de la grossesse.

Les mesures particulières ci-dessous doivent être appliquées aux soignants à risque de COVID-19 graves afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum. La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité.

- Retirer des services à risque les personnels soignants identifiés par le médecin du travail comme présentant un risque d'infection grave.
- Dans le cas contraire, il convient d'éviter le contact avec des patients dont le diagnostic biologique n'aurait pas été fait. Ce point est particulièrement important en phase épidémique.

Pour cela, des mesures de prévention renforcées doivent être adoptées pour ces personnes :

- renforcer les consignes (cf. recommandation d'hygiène des mains) ;
- donner la consigne du port d'un masque chirurgical toute la journée dans le respect des conditions d'utilisation, de tolérance et de changement/manipulation ;
- considérer que le masque de protection respiratoire filtrant FFP2 est difficile à porter toute la journée et qu'un masque chirurgical bien porté est plus adapté qu'un masque FFP2 incorrectement porté ;
- inciter à mettre en place une double barrière (port d'un masque par le patient présentant des signes d'infections respiratoire et ORL et le soignant) ;
- réserver les masques FFP2 aux situations d'exposition particulière à risque (intubation, ventilation, prélèvement respiratoires, endoscopies, kinésithérapie...) ou exclure ces personnels de ces tâches particulières.

Si des soignants à risque de forme grave de COVID-19 présentent des symptômes, il convient de tester les agents et de les prendre en charge :

- appel du 15 ;
- gestion par l'infectiologue ET le référent en santé au travail ;
- nécessité de prélèvements, même en phase 3, sauf si techniquement impossible (virologie débordée, non livraison de réactifs...).

Suivi de ces personnels soignants contacts exposés via une auto surveillance :

- le masque chirurgical doit être porté pendant 14 jours avec prise biquotidienne de la température. Ces personnels soignants à risque doivent avoir à leur disposition un contact téléphonique et doivent appeler dès l'apparition de symptômes ;
- il est recommandé que les médecins de la médecine du travail de l'établissement de santé de ces personnels soignants ou de l'établissement de référence du secteur dans lequel exercent ces personnels (établissement pilote du GHT, CHU, CHG...) opèrent un suivi régulier de ces personnels soignants contacts exposés et se prononcent sur leur aptitude médicale à la reprise du travail.

La Société française de médecine du travail (SFMT) a publié plusieurs recommandations à destination des médecins du travail concernant la conduite à tenir vis-à-vis des professionnels présentant des facteurs de risque (10/03/2020, 23/03/2020 et 06/04/2020), précisant les notions de facteurs de risque, qui peuvent permettre aux médecins du travail de se positionner sur chaque situation individuelle.

IV. ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ DES PROFESSIONNELS MOBILISÉS

17. Comment accompagner au mieux les professionnels des services de soins engagés dans la lutte contre le COVID-19 au regard de leurs horaires et de leur affectation ?

Une des priorités pour les différents niveaux de management est d'assurer la gestion de la crise sur un temps long, ce qui implique d'économiser les équipes en favorisant autant que possible les rotations des professionnels. Les dispositifs relatifs au déplaçonnement des heures supplémentaires et le recours à des cycles horaires ayant un impact négatif possible sur la santé sont à limiter aux stricts besoins du service.

L'organisation des équipes dans un contexte de sur-sollicitation peut impliquer de revoir les cycles horaires de l'ensemble des professionnels afin de répartir la contrainte, la charge de travail et l'impact potentiel qui en découle sur la santé. Les fonctionnaires sont liés à l'employeur au regard des droits et devoirs qui se rattachent à leurs grades, les agents ne peuvent se prévaloir de leurs horaires ou de leur affectation. Les conseils du médecin du travail peuvent conduire les employeurs à des changements d'affectation pour raisons de santé, pouvant, pour la durée de la crise, impliquer de revoir le rattachement d'autres agents à des services différents du leur.

Il convient également de concourir à lever au maximum les contraintes d'organisation qui pèsent sur les professionnels. Il peut dans ce cadre être envisagé de développer :

- la mise en place d'un espace dématérialisé facilitant la rencontre entre les services ayant des besoins en professionnels et l'offre de travail de ces derniers (en précisant leurs connaissances professionnelles). Ce dispositif semble avoir facilité le travail de constitution ou de reconstitution des équipes. Plusieurs applications existent sur le marché ;
- des solutions de transport mises en œuvre à l'échelle d'un territoire pour faciliter la venue sur site. Ces solutions doivent nécessairement respecter le cadre défini par les mesures de protection limitant la diffusion du virus (« gestes barrière »).

18. Quelle action innovante peut être engagée pour prendre en charge les équipes mobilisées ?

Tous les dispositifs de prévention, y compris sur le plan psychologique, ont vocation à faire l'objet d'un accompagnement et d'un partage avec le service de santé au travail. Le médecin du travail devant être saisi en priorité en cas de risque pour l'agent.

Plusieurs actions ont été mises en place par les établissements et semblent aboutir à des effets bénéfiques pour les collectifs de travail soumis à la gestion de la crise :

- donner accès aux informations ;
- assurer le soutien des professionnels et faciliter les échanges entre les pairs.

Plusieurs niveaux d'intervention sont possibles :

- La mise à disposition d'un accès aux informations sécurisées et partagées :
 - bibliothèque de partage d'infos ;
 - portail documentaire ;
 - sites de ressources médicales ;
 - mail générique info et soutien ;

- accès exceptionnellement gratuit et sans inscription à la plateforme d'informations COVID-19 dédiée au professionnels de santé : www.covid19-pressepro.fr.
- La nécessité de prise en charge des difficultés des soignants, faciliter les échanges et l'écoute, à ce titre plusieurs options sont possibles :
 - recourir à un prestataire ;
 - mobiliser les ressources présentes sur les sites.

Les espaces dématérialisés de co-développement entrent dans cette logique. Ils peuvent être développés par les services informatiques de l'établissement ou mis en place par le biais de prestataires extérieurs.

Le renfort psychologique dont peuvent avoir besoin les professionnels peut être mis en place au sein des établissements ce qui est régulièrement le cas ou faire l'objet d'un accompagnement extérieur.

À ce titre un dispositif national de prise en charge médico-psychologique au bénéfice des personnels des secteurs privé et public est mis en place. Il a vocation à s'adresser prioritairement aux personnels médicaux et paramédicaux des établissements sanitaires et médico-sociaux et des services de soins à domicile mais pourra également être mobilisé par les personnels administratifs, logistiques et les étudiants confrontés sur le terrain à des situations inédites dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes vulnérables. Il vient en appui des dispositifs préexistants pour les personnels médicaux et les corps de direction (0 800 203 007 - CNG), des initiatives locales, et de la forte mobilisation des services de santé au travail dont le renforcement a été mis en œuvre dans de nombreux établissements.

L'objectif est d'assurer, après une analyse rapide de la situation, soit une orientation vers un accompagnement de proximité s'il apparaît plus adapté, soit une prise en charge directe en prenant le temps nécessaire à une évaluation de professionnels qui présenteraient des manifestations de stress aigu ou une détresse psychologique dans leur discours.

Les appels passant par la plateforme 0 800 130 000 (service d'information CODIV-19) font l'objet en cas de besoin d'aide sur le plan psychologique d'un transfert vers :

- **la plateforme « Croix-Rouge écoute 0 800 858 858 »** pour les appelants non soignants ;
- **la plateforme du ministère des solidarités et de la santé 0800 73 09 58** pour les soignants (secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux).

Ce N° vert dédié aux soignants permettra une évaluation de la situation de l'appelant dans le cadre d'un échange avec un professionnel qualifié en incluant plusieurs possibilités d'orientations en fonction du besoin formulé (ex : auprès des médecins traitants, du service de santé au travail de rattachement, des dispositifs d'aide régionaux...). En cas de fragilité impliquant un suivi, l'écouter propose une levée d'anonymat permettant un rappel par la CUMP dans un délai de 48 heures.

- Aucune donnée nominative n'est conservée.
- Les entretiens sont anonymes, seules les questions de contexte relatives à l'activité de l'agent sont admises de la part du psychologue.

Autres dispositifs (liste non exhaustive) :

- **Un numéro unique d'écoute et d'assistance confidentiel et gratuit** ouvert 24h/24 et 7j/7, mis en place par le CNOM, tenu par des psychologues cliniciens (avec possibilité d'orientation vers des cellules d'appui), **accessible à l'ensemble des professionnels de santé en difficulté : 0800 288 038 ;**
- **« Psychologues bénévoles »** : intermédiation entre la demande d'appui psychologique de la part de soignants et l'écoute proposée par des psychologues volontaires : <https://psychologues-solidaires.fr> ;
- **« Association SPS » : 0805 23 23 36** ou application mobile (asso SPS) - Plateforme nationale d'écoute.

Le site du centre national de ressources et de résilience (CN2R) : ressources, fiches et recommandations pour préserver les équipes : <http://cn2r.fr/recommandations-epidemie-COVID-19>.

19. Comment faciliter les déplacements des soignants ?

Une attention particulière de l'employeur peut être mise en œuvre afin de faciliter les déplacements des personnels intervenant en établissement auprès de patients COVID+. Il s'agit principalement :

- des personnels travaillant sur des cycle horaires atypiques (ex : 10h de nuit – 12h) ;
- des personnels affectés en cellule de crise ;
- des personnels mobilisés dans des établissements éloignés de leur domicile ;
- des personnels dépourvus d'accès à un moyen de transport individuel ou collectif.

La possibilité de recourir à un taxi existe conformément aux textes relatifs à la prise en charge des frais de mission(décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France). Elle doit être mise en place au regard des nécessités absolues de service et du besoin de protection des agents dû par l'employeur.

Les établissements doivent mettre en place une procédure qui permet aux agents de bénéficier de ce service sans avance de frais, l'établissement prenant à sa charge le paiement des courses. A ce titre les factures devront être demandées et transmises par les agents bénéficiaires.

Un modèle de convention est à disposition afin de permettre le remboursement des établissements par les CPAM pour ce service. La facturation sera faite directement à l'établissement de santé ou médico-social sur un abonnement taxis dédié.

A ces recommandations s'ajoutent les nombreuses initiatives mises en œuvre localement et destinées à faciliter la circulation des personnels (transports en commun gratuits, dédiés ou à tarif réduit pour les professionnels de santé, bons d'essence, stationnement gratuit). Dans leur grande majorité, ces dispositifs sont mis en œuvre sur présentation de la carte professionnelle et d'une attestation employeur. Ces documents sont également utiles à la circulation des professionnels entre leur domicile et leur lieu d'affectation.

20. Comment faciliter l'hébergement des soignants ?

Plusieurs initiatives locales ont été mises en œuvre pour faciliter l'hébergement des soignants, qui pour des raisons diverses ne pourraient rentrer à leur domicile ou qui ont fait l'objet d'un recrutement ponctuel de la part d'un établissement.

Il est rappelé que ces initiatives ne sauraient faire l'objet d'une majoration des risques pour les personnels accueillis ou pour les agents de ménage (les conditions d'hygiène des chambres sont donc soumises au strict respect des mesures de précaution applicables au COVID-19).

Initiatives recensées à ce jour :

Mise à disposition gracieuse de la plateforme Airbnb :

La plateforme Airbnb met à disposition, pour les soignants des hôpitaux et des EHPAD, étudiants en médecine compris, depuis le 25 mars 2020, des logements gratuits sur l'ensemble du territoire, via sa plateforme « Appartsolidaire ». Les soignants concernés sont ceux dont le temps de trajet entre le domicile et le lieu de travail est supérieur à 30 minutes.

Les bénéficiaires peuvent s'inscrire via un lien sur la plateforme. Leur demande est validée par l'équipe d'Airbnb qui leur envoie un lien personnel et non transférable pour avoir accès aux logements proposés près de leur lieu de travail, dans un périmètre de 30 kilomètres de distance ou 30 minutes de trajet.

Mise à disposition de chambres d'hôtel :

Les établissements peuvent financer le recours à des hébergements ponctuels dans le cadre des dispositions relatives aux frais de missions, notamment lorsqu'ils ne disposent pas de chambre de garde. Dans le cas d'un hébergement en chambre d'hôtel payante, l'établissement doit avancer les frais du soignant.

Autres dispositifs :

Le site immobilier Particulier à Particulier (PAP) a créé une plateforme pour permettre à des propriétaires de mettre à disposition leurs logements de manière temporaire pour le personnel soignant. Le personnel soignant doit contacter le 01 40 56 33 33.

Des initiatives sont également mises en œuvre au niveau local, à l'image de l'AP-HP qui a mis en place la plate-forme Hoptisoins, sur laquelle sont disponibles des offres d'hébergement, de transports, de gardes d'enfant ou encore d'alimentation.

Plusieurs groupes sur Facebook permettent également de recenser les offres d'hébergements temporaires pour le personnel soignant (logements et hôtels). Notamment le groupe « Des logements gratuits pour nos soignants ».

21. Comment est assurée la prise en charge des enfants dont l'activité des parents est indispensable à la continuité du service ?

En conformité avec les mesures annoncées par le président de la République le 12 mars 2020 afin de freiner la propagation du virus et de protéger les personnes les plus vulnérables, les établissements d'accueil du jeune enfant et les écoles ont été fermés à compter du lundi 16 mars 2020 et ce jusqu'à nouvel ordre. Un système de garde est néanmoins organisé exclusivement pour le personnel soignant, dans l'école où sont scolarisés leurs enfants ou dans une école à proximité. Afin de prendre en charge les enfants de moins de trois ans, les crèches hospitalières ou d'autres structures d'accueil de la petite enfance bénéficient d'un régime dérogatoire de façon à rester ouvertes et à accueillir les enfants, en appliquant les mesures de sécurité sanitaire adaptées. Les parents concernés peuvent renseigner leur besoin sur le site monenfant.fr.

Des dérogations à la fermeture nationale des structures de petite enfance sont prévues dans les écoles pour les personnels hospitaliers (carte professionnelle nécessaire ou fiche de paye ou attestation employeur). Les rectorats assurent en lien avec les ARS et les établissements les modalités d'identification et d'accueil des enfants de parents mobilisés pour assurer la production de soins dans les établissements, directement ou indirectement auprès du patient. Par ailleurs, le nombre d'enfants susceptibles d'être gardés par une assistante maternelle agréée est accru : il est désormais porté de quatre à six enfants.

V. SANTÉ AU TRAVAIL

22. Un agent atteint par le COVID-19 peut-il être placé en maladie professionnelle ?

Dans l'attente de nouveaux textes spécifiques au covid-19 en cours de rédaction par le ministère de la Santé en lien avec la Cnam, le cadre réglementaire propre à chaque statut a vocation à s'appliquer. Il permet plusieurs modalités de reconnaissance de l'imputabilité au service de la contamination. Les professionnels ont vocation en cas de contamination au COVID-19 potentiellement du fait de leurs fonctions à :

- signaler la situation à leur hiérarchie pour prévoir les mesures immédiates permettant la protection du reste des équipes et du salarié en question ;
- se rapprocher du médecin du travail ou à défaut de son médecin traitant.

Il est recommandé tant pour les agents que pour les employeurs de favoriser la traçabilité d'une éventuelle contamination au COVID-19 dans le cadre du travail (le registre des accidents du travail disponible dans le service peut ainsi servir à assurer cette traçabilité). Par ailleurs, les textes prévoient que la reconnaissance de la maladie professionnelle peut s'appliquer aux agents titulaires, stagiaires et contractuels de droit public.

Pour les personnels titulaires, la reconnaissance se fait par référence aux maladies professionnelles inscrites au Code de la sécurité sociale. Les personnels médicaux et contractuels voient leur situation directement régie par ces dispositions du Code de la sécurité sociale (ci-dessous). Les agents titulaires de la FPH peuvent être reconnus en maladie professionnelle ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions. Dans ces deux cas, la maladie doit être liée par une relation de cause à effet avec le service pour être prise en charge. La maladie professionnelle est reconnue par référence aux tableaux des affections professionnelles prévus à l'article L. 461-2 du Code de la sécurité sociale. Ceux-ci n'étant pas limitatifs, il est possible de reconnaître un caractère professionnel à une affection non répertoriée : il s'agit alors d'une maladie contractée dans l'exercice des fonctions. Le COVID-19 peut être reconnu maladie contractée dans l'exercice des fonctions. Les commissions de réforme ne sont pas consultées dès lors que l'imputabilité de la maladie ou de l'accident ne fait pas de doute et que l'employeur la reconnaît.

En cas de décès d'un agent titulaire, le chef d'établissement peut reconnaître le décès imputable au service.

Pour les personnels médicaux hospitaliers et agents contractuels de droit public dépendant du droit commun Code de la sécurité sociale :

Selon les articles L. 461-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle figure dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Lorsqu'une affection ne remplit pas toutes les conditions d'un tableau, voire n'apparaît dans aucun tableau, elle peut néanmoins être reconnue comme maladie professionnelle. C'est un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité entre la maladie et le travail habituel de la victime. Cet avis s'impose à l'organisme de Sécurité sociale. Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé (fixé à 25 % selon l'article R. 461-8 du Code de la sécurité sociale).

23. Quelle réparation en cas de préjudice pour un professionnel réquisitionné ?

L'article L. 3131-10 du Code de la santé publique indique que « les professionnels de santé, y compris bénévoles, qui sont amenés à exercer leur activité auprès des patients ou des personnes exposées à une catastrophe, une urgence ou une menace sanitaire grave, dans des conditions d'exercice exceptionnelles décidées par le ministre chargé de la santé dans le cadre des mesures prévues à l'article L. 3131-1, bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6 ».

Les personnels réquisitionnés se voient donc appliquer les mêmes règles en matière de responsabilité que les réservistes et entrent dans le champ de L. 3133-6 du Code de la santé publique. Ainsi, selon les termes de cet article, « le réserviste victime de dommages subis pendant les périodes d'emploi ou de formation dans la réserve et, en cas de décès, ses ayants droit ont droit, à la charge de l'Etat, à la réparation intégrale du préjudice subi, sauf en cas de dommage imputable à un fait personnel détachable du service ».

24. Que faire en l'absence de service de santé au travail ?

L'organisation des services de santé au travail dans les établissements publics de santé et médico-sociaux est régie par les articles D. 4626-2 et suivants du Code du travail (issus du décret du 4 décembre 2015) qui prévoient notamment que « le service de santé au travail est organisé sous la forme :

- soit d'un service autonome de santé au travail propre à l'établissement ;
- soit d'un service autonome de santé au travail constitué par convention entre plusieurs établissements.

Toutefois, pour les établissements de moins de 1 500 agents, lorsque la création d'un service autonome de santé au travail se révélerait impossible, l'établissement peut passer convention avec :

- un service commun à plusieurs administrations prévues au deuxième alinéa de l'article 11 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;
- un service de santé au travail interentreprises tel que défini aux articles D. 4622-22 et suivants.

En cas d'impossibilité à constituer un service de santé au travail autonome, il est donc possible de conventionner avec des établissements de santé ou médico-sociaux environnants, ou membres du GHT. Des conventions sont également possibles avec des services interentreprises (SIE) d'entreprises.

Par ailleurs, la réglementation ne prévoit pas de conventionnement avec des médecins libéraux, lesquels n'ont par ailleurs pas la formation adaptée.

25. Nouvelles recommandations HCSP pour la levée du confinement pour les professionnels de santé

a) Personnel de santé n'appartenant pas à la liste des personnes à risque de développer une forme grave d'infections à SARS-CoV-2 :

- au plus tôt au **8^e jour** à partir du début des symptômes ;
- **et** à l'issue d'une période d'**apyrexie d'au moins 48 heures** (température rectale inférieure à 37,8° C mesurée avec un thermomètre, deux fois par jour, et en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ;
- **et** au moins **48 heures après la disparition** d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/mn au repos) ;
- **avec**, lors de la reprise des activités professionnelles, au contact de patients et/ou de professionnels de santé, **le port d'un masque chirurgical de type II, pendant les 7 jours** suivant la levée du confinement. Il est aussi rappelé l'importance du respect des mesures d'hygiène des mains.

b) Personnel de santé appartenant à la liste des personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 :

- au plus tôt au **10^e jour** à partir du début des symptômes ;
- **et** au moins **48 heures** à partir de la disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 37,8° C (mesurée avec un thermomètre deux fois par jour, et en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ;
- **et** au moins **48 heures** à partir de la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/mn au repos ou un retour à l'état basal) ;
- **avec** lors de la reprise des activités professionnelles, au contact de patients et/ou de professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical de type II, pendant les **7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement**. Il est aussi rappelé l'importance du respect des mesures d'hygiène des mains.

c) Personnel de santé ayant développé une forme grave de COVID-19 :

- l'évaluation se fera au cas par cas en lien avec le médecin du service de santé au travail ;
- le critère virologique de levée de confinement appliqué aux formes graves sera pris en compte dans la limite des possibilités de réalisation des prélèvements et des tests.

26. Le rôle de l'inspection du travail évolue-t-il du fait de l'épidémie de COVID-19

Le décret n° 2017-541 du 12 avril 2017 pris en application de l'article L. 8124-1 du Code du travail, précise le cadre général d'exercice des missions du service public de l'inspection du travail. Il détermine les règles que doivent respecter les agents du service public de l'inspection du travail, ainsi que les prérogatives et garanties prévues pour l'exercice de leurs missions. Si l'état d'urgence sanitaire n'a pas vocation à réduire le champ d'intervention des agents de contrôle de l'inspection du travail, ces derniers interviennent conformément au code déontologique dont ils relèvent. Celui-ci prévoit notamment des droits et devoirs spécifiques à leur mode d'intervention. La crise sanitaire en cours relève d'une situation atypique pour les établissements de santé publics ou privés qu'il conviendrait logiquement de prendre en compte dans le cadre des missions effectuées vis-à-vis de ces établissements.

VI. RENFORT DES EFFECTIFS

Dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19, d'importants besoins en renforts de personnels de santé se manifestent aussi bien dans les établissements qu'en médecine de ville. Afin d'y répondre, les ARS et les établissements de santé peuvent s'appuyer sur plusieurs dispositifs.

27. Comment mobiliser les personnels de santé (hors étudiants) ?

La mobilisation des personnels de santé (hors étudiants en santé) passe par quatre modalités principales : la réaffectation des personnels en poste, le volontariat avec possible mise en relation des établissements et des professionnels entre eux via les ARS, la réserve sanitaire et la réquisition.

Ces différentes modalités de mobilisation peuvent être complémentaires. Lorsque la mobilisation des personnels en poste n'est pas suffisante, des renforts en personnel peuvent être sollicités par les établissements sur la base du volontariat, de la réserve sanitaire ou de la réquisition, en particulier par le biais de l'ARS. La modalité de mobilisation la plus pertinente dépend du statut des personnels et également du territoire considéré :

- la mobilisation sur la base du volontariat est toujours possible, elle nécessite un traitement plus individuel des cas (contrats ou conventions) et peut permettre d'organiser une mobilisation entre régions ;
- le cadre de la réquisition est propice à une mobilisation de grande ampleur (en particulier lorsque la réserve sanitaire ne permet pas de répondre aux besoins) au sein d'une même région ou d'une même zone par le biais notamment d'un arrêté collectif et permet également de s'adapter à une grande diversité de statuts des professionnels considérés. Les ARS peuvent décider de réquisitionner des personnes qui se sont portées volontaires ; la réquisition permettant en effet d'offrir un cadre juridique et financier centralisé aux personnels concernés.

La mobilisation et la réaffectation des personnels déjà en poste au sein des établissements.

Les établissements peuvent réaffecter en interne leurs personnels afin de répondre aux besoins de soins les plus importants.

Par ailleurs, les établissements de santé et médico-sociaux peuvent solliciter les personnels médicaux par le biais du temps de travail additionnel et les personnels relevant de la fonction publique hospitalière par le recours aux heures supplémentaires. Ainsi, par une décision ministérielle du 5 mars 2020, les établissements publics de santé sont déjà autorisés, à titre exceptionnel, pour la période du 1er février au 30 juin 2020, et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à recourir de façon transitoire aux heures supplémentaires au-delà du plafond habituel fixé.

En outre, le décret n° 2020-297 du 24 mars 2020 relatif aux heures supplémentaires et à leur dépassement dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière a fixé un plafond unique d'heures supplémentaires à 240 heures (cycle de travail annuel) ou 20 heures (cycle de travail mensuel) dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Le décret n° 2020-298 du 24 mars 2020 modifiant le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires a quant à lui permis d'étendre le périmètre aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de permettre ce dépassement au niveau le plus proche des établissements, à savoir le directeur général de l'agence régionale de santé ou le préfet du département.

Un réexamen de la situation individuelle des personnels à temps partiel (hors temps partiel de droit) peut être réalisé par les établissements.

Enfin, les établissements peuvent également réintégrer de manière anticipée leurs personnels en disponibilité sur leur statut pour la période où ils acceptent de revenir.

Le volontariat :

- Plusieurs plateformes de mise en relation et de recensement de l'ensemble des professionnels de santé volontaires ont été mises en place par certaines ARS (par exemple la plateforme #Renforts-Covid en Ile-de-France). Le ministère de la santé a également mis en place un formulaire sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé (<https://solen3.enquetes.social.gouv.fr/cgi-1/HE/SF?P=12z111z3z-1z-1zA228F2FF17>) pour que les personnes volontaires puissent se signaler. Ces noms seront communiqués aux ARS, celles-ci disposeront via « Symbiose » des informations relatives aux professionnels de santé volontaires au sein de son territoire (identités, professions, numéro RPPS/Adeli, etc.) et procédera à leur vérification.

L'ARS se voit ainsi confier un rôle de pilotage et de suivi des renforts mobilisables. En fonction des situations et des besoins, l'ARS fera appel à ces professionnels et les mettra en relation avec les structures de soin ayant demandé un renfort. Les volontaires pourront alors être recrutés dans les établissements, selon plusieurs modalités.

- Les établissements de santé, directement ou en lien avec les ARS, peuvent s'appuyer sur plusieurs dispositifs pour mobiliser des renforts :
 - Via l'ARS avec la conclusion de conventions entre l'établissement d'accueil et le praticien volontaire : sur le fondement de l'article L.3131-10-1 du Code de la santé publique, l'ARS peut identifier les viviers de personnels volontaires (notamment via les plateformes) et mettre en relation un professionnel, en lui adressant une notification, et un établissement d'accueil. Celui-ci sera alors chargé de conventionner avec le professionnel de santé, avant ou après l'intervention, au regard de l'urgence. Selon les conditions prévues par le décret relatif à la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, une convention devra être établie entre le professionnel de santé mobilisé et l'établissement, la structure ou l'organisme auprès duquel il exerce son activité. Cette convention précise l'objet et la durée de la mobilisation, la nature des activités confiées ainsi que les conditions de rémunération du professionnel.
 - Directement, dans le cadre d'un CDD, si le volontaire est sans emploi ou salarié/agent :
 - si la personne est agent public, elle peut demander l'autorisation à son administration de bénéficier d'un cumul d'activités pour une activité accessoire, notamment dans le cadre d'un motif d'intérêt général (article 25 septies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires) ;
 - si la personne est salariée, elle peut cumuler plusieurs emplois sous réserve de respecter le cadre de la réglementation sur la durée maximale du temps de travail ;
 - si la personne est retraitée, ce recrutement peut s'inscrire dans le cadre d'un cumul emploi-retraite (CER). Plusieurs établissements ont déjà pu rappeler d'anciens agents pour leur proposer d'exercer dans ce cadre.
 - Si le volontaire est salarié/agent d'un établissement privé ou public, le recrutement peut se faire dans le cadre d'une mise à disposition (cf modèles de convention en annexes) :
 - entre établissements publics, les conditions à respecter sont celles du cadre général de la mise à disposition fixé par la loi du 9 janvier 1986 (articles 48 et 49) ;
 - entre un établissement public et une structure privée, l'article 11 du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers prévoit que des agents du secteur privé peuvent intervenir dans les établissements de la fonction publique hospitalière (tous les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, donc EPSMS inclus). Cette mise à disposition s'applique pour la durée du projet ou de la mission et doit faire l'objet de la signature d'une convention de mise à disposition conforme aux dispositions de l'article 2 du décret 88-976, conclue entre l'établissement d'accueil et soit l'employeur du salarié intéressé, qui doit recevoir l'accord de celui-ci, soit le professionnel libéral lorsqu'il sollicite pour lui-même la mise à disposition. Cette convention prévoit les modalités du remboursement prévu à l'article 49-1 de la loi du 9 janvier 1986. Un professionnel en libéral peut également se mettre à disposition d'un établissement, un contrat devant déterminer les modalités de rémunération du praticien ;

- la personne mise à disposition reste rémunérée sur la base du salaire/traitement que lui verse son employeur de rattachement. Pour la mise à disposition d'un agent public auprès d'un autre établissement public, l'établissement d'accueil peut choisir de verser un complément indemnitaire.

La réserve sanitaire :

- La réserve est constituée de professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants), d'agents hospitaliers non soignants, de psychologues, de professionnels des ARS, etc. Ils peuvent être agents du secteur public, salariés du secteur privé, exercer en libéral, retraités ou étudiants paramédicaux et médicaux.
- Il peut être fait appel à la réserve sanitaire soit par arrêté motivé du ministre chargé de la Santé, soit par l'ARS (décision motivée, respectivement, du directeur général de l'ARS ou du DG ARS de la zone de défense et de sécurité conformément à l'article L.3134-1 du CSP).
- En cas d'activation de la réserve sanitaire, Santé publique France adresse un ordre de mission aux réservistes sélectionnés et assure les opérations logistiques et administratives : acheminement, hébergement, indemnisation, etc. Les réservistes sont envoyés auprès des ARS qui les affectent dans les établissements nécessitant un appui.
- Les missions des réservistes ne peuvent excéder 45 jours cumulés par année civile. La rémunération est fixée à 300 € par jour de mission pour les médecins, pharmaciens et sages-femmes et à 125 € par jour de mission pour les psychologues, infirmiers, ingénieurs et cadres administratifs. Si le réserviste est salarié ou fonctionnaire, Santé publique France indemnise directement son employeur.
- Pour l'inscription à la réserve, Santé publique France est chargée d'étudier les dossiers des personnels volontaires afin de vérifier si ces derniers remplissent les conditions prévues par le cadre juridique de la réserve sanitaire et de signer une convention avec le réserviste. Ces modalités nécessitent donc un certain délai afin de recruter au sein de la réserve de nouveaux viviers en renforts, Santé publique France a par ailleurs fermé ses inscriptions. L'appui sur d'autres dispositifs est donc justifié lorsque la réserve constituée n'est pas suffisante.

La réquisition :

En application de l'article 12-1 du décret du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, le préfet de département peut procéder aux réquisitions de tout établissement de santé ou établissement médico-social ainsi que de tout bien, service ou personne nécessaire au fonctionnement de ces établissements, notamment des professionnels de santé. Sur le fondement de cet article, les agences régionales de santé peuvent ainsi proposer au préfet la réquisition de professionnels de santé (médecins et infirmiers) libéraux (conventionnés ou non), salariés de centres de santé ou de centres thermaux, exerçant en administration publique (médecins de santé publique, médecins conseils, etc.), retraités ou en cours de formation (étudiants des professions de santé mentionnées au livres 1, 2 et 3 de la quatrième partie du Code de la santé publique).

La réquisition est prononcée par le préfet de département, par le biais d'arrêtés individuels ou collectifs (liste nominative de personnels). Cet arrêté doit être notifié individuellement à chaque personne réquisitionnée et préciser notamment l'identité des personnes concernées ainsi que le lieu et la durée de la période de réquisition. Les conditions à prévoir dans l'arrêté ainsi que les modalités de notification sont explicitées dans l'instruction relative à la mobilisation et à l'indemnisation des professionnels de santé dans le cadre de l'épidémie de coronavirus (COVID-19).

Toute personne faisant l'objet d'une réquisition est couverte par le statut de collaborateur occasionnel du service public ; elle est couverte en responsabilité médicale et peut bénéficier des mêmes conditions que les réservistes en cas de dommages (article L. 3133-6 du Code de la santé publique).

Les modalités de rémunération des personnels réquisitionnés sont précisées dans l'arrêté du 29 mars 2020 portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie COVID-19. La protection sociale de ces personnels est celle prévue aux articles L. 311-3 et D. 311-2 du Code de la sécurité sociale.

La réquisition doit autant que possible être mobilisée pour des professionnels volontaires pour contribuer à la lutte contre le COVID-19 ; elle a un double intérêt : elle permet d'assurer la couverture en responsabilité de ces professionnels et d'assurer leur indemnisation.

28. Comment mobiliser les étudiants en santé ?

Compte tenu de l'évolution de l'épidémie de COVID-19, les étudiants en santé sont amenés à participer aux soins des patients et à la gestion de la crise sanitaire au sein des équipes médicales et soignantes. Cette activité vient en renfort de celle de la communauté médicale et soignante. Dans le cadre de leur intervention, ils bénéficieront des mêmes règles de protection individuelle que le reste du personnel, aucune mobilisation ne pouvant intervenir sans application des mesures de protections et de mise à disposition du matériel de protection pour ces étudiants.

L'instruction du 19 mars 2020 relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé prévoit les différentes modalités de mobilisation des étudiants en santé dans le cadre du COVID-19. Une FAQ sera également diffusée pour répondre aux questions relatives aux étudiants en santé les plus fréquentes. Leur participation aux services de soins repose sur les quatre modalités suivantes :

- **Réaffectation au sein du même établissement d'affectation** : les étudiants en santé peuvent être réaffectés dans un autre service au sein de leur établissement de rattachement, sans autorisation particulière ;
- **Réaffectation dans d'autres structures et établissements** : les étudiants peuvent être réaffectés sur d'autres lieux de stages à l'hôpital ou en ville pour répondre aux besoins sanitaires. Cela se fera au niveau local en coordination entre les facultés de santé et les universités, les instituts de formation, les établissements et les ARS et sur la base du volontariat des étudiants (après autorisation de l'ARS pour les internes de médecine, de pharmacie et d'odontologie) et en respectant les règles d'encadrement ;
- **Vacations** :
 - Des vacances peuvent être proposées par voie de contrat à l'ensemble des étudiants en santé volontaires pour aider à la prise en charge des patients (brancardage, fonctions support, etc.), notamment sur des plages horaires permettant d'assurer la continuité des soins (nuit, week-ends et jours fériés) ;
 - Ces vacances peuvent notamment être proposées aux étudiants souhaitant s'investir au-delà de leur temps de stage ou lorsqu'ils n'ont pas de stages obligatoires et de manière prioritaire à ceux qui ne bénéficient pas déjà d'indemnités de stage augmentées par les dispositifs mis en place au niveau régional ;
 - De manière plus spécifique, des vacances d'aide-soignant peuvent être proposées aux étudiants en soins infirmiers à partir de la deuxième année de formation. Des vacances en soins infirmiers peuvent être proposées aux étudiants des formations spécialisées (IBODE, IADE, PUER, IPA, cadre de santé, infirmier). Un contrat de vacation est signé par l'étudiant et l'établissement employeur ;
 - Dans le cadre prévu par la circulaire n° 2000-406 du 17 juillet 2000 relative à l'exercice des étudiants en médecine en qualité d'aide-soignant ou d'infirmier, les étudiants en médecine peuvent être employés, à titre exceptionnel et provisoire, au sein d'un établissement de santé public ou privé en qualité : soit d'aide-soignant, sous réserve d'avoir validé la 2^e année du 1^{er} cycle des études médicales, soit d'infirmier, à condition d'avoir au moins validé la 2^e année du 2^e cycle des études. L'autorisation de remplacement est délivrée par l'ARS pour une année donnée et accordée pour l'établissement qui en fait la demande.
 - La rémunération des étudiants en vacation, en fonction des missions exercées, doit être alignée sur la rémunération qui est versée aux personnels hospitaliers (rémunération correspondant à un agent titulaire du premier échelon du premier grade du corps concerné) :
 - Sur des fonctions d'agent de service hospitalier qualifié (ASHQ) : sont concernés l'ensemble des étudiants en santé, notamment les étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique (MMOP) n'ayant pas encore validé la 2^e année du 1^{er} cycle et les étudiants en

1^{re} année de soins infirmiers. À titre d'indication, la rémunération mensuelle brute d'un ASHQ en début de carrière est comprise entre 1 600 et 1 700 euros environ ;

- Sur des fonctions d'aide-soignant : sont concernés les étudiants ayant validé la 2^e année du 1^{er} cycle des études de médecine et les étudiants en soins infirmiers à partir de la 2^e année de formation. À titre indicatif, la rémunération mensuelle brute d'un aide-soignant en début de carrière est comprise entre 1 800 et 1 900 euros environ ;

- Sur des fonctions d'infirmier : sont concernés les étudiants en médecine ayant validé la 2^e année du 2^e cycle ainsi qu'aux étudiants des formations spécialisées d'infirmiers. À titre indicatif, la rémunération mensuelle brute d'un infirmier en début de carrière est comprise entre 2 000 et 2 100 euros environ.

- **Réquision :**

- les étudiants des professions de santé mentionnées aux livres 1, 2 et 3 de la quatrième partie du Code de la santé publique peuvent être réquisitionnés sur le fondement d'un arrêté préfectoral ;
- **les étudiants réquisitionnés en priorité sont ceux dont les qualifications sont les plus avancées et les plus proches de celles mobilisées pour répondre aux besoins de soins contre le coronavirus.** Ainsi, les étudiants en première année des formations incluses dans ce périmètre (ou en premier cycle d'études pour les professions médicales) ne doivent être mobilisés qu'en dernier ressort. En outre, dans le champ des professions de santé listées dans le livre 3, sont concernés en priorité par la réquisition : les infirmiers, les aides-soignants, les masseurs-kinésithérapeutes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical et les ambulanciers ;
- comme prévu dans l'arrêté du 29 mars 2020 portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie COVID-19, le niveau d'indemnisation varie en fonction du niveau de qualification des étudiants réquisitionnés. Des niveaux plus élevés ont ainsi été fixés d'une part pour les étudiants de troisième cycle de médecine, pharmacie et odontologie et, d'autre part, pour les étudiants de deuxième cycle de médecine (puisque ces derniers sont déjà autorisés à effectuer des vacations d'IDE).

Exemples de cas types :

Un médecin libéral habitant en Occitanie et étant volontaire pour travailler dans sa région ou une autre région : ce médecin peut se déclarer volontaire par le biais du formulaire mis en ligne sur le site du ministère. Le Ministère transmet ensuite la liste des personnes volontaires aux ARS qui ont exprimé des besoins de renforts. L'ARS reçoit alors les données sur ce professionnel de santé via Symbiose et les vérifie. En fonction des besoins exprimés par les établissements, le directeur général de l'ARS concernée peut alors faire appel à ce professionnel et le met en relation avec les structures de soins ayant demandé un renfort. La logistique afférente à la mobilisation de ce professionnel volontaire est assurée par l'ARS en lien avec les services préfectoraux.

Un IADE salarié dans une clinique privée qui a été placé en récupération après fermeture de son service : si l'IADE est volontaire pour exercer dans un établissement public, il peut être mobilisé par le biais de la signature d'une convention de mise à disposition pour une durée à délimiter entre son employeur et l'établissement d'accueil.

Un médecin libéral retraité sans carte professionnelle volontaire pour réaliser des consultations : il peut être mobilisé par l'ARS, via la préfecture de département, dans le cadre de la réquisition. Sa situation professionnelle et ses contraintes personnelles, notamment si cette personne est dite vulnérable, sont prises en compte pour fixer le cadre de sa mission. Ce médecin est alors indemnisé aux tarifs horaires indiqués dans l'arrêté portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie COVID-19. Il obtient alors le statut de collaborateur occasionnel du service public.

Un interne en médecine peut être mobilisé dans deux cadres : soit sur son lieu d'exercice habituel, soit dans un autre établissement ou en médecine de ville. Si une réaffectation de stage n'est pas nécessaire ou pas possible, cet interne pourra être réquisitionné et sera alors indemnisé à la hauteur des montants prévus dans l'arrêté relatif à la réquisition, soit 50 € / heure de 8h à 20h ; 75€ / heure

20h à 23h et de 6h à 8h ; 100 € /heure de 23h à 6h dimanche et jours fériés s'il exerce au-delà de ses obligations de service. Et, s'il exerce durant son temps de service, dans les conditions habituelles de rémunérations. Il bénéficie du statut de collaborateur occasionnel du service public.

Un étudiant en deuxième année de formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier peut être mobilisé : il est en situation de stage et il peut être réaffecté dans un établissement de santé nécessitant des besoins pour la gestion de la crise et dans ce cas, son stage est validant et il bénéficie des indemnités de stage. Il pourra également être recruté par l'établissement sur un contrat de vacation en dehors des périodes de formation pour des exercer des missions d'aide-soignant, dans le respect d'un volume d'heures travaillées conforme à la réglementation. Enfin, il pourra être réquisitionné par arrêté préfectoral et sera alors indemnisé à la hauteur des montants prévus dans l'arrêté relatif à la réquisition, soit 12 € / heure de 8h à 20h ; 18 € / heure 20h à 23h et de 6h à 8h et 24 € /heure de 23h à 6h dimanche et jours fériés s'il exerce au-delà de ses obligations de stage.

29. Un agent ayant bénéficié d'une indemnité de départ volontaire peut-il venir en renfort ?

Le décret n° 98-1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire au profit de fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonctions dans un établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 prévoit à son article 4 que : « Le bénéficiaire de l'indemnité de départ volontaire est tenu de rembourser celle-ci au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du Code de la santé publique, s'il fait l'objet dans les 5 années suivant sa démission d'une nomination ou d'un recrutement dans un emploi d'agent public ».

Le texte ne permet aucun recrutement que ce soit comme fonctionnaire ou contractuel dans les cinq ans suivant la démission.

Si l'agent a bénéficié de l'indemnité de départ volontaire depuis plus de cinq ans, il peut être recruté sur un CDD pour la durée de l'urgence sanitaire. L'établissement doit alors vérifier que la personne est toujours opérationnelle au regard des missions confiées.

Si l'indemnité de départ volontaire a été attribuée depuis moins de cinq ans, le texte actuel ne permet pas de le recruter. Deux cas de figure à envisager :

- si l'agent exerce dans un établissement privé ou en libéral : mise à disposition possible par l'établissement employeur ;
- sinon, l'agent peut s'inscrire à la réserve sanitaire prévu par le CSP (articles L. 3132-1 et R. 3132-1) sous réserve des conditions prévues par l'arrêté du 1^{er} avril 2008 relatif aux conditions d'activité, d'expérience professionnelle ou de niveau de formation requises pour l'engagement dans la réserve sanitaire. L'une des conditions est pour les professionnels ayant cessé leur activité, que cette cessation date de moins de 3 mois.

30. Peut-on avoir recours à des agents en disponibilité ?

Au vu des circonstances, l'accord donné par mail à l'arrêt de la disponibilité pour convenance personnelle pour une durée à définir avec l'établissement est suffisant (avec régularisation en parallèle, c'est-à-dire décision mettant fin à la disponibilité, réintégration, puis à la fin de la période définie prise d'une nouvelle décision de disponibilité).

Et si l'agent en disponibilité exerce une activité privée ?

Possibilité de faire application de l'article 11 du décret 88- 976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition, qui prévoit que des personnels privés peuvent être mis à disposition d'un établissement public pour une durée de quatre ans maximum, pour une mission spécifique. Les modalités d'intervention sont définies par une convention de mise à disposition. La convention est alors signée entre le professionnel libéral et l'établissement d'accueil.

31. Quelles actions sont à mettre en œuvre si des professionnels du secteur privé souhaitent rejoindre un établissement public pour concourir à la gestion de la crise ? (donc hors situation de réquisition)

L'article 11 du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers prévoit que des agents du secteur privé peuvent intervenir dans les établissements de la fonction publique hospitalière (tous les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 86, donc EPSMS inclus).

Pour ce faire :

- lorsque les besoins du service le justifient, des agents du secteur privé peuvent être mis à disposition des établissements de la fonction publique hospitalière pour la réalisation d'une mission ou d'un projet déterminé qui ne pourrait être mené à bien sans les qualifications techniques spécialisées détenues par un salarié de droit privé. Cette mise à disposition s'applique pour la durée du projet ou de la mission sans pouvoir excéder quatre ans ;
- la mise à disposition doit faire l'objet de la signature d'une convention de mise à disposition conforme aux dispositions de l'article 2 du décret 88-976, conclue entre l'établissement d'accueil et l'employeur du salarié intéressé, qui doit recevoir l'accord de celui-ci. Cette convention prévoit les modalités du remboursement prévu à l'article 49-1 de la loi du 9 janvier 1986. La mise à disposition peut prendre fin à la demande d'une des parties et selon les modalités définies dans la convention ;
- il est précisé que les règles déontologiques qui s'imposent aux fonctionnaires sont opposables aux personnels mis à disposition. Il ne peut leur être confié de fonctions susceptibles de les exposer aux sanctions prévues aux articles 432-12 et 432-13 (prise illégale d'intérêts) du Code pénal. Ils sont tenus de se conformer aux instructions de leur supérieur hiérarchique, dans les conditions prévues pour les fonctionnaires à l'article 28 de la loi du 13 juillet 1983.

VII. DEMANDES DIVERSES

32. Existe-t-il une responsabilité juridique des personnels risquant de propager l'épidémie dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ?

L'activité d'un établissement sanitaire, social ou médico-social est par définition iatrogène et le risque de contracter tout type d'infection nosocomiale (et pas uniquement une infection due au coronavirus COVID-19) est inhérent avec le fait d'être pris en charge dans ce type de structure.

Une personne qui s'estime victime de l'activité d'un établissement doit apporter la preuve de trois éléments pour être indemnisée :

- l'existence d'un dommage indemnisable ;
- l'existence d'une faute imputable à l'établissement ;
- l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice allégué.

S'agissant de la responsabilité individuelle des professionnels de santé, elle ne saurait être engagée sauf si une faute personnelle particulièrement grave est observée, ou si elle révèle une intention de nuire de l'agent.

Le juge retient davantage la faute du service, qui engage la responsabilité de l'établissement, notamment en matière d'administration des soins, d'organisation et du fonctionnement du service et du non-respect du protocole de soins.

Il existe également un régime sans faute créé par la loi du 4 mars 2002, qui permet un mécanisme d'indemnisation des victimes fondé sur la solidarité nationale.

Ce qu'il convient de faire :

Les mesures d'hygiène et de sécurité ayant été renforcées dans les établissements, les professionnels sont appelés à rappeler les bonnes pratiques mises en place aux patients, usagers et à leurs familles, afin de les rassurer – (conformément aux préconisations des équipes opérationnelles hygiène et des services de santé au travail).

33. Peut-on envisager le chômage partiel pour des agents publics ?

Par sa rédaction même, l'article L. 5122-1 du Code du travail relatif à l'activité partielle ne s'applique qu'aux salariés relevant du Code du travail et donc ni aux agents disposant d'un contrat de droit public ni aux fonctionnaires.

Pour les agents de droit privé relevant d'une structure publique, ces personnels pourraient être éligibles au dispositif, puisqu'ils sont salariés ayant conclu un contrat de travail relevant du Code du travail. Dans ce cas, ce doit être à l'autorité en charge d'examiner les demandes d'activité partielle de décider si le droit leur est ouvert. Cela relève du domaine du Fonds national de l'emploi à la DGEFP, qui gère les indemnisations au titre de l'activité partielle prévue par le Code du travail.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*