



**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 27 novembre 2020

CORONAVIRUS

FOIRE AUX QUESTIONS POUR

LES AGENTS HOSPITALIERS

SUR LES SUJETS RH

RÉCURRENTS

Foire aux questions RH – FPH et personnels médicaux

Version à jour au 27 novembre 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 et personnels médicaux. 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
1. Quelles sont les règles applicables en matière de Garde d'enfants	3
2. Quelles sont les règles applicables au temps de travail des personnels dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ?	3
3. Quel est le régime applicable aux heures supplémentaires dans le cadre de la crise liée au virus COVID-19 ?	4
4. Les congés des agents sont-ils maintenus du fait du COVID-19 ?	5
5. Déplafonnement du CET.....	6
6. Comment organiser le recours au télétravail, au regard des nécessités de services ?	6
7. Quelle est la relation entre les ASA et les primes pour les agents	7
8. 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 ?	8
9. Peut-on envisager le chômage partiel pour des agents publics ?	8
II. DROITS À LA REPRÉSENTATION ET DIALOGUE SOCIAL	8
10. Comment s'organise le dialogue social dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 ?	8
11. Les mesures d'exception mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire en cours sont-elles privatives du droit de grève ?	9
12. Comment concilier droit de grève et plan blanc ?	10

13.	Les représentants du personnel peuvent-ils bénéficier du télétravail ?	10
14.	Une assignation sur plusieurs jours en cas de grève est-elle possible ?	10
III. SANTÉ AU TRAVAIL ET MESURES DE PROTECTION DES AGENTS		12
15.	Quelles sont les mesures de protection à prendre pour les agents ?	12
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 ?	12
17.	Quels types de professionnels sont potentiellement concernés par des mesures d'éviction	14
18.	Comment déterminer qui est cas-contact dans le cadre professionnel ?	15
19.	Quelles sont les dispositions en matière d'absences et de jours de carence pour les agents contact à risque de contamination ?	15
20.	Quels professionnels de santé sont à inclure dans le « contact-tracing » ?	15
21.	Quelle conduite à tenir pour ces personnels contact à risque de contamination?	16
22.	L'employeur peut-il rendre obligatoire les tests de dépistage du covid 19 pour les agents dans les établissements de santé et médico-sociaux	16
23.	Que faire si un personnel est testé positif à la Covid-19 ? L'éviction est-elle systématique ? ?	16
24.	Quelles mesures à prendre si un agent souhaite bénéficier de son droit de retrait ?	17
25.	Quelles sont les modalités de reconnaissance et de prise en charge d'un salarié contaminé, du fait de ses missions du COVID-19 ?	17
26.	Quelle réparation en cas de préjudice pour un professionnel réquisitionné ?	20
27.	Que faire en l'absence de service de santé au travail ?	20
28.	Les compétences des services de santé au travail évoluent-elles en droit pendant la période de crise sanitaire ?	20
IV. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ DES PROFESSIONNELS MOBILISÉS		21
29.	Comment faciliter les déplacements des soignants ?	21
30.	Comment faciliter l'hébergement des soignants ?	22
31.	Quelles mesures de soutien psychologique peuvent être mobilisées pour les soignants et personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	23
32.	Quels dispositifs innovants en matière de qualité de vie au travail peuvent-ils être envisagés pour accompagner au mieux les équipes mobilisées ?	25
V. RENFORT DES EFFECTIFS		25
33.	Comment mobiliser les personnels de santé (hors étudiants)	25
34.	Comment mobiliser les étudiants en santé ?	28
35.	Un agent ayant bénéficié d'une indemnité de départ volontaire peut-il venir en renfort ?	30
36.	Peut-on avoir recours à des agents en fin de disponibilité ?	30
37.	Peut-on avoir recours à des professionnels du secteur privé pour concourir à la gestion de la crise ? (hors réquisition)	31

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

1. Quelles sont les règles applicables en matière de Garde d'enfants

Depuis le 1^{er} septembre 2020, les parents devant assurer la garde de leurs enfants de moins de 16 ans ou enfants en situation de handicap pris en charge en établissement spécialisé (sans limite d'âge), peuvent, lorsque le télétravail n'est pas possible, bénéficier d'une autorisation spéciale d'absence en raison de la **fermeture de l'établissement d'accueil**, de la classe ou de la section de l'enfant, ou lorsque leurs **enfants sont identifiés par l'Assurance Maladie comme étant cas-contact**.

- Les **agents publics** sont placés, sur présentation d'un justificatif de l'établissement attestant que l'enfant ne peut être accueilli ou d'un document de l'Assurance Maladie attestant que leur enfant est considéré comme cas contact à risque, en **autorisation spéciale d'absence (ASA)**.
- Les **agents contractuels de droit public et fonctionnaires à temps non complet (moins de 28h)** dans la même situation bénéficient d'un **arrêt de travail dérogatoire assorti d'indemnités journalières de sécurité sociale**. Dans ce cadre, le dispositif exceptionnel de prise en charge mis en place pendant l'état d'urgence sanitaire est réactivé jusqu'au 31 décembre 2020. **Les arrêts délivrés ne sont pas soumis au jour de carence.**

Ces absences sont décomptées au titre des autorisations spéciales d'absence « garde d'enfant malade » y compris lorsque le plafond de ces ASA est déjà atteint.

L'arrêt peut être déclaré pour une durée correspondant à la fermeture de l'établissement **sans pouvoir excéder 21 jours**. Il sera éventuellement renouvelable selon les mêmes modalités si la durée de fermeture de la classe ou de l'établissement d'accueil de l'enfant était amenée à être prolongée.

Un seul parent à la fois (ou détenteur de l'autorité parentale) peut se voir délivrer un arrêt de travail. Il est possible de fractionner l'arrêt ou de le partager entre les parents sur la durée de fermeture de l'établissement. L'agent public remettra à son employeur, en sus du justificatif de l'Assurance Maladie ou de l'établissement d'accueil, une attestation sur l'honneur établissant qu'il ne dispose pas d'autre moyen de garde et qu'il est le seul des deux parents assurant la garde de son enfant.

Il appartiendra à l'employeur de faire une télé-déclaration pour l'arrêt de travail, puis de transmettre les données de paie pour le calcul des IJSS pour ensuite les récupérer soit directement par subrogation, soit indirectement par compensation sur la rémunération suivante de l'agent qui les a perçues.

2. Quelles sont les règles applicables au temps de travail des personnels dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ?

- 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* » Sans préjudice du respect des garanties mentionnées à l'Article 6 du même décret.
- 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.
- Les praticiens hospitaliers peuvent 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 11 heures consécutives par période de 24 heures.
- **Par dérogation, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, il bénéficie immédiatement à l'issue de cette période d'un repos d'une durée équivalente.**
- Que les agents soient médecins ou paramédicaux il est préconisé une recherche d'adéquation entre les enjeux de continuité du service public et la **nécessaire préservation des agents par le biais des temps de repos les plus adaptés à la situation de crise actuelle.**

3. Quel est le régime applicable aux heures supplémentaires dans le cadre de la crise liée au virus COVID-19 ?

Le CHSCT a vocation à être informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation du travail.

- **Déplafonnement**

Le [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.



Si les conditions d'urgence ont assoupli la notion de borne horaire et de cycle de travail au regard des impératifs d'adaptation du service, les organisations de service mises en œuvre relèvent d'un cadre dérogatoire justifié uniquement par les circonstances sanitaires locales, et répondent directement aux besoins découlant des impératifs de prise en charge des patients. Elles ne sauraient à ce titre être pérennes ou sans lien avec la gestion de la crise. Il est recommandé d'envisager la construction des roulements de plannings de manière à favoriser la rotation des équipes. Le CHSCT a vocation à être informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation du travail.

- **Indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires**

¹ CIRCULAIRE DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 RELATIVE A L'ORGANISATION DU SYSTEME HOSPITALIER EN CAS D'AFFLUX DE VIC-TIMES. Voir également la circulaire du 27 juin 2013 (DGS) sur l'organisation territoriale en cas de crise sanitaire - Instruction DGS/DUS/CORRUSS no 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

A compter du 30 octobre 2020, en application du [Décret n° 2020-1309 du 29 octobre 2020 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires](#), les **heures supplémentaires effectuées entre le 1er octobre et le 31 décembre 2020** par les agents de la fonction publique hospitalière pourront être compensées sous la forme de l'indemnisation.

- Le **champ d'application de l'indemnisation des heures supplémentaires** est réduit par rapport au dispositif prévu au printemps 2020. Il bénéficie aux **fonctionnaires et agents contractuels de droit public** des établissements mentionnés aux [1°, 2°, 3° et 5° de l'Article 2 de la loi du 9 janvier 1986](#) (dont établissements publics de santé, établissements publics accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées), situés dans des **zones de circulation active du virus**.
- La liste des établissements situés dans les zones de circulation active du virus et autorisés à mettre en œuvre l'indemnité compensatrice, est fixée par **décision du directeur général de l'agence régionale de santé (DG ARS)**.
- Le décret instaure la majoration de la rémunération des heures supplémentaires réalisées selon les modalités suivantes :
 - des coefficients de 1,875 aux 14 premières heures supplémentaires et de 1,905 aux heures supplémentaires suivantes ;
 - d'une majoration de 150 % de l'heure supplémentaire lorsqu'elle est effectuée de nuit ;
 - d'une majoration de 100 % de l'heure supplémentaire lorsqu'elle est effectuée un dimanche ou un jour férié (et non plus 99%).
- Le **paiement** est réalisé **au plus tard le 1er mars 2021**.

NB : L'indemnisation des heures supplémentaires est soumise à la validation, par l'autorité investie du pouvoir de nomination, de l'état des heures supplémentaires.

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. L'employeur peut refuser une demande de départ en congé, mais ce refus ne doit pas être abusif. Il peut être justifié, par exemple, par :
 - La continuité ou les nécessités 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 (affectation des agents en fonction des besoins du service).
- Dans plusieurs hypothèses, l'employeur ne peut pas imposer des congés annuels ou RTT.
 - **En cas de maladie** : congé maladie
 - **En cas de mesure d'isolement prise par l'ARS** : l'agent est en **télétravail**, ou à défaut en **autorisation spéciale d'absence**.

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. »

- **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.



Il est préconisé, si l'organisation matérielle des équipes le permet, d'organiser des temps d'échange au sein des équipes pour faciliter la concertation sur les périodes de congés et encourager les prises de décisions collectives permettant d'assurer une continuité de la prise en charge des patients.

- **CONGES ET COVID 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 : l'employeur peut-il le placer en congé d'office ?**
La notion de placement en congé d'office n'est pas propre aux situations de crise sanitaire. Il s'agit d'une mesure visant à protéger la santé d'un fonctionnaire dont l'état de santé pourrait justifier qu'il soit placé en congé longue maladie. En l'attente de l'avis du comité médical, l'agent concerné est placé en congé d'office par l'administration ayant provoqué, au vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs hiérarchiques, un examen médical. Un rapport écrit du médecin de prévention de l'administration doit figurer au dossier soumis au comité.
- **Un agent a demandé des congés mais ne souhaite plus les utiliser. Peut-il décider de ne pas les prendre ?**
L'accord des congés relève des compétences du chef d'établissement. Cependant, pour tenir compte des nécessités de service, il peut rendre une décision favorable à la demande de l'agent.

5. Déplafonnement du CET

- [L'Arrêté du 10 juin 2020 relatif à la mise en œuvre de dispositions temporaires en matière de compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière afin de faire face aux conséquences de l'épidémie de covid-19](#) aménage le cadre réglementaire applicable au compte-épargne temps ([Décret du 3 mai 2002](#)) au titre de l'année 2020.
 - Les agents ont la possibilité de verser sur leur CET 20 jours par an au lieu de 10.
 - Le plafond total du CET est porté de 60 à 70 jours.
- Les jours ainsi épargnés excédant le plafond global de jours prévu par l'arrêté du 6 décembre 2012 peuvent être maintenus sur le CET ou être consommés selon les modalités définies à l'Article 5 du décret du 3 mai 2002.

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

- **Principes généraux**

À compter du vendredi 30 octobre, les agents publics dont les fonctions peuvent être exercées totalement ou principalement à distance doivent impérativement être placés en télétravail cinq jours par semaine.

Pour les agents dont les fonctions ne peuvent être qu'accessoirement exercées à distance, l'organisation du service doit permettre de réduire au maximum le temps de présence pour l'exécution des tâches qui ne peuvent être réalisées en télétravail.

Il revient en conséquence aux chefs de service de définir des organisations de travail tenant pleinement compte de ces mesures tout en veillant à la continuité des activités et des missions de service public.

- Les conditions de travail doivent être aménagées pour les agents amenés à travailler totalement ou partiellement en présentiel, en particulier lorsque les nécessités de service l'exigent, afin de protéger leur santé et celle des usagers.
- Une attention particulière doit être portée à l'accompagnement des agents concernés (charge de travail, droit à la déconnexion).
- **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.).
- **Agents en situation de vulnérabilité ou vivant avec une personne en situation de vulnérabilité**
 - Depuis le 1er septembre 2020, les agents cohabitant avec une personne vulnérable ne peuvent plus bénéficier d'une autorisation spéciale d'absence.
 - Lorsque le **télétravail n'est pas possible** ou lorsque, malgré une possibilité de télétravail, une **reprise du travail présentielle est décidée par le chef d'établissement au regard des nécessités du service**, l'agent en situation de vulnérabilité ou vivant avec une personne en situation de vulnérabilité bénéficie de conditions d'emploi aménagées, en particulier :
 - La mise à disposition de masques à usage médical par l'employeur à l'agent, qui devra le porter sur les lieux de travail et dans les transports en commun lors des trajets domicile-travail et en déplacements professionnels (durée maximale de port du masque jetable avant changement : 4 heures)
 - Une vigilance particulière de cet agent quant à l'hygiène régulière des mains
 - L'aménagement du poste de travail : bureau dédié ou limitation du risque (ex : écran de protection)
 - Pour les **professionnels soignants ou en contact avec les patients et/ou résidents**, 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.
 - Il convient de rappeler aux agents dont les missions ne peuvent pas être télétravaillées et qui, malgré les mesures mises en place par leurs employeurs, estiment ne pas pouvoir reprendre leur activité en présentiel, qu'ils doivent **justifier leur absence du service** en sollicitant, sous réserve des nécessités du service, la prise **congés annuels**, de **jours de récupération du temps de travail** ou encore **des jours du CET**. A défaut, tout agent absent du travail et qui justifie d'un arrêt de travail délivré par son médecin traitant, sera placé en congé maladie selon les règles de droit commun.

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

L'autorisation spéciale d'absence (ASA) est un pouvoir du chef d'établissement 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 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 liée au COVID** (et exclusivement pour ce type d'ASA), l'agent perçoit son entière rémunération : en particulier, **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. En revanche, le temps d'absence occasionné par cette autorisation spéciale d'absence **ne génère pas de jours de réduction du temps de travail**.

- En dehors de cet aspect, les ASA accordées par l'employeur du fait de la crise sanitaire ne sauraient pénaliser les agents ni dans leur droit à rémunération, notamment en ce qui concerne la prime de service, ni dans leur droit à congés annuels.

Les agents qui ne souhaitent pas scolariser leurs enfants alors que l'organisation mise en place permet un retour dans leur structure d'accueil doivent, sous réserve des nécessités du service, solliciter la prise de congés annuels, de jours de récupération du temps de travail ou encore des jours du compte épargne-temps.

8. 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.**

Aucune disposition ne prévoit un raccourcissement des délais, ni la suspension du détachement.

9. 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.**

II. DROITS À LA REPRÉSENTATION ET DIALOGUE SOCIAL

10. Comment s'organise le dialogue social dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 ?

- Assurer un dialogue social constant permet de garantir la bonne appropriation par les agents des mesures de protection. La définition et la mise en œuvre des mesures de prévention nécessitent un travail de réflexion préalable, conduit dans un cadre concerté, afin de garantir leur faisabilité, leur effectivité et leur appropriation la plus large par tous les acteurs participant à la lutte contre la propagation du virus.
- L'association des représentants du personnel et des représentants syndicaux facilite la déclinaison de ces mesures dans l'établissement, en tenant compte de la réalité de son activité, de sa situation géographique et de la situation épidémiologique, et des missions confiées à chacun. Elle permet également d'anticiper les difficultés concrètes liées à leur mise en œuvre.
 - **Dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 :**
- Le chef d'établissement a vocation à consulter les représentants du personnel mandatés au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de toutes les mesures de prévention et de protection mises en place à destination des professionnels, médicaux et non médicaux, de l'établissement, comme le prévoit l'Article 60 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.
- Les représentants du personnel ont vocation à faire part au président du CHSCT de toutes les observations qu'ils jugent utiles à la protection de la santé physique et mentale et la sécurité des salariés. Ils contribuent 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 CHSCT 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.
 - **Evaluation des risques et intégration au programme de prévention et au Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)**
 - L'évaluation des risques apparus avec la Covid-19 doit être réalisée pour mettre en place les mesures de prévention. Ses résultats pourront être transcrits dans le DUERP et dans un premier temps annexés au DUERP existant. Les mesures de prévention doivent être prises en fonction des risques identifiés (Articles L4121-3, R4121-1 et R4121-2 du code du travail).
 - Tous les documents afférents à l'évaluation et aux mesures de prévention devant être annexés au DUERP, le plan de reprise d'activité peut faire partie de ces documents annexés.
 - Il est rappelé que le CHSCT est consulté annuellement sur le programme de prévention (pris en cohérence avec le DUERP). Le DUERP est tenu à la disposition du CHSCT.

11. Les mesures d'exception mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire en cours sont-elles privatives du droit de grève ?

Le droit de grève est reconnu aux agents publics. 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 virus (Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 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 pouvoir d'assignation de l'employeur s'applique pour assurer les activités nécessaires au besoin de continuité des services.

Dans la fonction publique hospitalière, c'est le directeur d'établissement qui a compétence pour organiser la continuité des soins. Cette notion est incontournable dans un contexte épidémique et s'appuie principalement sur la permanence des soins (Article L. 6111-1 du CSP). Deux cas sont ainsi à distinguer :

- **L'assignation**, qui relève du directeur d'hôpital et 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.
- **La réquisition préfectorale** de professionnels de santé, qui se fonde, dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, sur l'Article L.3131-15 du CSP, prévoit que « *dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique (...) 7° Ordonner la réquisition de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire ainsi que de toute personne nécessaire au fonctionnement de ces services ou à l'usage de ces biens. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le code de la défense* ».

D'autres leviers de réquisition existent :

- **en cas de perturbation de l'organisation des soins dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle (Article R. 3131-14 CSP),**
- **en cas d'urgence avec une atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques** pour laquelle les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police (Alinéa 4 de l'Article L. 2215-1 du CGCT)
- **pour satisfaire une demande accrue de soins lié à l'afflux des personnes malades dans les hôpitaux (Article L. 3131-8 CSP).**

12. Comment concilier droit de grève et plan blanc ?

- **Cadre réglementaire**

- 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, 2^e 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 ;
- 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.

- **Cadre réglementaire**

- 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 grève* »³, en prenant les mesures nécessaires pour le fonctionnement des services qui ne peuvent en aucun cas être interrompus. Le pouvoir d'assignation

³ CE, 4 février 1976, n° 97685.

- S'applique pour les établissements privés assurant un service public pour les domaines dans lesquels la sécurité, la continuité du service public doivent être assurées en toutes circonstances⁴.
 - Ne s'applique pas aux établissements privés n'assurant pas le service public hospitalier⁵.
- Dans un contexte de grève à l'hôpital, les **mesures d'assignation visent à assurer un service minimum** pour couvrir des besoins essentiels à satisfaire tels que définis par le juge administratif, à savoir :
 - la sécurité physique des personnes ;
 - la continuité des soins et des prestations hôtelières aux patients hospitalisés
 - la conservation des installations et du matériel.
 - Ces mesures 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 service minimum est 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.**
 - 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 dans le cadre du service minimum. Ainsi, l'assignation des internes 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.
- **Mise en oeuvre**
- 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** (COPS) ou la **commission médicale d'établissement** (CME), puis portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs.
 - La notification d'assignation 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.
 - Cette assignation devra respecter les temps de repos des personnels.
 - 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.
 - En matière d'assignation pour le personnel médical, il convient de respecter l'ordre de priorité suivant :
 - **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.
 - Le refus de répondre à une assignation entraîne la mise en jeu de la responsabilité pour faute des personnels concernés.
- **Voies de recours**
- La décision d'assignation est un acte individuel faisant grief, donc susceptible de recours pour excès de pouvoir.
 - 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.

⁴ CE, 7 juillet 2009, n° 329284.

⁵ Cass. Soc., 15 décembre 2009, n° 08-43.603.

III. SANTÉ AU TRAVAIL ET MESURES DE PROTECTION DES AGENTS

15. Quelles sont les mesures de protection à prendre pour les agents ?

- Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) considère dans son avis publié le 28 août 2020 qu'après actualisation des données de la littérature, une transmission aéroportée du virus SARS-CoV-2 doit être envisagée dans les espaces clos, notamment mal aérés et insuffisamment ventilés.
- L'avis du HCSP appelle à systématiser le port du masque de protection dans les espaces clos et partagés (dont les bureaux, salles de réunions, open-space, salles de staff, salles de pause) et espaces de circulation (dont ascenseurs, escaliers, couloirs, halls d'accueil), à la seule exception des bureaux individuels occupés par une seule personne. Dans le cas où une personne viendrait à entrer dans ce bureau, le port du masque s'impose aux agents présents dans ce bureau individuel.
- **Les dispositions suivantes sont donc à prendre :**
 - Les personnels en services de soins ou en contact avec les patients sont équipés de **masques chirurgicaux ou FFP2**; selon les préconisations de la Société française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) ;
 - Les personnels en contact de personnes à risques de forme grave, notamment dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, portent obligatoirement le **masque chirurgical** ;
 - En complément de ces consignes, **rendre obligatoire le port du masque de protection, adapté à la situation d'exercice professionnel** (les personnes à risque de forme grave devant porter un masque de type chirurgical) dans les espaces clos et partagés, sauf pour l'agent se trouvant seul dans son bureau individuel; cette obligation devra faire l'objet d'une communication spécifique auprès des agents et son effectivité vérifiée ;
 - Fournir des masques de protection aux agents et en préciser les modalités d'usage afin que cette protection soit effective (durée de port, manipulations...).
- Une **dérogation à l'obligation de port du masque de protection est prévue pour les personnes dont le handicap le rend difficilement supportable munies d'un certificat médical le justifiant**.
- Une adaptation de l'obligation de port du masque peut, le cas échéant, être mise en place au regard des **contextes locaux et des besoins spécifiques des services** tout en garantissant la santé et la sécurité des agents.

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 ?

- **Agents concernés par la définition « agents publics vulnérables présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 »**

Conformément au décret n° 2020-1365 du 10 novembre 2020 pris pour l'application de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, les agents publics vulnérables sont ceux **répondant aux 2 critères cumulatifs suivants** :

- **1° Être dans l'une des situations suivantes :**
 - a) Être âgé de 65 ans et plus ;
 - b) Avoir des antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;

- c) Avoir un diabète non équilibré ou présentant des complications ;
 - d) Présenter une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale : (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
 - e) Présenter une insuffisance rénale chronique dialysée ;
 - f) Etre atteint de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
 - g) Présenter une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m²) ;
 - h) Etre atteint d'une immunodépression congénitale ou acquise :
 - o médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
 - o infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm³ ;
 - o consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
 - o liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
 - i) Etre atteint de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
 - j) Présenter un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
 - k) Etre au troisième trimestre de la grossesse ;
 - l) Etre atteint d'une maladie du motoneurone, d'une myasthénie grave, de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de paralysie cérébrale, de quadriplégie ou hémiplégié, d'une tumeur maligne primitive cérébrale, d'une maladie cérébelleuse progressive ou d'une maladie rare ;
- **2° Ne pouvoir ni recourir totalement au télétravail, ni bénéficier sur le lieu de travail ou, pour le f), sur le trajet domicile travail, des mesures de protection renforcées suivantes :**
 - a) L'isolement du poste de travail (bureau individuel ou permettant le respect de la distanciation physique) ou, à défaut, son aménagement, pour limiter au maximum le risque d'exposition (horaires, mise en place de protections) ;
 - b) Le respect strict des gestes barrières applicables (l'hygiène des mains renforcée, le respect de la distanciation physique et le port systématique d'un masque à usage médical lorsque la distanciation physique ne peut être respectée ou en milieu clos, avec changement de ce masque au moins toutes les quatre heures et avant ce délai s'il est mouillé ou humide) ;
 - c) L'application des mesures de protection susmentionnées à tout lieu fréquenté par la personne à risque à l'occasion de son activité professionnelle (restaurant d'entreprise, cafétéria, salle de détente...);
 - d) L'absence ou à défaut la réduction au maximum du partage du poste de travail ;
 - e) Le nettoyage et la désinfection du poste de travail et des surfaces touchées par la personne au moins en début et en fin de poste, en particulier lorsque ce poste est partagé.
 - f) Un mode de déplacement domicile travail favorisant le respect des gestes barrières, qui peut notamment s'appuyer sur une adaptation des horaires d'arrivée et de départ du salarié
 - **Procédure pour activer la prise en charge spécifique des agents publics vulnérables : télétravail, ASA**
 - La prise en charge spécifique des agents publics vulnérables ne peut être engagée qu'à la demande de ceux-ci et sur la base d'un certificat d'isolement délivré par un médecin traitant. L'avis d'arrêt de travail établi par le médecin doit comporter la mention « vulnérable » dans le motif d'arrêt ainsi que la mention en rapport avec une ALD le cas échéant.
 - **Si le recours au télétravail est possible** : sur la base du certificat d'isolement, l'employeur doit en premier lieu envisager de placer l'agent en **télétravail pour l'intégralité de son temps de travail**.
 - **Si le recours au télétravail est impossible**, il appartient à l'employeur de déterminer, en lien avec le médecin du travail,
 - Les **aménagements de poste** nécessaires à la reprise du travail en présentiel par l'agent concerné, dans le respect des mesures de protection telles que préconisées par le Haut Conseil de Santé Publique dans ses avis du 19 juin et du 23 juillet.
 - La prise en compte du **mode de déplacement domicile-travail**, favorisant le respect des gestes barrières, qui peut notamment s'appuyer sur une adaptation des horaires d'arrivée et de départ de l'agent.

- Si l'employeur estime être dans l'impossibilité d'aménager le poste de façon à protéger suffisamment l'agent, celui-ci est alors placé en autorisation spéciale d'absence (ASA). Cet arrêt bénéficiant d'indemnités journalières de sécurité sociale peut bénéficier :

- aux professions de santé, relevant du régime général en application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale (dont les personnels médicaux),
- aux contractuels de droit public de l'administration
- aux fonctionnaires à temps non complet travaillant moins de 28 heures.

Les jours de carence ne sont pas appliqués sur ce type d'arrêt. Par ailleurs, il est rappelé que depuis le 1er septembre 2020, les agents cohabitant avec une personne vulnérable ne peuvent plus bénéficier d'une autorisation spéciale d'absence. Lorsque leurs missions peuvent être exercées à distance, ils doivent être placés en télétravail.

- Aménagement des conditions d'emploi lorsque leurs missions ne peuvent être exercées en télétravail

Personnels vulnérables ou cohabitant avec une personne vulnérable	Personnels <u>soignants</u> considérés comme vulnérables
Texte de référence : Circulaire du Premier ministre du 1er septembre 2020	Texte de référence : Avis du HSCP du 31 mars 2020 relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de COVID-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance particulière quant à l'hygiène régulière des mains - Aménagement du poste de travail (bureau dédié ou limitation du risque avec, par exemple, un écran de protection, limitation du contact avec le public ou, à défaut, écran de protection, distanciation physique assurée, renouvellement d'air adapté, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation, au cas par cas, par le service de santé au travail* pour statuer sur la conduite à tenir, individualisée en fonction de leur situation de santé : exclusion des services à risque de forte exposition au SARS-CoV-2 : unités dédiées COVID-19, service d'urgence, service de réanimation, service d'accueil, ou réaménagement du poste de travail ; - Éviter au maximum qu'ils soient en contact avec des patients dont le diagnostic biologique n'aurait pas été fait. Ce point est particulièrement important en phase épidémique - Renforcer les consignes (cf. recommandation d'hygiène des mains) ; - Port d'un masque chirurgical toute la journée dans le respect des conditions d'utilisation, de tolérance/acceptabilité, d'intégrité et de changement/manipulation

* en cas d'absence de SST : Cf. Question 26 de la présente FAQ

- En cas de désaccord entre l'employeur et l'agent sur les mesures de protection mises en œuvre, l'employeur doit saisir le médecin du travail, qui rendra un avis sur la compatibilité des aménagements de poste avec la vulnérabilité de l'agent. En attendant cet avis, l'agent doit être placé en ASA. En cas d'absence de médecin du travail : cf. Question 26 de la présente FAQ.
- 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.

17. Quels types de professionnels sont potentiellement concernés par des mesures d'éviction

Selon l'avis du HSCP du 23 mai 2020, tous les agents, soignants et non soignants, au sein d'un établissement de santé ou médico-social sont potentiellement concernés par une mesure d'éviction, en tant que cas confirmé de Covid-19 ou personne contact à risque d'un cas confirmé. Les personnels non soignants peuvent être concernés du fait notamment des contacts fréquents entre soignants et non soignants.

Le HCSP estime que les définitions de « personne contact » ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Néanmoins en dehors de ce contexte lié à l'activité de soins, le professionnel de santé peut avoir eu d'autres contacts à risque avec un cas confirmé.

18. Comment déterminer qui est cas-contact dans le cadre professionnel ?

Sont considérés comme cas contact à risque de contamination dans le cadre professionnel :

- Un contact avec un patient porteur du Covid-19 si le soignant ne porte pas de masque à usage médical ou si le patient ne porte pas de masque à usage médical
- La réalisation sans masque FFP2 de gestes à risque d'aérosolisation (intubation, kinésithérapie respiratoire) à un patient atteint de Covid-19
- Le contact prolongé (plus de 15 mn dans un espace confiné) avec un personnel porteur du Covid-19 sans masque à usage médical (pendant les pauses principalement)

19. Quelles sont les dispositions en matière d'absences et de jours de carence pour les agents contact à risque de contamination ?

- Depuis la fin de l'état d'urgence sanitaire le 10 juillet 2020, le délai de carence est rétabli dans le cadre de tout arrêt maladie. La période durant laquelle l'assuré doit attendre avant de percevoir des indemnités journalières est de nouveau appliquée : entre 0 et 3 jours dans le secteur privé (selon la convention collective) et 1 jour dans la fonction publique.
- **Cependant, depuis le samedi 3 octobre 2020**, les personnes identifiées comme cas contact par l'ARS ou l'Assurance maladie (CPAM), ne pouvant télétravailler et en l'attente des résultats de test sont placés pendant toute la durée de l'isolement telle que définie par l'Assurance Maladie :
 - Pour les agents publics : en **autorisation spéciale d'absence**
 - Pour les agents contractuels : en **arrêt de travail dérogatoire pour lequel le jour de carence ne s'applique pas**.
- Les agents concernés doivent produire le **justificatif transmis par les équipes du « contact tracing »** de l'Assurance maladie, ou le **certificat d'isolement produit par le médecin du Service de santé au travail ou son médecin traitant**.
- Il n'y a **pas d'application de la journée de carence dans l'attente du test ou du résultat du test**.
- Si l'agent « cas contact » reçoit un test positif, il sera alors placé en congé maladie de droit commun, pour lequel le jour de carence s'appliquera normalement. Seuls les arrêts délivrés aux personnes contact et délivrés aux assurés de la Guyane et de Mayotte sont indemnisés sans application du délai de carence.

20. Quels professionnels de santé sont à inclure dans le « contact-tracing » ?

Le contact-tracing, ou traçage des contacts est le processus d'identification des personnes susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par une maladie infectieuse (ici SARS-Cov-2) et la collecte ultérieure d'informations supplémentaires sur ces contacts. Il vise à limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible, et de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.

Les personnes qui ont rencontré l'une des 3 situations de contact à risques définies à la question 18 doivent être incluses dans le contact-tracing si le patient ou le soignant impliqué a :

- un test virologique ou antigénique positif au Covid-19 ;
- des signes respiratoires et un scanner thoracique évocateur ;
- un test négatif au Covid-19 mais des signes cliniques depuis au moins 10 jours et une sérologie de rattrapage positive au Covid-19.

21. Quelle conduite à tenir pour ces personnels contact à risque de contamination?

- Ces personnels contact à risque de contamination peuvent continuer de travailler sauf s'ils deviennent symptomatiques ou s'il existe un doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement.
- Ils doivent dans ce cas respecter les mesures suivantes :
 - Auto-surveillance des symptômes et alerte du service de médecine du travail dès l'apparition de symptôme évocateur de la COVID-19 afin de réaliser immédiatement un test ; dans l'attente du résultat ils restent à leur domicile et sont placés en ASA ou arrêt de travail dérogatoire si pas le télétravail n'est pas possible (cf. Question 19 de la présente FAQ).;
 - En l'absence de symptôme ils doivent bénéficier d'un test entre J+5 et J+7 du dernier contact.
- Cette règle s'applique également aux personnels contacts avec un cas confirmé dans un cadre extra-professionnel.

22. L'employeur peut-il rendre obligatoire les tests de dépistage du covid 19 pour les agents dans les établissements de santé et médico-sociaux

- En l'état actuel des textes applicables, aucune base légale de droit commun ne permet à un employeur d'imposer le dépistage de la COVID-19. Les dispositions prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire n'évoquent pas davantage cette possibilité.
- De plus, le principe du consentement trouve à s'appliquer dans le cadre d'un test de dépistage, qui, au sens de l'article L. 6211-1 du code de la santé publique, est un examen de biologie médicale. Le consentement conditionne la légalité d'un tel acte. En tout état de cause, le résultat du test et l'identité des personnes atteintes est une information couverte par le secret médical au sens de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.
- L'employeur peut, sur la base du volontariat, organiser une campagne de dépistage collectif, en cas de suspicion de cluster ou de circulation particulièrement active du virus, après déclaration au représentant de l'État dans le département en vertu des dispositions de l'arrêté du 10 juillet 2020 modifié prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire dans sa rédaction résultant de l'arrêté du 16 novembre 2020. Comme précisé, cette disposition ne dispense pas l'employeur du consentement de ses salariés.

23. Que faire si un personnel est testé positif à la Covid-19 ? L'éviction est-elle systématique ? ?

- Seuls les personnels **asymptomatiques et non remplaçables** peuvent être maintenus en poste avec des mesures de précaution et d'hygiène renforcées. Cette décision est prise par l'établissement si les bénéfices de la présence du personnel en question sont supérieurs aux risques associés à son absence.
- L'éviction est systématique dans les situations suivantes :
 - Si le professionnel devient symptomatique et que le diagnostic de Covid-19 est confirmé ;
 - Pour le professionnel identifié comme personne contact à risque, en cas de doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement, le soignant contact doit être mis en éviction dans les

mêmes conditions que les contacts en population générale ;

- Un test positif conduit à un isolement de 7 jours pleins à partir de la date de début des symptômes ou du jour de prélèvement positif pour les personnes asymptomatiques.
- La reprise du travail est possible au 8ème jour en l'absence de fièvre (si le cas reste fébrile, l'isolement doit être maintenu pendant 48h après disparition de cette fièvre).
- La fin de la période d'isolement des cas symptomatiques et asymptomatiques doit s'accompagner par le port rigoureux du masque chirurgical et le strict respect des mesures barrière et de la distanciation physique durant les 7 jours suivants.
- Ces durées sont portées respectivement à 9 jours pleins (reprise du travail au 10ème jour si disparition de la fièvre depuis au moins 48 heures) et 14 jours de mesures barrières renforcées en cas d'immunodépression.

La fin de la période de quarantaine doit s'accompagner par le port rigoureux du masque et le respect strict des mesures barrière et de la distanciation physique durant les 7 jours suivant la levée de la mesure.

24. 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* ».

Pour plus de détails, se référer à la **Fiche DGOS** : [Le droit de retrait appliqué au Covid](#)

25. Quelles sont les modalités de reconnaissance et de prise en charge d'un salarié contaminé, du fait de ses missions du COVID-19 ?

- **Cadre réglementaire**
- Selon les Articles L. 461-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, dont dépendent les agents titulaires, stagiaires et contractuels de la FPH et les personnels médicaux hospitaliers, 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.
- Le [Décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2](#) crée, pour les assurés du régime général et des régimes agricoles, ainsi que pour les assurés auxquels ces tableaux sont applicables, deux nouveaux tableaux de maladie professionnelle « **Affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-CoV2** », désignant les pathologies causées par une infection au SARS-CoV2 (**Tableau N°100**, livre IV, inséré au sein de la partie IV du Code de la sécurité sociale). Tous les travaux listés ci-après doivent avoir été accomplis en présentiel.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Affections respiratoires aiguës causées par une infection au SARS-CoV2, confirmée par examen biologique ou scanner ou, à défaut, par une histoire clinique documentée (compte rendu d'hospitalisation, documents médicaux) et ayant nécessité une oxygénothérapie ou toute autre forme d'assistance ventilatoire, attestée par des comptes rendus médicaux, ou ayant entraîné le décès	14 jours	- Tous travaux accomplis en présentiel par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien, administratif ou de services sociaux, en milieu d'hospitalisation à domicile ou au sein des établissements et services suivants : <ul style="list-style-type: none">o établissements hospitaliers,o centres ambulatoires dédiés covid-19,o centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles,o établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,o services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables, services de

		<p>soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile,</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ centres de lutte antituberculeuse, ○ foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisé, structures d'hébergement pour enfants handicapés, appartements de coordination thérapeutique, ○ lits d'accueil médicalisé, lits halte soins santé, ○ centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie avec hébergement, ○ services de santé au travail, ○ centres médicaux du service de santé des armées, ○ unités sanitaires en milieu pénitentiaire, ○ services médico-psychologiques régionaux, ○ pharmacies d'officine, pharmacies mutualistes ou des sociétés de secours minières <p>- Activités de soins et de prévention auprès des élèves et étudiants des établissements d'enseignement</p> <p>- Activités de transport et d'accompagnement des malades, dans des véhicules affectés à cet usage</p>
--	--	--

- **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.** Pour les affections non désignées dans ces tableaux et non contractées dans les conditions de ces tableaux, le décret confie l'instruction de ces demandes à un comité de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) unique composé d'experts médicaux, dont la composition est alléguée pour permettre une instruction plus rapide des dossiers, tout en maintenant les garanties d'impartialité.
- **Le C2RMP 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.**
- Seuls sont concernés les salariés, les agents contractuels de droit public et les praticiens hospitaliers. Le C2RMP unique ne sera pas compétent pour les fonctionnaires, qui continueront de relever des commissions de réforme.

1. Modalités d'application du décret pour les fonctionnaires

- **Malades remplissant l'ensemble des conditions du tableau n° 100** de maladie professionnelle (pathologies désignées, délai de prise en charge, travaux listés) :
 - ↳ **Reconnaissance automatique** (présomption) de maladie professionnelle.
Exemple : un soignant ayant contracté la maladie dans les conditions du tableau, constatée dans les 14 jours suivant la fin de l'exposition.
- **Malades dont la maladie correspond à la désignation du tableau n° 100** (pathologies désignées) **mais ne satisfaisant pas à l'une ou l'autre des deux autres conditions** (délai de prise en charge, travaux listés) :
 - ↳ **Preuve à établir par l'agent que la maladie est directement causée par l'exercice des fonctions**
 - ↳ **Saisine de la commission de réforme avant décision de l'administration.**
Exemple : un soignant qui a contracté la maladie dans les conditions du tableau (désignation et travaux) mais dont le constat médical aurait été effectué au-delà du délai de 14 jours suivant la fin de la période de travail en présentiel.
- **Malades dont la maladie ne correspond pas à la désignation du tableau n° 100** (pathologies désignées), **quelle que soit leur situation au regard des deux autres critères** :
 - ↳ **preuve à établir par l'agent** :
que la maladie est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions ;
qu'elle entraîne une incapacité permanente minimum de 25 %.
 - ↳ **Saisine de la commission de réforme avant décision de l'administration.**
Exemple : un soignant qui a développé des manifestations cardiaques suite à la maladie et non une forme pulmonaire sévère.

- **Dispositif de reconnaissance en maladie professionnelle**

L'examen des déclarations de maladie professionnelle liées à la covid-19 se fera, comme pour toute maladie professionnelle, par référence aux tableaux prévus par l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale⁶ :

- Reconnaissance automatique (présomption) des maladies remplissant l'ensemble des conditions du tableau 100 de maladie professionnelle ;
 - Saisine des commissions de réforme pour les maladies ne satisfaisant pas à tout ou partie des conditions du tableau :
 - Lorsque la maladie déclarée correspond à la désignation du tableau, mais que l'ensemble des critères ne sont pas satisfaits, il convient d'établir (preuve) que la maladie est directement causée par l'exercice des fonctions ;
 - Lorsque la maladie déclarée ne correspond pas à la désignation du tableau il convient d'établir (preuve) qu'elle est essentiellement et directement causée par l'exercice des fonctions et qu'elle entraîne une incapacité permanente minimum de 25 %
- **En matière d'incapacité permanente ou de décès imputable au service**
 - L'agent maintenu en activité qui justifie d'une invalidité permanente résultant d'une maladie professionnelle peut prétendre à l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité.
 - S'il ne peut reprendre son poste et est admis à la retraite anticipée pour invalidité, il perçoit, en sus de sa pension civile de retraite, une rente viagère d'invalidité.
 - S'il décède des conséquences de maladie professionnelle, le capital décès versé à ses ayants droit sera majoré.

Pour plus de précisions merci de consulter le guide pratique : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pratique_accidents_de_service_maladies_professionnelles.pdf

2. Modalités d'application du décret pour les contractuels de droit public

- La réglementation du régime général de sécurité sociale relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles leur est applicable en vertu du Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat.
- Leur prise en charge est effectuée :
 - Par les caisses primaires d'assurance maladie,
 - Pour les contractuels recrutés ou employés à temps incomplet ou sur des contrats à durée déterminée d'une durée inférieure à un an ;
 - Pour les agents contractuels des établissements publics de l'Etat dont l'effectif est inférieur à 1000 agents (l'article L 413-14 du code de la sécurité sociale Code de la Sécurité Sociale)
 - Par l'administration employeur, pour les contractuels recrutés à temps complet sur des contrats à durée supérieure ou égale à un an.
- Dans ces situations, l'administration endosse le rôle de caisse de sécurité sociale. Si la maladie déclarée correspond à la désignation du tableau mais que l'ensemble des critères ne sont pas satisfaits ou si elle ne correspond pas à la désignation du tableau, l'administration ne saisit pas la commission de réforme mais le CRRMP unique pour avis ; cet avis s'impose à l'administration.

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).

- 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.

⁶ IV de l'article 21 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Pour le fonctionnaire dont la maladie liée à une infection au SARS-CoV2 est reconnue imputable au service, le congé pour invalidité temporaire imputable au service, l'allocation temporaire d'invalidité et la rente viagère d'invalidité prennent effet, nonobstant toute disposition contraire, à compter de la date de la première constatation médicale de cette maladie (Ordonnance n° 2020-1447 du 25 novembre 2020 portant diverses mesures en matière de santé et de famille dans la fonction publique).

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

- En vertu de l'Article L. 3131-10 du Code de la santé publique, les personnels réquisitionnés se voient 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 ».

27. 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.

28. Les compétences des services de santé au travail évoluent-elles en droit pendant la période de crise sanitaire ?

Le rôle du médecin du travail demeure préventif et consiste à éviter toute atteinte à la santé des agents pendant l'exercice de leurs fonctions. Il est chargé de surveiller les conditions d'hygiène de travail et la santé, de détecter et évaluer les risques (par exemple risque de contagion, atteintes physiques, atteintes psychosociales), et de veiller à leur éradication. La consultation médicale respecte strictement le secret médical, la dignité de chacun et est dénuée de toute discrimination.

- **Prévention & dépistage**

Les SST participent à la lutte contre la propagation de la COVID-19 notamment par :

- La diffusion, à l'attention des employeurs et des salariés, de messages de prévention contre le risque de contagion ;

- L'appui aux entreprises dans la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention adéquates contre ce risque et adaptées aux risques spécifiques des salariés ;
 - La participation aux actions de dépistage. Le médecin du travail et le cas échéant, les professionnels de santé des services de santé au travail peuvent prescrire, procéder à des tests de dépistage du covid-19 ainsi qu'en assurer la supervision en s'appuyant sur l'avis de l'HCSP du 23 mai 2020.
- **Arrêts de travail & éviction**
 - C'est au médecin du travail que peut revenir la possibilité d'adapter la recommandation d'éviction des professionnels porteurs du SARS-CoV-2 intervenant en ES et en ESMS, selon qu'ils sont symptomatiques ou asymptomatiques, afin de déterminer si leur maintien en poste est envisageable face à l'impératif de continuité du service, tenant compte des ressources humaines disponibles et si oui, sous quelles conditions sanitaires et de protection.
 - Par dérogation à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale et pendant la période d'état d'urgence sanitaire augmentée de 4 mois, **le médecin du travail peut prescrire et, le cas échéant, renouveler un arrêt de travail** en cas d'infection ou de suspicion d'infection à la covid-19 ou au titre des mesures d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile liées à la crise sanitaire.
 - **Visites médicales dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé ⁷**
 - Les visites médicales réalisées à compter du 17 octobre 2020 ou reportées en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 2020-386 du 1er avril 2020 peuvent faire l'objet d'un report, sauf lorsque le médecin du travail estime indispensable de maintenir la visite compte tenu notamment de l'état de santé du travailleur ou des caractéristiques de son poste de travail.
 - **Le report de la visite ne fait pas obstacle, le cas échéant, à l'embauche ou à la reprise du travail.**
 - Les visites médicales ayant fait l'objet d'un report sont organisées par les services de santé au travail selon des modalités qui seront définies par décret en Conseil d'Etat, **au plus tard dans les 14 mois suivant la fin de la période d'état d'urgence sanitaire.**
 - Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les conditions et limites dans lesquelles il s'applique aux travailleurs faisant l'objet d'un suivi individuel renforcé en application de l'article L. 4624-2 du Code du travail.

IV. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ DES PROFESSIONNELS MOBILISÉS

29. Comment faciliter les déplacements des soignants ?

- **Taxis et VTC**
 - 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.
 - En raison de la dégradation du contexte sanitaire, la **possibilité de mobiliser des taxis et VTC pour les personnels soignants des établissements publics et privés de santé et des établissements médico-sociaux** est réactivée. Ce dispositif vise à faciliter la mobilisation de ces personnels face à la crise.
 - Les publics prioritairement concernés sont :

⁷ Art. L. 4624-1, suivants, L. 4624-2, L. 4624-2-1 et L. 4625-1-1 du code du travail & Art. L. 717-2 du code rural et de la pêche maritime

- Personnels confrontés à des dépassements des amplitudes quotidiennes ou hebdomadaires autorisées,
 - Personnels affectés en cellule de crise ;
 - Personnels mobilisés par des établissements éloignés de leur domicile ;
 - Personnels qui se retrouvent sans modalités de transports personnels ou en commun.
- La **procédure de mise à disposition de taxis ou de VTC** est établie au niveau de chaque établissement :
 - L'établissement doit choisir un unique prestataire de taxis ou VTC et déterminer une procédure interne de fonctionnement et de cadrage du service (catégories de professionnels concernés, plages horaires éventuellement couvertes, type de déplacement pris en charge...).
 - Le soignant doit faire remonter son besoin de taxi ou VTC à sa hiérarchie, qui vérifie le respect du **principe de nécessité de service**. Les agents bénéficient de ce service sans avance de frais et doivent transmettre les factures à leur établissement.
 - L'établissement conventionne avec la caisse d'assurance maladie afin de transmettre et obtenir le remboursement des factures correspondantes
 - Le recours aux transports en commun sera privilégié en particulier. Pour les renforts dans un autre établissement que leur établissement employeur, les frais de transport sont pris en charge par l'établissement d'accueil.
- **Péages autoroutiers**
- Plusieurs réseaux autoroutiers (VINCI Autoroutes, APRR, Sanef, ATMB) ont annoncé la mise en place d'un **dispositif de remboursement** des frais de péage pour les **personnels soignants** jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire.
 - Ce dispositif est mis en œuvre sur présentation de la carte professionnelle et d'une attestation employeur, ainsi que des justificatifs des transports effectués (attestations de péage reçus en voie de péage ou factures télépéage). Des formulaires propres à chacun de réseaux sont à compléter en ligne pour effectuer la demande remboursement.
 - Elle s'applique aux trajets entre le domicile et le lieu d'exercice des soignants, de façon rétroactive depuis la réinstauration de l'état d'urgence sanitaire le 17 octobre.
- **Autres dispositifs**
- A ces dispositifs peuvent s'ajouter des 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, ainsi que des justificatifs des transports effectués

30. Comment faciliter l'hébergement des soignants ?

- **Hôtels**
- Lors de la première vague épidémique, un **accord-cadre sur la vente de chambres entre les services d'État et les établissements hôteliers** a été signé par le ministre chargé de la Ville et du Logement et l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie et le Groupement national des chaînes hôtelières.
 - **Ce dispositif est relancé et concerne uniquement les soignants venant en renfort dans un établissement autre que leur établissement employeur.**
 - L'établissement d'accueil doit avancer les frais du soignant. Le taux journalier du remboursement forfaitaire des frais d'hébergement doit avoir été négocié avec l'établissement hôtelier et correspondre aux tarifs de l'accord-cadre, à savoir :
 - Hôtel non classé : 30
 - Hôtel 1 étoile : 40
 - Hôtel 2 étoiles : 50
 - Hôtels 3 étoiles : 60
 - Hôtels 4 étoiles : 75
 Une majoration sera appliquée lors d'occupation d'une chambre par plusieurs personnes pour les familles en particulier.

- Comme pour les frais de taxis, les établissements conventionnent avec leur caisse d'assurance maladie afin de transmettre et obtenir le remboursement des factures correspondantes (cf. même modèle de convention). Si les établissements avaient déjà signé une convention lors de la première vague épidémique, cette dernière continue de régir les relations entre la caisse d'assurance et l'établissement.

- **Autres dispositifs**

A ce dispositif peuvent s'ajouter des initiatives mises en œuvre localement et destinées à faciliter l'hébergement des personnels 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.

- Le site PAP (Particulier à Particulier) a mis en place une plateforme pour permettre à des propriétaires immobiliers de mettre à disposition leurs logements de manière temporaire pour le personnel soignant : <https://www.pap.fr/annonce/locations-hebergement-gratuit>
- Des groupes sur les réseaux sociaux recensent également les offres d'hébergements temporaires pour le personnel soignant.

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).

31. Quelles mesures de soutien psychologique peuvent être mobilisées pour les soignants et personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- **Les actions à mettre en œuvre pour soutenir les professionnels**

La nouvelle vague épidémique est d'autant plus éprouvante qu'elle intervient rapidement dans la suite de la précédente. Elle est susceptible de mettre en difficulté les professionnels, soumis à un stress, une fatigue et une pression croissantes.

La direction et l'encadrement de l'institution jouent un rôle primordial en matière de prévention des risques psychologiques pour les professionnels. Il lui incombe d'informer, de conseiller, de repérer précocement les souffrances (signaux faibles), d'accompagner (individuellement ou collectivement) et d'orienter les personnels en difficulté.

- PREVENTION : 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 et le CHSCT.
- PROTECTION : le médecin du travail devra en priorité être saisi - s'il existe - en cas de risque psychologique pour l'agent
- ACCOMPAGNEMENT & ENTRAIDE: donner accès aux informations ; assurer le soutien des professionnels et faciliter les échanges entre les pairs.
- RESSOURCES INTERNES : des ressources internes à la structure pourront être mobilisées (espace de détente, séances de relaxation ...). L'appui de professionnels en santé mentale de la structure (psychiatres, psychologues...) s'ils existent, ou d'autres structures de santé mentale du territoire le cas échéant, peut permettre de remédier à certaines situations et d'intervenir précocement. La 1ère vague de l'épidémie a montré l'efficacité de visites de ces professionnels dans les services (« maraudes »).
- APPUI EXTERNE : certains soignants et personnels préféreront s'adresser à l'extérieur de leur structure ou de leur cercle proche. Ils pourront avoir recours aux dispositifs et ressources suivants.

- **Les dispositifs de soutien existants (pour plus de lisibilité, la liste qui suit n'est pas exhaustive) :**

Dispositif	Description
Plateformes d'écoute	<u>Plateformes nationales professionnelles</u> - Numéro vert 0800 288 038 du Conseil de l'Ordre des Médecins et des Ordres Professionnels de Santé (Infirmier Masseur-kinésithérapeute, Sage-femme, Chirurgien-dentiste, Pédicure-podologue) pour de l'écoute et de l'entraide des soignants en ville et en établissements - Pour les directeurs d'établissements de la FPH : Numéro vert d'aide psychologique

	<p>0 800 203 007 du Centre National de Gestion + formulaire de signalement des difficultés d'exercice (contact sous 48 heures par l'équipe dédiée du CNG, puis suivi par un comité composé de psycho-sociologues, d'un médecin, de représentants du personnel et d'autres professionnels de santé se réunissant toutes les 6 semaines)</p> <p>- Site Soutien Etudiant-Info (www.soutien-etudiant.info/) du MESRI pour les étudiants</p> <p>Numéros nationaux</p> <p>- Numéro vert COVID 0 800 130 000 qui s'adresse à l'ensemble de la population générale et renvoie sur des plateformes d'écoute psychologique en cas de souffrance psychique (24h/24 – appel gratuit)</p> <p>- Numéros spécialisés en fonction des populations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psycom : https://www.psycom.org/sorienter/les-lignes-decoute/ • Santé Publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale <p>Plateformes locales</p> <p>De nombreuses plateformes d'écoute locales ont émergé au cours de la première vague et se réorganisent aujourd'hui. Certaines sont spécifiquement dédiées aux soignants. Des informations sont généralement disponibles sur le site des ARS.</p>
<p>Cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP) : psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés issus des services de psychiatrie.</p>	<p>- Déclenchées, en cas d'évènement collectif potentiellement traumatique ou permanentes, les CUMP ont été très actives et efficaces dans le cadre de la crise Covid (plateformes d'écoute, visites dans les établissements...) en lien avec les services de santé mentale. Elles peuvent proposer une approche personnalisée dans une logique de proximité. Les CUMP permanentes ont désormais été renforcées en infirmiers en psychologues pour multiplier notamment les interventions d' « aller vers »</p> <p>- Elles peuvent être sollicitées par la direction de l'établissement. Les coordonnées de la CUMP référente sont communiquées par les ARS.</p>
<p>Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP) (présents dans 10 régions)</p>	<p>- Les CRP sont des lieux de consultations spécialisées avec des équipes spécifiquement formées proposant une offre de soin aux personnes victimes de psychotraumatisme, indépendamment de la nature du traumatisme vécu (physique ou psychique, résultat d'un accident, de violences, de maltraitance...) ou des populations concernées (enfants, adultes, civils, militaires, avec handicap, migrants, ...).</p> <p>- Ces centres proposent ont pu intervenir pendant la crise Covid en lien avec les CUMP.</p>
<p>Autres ressources et principales recommandations en santé mentale</p>	<p>- Site du Psycom https://www.psycom.org/comprendre/la-sante-mentale/sante-mentale-et-covid/</p> <p>- Fiches repères pour les professionnels de santé : https://www.covid19-pressepro.fr/fiches-reperes/</p> <p>- 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/</p> <p>- Application Stop blues (https://www.stopblues.fr/)</p> <p>- Observatoire de la qualité de vie au travail : base de connaissances et recommandations, veille bibliographique et valorisations des démarches innovantes et expérimentations réalisées sur le terrain.</p> <p>- Centre national d'appui : suivi des difficultés des étudiants tout au long de leur études, médicales ou paramédicales (https://cna-sante.fr/)</p>

• **Ressources utiles à consulter**

- Réponse rapide HAS sur la souffrance des professionnels du monde de la santé, prévenir, repérer, orienter : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter
- De même, des vidéos pédagogiques sont accessibles sur le site du Ministère : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/dans-les-etablissements-de-sante-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge>

32. Quels dispositifs innovants en matière de qualité de vie au travail peuvent-ils être envisagés pour accompagner au mieux les équipes mobilisées ?

• Principes

- Une des priorités pour les différents niveaux de management est d'assurer la gestion de la crise sur un temps long, ce qui implique dans un contexte de sur-sollicitation :
 - d'économiser les équipes en favorisant autant que possible les rotations des professionnels et la répartition de la contrainte, de la charge de travail et l'impact potentiel qui en découle sur la santé.
 - de limiter les dispositifs ayant un impact négatif possible sur la santé aux stricts besoins du service.
 - de travailler, dans la mesure du possible compte tenu de l'urgence, de manière concertée avec les équipes pour répondre aux besoins émergeant en matière de conditions de travail et de qualité de vie au travail.
- Les conseils du médecin du travail peuvent conduire les employeurs à des changements d'affectation des personnels 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.

• Dispositifs innovants

- Il convient également de concourir à **lever au maximum les contraintes d'organisation qui pèsent sur les professionnels**. 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 :
 - **Mettre en place d'un espace dématérialisé facilitant mise en relation entre les services ayant des besoins en professionnels et les professionnels disponibles** (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 ;
 - **Mettre à disposition d'un accès aux informations sécurisées et partagées** :
 - Bibliothèque de partage d'infos ;
 - Portail documentaire ;
 - Sites de ressources médicales ;
 - Accès exceptionnellement gratuit et sans inscription à la plateforme d'informations COVID-19 dédiée au professionnels de santé : <https://www.covid19-pressepro.fr/>
 - **Encourager le partage de pratiques, les échanges et l'écoute**
 - Mail générique info et soutien ;
 - Mobiliser les ressources présentes sur les sites ou proposer un accompagnement extérieur (Cf. question 30 ci-dessus sur le renfort psychologique)
 - Proposer des espaces dématérialisés de co-développement. Ils peuvent être développés par les services informatiques de l'établissement ou mis en place par le biais de prestataires extérieurs.

V. 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.

33. Comment mobiliser les personnels de santé (hors étudiants)

Lorsque la mobilisation des personnels en poste n'est pas suffisante, la mobilisation des personnels de santé (hors étudiants en santé) passe par différentes modalités pouvant être complémentaires :

- La mobilisation et la réaffectation des personnels en poste
- L'appel à des renforts extérieurs à l'établissement au sein de la région
- Le volontariat avec possible mise en relation des établissements et des professionnels entre eux via les ARS (renforts interrégionaux)
- La réserve sanitaire
- La réquisition

La modalité de mobilisation la plus pertinente dépend du statut des personnels et également du territoire considéré. La mobilisation de personnels déjà en poste ou à l'appel à renforts extérieurs au sein de la région sont à l'initiative des établissements, l'appel à des renforts interrégionaux, l'activation de la réserve sanitaire et les réquisitions sont à la main des ARS.

- **Au niveau des établissements :**

- **Mobilisation et redéploiement des personnels déjà en poste:** les fonctionnaires et agents publics 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 établissements peuvent donc :
 - **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.
 - **Réaffecter en interne les personnels** afin de répondre aux besoins de soins les plus importants : changement de service (en lien ou non avec une fermeture temporaire d'unité ou de lits) et **mobilisation prioritaire des agents formés à la prise en charge de la Covid à l'occasion de la première vague épidémique**
 - **Augmenter les amplitudes et le volume horaire** des personnels médicaux via le temps de travail additionnel (TTA) et des personnels relevant de la fonction publique hospitalière via les heures supplémentaires
 - **Réexaminer la situation individuelle des personnels à temps partiel** (hors temps partiel de droit)
 - **Réintégrer de manière anticipée les personnels en disponibilité** sur leur statut pour la période où ils acceptent de revenir
 - **Rappeler les agents en congés et reporter les demandes de congés des agents encore en poste.**

Les dispositifs relatifs au déplafonnement 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,, dans le respect du cadre réglementaire en matière de dialogue social.

Cadre réglementaire permettant l'aménagement du temps de travail :

- Décret n°2020-297 du 24 mars 2020 : plafond unique d'heures supplémentaires à 240 heures (cycle de travail annuel) ou 20 heures (cycle de travail mensuel)
- Décret n°2020-298 du 24 mars 2020 : extension du déplafonnement des heures supplémentaires aux ESMS. Autorisation de dépassement au niveau le plus proche des établissements, à savoir le DG ARS ou le préfet du département.
- Décret no 2020-1309 du 29 octobre 2020 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires : indemnisation des heures supplémentaires effectuées entre le 1er octobre et le 31 décembre 2020 par les agents de la fonction publique hospitalière
- Arrêté du 10 juin 2020 - Relèvement du plafond du nombre de jours pouvant être épargnés en 2020 (20 jours) et relèvement du plafond global de jours épargnés sur le CET au titre de 2020 (70 jours) pour les personnels non médicaux
- Arrêté du 26 juin 2020 – Relèvement du plafond du nb de jours pouvant être placés sur CET en 2020 pour les personnels médicaux (30 jours)

- **Le volontariat** : plusieurs plateformes de mise en relation et de recensement de l'ensemble des professionnels de santé volontaires ont été mises en place :
 - Plateforme nationale de recensement des renforts RH (professionnels volontaires pour venir en appui des structures sanitaires et médico-sociales) : <https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr/>
 - Réserve sanitaire (professionnels de santé) : <https://www.reservesanitaire.fr/>
 - Réserve civique (tous profils) : <https://covid19.reserve-civique.gouv.fr/>

- Plateformes lancées par certains CHU (AP-HP : <http://volontaire.aphp.fr/>; AP-HM : <https://demandes.ap-hm.fr/covid-19-formulaire-candidature-renfort-medical-aphm>)

- **La mobilisation de renforts extérieures et le recrutement de volontaires :**

Dispositif	Modalités
<p>Conclusion de contrats entre l'établissement d'accueil et un praticien volontaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. L.3131-10-1 du code de la santé publique - Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles 	<p>Rôle de l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification des viviers de personnels volontaires (notamment via les plateformes) de sa propre initiative - Mise en relation d'un professionnel (par notification) avec un établissement d'accueil. <p>Rôle de l'établissement d'accueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contractualisation avec le professionnel de santé mobilisé, avant ou après l'intervention, au regard de l'urgence : objet et durée de la mobilisation, nature des activités confiées, conditions de rémunération du professionnel.
<p>Conclusion d'un CDD directement par l'établissement d'accueil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si la personne volontaire est sans emploi, libéral - 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; - Les étudiants en santé : des vacances peuvent être proposées par voie de contrat à l'ensemble des étudiants en santé volontaires. Voir plus bas.
<p>Conclusion d'une convention de mise à disposition (cf modèles de convention en annexes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadre général : Articles 48 et 49 Loi du 9 janvier 1986 - Articles R. 6152-50 et R. 6152-237 du code de la santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - 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) et pour les praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel, par les Articles R. 6152-50 et R. 6152-237. Mise à disposition d'agents/salariés volontaires. 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. - Entre un établissement public et une structure privée (Cf. Art. 2 & Art. 11 du décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers). Mise à disposition d'agents du secteur privé ou professionnels libéraux dans les établissements de la FPH mentionnés à l'Article 2 de la loi du 9 janvier 1986, donc EPSMS inclus. La personne mise à disposition reste rémunérée sur la base du salaire/traitement que lui verse son employeur de rattachement. <p>Formalités administratives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signature d'une convention de mise à disposition pour la durée du projet ou de la mission entre l'établissement d'accueil et l'employeur du salarié volontaire lorsqu'il sollicite pour lui-même la mise à disposition. OU d'un contrat de travail de droit public avec le professionnel du secteur privé Elle prévoit les modalités du remboursement prévu à l'Article 49-1 de la loi du 9 janvier 1986. - Pour un professionnel du secteur privé mis à disposition d'un établissement, un contrat devra déterminer les modalités de rémunération du praticien.

- **A la main des ARS :**

- **La mobilisation de renforts interrégionaux**

- L'ARS réalise une estimation précise des besoins de renforts des structures sanitaires, sociales et médico-sociales à court et moyen terme (ex : anticipation d'ouvertures ou fermetures de lits) : profils (expérience, diplômes) et effectifs de professionnels souhaités et s'assure que toutes les ressources intra-régionales ont été épuisées. Elle transmet la demande de renforts extra-régionaux au pôle opération du Centre de crise sanitaire.
 - Le pôle opération du Centre de crise sanitaire vérifie l'adéquation de la demande avec la stratégie nationale et définit la stratégie de réponse (identification des départements/régions susceptibles de venir en renfort). En fonction du besoin et des possibilités offertes par la plateforme [renfort RH-Crise](#), le pôle opération peut mettre les actions suivantes :
 - Mise à disposition d'une liste de professionnels des départements/régions avoisinantes, dont les profils correspondent aux besoins ;
 - Ouverture d'un droit d'accès à un vivier supplémentaire sur la plateforme [renfort RH-Crise](#) (départements et régions selon la situation épidémiologique).
 - Sollicitation directe des ARS pour lesquelles la situation épidémiologique est plus favorable pour apporter un appui RH.
- **La réserve sanitaire** est constituée de professionnels de santé ou non soignants. 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 DG ARS ou du DG ARS de la zone de défense et de sécurité) conformément aux Articles L.3134-1 et L.3134-2 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.
 - Pour l'inscription à la réserve, Santé publique France est chargé 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**
- L'Article L.3131-15 du CSP prévoit que : *Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique (...) 7° Ordonner la réquisition de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire ainsi que de toute personne nécessaire au fonctionnement de ces services ou à l'usage de ces biens. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le code de la défense »*
- A l'heure actuelle, si la réquisition est toujours possible sur le fondement du Code de la santé publique, une évolution du dispositif et de la doctrine de réquisition à la main des DG d'ARS (et des préfets) et impactant en particulier les modalités d'indemnisation des personnels réquisitionnés est en cours d'instruction. Elle sera diffusée prochainement. Dans l'attente, **les différents leviers de mobilisation fondés sur le volontariat et l'activation des dispositifs de droit commun doivent être privilégiés.**

34. Comment mobiliser les étudiants en santé ?

Compte tenu de l'évolution de l'épidémie de Covid-19, les étudiants en santé peuvent être amenés à être mobilisés pour contribuer à la continuité des soins. Cette activité vient en renfort de celle de la communauté médicale et soignante.

Pour plus de détails sur le cadre d'application et les spécificités propre à chaque cursus pour chacun de ces items, merci de vous référer aux Foires aux questions dédiées :

- FAQ pour les étudiants et les internes des filières médicales
- FAQ pour les étudiants non médicaux

• Principes

- Pilotage, concertation et régulation par les ARS associant les établissements bénéficiaires, les instituts de formation et/ou les universités, UFR Santé (doyens) et coordonnateurs d'enseignement ainsi que les organisations représentatives des étudiants au niveau local ;
- Prise en compte des besoins de l'ensemble des établissements de santé et médicosociaux du territoire assurant ainsi une répartition équitable des renforts pour les établissements et pour les étudiants ;
- Affectation différenciée des étudiants en santé à facteurs de risque de formes graves Covid ;
- Affectation respectant au maximum la typologie de stage au parcours de l'étudiant et un encadrement adapté permettant ainsi d'intégrer la période de renfort dans la maquette de formation. Pour optimiser les démarches d'accueil et d'encadrement dans les lieux de stage, il est conseillé de privilégier durant l'année universitaire 2020/2021 et pour les étudiants des formations non médicales un seul et même lieu de stage ; cette organisation est mise en place après étude du parcours de stage déjà réalisé pour ajuster au mieux la typologie de stage retenue.
- Mise en place d'un dispositif d'information fiable, chaque étudiant étant informé de sa période de renfort et dans la mesure du possible, de son lieu d'affectation par anticipation, et traçable pour les acteurs de la formation ;
- Pas de pénalisation pour la validation des stages pratiques des périodes en renfort ou des absences liées à un contact Covid ;
- Continuité pédagogique en présentiel (hors période de confinement) ou numérique du cursus habituel assurée.
- **Engagement des établissements bénéficiaires des renforts d'étudiants en santé à ce que ceux-ci bénéficient des mêmes règles et mesures de protection individuelle (notamment matériel de protection individuelle) que le reste du personnel pendant la période de stage et de renfort.**

Aménagements des formations, réaffectation des stages, période de confinement

Des mesures exceptionnelles et dérogatoires aux textes en vigueur permettant l'aménagement des formations vont être prochainement adoptées, à l'instar de celles instaurées lors de la 1ère vague : admission, formation (aménagement du déroulement des stages et des modules/unités d'enseignement, des conditions de validation), délivrance de certains titres et diplômes.

• Dispositifs de mobilisation

- **Dispositif de renfort AS/IDE sur la période de stage** (maintien en stage, aménagement des missions) en veillant à ne pas les mobiliser sur la totalité de la durée des stages prévues par la maquette pour :
 - Les étudiants en soins infirmiers,
 - Les étudiants des formations des différentes spécialités infirmières (infirmière anesthésiste, puéricultrice et infirmière de bloc opératoire, infirmière en pratique avancée en dernier recours)
 - **Dispositif adaptable** : aux étudiants en masso-kinésithérapie, en ergothérapie, en psychomotricité notamment dans les établissements médico-sociaux en adaptant les activités et missions confiées à la spécificité de ces formations.
 - **Dispositif non applicable** : aux formations d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier (formations courtes)
- **Réaffectation dans le cadre d'un stage :**
 - **au sein du même établissement d'affectation**, sans autorisation particulière, par décision du directeur d'établissement pour les étudiants de 3ème cycle et par le directeur de l'UFR pour les étudiants de 2ème cycle ;
 - **dans d'autres structures et établissements**, à l'hôpital ou en ville pour répondre aux besoins sanitaires. Cela se fera au niveau local en coordination entre les unités de formation et de

recherche (UFR), les établissements et les agences régionales de santé (ARS) et sur la base du volontariat des étudiants et en respectant les règles d'encadrement. Cette réaffectation se fait après autorisation de l'ARS pour les internes en médecine et en pharmacie.

- **Vacations par voie de contrat en établissement de santé et en établissement médico-social** : peuvent être proposées à l'ensemble des étudiants en santé volontaires pour aider à la prise en charge des patients (brancardage, fonctions support, vacations AS, IDE...), notamment sur des plages horaires permettant d'assurer la continuité des soins (nuit, week-ends et jours fériés).
 - Un contrat de vacation est signé par l'étudiant et l'établissement employeur dès les premiers jours de la vacation.
 - Ces vacations 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.
 - La rémunération des étudiants en vacation 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). Cette rémunération se substitue aux indemnités de stage ou aux émoluments, le cas échéant versés aux étudiants concernés.
- **Participation campagnes tests antigéniques et à la réalisation des prélèvements nasopharyngés, oropharyngés ou salivaires** : possible pour les étudiants MMOP (médecine, chirurgie dentaire, pharmacie et maïeutique) ayant validé la **1ère année du 1er cycle, sous la responsabilité d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un infirmier titulaire** et sous réserve d'une **formation pratique préalable** (cf. Arrêté du 10 juillet 2020 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé).

35. 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* ».
- Si l'indemnité de départ volontaire a été attribuée **depuis plus de cinq ans** : l'agent 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 en tant que fonctionnaire ou contractuel à part s'il rembourse son indemnité. Deux cas de figure à envisager, en dehors de ce cas peu probable :
 - 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 1er 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.

36. Peut-on avoir recours à des agents en fin de disponibilité ?

- Au vu des circonstances, l'accord de l'agent 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).

- **Si l'agent en disponibilité exerce une activité privée : mise à disposition possible**

- 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 4 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.

37. Peut-on avoir recours à des professionnels du secteur privé pour concourir à la gestion de la crise ? (hors réquisition)

- L'Article 11 du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines dispositions 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, EPSMS inclus).
- **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.
 - La mise à disposition s'applique pour la durée du projet ou de la mission sans pouvoir excéder 4 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, ou d'un contrat de travail de droit public avec le professionnel du secteur privé concerné. La mise à disposition doit recevoir l'accord du professionnel concerné. La convention prévoit les modalités du remboursement prévu à l'Art. 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.
 - Les personnels mis à disposition 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.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*