



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



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

24 mars 2020

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

SOMMAIRE

I. Situations statutaires, continuité de service et temps de travail	3
II. Droits à la représentation et dialogue social	8
III. Mesures de protection des agents	10

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

1. Dois-je appliquer la journée de carence aux agents (contractuels, fonctionnaires et praticiens titulaires) des établissements ?

La journée de carence en cas d'arrêt maladie lié au COVID-19 est supprimée. L'Article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 indique que les prestations en espèces d'assurance maladie d'un régime obligatoire de sécurité sociale et le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congé pour raison de santé pour les assurés mentionnés à l'article L. 711-1 et au 1° de l'article L. 713-1 du code de la sécurité sociale dans des cas équivalents à ceux prévus à l'article L. 321-1 du même code sont versées ou garanties dès le premier jour d'arrêt ou de congé pour tous les arrêts de travail ou congés débutant à compter de la date de publication de la présente loi et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire déclaré en application de l'article 4 de la présente loi.

2. Dois-je reconnaître un accident de travail pour un agent de la FPH exposé au COVID-19 ?

Ce qu'il convient de faire :

- la reconnaissance de l'imputabilité ne peut être étudiée que sur la base d'un arrêt de travail pour accident de travail (service ou trajet cerfa n°11138*05). Dans l'attente de la parution du décret CITIS pour la FPH, l'agent qui souhaite faire reconnaître l'imputabilité au service d'une contamination COVID-19 est invité à démontrer, selon la procédure appliquée dans son établissement, le lien entre son activité et la positivité virale. L'exposition potentielle du salarié au sein d'un service de réanimation ou accueillant des patients positifs ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître l'imputabilité au service ;
- au regard du droit applicable à la FPH, l'origine d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle au service ne peut être imputée automatiquement à l'employeur. Au surplus, le caractère infectieux et fortement transmissible du COVID-19, limite les possibilités pratiques de déterminer l'origine de la contamination ;
- la connaissance des situations médicales des agents relève de la médecine de santé au travail. Les préconisations en termes de restriction ou d'aménagement de poste relèvent donc en priorité des préconisations formulées par le service de santé au travail notamment à l'égard des professionnels les plus exposés ou les plus fragiles ;
- dans tous les cas, l'impératif de protection des salariés s'impose à l'employeur, notamment la nécessité de mettre à disposition des agents exposés à un risque, les dispositifs de protection nécessaires à la continuité de leur activité (article L. 4121-1 et suivants du Code du travail).

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

L'agent bénéficie d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum. En cas de travail continu, la durée quotidienne du travail ne peut dépasser 9h pour les équipes de jour et 10h pour les équipes de nuit.

Toutefois, si les contraintes de continuité de service l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut établir une durée de travail plus longue, après avis du comité technique, dans la limite de 12h par jour maximum.

En cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut pas dépasser 10 heures 30 et cette durée ne peut pas être fractionnée en plus de 2 vacations de 3 heures minimum. L'agent qui participe à la prise en charge d'usagers à domicile peut se voir appliquer des horaires de travail discontinu. Dans ce cas, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement (CTE), déroger à ces dispositions, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

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

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

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

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

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

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

Et en temps d'urgence ?

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

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

C'est sur cette base qu'est pris le texte permettant le déplafonnement des heures supplémentaires dans les seuls établissements publics de santé de la FPH dans le cadre de COVID-19. Ce dispositif ne peut, en l'état des textes réglementaires, être appliqué aux établissements sociaux et médico-sociaux de la FPH (en cours).

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

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

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

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

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

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

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

4. Y-a-t-il un déplafonnement possible des heures supplémentaires ?

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

Signalé : décret complémentaire à paraître prochainement

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

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

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

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

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 n° 2013-274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

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. »

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

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

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

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

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

Des dérogations à la fermeture nationale des structures de petite enfance sont prévues dans les écoles pour les personnels hospitaliers (carte professionnelle nécessaire ou fiche de paye ou attestation employeur). Les rectorats assurent en lien avec les ARS et les établissements les modalités d'identification et d'accueil des enfants de parents mobilisés pour assurer la production de soins dans les établissements, directement ou indirectement auprès du patient. Par ailleurs, le nombre d'enfants susceptibles d'être gardés par une assistante maternelle agréée est accru : il est désormais porté de 4 à 6 enfants.

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

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

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

8. Quels professionnels puis-je mobiliser dans le contexte d'une crise sanitaire en sus des professionnels de mon établissement ?

- Les dispositifs de réquisition et de recours à la réserve sanitaire sont mis en œuvre par les services de l'État compétents (Préfecture - ARS).
- Ainsi l'arrêté de réquisition du Préfet doit préciser l'identité de la personne requise, l'objet de la réquisition ainsi que la période de réquisition.
- Il peut être fait appel à la réserve sanitaire soit par arrêté motivé du ministre chargé de la Santé, soit par l'ARS (décision motivée, respectivement, du directeur général de l'ARS ou du DG ARS de la zone de défense et de sécurité conformément à l'article L.3134-1 du CSP).
- Les établissements peuvent recourir en cas de nécessité aux professionnels de santé retraités dans le cadre du cumul emploi retraite (CER).
- L'évolution de l'épidémie fait que les étudiants en santé peuvent être amenés à intervenir auprès de patients infectés par le COVID-19. En bénéficiant des mêmes règles de protection individuelle mises en place dans les centres de soins pour limiter le risque de contamination de tous les personnels soignants, il est possible que les étudiants soient réaffectés sur des lieux de stages à l'hôpital ou en ville pour répondre aux besoins sanitaires. Cela se fera au niveau local en coordination entre les facultés de santé et les universités, les instituts de formation, les établissements et les ARS et sur la base du volontariat des étudiants et en respectant les règles d'encadrement.
- Les agents à temps partiel, hors temps partiel dit « de droit », peuvent en droit faire l'objet d'un réexamen de leur situation individuelle à l'initiative de l'employeur.

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

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

Pour ce faire :

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

II. DROITS À LA REPRÉSENTATION ET DIALOGUE SOCIAL

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

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

Outil : fiche DGOS sur le droit de retrait

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

Dans le cadre du COVID-19 :

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

En cas de situation grave :

- le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est réuni en cas d'événement grave lié à l'activité de l'établissement ayant porté atteinte ou ayant pu porter atteinte à la santé publique ou à l'environnement ;
- le CHSCT dispose de pouvoirs d'enquête, soumis à délibération, (article L4612-5 du CT), notamment en cas de danger grave et imminent (article L4132-2) et d'inspection (article L4612-4 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.

12. 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.

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

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

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

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

Deux cas à distinguer :

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

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

13. Comment concilier droit de grève et plan blanc ?

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

« *En l'état de la législation, il appartient à l'autorité administrative responsable du bon fonctionnement d'un service public de fixer elle-même, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, la nature et l'étendue de ces limitations [au droit de grève] pour les services dont l'organisation lui incombe en vue d'en éviter un usage abusif ou bien contraire aux nécessités de l'ordre public ou aux besoins essentiels de la Nation* » (CAA de BORDEAUX, 2ème chambre - formation à 3, 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 ».

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

1° *Un accueil adapté [...]* ;

2° *La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans des conditions prévues au présent code, ou, à défaut la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ; [...]* »

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

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.

14. 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.

III. MESURES DE PROTECTION DES AGENTS



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

Pour rappel, la transmission du virus se fait par un contact étroit avec une personne déjà contaminée, par l'inhalation de gouttelettes infectieuses émises lors d'éternuements ou de toux de la personne contaminée. La contamination nécessite un contact à moins d'1 mètre et prolongé plus de 15 minutes avec une personne malade. Elle est aussi possible par l'intermédiaire des mains.

Ainsi, deux situations sont à distinguer :

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

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

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

- personnes âgées de 70 ans et plus (même si les personnes entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
- les soignants aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les personnes présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les soignants atteints de cancer sous traitement ;
- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
 - infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm³,
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
 - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,
 - ayant eu une splénectomie,
- les personnes atteintes de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins ;
- les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m²) par analogie avec la grippe A(H1N1)09 ;
- s'agissant des femmes enceintes, en l'absence de données disponibles, il est recommandé d'appliquer les mesures ci-dessous à partir du troisième trimestre de la grossesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Le recours aux taxis est-il possible en cas de crise sanitaire ?

Cette possibilité 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.

La mise en œuvre opérationnelle de cette possibilité est en cours (projet de convention établissement / prestataire de transport).



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*