

Éditorial

De quoi la crise de l'hôpital est-elle le nom ?

Depuis le début du 21^e siècle, l'hôpital se présente mal. En 2003, un rapport évoquait son « désenchantement »; aujourd'hui l'emploi permanent du terme « crise » décrit, comme en médecine, un changement rapide, brutal et grave, de l'état de santé: c'est le moment crucial et urgent pour prendre une décision afin de rétablir la stabilité ou de prendre le chemin d'un nouveau régime. Toutefois, une crise urgente qui dure depuis plus de dix ans, n'est plus une crise mais une nouvelle forme d'organisation sociale. L'autre nom de la crise de l'hôpital, c'est l'insubordination. A notre sens, trois formes d'insubordination modifient radicalement le monde hospitalier.

Il y a la manière de servir elle-même, de respecter l'autorité et le sens du collectif, de solliciter les corps intermédiaires, qui s'est modifiée progressivement, sous l'influence d'une société libérale plus permissive. Souvent vécue comme une dégradation, un conflit entre anciens et modernes, il s'agit surtout de trouver de nouvelles manières de travailler ensemble. L'encadrement devient management, le travail n'est plus obtenu par l'ordre mais la motivation, les relations doivent être fluides, liquides, distancées et non abruptes, imposées, intrusives.

Puis il y a la nouvelle relation au contrat de travail. Jusqu'à récemment, la subordination du salarié était obtenue par deux arguments massifs : la guerre ou la concurrence (« l'actualité/le contexte nous oblige à... ») et la présence d'une armée de réserve de travailleurs (« si ça ne vous plaît pas, il y en a 100 qui attendent derrière la porte »). Aujourd'hui la pénurie sur les recrutements et la mise en avant des soignants pour gérer les crises sanitaires, inversent le rapport de force. D'autres comportements se développent : négociation de rémunération, démission sans préavis, disponibilité, etc. Il y avait le « laisser faire (les hommes), laisser passer (les marchandises) » de l'économie classique ; nous avons désormais le « ne plus se laisser faire » du monde post-moderne.

Enfin, il y a l'insubordination absolue, celle de l'évènement extérieur inattendu. La catastrophe, la pandémie, ne répondent à aucun principe supérieur. Elles sont là, déjouant les prévisions, questionnant l'assurance des temps de paix. Ce qui désorganise croît silencieusement, dans l'ombre, à mesure que nous pensons précisément connaître les déterminants de la santé publique et maîtriser les organisations du système de santé.

Que décider alors pour sortir de la crise ? Les transformations n'ont-elles pas déjà eu lieu ? Le nouveau monde n'est-il pas justement déjà derrière nous ? Une proposition simple : si l'hôpital est l'ultime recours aujourd'hui, qu'il soit donc celui qui initie tous les commencements pour demain.

Frédéric SPINHIRNY

DRH de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades, Philosophe, auteur notamment de *Hôpital et modernité. Comprendre les nouvelles conditions de travail* (Editions Sens&Tonka, 2018)

Sommaire

Gestion sociale

Crise épidémique : les Directions des Ressources Humaines impactées p2

Stratégie & Pilotage

Face à la crise sanitaire les Hôpitaux adaptent leurs stratégies d'organisation et de gestion des ressources humaines Passage d'une organisation « top down » à une organisation transversale axée sur l'opérationnel et les expériences terrain p6

Jurisprudence

Les limites de la liberté d'expression des représentants syndicaux p12

La barbe n'est pas intrinsèquement un signe ostentatoire d'appartenance à une religion p13

Suspension du praticien nommé à titre permanent par le chef d'établissement p15

Veille réglementaire

..... p16

Veille documentaire / Agenda

..... p19 ; 20

Crise épidémique : les Directions des Ressources Humaines impactées

Depuis le 17 mars 2020, les Directions des Ressources Humaines des établissements relevant de la fonction publique hospitalière font face à des situations inédites. En effet, la crise épidémique COVID-19 impacte fortement la gestion des ressources humaines. Ce contexte oblige notamment les directions des établissements à combler de nombreux vides juridiques. Au travers de ce focus, nous vous proposons d'évoquer certaines de ces situations.

Manon QUILLEVERE,

Responsable des RH
au CH de Landerneau

LA GESTION DES ARRÊTS DE TRAVAIL

L'article 8 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19 prévoit 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 années (...) sont versées ou garanties dès le premier jour d'arrêt ou de congé pour tous les arrêts de travail ou congé débutant à compter de la date de publication de la présente loi et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire déclaré (...).* »

Il ressort de cet article :

- Que pour les agents arrêtés avant le 24/03/20, quelle qu'en soit la cause (arrêts de travail liés au COVID-19 ou non), les délais de carence s'appliquent ;
- Que pour les agents arrêtés depuis le 24/03/20, quelle qu'en soit la cause (arrêts de travail liés au COVID-19 ou non), les délais de carence ne s'appliquent pas, et ce jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire déclaré.

A noter qu'au sein des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les agents titulaires, stagiaires et les agents contractuels ne relèvent pas du même régime de protection sociale. Effectivement, si les agents contractuels relèvent du régime général d'assurance maladie, les agents titulaires et stagiaires relèvent d'un régime spécifique de protection sociale où les établissements sont leur propre assureur.

De la jonction de ces éléments, il en ressort la gestion suivante :

	Agents titulaires et stagiaires	Agents contractuels
Arrêts de travail établis avant le 24/03/20	Application d'une journée de carence	Application de 3 jours de carence
Arrêts de travail établis depuis le 24/03/20	Versement du traitement par l'établissement employeur dès le premier jour de l'arrêt	<ul style="list-style-type: none"> • Agents ayant moins de 4 mois d'ancienneté : positionnement de l'agent en congé sans traitement + versement par la CPAM des indemnités journalières dès le premier jour d'arrêt ; • Agents ayant plus de 4 mois d'ancienneté : versement par l'établissement d'un demi-traitement dès le premier jour d'arrêt + versement par la CPAM des indemnités journalières dès le premier jour d'arrêt.

Pour les agents contractuels ayant plus de 4 mois d'ancienneté, dans l'hypothèse où l'établissement applique la subrogation, le maintien de l'intégralité du traitement de l'agent est fait dès le premier jour de l'arrêt de travail et la CPAM compétente rembourse directement à l'établissement les indemnités journalières dues à l'agent sans application du délai de carence.

LA GESTION DES AGENTS À RISQUE DE DÉVELOPPER UNE FORME GRAVE D'INFECTION AU COVID-19

Le Haut Conseil de Santé Publique considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection au COVID-19 sont les suivantes :

- Personnes âgées de 70 ans et plus ;
- Patients aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires ;
- Diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- Personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- Patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- Malades atteints de cancer sous traitement ;
- Personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise
- Malades atteints de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins ;
- Personnes présentant une obésité morbide ;
- Femmes enceintes à partir du 3e trimestre de grossesse.

Dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les agents à risque de développer une forme grave d'infection au COVID-19 se font connaître auprès du service de santé au travail. Le médecin du travail communique ensuite à la direction les recommandations à appliquer les concernant :



En cas de confinement nécessaire et en l'absence de symptômes (dans ce cas, les agents sollicitant un arrêt de travail auprès de leur médecin traitant sont minoritaires), les agents sont positionnés en une absence ad hoc liée au contexte épidémique.

Les agents contractuels pris en charge pour une affection de longue durée au titre des pathologies citées précédemment se déclarent sur le site internet AMELI et obtiennent, via ce site, un arrêt de travail.

LA GARDE DES ENFANTS

Pour les personnels nécessaires à la prise en charge des usagers, le gouvernement, les collectivités locales, les écoles, les crèches et la CAF se sont organisés pour mettre à disposition des professionnels des dispositifs de garde pour leur(s) enfant(s).

A défaut, dans l'hypothèse où il n'est pas possible de trouver un dispositif de garde,

- les agents titulaires sont positionnés en une absence ad hoc liée au contexte épidémique ;
- les agents contractuels sont déclarés par l'établissement employeur sur le site AMELI et bénéficient d'un arrêt de travail pris en charge par la CPAM.

LE DÉPLAFONNEMENT DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Une grande partie des établissements hospitaliers et médico-sociaux font face à un accroissement d'activité en raison d'un afflux important de patients et/ou du confinement de leurs usagers.

Dans ce contexte, le décret n° 2020-297 du 24 mars 2020 relatif aux heures supplémentaires et à leur dépassement dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière a modifié le plafond annuel des heures supplémentaires. Désormais, pour tout agent de la fonction publique hospitalière, le plafond est porté à 240 heures par an et par agent, au lieu de 180 heures par an et 220 heures pour certaines catégories de personnel (infirmiers spécialisés, manipulateurs d'électroradiologie médicale ...).

Aussi, l'alinéa 3 de l'article 15 du décret n° 2020-9 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 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière a été modifié. Dorénavant, sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ou du préfet de département selon la catégorie de l'établissement, il est possible de dépasser les bornes horaires définies par les cycles de travail. Ce dépassement est autorisé uniquement pour une durée limitée et pour les seuls personnels nécessaires à la prise en charge des usagers.

A contrario, certains établissements sont épargnés par la crise épidémique. Et, pour se préparer à celle-ci, une grande partie de leurs activités a été déprogrammée. Par conséquent, pendant un temps, ils disposent de plus de ressources en personnel que de besoins.

Il peut donc être demandé à certains agents hospitaliers de rester à leur domicile. Une question se pose alors : quelle est la position de ces agents ?

Dans certains établissements la gestion suivante a été mise en place :

- 1er temps : positionnement des récupérations d'heures supplémentaires si celles-ci ont été générées en amont ;
- 2e temps : positionnement des jours de RTT générés en amont ;
- 3e temps : positionnement en une absence ad hoc liée au contexte épidémique.

L'ABSENCE AD HOC LIÉE AU CONTEXTE ÉPIDÉMIQUE

Quelle que soit son appellation dans les établissements, celle-ci a été mise en place pour répondre aux situations suivantes :

- Problème de garde d'enfant(s) ;
- Télétravail impossible à mettre en place et confinement nécessaire (hors arrêt de travail) ;
- Agent confiné car sous-activité constatée ;
- Agent vivant sous le même toit qu'une personne atteinte du COVID-19.

A la mi-avril, les caractéristiques de cette absence n'étaient pas définies par la réglementation. Des questions demeurent en suspens : cette absence neutralise-t-elle le calcul des RTT ? A-t-elle un impact sur la rémunération, notamment sur les primes et indemnités dont le calcul est lié au présentisme ? Par exemple, pour le calcul de la prime de service 2020, ces jours d'absences subiront-ils un abattement ?

LES MISES À DISPOSITION DE PERSONNEL ENTRE ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Des agents des établissements hospitaliers, jusqu'à alors épargnés par le contexte épidémique, viennent renforcer les équipes des hôpitaux saturés. En effet, des aides-soignants, des infirmiers, des médecins se sont portés volontaires pour aller aider les établissements qui en avaient besoin.

Au plan du droit, entre les établissements publics, la traduction de ce volontariat passe par des mises à disposition couvrant toute la période de mobilisation des agents, temps de trajet inclus.

Pour les agents titulaires, les dispositions du titre I du décret n° 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 s'appliquent.

Pour les agents bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée, ce sont les dispositions de l'article 31-1 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière qui s'appliquent.

En principe, juridiquement, les agents bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ne sont pas autorisés à être mis à disposition d'un autre établissement public. Toutefois, compte tenu du contexte, les établissements ont dérogé à cette interdiction pour permettre à davantage d'agents d'aller aider les établissements dans le besoin.

Lors de ces mises à disposition, l'établissement d'accueil rembourse à l'établissement d'origine la rémunération de l'agent concerné selon des modalités précisées dans la convention de mise à disposition. Pour les agents volontaires ayant réalisé des heures supplémentaires dans les établissements d'accueil, la question de la gestion du temps supplémentaire réalisé se pose : récupération de ce temps ou paiement des heures supplémentaires réalisées ?

Que de situations inédites pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière ! Pour y répondre, les Directions des Ressources Humaines doivent innover afin d'assurer un difficile équilibre entre la continuité du service public, la sécurité des agents et le respect de la réglementation, elle-même en mouvance perpétuelle.

Face à la crise sanitaire les Hôpitaux adaptent leurs stratégies d'organisation et de gestion des ressources humaines

Passage d'une organisation « top down » à une organisation transversale axée sur l'opérationnel et les expériences terrain.

En situation normale, les systèmes de santé et les directions opérationnelles s'appuient essentiellement sur un modèle d'organisation pyramidal. Avec la crise sanitaire actuelle, ce modèle ne répond pas assez vite aux urgences et besoins exprimés par les hospitaliers en matière de gestion des ressources humaines, notamment dans la rédaction des contrats et conventions permettant d'accueillir de nouveaux acteurs de santé en établissement public.

Au modèle classique d'organisation vient s'ajouter un modèle transversal, opérationnel où les acteurs d'un centre hospitalier vont se mettre directement en contact avec des acteurs d'un autre centre hospitalier, d'une clinique privée ou des acteurs libéraux pour trouver des réponses urgentes à des besoins urgents. Cet article a pour but de faire partager différentes expériences vécues dans les directions des Ressources Humaines en charge du personnel médical (PM) et non médical (PNM) et les solutions qui ont pu être apportées par les acteurs de terrain, les autorités de tutelles et le centre national de gestion (CNG). Face à une crise sanitaire sans précédent, les établissements de santé ont dû s'adapter tant dans la prise en charge des patients que dans la gestion du personnel.

Dans un contexte d'une telle ampleur, il est indispensable que tous les professionnels, qu'il s'agisse de l'administration, des médecins, des soignants ou du personnel technique, soient impliqués. Ainsi et indépendamment de ces outils de gestion de crise, les établissements de santé ont dû adapter leurs organisations, inventer de nouvelles approches pour répondre rapidement aux urgences et aux besoins exprimés par les hospitaliers notamment en matière de gestion des ressources humaines, mais aussi en termes de rédaction des contrats et conventions permettant d'accueillir de nouveaux acteurs de santé en établissement public.

Céline BERTHIER

Consultante en gestion des RH non médicales

Martine CAPPE

Chef de projet en gestion des RH médicales

Mélanie DUPE

Consultante en gestion des RH non médicales

Centre de droit Jurisauté du CNEH

CÔTÉ RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES : DES ORGANISATIONS STATUTAIRES BOUSCULÉES

De façon générale et en situation classique, la gestion des Ressources humaines médicales est très encadrée par une réglementation statutaire stricte, concernant le personnel titulaire c'est le centre national de gestion qui en a la charge.

L'ensemble des différents statuts médicaux sont définis dans le code de la santé publique :

- Dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU) : personnels titulaires (professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence des universités- praticiens hospitalier (MCU-PH), personnels temporaires (praticiens hospitaliers universitaires (PHU), personnels non titulaires (chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et assistants hospitaliers universitaires (AHU) ;
- Dans les CHU et les centres hospitaliers (CH) : personnels titulaires (praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel), personnels contractuels (assistants, contractuels, praticiens attachés, cliniciens hospitaliers).

En toute logique les médecins hospitaliers ne peuvent donc être recrutés que dans le cadre de l'un de ces dispositifs statutaires.

Mais en situation de crise sanitaire, face à l'urgence, les centres hospitaliers ont dû prendre certaines décisions hors cadre statutaire pour recruter du personnel médical venant de la médecine de ville, de cliniques privées, d'Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ..., des étudiants et des internes en médecine, et ont dû adapter leurs pratiques de gestion ressources humaines.

Le renfort par un médecin retraité ou en activité, libéral, exerçant en clinique privée ou salarié en ESPIC

Un médecin de ville, retraité ou en activité dans un établissement privé ou ESPIC souhaite intervenir dans un établissement public de santé, quel cadre contractuel lui proposer ?

Plusieurs scénarios :

Recrutement des libéraux en statut de praticien contractuel (Art.R.6152-401 s CSP), sur le fondement d'un recrutement pour surcroît occasionnel d'activité

Il s'agit d'un contrat de travail salarié, le paiement à l'acte est donc exclu, ce qui permet plus de souplesse dans le contexte d'activité actuel. La rémunération est encadrée : au maximum sur la grille d'un praticien hospitalier 4 plus 10% (en situation classique). Le médecin qui intervient sera couvert par l'établissement en termes de responsabilité civile.

Les modalités de temps de travail sont fixées par les textes (4 demi-journées hebdomadaires)

Pour le médecin retraité, le recrutement s'effectuera dans le cadre d'un cumul emploi retraite

Les textes sont souples sur la durée du contrat avec une borne haute de 2 ans, ce qui est compatible avec le contexte actuel de recours à ce type de contrat.

Recrutement des libéraux en statut de praticien attaché (Art. L. 6112-1 CSP)

Là encore, il s'agit d'un contrat de travail salarié, le paiement à l'acte est donc exclu. La rémunération est encadrée mais il n'y a pas de restriction particulière sur la quotité de travail. Pour le médecin retraité, le recrutement s'effectuera dans le cadre d'un cumul emploi retraite. S'agissant de la durée du contrat, le premier contrat d'une durée maximale d'un an peut être renouvelé.

Recrutement par contrat d'exercice libéral : article L.6146-2 CSP

Ce dispositif, qui paraissait évident pour recruter les libéraux volontaires pour intervenir à l'hôpital, a vite été abandonné pour deux motifs principalement

- Il suppose une rémunération à l'acte du praticien, ce qui est compliqué à comptabiliser en situation de crise sanitaire,
- La responsabilité civile (RC) est celle du médecin, alors que les professionnels ont souhaité être couverts par la RC de l'établissement.

Un médecin de ville, d'un établissement privé ou ESPIC, retraité ou pas, souhaite intervenir dans un établissement public de santé en tant que bénévole, quels engagements contractuels lui proposer ?

C'est une situation inédite. Il existe du bénévolat dans les centres Hospitaliers mais il n'est envisagé par le CSP que par le biais d'associations (par exemple les blouses roses). Dans ce contexte, les ARS ont proposé des conventions types pour ce nouveau cas de figure : une convention d'accueil « Nom Prénom du bénévole » dans le cadre de la crise Covid19

Seront notés dans la convention l'objet, la nature de la mission, l'engagement (temps de travail du bénévole). Il sera précisé l'absence de rémunération, le respect du règlement intérieur de l'établissement d'affectation, les assurances, la durée et la résiliation de la convention. La convention est signée par le bénévole et le directeur d'établissement. Le bénévole devra fournir état-civil et situation personnelle, attestation de bénévolat

Il convient de noter que les interventions bénévoles confèrent dans ce cadre à la personne le statut de collaborateur occasionnel du service public, qui engage la responsabilité de l'établissement qui l'accueille et le fait intervenir.

De nombreux médecins réanimateurs-anesthésistes de régions moins touchées par le Covid 19 ont fait don d'une semaine de travail au profit des deux régions en détresse (Ile de France et Grand Est). Seul le séjour, le déplacement, l'intendance sur place, ont été pris en charge.

Un praticien hospitalier qui va exercer son activité dans un établissement privé

Un chirurgien en chirurgie osseuse a dû être mis à disposition d'une clinique privée pour exercer sa spécialité, son hôpital d'affectation ayant déprogrammé les soins non urgents et transformé son capacitaire en lits Covid. Aucune disposition du CSP ne prévoit l'intervention d'un praticien hospitalier auprès d'un établissement privé à but lucratif (à moins de créer un groupement de coopération sanitaire !)

Mais en période de crise sanitaire, des solutions doivent être dans le respect de la législation statutaire.

La solution proposée est la signature d'une convention de mise à disposition (sans base statutaire toutefois !) avec accord du praticien, dans le respect des principes du prêt de main d'œuvre à but non lucratif (code du travail), du statut et des grilles de rémunération. La rémunération sera versée par l'établissement employeur. Il n'est pas question ici de générer du profit pour le praticien et pour l'établissement.

Un praticien hospitalier qui intervient dans un autre centre hospitalier pour apporter son aide

La mise à disposition est prévue dans le code de la santé publique (art.R.6152-50) pour les praticiens hospitaliers temps plein, et par l'article R.6152-237 pour les praticiens à temps partiel. Une convention de mise à disposition classique pourra être établie entre les deux établissements, avec l'accord du praticien hospitalier ; la rémunération du praticien reste à la charge de l'établissement employeur.

Si plusieurs praticiens hospitaliers d'un établissement sont mis à disposition d'un même établissement, une convention unique pourra être conclue, elle intégrera en annexe un tableau précisant le nom et prénoms des praticiens, leurs spécialités, les services dans lesquels ils seront affectés et le taux de mise à disposition.

Un praticien hospitalier temps partiel qui souhaite augmenter son temps de travail

Les besoins de l'établissement permettent en effet de modifier la quotité de temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel, en principe dans la limite de 6 demi-journées. Dans les circonstances actuelles, le CNG allège la procédure initiale et on peut donc admettre que ce temps partiel soit complété par un autre statut (n'importe quel statut de contractuel prévu par le CSP). Un passage à plein temps est également envisageable ; il sera régularisé par le CNG dans un second temps.

Le renfort des étudiants de médecine et des internes

Une instruction de la DGOS relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé a été publiée le 19 mars 2020 sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr.

Les étudiants en médecine

Affectation en stage et réaffectation

Les étudiants en médecine pourront être réaffectés sur des lieux de stage à l'hôpital ou en ville pour répondre aux besoins sanitaires (plateforme de régulation ...) La décision sera prise en coordination entre les unités de formation et de recherche (UFR), les établissements et les ARS dans le respect des conditions habituelles d'accueil et d'indemnisation.

Affectation sur une base volontaire

Les étudiants des formations médicales de 1er et de 2ème cycles pourront venir en appui aux équipes de professionnels de santé dans la gestion de la crise sanitaire, sous réserve de l'accord du responsable de la structure d'accueil, selon les capacités de l'établissement à encadrer l'étudiant. Dans ce cas, une convention de stage est établie entre l'étudiant, la structure d'accueil et l'organisme de formation.

Vacation

Des vacances pourront être proposées aux étudiants en médecine volontaires pour aider à la prise en charge des patients (brancardage, fonctions support, ...), notamment sur

des plages horaires permettant d'assurer la continuité des soins (nuit, week-ends et jours fériés).

Réquisition (Article L.3131-8 du code de la santé publique)

La réquisition devrait concerner les étudiants de médecine et de pharmacie ayant validé la deuxième année du deuxième cycle des études. Ils seront assimilés dans le cadre de ces réquisitions à des collaborateurs occasionnels du service public et indemnisés directement par la CNAM.

Les internes

La réaffectation

Les internes de médecine, affectés dans des services dont l'activité a dû être réduite à cause des déprogrammations des soins non urgents peuvent être réaffectés, dans leur subdivision, en fonction de leurs compétences dans un service en tension pour faire face à la crise sanitaire.

Les réaffectations dans un autre établissement ou en milieu extrahospitalier sont également possibles, sur la base du volontariat, après autorisation de l'ARS et en concertation étroite avec l'UFR et le CHU. Une convention de mise à disposition devra être établie.

La réquisition (Article L. 3131-8 du code de la santé publique)

Les internes seront assimilés dans le cadre de ces réquisitions à des collaborateurs occasionnels du service public.

Les situations exposées dans cette partie démontrent l'adaptabilité et la flexibilité du système hospitalier et de ses acteurs pour faire face à une crise sanitaire sans précédent.

Des décisions se prennent à des niveaux opérationnels en complément de l'intervention des autorités de tutelle.

Face à cette situation d'urgence, la gestion des Ressources Humaines médicales s'adapte, s'invente et se questionne, à terme il sera intéressant d'évaluer les nouveaux modèles d'organisation et les perspectives d'évolution des dispositifs statutaires.

CÔTÉ RESSOURCES HUMAINES NON MÉDICALES : DES ORGANISATIONS STATUTAIRES À TRANSFORMER

S'agissant du personnel non médical, un certain nombre de mesures ont été édictées, via la loi proclamant l'Etat d'urgence et diverses ordonnances, pour parer juridiquement aux situations les plus urgentes. Mais ces premières mesures n'ont pas permis de répondre à toutes les problématiques des établissements dans le domaine des ressources humaines, où des besoins d'une nature et d'une ampleur inédite sont apparus.

Ce secteur n'est certes pas dépourvu d'outils juridiques en matière de mobilité et de coopération entre professionnels mais ils supposent un cadrage et un temps institutionnel que la crise sanitaire du Covid-19 ne permet pas.

Une mobilité et des coopérations accélérées

En pleine crise sanitaire, les besoins en ressources humaines nécessitent une réponse quasi immédiate et les établissements ont dû bouleverser les codes et les pratiques pour réinventer des modalités de mobilité et de coopération en allant bien au-delà des schémas classiques.

Les coopérations publiques/privées

L'illustration la plus fréquente est la coopération entre établissements publics de santé et cliniques privées où les personnels de ces dernières, dont l'activité non urgente a été en grande partie suspendue, sont venues en renfort du personnel hospitalier.

Sous la forme de la coopération conventionnelle prévue par l'article L6134-1 du Code de la Santé Publique ou à l'initiative des agents eux-mêmes (la question du recours au « statut » de collaborateur occasionnel du service public se pose alors en cas de bénévolat), des conventions ont vu le jour en quelques jours seulement, là où habituellement un tel projet prend plusieurs mois, au gré de passages dans différentes instances et de l'aval des autorités de tutelle.

La mobilité des personnels soignants

La participation des personnels soignants publics

La coopération est également venue des personnels soignants publics entre eux, qu'ils viennent d'autres établissements de santé, de collectivités territoriales ou encore de l'Etat (personnel des communes, des départements, de l'Education Nationale...).

Le schéma préconisé est ici celui de la mobilité via la convention de mise à disposition de droit public ou éventuellement d'un détachement mais là encore l'émergence de ces initiatives par les agents eux-mêmes et l'urgence de la situation ont permis une rapidité inédite de mise en œuvre.

La participation des personnels soignants libéraux

Les personnels de santé libéraux sont également venus prêter main forte aux établissements de santé, sur la base de contrats de travail classiques. Ici encore, alors que ce mode de coopération est parfois sinueux entre deux mondes très différents, la crise sanitaire aura peut-être permis de balayer les réticences et d'initier les prémices d'un exercice mixte mis en avant par le Plan Ma Santé 2022...

En dehors de ces besoins de recrutement qui ont supposé adaptation et réactivité de la part des acteurs de santé, d'autres domaines des ressources humaines ont été bousculés. Plusieurs ordonnances sont venues faciliter et assouplir le fonctionnement des établissements durant cette période de crise.

Une gestion quotidienne assouplie

Le gouvernement a pris des mesures pour apporter souplesse et réactivité aux besoins des établissements afin de leur permettre de faire face à la crise en privilégiant une approche rationnelle et opérationnelle de la gestion des ressources humaines.

Le plafond des heures supplémentaires réévalué

Dans le cadre de la loi d'urgence sanitaire, le Gouvernement a réécrit l'article 15 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002.¹

Ainsi, le plafond des heures supplémentaires a été de nouveau augmenté et est désormais fixé à 240 heures par an et par agent et la limitation tenant aux catégories de personnel concernées a été supprimée, ce qui implique désormais que tous personnels de la FPH peuvent être amenés à réaliser des heures supplémentaires dans le cadre de ce plafond.

Le jour de carence supprimé

Face à l'implication et aux risques consentis par les agents en poste, un amendement a été adopté dans la loi no 2020-290².

Par cette disposition, les agents du secteur public sont désormais exonérés du dispositif des jours de carence, et peuvent prétendre au maintien de leur rémunération dès le premier jour d'arrêt. En revanche, la loi ne parle que du maintien du traitement. Le maintien des primes et indemnités pendant le jour de carence dépendra donc de la politique des établissements de santé concernés.

Le dialogue social adapté

L'ordonnance n° 2020-347 du 27 mars 2020 adaptant le droit applicable au fonctionnement des établissements publics et des instances collégiales administratives pendant l'état d'urgence sanitaire vient adapter le fonctionnement des instances hospitalières.

Les instances ont en effet dû s'adapter à la situation de crise et ainsi assouplir leur fonctionnement durant cette période (recours aux réunions dématérialisées, règles de quorum assouplies, maintien du mandat des membres en attendant un renouvellement effectif...).

La question de la réunion des instances dans un tel contexte peut apparaître comme inadaptée à la situation mais le maintien du dialogue social et du débat démocratique est parfois apparu comme nécessaire afin d'entendre et de reconnaître la voix des agents de terrain en première ligne face à la crise.

En dehors de la réunion des instances du comité technique d'établissement (CTE) et du CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) consultés sur les nouvelles organisations mises en place pour lutter contre le COVID 19,

(1) Décret n° 2020-297 du 24 mars 2020 relatif aux heures supplémentaires et à leur dépassement dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

(2) Article 8 loi no 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19

certaines établissements ont ainsi commencé à organiser des réunions de commissions administratives paritaires (CAP) afin de parer aux situations les plus urgentes (conseils de discipline, refus de titularisation...) mais également pour organiser l'avancement des agents, signe de reconnaissance envers ceux qui sont les plus impactés par la crise.

Nul doute que sur ce sujet, au bénéfice d'un nouveau mode de management inversé où les initiatives de terrain viennent guider les actions de gestion, la crise fera émerger de nouveaux critères à l'aube de l'édiction des Lignes Directrices de Gestion qui devraient être mises en œuvre au 1er janvier prochain...

Les concours aménagés

L'ordonnance n° 2020-351 du 27 mars 2020 relative à l'organisation des examens et concours pendant la crise sanitaire née de l'épidémie de covid-19 est venue préciser les choses s'agissant de l'organisation des concours (adaptation du nombre et du contenu des épreuves, possibilité de déroger à la présence physique des candidats ou membres du jury).

Ici encore, la question pourrait sembler anecdotique et on aurait pu penser que l'organisation des concours serait mise de côté durant la crise sanitaire.

Certains établissements ont cependant tenu à maintenir l'organisation de ces concours, en les adaptant au besoin, avec l'organisation d'épreuves orales à distance en lieu et place des épreuves écrites par exemple.

Au-delà du besoin de pourvoir rapidement aux vacances de postes, ces mesures ont également pour objet, s'agissant notamment des concours internes, de conforter des agents qui attendaient ces concours pour voir leurs situations pérennisées et qui, à l'heure où de lourds efforts et un plein investissement leur sont demandés, n'auraient pas compris que la perspective de leur évolution professionnelle ou statutaire soit renvoyée à un futur incertain.

Les procédures de discipline et de licenciement maintenues

Il semblerait que les procédures de licenciement ne soient pas juridiquement impactées par l'état d'urgence. De plus, l'ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire et à l'adaptation des procédures pendant cette même période prévoit que tout acte prescrit par la loi ou le règlement à peine de nullité ou prescription qui aurait dû être accompli pendant la période d'urgence sanitaire est réputé avoir été fait à temps s'il a été effectué dans un délai qui ne peut excéder, à compter de la fin de cette période, le délai légalement imparti pour agir, dans la limite de 2 mois.

Il est également prévu que les délais à l'issue desquels une décision, un accord ou un avis d'un établissement public peut ou doit intervenir ou est acquis implicitement et qui n'ont pas expiré avant le 12 mars 2020 sont, à cette date, suspendus jusqu'à la fin de la période citée.

Malgré la réactivité du Gouvernement et les accompagnements annexes tel que les FAQ³ mises en ligne par différents experts, les mesures prises n'ont pas permis aux établissements d'adapter et de sécuriser l'ensemble de leurs pratiques de gestion des ressources humaines dans le cadre de la crise épidémique. Ainsi, d'autres adaptations ont émergé à l'initiative des professionnels eux-mêmes : adaptation des heures de délégations syndicales au profit de l'activité soignante, déploiement accéléré du télétravail...des organisations qui semblaient impossibles il y a encore quelques semaines ont connu des mises en œuvre inédites et c'est tout un schéma organisationnel qui a été bouleversé. Répondant certes à un contexte d'urgence, toutes ne seront pas durables mais certaines seront à pérenniser.

(3) FAQ Fédération Hospitalière de France 6 avril 2020 et FAQ pour les agents hospitaliers sur les sujets RH récurrents, Ministère des solidarités et de la santé 16 avril 2020

Face à l'ampleur du phénomène, l'organisation pyramidale du monde sanitaire a été mise à mal et tous les acteurs ont été mis à contribution pour repenser les organisations et envisager une transversalité axée sur l'opérationnel et les expériences de terrain. Alors que la loi du 6 août 2019 portant transformation de la fonction publique préconisait un nouveau mode de management, la crise du COVID a fait émerger un management inversé où les initiatives de terrain se sont imposées et ont permis au service public de s'adapter au jour le jour pour répondre à ses missions. Le défi de l'après-crise sera sans doute de pérenniser, lorsque cela sera justifié, ces nouveaux modes de fonctionnement.

Guillaume CHAMPENOIS

Avocat au Barreau de Paris
SELARL Houdart et Associés

Les limites de la liberté d'expression des représentants syndicaux

Les représentants syndicaux sont soumis au même titre que tout agent public au devoir de réserve. Cependant, pour remplir pleinement leur rôle, il est impératif qu'ils puissent disposer d'une liberté de parole plus large que l'agent lambda alors qu'ils doivent pouvoir critiquer leur administration. Il faut donc trouver un équilibre entre cette liberté plus large dans le propos et les obligations déontologiques qui s'imposent à eux comme le nécessaire respect de l'autorité hiérarchique.

CE 27 janvier 2020 n°426569

Le Conseil d'Etat a précisé le périmètre de la liberté d'expression des représentants syndicaux de la fonction publique.

En l'espèce, un représentant du personnel avait tenu des propos particulièrement agressifs et irrespectueux à l'encontre de la Directrice générale des services au cours d'une séance du Comité technique. L'autorité territoriale avait sanctionné l'agent d'une exclusion temporaire de deux jours. Le Conseil d'Etat confirme l'analyse de la Cour administrative d'appel qui rejette le recours formé par l'agent constatant la matérialité des propos outranciers et donc la légalité de la sanction disciplinaire.

La règle juridique dégagée par le Conseil d'Etat dans cet arrêt rendu dans le cadre d'un litige ressortant de la fonction publique territoriale est transposable aux deux autres fonctions publiques, celle de l'Etat et la fonction publique hospitalière.

Dans cette décision, le Conseil d'Etat fait le lien entre les limites à la liberté d'expression des représentants syndicaux et les obligations déontologiques qui s'imposent à tout fonctionnaire.

Il motive sa décision par un considérant de principe parfaitement clair : « Si les agents publics qui exercent des fonctions syndicales bénéficient de la liberté d'expression particulière qu'exigent l'exercice de leur mandat et la défense des intérêts des personnels qu'ils représentent, cette liberté doit être conciliée avec le respect de leurs obligations déontologiques. En particulier, des propos ou un comportement agressifs à l'égard d'un supérieur hiérarchique ou d'un autre agent sont susceptibles, alors même qu'ils ne seraient pas constitutifs d'une infraction pénale, d'avoir le caractère d'une faute de nature à justifier une sanction disciplinaire. »

Le Conseil d'Etat rappelle ici que le représentant syndical doit bénéficier d'une liberté d'expression spécifique lui permettant d'exercer ses missions de représentant du personnel qui impliquent logiquement de pouvoir critiquer l'employeur. Reste que cette critique doit se concilier avec les obligations de respect de l'autorité hiérarchique qui s'impose à tout fonctionnaire y compris à celles et ceux qui sont investis d'un mandat syndical.

C'est ici une confirmation de la jurisprudence déjà existante.

Cet arrêt présente néanmoins un double intérêt.

En premier lieu, le Conseil d'Etat ne motive pas sa décision par le fait que l'agent aurait tenu des propos qui dépassaient la simple revendication professionnelle qui est le critère habituel retenu dans la jurisprudence pour déterminer si la « parole syndicale », même outrancière, est acceptable ou non. En l'espèce, le Conseil d'Etat fait référence aux obligations déontologiques du fonctionnaire.

En deuxième lieu, les propos tenus par l'agent et ayant conduit l'autorité administrative employeur à le sanctionner ont été tenus en séance du comité technique de la collectivité territoriale. C'est ici un point remarquable car rare sont

les décisions statuant sur les limites de la liberté d'expression des représentants syndicaux concernant des propos tenus en séance du comité technique.

Les directions des établissements publics de santé sont parfois confrontées à des comportements et propos outranciers de membres d'organisations syndicales en séance du CHSCT ou du CTE lesquels comportements pourraient, à la lumière

de cet arrêt, justifier le prononcé d'une sanction disciplinaire. Précisons que l'appréciation du caractère fautif ou non des propos incriminés doit toujours s'opérer de manière in concreto et doit tenir compte du contexte.

Précisons également que le respect de l'autorité hiérarchique induit nécessairement en retour un respect de la fonction syndicale. Il est des évidences qu'il est parfois utile de rappeler.

NEUTRALITÉ

La barbe n'est pas intrinsèquement un signe ostentatoire d'appartenance à une religion

Un praticien stagiaire associé au sein du service de chirurgie générale, viscérale et digestive du Centre Hospitalier de Saint-Denis portant une barbe perçue comme un signe ostentatoire d'appartenance à une religion, a été invité par le directeur à la tailler " pour en supprimer le caractère ostentatoire ". Le praticien ayant refusé de le faire, le directeur du centre hospitalier a résilié sa convention de stage conduisant à ce que ledit praticien exerce un recours devant les juridictions administratives.

CE 12 février 2020, n° 418299,

Le Conseil d'Etat a tranché un litige dont l'objet est souvent délicat à appréhender au quotidien par les directions des affaires médicales ou les directions des ressources humaines des établissements publics de santé.

Les faits sont simples. Un praticien stagiaire associé au sein du service de chirurgie générale, viscérale et digestive

du centre hospitalier de Saint-Denis porte une barbe qui est perçue par l'autorité employeur comme constitutive d'un signe ostentatoire d'une religion. L'autorité employeur lui demande de la tailler afin de se départir de ce caractère ostentatoire.

Le praticien stagiaire refuse considérant que cette demande porte atteinte au respect de sa vie privée laquelle est protégée et garantie par l'article 9 du Code civil qui dispose que « *chacun a droit au respect de sa vie privée* ». La direction de l'établissement décide alors résilier de manière anticipé la convention de stage. Le Tribunal administratif de Montreuil a rejeté le recours pour excès de pouvoir.

La Cour administrative d'appel de Versailles a rejeté l'appel par le considérant suivant ; « *Considérant que le port d'une barbe, même longue, ne saurait à lui seul constituer un signe d'appartenance religieuse en dehors d'éléments justifiant qu'il représente effectivement, dans les circonstances propres à l'espèce, la manifestation d'une revendication ou d'une appartenance religieuse ; qu'en l'espèce, la direction du centre hospitalier, après avoir indiqué à M. A... que sa barbe, très imposante, était perçue par les membres du personnel comme un signe d'appartenance religieuse et que l'environnement multiculturel de l'établissement rendait l'application des*

principes de neutralité et de laïcité du service public d'autant plus importante, lui a demandé de tailler sa barbe afin qu'elle ne soit plus de nature à manifester, de façon ostentatoire, une appartenance religieuse ; que les demandes formulées par le centre hospitalier auprès de M. A...étaient justifiées par la nécessité d'assurer, par l'ensemble du personnel, le respect de leurs obligations en matière de neutralité religieuse ; qu'en réponse à ces demandes, M. A...s'est borné à invoquer le respect de sa vie privée sans pour autant nier que son apparence physique était de nature à manifester ostensiblement un engagement religieux ; que, dans ces conditions, il doit être regardé comme ayant manqué à ses obligations au regard du respect de la laïcité et du principe de neutralité du service public, alors même que le port de sa barbe ne s'est accompagné d'aucun acte de prosélytisme ni d'observations des usagers du service ; qu'un tel manquement était de nature à justifier une mesure disciplinaire ; que, par suite, la sanction de résiliation de la convention qui lui a été infligée n'était pas disproportionnée mais légalement justifiée par les faits ainsi relevés à son encontre ; » (CAA Versailles 19 décembre 2017 n°15VE3582).

Le Conseil d'Etat confirme le raisonnement sur le fait que le port d'une barbe n'est pas intrinsèquement un signe ostentatoire d'appartenance à une religion mais censure l'arrêt au motif que la Cour administrative d'appel avait néanmoins retenu le caractère ostentatoire du port de cette barbe au seul et unique motif que le praticien avait refusé de la tailler et qu'il n'avait pas nié que son apparence physique pouvait être perçue comme un signe d'appartenance religieuse.

Conseil d'Etat 12 février 2020 numéro 418299 :

« La cour administrative d'appel s'est fondée sur ce que, alors même que la barbe qu'il portait ne pouvait, malgré sa taille, être regardée comme étant par elle-même un signe d'appartenance

religieuse, il avait refusé de la tailler et n'avait pas nié que son apparence physique pouvait être perçue comme un signe d'appartenance religieuse . En se fondant sur ces seuls éléments, par eux-mêmes insuffisants pour caractériser la manifestation de convictions religieuses dans le cadre du service public, sans retenir aucune autre circonstance susceptible d'établir que M. A... aurait manifesté de telles convictions dans l'exercice de ses fonctions, la cour a entaché son arrêt d'erreur de droit . »

La gestion de ces dossiers est toujours délicate pour une direction d'établissement car le sujet est sensible et complexe. Le conseil que l'on peut donner est d'objectiver le caractère ostentatoire de l'appartenance à telle ou telle religion et donc d'apprécier celui-ci au regard d'un comportement global.

SUSPENSION

Suspension du praticien nommé à titre permanent par le chef d'établissement

Le Conseil d'Etat a construit une jurisprudence relative à la suspension du praticien hospitalier nommé à titre permanent qui est aujourd'hui bien établie. Le directeur d'établissement ne peut suspendre un praticien titulaire que s'il existe un risque immédiat pour la santé du patient et un risque de rupture continuité du service public hospitalier. Par un arrêt du 5 février 2020, le Conseil d'Etat poursuit son œuvre créatrice en confirmant que les dispositions de l'article L.4113-14 du Code de la santé publique ne font pas obstacle à ce que le chef d'établissement suspende, sous conditions, un praticien nommé à titre permanent.

CE , 5 février 2020, n°422922

Le Conseil d'Etat a confirmé sa jurisprudence existante en matière de suspension de fonctions des praticiens hospitaliers nommés à titre permanent. Plus précisément, il a jugé au visa des articles L.4113-14 et L.6143-7 du Code de la santé publique que tant le directeur de l'hôpital que le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé peuvent prononcer la suspension d'un praticien hospitalier par ailleurs professeur des Universités (PU-PH).

Le considérant de l'arrêt du Conseil d'Etat est le suivant :

« S'il appartient, en cas d'urgence, au directeur général de l'agence régionale de santé compétent de suspendre, sur le fondement de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique, le droit

d'exercer d'un médecin qui exposerait ses patients à un danger grave, le directeur d'un centre hospitalier, qui, aux termes de l'article L. 6143-7 du même code, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de son établissement, peut toutefois, dans des circonstances exceptionnelles où sont mises en péril la continuité du service et la sécurité des patients, décider lui aussi de suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier au sein du centre, à condition d'en référer immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné. »

Premier constat, la jurisprudence est maintenue et elle s'applique bien aux PU-PH. Deuxième constat, un chef d'établissement qui souhaite suspendre un praticien nommé à titre permanent doit constater la réalité d'un danger immédiat pour la santé d'un patient et un risque immédiat de rupture de continuité du service. Ce sont ici deux conditions cumulatives. Lorsque le Conseil d'Etat précise que le Directeur de l'hôpital doit en référer immédiatement aux autorités compétentes, cela implique d'adresser un courrier recommandé avec accusé de réception au Centre National de Gestion et au Directeur général de l'ARS pour les informer de la mesure conservatoire prononcée à l'encontre du praticien concerné.

Fabrice DION,
Directeur d'hôpital

Arrêté du 7 avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture

Cet arrêté prévoit que les formations conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture sont accessibles, sans condition de diplôme, par les voies suivantes : La formation initiale, dans les conditions fixées par le présent arrêté ; La formation professionnelle continue, sans conditions d'une durée minimale d'expérience professionnelle, dans les conditions fixées par le présent arrêté ; La validation des acquis de l'expérience professionnelle, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Il précise également que la sélection des candidats est effectuée par un jury de sélection sur la base d'un dossier et d'un entretien destinés à apprécier les connaissances, les aptitudes et la motivation du candidat à suivre l'une des formations

Décret n° 2020-368 du 30 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-65 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime d'attractivité territoriale des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

Le décret du 30 janvier 2020-65 a créé une prime d'attractivité territoriale au bénéfice de certains agents exerçant sur certains départements d'Ile-de-France. Elle est en principe versée annuellement, au premier trimestre de l'année, par l'établissement dans lequel l'agent est en fonctions lors de ce versement. Le décret n°2020-368 instaure pour le versement annuel de la prime au titre de l'année 2020 une dérogation à la période prévue par l'article 4 du décret du 30 janvier 2020, afin de permettre une mise en œuvre dans les meilleures conditions. Le versement de la prime doit intervenir avant le 1er juillet 2020

Décret n° 2020-287 du 20 mars 2020 relatif au bénéfice de plein droit des congés accumulés sur le compte épargne-temps par les agents publics

Le décret étend à certains agents de la fonction publique de l'Etat la possibilité prévue par les articles 9 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière et 8 du décret n° 2004-878 du 26 août 2004 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique territoriale d'utiliser, à l'issue d'un congé de maternité, d'adoption, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'un congé de solidarité familiale, les droits épargnés sur un compte épargne-temps sans que les nécessités de service soient opposées. Il instaure également ce droit, dans les trois versants de la fonction publique, au retour d'un congé de proche aidant.

Décrets relatifs au déplaçonnement des heures supplémentaires

Décret n° 2020-297 du 24 mars 2020 relatif aux heures supplémentaires et à leur dépassement dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; décret n° 2020-298 du 24 mars 2020 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires

Le décret 2020-297 définit un plafond unique d'heures supplémentaires dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Il prévoit que « lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de 240 heures par an et par agent. Lorsque la durée du cycle de travail est inférieure ou égale à un mois, le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées par mois et par agent ne peut excéder 20 heures. Lorsque la durée du cycle de travail est supérieure à un mois, ce plafond est déterminé en divisant le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées dans l'année par 52 et en multipliant ce résultat par le nombre de semaines que compte la durée du cycle de travail ».

Ainsi le nouveau plafond est porté à 240 heures par an et par agent (au lieu de 180

heures par an et par agent et 220 heures pour certaines catégories de personnels). Il devient ainsi commun à l'ensemble des corps de la fonction publique hospitalière.

Les établissements peuvent être 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.

Le décret n° 2020-298 du 24 mars 2020 modifiant le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires procède au relèvement du plafond des heures supplémentaires, lequel devient commun à l'ensemble des corps de la fonction publique hospitalière.

RÉQUISITION ET RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LE CADRE DE LA CRISE SANITAIRE DU COVID 19

Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

En application de l'art. 12-1 de ce texte, le préfet de département peut procéder aux réquisitions de tout établissement de santé ou établissement médico-social ainsi que de tout bien, service ou personne nécessaire au fonctionnement de ces établissements, notamment des professionnels de santé.

Arrêté 28 mars 2020 portant diverses dispositions relatives à l'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie covid-19.

Cet arrêté précise les modalités de rémunération des personnels réquisitionnés. La protection sociale de ces personnels est celle prévue aux articles L.311-3 et D.311-2 du code de la sécurité sociale.

En effet, comme le précise l'arrêté, les professionnels de santé qui exercent dans le cadre d'une réquisition en dehors de leur obligation de service sont assimilés aux personnes qui contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif et à ce titre relèvent des dispositions du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

Selon les catégories de professionnels, les indemnités et frais de déplacement et d'hébergement mentionnées sont versées directement par la caisse primaire d'assurance maladie du département duquel relève le représentant de l'Etat ayant émis l'ordre de réquisition. Celle-ci procède également au versement des cotisations et contributions sociales, en application des articles D. 311-3 à D. 311-4 du code de la sécurité sociale, pour les personnes mentionnées au I de l'article 5.

Pour d'autres catégories de professionnels prévus dans l'arrêté, les indemnités et frais de déplacement et d'hébergement peuvent également être versés directement à l'employeur qui procède alors au reversement de ces sommes à ses agents faisant l'objet d'une réquisition.

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 et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

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 1er février au 30 juin 2020, et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à recourir de façon transitoire aux heures supplémentaires au-delà du plafond fixé par ce même article.

Instruction du 19 mars 2020 relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé prévoit les différentes modalités de mobilisation des étudiants en santé dans le cadre du Covid-19.

En application du décret du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire : « *Le représentant de l'Etat dans le département est habilité, si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, à ordonner, par des mesures générales ou individuelles, la réquisition nécessaire de tout établissement de santé ou établissement médico-social ainsi que de tout bien, service ou personne nécessaire au fonctionnement de ces établissements, notamment des professionnels de santé* ».

Sur le fondement de cet article, les agences régionales de santé peuvent ainsi proposer au préfet la réquisition de professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation lorsque du personnel de santé supplémentaire est nécessaire pour assurer la continuité des soins en ambulatoire et dans les établissements de santé.

La réquisition est prononcée par le préfet de département, par le biais d'arrêtés individuels ou collectifs (liste nominative de personnels).

Cet arrêté doit être notifié individuellement à chaque personne réquisitionnée. Si, dans le droit commun, les arrêtés de réquisition doivent être remis au préalable et en main propre ou par voie de courrier recommandé avec accusé de réception, il est envisageable, au vu des circonstances exceptionnelles, que la notification soit faite à la personne réquisitionnée par tout moyen de communication permettant d'attester de cette notification. La personne peut être également préalablement alertée par tout moyen

[Lettre du 4 avril 2020 aux directeurs IFSI d'Île de France par le Conseil régional IDF](#)

Création d'une aide régionale exceptionnelle de soutien financier des étudiants infirmiers en stage qui viennent en renfort auprès des personnels hospitaliers. Il s'agit d'un dispositif à la fois de mobilisation et de reconnaissance de l'engagement de vos étudiants auprès de nos professionnels de santé pendant la période de crise.

Ainsi, les étudiants inscrits en 1^{ère} année percevront en cumulé 1 300 € nets par mois et ceux de 2^{ème} et 3^{ème} années 1 500 € nets par mois. Bien entendu, cette aide exceptionnelle vient en complément de la bourse sur critères sociaux versée par la région Ile-de-France. Afin d'en faciliter le déploiement, ce dispositif s'appuie sur l'organisation actuelle des stages que vous mettez en place quotidiennement avec l'ARS.

Cette aide régionale exceptionnelle s'ajoute aux indemnités de stage déjà financées par la Région. Ainsi, les étudiants inscrits en 1^{ère} année de formation percevront 1 300 € nets par mois, correspondant au cumul de l'aide régionale exceptionnelle et de l'indemnité de stage fixée par l'arrêté ministériel de 2009 à 28 € par semaine.

Les étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} année de formation percevront 1 500 € nets par mois, correspondant au cumul de l'aide régionale exceptionnelle et des indemnités de stage fixées par l'arrêté ministériel de 2009 à 38 € et 50 € par semaine.

Le montant de l'aide sera proratisé en fonction du nombre de semaines de présence effective en stage.

[LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19](#)

L'article 8 de la loi prévoit 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^o 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".

En conséquence, le jour de carence ne s'applique plus dans la période d'urgence sanitaire pour les contractuels comme pour les fonctionnaires

Prise en charge en ville de l'épidémie de COVID-19

Sénat, commission des affaires sociales, 14 avril 2020, 12p.

La commission des affaires sociales a ouvert un espace participatif pour évaluer le degré de mobilisation du premier recours de ville au regard du risque de saturation des capacités hospitalières. Environ 4000 réponses sont enregistrées dans 48 départements, dont 25% de médecins et 50% de paramédicaux. Ils jugent l'information reçue pertinente mais trop tardive et regrettent l'absence de l'ARS dans le processus. Les professionnels qui ont dû suspendre leur activité sont inquiets de la dégradation de leur situation financière et de l'absence de visibilité sur d'éventuelles compensations. Les professionnels relèvent un « *sentiment d'impréparation de l'Etat et des autorités sanitaires* » contrairement aux stocks de précautions constitués lors de H1N1 et pourtant très décriés à l'époque comme des dépenses superflues. Cela rejoint une inquiétude sur une pénurie de produits de santé et tests COVID.

Covid-19 : comment les biais cognitifs ont diminué l'efficacité de la communication officielle

The Conversation, 8 avril 2020, Patricia Gurviev

L'auteur oppose les réactions réflexes, qui ont assuré la survie primitive de l'humanité, et les constructions rationnelles, pour pister les biais cognitifs, ces réflexes archaïques qui polluent l'effort de rationalité. « *On a bien vu depuis le début du confinement que la communication raisonnable et raisonnée du gouvernement ne parvient pas à convaincre une partie de la population, en mode S1 de déni (aucun risque à se balader au soleil) ou de panique (ruée sur les pharmacies, affolement sur la chloroquine ...)* ». En misant sur la responsabilité individuelle, le gouvernement ne cible que la partie la plus éduquée de la population. Inversement, les fake news gardent un biais d'ancrage (l'information initiale même fautive, ne peut plus être démentie) chez une population plus crédule et conduit à des comportements absurdes comme le stockage de produits de première nécessité. L'auteur conteste donc l'efficacité de la communication gouvernementale et explique ainsi qu'elle n'ait pas touché une population plus sensible à l'argument affectif que rationnel. La conséquence en est la non-adhésion de populations vulnérable aux enjeux de santé publique et une démotivation par rapport aux efforts prescrits (confinement strict notamment).

Ce recours aux biais cognitifs est très intéressant en ce qu'il pose les prémices de la confiance d'une population dans la décision administrative ou politique. En n'embarquant pas toute sa cible, le décideur public fragilise ses choix en permettant un procès en illégitimité.

Guide du management à distance en situation exceptionnelle

Conseil régional du Grand Est. Mars 2020. 16 p.

Ce guide définit de bonnes pratiques managériales dans le cadre de la crise COVID. Il est construit en quatre parties : Le management et la communication en situation exceptionnelle ; Le management à distance dans le cadre du télétravail ; Les techniques pour un télétravail efficace pour vos collaborateurs ; Et après ? Le bénéfice du retour d'expérience. Parmi les recommandations intéressantes, la nécessité d'embarquer tous les collaborateurs dans la gestion de crise, pour éviter que certains ne se sentent exclus, à défaut, mettre en place un programme de formation pour profiter de la période pour une montée en compétence.

Ce guide a connu un succès mérité, autour de valeurs de management bienveillant ... particulièrement difficile à mettre en œuvre à distance et en contexte de crise majeure ? Reste une ambition salutaire pour la fonction publique.

Coronavirus – Covid-19 Questions/réponses pour les employeurs et agents publics

www.fonction-publique.gouv.fr/coronavirus-covid-19-questionsreponses-pour-employeurs-et-agents-publics

Bâti sous forme de FAQ, ce document produit par la DGAFP répond à des questions organisationnelles très pratiques (garde des enfants des agents assurant la continuité du service public), l'organisation du travail à distance ou les gestes barrières pour les agents en contact avec le public. Est pointée la question paradoxale du droit de retrait en période de crise sanitaire : « *Le droit de retrait, comme tout droit accordé aux fonctionnaires, doit pouvoir être articulé avec la nécessité de continuité du service public et de préservation de l'ordre public (cf. sur le droit de grève qui est un droit constitutionnel, CE, 7 juillet 1950, Dehaene). [...] En période de pandémie, les personnels qui sont exposés au risque de contamination du virus du fait de la nature de leur activité habituelle (personnels de santé ; personnels chargés du ramassage et du traitement des déchets par exemple), parce qu'ils sont systématiquement exposés à des agents*

biologiques infectieux du fait même de l'exercice normal de leur profession (risque professionnel) ou parce que leur maintien en poste s'impose pour éviter toute mise en danger d'autrui, ne peuvent légitimement exercer leur droit de retrait, au seul motif d'une exposition au virus. » En revanche, il appartient à l'autorité administrative de tout mettre en œuvre pour assurer leur sécurité, à commencer par leur procurer un équipement de sécurité (masques) ... La situation visée est précisément celle des EHPAD ayant licencié leurs agents ayant fait usage de leur droit de retrait faute d'avoir obtenu les équipements de sécurité exigés. La jurisprudence donnera la clé de ce hiatus.

Lancement de l'enquête COCLICO : une enquête internationale sur l'impact des politiques de confinement, liées à la lutte contre le Coronavirus, sur la santé mentale Irdes, Communiqué de presse, 3 avril 2020

Les professionnels de la santé mentale sont inquiets des risques du confinement sur les populations vulnérables dont l'équilibre est compromis tant par la suspension des soins non urgents que par la situation d'isolement social. Dans ce cadre, l'IRDES est partenaire d'une enquête internationale (lancée par l'Université de Louvain) visant à évaluer l'impact de ces politiques sur la santé mentale ainsi que les facteurs associés (conditions de vulnérabilité au virus, situation socio-économique, conditions matérielles du confinement, etc.).

AGENDA

Santexpo

Nouvelles dates : du 7 au 9 octobre

Paris Expo - Porte de Versailles

Santé RH est une publication mensuelle éditée par **INFODIUM** - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - www.infodiuim.fr
tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 infodiuim@infodiuim.fr - www.sante-rh.fr Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conseiller scientifique : Jérôme Lartigau - Mise en page : Yohann Roy, Publatis - Abonnement et publicité : Nadine Giraud - 11 numéros par an - Abonnement 309,00 euros par an. Prix au numéro : 34 euros - n° de CPPAP 0121 1 89709 - ISSN 1969-7945 - Dépôt légal à date de parution - Imprimerie Corlet Z.I. - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
© Infodiuim - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT



Santé RH

A compléter et renvoyer à :
Santé RH - Infodiuim - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60 - infodiuim@infodiuim.fr

W127

1 an, 11 numéros,

et l'accès au site

www.sante-rh.fr

(consultation de la base de données)

au prix de **309 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

- Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**
 Je souhaite une facture justificative
 Mandat administratif/à réception de facture

Raison sociale :
Nom : Prénom :
Fonction :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Fax :
E-mail (**Obligatoire**) :

Adresse de facturation si différent

Code Postal : Ville :

Cachet /Date
Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.