



# TEMPS D'ÉCHANGES ENTRE LA DGOS ET LES ORGANISATION SYNDICALES SUR LA SITUATION ÉPIDÉMIQUE

le 24 novembre 2020 à 14h00

SANTÉ TRAVAIL

Présents : DGOS: E Jalabert, M Fage Morel, DGCS, DSS, (Centre de crise sanitaire / DGS) CGT, FO,CFDT, UNSA, FHF  
CGT: retour sur les questions restées sans réponse de la dernière réunion.

Nous insistons sur notre demande de suspension de la **journee de carence**, ainsi que pour la réécriture d'un nouveau décret sur la reconnaissance COVID 19.

Les employeurs doivent reconnaître les **arrêts de travail covid en AT** de façon systématique. Que veut dire "des personnels non remplaçables" ?

La **FAQ** devait être amendée, mais il semble qu'elle ait déjà fait l'objet d'une communication auprès des employeurs ; dans ce cas, à quoi servent nos amendements ?

Le problème des **personnels asymptomatiques** qui restent en poste perdue ;

La **formation des élèves IDE de 2ème année** a été suspendue jusqu'au 13 décembre, notamment en PACA, où est l'intérêt, alors que l'on ne remplit déjà pas les écoles ? nous sommes inquiets pour eux, que va devenir leur cursus ? Plusieurs élèves risquent d'abandonner leurs études, ce qui accentuera forcément les problèmes de recrutement déjà existants.

Nous nous interrogeons sur le **changement d'indicateur** opéré par rapport à la première vague, où le facteur de **morbidity** était prédominant, alors qu'à présent ce sont les indicateurs d'hospitalisation et de cas contacts qui sont utilisés pour la communication du gouvernement.

DGOS : réponse à ces questions en fin de réunion pour laisser continuer l'ordre du jour

- DGCS, Direction Générale de la Cohésion Sociale: : Point d'étape sur la gestion épidémique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (DGCS) : tout d'abord nous tenons à saluer la **très forte mobilisation du personnel du secteur médico-social** qui assurent la continuité de l'accompagnement des personnes fragiles dans ce contexte compliqué ; nous allons vous présenter un bref panorama des travaux en cours et des consignes diffusées récemment, en laissant ensuite la place aux questions des organes syndicales.

Depuis la semaine dernière, mise en place d'un **nouveau protocole** concernant la protection des résidents en **EHPAD** et autres établissements pour les personnes âgées. L'enjeu est de tenir compte de la dégradation de la situation sanitaire et de renforcer la protection. Trois éléments principaux sont à prendre en compte :

1) d'une part une **suspension des visites** pour les établissements où il y a des cas de covid positifs ;

2) une **amplification des tests de dépistage** des professionnels, notamment par l'usage massif des tests antigéniques. Nous sommes conscients qu'il s'agit là d'une gestion très lourde à la fois pour les directions d'établissements et surtout pour les professionnels, car ces tests doivent être à fréquence régulière. Ils sont cependant un gage crucial de prévention des contaminations au sein des établissements ;

3) forte augmentation du **dépistage en amont pour les visiteurs** des établissements accueillant des personnes âgées.

En complément, nous soulignons l'importance de **maintenir le lien social** et l'accompagnement des personnes âgées au sein des établissements. Rappel de la première vague avec confinement strict en chambre ; outils diffusés auprès des établissements pour **maintenir des activités**, du lien social, éviter le **syndrome de glissement** ou la dégradation de l'état des résidents.

Des travaux ont été conduits en lien avec la DGOS et la Délégation Santé Mentale notamment, afin de renforcer les dispositifs d'**appui psychologique aux professionnels** du secteur médico-social, en mobilisant davantage les **cellules de soutien et d'urgence** médico-psychologique. Une instruction est partie en fin de semaine dernière, vous avez peut-être déjà des retours à nous faire sur ce dispositif.

D'autres travaux importants sont conduits, toujours en lien avec la DGOS et autres directions concernées, pour **renforcer les viviers de professionnels** susceptibles de venir **en renfort** des agents déjà en poste en EHPAD (mobilisation des étudiants IDE, renforcement des missions de service civique en EHPAD et en USMS (?) et sur les associations de protection civile ; renforcement également, en lien avec les acteurs de l'emploi, du recrutement de personnes en recherche d'emploi qui pourront bénéficier de formations courtes pour venir épauler en urgence certains établissements en difficulté. Nous savons que le contexte est tendu sur le plan RH.

Dernier point : nous avons actualisé la stratégie du déploiement des **tests antigéniques** dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux, qui vise notamment à préciser l'utilisation de ces tests, tant auprès des professionnels que pour les résidents.

D'autres travaux sont en cours ; nous allons écouter vos questions.



CGT : mais nous constatons que vous n'abordez que l'aspect médico-social du sujet, avec une logique de réflexion axée notamment sur les EHPAD, mais beaucoup de centres ne sont pas forcément fermés dans lesquels il y a beaucoup de **personnes astreintes à résidence avec une problématique d'autonomie**.

Nous pensons notamment aux centres pour personnes **handicapées**, pour **l'aide sociale à l'enfance**, ainsi qu'à des lieux tels que les **établissements psychiatriques**.

Qu'en est-il des protocoles appliqués dans ces établissements ? Nous entendons vos remerciements sur l'investissement des personnels du secteur médico-social, mais nous attendons la même chose pour les personnels de ces autres secteurs d'activité.

Quelles sont les décisions DGCS prises notamment pour les personnes handicapées, en termes de protection et surtout de possibilité d'avoir accès aux visites, comme cela peut et doit être le cas en temps normal ?

DGCS : je me suis mal exprimé, les indications données concernent tout le champ de l'autonomie, les personnes handicapées autant que les personnes âgées. J'ai peut-être un peu plus centré mon propos sur les EHPAD car c'est là que la situation est la plus difficile en ce moment.

Pour l'aide sociale à l'enfance, ce sont mes collègues de la sous-direction de l'ASE qui sont en charge de ces questions qui seront plus à même de vous en parler.

Pour les personnes en situation de handicap, nous avons également beaucoup de travaux en cours. Un **protocole ad hoc** a été diffusé il y a maintenant une quinzaine de jours qui pose aussi les conditions dans lesquelles les établissements poursuivent leur activité, encadrent les visites, etc... les consignes ne sont pas tout à fait les mêmes que dans les EHPAD dans la mesure où les personnes handicapées, pour la plupart, ne sont pas des personnes à risque covid de forme grave. Pour ces personnes, l'accent est surtout mis sur la continuité des activités et l'accompagnement dans les conditions les plus ordinaires que possible, ce qui n'est pas tout à fait le cas en EHPAD où tous les résidents sont par définition à risque de forme grave.

Pour conclure, le maintien des visites des proches est souhaité, sauf situation épidémique exceptionnelle, avec aussi la possibilité des sorties des personnes handicapées sur le week-end dans leurs familles, ainsi que la mobilisation d'un certain nombre de dispositifs d'appuis sanitaires (astreintes handicap) et RH.

CGT : nous avons bien compris votre position pour les personnes handicapées. Mais en ce qui concerne la psychiatrie, où le cadre réglementaire est différent, nous avons aussi un questionnement auquel vous n'avez pas encore répondu.

DGCS : je ne suis pas en mesure de vous répondre concernant les établissements de soins psychiatriques, mais d'autres collègues connectés seront peut-être en mesure de le faire.

Concernant la campagne de dépistage hebdomadaire, nous sommes conscients qu'elle est très lourde en gestion et en ressources, les directions doivent solliciter les ARS

pour obtenir l'aide de professionnels libéraux médecins et infirmiers susceptibles d'intervenir. en EHPAD ou établissements pour personnes handicapées.

Sur le circuit d'approvisionnement des tests antigéniques, les établissements qui ont encore des stocks doivent les utiliser. Pour les autres, ils doivent s'approvisionner auprès de leurs grossistes répartiteurs. les établissements doivent organiser des dépistages hebdomadaires auprès des personnels, et faire preuve de compréhension sur les difficultés que cela représente pour ces professionnels. La traçabilité de tests va être ouverte dans les SIDEPS (Société Internationale des Professionnels de Santé) pour le suivi.

Concernant les familles, c'est compliqué pour les professionnels de leur rappeler les gestes barrières. Nous avons sollicité les services civiques pour épauler les professionnels en matière de communication auprès des familles.

Définition d'une "personne non remplaçable" :

DGCS : effectivement, il y a là des choix "pas évidents" pour les établissements. Notre ligne est de maintenir à tout prix l'accompagnement délivré aux personnes à risque de forme grave, leur prise en charge et que leur sécurité ne soit pas compromise "excessivement". C'est à l'aune de cet enjeu que l'établissement va devoir apprécier si une personne est ou non remplaçable.

Normalement, le principe est l'éviction du personnel positif au covid ; théoriquement, le maintien en poste n'est pas possible, mais nous savons que la situation RH est compliquée, et "ce qui est une exception peut devenir un cas relativement courant".

CGT : nous sommes très surpris notamment sur cette "situation RH compliquée", qui n'est pas récente et qui a fait l'objet de nombreux débats. Vos propos nous surprennent, ainsi que le fait que ne soit pas mis au centre l'action gouvernementale et DGCS un élément de terrain qui est pourtant nécessaire en termes de suivi au quotidien des agents des établissements hospitaliers, qui s'appelle le Médecin du travail.

Nous sommes surpris de ne pas entendre parler de la **Médecine du travail** qui semble ne pas être sollicitée alors qu'elle est indispensable pour que le sujet soit traité de façon sérieuse. Nous parlons ici du suivi des professionnels, ainsi que de l'avenir de l'activité de la Médecine du travail dans nos établissements.

Au sujet du **service civique**, nous sommes également très surpris d'en entendre parler, alors que depuis des années nous revendiquons des embauches suffisamment importantes qui seules permettent un suivi de long terme.

Même surprise en ce qui concerne les intervenants provenant du secteur libéral : quels coûts supplémentaires cela va-t-il entraîner ? S'agira-t-il d'une consultation de spécialiste ou non ? A combien va se chiffrer la participation de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire de l'argent public ?

Qu'en est-il des CHSCT, qui ont ici toute leur place ? On n'en entend pas du tout parler. Tous ces éléments nous laissent songeurs, et nous pensons que la logique de la

DGOS est de rétro-pédaler et de pallier les impuissances et à des impossibilités actuelles dues à des stratégies qu'elle ne maîtrise pas.

Les protocoles proposés sont mis en place dans une situation où les établissements ont des moyens, y compris les EHPAD, et des ressources dans leurs propres structures qui ne sont pas utilisés et mis à contribution comme ils devraient l'être, en matière d'instances et de professionnels.

DGCS : concernant le service civique, ce sont effectivement les recrutements au sein des établissements qui répondent au mieux aux besoins, je rappelle cependant qu'un message clair a été transmis aux établissements qu'une prise en charge financière de tous les surcoûts RH qu'ils encourent. Effectivement, la question se pose de l'attractivité structurelle de la profession et des métiers en général de ce secteur.

Deux enjeux : comment recruter en urgence ? dans une nécessité de mobilisation de personnels supplémentaires tels que des libéraux. Bien sûr les services civiques n'ont pas vocation à se substituer aux professionnels tels que les IDE et les AS.

C'est une "stratégie multicanaux que l'on essaie d'activer, nous ne prétendons pas que la situation n'est pas compliquée."

DGOS : si vous avez des questions plus poussées concernant les tests, nous ferons venir à la prochaine réunion la cellule test nouvellement constituée.

CGT : La question n'est pas les tests en eux-mêmes ! C'est la question des tests pour les professionnels, qui doivent être faits par la Médecine du travail. Nous avons des CHSCT et la Médecine du travail existe. Tous les établissements de santé sont liés à un service de Médecine du travail, qu'elle soit associative ou professionnelle de ville. Elle doit être au centre de ce suivi pour les professionnels. Le renforcement de cette Médecine du travail doit être fait, nous insisterons sur ce point.

Quelle est la politique en matière de suivi de médecine préventive pour les professionnels ?

Point d'étape sur le dispositif de reconnaissance en maladie professionnelle pour les personnes relevant de la couverture AT-MP du régime général (DSS)

ce point avait été exprimé lors de la précédente réunion.

Mme Buchel : (diffusion trois diapos sur la visio). Dispositif déjà évoqué inscrit dans un décret à la mi-septembre 2020, mis en place pour la reconnaissance en maladie pro du covid. Concerne aussi bien le régime général que celui de la FP. Il y aura donc des éléments transversaux, quel que soit le régime du personnel concerné. Je vous présenterai d'autres éléments plus spécifiques au régime général mais qui donnent actuellement lieu à une réflexion pour une éventuelle transposition dans la FP.

**1) Régime de l'accident du travail/maladie professionnelle de droit commun** ; un tableau spécifique à la covid a été créé lors du décret du 14 septembre 2020 déjà évoqué ; ce tableau permet de

faciliter la reconnaissance et *in fine* l'indemnisation des personnels remplissant les conditions du tableau, puisqu'il crée une **présomption d'imputabilité**. Les personnes n'ont donc pas de preuve à apporter : pour demander et obtenir la reconnaissance en maladie professionnelle, elles feront comme habituellement leur déclaration de maladie pro et apporteront leur certificat médical, sans avoir à fournir de preuve complémentaire pour obtenir la "reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie".

**2) Critères du tableau** : définis sur la base des connaissances scientifiques actuelles, l'objectif étant de créer cette présomption d'imputabilité pour les personnels dont la clinique présente une "probabilité forte de lien de causalité entre l'activité professionnelle d'une part et la pathologie d'autre part". En conséquence, les trois colonnes du tableau ont été définies de la manière suivante : s'agissant des pathologies, il s'agit des affections respiratoires aiguës. Elles étaient déjà évoquées avec vous lors du mois de juillet, où seules les oxygénothérapies étaient prises en compte. Toutes les formes d'affections respiratoires aiguës sont maintenant inscrites au tableau, soit ayant nécessité une assistance respiratoire soit ayant entraîné le décès.

**3) Contamination par le SarsCov2** : l'appréciation de cette contamination doit être "souple", c'est-à-dire que "l'assuré n'a pas à apporter la preuve de la contamination nécessairement par un examen biologique ou un scanner". S'il n'a pas pu faire ces examens, ou si ces examens n'étaient pas concluants, il peut *via* son histoire clinique documentée indiquer qu'il a été contaminé par le SarsCov2 et prétendre à ce que "son affection respiratoire grave soit liée à cette infection."

4) Délai de prise en charge : correspond au délai maximum entre la fin de l'activité pro et le délai d'incubation de la maladie qui a été fixé à quatorze jours.

**5) Activités professionnelles concernées** : activités soignantes élargies par rapport à d'autres tableaux de maladies pro. Les personnels administratifs, techniques ou d'entretien en bénéficient. La liste des établissements auprès desquels ces activités doivent avoir été exercées est plus large : on ne vise plus seulement les EHPAD et les établissements sanitaires mais aussi les établissements **médico-sociaux qui assurent des fonctions d'hébergement**. FAM, MAS, milieu pénitentiaire sont concernés.

Les activités de **soins ou d'assistance à domicile** sont également prises en charge par le tableau

A été inscrit également au tableau le **transport sanitaire** qui bénéficie donc également de la présomption d'imputabilité.

Pour votre information, le décret crée en fait deux tableaux de maladie professionnelle, l'un pour le régime général, l'autre pour le régime agricole, et c'est bien sûr le tableau du régime général qui s'applique à la FP, puisque de manière globale, la loi de 1983 prévoit l'application aux fonctionnaires titulaires des tableaux de maladie professionnelle du régime général.

Pour les personnes ne remplissant pas les conditions du tableau, que ce soit dans le cadre du régime général ou de celui de la FP, nous avons depuis une trentaine d'années une **voie complémentaire de reconnaissance** qui concerne les personnes suivantes :

- **soit ne remplissant pas la liste des travaux ;**
- **soit ayant contracté une pathologie autre** que celle désignée par les tableaux.

Pour la covid, ces deux situations peuvent se présenter. Pour la première, cela concernera des personnels non soignants qui par définition ne sont concernés par le tableau ni par la présomption d'imputabilité.

La deuxième concernera les personnels, soignants ou non, qui ont contracté des affections autres que respiratoires et seront donc traités par cette voie complémentaire.

Dans le cadre de la covid, y compris pour les personnes pour lesquelles on ne prévoit pas une reconnaissance automatique dans le cadre du tableau, les pouvoirs publics ont souhaité aménager cette voie complémentaire de reconnaissance pour que celle-ci soit facilitée.

S'agissant plus particulièrement du régime général, un **comité** de reconnaissance des maladies professionnelles **unique a été créé**. Les demandes (habituellement traitées par des comités régionaux) liées à la covid seront **centralisées** auprès d'un comité régional unique qui est le **comité d'Ile-de-France**, dans le but d'harmoniser le traitement des demandes et d'avoir des personnes particulièrement compétentes puisque ce comité sera spécifique à la covid et à ses diverses pathologies associées. Ce comité ne traitera aucune autre demande.

Pour votre information, ce comité déjà mis en place aujourd'hui devrait tenir sa première séance à partir de mi-décembre.

Afin que le comité soit informé plus précisément des modalités selon lesquelles il appréciera le lien de causalité entre l'activité professionnelle et la pathologie, la DSS et la DGT ont mandaté un **groupe d'experts scientifiques**, présidé par le Président de la **Commission Spécialisée** du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail, chargé de l'élaboration des tableaux de maladies professionnelles.

Ce groupe d'experts a proposé des recommandations qui ont été présentées à cette Commission Spécialisée ainsi qu'à son équivalent pour le régime agricole au mois d'octobre.

En ont résulté les **recommandations** suivantes, qui seront prochainement publiées et ont déjà été adressées au régime général et aux comités de reconnaissance des maladies pro :

- pour les personnels **non soignants** : "faisceau d'indices" va être spécifié qui permettra, le cas échéant, d'établir le lien de causalité entre l'activité pro et la pathologie covid. Ce faisceau d'indices a trois critères : premièrement, la période de la contamination, selon que cette dernière est intervenue avant ou pendant le confinement du premier semestre ou après, du fait des mesures de protection qui ont évolué avec le temps ;
- deuxième critère : lié à l'activité, selon qu'elle ait été exercée en présentiel ou non ;

- troisième et dernier critère : lié à l'histoire clinique documentée de la personne contaminée.

Les experts ont proposé une "appréciation souple du lien de causalité quand la contamination est intervenue avant ou pendant le confinement du premier semestre et que l'activité a été exercée en présentiel impliquant le contact avec soit du public soit des collègues".

Pour la période post-confinement (après le 11 mai 2020), c'est l'histoire **clinique documentée** qui est **prépondérante** dans l'appréciation du lien de causalité.

Pour les personnels ayant contracté une affection autre que respiratoire, les experts ont établi une liste de pathologies potentiellement concernées, en se basant sur la littérature scientifique qui documente les études sur la covid : **pathologies cardiaques, neurologiques, digestives ou cutanées ainsi que les autres syndromes décrits par l'OMS**.

Au régime général, le comité de reconnaissance des maladies pro peut s'adjoindre l'avis d'un médecin infectiologue ou réanimateur qui pourra l'aider dans son appréciation du lien de causalité entre la pathologie du patient et son éventuelle contamination par le virus.

Autre point spécifique de cette procédure : le **taux minimal d'incapacité permanente**, requis pour cette procédure hors tableau. Ce taux doit s'apprécier **au moment de la demande**, sur la base de l'état de santé de la victime au moment où elle effectue sa demande de déclaration de maladie pro auprès de sa caisse.

Pour les critères établissant le lien de causalité, on retrouve les **mêmes critères** de temporalité, d'activité impliquant des contacts avec le public et d'histoire clinique documentée. On retrouve ce même faisceau d'indices évoqué plus haut, en tenant compte par ailleurs des contaminations qui ont pu avoir lieu dans l'entreprise ou du fait que la personne effectuant la demande de reconnaissance de maladie pro a été elle-même contact tracé dans le cadre du dispositif mis en place par l'Assurance Maladie.

Accompagnement des personnes contaminées **contractuelles de la FP** : une **plateforme de déclaration en ligne** mise en place par l'Assurance Maladie. Les demandes peuvent aussi être faites par voie papier.

Les demandes d'assurés déposées **avant le 14 septembre 2020**, date de parution du décret sur ce sujet, au titre de la demande de prise en charge de leur contamination en accident du travail, ne peuvent être prises en compte au titre d'accident du travail. L'Assurance Maladie fait un rejet mais accompagne la victime par le moyen de deux volets : l'un expliquant pourquoi la demande est rejetée, en précisant que ce n'est pas forcément un refus de prise en charge mais que le canal utilisé pour cela n'est pas le bon ; l'assuré est informé soit par courrier soit par appel téléphonique des **orientations possibles pour sa demande** ; l'autre volet concerne l'organisation interne à la Caisse, qui va transmettre les documents déjà reçus au service instructeur des maladies pro pour que l'assuré

n'ait pas à effectuer de nouvelles démarches.

Concernant l'ensemble des demandes de reconnaissance en maladie pro, soit avant soit après la sortie du décret, la CPAM effectue deux relances auprès des victimes au lieu d'une habituellement, afin que la déclaration de maladie pro et le certificat médical initial ainsi que le justificatif d'assistance ventilatoire soit bien fournis, ces trois éléments étant nécessaires pour démarrer l'instruction du dossier.

CGT: Nous avons des interrogations au sujet des commissions de réformes, et pas seulement sur le sujet COVID, certaines spécialités comme la cardiologie ou l'infectiologie sont difficilement reconnues en Maladies Professionnelles. La loi ne permet plus à l'agent ou très difficilement de contester quand il y a refus.

**L'avis de ces commissions doit être contraignant pour l'employeur.** Nous demandons qu'un nouveau décret soit écrit pour une reconnaissance systématisée sur tout le territoire du COVID19 en AT, après analyse et expertise médicale.

Dans le contexte actuel de pandémie, il faut également que ces commissions se réunissent, ce qui est loin d'être le cas partout.

Les personnels en arrêt maladie non reconnu en AT subissent un triple impact, non seulement celui d'être malade, mais aussi un impact financier sur la journée de carence qui n'est pas suspendue ; un autre impact existe en termes de demi-traitement pour les malades au long cours et surtout l'impact sur la prime de service, ce qui a des conséquences immédiates sur le pouvoir d'achat des agents pour cette fin d'année et pour l'année prochaine.

L'absence de reconnaissance en AT pour les professionnels contaminés avant le décret du 14 septembre pose un vrai problème, au vu de leur investissement massif au cours de la première vague.

Enfin, le fait d'avoir une analyse de la situation au moment où la demande est faite par la personne contaminée pose question, car elle a pu avoir en amont des symptômes très forts qui ne sont plus détectables au moment de l'analyse, ainsi que des complications graves en aval, avec une durée des séquelles encore inconnue.

Nous rappelons qu'en dernière instance, quel que soit l'avis de la Commission de réforme, c'est le chef d'établissement qui décide. Cela nous pose souci. Des professionnels non repérés à temps auront pu passer à travers les mailles du filet, notamment ceux qui auront changé d'établissement entre-temps, avec encore une fois cette problématique du suivi des professionnels et donc de la prévention et de la réparation possible de dommages subis.

Sans une reconnaissance institutionnelle, il est logique que les personnels soient mobiles d'un établissement à un autre.

Rappel des directives de la DGOS qui recommandent aux directeurs d'établissements d'être favorables à la **reconnaissance systématique en AT/MP** de la contamination covid.

DGOS: nous vous transmettrons le powerpoint et les recommandations pour le CRRMP, du régime général, susceptibles de faire l'objet d'ajustement dans le travail de transposition des 3 versants de la FP. Dans ces recommandations, vous trouverez la liste des pathologies hors tableau telle qu'elle a été définie par le groupe d'experts scientifiques.

Le Comité sera valable pour les salariés du privé comme du public sur la reconnaissance en maladie pro de la covid.

Nombre de demandes de reconnaissance : nous avons les chiffres de la CNAM, pour le **secteur privé**, qui indique environ **8 000 demandes** déposées à ce jour pour la covid avec moins de 2 000 demandes complètes, d'où l'accompagnement nécessaire des assurés par la CPAM.

Environ **5 000 demandes** ont été faites pour des **reconnaisances en AT** ; le même accompagnement est proposé aux assurés par la Caisse.

Procédure nouvelle de reconnaissance en maladie professionnelle : dans le **secteur privé**, pour les personnes remplissant les conditions du tableau, le délai maximal fixé est de quatre mois ; pour les personnes hors tableau, le délai maximum est fixé à huit mois, avec soumission de la demande au Comité de reconnaissance en maladie pro. Lorsque ces délais ne sont pas respectés, il y a reconnaissance implicite du caractère professionnel de la maladie.

DGOS : **jour de carence**, pas de réponse aujourd'hui.

**Nombre de soignants contaminés** par la Covid : demande notée mais nous ne pouvons rien vous communiquer à ce sujet aujourd'hui. Voir peut-être le site Santé Publique France.

CGT : nous sommes surpris que la DGOS nous renvoie vers Santé Publique France. Nous tenons à reformuler notre question, dans le cadre de nos échanges avec la DGOS : nous demandons à avoir des éléments précis, notamment sur l'AFPH. Effectivement, sur le secteur privé, nous pouvons obtenir ailleurs les réponses.

Nous comprenons bien que beaucoup de nos questions n'obtiendront pas de réponse.

Nous vous demandons de nous confirmer que le délai de quatre mois pour l'imputabilité systématique de la reconnaissance en maladie pro concerne le secteur privé, et nous demandons si ce délai de quatre mois va bien être étendu à la FPH ?

DGSS (?) : pour le secteur privé, le délai maximum de quatre mois correspond à l'examen du respect des conditions inscrites dans le tableau. Pour le régime général, s'il n'y a pas de réponse de la Caisse à l'issue de ces quatre mois, il y a une reconnaissance implicite.

CGT : cette reconnaissance implicite va-t-elle s'étendre à la FPH ? Etant donné que vous voulez de plus en plus rapprocher les pratiques du privé à celles du secteur public.

La spécificité de la FPH doit être reconnue. Nous devons pouvoir bénéficier des mêmes conditions favorables de

reconnaissance que pour le secteur privé. Le Ministère a-t-il cette optique ?

Point d'étape sur les EPI (Centre de crise sanitaire / DGS)

DGS pôle moyens sanitaires : l'Etat s'est substitué aux acteurs classiques pour répondre aux besoins d'équipements, aujourd'hui la situation n'est plus en tension comme elle l'était en début de crise avec des tensions sur les masques. Il reste des difficultés sur les gants, les approvisionnements gratuits « stock Etat » ont cessé, retour au droit commun pour les établissements avec recours aux centrales d'achats ou par les marchés habituels. Demande de formaliser au niveau local un stock de sécurité de 3 semaines suivi par le pôle moyens sanitaires. Mise en place d'une plate-forme EPI stocks, avec possibilité de dépannage par Santé Publique France. Au niveau national, stock de consommation de crise de 10 semaines pour les masques et d'un mois pour les autres EPI.

CGT : comment sont financés ces stocks dans les établissements ?

DGCS: ils peuvent avoir différentes formes de financement, particulièrement par le FIR.

LA DGS enverra les documents supports.

Pour le calendrier social, continuité des multilatérales COVID les mardi tous les 15 jours à 14 h.

Pour la mobilisation des élèves de 2eme année, une FAQ sur la mobilisation des étudiants existe aussi qu'un vademecum, qui définit la doctrine à destination des ARS formalisant comment et dans quelle mesure mobiliser les étudiants. Il y a aussi des audios avec les représentants des étudiants IDE. Le principe est celui d'une graduation, les première année et troisième année ne sont pas sollicitées, sauf circonstances exceptionnelles. Certaines ARS ont suspendu la formation des deuxième année pour venir en renfort dans le cadre de vacances. La DGOS demande que la situation soit suivie pour reprendre la formation dès que possible.

CGT: sur ce sujet, ce n'est pas seulement sur cette problématique que nous vous alertons. Nous sommes surpris que vous nous informiez de rencontres effectuées avec les représentants des étudiants. Ils étaient dans la rue la semaine dernière à Nice, Toulon, Marseille. Ils n'ont pas été sollicités ! c'est leur formation qui a été arrêtée de façon abrupte jusqu'au 13 décembre ! , les promotions professionnelles ont été réintégrées dans les services, les autres étudiants sont laissés livrés à eux-mêmes ; ils n'ont pas été rappelés comme AS. Beaucoup ne pensent pas continuer leurs études, ce qui impactera le fonctionnement des établissements.

DGOS : c'est la responsabilité des DG de l'ARS de gérer l'offre de soins, ce sont eux qui ont organisé la mobilisation des étudiants sur le territoire . Le point sera fait, et le bilan est à faire à distance. La DGOS partage l'inquiétude

de la CGT de perdre les étudiants et de maintenir la date de diplomation pour juillet prochain.

CGT : quelle est l'équité au niveau des diplômes pour les étudiants qui auront eu des formations suspendues ?

DGOS : on va accompagner dans les régions où la formation a été suspendue et voir comment on valorise le travail effectué pendant cette période au niveau de la diplomation. Nous allons prendre contact avec l'ARS PACA concernant l'arrêt de la formation. A propos du dialogue social en période de crise et du maintien des instances, nous reviendrons vers vous pour formaliser une fiche à l'intention des établissements. L'instruction sur le télétravail se base sur ce qui se fait sur les 2 autres versants de la Fonction Publique, les consignes sont faites pour inciter au télétravail dans les établissements.

CGT : concernant la FAQ, les amendements apportés sont-ils pris en compte ? et qu'entendez-vous par des mesures d'hygiène renforcées ?

et qu'entendez-vous également par les personnels asymptomatiques qui pourraient travailler avec des mesures renforcées ?

Au sujet des aménagements de postes pour les personnels à risques, ce n'est pas clairement défini dans la FAQ. Si ces personnels estiment que leur aménagement de poste n'est pas suffisant, ils peuvent poser des congés. Mais si l'employeur ne peut pas aménager le poste, il met les agents en ASA. Des précisions sont nécessaires. Nous insistons sur le rôle de conseil du Médecin du travail pour ces aménagements de postes, ainsi que celui, essentiel , du CHSCT. Ils doivent pouvoir jouer leurs rôles.

DGOS : pour le CHSCT et le Médecin de travail, nous en avons déjà discuté lors de la précédente réunion. Nous souhaitons sortir la FAQ rapidement, nous ferons une V2 si nécessaire sur la base de vos retours. ■