



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Instruction n° DGOS/SDRH/RH5/2025/170 du 30 décembre 2025 relative au temps de travail
des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics
de santé**

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : SFHH2535060J (numéro interne : 2025/170)
Date de signature	30/12/2025
Emetteur	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Temps de travail des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé
Action à réaliser	Accompagnement et information des établissements publics de santé
Résultat attendu	Application par les établissements publics de santé de la réglementation relative au temps de travail des personnels médicaux
Echéance	Pris en compte des dispositions contenues dans la présente instruction dans les meilleurs délais.
Contact utile	Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau des personnels médicaux des établissements de santé (RH5) Mél. : DGOS-RH5@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	8 pages + 5 annexes (8 pages) Annexe 1 : Synthèse des modalités de décompte du temps de travail des praticiens hospitaliers Annexe 2 : Définition des modalités concrètes d'organisation du temps de travail médical Annexe 3 : Décompte du temps travail effectué en astreinte Annexe 4 : Activités médicales programmées en première partie de soirée Annexe 5 : Cadre juridique relatif à l'activité d'intérêt général, à l'activité partagée et au cumul d'activité

Résumé	La présente instruction a pour objectif d'expliciter les dispositions relatives au temps de travail des personnels médicaux afin d'en favoriser l'appropriation.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Temps de travail ; obligation de service ; temps de travail additionnel.
Classement thématique	Personnel de la fonction publique hospitalière
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ; - Articles R. 6152-1 et suivants du Code de la santé publique ; - Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ; - Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement ; - Arrêté du 10 septembre 2002 modifié relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité ; - Arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; - Arrêté du 4 novembre 2016 modifié relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée ; - Circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR ; - Instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR ; - Instruction n° DGOS/RH5/2022/58 du 28 février 2022 relative au statut du praticien hospitalier ; - Instruction n° DGOS/RH5/2022/59 du 28 février 2022 relative aux activités d'intérêt général et aux activités non cliniques, dénommées « valences » exercées par les praticiens des établissements publics de santé ; - Instruction n° DGOS/RH5/2025/92 du 27 août 2025 relative à la refonte du régime d'indemnisation des astreintes à domicile des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques et des personnels enseignants et hospitaliers dans les établissements publics de santé.

Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements publics de santé
Validée par le CNP le 19 décembre 2025 - Visa CNP 2025-76	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Par trois décisions rendues le 22 juin 2022 (n^{os} [446917](#), [446944](#) et [447003](#)), le Conseil d'État a précisé les conditions permettant de garantir le respect du plafond maximal de 48 heures hebdomadaires et des obligations de service des praticiens et des internes dans les établissements publics de santé.

Ce faisant, il a confirmé les principes prévus par la réglementation concernant l'organisation du temps de travail médical dans les établissements publics de santé, fondée sur le principe d'un décompte en demi-journée. L'absence de valeur horaire pour une demi-journée n'est pas de nature à méconnaître, ni l'objectif à valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la norme, ni la réglementation européenne.

Le Conseil d'État a également indiqué que les établissements publics de santé doivent se doter, en complément des tableaux de services nominatifs mensuels, d'un dispositif fiable, objectif et accessible permettant de décompter, selon des modalités qui leur appartiennent de définir dans leur règlement intérieur, outre le nombre de demi-journées, le nombre journalier d'heures de travail effectuées par chaque agent, afin de s'assurer que la borne maximale des 48 heures est bien respectée.

La présente instruction a pour objectif de rappeler les éléments fondamentaux de la réglementation relative au temps de travail des personnels médicaux hospitaliers.

I. Rappel des principes d'organisation du temps de travail médical dans les établissements publics de santé

A. Le décompte du temps de travail médical

1. Le principe : le décompte du temps de travail à la demi-journée¹

Les obligations de service pour les praticiens exerçant à temps plein sont fixées à 10 demi-journées par semaine qui ne peuvent dépasser 48 heures hebdomadaires en moyenne sur un quadrimestre².

L'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou d'astreinte à domicile. La durée des deux périodes, sur 24 heures, correspondant au jour et à la nuit, ne peut avoir une amplitude supérieure à 14 heures³.

¹ Articles R. 6152-26 et R. 6152-27 du Code de la santé publique pour les praticiens hospitaliers, R. 6152-349 pour les praticiens contractuels, R. 6152-504 pour les assistants des hôpitaux.

² Pour les personnels hospitalo-universitaires qui relèvent de deux employeurs (université et hôpital), les obligations de service au titre des activités de soins, d'enseignement et de recherche sont fixées à 11 demi-journées par semaine.

³ Article 1 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

2. L'exception : le décompte du temps de travail sur une base horaire pour certaines spécialités limitativement définies

Par dérogation au décompte en demi-journées, les obligations de service de certaines catégories de personnels médicaux peuvent être fixées en heures, dans la limite de 48 heures hebdomadaires en moyenne sur un quadrimestre.

À l'initiative du responsable médical de la structure (responsable de l'unité fonctionnelle, chef de service, chef de pôle), et après avis des praticiens concernés, la Commission médicale d'établissement (CME) peut ainsi proposer, après avis de la Commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), une organisation en temps médical continu pour les activités d'anesthésie-réanimation, d'accueil et de traitement des urgences, de réanimation, de néonatalogie et réanimation postnatale et de gynécologie obstétrique (pour les structures réalisant plus de 2000 accouchements par an)⁴. Cette organisation répond à la nature de ces activités, qui s'exercent tant le jour que la nuit, avec une forte charge de permanence des soins, et se caractérisent par la prégnance du travail posté.

Cette organisation est mise en place pour une durée d'un an, renouvelable après évaluation des activités concernées

3. La reconnaissance des « valences » non cliniques⁵

Les « valences » non cliniques concernent les activités de contribution à des travaux d'enseignement et de recherche, l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, la participation à des projets collectifs ou encore la structuration des relations avec la médecine de ville.

Elles sont reconnues de droit à hauteur d'une demi-journée hebdomadaire pour les praticiens hospitaliers à temps plein dont le service est organisé en demi-journée. Au-delà d'une demi-journée, les praticiens hospitaliers peuvent bénéficier, sur autorisation, d'une reconnaissance de temps non clinique supplémentaire.

Pour les praticiens hospitaliers n'exerçant pas à temps plein et les praticiens contractuels, des « valences » non cliniques peuvent être autorisées par le directeur de l'établissement, pour une période définie.

Les « valences » non cliniques exercées par un praticien sont inscrites dans les tableaux de service prévisionnels et comptabilisées dans ses obligations de service réalisées.

Régime particulier de l'organisation des structures d'urgences-SAMU-SMUR en temps continu

La circulaire du 22 décembre 2014 et l'instruction du 10 juillet 2015 reconnaissent l'existence d'un droit au travail « non posté » pour les praticiens des structures d'urgences-SAMU-SMUR. Le temps clinique « posté » ne peut dépasser 39 heures hebdomadaires et est complété par un temps de travail « non posté » dans la limite globale de 48 heures de travail par semaine.

Il revient aux établissements de définir le volume horaire de temps clinique « non posté », lequel est compris entre 1 heure et 9 heures hebdomadaires maximum.

Du temps de travail additionnel est généré lorsque le praticien a réalisé le volume horaire de temps clinique « posté » ainsi que le temps de travail correspondant aux activités « non postées », inscrits dans le tableau de service du praticien.

⁴ Article 2 - A de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné.

⁵ Article R. 6152-826 du Code de la santé publique et instruction n° DGOS/RH5/2022/59 du 28 février 2022 relative aux activités d'intérêt général et aux activités non cliniques, dénommées « valences » exercées par les praticiens des établissements publics de santé.

B. La permanence des soins

La permanence des soins en établissement de santé a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié⁶.

Les bornes horaires des services de jour et de nuit définies par le règlement intérieur de chaque établissement dans le cadre de l'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques déterminent la période de référence pour l'indemnisation de la participation à la permanence de soins⁷.

Les périodes de travail accomplies au titre des obligations de service la nuit sont comptabilisées pour deux demi-journées. La période de nuit peut être divisée en demi-période de permanence sur place et en demi-astreinte.

Afin de mieux répondre aux besoins des patients et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques, certaines activités médicales programmées peuvent être organisées sur des périodes dont l'amplitude de fonctionnement chevauche le service de permanence et de continuité des soins (*cf. annexe 4*).

C. Le repos quotidien⁸

Le praticien bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par période de 24 heures. Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement survenu au cours d'une astreinte est garanti au praticien.

Le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, il bénéficie immédiatement, à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Le repos quotidien s'entend comme une interruption de toute activité, clinique comme non clinique⁹.

En cas de nécessité de service, un praticien peut être placé en astreinte pendant son repos quotidien.

D. Le télétravail

Le directeur d'établissement fixe les activités éligibles au télétravail à l'issue d'un dialogue social préalable avec les instances locales. L'éligibilité se détermine par la nature des activités exercées et les sujétions associées, et non par les postes occupés par les agents (accord-cadre du 13 juillet 2021).

Une activité qui nécessite une présence physique continue sur le lieu de travail est non éligible au télétravail. L'instruction n° DGOS/RH3/2020 du 12 novembre 2020 avait ainsi explicitement écarté les personnels médicaux de l'exercice du télétravail. Pour autant, dans la mesure du possible, les téléconsultations sont encouragées.

⁶ Article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné.

⁷ Article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné.

⁸ Article 2 - C de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné.

⁹ Pour les personnels hospitalo-universitaires, conformément à l'article 7 du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, un repos de sécurité s'applique en lieu et place du repos quotidien. Conformément à l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné, il consiste en l'interruption pour une durée de 11 heures de toute activité clinique en contact avec le patient, mais permet d'exercer d'autres activités. Cette règle ne s'applique pas aux praticiens exerçant en temps médical continu, pour lesquels l'interruption concerne toute activité, qu'elle soit ou non en contact avec les patients.

E. Le cumul d'activités

Par principe, un praticien doit consacrer l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées par son employeur principal, c'est-à-dire l'établissement de santé. Le praticien à temps plein ne peut donc pas exercer, à titre professionnel, une activité lucrative de quelque nature que ce soit. (*cf. annexe 5*).

Toutefois, il est possible, sous certaines conditions, de cumuler l'exercice professionnel principal avec d'autres activités :

- **L'activité d'intérêt général (AIG)** réalisée dans le cadre des obligations de service du praticien hospitalier, peut être réalisée lorsque celui-ci est à temps plein (deux demi-journées maximum) ou à temps partiel (une demi-journée maximum). L'activité d'intérêt général concerne des activités externes à l'établissement, est soumise à autorisation et est inscrite au tableau de service ;
- **L'activité partagée** est quant à elle réalisée dans le cadre des obligations de service du praticien et fait l'objet d'une convention qui détermine la répartition de l'activité entre plusieurs établissements ;
- **Le cumul d'activités** a fait l'objet d'assouplissements dans le cadre de l'ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 afin de favoriser les exercices mixtes :
 - o L'exercice d'une activité privée lucrative est ainsi soumis à déclaration et concerne les praticiens à temps partiel, en dehors de leurs obligations de service,
 - o Les praticiens à 90 % ou à temps complet peuvent exercer des activités accessoires, soumises à autorisation, en dehors de leurs heures de service,
 - o L'activité libérale intrahospitalière, réalisée dans le cadre des obligations de services, fait l'objet d'un contrat avec l'établissement employeur du praticien et peut être réalisée au maximum sur deux sites différents du groupement hospitalier de territoire (GHT).

II. Rappel des modalités de suivi et de valorisation du temps de travail

A. La détermination de la demi-journée dans le cadre du décompte du temps de travail

Dans le cadre de la fixation des obligations de service des praticiens en demi-journées, la réglementation ne détermine pas la durée d'une demi-journée.

Aussi, afin d'assurer le décompte du temps de travail des praticiens, il convient d'établir, au niveau de l'établissement, une correspondance entre la demi-journée et le nombre d'heures, pouvant être différente pour la période de jour et la période de nuit. Cette correspondance peut varier selon l'organisation et les spécificités propres à chaque service.

Si le nombre d'heures par demi-journée n'est pas défini par la réglementation, des indications sont toutefois données dans certains cas spécifiques, notamment aux fins de décompte et d'indemnisation des astreintes à domicile :

- Pour une astreinte déplacée, une plage de 5 heures cumulées, temps de trajet inclus, est convertie en une demi-journée dans les obligations de service. Par dérogation, les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention sur place sont décomptés à hauteur d'une demi-journée¹⁰ ;
- Pour le décompte du temps de travail relatif aux activités médicales programmées en première partie de soirée, une demi-journée correspond à 5 heures de travail cumulées, ou à 4 heures si le temps de travail est effectué en continu.

¹⁰ Voir le détail en annexe 3.

B. Les modalités de planification et de suivi du temps de travail

Afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique est arrêtée par le directeur d'établissement après avis de la COPS et de la CME et se traduit par l'instauration de tableau de service. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement¹¹.

Un tableau général de service définit annuellement, pour chaque structure (pôle et service), la durée de la période de jour et de la période de nuit (inférieures ou égales à 14 heures), chacune divisée en deux demi-périodes. Il permet de définir l'organisation prévisionnelle des activités et le besoin de temps de présence médicale par demi-période pour chaque service, en tenant compte des variations de l'activité en cours d'année et, le cas échéant, des activités médicales programmées en 1^{ère} partie de soirée (conformément à l'arrêté du 4 novembre 2016, cf. *annexe 4*).

Un tableau de service nominatif comportant l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile, et précisant le nom et la qualité du praticien qui en est chargé, est arrêté mensuellement, sur la base de cette organisation, par le directeur après avis du chef de pôle sur proposition du chef de service. Ce tableau prévisionnel est arrêté avant le 20 du mois précédent. Il est affiché dans les services, les départements ou les structures concernés. Chaque praticien a communication de l'extrait du tableau le concernant.

Un récapitulatif individuel sur quatre mois est établi et communiqué ou mis à la disposition du praticien. Il fait apparaître les périodes de temps de travail dont les gardes, les astreintes et les déplacements ainsi que, le cas échéant, la durée des absences et leur motif, afin de permettre le décompte des obligations de service du praticien. L'atteinte des obligations de service est appréciée à l'issue du quadrimestre.

C. La valorisation du temps de travail

1. Le temps de travail additionnel (TTA)¹²

Les praticiens peuvent accomplir du temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service, soit 10 demi-journées hebdomadaires pour les praticiens à temps plein, ou le nombre d'heures de travail convenues dans le cadre d'une organisation en temps continu. Toute période de TTA est réalisée sur la base du volontariat.

Le TTA se calcule à la fin du quadrimestre. Il comprend toutes les heures réalisées au-delà des obligations de service, appréciées à l'issue du quadrimestre, qui, cumulées en plage de 5 heures, sont converties en demi-période de TTA.

Recours dit « prévisible »	Afin de faire face à des besoins de temps de travail additionnel prévisibles, le chef de service peut proposer au praticien de s'engager contractuellement, pour une durée d'un an renouvelable, à effectuer un volume prévisionnel de TTA déterminé par quadrimestre.
Recours dit « ponctuel »	Le chef de service peut proposer au praticien de s'engager, au vu du tableau de service et sur la base du volontariat, à réaliser du TTA sur une période déterminée.

Que le recours au TTA soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel conclu entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement. Ce contrat, qui peut à tout moment être dénoncé sous réserve d'un préavis d'un mois, permet d'anticiper et de lisser la charge de travail sur l'année.

¹¹ Article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné.

¹² Article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné.

Des registres de temps travaillé, comprenant les contrats de TTA signés, les spécialités concernées et les périodes et heures de TTA effectuées par chacun des praticiens concernés, sont établis, afin de contrôler le recours à la contractualisation pour tout dépassement à la durée maximale du travail de 48 heures et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

Les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps de travail additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle en concertation avec les chefs de service ou responsables structure interne et après consultation des praticiens.

Le TTA généré par un dépassement de la borne horaire du service de jour ou du service de nuit doit demeurer exceptionnel. Dans le cas contraire, l'organisation médicale du service doit être modifiée sur proposition du chef de service après accord du chef de pôle ou, par défaut, sur proposition du chef de pôle.

Les périodes de TTA du praticien figurent au tableau de service prévisionnel conformément au contrat qu'il a signé. Ces périodes sont, au choix du praticien, rémunérées, récupérées, ou versées au compte épargne temps.

2. Le compte épargne temps (CET)¹³

Les personnels médicaux bénéficient d'un CET. Il est alimenté par le report de jours de congé annuel (5 maximum/an), de réduction du temps de travail ou de récupération qui n'ont pas pu être pris, dans la limite d'une progression de 20 jours par an et d'un plafond global de 208 jours.

Le praticien fait connaître son choix d'utilisation des jours épargnés au plus tard le 31 mars de chaque année. Il a le choix entre l'indemnisation des jours inscrits sur le CET et le maintien des jours sur le CET.

L'application des dispositions de la présente instruction doit s'inscrire dans un processus de concertation interne aux établissements de santé associant, outre le directoire et la communauté médicale, l'ensemble des pôles et des services.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale par intérim,



Sophie BARON

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

¹³ Articles R. 6152-802 à R. 6152-813 du Code de la santé publique et arrêté du 27 décembre 2012 pris en application du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

Annexe 1

Synthèse des modalités de décompte du temps de travail des praticiens hospitaliers

Décompte du temps de travail	Principe : demi-journée	Dérogation : décompte horaire	
Activités concernées	Toutes (sauf exceptions prévues ci-contre)	Possibilité d'organisation pour les activités d'anesthésie-réanimation, d'accueil et de traitement des urgences, de réanimation, de néonatalogie et réanimation postnatale et de gynécologie obstétrique(pour les structures réalisant plus de 2000 accouchements par an).	
Obligations de service hebdomadaires	10 demi-journées	Structures d'urgences-SAMU-SMUR : 39 heures de temps clinique + temps non clinique	Activités d'anesthésie-réanimation, de réanimation, de néonatalogie et réanimation postnatale et de gynécologie obstétrique : organisation du temps de travail au niveau du service, dans la limite de 48 heures hebdomadaires en moyenne sur le quadrimestre.
« Valence » non clinique (intégrée aux obligations de service)	1 demi-journée par semaine pour les praticiens hospitaliers à temps plein (sur autorisation au-delà et pour les praticiens hospitaliers à temps partiel et les praticiens contractuels)	Structures d'urgences-SAMU-SMUR : 1 à 9 heures de temps non clinique.	
Temps de travail additionnel	Déclenchement au-delà des obligations de service, appréciées à l'issue du quadrimestre (soit 10 demi-journées hebdomadaires pour les praticiens à temps plein, soit le nombre d'heures de travail convenues dans le cadre d'une organisation en temps continu).		
Permanence des soins	<p>Décompte des astreintes déplacées uniquement.</p> <p><u>Temps de trajet</u> : 1 heure décomptée par trajet dans la limite de 2 heures par astreinte.</p> <p><u>Temps d'intervention</u> : durée de l'intervention sur place</p> <p><u>Temps de déplacement</u> (temps de trajet et temps d'intervention cumulés) :</p> <ul style="list-style-type: none">- Il est décompté dans les obligations de service. Une plage de 5 heures équivaut à une demi-journée d'obligation de service ;- Par dérogation : lorsqu'une intervention dure 3 heures - hors trajet - le déplacement correspondant est décompté à hauteur d'une demi-journée ;- Le décompte du temps de déplacement réalisé au titre d'une seule période d'astreinte ne peut dépasser deux demi-journées ;- En cas de dépassement des obligations de service, le temps est récupéré ou indemnisé (via le temps de travail additionnel).		

Définition des modalités concrètes d'organisation du temps de travail médical

A. Le rôle du chef de service et du chef de pôle¹

Le chef de pôle organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle.

Les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Le chef de service, ou, à défaut, le responsable de la structure interne, organise au quotidien les activités du service ou de la structure et le temps de travail des praticiens qui, placés sous sa responsabilité, y sont affectés.

Le chef de service constitue ainsi le premier échelon de suivi du temps de travail des praticiens au sein des établissements publics de santé. Il est responsable de l'établissement du tableau de service prévisionnel et valide le tableau de service mensuel réalisé. La Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite « RIST » a réaffirmé et conforté les responsabilités du chef de service, pour un management de proximité efficace, garant de réactivité, qualité de vie au travail, prévention des risques psycho-sociaux et des conflits.

B. Le rôle de la direction et des instances médicales (CME, COPS)

L'arrêté du 10 septembre 2002 et l'arrêté du 30 avril 2003 précisent le rôle de la CME et de la COPS en matière d'organisation de la permanence des soins et de contrôle des tableaux de service mensuels. Dès lors, le directeur, avec la COPS, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des chefs de service ou des responsables de structure interne. Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la CME en tenant compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement².

La COPS donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens. Elle établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la CME.

La COPS assure également le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et du respect des mesures relatives aux modalités de recours au temps de travail additionnel. À ce titre, elle examine, au moins tous les quatre mois, les registres du temps de travail additionnel et en rend compte à la CME.

¹ Article L. 6146-1-1 du Code de la santé publique.

² Article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) définit les orientations stratégiques communes pour le temps de travail des personnels médicaux, dans les limites des compétences des établissements parties. Ces orientations, établies en cohérence avec la stratégie médicale du groupement, sont soumises au comité stratégique pour approbation³.

Le comité stratégique du GHT définit le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins sur la base des propositions de la commission médicale de groupement⁴.

C. La fixation des bornes horaires du service de jour et du service de nuit dans les règlements intérieurs des établissements

Il revient aux établissements de santé de déterminer les modalités concrètes d'organisation du temps de travail médical, et notamment de fixer les bornes horaires du service de jour et du service de nuit. Ces modalités sont fixées par les règlements intérieurs et tiennent compte des spécificités de chaque service.

Le temps de présence exigé pour chaque période de jour ou de nuit permet de s'assurer que le praticien reste en deçà de la borne des 48 heures hebdomadaires. La borne des 48 heures est une borne maximum. Les établissements peuvent décider de fixer une borne inférieure dans leur règlement intérieur.

La fréquence mensuelle du relevé des obligations de service réalisées permet le réajustement si nécessaire des tableaux service prévisionnels des mois suivants afin de garantir le respect des obligations de service calculées en moyenne sur le quadrimestre.

Les règlements intérieurs des établissements de santé peuvent également prévoir des modalités de décompte de temps de pause spécifiques, comme la pause déjeuner, ou un temps de pause dont la durée minimale est à définir, toutes les 6 heures au moins. Ces modalités font toutefois l'objet d'exceptions pour tenir compte de la nature des activités exercées par les praticiens. Le temps de pause est inclus dans l'amplitude horaire des journées ou des demi-journées, mais ne constitue pas du temps de travail effectif.

D. Les outils de gestion et de suivi informatisé du temps de travail⁵

L'outil informatique doit constituer un appui utile au suivi du temps de travail et à la lisibilité pour les praticiens.

Alors que le système d'information convergent constitue une fonction support des GHT et que la gestion des ressources humaines médicales est désormais une compétence mutualisée, il est recommandé aux établissements parties à un même GHT d'engager un projet d'acquisition d'un système d'information sur les ressources humaines (SIRH) commun pour la gestion du temps de travail médical.

³ Article L. 6132-3 du Code de la santé publique.

⁴ Article R. 6132-10-1 du Code de la santé publique.

⁵ [Feuille de route du numérique en santé 2023-2027](#), Délégation ministérielle au numérique en santé, mai 2023. Voir notamment la partie 2 « Redonner du temps aux professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique ».

Annexe 3

Décompte du temps travail effectué en astreinte¹

Seules les astreintes déplacées font l'objet d'un décompte du temps de travail par quadrimestre.

Le temps de trajet est comptabilisé forfaitairement comme 1 heure de trajet. Une astreinte ne peut générer plus de 2 heures de temps de trajet.

Le temps d'intervention est comptabilisé, à l'heure, par plage de 5 heures (trajet inclus). Chaque plage équivaut à une demi-journée d'obligation de service. Le reliquat des heures restant inférieures à la durée d'une plage est reporté dans le quadrimestre suivant. Par dérogation, toute intervention (hors trajet) supérieure à 3 heures au titre d'une seule astreinte est décomptée à hauteur d'une demi-journée. Les fractions d'heures ne sont pas comptabilisées ou sont comptées pour 1 heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à 30 minutes.

Le temps de déplacement (temps de trajet et d'intervention) en astreinte est décompté au titre des obligations de service. À l'issue du quadrimestre, en cas de dépassement des obligations de service, le temps d'intervention en astreinte génère du temps de travail additionnel qui peut être, au choix du praticien, récupéré ou indemnisé.

¹ Article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et instruction n° DGOS/RH5/2025/92 du 27 août 2025 relative à la refonte du régime d'indemnisation des astreintes à domicile des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques et des personnels enseignants et hospitaliers dans les établissements publics de santé.

Annexe 4

Activités médicales programmées en première partie de soirée

L'arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée permet de prendre en compte, sous forme de temps de travail additionnel, la réalisation de certaines activités lorsqu'elles s'étendent au-delà des horaires habituels de la période de jour et débordent sur la période de permanence des soins. Il s'agit en particulier des activités programmées impliquant des plateaux techniques (bloc opératoire, imagerie) susceptibles de fonctionner jusqu'à 20 heures.

Un praticien participant à ces activités ne peut assurer simultanément à ces activités une garde ou une astreinte.

Le temps réalisé en première partie de soirée, comptabilisé comme du temps de travail relevant des obligations de service, est inscrit au tableau de service et intégré au service quotidien de jour (et non à la permanence des soins).

Par dérogation au décompte en demi-journée, le décompte de ce temps de travail est réalisé en heures :

- Une demi-journée toutes les 5 heures cumulées ;
- Lorsque le temps de travail effectué en continu atteint 4 heures consécutives, il est décompté à hauteur d'une demi-journée.

Cadre juridique relatif à l'activité d'intérêt général, à l'activité partagée et au cumul d'activité

L'activité d'intérêt général (AIG)¹

Elle est ouverte aux praticiens hospitaliers (PH) exerçant à temps ou à temps partiel (au moins 80 %). Pour les PH exerçant à temps plein, l'activité d'intérêt général (AIG) est limitée à deux demi-journées maximum par semaine en moyenne sur le quadrimestre. Pour les PH exerçant à 8 ou 9 demi-journées hebdomadaires, l'AIG est limitée à 1 demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre.

Les PH peuvent exercer dans le cadre de leurs obligations de service des activités qui présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques.

Ces activités sont externes à l'établissement. Elles peuvent donner lieu à rémunération.

Le praticien qui consacre 2 demi-journées par semaine à une activité d'intérêt général externe ne peut exercer une activité libérale.

L'exercice d'une activité d'intérêt général à raison d'1 demi-journée par semaine est compatible avec l'exercice d'une activité libérale pour une durée réduite à due concurrence, soit à hauteur d'1 demi-journée par semaine².

L'AIG est soumise à l'autorisation motivée du directeur de l'établissement hospitalier. Celui-ci prend sa décision en fonction de la nature de l'activité envisagée et de la structure d'accueil. Le praticien demandeur doit fournir à son administration hospitalière tous les renseignements utiles à l'appui de sa demande. Le temps que le praticien souhaite consacrer à cette activité doit être porté à la connaissance de la direction de l'établissement et être inscrit sur le tableau de service, après avis du chef de pôle, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure interne.

L'activité partagée³

Le directeur de l'établissement peut proposer au praticien de répartir ses fonctions entre plusieurs établissements. Après avoir recueilli les avis locaux requis et avec l'accord du praticien, l'ensemble des établissements formalise une convention.

Celle-ci détermine les modalités de répartition de l'activité du praticien et la fraction des émoluments, indemnités et charges annexes qui est supportée par chaque établissement.

Dans le cadre de leurs obligations de service, les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein peuvent pratiquer une activité ambulatoire en dehors de leur établissement d'affectation dans une zone mentionnée au 1° de l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique, caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins⁴.

¹ Article R. 6152-30 du Code de la santé publique.

² Article R. 6154-1 du Code de la santé publique.

³ Articles R. 6152-4 du Code de la santé publique.

⁴ Article L. 1434-4 du Code de la santé publique.

Le cumul d'activités⁵

a) Le régime de déclaration à l'employeur concerne le cumul avec :

- *Une activité privée lucrative* : l'ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières a assoupli l'interdiction de cumul afin de faciliter les exercices mixtes et d'encourager les passerelles entre la ville et l'hôpital. Pour les praticiens n'exerçant pas à temps plein à l'hôpital, le principe est celui de la déclaration préalable auprès de son établissement employeur. Un praticien dont la quotité de travail est inférieure ou égale à 90 % peut donc exercer à titre professionnel une activité privée lucrative, en dehors de ses obligations de service, sous réserve du respect des repos de sécurité et du temps de travail. Un praticien à temps plein ne peut pas exercer une activité privée lucrative sous le régime de la déclaration ;
- *Une activité privée au sein d'une société ou d'une association*⁶ ;
- *La création ou la reprise d'une entreprise*⁷ : par principe, un praticien ne peut créer ou reprendre une entreprise lorsqu'il exerce ses fonctions à temps plein. En revanche, cela est possible lorsque le praticien exerce à temps partiel. Le praticien exerçant à temps plein qui souhaite créer ou reprendre une entreprise ou exercer une activité libérale doit demander une modification de sa quotité de travail pour pouvoir exercer une activité libérale, créer ou reprendre une entreprise ;
- *Des missions d'expertise judiciaire*⁸ : les praticiens exerçant leurs fonctions à temps plein peuvent réaliser des missions expertises judiciaires dans le cadre de leurs obligations de service dans la limite de 2 demi-journées par semaine (moyenne calculée sur un quadrimestre).

b) Le régime de l'autorisation par l'employeur concernant le cumul avec des activités dites accessoires⁹ :

Ce régime s'applique aux praticiens qui exercent à plus de 90 % et à temps complet. Il s'applique en supplément de l'activité principale et peut être exercé auprès d'une structure publique, privée ou sous le régime d'auto-entrepreneur. Un même agent peut être autorisé à exercer plusieurs activités accessoires.

L'activité accessoire, occasionnelle ou régulière, doit être limitée dans le temps et exercée en dehors des heures de service. Elle ne peut pas avoir pour objet de pourvoir un emploi vacant, même si cet emploi n'est pas assuré à temps complet. L'emploi doit répondre à un besoin ponctuel. Si l'employeur estime que ces conditions sont respectées, alors il peut donner son accord pour la réalisation de cette activité accessoire.

La liste limitative des activités accessoires susceptibles d'être autorisées est fixée à l'article R. 123-8 du Code général de la fonction publique.

⁵ [Foire aux questions](#) du Ministère du travail, de la santé et des solidarités, Direction générale de l'offre de soins, Sous-direction des ressources humaines du système de santé, Bureau des personnels médicaux hospitaliers (RH5) - Juillet 2024.

⁶ Article L. 123-4 du Code général de la fonction publique.

⁷ Article L. 123-8 du Code général de la fonction publique.

⁸ Article R. 6152-30-1 du Code de la santé publique.

⁹ Article L. 123-7 du Code général de la fonction publique.

c) Le cumul avec une activité bénévole

L'exercice d'une activité bénévole est libre, sous réserve du respect des principes déontologiques. La production d'œuvres de l'esprit, tant qu'elle respecte le devoir de discrétion et le secret professionnel, s'exerce également librement et peut faire l'objet d'une rémunération. Aucune information ou autorisation n'est donc nécessaire dans ce cas.

d) L'activité libérale intra hospitalière (ALIH)

L'ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières a modifié les conditions d'exercice de l'ALIH. Les praticiens bénéficient de la possibilité de développer un exercice libéral au sein même d'un établissement public de santé, dans le cadre de leurs obligations de service, sous réserve de diverses conditions¹⁰. Ainsi, l'ALIH ne peut être réalisée que par les praticiens n'exerçant pas déjà une activité libérale en dehors des établissements publics de santé.

Les praticiens exerçant à 80 % ou à 90 % peuvent désormais prétendre à l'ALIH à hauteur d'1 demi-journée par semaine. Elle peut être exercée au sein d'un autre établissement public de santé membre du même groupement hospitalier de territoire, sur deux sites au maximum. L'exercice d'une activité libérale donne lieu à la conclusion d'un contrat entre le praticien hospitalier et l'établissement.

Ce dispositif est à distinguer de l'exercice d'une activité libérale dans le cadre d'une autre structure (ex : en cabinet de ville). Dans ce dernier cas, le régime applicable en matière de cumul est celui de l'exercice d'une activité privée lucrative.

¹⁰ Articles L. 6154-1 et L. 6154-2 du Code de la santé publique.