



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

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Instruction n° DGOS/RH5/2026/57 du 6 mai 2026 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

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 : SFHH2610115J (numéro interne : 2026/57)
Date de signature	06/05/2026
Emetteur	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	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
Action à réaliser	Accompagner les établissements publics de santé dans la mise en œuvre de la forfaitisation des astreintes à domicile des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques et des personnels enseignants et hospitaliers, en cohérence avec les dispositions établies dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) et du volet dédié à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) des prochains schémas régionaux de santé (SRS).
Résultat attendu	Mise en place, par les établissements publics de santé, des niveaux de forfaits permettant l'indemnisation des astreintes selon les nouvelles modalités.
Echéance	1 ^{er} novembre 2025
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	6 pages + 3 annexes (3 pages) Annexe 1 : Définition des forfaits d'astreinte et critères de classement des astreintes au sein des forfaits Annexe 2 : Procédure de mise en place de la forfaitisation des astreintes Annexe 3 : Modalités d'indemnisation et de comptabilisation du temps de travail dans le cadre des astreintes médicales à domicile
Résumé	La présente instruction précise les modalités de mise en œuvre du nouveau régime de forfaitisation des astreintes à domicile.
Mention Outre-mer	L'instruction s'applique en l'état à l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Astreinte ; forfaitisation ; indemnisation.
Classement thématique	Personnel de la fonction publique hospitalière
Textes de référence	- Articles R. 6152-27 et R. 6152-28 du Code de la santé publique (CSP) ; - 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 ; - Instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant 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 les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
Instruction abrogée	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 modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements publics de santé et commissions médicales d'établissement des établissements publics de santé.
Validée par le CNP le 24 avril 2026 - Visa CNP 2026-23	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	1 ^{er} mai 2026

Jusqu'à présent, la réglementation prévoyait deux modalités possibles de rémunération des astreintes à domicile des personnels médicaux dans les établissements publics de santé : une indemnité constituée d'une indemnité forfaitaire de base et de l'indemnisation au réel des déplacements éventuels survenus au cours de l'astreinte déclarés par les praticiens, ou une indemnisation entièrement forfaitisée¹.

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.

La réforme portée par l'arrêté du 8 juillet 2025 portant diverses dispositions relatives à l'organisation et à l'indemnisation de la permanence des soins dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes consiste en la généralisation de la forfaitisation de l'indemnisation des astreintes, dans le cadre de nouveaux forfaits revalorisés. **La forfaitisation, qui était minoritaire dans les établissements publics de santé, devient ainsi le régime unique d'indemnisation des astreintes à domicile.**

La refonte du régime d'indemnisation des astreintes répond à trois enjeux principaux, en cohérence par ailleurs avec les dispositions établies dans le cadre des GHT ainsi que des nouveaux schémas régionaux de santé et de leur volet dédié à la PDES (partie I.3 de l'instruction) :

- Simplifier les modalités d'indemnisation des astreintes, tant pour les praticiens que pour les directions des établissements et leurs instances médicales, commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) et commission médicale d'établissement (CME) ;
- Revaloriser l'ensemble des astreintes, y compris les astreintes rarement déplacées, tout en conservant une rémunération significativement supérieure des astreintes déplacées ;
- Proposer un niveau de forfaitisation plus fin, avec une gradation de l'indemnisation, permettant de mieux prendre en compte l'intensité des astreintes et de l'adapter aux pratiques de télémedecine, au-delà de la dichotomie entre astreinte déplacée et astreinte non déplacée.

I. Modalités de mise en œuvre de la forfaitisation des astreintes à domicile

1. Forfaits d'astreinte

Afin de conserver une marge d'appréciation aux établissements, tenant compte de la diversité des situations et de l'avis des instances médicales, la COPS et la CME, le nombre de forfaits d'astreinte et les montants d'indemnisation associés ne sont pas imposés par la réglementation. Les établissements doivent néanmoins prévoir au minimum trois forfaits d'astreinte et fixer des montants respectant les seuils réglementaires « plancher » et « plafond ».

Les forfaits d'astreinte sont ainsi définis par l'établissement dans la limite d'un seuil minimal de 70 € et d'un seuil maximal de 280 €. Le forfait d'astreinte correspond à une nuit ou deux demi-journées d'astreinte. Une demi-astreinte est indemnisée à hauteur de la moitié du montant de l'indemnité forfaitaire fixé.

La forfaitisation de l'indemnisation de l'astreinte implique que les déplacements survenus au cours de l'astreinte ne sont pas indemnisés en sus de l'indemnité forfaitaire perçue par le praticien en astreinte.

Ces modalités d'indemnisation des astreintes concernent les personnels médicaux seniors.

2. Critères de classement des astreintes au sein des forfaits

La définition de différents forfaits d'astreinte vise à permettre une juste rémunération de l'astreinte en fonction de sa pénibilité et de sa complexité. Le classement des astreintes au sein des forfaits doit tenir compte de l'intensité moyenne de l'activité lors de l'astreinte, de la fréquence des déplacements, de la réalisation d'actes en télémedecine lors de l'astreinte et de l'activité de recours territorial ou régional de l'établissement.

Des critères complémentaires peuvent être utilisés par les établissements, en lien avec la COPS et la CME, pour apprécier la pénibilité de l'astreinte et justifier son classement dans un forfait (voir en annexe 1).

Par ailleurs, le nombre de lignes d'astreintes classées au sein d'un même forfait ne peut excéder 40 % du nombre total de lignes d'astreintes au sein de l'établissement. Cette disposition doit permettre de s'assurer de la gradation établie au sein de chaque établissement, garante par ailleurs des capacités de financement et des crédits associés à la rémunération des lignes d'astreinte.

3. Mise en place de la forfaitisation en cohérence avec le schéma territorial de la permanence des soins du GHT²

La définition des différents forfaits et la répartition des lignes d'astreintes au sein des forfaits sont réalisées en associant la COPS et la CME de l'établissement.

Par ailleurs, **la mise en place de la forfaitisation doit s'inscrire :**

1° Dans le cadre des orientations stratégiques communes en matière de rémunération et de temps de travail des personnels médicaux, définies par l'établissement support du GHT pour le compte des établissements partie au groupement, conformément à sa compétence prévue au 5° de l'article L. 6132-3 du CSP.

2° Dans le cadre du schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins intégré au projet médical partagé du groupement défini à l'article R. 6132-3 du CSP.

Le projet de forfaitisation de l'établissement est transmis au directeur général de l'ARS au plus tard le 31 octobre 2025.

Une attention sera portée par l'ARS à l'équilibre des projets de forfaitisation à l'échelle du territoire de santé et à leur cohérence avec le volet relatif à l'organisation de la PDSES du SRS. L'ARS se réserve le droit de revenir vers les établissements en cas d'interrogation sur la cohérence avec le SRS ou sur le caractère homogène de la forfaitisation, notamment pour les activités des équipes médicales et les établissements qui sont à proximité d'autres GHT.

Le directeur général de l'ARS présente à la commission régionale paritaire, deux fois par an, le bilan global de l'organisation des astreintes à domicile transmis par les établissements publics de santé de la région.

La forfaitisation prend effet le 1^{er} novembre 2025, dans le cadre des nouveaux schémas régionaux de santé et de leur volet dédié à la PDSES. Le dispositif de forfaitisation doit être réévalué régulièrement afin de s'assurer de la pertinence du classement des lignes d'astreintes au sein des forfaits. Ainsi, une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur de l'établissement avec la COPS et la CME. Le directeur la transmet chaque année au conseil de surveillance et au directeur général de l'ARS.

II. Décompte du temps d'intervention et récupération des astreintes à domicile

1. Intégration du temps d'intervention dans les obligations de service et droit au repos du praticien

La forfaitisation de la rémunération de l'astreinte n'exonère pas du maintien du décompte du temps d'intervention réalisé en astreinte.

² Les modalités de mise en place de la forfaitisation sont précisées en annexe 2.

En cas de déplacement survenu au cours de l'astreinte, le temps d'intervention sur place et de trajet est décompté selon les modalités existantes et intégré aux obligations de service du praticien. 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, indemnisé, récupéré ou versé au compte épargne-temps selon les modalités prévues aux articles 4 et 13 de l'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. Ce faisant, le praticien participant à une astreinte doit se voir proposer la possibilité d'établir un contrat de temps de travail additionnel conformément aux dispositions de l'instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014.

Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés lors d'un déplacement survenu au cours d'une astreinte sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien. Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement survenu au cours de l'astreinte est garanti au praticien.

2. Récupération des astreintes à domicile

Comme le prévoit l'article 17 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné, le praticien peut choisir la récupération de l'astreinte, sous réserve du respect de la continuité de service aux heures ouvrables pendant la semaine (samedi matin inclus), après accord des chefs de service et chefs de pôle concernés. Un principe de gradation de la récupération est conservé selon la pénibilité de l'astreinte :

- une demi-journée de récupération pour une astreinte ayant donné lieu à déplacement (quel que soit le forfait dans lequel l'astreinte est classée et quelle que soit la durée du déplacement) ;
- une demi-journée de récupération pour deux astreintes classées au sein d'un forfait correspondant aux astreintes qui donnent lieu à des appels fréquents ou des actes réalisés en télémedecine ;
- une demi-journée de récupération pour cinq astreintes classées au sein d'un forfait correspondant aux astreintes qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

Les astreintes qui ont donné lieu à récupération ne sont pas indemnisées.

Il revient aux directions d'établissement de garantir l'information des praticiens sur les modalités d'indemnisation ou de récupération des astreintes et de décompte du temps de travail dans ce cadre.

III. Cas des déplacements exceptionnels hors astreinte

En cas de déplacement survenu la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou un jour férié alors que le praticien n'est pas d'astreinte, ce dernier ne perçoit pas l'indemnité forfaitaire d'astreinte. Le temps d'intervention et de trajet est décompté selon les modalités applicables au décompte du temps de travail en astreinte, précisées au II de l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 susmentionné. Le déplacement est rémunéré, par plage de cinq heures, par une demi-indemnité de sujétion de garde, comme dans le cadre de la permanence sur place, qui se cumule, le cas échéant, avec une demi-indemnité de temps de travail additionnel, selon les modalités d'indemnisation prévues à l'article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003. Les déplacements exceptionnels d'une durée de trois heures d'intervention sur place sont comptabilisés à hauteur d'une demi-journée et rémunérés selon les mêmes modalités.

IV. Indemnisation des astreintes à domicile des personnels enseignants et hospitaliers

À la différence des autres praticiens, les personnels enseignants et hospitaliers ne génèrent pas de temps de travail additionnel (TTA) du fait de leurs déplacements en astreinte. Aussi, comme c'est le cas pour les gardes sur place au B de l'article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003, les modalités spécifiques d'indemnisation des astreintes à domicile qui leur sont applicables sont précisées à l'article 14 bis de l'arrêté du 30 avril 2003.

Depuis le 1^{er} mai 2026, le forfait d'astreinte peut être majoré pour les personnels enseignants et hospitaliers dans la limite d'un plafond de 500 € pour une nuit ou deux demi-journées d'astreinte. Cette majoration spécifique doit permettre de garantir la juste valorisation des astreintes particulièrement dérangées réalisées par des praticiens hospitalo-universitaires, notamment s'agissant des activités de prélèvement et de transplantation d'organes ou de certaines activités interventionnelles.

La majoration doit être déterminée en fonction de la fréquence et de la durée des déplacements, selon des modalités fixées par le directeur de l'établissement, sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence de soins. Il peut s'agir, au choix, d'une majoration systématique du forfait, spécifique aux personnels enseignants et hospitaliers, fixée pour chaque ligne d'astreinte ou d'une majoration variable, déterminée en fonction d'un barème lié au nombre et à la durée des déplacements constatés dans le mois. Quelles que soient les hypothèses retenues, ces modalités et les valorisations indemnitaires associées doivent être explicitées dans le schéma de forfaitisation des astreintes.

Vous voudrez bien diffuser aux chefs d'établissement relevant de votre compétence, ainsi qu'aux présidents de CME et de commission médicale de groupement (CMG), la présente instruction afin de faciliter l'application de la réglementation en vigueur.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe,



Sophie BARON

Pour la ministre et par délégation :

La cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins par intérim,



Clotilde DURAND

Annexe 1

Définition des forfaits d'astreinte et critères de classement des astreintes au sein des forfaits

1. Définition des forfaits

Le nombre de forfaits d'astreinte et les montants d'indemnisation associés ne sont pas imposés par la réglementation. Deux conditions doivent néanmoins être respectées :

- Les établissements doivent prévoir au minimum trois forfaits d'astreinte ;
- Les montants des forfaits doivent être compris entre 70 € et 280 €.

Ainsi, à titre d'exemple, quatre forfaits d'astreintes pourraient être définis, selon une gradation de la rémunération tenant compte de la lourdeur de l'astreinte, étant entendu que le premier forfait ne saurait être inférieur à 70 €, et que le forfait le plus élevé ne saurait excéder le montant de 280 €, la gradation ainsi définie devant garantir la meilleure prise en compte possible de la diversité des astreintes au sein de l'établissement.

2. Classement des astreintes

Le classement des astreintes au sein des forfaits doit tenir compte des critères réglementaires :

- l'intensité moyenne de l'activité lors de l'astreinte ;
- la fréquence des déplacements ;
- la réalisation d'actes en télé médecine (téléexpertise, télésurveillance, téléassistance) lors de l'astreinte ;
- l'activité de recours territorial ou régional de l'établissement (en centre hospitalier universitaire -CHU notamment).

Par ailleurs, des critères complémentaires peuvent être utilisés par les établissements, en lien avec la COPS et la CME, pour apprécier notamment l'intensité de l'activité lors de l'astreinte et sa pénibilité. À titre d'exemple, peuvent être pris en compte :

- la fréquence moyenne des sollicitations téléphoniques et leur survenue, plutôt en première partie de nuit ou tout au long de la nuit ;
- la durée moyenne des interventions sur place en cas de déplacement et leur nature ;
- l'étendue du territoire couvert par l'astreinte ;
- la période de réalisation de l'astreinte (la nuit ou en journée le week-end) ;
- le nombre de praticiens participant à la ligne d'astreinte ;
- la présence d'une ligne de garde d'internes, de nature à limiter les sollicitations du praticien sénior en astreinte.

Procédure de mise en place de la forfaitisation des astreintes

1. Le rôle de la COPS

La COPS définit annuellement, avec le directeur de l'établissement, après avis de la CME, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre ; elle donne un avis sur la mise en place de la forfaitisation des astreintes et propose au directeur les montants des indemnités forfaitaires d'astreinte.

2. Le rôle des instances du GHT

La mise en place de la forfaitisation doit s'inscrire dans le cadre des **orientations stratégiques communes en matière de rémunération** et de temps de travail des personnels médicaux, définies par l'établissement support du GHT pour le compte des établissements partie au groupement. Ces orientations stratégiques communes, établies en cohérence avec la stratégie médicale du groupement, sont définies par le comité stratégique, sur la base des propositions de la CMG.

Ces deux instances du GHT peuvent ainsi proposer un cadre et des lignes directrices sur lesquels les établissements partie s'appuieront afin de définir les niveaux de forfaits correspondant à la pénibilité des différentes lignes d'astreinte.

Par ailleurs, afin de garantir une cohérence des travaux entre les établissements partie au GHT, la définition des forfaits d'astreintes doit s'inscrire dans le cadre du **schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins** intégré au projet médical partagé du groupement. Conformément aux dispositions de l'article R. 6132-3 du CSP, le projet médical partagé comprend notamment les principes d'organisation des activités portant sur la permanence et la continuité des soins définis par le schéma territorial organisé et coordonné au niveau du GHT. Il est élaboré pour mémoire par la commission médicale de groupement et arrêté par le comité stratégique, après avis des CME des établissements partie au groupement.

Le projet de chaque établissement partie doit faire par conséquent l'objet d'une présentation et d'un avis des instances du GHT, CMG et comité stratégique.

3. Le rôle de l'ARS

Le projet médical partagé est soumis pour approbation au directeur général de l'ARS, dans les conditions prévues à l'article R. 6132-6 du CSP. En effet, pour mémoire, le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins du GHT doit s'inscrire en cohérence avec le volet relatif à la PDES du SRS mentionné à l'article R. 6111-41 du CSP.

Le projet de forfaitisation est transmis à l'ARS.

Annexe 3

Modalités d'indemnisation et de comptabilisation du temps de travail dans le cadre des astreintes médicales à domicile

