ALLIANCE HÔPITAL
SNAM-HP & CMH

Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics

Coordination Médicale Hospitalière

Lettre d'information

26 Octobre 2026

« Le temps de travail des médecins hospitaliers : véritable enjeu de politique de santé »

Le 26 octobre 2026

La question du temps de travail des médecins, longtemps traitée comme un sujet statutaire ou réglementaire, s'est imposée depuis 2022-2023 comme un véritable enjeu de politique de santé : enjeu d'accès aux soins face à la raréfaction de la ressource médicale, enjeu de santé publique et de sécurité des patients, enjeu d'attractivité et de prévention de l'épuisement professionnel.

1. Le cadre réglementaire : l'instruction DGOS n° DGOS/SDRH/RH5/2025/170 du 30 décembre 2025

Cette instruction de la DGOS vise à expliciter la réglementation relative au temps de travail des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé, à la suite des trois décisions du Conseil d'État du 22 juin 2022.

Le Conseil d'État a validé le décompte en demi-journées, jugé compatible avec la directive européenne et l'objectif d'accessibilité de la norme, mais a exigé que les établissements se dotent d'un dispositif fiable, objectif et accessible pour décompter le nombre journalier d'heures travaillées et garantir le respect du plafond de 48 heures.

Principes de décompte :

Dimension	Règle
Obligations de service	10 demi-journées par semaine pour un praticien à temps plein dans la limite de 48 h hebdomadaires en moyenne sur un quadrimestre
Dérogation horaire	Temps médical continu possible pour l'anesthésie-réanimation, les urgences, la réanimation, la néonatalogie et la gynécologie-obstétrique (> 2 000 accouchements/an), sur proposition de la CME après avis de la COPS, pour un an renouvelable
Urgences-SAMU-SMUR	39 h de temps clinique « posté » + 1 à 9 h de temps « non posté », dans la limite globale de 48 h
Temps de travail additionnel	Déclenchement au-delà des obligations de service, appréciées à l'issue du quadrimestre
Repos quotidien	11 heures consécutives par période de 24 h ; durée de travail continue maximale de 24 h, suivie d'un repos équivalent immédiat
Valences non cliniques	Reconnues de droit à hauteur d'une demi-journée hebdomadaire pour les PH à temps plein (enseignement, recherche, responsabilités institutionnelles, etc.)

Correspondance demi-journée/heure : la réglementation ne fixe pas de durée horaire à la demi-journée ; c'est au règlement intérieur de chaque établissement de définir cette correspondance. Des indications existent toutefois pour les astreintes déplacées (une plage de 5 h cumulées, trajet inclus = une demi-journée; toute intervention de plus de 3 h = une demi-journée par dérogation) et pour la première partie de soirée (5 h cumulées ou 4 h en continu = une demi-journée).

Planification : tableau général de service annuel (bornes de jour et de nuit), tableau nominatif mensuel arrêté avant le 20 du mois précédent, récapitulatif individuel quadrimestriel. L'atteinte des obligations de service est appréciée à l'issue du quadrimestre.

Cumuls d'activité : activité d'intérêt général (2 demi-journées max à temps plein), activité partagée (convention entre établissements), activité libérale intrahospitalière (2 demi-journées pour les praticiens temps plein sur 2 sites max du GHT et 1 demi-journée pour ceux exerçant à 90 ou 80%), activité privée lucrative sur déclaration pour les quotités ≤ 90 %, activités accessoires sur autorisation au-delà. Le praticien à temps plein ne peut exercer d'activité privée lucrative en dehors de son établissement/GHT.

Télétravail : pratiquement exclu pour les personnels médicaux (présence physique requise), les téléconsultations étant encouragées. L'instruction recommande un SIRH commun au GHT pour le suivi du temps de travail.

2. Le rapport IGAS-IGF (2026) : un constat de déficit de pilotage

Le rapport IGAS-IGF publié fin août 2026 dresse un constat sévère de la gestion du temps médical à l'hôpital public : raréfaction des ressources médicales, intensification des charges administratives et cliniques, et défaillances du pilotage du temps de travail.

Données clés du constat

- 73 % des directions ne donnent aucune valeur horaire à la demi-journée, malgré les instructions nationales ;
- 81 % des médecins déclarent une organisation en demi-journées sans correspondance claire en heures ;
- seuls 45,7 % des établissements disposent d'un tableau mensuel des heures réalisées (29,1 % d'un tableau annuel) ;
- 40 % des établissements ne disposent d'aucun outil de suivi du temps médical ;
- le coût du temps de travail additionnel (TTA) a atteint 379 millions d'euros en 2024 (+69 % depuis 2015, le volume des plages ayant augmenté de 65 %) ; l'intérim médical explose sans encadrement suffisant ;
- le TTA, initialement conçu comme ponctuel, est devenu structurel dans certains services : seuls 27,4 % des établissements contractualisent systématiquement ces heures, et 67 % des médecins concernés n'ont aucun contrat de TTA.

Recommandations

Le rapport préconise de généraliser les tableaux de service, de mettre en place des systèmes d'information dédiés et des indicateurs de suivi, et de respecter l'obligation d'un dispositif fiable de décompte rappelée par le Conseil d'État en 2022. Une mesure précise du temps de travail est la condition pour piloter la démographie médicale, optimiser l'organisation des services et garantir les droits des médecins (repos, plafonds) comme la qualité des soins.

Alliance-Hôpital (SNAM-HP & CMH) appelle à une feuille de route urgente reconnaissant un « temps de travail juste et choisi », la durée de la demi-journée devant être de 4 heures et la journée comprendre 6 plages horaires afin de reconnaitre les activités de début de soirée.

3. Prudence méthodologique : le terme « baisse de productivité médicale » est inapproprié

Alliance-Hôpital (SNAM-HP & CMH) conteste le constat d'une « baisse de la productivité » des médecins hospitaliers du rapport IGAS-IGF, constat basé sur une augmentation de 10% du nombre d'ETP de médecins séniors entre 2019 let 2024 et une baisse de 3,3% du nombre de séjour MCO par ETP au cours de la même période.

Cette approche présente quatre limites méthodologiques :

1. Un ratio d'activité n'est pas une mesure de productivité : il ignore la complexité, la qualité et la pertinence des soins, et ne mesure pas le travail médical nécessaire par séjour.
2. Le case-mix s'est transformé : entre 2014 et 2024, les séjours en hospitalisation complète ont baissé de 7% et l'ambulatoire a progressé de 55 %. Additionner sans pondération un séjour de quelques heures et une hospitalisation complète de plusieurs jours rend la comparaison temporelle invalide.
3. La chronologie est trompeuse : le ratio est quasi stable de 2014 à 2019 (≈183 puis 181), s'effondre en 2020 (162, crise Covid) puis remonte de 8 % entre 2020 et 2024 (175). Sur la période homogène 2020-2024, l'indicateur n'est pas en baisse — le rapport lui-même titre l'activité « augmentée de 8 % sur 2020-2024 mais n'ayant pas retrouvé son niveau d'avant-Covid ».
4. Le numérateur est partiel et la production est collective : les séjours ne couvrent qu'une partie de l'activité (consultations, actes, RCP, enseignement, recherche, management) ; et un séjour dépend aussi des lits, des effectifs paramédicaux, des plateaux techniques et de l'aval — le rapport reconnaissant que les désynchronisations entre ressources médicales et non médicales sont une source majeure de perte de temps médical.

Il serait donc plus exact de parler d'une « diminution de 3,3 % entre 2019 et 2024 du nombre brut de séjours MCO rapporté aux ETP de médecins seniors » plutôt que d'une « baisse de la productivité des médecins hospitaliers ».

4. Du temps de travail à la politique de santé

Le Conseil National Professionnel de Médecine Intensive-Réanimation déplace la question du temps médical du champ statutaire vers celui de la politique de santé.

Le modèle historique reposant sur la disponibilité illimitée des médecins comme variable d'ajustement est épuisé ; le Covid a révélé la fragilité de cet équilibre. L'attractivité, la fidélisation et la prévention du burn-out sont désormais traitées comme des déterminants de la qualité et de la sécurité des soins, non comme des questions individuelles.

Alliance-hôpital (SNAM-HP & CMH) fait sienne les recommandations concrètes du CNPMIR :

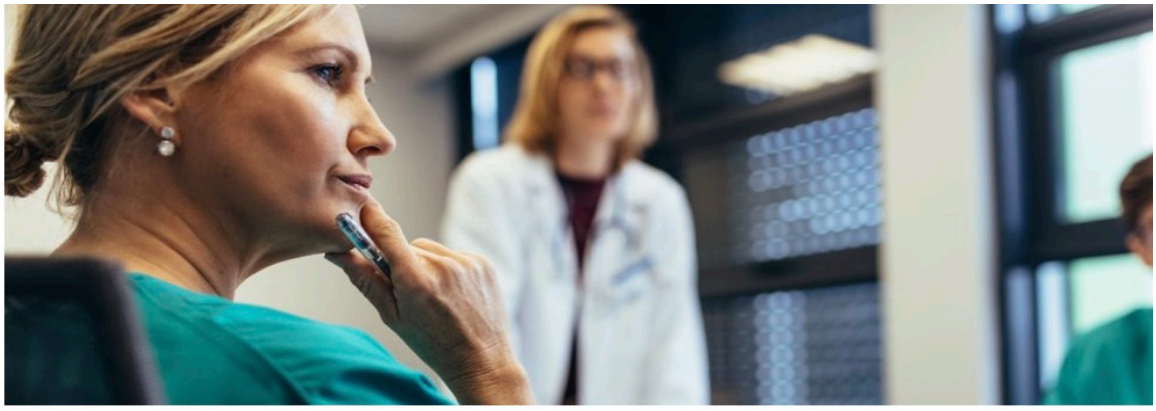
- Limiter à 16 heures consécutives le temps de travail en période de permanence des soins ;
- Reconnaître la permanence de nuit à hauteur de 3 demi-journées de 4 heures ou la calculer en heures au choix des équipes ;
- Faire respecter le libre choix des praticiens pour le temps de travail additionnel entre rémunération et récupération ;
- Objectiver les besoins médicaux réels en intégrant les activités invisibles (enseignement, encadrement, recherche, coordination) ;
- Reconnaître les missions transversales en intégrant le temps consacré aux activités éloignées du lit du patient dans le calcul des besoins médicaux ;
- Envisager le temps médical comme un levier stratégique de qualité des soins, d'attractivité des métiers et de résilience du système de santé, en convergence avec les débats européens sur la qualité de vie au travail.

5. Conclusion

D'abord, la norme existe mais n'est pas appliquée. L'instruction DGOS de décembre 2025 redit ce que la réglementation impose (décompte fiable, contractualisation du TTA, repos de sécurité) et le rapport IGAS-IGF documente précisément le fossé entre la norme et les pratiques.
Ensuite, le temps médical est devenu une ressource rare qu'il faut mesurer et allouer. Sa baisse tendancielle en ville comme à l'hôpital (temps partiel en hausse dans les spécialités sous tension, aspiration générale à un meilleur équilibre vie professionnelle-vie personnelle) impose de passer d'une gestion implicite, reposant sur la bonne volonté et le surinvestissement, à un pilotage outillé : données consolidées par médecin, maquettes organisationnelles par spécialité, stratégie territoriale au niveau des GHT.
Enfin, **la réforme du temps de travail est indissociable de la réorganisation territoriale de l'offre de soins et de la question de la rémunération**. Les français ont besoin d'un système hospitalier qui attire, forme et fidélise les professionnels en traitant **attractivité, qualité et sécurité des soins comme trois dimensions interdépendantes.** Le temps de travail des Praticiens

Hospitaliers n'est plus une question d'horaires : il est devenu un **enjeu de politique de santé.**

Alliance-Hôpital (SNAM-HP & CMH) :
Toutes les Disciplines, Tous les Statuts,
Pour la défense de l'hôpital public et des praticiens qui y exercent.



ALLIANCE-HÔPITAL (SNAM-HP & CMH)
15, rue Ferdinand DUVAL – 75 004 PARIS

www.alliance-hopital.com