

RAPPORT

Le temps de travail des médecins

Établi par

RÉMY **SLOVE**
Inspecteur des finances

LÉONORE **LAFARGUE**
Inspectrice des finances
adjointe

NOÉMIE **CARLIER**
Inspectrice stagiaire des
finances

OLIVIER **PERNET-COUDRIER**
Data scientist au pôle science
des données de l'IGF

Sous la supervision de
FRANÇOIS **AUVIGNE**
Inspecteur général des finances

THOMAS **LE LUDEC**
Inspecteur général
des affaires sociales

SOPHIE **LEBRET**
Inspectrice des
affaires sociales

- JUILLET 2026 -

INTRODUCTION

Le Premier ministre a confié à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances une mission visant à dresser l'état des lieux du temps de travail des médecins en ville et à l'hôpital.

Conformément à la lettre de mission, le présent rapport a pour objet :

- ◆ de recenser l'ensemble des sources de données disponibles permettant d'approcher le temps de travail médical ;
- ◆ de faire un état des lieux des connaissances à date portant sur le temps de travail des médecins en ville et à l'hôpital, sur ses évolutions et sur l'efficacité des dispositifs permettant de l'optimiser ;
- ◆ d'apporter des éléments d'objectivation concernant les liens entre temps de travail et activité libérale des médecins en ville ;
- ◆ d'analyser l'organisation du temps de travail à l'hôpital public, du point de vue de la conformité et du pilotage.

La notion de temps de travail des médecins recouvre plusieurs dimensions qui n'ont fait l'objet d'aucune définition précise qu'elle soit juridique ou académique. Dans ce rapport, le temps de travail médical ou temps de travail des médecins est défini comme l'ensemble du temps professionnel consacré par les médecins à l'exercice de leurs fonctions, qu'il s'agisse du temps directement clinique avec le patient (consultations, visites, actes techniques), du temps clinique indirect pour traiter le patient en dehors de la consultation (coordination avec d'autres professionnels de santé, analyse de résultats et tenue du dossier médical, échange avec la famille, etc.) et du temps non clinique qui n'est pas relié à un patient mais inhérent à l'activité médicale qu'elle soit libérale ou en établissement de santé (formation, recherche, tâches administratives, encadrement, ...).

Le temps médical désigne quant à lui la quotité de temps clinique disponible apportée par l'ensemble des médecins dans une même structure ou un même territoire. Le temps médical est fonction de deux éléments : le temps individuel de chaque médecin et les effectifs de médecins en activité. Si cette dernière donnée fait l'objet d'un suivi régulier, tant au niveau des établissements de santé qu'au niveau national par les pouvoirs publics, le temps de travail des médecins n'est aujourd'hui ni connu ni suivi.

Les données existantes ne permettent pas en effet de retracer dans sa totalité le temps de travail des médecins avec l'ensemble de ses composantes cliniques et non cliniques ou encore de prendre en compte l'ensemble des modes d'exercice des médecins (libéral, salarié, mixte).

L'orientation principale des travaux de la mission a été de dresser un état des lieux de ce qu'il était possible, dans l'organisation actuelle du système de santé, de connaître du temps de travail des médecins en adoptant une approche distincte entre le secteur libéral et l'exercice au sein des hôpitaux publics. Au sein du secteur libéral, le temps de travail relève du choix d'organisation individuel du médecin et est en grande partie retracé par l'activité libérale de facturation. Dans le secteur hospitalier public, le temps de travail des médecins est intégré dans un fonctionnement collectif, encadré par un corpus réglementaire et piloté par la direction des établissements.

Rapport

Pour conduire ses travaux la mission s'est appuyée sur une exploitation approfondie des données d'activité des médecins libéraux (analyse des données de remboursement du système national des données de santé) en se concentrant sur les médecins généralistes ainsi que sept autres spécialités retenues en raison de leurs différences en matière de pratiques cliniques, de féminisation, d'âge et de secteurs de conventionnements. La mission s'est également appuyée sur les données d'activité hospitalière (base Diamant de la DNUM).

Elle a exploité les résultats de trois enquêtes qu'elle a construites et qui ont été menées respectivement auprès des directions d'établissements publics de santé (230 réponses pour un échantillon de 284 questionnaires adressés) ; auprès des médecins de ces mêmes établissements (14 725 réponses) et auprès des médecins libéraux des sept spécialités médicales retenues (1 560 réponses).

Au-delà des entretiens qualitatifs qu'elle a menés notamment avec les organisations représentatives des médecins ou des gouvernances des hôpitaux, la mission a également réalisé des déplacements auprès de trois établissements hospitaliers (Hospices civils de Lyon, centre hospitalier de Tourcoing, GHU Paris Saclay de l'AP-HP).

La mission n'a néanmoins pas pu procéder, fautes de données suffisantes, à une analyse du temps de travail des médecins salariés du secteur privé (lucratif et non lucratif). Elle n'a également pas pu analyser de manière approfondie les effets sur le temps de travail des dispositifs mis en place pour faciliter les parcours de soins (partage et délégations de tâches à d'autres professionnels de santé, exercice coordonné, etc.).

Le rapport se concentre par ailleurs sur la seule question du temps de travail et de l'évolution de l'activité des médecins et n'examine que de manière accessoire la question des rémunérations et son lien avec le temps de travail, cette question nécessitant à elle seule des investigations lourdes que la mission ne pouvait conduire dans le temps qui lui était imparti.

De même, la mission a fait le choix de porter principalement ses analyses sur le temps clinique et son organisation compte tenu de son impact direct sur le temps médical disponible et n'a pas exploré la question du temps non clinique sauf pour essayer d'en approcher la quotité au travers des données disponibles et des enquêtes conduites par la mission.

À l'issue de ses travaux, la mission formule quatre constats, :

- ◆ il n'existe pas à l'heure actuelle de base de données et d'outils de suivi permettant aux pouvoirs publics d'avoir une connaissance précise du temps de travail des médecins, de sa composition et de mesurer son évolution ;
- ◆ les enquêtes déclaratives existantes comme les travaux sur les données statistiques de la mission montrent une baisse du temps de travail des médecins libéraux avec un phénomène plus marqué chez les médecins généralistes depuis une quinzaine d'années. Le rajeunissement et la féminisation de la profession ont une incidence sur la quotité de temps médical global même si sur le moyen terme la différence entre femmes et hommes tend à disparaître ;
- ◆ l'exercice mixte, soit le partage d'activité entre secteur libéral et salarié se développe significativement et devrait se poursuivre avec un attrait pour le secteur salarié (public ou privé) et le souhait d'avoir une activité diversifiée. Les données disponibles ne permettent cependant pas de mesurer les évolutions de ce phénomène et son incidence sur le temps de travail, l'ensemble de l'activité d'un même médecin ne pouvant pas être retracé ;

Rapport

- ♦ dans les hôpitaux publics, la réglementation n'est pas systématiquement appliquée et le pilotage du temps médical peu développé. Sur les cinq dernières années, la productivité hospitalière par médecin a diminué et le nombre de médecins a augmenté de même que les dépenses relatives aux dispositifs de compensation de déficit du temps médical (temps de travail additionnel, recours à l'intérim), tout particulièrement dans les centres hospitaliers moins attractifs que les CHU qui peuvent utiliser ces dispositifs comme outils d'attractivité.

Il convient par ailleurs de souligner que ces évolutions, si elles ont un effet sur la question de l'accès aux soins, ne sont néanmoins qu'un aspect des tensions actuelles sur l'offre de soins. En dehors des évolutions sur le rapport au travail des médecins, la question de l'organisation territoriale de l'offre de soins a des incidences sur les organisations de travail en particulier à l'hôpital public.

Rapport

Proposition	Acteur	Priorité
Suivre le temps de travail des médecins par les données		
Proposition n° 1 : Constituer un répertoire des médecins contenant leur identifiant du répertoire partagé des professionnels de santé et leur code statistique non signifiant afin de constituer une base d'appariement entre les données d'exercice salarié et d'activité libérale.	Drees	1
Proposition n° 2 : Mettre en place un horodatage des données de facturation carte Vitale.	Cnam/ GIE Sésam Vitale	1
Proposition n° 3 : Mettre en place un dispositif de suivi de l'activité des remplaçants via les données de facturation carte Vitale	Cnam/GIE Sésam Vitale	2
Proposition n° 4 : Enrichir l'exercice de statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) avec des données relatives à l'organisation hospitalière, à l'organisation du temps de travail.	Drees/DNUM du ministère de la santé	2
Proposition n° 5 : Recalibrer le panel des médecins généralistes de la Drees pour l'ouvrir à l'ensemble des modes d'exercice de la médecine générale, incluant notamment les remplaçants.	Drees	3
Dimensionner et piloter la ressource médicale		
Proposition n° 6 : Intégrer les évolutions du temps de travail et de l'activité libérale des médecins dans la définition des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former.	DGOS	1
Proposition n° 11 : Mettre en œuvre un plan national de mise en conformité du temps de travail des médecins au sein des établissements publics de santé.	DGOS	1
Proposition n° 12 : Mettre en place un plafond annuel maximum de montant de TTA versé par médecin.	DGOS	2
Proposition n° 13 : Prévoir le déclenchement du TTA lorsqu'il est lié à la permanence des soins uniquement sur une plage limitée de nuit allant de 20 h à 8 h du matin.	DGOS	2
Proposition n° 14 : Missionner l'Anap pour la création de maquettes organisationnelles pour chaque spécialité, en lien avec les CNP, et rendre obligatoire un plan, soumis à la validation des ARS, de modification des organisations en application de ces maquettes pour les établissements ayant un recours au TTA hors normes ou des lignes de PDSES qui dysfonctionnent.	DGOS	1
Proposition n° 15 : Créer une organisation territoriale des affaires médicales et mettre en place un dispositif de concertation au sein des GHT, visant notamment à formaliser les modalités d'organisation du temps de travail à l'échelle territoriale.	DGOS	1
Proposition n° 7 : Lancer une mission sur la rémunération des médecins en ville, au regard notamment de la révision de la CCAM et des évolutions du temps de travail.	Ministres	2
Proposition n° 7 bis : Lancer une mission sur la rémunération des médecins à l'hôpital public.	Ministres	2
Optimiser le temps médical		
Proposition n° 8 : Mettre en place un dispositif d'évaluation des effets sur le temps médical liés à la mise en place de structures d'exercice coordonné, au partage de compétences entre professionnels de santé et au recours aux outils numériques.	Drees/Cnam	3
Proposition n° 9 : Renforcer les incitations à l'alimentation du dossier médical partagé en intégrant l'indicateur de taux d'usage du numérique en santé en tant qu'indicateur socle de la dotation numérique ou en instaurant un mécanisme de sanction sur la base de l'obligation légale d'alimentation.	Cnam/DNS	2
Proposition n° 10 : Mieux encadrer le temps médical continu en interdisant la mise en place de cycles de travail hebdomadaire d'une durée inférieure à 39 heures de temps clinique, lissée sur quatre mois.	DGOS	2