

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau des ressources humaines hospitalières
(RH4)

Instruction DGOS/RH4 n° 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

NOR : AFSH1408177J

Validée par le CNP le 21 février 2014. – Visa CNP 2014-33.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objectif d'explicitier les dispositions apportées à l'arrêté du 30 avril 2003 relatives au temps de travail additionnel et au régime des astreintes à domicile.

Mots clés : personnels médicaux hospitaliers – temps de travail – astreintes – temps de travail additionnel – repos quotidien – indemnisation.

Références :

Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ;

Code de la santé publique (art. R. 6152-26 à R. 6152-28 pour les praticiens hospitaliers temps plein, R. 6152-221, R. 6152-223 et R. 6152-224 pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel, R. 6152-407 et R. 6152-408 pour les praticiens contractuels, R. 152-504 et R. 6152-505 pour les assistants des hôpitaux, R. 6152-605 à R. 6152-607 pour les praticiens attachés) ;

Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;

Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins et aux chirurgiens-dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions fixées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et l'Établissement français du sang ;

Décret n° 2013-843 et arrêté du 20 septembre 2013 relatifs aux commissions régionales paritaires placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé ;

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.

Annexe : modalités de comptabilisation en temps de travail et d'indemnisation des déplacements intervenant durant une période d'astreinte.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé, Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics sociaux et médico-sociaux (pour exécution), Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information).

En septembre 2012, puis septembre 2013, la Commission européenne a relevé des insuffisances dans la transposition en droit national de la directive 2003/88/CE du 3 novembre 2003 en ce qui concerne le temps de travail des praticiens hospitaliers.

Les griefs formulés à l'encontre de la France ont amené le Gouvernement à faire évoluer prioritairement les articles 4 et 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatifs à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et à créer un article 14 *bis* s'appliquant aux personnels enseignants et hospitaliers. La modification de l'article 2 est une simple modification de mise en cohérence.

La présente circulaire a pour objectif d'explicitier les seules dispositions modifiées des articles précités en réponse à la mise en demeure de la Commission européenne.

Les praticiens concernés par le présent dispositif sont :

- les praticiens hospitaliers à temps plein ;
- les praticiens des hôpitaux à temps partiel ;
- les assistants et les assistants associés ;
- les praticiens attachés et praticiens attachés associés ;
- les praticiens contractuels ;
- les praticiens adjoints contractuels ;
- les personnels enseignants et hospitaliers.

La directive européenne vise à assurer le respect des principes de la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs. Sa transposition dans la réglementation nationale est une obligation pour l'État français.

I. – MODALITÉS DE RECOURS À DU TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL

I.1. Décompte du temps de travail additionnel

Il est rappelé que les obligations de service sont fixées à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Dans certains cas, il peut être dérogé à cette durée maximale par recours à du temps de travail additionnel contractualisé sur la base du volontariat.

a) Volontariat

Si la participation à la permanence des soins est une obligation statutaire, la règle du volontariat en matière de recours au temps de travail additionnel, énoncée dans la directive européenne et reprise dans les articles statutaires du code de la santé publique, est réaffirmée. Le médecin doit être préservé de tout préjudice en cas de refus de s'engager contractuellement dans le recours au temps de travail additionnel.

Il est précisé que le praticien peut à tout moment dénoncer ce contrat sous réserve de respecter un préavis d'un mois.

La directive européenne insiste sur la nécessité de l'accord libre du travailleur concerné.

b) Contractualisation

En lien avec le volontariat et l'accord explicite du praticien, les aspects relatifs à la contractualisation sont systématisés : l'obligation de conclure un contrat par lequel le praticien accepte d'effectuer du temps de travail additionnel vise aussi bien les situations de recours prévisionnel que de recours ponctuel à du temps de travail additionnel.

Les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. Le contrat, formalisé, doit être signé entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur. La contractualisation doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du temps de travail additionnel (CET, indemnisation, récupération).

Par ailleurs, si le praticien constate que, dans le cadre de ses obligations de service, il dépasse régulièrement le seuil hebdomadaire de quarante-huit heures en moyenne lissé sur le quadrimestre, il lui revient d'envisager, en lien avec son chef de pôle, une réorganisation de son activité et, si nécessaire, de faire une demande de contrat de recours à du temps de travail additionnel.

L'article R. 6152-26 du code de la santé publique précise qu'un tableau de service nominatif est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure. Il revient ensuite au praticien de renseigner le nombre de demi-journées réalisées dans le tableau de service validé par le responsable de la structure.

c) Indemnisation du temps de travail additionnel

Les indemnités pour temps de travail additionnel sont versées au terme de chaque quadrimestre, après déduction, le cas échéant, des indemnités de sujétion déjà versées pour les mêmes périodes de temps de travail.

Lorsqu'un praticien choisit de récupérer ou de verser au compte épargne-temps une période de temps de travail additionnel de nuit, il doit être procédé à la régularisation du montant de l'indemnité de sujétion versée au titre de cette même période.

I.2. Suivi du recours au temps de travail additionnel

Les modalités de suivi du dispositif, en vue de remettre au directeur de l'établissement tous les éléments nécessaires à la sauvegarde de la santé et de la sécurité des personnels de l'établissement, sont renforcées.

a) Tenue de registres

Dans chaque établissement, un registre du temps de travail additionnel est mis en place et comporte les informations suivantes :

- contrats individuels signés ;
- spécialité concernée ;
- périodes et heures de temps de travail additionnel effectuées par chacun des praticiens.

Le nombre de périodes de temps de travail additionnel effectuées pendant l'année figure dans le bilan social de l'établissement.

b) Au niveau local

Rôle de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) et de la commission médicale d'établissement (CME)

L'article R. 6152-26 du code de la santé publique précise qu'afin d'assurer la continuité des soins l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement.

La COPS élabore le modèle de contrat de temps de travail additionnel ; il est validé par le directeur après avis de la CME. La COPS assure 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 ; elle transmet ces éléments à la CME.

En particulier, les registres du temps de travail additionnel sont examinés périodiquement (au moins tous les quatre mois) par la COPS, qui rend compte à la CME et peut l'alerter lorsqu'elle constate des situations non conformes à la protection des travailleurs.

La COPS propose un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes selon les modalités précisées au II.3.

Rôle du CHSCT

Les CHSCT peuvent être saisis en cas de situations non conformes à la protection des travailleurs. Le directeur, en lien avec les différentes instances, prend alors les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs.

c) Au niveau régional

Les nouvelles commissions régionales paritaires (CRP), dont les missions et la composition ont été modifiées par le décret n° 2013-843 du 20 septembre 2013, se voient confier des missions portant sur l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives à la gestion du temps de travail des personnels médicaux.

La CRP, instance de dialogue social pour les personnels médicaux au niveau régional, peut être le lieu des échanges et retours d'expérience, au regard de l'application, parfois très hétérogène, de la réglementation ou de repérage de situations locales particulières méritant une attention soutenue des pouvoirs publics, au-delà des rôles respectifs de chacun des acteurs.

II. – FONCTIONNEMENT DES ASTREINTES

II.1. Décompte et indemnisation pour les praticiens hospitaliers, assistants des hôpitaux, praticiens attachés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels

a) Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet

Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif au sens de l'article 2 de la directive européenne.

Le temps d'intervention réalisé sur place, au sein de l'établissement, est décompté à l'heure. Le temps de trajet est décompté forfaitairement à hauteur d'une heure aller-retour. Il est plafonné à deux heures pour une période d'astreinte.

Le samedi après-midi représente une demi-période d'astreinte pour laquelle le plafond du temps de trajet est ramené à une heure.

Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de déplacement réalisé pendant une période d'astreinte ne peut dépasser deux demi-journées.

Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure.

b) Règle de conversion et modalités d'indemnisation

L'indemnité forfaitaire des astreintes opérationnelles et de sécurité, qui correspond à la rémunération de la sujétion téléphonique, reste inchangée.

Les modalités d'indemnisation du temps réalisé pendant les déplacements en astreintes sont fondées sur l'instauration d'un système d'équivalence :

- le temps d'intervention sur place et le temps de trajet sont du temps de travail effectif, cumulé par plage de cinq heures ;
- ce temps effectif est, au choix du praticien (exprimé en début d'année civile ou lors de sa prise de fonctions et formalisé, le cas échéant, dans le contrat de temps de travail additionnel), intégré dans ses obligations de service ou rémunéré sous forme de temps de travail additionnel, sous réserve de la réalisation, par le praticien, des obligations de service.

Une plage de cinq heures est convertie en :

- une demi-journée d'obligation de service à laquelle s'ajoute une demi-indemnité de sujétion (le temps de travail considéré ayant été effectué pendant une période d'astreinte), lorsque le praticien en demande l'intégration dans ses obligations de service ;
- une rémunération à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de nuit lorsque le praticien choisit la rémunération sous forme de temps de travail additionnel, sous réserve de la réalisation, par le praticien, des obligations de service.

Cette règle de conversion ne revient pas à fixer la durée de la demi-journée réalisée au titre des obligations de service.

Le choix du praticien de rémunération du temps réalisé pendant l'astreinte sous la forme de temps de travail additionnel ne supprime pas, pour le praticien, la nécessité de remplir en parallèle ses obligations de service comptabilisées par quadrimestre, qui pourront être impactées, le cas échéant, par le repos quotidien.

Si le temps de travail est intégré dans les obligations de service du praticien, chaque plage de cinq heures cumulées est convertie en une demi-journée et fait l'objet d'une demi-indemnité de sujétion d'un montant de 132,31 €.

Si le temps de travail est rémunéré sous forme de temps de travail additionnel, chaque plage de cinq heures cumulées est convertie en une demi-période de temps de travail additionnel de nuit rémunérée comme telle (236,98 €).

Par dérogation aux deux paragraphes précédents, les déplacements de trois heures d'intervention sur place (hors temps de trajet) sont, selon le choix du praticien :

- convertis en une demi-journée à laquelle s'ajoute l'indemnité de sujétion si le temps de travail est intégré dans les obligations de service ;

- ou rémunérés à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de nuit (*cf.* annexe cas pratique n° 1).

Périodicité du versement des indemnités de sujétion (IS)

Quel que soit le choix du praticien, le versement des indemnités de sujétion peut intervenir mensuellement, sur la base des déplacements comptabilisés et convertis en plages par tranches de cinq heures cumulées. À l'issue du quadrimestre, le bilan des plages à comptabiliser dans les obligations de service ou des plages à rémunérer sous forme de temps de travail additionnel est établi en tenant compte du temps de travail réalisé et des périodes de repos quotidien effectif.

Dans le premier cas (choix de l'intégration dans les obligations de service et indemnisation au titre de la sujétion), les versements des demi-indemnités de sujétion dus ont été effectués mensuellement; il reste à comptabiliser le temps de travail réalisé pendant les astreintes dans les obligations de service. Ce temps sera donc du temps à récupérer.

Dans le second cas (choix de la rémunération sous la forme de TTA), il reste à verser au praticien la différence entre les demi-périodes de TTA dues et les demi-indemnités de sujétion déjà versées mensuellement, sous réserve qu'il ait accompli ses obligations de service.

c) Déplacements exceptionnels

Les déplacements exceptionnels suivent les mêmes règles d'indemnisation que les déplacements réalisés pendant les astreintes programmées.

Le déplacement, qui comprend le temps de trajet, est comptabilisé comme du temps de travail effectif intégré dans les obligations de service du praticien et indemnisé au titre de la sujétion ou rémunéré sous forme de temps de travail additionnel, au choix du praticien. La façon dont il sera comptabilisé rejoint donc la description des exemples figurant en annexe.

Le repos quotidien est garanti au praticien en cas de déplacement exceptionnel selon les conditions définies au paragraphe *d* ci-après.

d) Le repos quotidien

Le repos quotidien est de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures. Il est garanti au praticien et prend effet à compter du dernier déplacement réalisé au cours de l'astreinte. Il est donc susceptible de modifier la réalisation du tableau de service prévisionnel.

Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien.

Lorsque, après un déplacement intervenu au cours de la nuit, le praticien reprend son travail, dans le respect des conditions ci-dessus, le lendemain matin, le déplacement en astreinte n'a pas d'impact sur la réalisation de ses obligations de service telles que figurant dans le tableau de service prévisionnel.

Lorsque, après un déplacement intervenu au cours de la nuit, le praticien reprend son travail, dans le respect des conditions ci-dessus, le lendemain après-midi, alors que le tableau de service prévisionnel prévoyait sa présence le matin, la demi-journée du matin passée en repos n'est pas décomptée dans ses obligations de service: l'application du repos quotidien a un impact sur la réalisation de ses obligations de service.

Les modalités de mise en œuvre de ce repos quotidien, adaptée à l'organisation et à la nature de l'activité des services, figurent au règlement intérieur mentionné au II.3.

Par exemple, lors d'une astreinte de week-end assurée du vendredi soir au lundi matin, le praticien est susceptible, selon la nature de l'activité, de ne pas pouvoir bénéficier d'un repos quotidien de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures: le règlement intérieur devrait alors prévoir des modalités de dérogation aux règles du repos quotidien; ces modalités pourraient être, par exemple, la prise d'un repos durant la journée du lundi en cas de déplacements au cours du week-end.

e) Forfaitisation

La possibilité de forfaitisation est maintenue. Le forfait d'indemnisation recouvre l'indemnité forfaitaire d'astreinte et les déplacements de manière forfaitisée, quel que soit le temps passé.

Toutefois, cette forfaitisation n'exonère pas le directeur de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement effectué, indépendamment du forfait fixé, de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de quarante-huit heures et d'intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

Ce temps d'intervention doit donc être décompté dans les obligations de service, mais ne peut faire l'objet d'aucune autre forme d'indemnisation.

Par ailleurs, pour chaque déplacement réalisé pendant une période d'astreinte, le repos quotidien après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien.

Une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins.

II.2. Décompte et indemnisation pour les personnels enseignants et hospitaliers

a) Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet

Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif au sens de l'article 2 de la directive européenne.

Le samedi après-midi représente une demi-période pour laquelle le plafond du temps de trajet est ramené à une heure.

Le temps d'intervention réalisé sur place, au sein de l'établissement, est décompté à l'heure.

Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure.

b) Le repos de sécurité

Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés au cours d'une astreinte sont pris en compte pour l'attribution du repos de sécurité mentionné au C (b) de l'article 1^{er} de l'arrêté. Le temps de travail réalisé en astreintes donne lieu à un repos de sécurité de onze heures intervenant à la fin du dernier déplacement.

Le repos de sécurité après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien.

c) Règle de conversion

L'indemnisation forfaitaire des astreintes opérationnelles et de sécurité, qui correspond à la rémunération de la sujétion liée à la disponibilité téléphonique et, le cas échéant, en déplacement, reste inchangée.

Les modalités d'indemnisation du temps réalisé pendant les déplacements en astreintes sont fondées sur l'instauration d'un système d'équivalence:

- le temps d'intervention sur place et le temps de trajet sont du temps de travail effectif, comptabilisés en heures cumulées par plage de cinq heures;
- une plage de cinq heures donne lieu à rémunération à hauteur du montant d'une demi-garde (236,98 €).

Par dérogation, les déplacements de trois heures (hors temps de trajet) sont rémunérés à hauteur d'une demi-garde.

Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de déplacement réalisés pendant une période d'astreinte ne peut dépasser deux demi-journées.

II.3. Règlement intérieur

Afin d'adapter la déclinaison opérationnelle des dispositions relatives aux astreintes, il est recommandé d'élaborer, dans chaque établissement, en concertation avec les praticiens, un règlement intérieur définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif, en fonction de la nature des organisations médicales, des activités et des spécificités propres aux différentes spécialités. Ce règlement intérieur de fonctionnement des astreintes est proposé par la COPS, intégré dans le règlement intérieur de l'établissement arrêté par le directeur après avis de la CME et concertation du directoire.

III. – SUIVI ET ÉVALUATION

Les nouvelles modalités de décompte nécessitent une réflexion en profondeur sur les organisations de travail médicales et non médicales, une meilleure articulation des organisations et des temps médicaux et soignants, l'organisation de la permanence et de la continuité des soins en intégrant une dimension territoriale plus forte.

Elles orientent fortement les établissements vers des choix de gestion du temps médical informatisé, qui deviendra de plus en plus crucial.

Pour une meilleure mise en œuvre de ces dispositions, il est nécessaire que chaque établissement se dote des outils nécessaires. Les dispositions relatives à la gestion du temps médical doivent faire

l'objet d'une large information de la communauté médicale et des chefs de pôle en particulier qui sont des acteurs majeurs pour le pilotage et la gestion de proximité des structures dont ils ont la responsabilité, des réglementations et règles qui les régissent et de leur gestion.

Il est recommandé que la mise en place des dispositions issues de l'arrêté du 8 novembre 2013 intervienne en début de quadrimestre.

Les modifications présentées ci-dessus devront faire l'objet d'une évaluation de la mise en œuvre des mesures et, plus généralement, cette évaluation nationale de l'organisation de la permanence et de la continuité des soins dans les établissements publics de santé sera pilotée par la DGOS et associera les parties prenantes. Elle intégrera les impacts organisationnels et financiers, sur l'activité des établissements et l'offre de soins des territoires de santé.

Cette évaluation sera lancée en septembre 2014 et renouvelée tous les six mois sur une durée de deux ans.

Dans le cadre de l'accompagnement des établissements, il sera répondu aux questions les plus fréquentes dans une FAQ mise en ligne sur le site du ministère. Elle a vocation à être régulièrement enrichie. Le bilan de cette FAQ sera réalisé sur une durée d'un an et pourra conduire à l'élaboration d'un guide.

Je vous remercie de me signaler toute difficulté qui pourrait survenir dans l'application de la présente circulaire.

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P.-L. BRAS

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

ANNEXE

MODALITÉS DE COMPTABILISATION EN TEMPS DE TRAVAIL ET D'INDEMNISATION
DES DÉPLACEMENTS INTERVENANT DURANT UNE PÉRIODE D'ASTREINTE

CAS PRATIQUE N° 1

DEUX DÉPLACEMENTS DANS LA NUIT, DONT UN DE TROIS HEURES D'INTERVENTION

	HORAIRES DU TEMPS d'intervention sur place	DURÉE DU TEMPS d'intervention sur place	DURÉE TOTALE du temps de trajet (aller-retour)	TEMPS à valoriser
Déplacement n° 1	20 heures-22 heures	2 heures	1 heure	3 heures
Déplacement n° 2	1 heure-4 heures	3 heures	1 heure	5 heures (forfaitisation du déplacement de 3 heures d'intervention sur place)

Pour les mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Si intégration dans les obligations de service	Si indemnisation (*) sous forme de temps de travail additionnel
Comptabilisation des obligations de service (en demi-journées)	+ 1 demi-journée	
Solde (en heures)	+ 3 heures	+ 3 heures
Temps de travail additionnel (TTA) ou indemnité de sujétion (IS) (en euros)	1 demi-IS = 132,31 €	1 demi-TTA de nuit = 236,98 € sous réserve qu'à la fin du quadrimestre le praticien ait rempli ses obligations de service et déduction faite, le cas échéant, de l'indemnité de sujétion
(*) Sous réserve de la réalisation des obligations de service.		

Pour les praticiens relevant de statuts enseignants et hospitaliers	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	1 demi-garde = 236,98 €
Solde (en heures)	+ 3 heures

CAS PRATIQUE N° 2
UN DÉPLACEMENT DE LONGUE DURÉE

	HORAIRES DU TEMPS d'intervention sur place	DURÉE DU TEMPS d'intervention sur place	DURÉE TOTALE du temps de trajet (aller-retour)	TEMPS à valoriser
Déplacement n° 1	21 heures-3 heures	6 heures	1 heure	7 heures

Pour les mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Si intégration dans les obligations de service	Si indemnisation sous forme de temps de travail additionnel (*)
Comptabilisation des obligations de service (en demi-journées)	1 demi-journée	
Solde (en heures)	+ 2 heures	+ 2 heures
Temps de travail additionnel ou indemnité de sujétion (en euros)	1 demi-IS = 132,31 €	1 demi-TTA de nuit = 236,98 € sous réserve qu'à la fin du quadrimestre le praticien ait rempli ses obligations de service et déduction faite, le cas échéant, de l'indemnité de sujétion
(*) Sous réserve de la réalisation des obligations de service.		

Pour les praticiens relevant de statuts enseignants et hospitaliers	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	1 demi-garde = 236,98 €
Solde (en heures)	+ 2 heures

CAS PRATIQUE N° 3
TROIS DÉPLACEMENTS AU COURS DE LA NUIT

	HORAIRES DU TEMPS d'intervention sur place	DURÉE DU TEMPS d'intervention sur place	DURÉE TOTALE du temps de trajet (aller-retour)	TEMPS à valoriser
Déplacement n° 1	20 heures-22 heures	2 heures	1 heure	3 heures
Déplacement n° 2	0 heure-1 heure	1 heure	1 heure	2 heures
Déplacement n° 3	5 h 30-6 h 30	1 heure	0 heure Application du plafonnement du temps de trajet	1 heure

Pour les mono-appartenants	Travail effectif réalisé en astreinte	
	Si intégration dans les obligations de service	Si indemnisation sous forme de temps de travail additionnel (*)
Comptabilisation des obligations de service (en demi-journées)	+ 1 demi-journée	
Solde (en heures)	1 heure	1 heure
Temps de travail additionnel (TTA) ou indemnité de sujétion (IS) (en euros)	1 demi-IS = 132,31 €	1 demi-TTA de nuit = 236,98 € sous réserve qu'à la fin du quadrimestre le praticien ait rempli ses obligations de service et déduction faite, le cas échéant, de l'indemnité de sujétion
(*) Sous réserve de la réalisation des obligations de service.		

Pour les praticiens relevant de statuts enseignants et hospitaliers	Travail effectif réalisé en astreinte
Indemnisation sous forme de demi-garde	1 demi-garde = 236,98 €
Solde (en heures)	1 heure