

PROPOSITION DE LOI

**AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS
DANS LES TERRITOIRES**

Première lecture



Constatées partout, les **difficultés d'accès aux soins** frappent toutefois plus durement certains territoires.

Face à ce fléau, la proposition de loi vise à **territorialiser le pilotage** de la politique d'accès aux soins, **renforcer l'offre disponible** dans les territoires sous-dotés et **libérer du temps médical**.

Elle a été **largement soutenue** par la commission.

**1. DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS GRAVES ET PERSISTANTES****A. UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE FACE À LA CROISSANCE DES BESOINS**

La France est marquée par une **croissance rapide des besoins de santé**, sous l'effet de trois facteurs convergents :

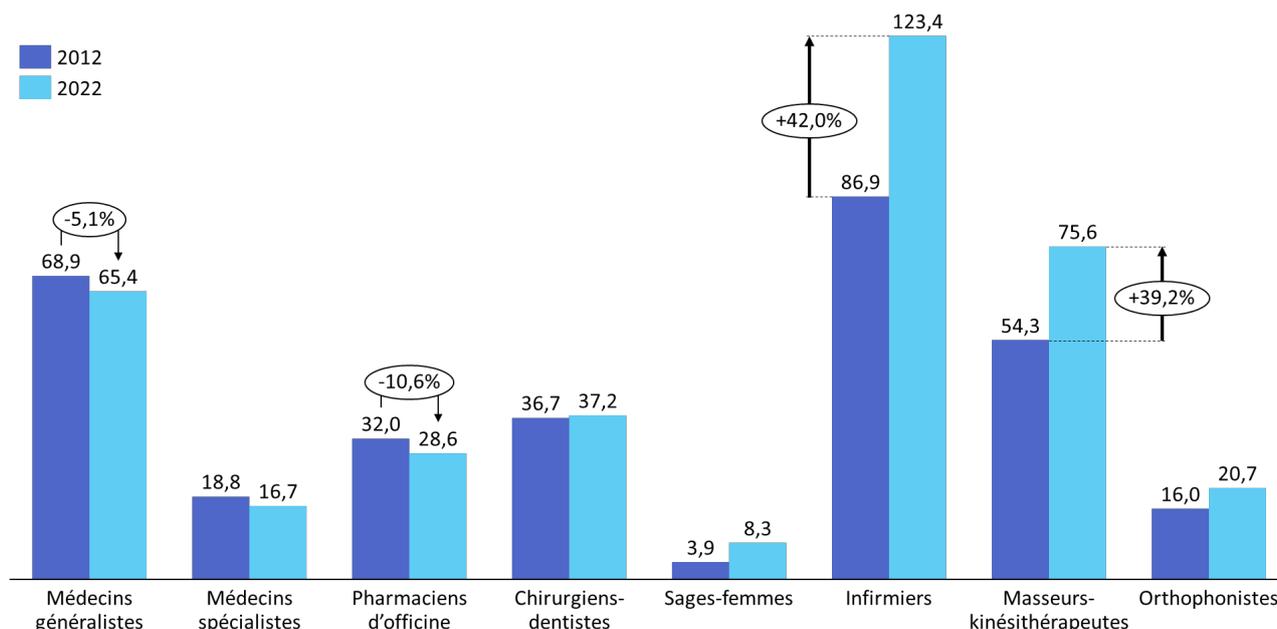
- la **croissance démographique** : la France a gagné 4 millions d'habitants depuis 2010 ;
- le **vieillissement de la population** : l'âge moyen de la population a augmenté de 2,6 ans sur la même période ;
- l'**augmentation de la prévalence des maladies chroniques** : le nombre de patients en affection de longue durée (ALD) a augmenté, en moyenne, chaque année de 2,8 % entre 2005 et 2022.

Face à ces besoins en hausse, l'**évolution de l'offre de soins apparaît, en ville, insuffisamment dynamique et inégale selon la profession considérée**. Si les effectifs de sages-femmes et des professions paramédicales augmentent sensiblement – le nombre d'infirmiers libéraux a augmenté de 42 % entre 2012 et 2022, celui des sages-femmes libérales de 115 % –, cette croissance demeure souvent insuffisante pour compenser l'augmentation des besoins. Le ministère de la Santé estime, ainsi, que la France manquera de 80 000 infirmiers en 2050, à tendances inchangées.

D'autres professions apparaissent en très forte tension démographique. Tel est le cas, notamment, des médecins : le nombre de médecins généralistes libéraux a chuté de 5 % entre 2012 et 2022, le nombre de médecins spécialistes accessibles en premier recours de 13 %. Dans le même temps, le temps de travail hebdomadaire moyen des médecins généralistes serait passé de 57 heures à 54.



Effectifs des professionnels de santé libéraux en 2012 et 2022, en milliers



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données de la Cour des comptes (2024)

En conséquence, pendant que la demande de soins augmente rapidement, **la capacité de plusieurs professions médicales à y répondre diminue.**

B. DES INÉGALITÉS TERRITORIALES EN CONSTANTE AGGRAVATION

Cette offre de soins insuffisante est, en outre, **inégalement répartie sur le territoire national.**

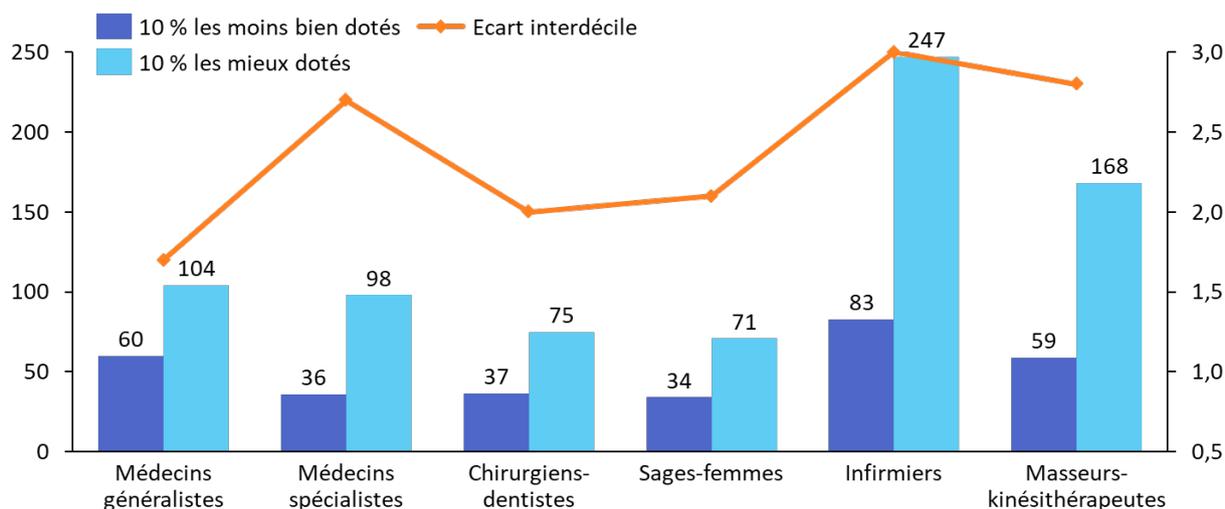
Les **inégalités d'accès aux médecins**, notamment aux médecins généralistes, alimentent fréquemment le débat public. La densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants varie fortement d'un département à l'autre : elle était, en 2022, inférieure à 60 dans les dix départements les moins bien dotés, et supérieure à 104 dans les dix départements les mieux dotés, soit un « rapport d'interdécile » de 1,7. Cet indicateur s'élevait à 2,7 pour les médecins spécialistes, révélant des inégalités encore plus importantes : Paris comptait 654 spécialistes pour 100 000 habitants quand les départements les moins denses, tels que la Meuse, en comptaient moins de 100.

Les **autres professions de santé sont, de la même manière, inégalement réparties** sur le territoire national. Les écarts interdéciles s'élèvent, entre départements, à 2 pour les sages-femmes, 2,1 pour les chirurgiens-dentistes, 2,8 pour les masseurs-kinésithérapeutes et 3 pour les infirmiers.

Ces données ne reflètent que partiellement les écarts existants, dans la mesure où **les inégalités de répartition les plus fortes sont constatées à une échelle infradépartementale** : les professionnels libéraux se concentrent, dans un même département, dans les zones littorales ou urbaines, tandis que des zones rurales ou suburbaines sont fréquemment délaissées. Certains territoires concentrent les difficultés : le ministère de la Santé estimait ainsi, en 2021, que 10 % de la population cumulait une mauvaise accessibilité à plusieurs professions de santé, et 3 % de la population une mauvaise accessibilité à l'ensemble des professions de santé de premier recours considérées. Les trois quarts de ces personnes vivaient dans des territoires ruraux.

Enfin, **certaines de ces inégalités s'aggravent.** Selon le ministère de la Santé, en 2022, les 10 % de la population les mieux dotés avaient accès à 5,6 consultations de médecin généraliste par an, quand les 10 % les moins bien dotés n'avaient accès qu'à 1,4 consultation. L'écart entre ces deux populations s'est creusé de 5 % entre 2022 et 2023. Entre 2012 et 2022, le nombre de médecins par département a augmenté dans des territoires déjà bien dotés, tels que les Hautes-Alpes et la Savoie, quand il diminuait fortement dans des départements déjà sinistrés, tels que l'Ariège et l'Ain.

Densités départementales pour 100 000 habitants de professionnels libéraux en 2022



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après des données de l'assurance maladie (2024)

2. TERRITORIALISER LA POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS

A. DES DIFFICULTÉS À DÉFINIR LES BESOINS EN SANTÉ DES TERRITOIRES

Depuis la loi « HPST » de 2009, le pilotage de l'organisation territoriale du système de santé a été confié aux agences régionales de santé (ARS). Elles sont ainsi chargées de mettre en œuvre au niveau régional et infrarégional la politique nationale de santé « *en tenant compte des particularités de chaque région* ».

Toutefois, malgré la généralisation des délégations départementales des ARS chargées d'assurer une meilleure prise en compte des spécificités de chaque département, **la territorialisation des politiques de santé reste encore trop dépendante d'une logique descendante d'application des politiques établies au niveau régional**. Si bien que le département, pourtant acteur majeur en santé publique et dans le domaine médico-social, reste trop souvent un maillon secondaire dans la régulation de l'offre de santé sur son territoire.

L'analyse des enjeux liés à l'évolution de la démographie des professions de santé incombe depuis 2003 à l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS). Il est également chargé de la définition des objectifs pluriannuels de formation de professionnels de santé (médecine, pharmacie, maïeutique et odontologie).

Le dispositif actuel de pilotage des ressources humaines, que la Cour des comptes juge inabouti, ne permet pas de répondre aux besoins des territoires, faute de prise en compte adéquate de ces besoins et des inégalités de densité médicale existantes. Surtout, l'ONDPS ne tient que trop peu compte des remontées d'information effectuées par les observatoires régionaux.

B. RENFORCER LE RÔLE DU DÉPARTEMENT, ÉCHELON DE PROXIMITÉ

Le code général des collectivités territoriales attribue, depuis l'adoption de la loi dite « 3DS » en 2022, explicitement au département une compétence pour « *promouvoir [...] l'accès aux soins de proximité sur le territoire départemental* ».

L'article 1^{er} de la proposition de loi donne corps à cette compétence **en attribuant au département un rôle de coordination des politiques en matière d'accès aux soins sur son territoire**. Elle met en place une coordination collégiale avec les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie.

Elle prévoit également de remplacer l'ONDPS et ses comités régionaux par un **nouvel office national de l'évaluation de la démographie des professions de santé** et ses déclinaisons au niveau départemental. Ce nouvel office serait chargé de :

- rassembler et diffuser les données relatives à la démographie des professions de santé et à l'accès aux soins ;

- dresser annuellement un bilan des besoins pour chaque profession et spécialité aux niveaux national et territorial ;
- proposer des objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels de santé à former.

Les offices départementaux, présidés par le président du conseil départemental, seront quant à eux **chargés de l'identification des besoins en professionnels de santé sur le département** et les territoires de santé concernés.

La constitution des offices départementaux permet de passer d'une logique descendante de définition des besoins par les ARS à une logique ascendante issue des territoires infrarégionaux.

Attachée à une véritable territorialisation de la politique de santé, **la commission soutient la volonté de donner aux départements la capacité d'agir en matière d'accès aux soins et de définition des besoins en santé sur leur territoire.** Elle estime que l'échelle régionale, aujourd'hui privilégiée dans la définition des besoins en santé, ne permet pas de mesurer finement la diversité des situations locales.

Le département constitue l'échelle cohérente d'action en matière d'accès aux soins, entre proximité du terrain et taille critique assurant la présence d'une pluralité d'acteurs et la constitution d'un projet cohérent sur un territoire. De par son expérience dans le domaine médico-social, il incarne naturellement **l'échelon de référence de la concertation territoriale** entre les services préfectoraux, les délégations départementales des ARS, les caisses primaires d'assurance maladie et les organismes de protection sociale, mais également la majorité des ordres et les représentants des collectivités territoriales concernées.

Par ailleurs, **l'article 2** prévoit la création d'un comité de pilotage de l'accès aux soins, associant les élus locaux, afin de renforcer leur présence dans la définition de la stratégie nationale en santé en matière d'accès aux soins et de favoriser la prise en compte des adaptations nécessaires aux réalités territoriales.

L'article 18 quant à lui améliore l'information du Parlement et des citoyens sur l'action menée par le Gouvernement en faveur de l'accès aux soins.

Pour prolonger ces dispositions, la commission a adopté un amendement visant à renforcer le rôle des offices départementaux en prévoyant que **l'identification des zones « sous-denses » ou « sur-denses » ne pourra être réalisée par le directeur de l'ARS qu'après avis conforme des offices départementaux concernés.** Par ailleurs, il prévoit que ce zonage sera désormais revu annuellement, pour mieux l'adapter à l'évolution des besoins de santé. Enfin, il précise explicitement que les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) devront être consultés dans le cadre des travaux des observatoires. Cet amendement permet ainsi de **renverser la logique de construction du zonage et d'identification des besoins en tenant mieux compte des évaluations faites dans les territoires.**

3. RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES EN TENSION

A. FAVORISER L'INSTALLATION ET L'EXERCICE DANS LES TERRITOIRES LES PLUS FRAGILES

La proposition de loi porte de nombreuses mesures destinées à **favoriser l'exercice dans les zones les moins bien dotées en professionnels de santé.**

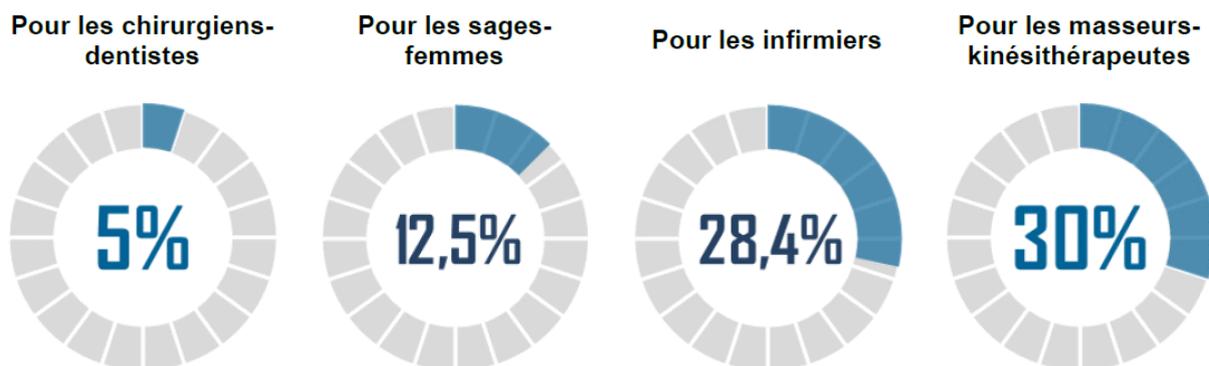
L'**article 3** de la proposition de loi vise à réduire les inégalités territoriales d'accès aux médecins, qui continuent de s'aggraver, en **soumettant leur installation en zone « sur-dense » à une autorisation préalable** du directeur général de l'ARS. Cette autorisation préalable serait conditionnée :

- pour les médecins généralistes, à un engagement de leur part à exercer à temps partiel en zone « sous-dense » ;

- pour les médecins spécialistes, à la cessation concomitante d'activité d'un confrère de la même spécialité exerçant dans la même zone, à un engagement d'exercice à temps partiel en zone « sous-dense » ou à une décision du directeur général de l'ARS motivée par la nécessité de cette installation pour maintenir l'accès aux soins dans le territoire.

De telles mesures de régulation démographique ont d'ores et déjà été mises en place, par voie conventionnelle, **pour les autres professions de santé**. Le conventionnement des professionnels est ainsi régulé, dans les zones les mieux dotées, depuis 2008 pour les infirmiers, depuis 2018 pour les masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes et depuis le 1^{er} janvier 2025 pour les chirurgiens-dentistes. L'ouverture de pharmacies d'officine ne peut, de la même manière, être autorisée que si elle respecte des seuils géo-démographiques définis, de longue date, par la loi.

Part de la population nationale résidant dans une zone à conventionnement régulé



Si ces mesures n'ont pas permis de faire disparaître, à elles seules, les inégalités territoriales d'accès à ces professionnels, **leur efficacité est, toutefois, désormais bien documentée**. L'assurance maladie observe, ainsi, une stabilisation des effectifs dans les zones « sur-denses » régulées pour ces professions.

Attachée aux libertés sur lesquelles s'est construite la médecine libérale, la commission juge toutefois que **l'ampleur et l'aggravation des inégalités d'accès aux médecins justifient pleinement ces dispositions**. La mesure préserve la liberté d'installation des médecins, en permettant à ces derniers d'exercer où ils le souhaitent. Elle contraint, en revanche, ceux d'entre eux qui choisiraient de s'installer dans les territoires les mieux dotés à contribuer activement à la maîtrise des inégalités d'accès par des consultations avancées.

Soucieuse de cet équilibre et de l'effectivité de ces dispositions, la commission souhaite que les médecins concernés soient **accompagnés et soutenus par l'assurance maladie** dans les investissements nécessaires à la conduite de leur activité secondaire.

Pour les mêmes raisons, la commission a jugé nécessaire, en adoptant l'article 4, **d'assortir de garanties légales la possibilité, pour les médecins, d'exercer en cabinet secondaire**, et de **simplifier l'ouverture de ces structures**. Elle propose notamment que l'ordre ne puisse plus s'opposer à l'établissement d'un cabinet secondaire pour des **motifs tirés d'une méconnaissance de la continuité des soins**, mais a souhaité, en adoptant un amendement de sa rapporteure, permettre à l'ordre d'émettre un avis pour alerter, si besoin, les praticiens sur ce sujet afin que ceux-ci respectent à tout moment leurs obligations déontologiques.

Pour inciter les médecins à s'installer dans les zones « sous-denses » ou à y réaliser une part de leur activité, **l'article 5** invite les partenaires conventionnels à définir, dans la convention médicale, des **tarifs spécifiques applicables dans tout ou partie des zones sous-denses**. Il prévoit le lancement sans délai d'une négociation après la promulgation de la présente loi, et l'entrée en vigueur immédiate des tarifs spécifiques qui en résulteront. La commission a soutenu cette mesure et souligné que ces tarifs se distinguaient nettement de dépassements d'honoraires. Dans la mesure où ils seront pris en charge, conjointement, par l'assurance maladie et les contrats solidaires et responsables des complémentaires, ceux-ci n'augmenteront pas, dans la très grande majorité des situations, le reste à charge des patients.

Enfin, diverses dispositions ont pour objet d'**assouplir les conditions d'organisation de l'offre de soins** pour favoriser l'implantation de services de santé dans les territoires les plus fragiles.

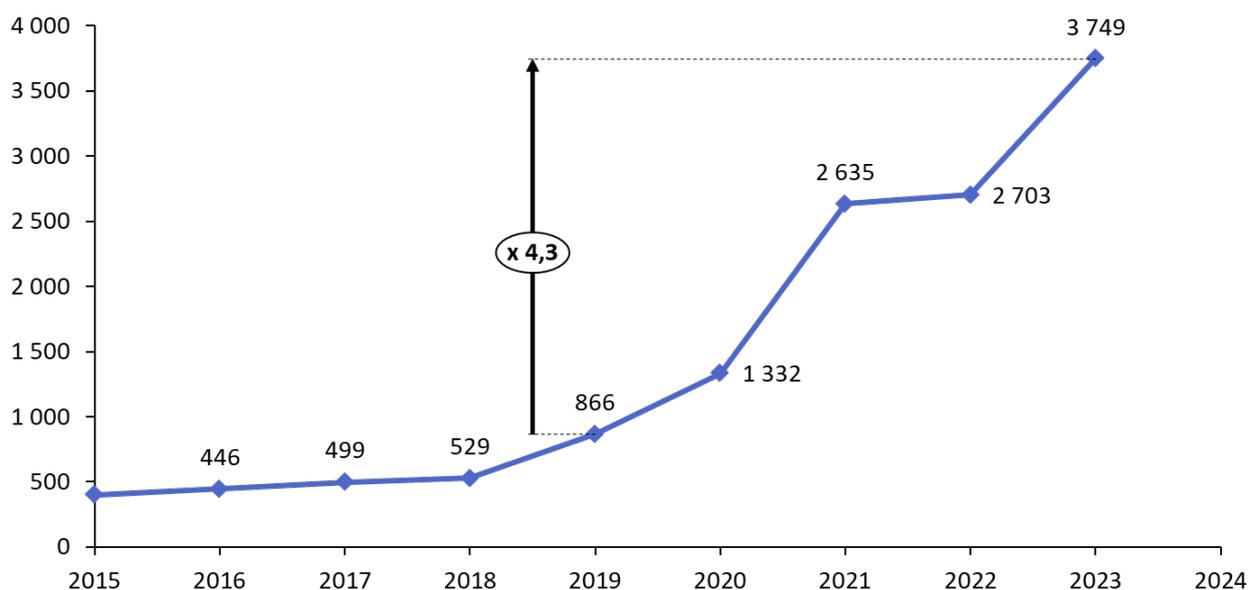
Ainsi, l'**article 6** vise à **faciliter les remplacements des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes** souhaitant s'absenter ponctuellement de leur cabinet **pour réaliser des missions concourant au maintien d'une offre de soins dans des zones de sous-densité médicale**. Actuellement, la réalisation de telles activités pendant un remplacement est fortement contrainte pour les médecins, et proscrite pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

L'**article 7** s'inspire de l'expérience de l'association Médecins solidaires pour **favoriser la création de centres de santé dans des territoires ruraux isolés**. Ces centres, qui fonctionnent sur du temps médical partagé et une rotation hebdomadaire des praticiens, répondent aujourd'hui à des besoins de santé non couverts dans des zones carencées en services de santé. Pour consolider ce modèle, l'article fixe les conditions d'**une expérimentation qui autorise, pour une durée de 3 ans, des centres de santé à recruter des médecins sur des durées courtes**, en dérogeant à certaines règles du code du travail. La commission a soutenu cette mesure, qui encourage par ailleurs la diversification du mode d'exercice des praticiens.

B. AMÉLIORER LES CONDITIONS D'ACCÈS DES PADHUE À L'AUTORISATION D'EXERCICE

Plusieurs articles de la proposition de loi portent sur les conditions d'accès des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) à l'autorisation d'exercer en France la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou de pharmacien.

Évolution du nombre de postes ouverts aux EVC pour les médecins



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données du Conseil national de l'ordre des médecins

Parallèlement à l'examen de ces dispositions par la commission, le Gouvernement a annoncé son intention de réformer et de simplifier la procédure d'autorisation d'exercice des Padhue, dans la perspective des épreuves de vérification des connaissances (EVC) 2025¹.

L'**article 8** fixe dans la loi les critères pris en compte pour déterminer le nombre de places ouvertes chaque année au titre des EVC, et fait de ce nombre « **un objectif quantitatif d'admission** » des **Padhue candidats à l'autorisation d'exercice**. La commission a jugé que cette notion renforçait la portée de l'évaluation des besoins de recrutement de Padhue, sans porter préjudice à la souveraineté des jurys.

¹ Mesure annoncée à l'occasion de la présentation par le Premier ministre du pacte pour lutter contre les déserts médicaux, le 25 avril 2025.

L'article 9 vise à **simplifier le dispositif d'autorisation d'exercice des Padhue affectés dans un établissement de santé**. À cette fin, il prévoit :

- de **supprimer l'avis de la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE)** statuant sur l'évaluation du parcours de consolidation des compétences, et de lui substituer les avis du chef de service, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement ;
- de **raccourcir le délai de délivrance de l'autorisation d'exercice** en enfermant la décision de l'autorité compétente dans un délai maximal de 4 mois lorsque les avis précités sont unanimement favorables ou, à défaut, lorsque la commission ne décide pas de la réalisation d'un stage complémentaire.

La commission a salué la volonté de simplification de la procédure portée par l'article 9. Néanmoins, compte tenu de l'absence de consensus sur ces dispositions et de l'opposition des conseils nationaux des ordres à la suppression de l'avis de la CNAE, elle a privilégié **une réorientation du dispositif en prévoyant la possibilité, pour les acteurs locaux chargés de la supervision du Padhue, de saisir la CNAE avant la fin de son parcours de consolidation des compétences (PCC)**. La commission a par ailleurs renforcé les dispositions visant à réduire le délai de délivrance de l'autorisation d'exercice.

Dans la continuité de la loi Valletoux du 27 décembre 2023, l'article 10 propose d'**orienter les Padhue affectés dans un centre de santé ou une maison de santé prioritairement dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante** ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Si la commission souscrit à cette mesure, elle a néanmoins regretté que des difficultés tenant aux modalités de financement de la rémunération des Padhue interdisent toujours de procéder à ces affectations dans les structures d'exercice coordonné. Elle a donc appelé le Gouvernement à **lever ces obstacles dans les plus brefs délais**.

4. AUGMENTER ET MIEUX ALLOUER LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE

A. RENFORCER LES PARTAGES DE COMPÉTENCES

La proposition de loi porte diverses mesures destinées à renforcer les partages de compétences entre professions, afin de **faciliter la prise en charge des patients** et de **libérer du temps médical**.

L'article 11 vise à **favoriser les transferts d'activités ou d'actes de soins** entre professionnels volontaires, en incluant la coopération interprofessionnelle et le recours à des protocoles de coopération parmi les missions des principales structures d'exercice coordonné – équipes de soins primaires, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles.

L'article 12 autorise les pharmaciens à **contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques listées par arrêté**, ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins. L'expérimentation « Orientation dans le système de soins » (Osys), lancée en 2021, a montré l'intérêt de s'appuyer ainsi sur le maillage officinal pour diminuer les recours inappropriés aux urgences, libérer du temps médical et favoriser l'accès aux soins de proximité. La commission a soutenu ces dispositions et adopté deux amendements, visant à sécuriser leur mise en œuvre et confier à l'arrêté le soin de prévoir les modalités de coordination avec le médecin traitant.

B. ACCÉLÉRER LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE



Honoraires
annuels moyens
des IPA en libéral

Conçue comme une **partie de la réponse aux difficultés d'accès aux soins**, la **pratique avancée infirmière**, consacrée en 2016, offre des **compétences élargies et une autonomie renforcée**.

Faute de moyens et d'engagement politique, le déploiement de la pratique avancée s'est révélé timide : l'objectif de 3 000 professionnels en exercice à horizon 2022 n'est, à ce jour, toujours pas atteint. Deux principaux freins sont évoqués pour justifier ce déploiement poussif : **un modèle économique inadapté, notamment en libéral, et le coût élevé de la formation**.

En conséquence, **la commission a adopté l'article 13**, qui prévoit un mécanisme de **maintien partiel de revenus** pour les infirmiers libéraux se formant à la pratique avancée, une solution soutenue par les professionnels. Elle appelle, en outre, les établissements de santé à **accompagner dans leur projet professionnel leurs infirmiers** désireux d'exercer en pratique avancée.

La **valorisation de la pratique avancée constitue un frein majeur à son déploiement**. En libéral, les IPA déplorent une **perte moyenne de 20 000 à 30 000 euros par rapport à leur exercice IDE libéral** du fait d'un modèle économique non viable et critiqué tant par la profession que par des rapports administratifs. L'**article 14** révisé en profondeur le modèle économique des IPA en ville, en **systematisant une part de tarification à l'activité** en plus des forfaits perçus pour les patients réguliers et en créant un **nouveau forfait visant à valoriser les activités** des IPA en matière d'orientation, d'éducation, de **prévention** ou de dépistage. Cette évolution doit permettre de **sortir les IPA d'un modèle économique défaillant et non viable**, qui précarise des professionnels qui ont pourtant suivi une formation renforcée.

C. MIEUX ALLOUER LE TEMPS MÉDICAL

Afin d'améliorer l'efficacité thérapeutique et organisationnelle des cabinets médicaux, l'**article 15** prévoit la création d'une **aide conventionnelle à l'acquisition** et au fonctionnement des équipements et **logiciels** ayant vocation à assister les médecins dans leur pratique quotidienne. Par amendement, la commission a recentré l'aide sur **les dispositifs innovants**, les moins bien couverts par les outils existants comme le forfait structure.

Enfin, la proposition de loi porte deux articles destinés à **épargner aux médecins la production de certificats médicaux dispensables voire inutiles**. Ces derniers occuperaient les médecins entre une heure et demie et deux heures par semaine aujourd'hui – soit six à huit consultations.

L'**article 16**, d'abord, vise à réduire les cas dans lesquels la délivrance d'une licence sportive ou l'inscription à une compétition peuvent être subordonnées à la production d'un certificat. Pour les majeurs, un tel certificat ne pourra être exigé que lorsqu'une réponse apportée à un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif révèle la nécessité d'une consultation. La commission a soutenu ces dispositions, qui alignent légitimement le droit applicable aux majeurs sur celui applicable aux mineurs.

L'**article 17** remplace le certificat médical nécessaire pour recourir au congé pour enfant malade dans le privé par une attestation sur l'honneur. Compte tenu de la limitation par la loi de ce congé à trois jours annuels et de l'absence d'obligation pour les employeurs de le rémunérer, les **risques de détournement associés** à la suppression du certificat médical **sont contenus** pour les employeurs.

Réunie le mardi 6 mai 2025 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a **adopté** la proposition de loi modifiée par **18 amendements**.



EN SÉANCE

En séance publique, le Sénat a adopté **39 amendements et sous-amendements** visant, pour l'essentiel, à **renforcer chacun des leviers mobilisés par la proposition de loi**.

Afin de **territorialiser davantage le pilotage de la politique d'accès aux soins**, les sénateurs ont :

- prévu la **consultation des unions régionales de professionnels de santé (URPS)**, représentant les professionnels libéraux, dans le cadre des travaux des offices départementaux ;
- soutenu la mise en place par les offices départementaux d'**indicateurs précis et opérationnels** relatifs à l'offre de soins réellement disponible dans les territoires.

Le Sénat a également souhaité **favoriser l'accès aux soins dans les territoires en tension** en :

- **étendant l'encadrement des installations aux médecins salariés** exerçant en centre de santé ;
- précisant que l'ARS devrait, après avis conforme des offices départementaux, déterminer un **zonage adapté aux spécificités de l'ensemble des spécialités** médicales ou groupes de spécialités médicales concernés ;
- prévoyant que la mission de service public de solidarité territoriale proposée par le Gouvernement **devrait compléter l'encadrement des installations** déjà inscrite dans le texte et qu'elle bénéficierait, à terme, à des **zones prioritaires déterminées, dans les conditions de droit commun**, par les ARS après avis conforme de l'office départemental ;
- instaurant un **agrément préalable du directeur de l'ARS pour tous les centres de santé** ;
- **mettant en place une rémunération forfaitaire** modulée en fonction de la patientèle, afin d'éviter toute aggravation du reste à charge des patients non couverts par une complémentaire santé ;
- **supprimant la majoration du ticket modérateur** pour les patients n'ayant pas pu désigner de médecin traitant, pour une durée transitoire de cinq ans et dans l'attente d'une amélioration de la démographie médicale ;
- soutenant la **création d'un examen spécifique pour les Padhue** ayant exercé en France ;
- restaurant la **procédure d'autorisation d'exercice dérogatoire pour les Padhue ayant la qualité de réfugié ou d'apatride**, éteinte depuis le 1^{er} janvier 2025 ;
- autorisant l'**affectation de Padhue, en ville, auprès de praticiens agréés maîtres de stage** ;
- **assouplissant les règles applicables aux médecins propharmaciens**, autorisés à délivrer directement des médicaments à leurs patients en l'absence de pharmacie d'officine.

Prenant acte de l'engagement du Gouvernement à faciliter, à court terme et par voie réglementaire, le recrutement par les centres de santé de médecins sur des durées courtes, le Sénat a **considéré que l'article 7 était satisfait et accepté sa suppression**.

Enfin, pour libérer du temps médical et approfondir les partages de compétences, le Sénat a :

- permis l'**extension par décret des actes réalisés par les audioprothésistes**, après avis de l'Académie nationale de médecine et de la Haute Autorité de santé ;
- autorisé l'**extension par décret des actes et activités que les préparateurs en pharmacie** peuvent réaliser sous la responsabilité d'un pharmacien, après avis de l'Académie nationale de médecine, de l'Académie nationale de pharmacie et de la Haute Autorité de santé ;
- autorisé l'**octroi d'aides conventionnelles** aux officines situées **hors des territoires fragiles**.



Philippe Mouiller
Sénateur (LR) des Deux-Sèvres
Président



Corinne Imbert
Sénatrice (LR) de la Charente-Maritime
Rapporteuse

Consulter le dossier législatif

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp124-494.html>