

N° 712

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 juin 2025

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation,

Par M. Khalifé KHALIFÉ,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, président ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, secrétaires ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouveau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 1768, 1930 et T.A. 211

Sénat : 189 (2023-2024) et 713 (2024-2025)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
EXAMEN DES ARTICLES	11
CHAPITRE I^{ER} : AMÉLIORER L'ACCUEIL ET LA FORMATION DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ PAR LA TRANSPARENCE ET LA TERRITORIALISATION DES BESOINS.....	11
• <i>Article 1^{er} Rénover le <i>numerus apertus</i> en renforçant la prise en compte des besoins de santé du territoire</i>	<i>11</i>
CHAPITRE II : ENCOURAGER L'ÉMERGENCE DE MÉDECINS EN COMBATTANT LA FUITE DES CERVEAUX	26
• <i>Article 2 Réintégrer dans les études de médecine les étudiants français inscrits dans la même filière dans un autre État de l'Union européenne</i>	<i>26</i>
CHAPITRE III : DÉVELOPPER L'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX PAR LA FORMATION DES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX.....	34
• <i>Article 3 Développer des passerelles permettant aux professionnels paramédicaux de reprendre des études de médecine</i>	<i>34</i>
• <i>Article 3 bis Demande de rapport sur l'offre de formation dans les territoires sous-denses</i>	<i>43</i>
• <i>Article 4 Gage financier de la proposition de loi</i>	<i>45</i>
EXAMEN EN COMMISSION.....	47
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....	63
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES	65
LA LOI EN CONSTRUCTION	69

L'ESSENTIEL

La proposition de loi comprend diverses mesures destinées à améliorer la **prise en compte des besoins de santé territoriaux** et à **augmenter le nombre d'étudiants recrutés** dans les filières de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP).

Souhaitant favoriser son entrée en vigueur rapide, la commission **a adopté la proposition de loi sans modification.**

I. ADAPTER LE *NUMERUS APERTUS* POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS DE SANTÉ DES TERRITOIRES

A. FAVORISER L'AUGMENTATION DU RECRUTEMENT ÉTUDIANT

Instauré en 1971 pour la médecine et l'odontologie, le *numerus clausus* a progressivement été étendu à l'ensemble des filières MMOP. Il a été **fortement abaissé dans les années 1970 et 1980**, dans le double objectif de maîtriser les dépenses de santé et de protéger l'activité des professionnels installés, sans prise en compte suffisante de l'augmentation prévisible des besoins.

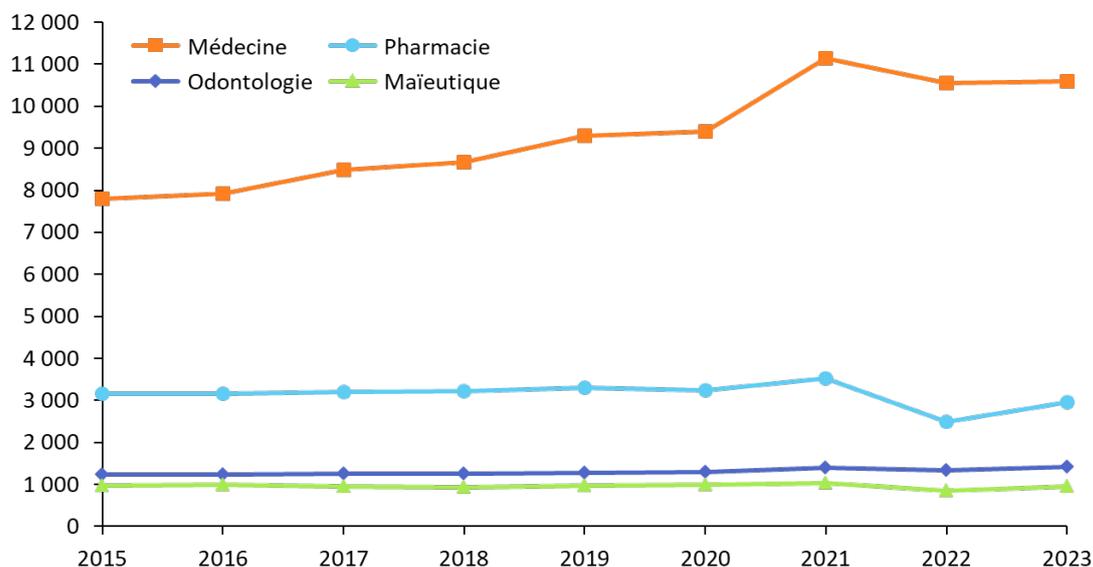
Fréquemment décrié pour sa contribution aux tensions démographiques actuelles, le *numerus clausus* a été **supprimé par la loi dite « OTSS » de 2019**, qui lui a substitué un *numerus apertus* fondé sur la concertation. Désormais, les capacités d'accueil en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités elles-mêmes sur le fondement :

- **d'objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle**, arrêtés par l'université sur avis conforme des agences régionales de santé (ARS) concernées, lesquelles doivent consulter préalablement les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;

- **d'objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former**, établis par l'État pour une durée de cinq ans, à l'issue de concertations régionales et sur proposition d'une conférence nationale.

Ce nouveau dispositif a permis une **augmentation sensible du recrutement dans les filières MMOP**, de l'ordre de 11 %. Toutefois, cette augmentation générale cache d'importantes disparités entre filières : alors que le nombre d'admis a augmenté de 18 % en médecine et de 14 % en odontologie, il a diminué en maïeutique et en pharmacie, du fait de places laissées vacantes.

Nombre d'étudiants inscrits en deuxième année du premier cycle



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

L'article 1^{er} favorise la poursuite de cette augmentation, en permettant aux ARS et aux conseils territoriaux de santé (CTS) d'**appeler une université à accroître ses capacités d'accueil**, lorsque celles-ci ne correspondent pas aux objectifs pluriannuels qu'elle a arrêtés.

B. MIEUX TENIR COMPTE DES BESOINS TERRITORIAUX

La croissance des effectifs diffère, par ailleurs, d'un territoire à un autre, **sans que ces divergences ne semblent corrélées aux inégalités démographiques constatées** ni destinées à les corriger.

Pour **mieux tenir compte des besoins de santé des territoires**, la proposition de loi :

- précise que l'établissement des objectifs pluriannuels vise à garantir la répartition optimale des futurs professionnels sur le territoire ;
- soumet la définition de ces objectifs à un avis conforme des CTS.

Jugeant que ces dispositions favoriseraient une plus grande implication des élus locaux et une meilleure prise en compte des réalités territoriales dans la définition du recrutement étudiant, la commission les a **adoptées sans modification**.

II. ASSOUPLIR LES CONDITIONS AUTORISANT L'ACCUEIL DE CANDIDATS AUX ÉTUDES DE MÉDECINE ET FAVORISER LA DIVERSITÉ DES PARCOURS

A. FACILITER LA RÉINTÉGRATION DES ÉTUDIANTS PARTIS SUIVRE DES ÉTUDES DE MÉDECINE EN EUROPE AU CURSUS DE FORMATION FRANÇAIS

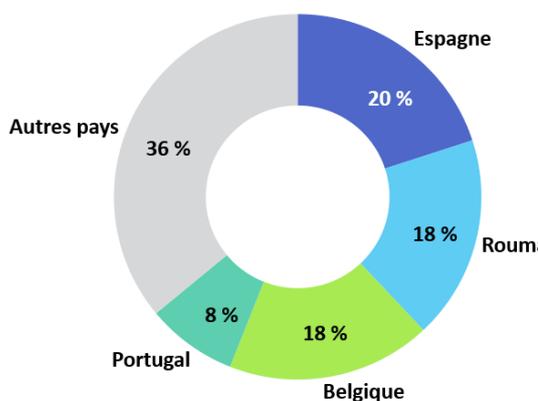
La forte sélectivité de l'accès au premier cycle des études de médecine engendre **un phénomène d'expatriation d'une partie des étudiants dans d'autres pays européens.**

Aucune donnée officielle ne permet de mesurer précisément l'ampleur de ce phénomène, mais selon la Cour des comptes, le contingent d'étudiants concernés s'élèverait à **environ 1 600 chaque année.** Parmi les destinations privilégiées par les étudiants figurent l'Espagne, la Roumanie et la Belgique, pays européens ayant opté pour un accès direct aux études de médecine après le baccalauréat.

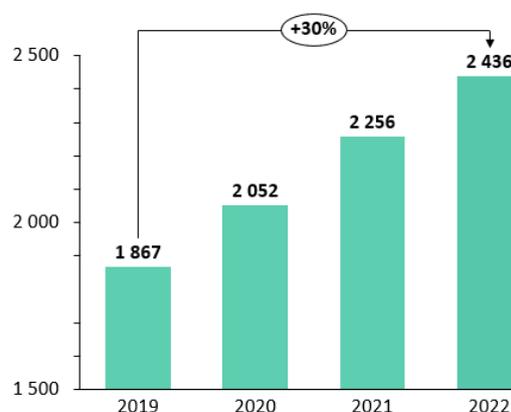
Les étudiants partis suivre des études de médecine dans un autre État de l'Union européenne (UE) ont la possibilité de réintégrer le cursus français en premier, en deuxième ou en troisième cycle. Ils sont pourtant peu nombreux à le faire.

En vertu du principe d'équivalence des diplômes européens, ils ont également la possibilité, après avoir obtenu un diplôme dans un autre État de l'UE, de s'inscrire auprès du conseil de l'ordre des médecins pour exercer en France. Le nombre de médecins diplômés à l'étranger exerçant en France n'a d'ailleurs cessé de progresser ces dernières années.

Principaux pays d'accueil des étudiants français (2023)



Évolution du nombre d'étudiants français en médecine et en odontologie en Espagne



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

Partant du constat que **le cursus de médecine français est plus rigoureux** que celui de nombreux pays européens, l'article 2 de la proposition de loi vise à ce **que soient définies par décret en Conseil d'État les modalités de réintégration au cursus national des étudiants français en cours de formation dans un autre État de l'UE**. Cette mesure, non pérenne, ne s'appliquerait qu'aux étudiants en cours d'études à la date de promulgation de la loi.

Dans un contexte de pénurie persistante de professionnels de santé, **la commission s'est exprimée en faveur de la réintégration précoce dans le système universitaire et hospitalier français des étudiants français en médecine expatriés**.

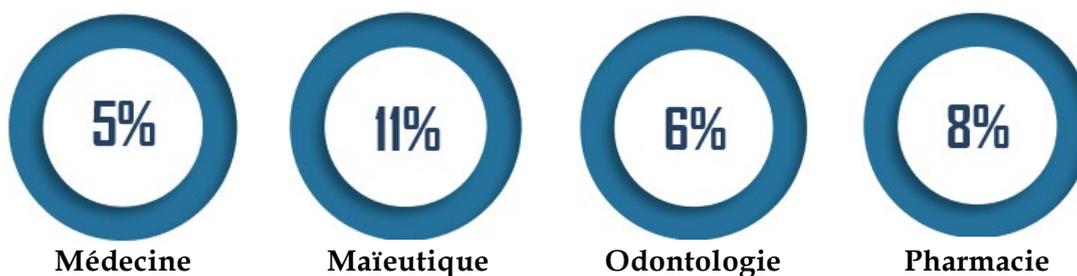
B. DÉVELOPPER LES PASSERELLES VERS LES ÉTUDES DE MÉDECINE POUR LES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX EN RECONVERSION

Depuis 2020, l'accès au premier cycle des études MMOP est principalement **structuré en deux parcours** : le parcours « accès spécifique santé » (Pass) et les licences « accès santé » (LAS). Une troisième voie d'accès, plus marginale, permet également d'intégrer le premier cycle des études, directement en deuxième ou troisième année, grâce à un dispositif de passerelles.

Les **professionnels paramédicaux** titulaires d'un titre ou d'un diplôme correspondant à une **formation d'une durée minimale de 3 années** peuvent postuler. Le dispositif des passerelles, qui met en concurrence des candidats aux profils très divers, ne leur est toutefois pas réservé. En 2023, les professionnels paramédicaux, ne représentaient que **25 % des effectifs admis dans le cadre des passerelles pour la 2^e année du 1^{er} cycle de médecine en 2023**.

Par ailleurs, les capacités d'accueil réservées à ce dispositif pour l'admission des étudiants en 2^e ou 3^e année de l'une des quatre filières sont limitées. Pour l'année universitaire 2022-2023, la part des étudiants admis au titre des passerelles par rapport à l'effectif total de la promotion s'élevait à **seulement 5 % des effectifs pour la filière médecine, 11 % pour celle de maïeutique, 6 % pour l'odontologie et 8 % pour la pharmacie**.

Proportion des étudiants admis en 2^e année du 1^{er} cycle *via* les passerelles



L'article 3 propose de **consolider le dispositif des passerelles pour favoriser une reconversion réussie des professionnels paramédicaux** désireux de s'engager dans les études de médecine.

Il prévoit que des passerelles seront créées par voie réglementaire, ce qui suppose de compléter le dispositif actuellement en vigueur. Les professionnels paramédicaux devront bénéficier d'études « *adaptées et accompagnées* », pour lever les obstacles à la reprise d'études.

La commission a soutenu l'économie générale de cette mesure, souscrivant à l'objectif de diversification des parcours et à l'importance d'un accompagnement renforcé de ces candidats à la reprise des études.

Réunie le mardi 10 juin 2025 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales **a adopté** la présente proposition de loi sans modification.

EXAMEN DES ARTICLES

Chapitre I^{er} : Améliorer l'accueil et la formation des étudiants en santé par la transparence et la territorialisation des besoins

Article 1^{er}

Rénover le *numerus apertus* en renforçant la prise en compte des besoins de santé du territoire

Cet article vise à renforcer la prise en compte des besoins de santé du territoire dans la fixation des capacités d'accueil des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique en deuxième et troisième années de premier cycle et dans la définition des objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le *numerus apertus* a permis d'augmenter le nombre d'étudiants recrutés mais présente toutefois d'importantes limites

1. Le remplacement du *numerus clausus* par le *numerus apertus*

a) Les conséquences dommageables du *numerus clausus*

• Le **système du *numerus clausus*** permettait, jusqu'en 2019, au Gouvernement de fixer annuellement le nombre d'étudiants admis dans les filières médicales et pharmaceutique.

Instauré en 1971 pour les études de médecine et d'odontologie¹, ce système a **progressivement été étendu** aux filières pharmacie et maïeutique, recrutant par la même voie. La loi de 1984 sur l'enseignement supérieur confie, ainsi, aux ministres de la Santé et de l'Éducation nationale le soin de fixer « le nombre des étudiants admis, pendant le premier cycle, à poursuivre des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques (...) compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés »². Insérées postérieurement dans le code de l'éducation, ces dispositions ont été étendues par la loi de 2004 relative à la politique de santé publique aux sages-femmes, qui faisaient l'objet d'un *numerus clausus* depuis 1977³.

¹ Article 14 de la loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.

² Article 14 de la loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur.

³ Article 105 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

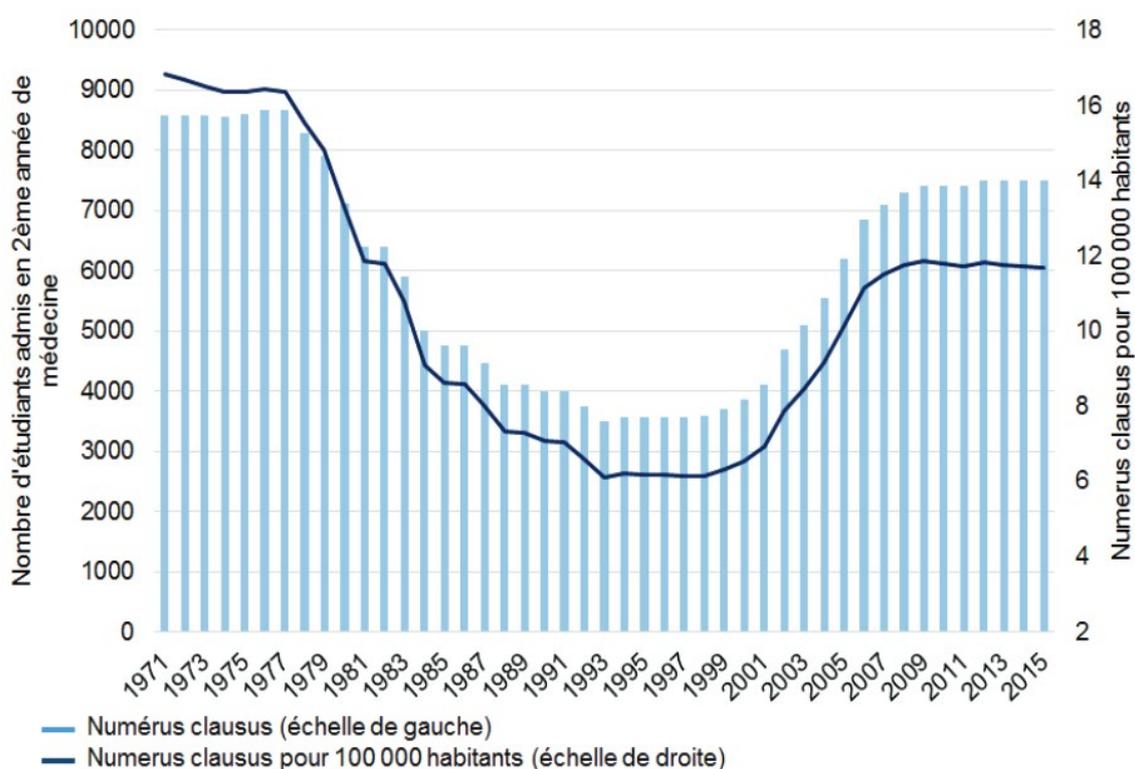
Le dispositif n'a, par la suite, que **très peu évolué jusqu'à sa suppression**. Sur le fondement de ces dispositions, les ministres ont, en conséquence, annuellement **arrêté** jusqu'en 2020 le nombre d'étudiants pouvant être admis dans les filières MMOP, à l'issue de la première année des études de santé.

- Le *numerus clausus* est **accusé d'avoir largement contribué aux tensions démographiques actuelles**, du fait du nombre insuffisant d'étudiants recrutés dans les dernières décennies.

D'abord justifié par la nécessaire **régulation du nombre d'étudiants au regard des capacités d'accueil des établissements de santé** dispensant les formations cliniques, le *numerus clausus* a progressivement été abaissé dans les années 1970 et 1980 pour des motifs attachés davantage à des **considérations financières et sectorielles**.

Le *numerus clausus* de médecine a ainsi chuté de 8 671 à 3 500 entre 1977 et 1993, alors que la population française augmentait d'environ 8 % sur la même période. À partir de 1994, il n'a été que très progressivement relevé pour dépasser 4 000 en 2001 et 6 000 en 2005¹.

Évolution du *numerus clausus* en médecine entre 1971 et 2015



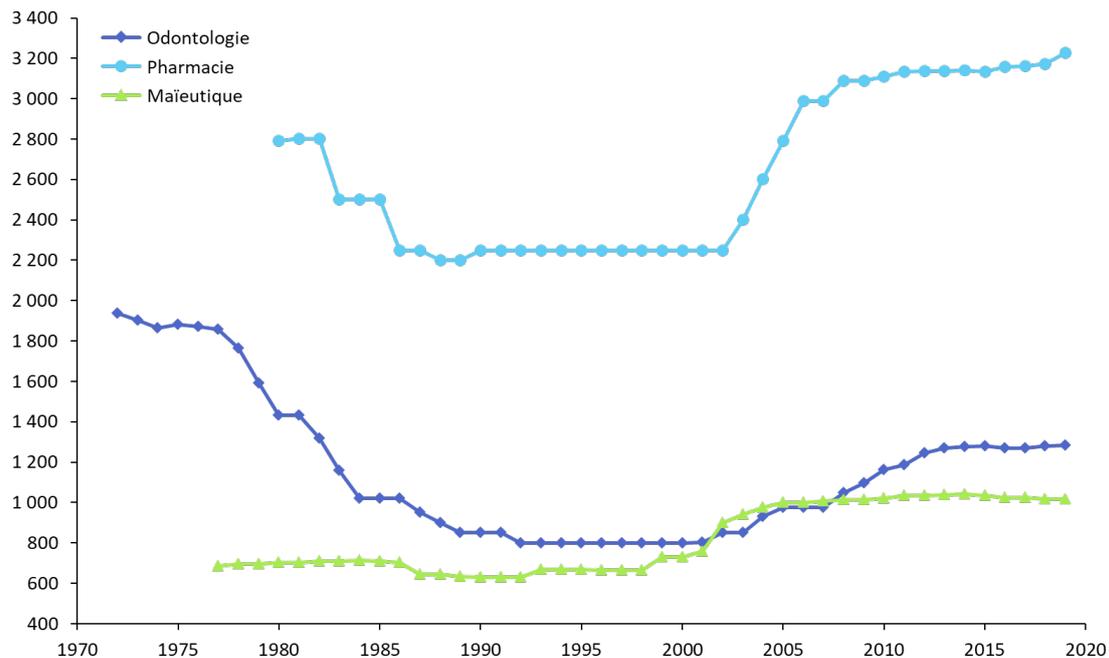
Source : Direction générale du Trésor, lettre Trésor-Eco n° 247 publiée en octobre 2019

¹ Direction générale du Trésor, lettre Trésor-Eco « Comment lutter contre les déserts médicaux ? », n° 247, 11 octobre 2019.

Dans un rapport récent relatif à l'accès aux études de santé, la Cour des comptes constate que la diminution du *numerus clausus* a été décidée « sans lien suffisant avec les projections démographiques des professionnels de santé et sans étude des besoins ». Elle l'attribue à « une logique de limitation des dépenses de soins et de maintien de revenus importants pour les médecins »¹. La direction générale du Trésor estime également que la baisse importante du *numerus clausus* dans les années 1970 et 1980 a été justifiée par la « crainte de la demande induite » qui serait associée à une augmentation du nombre de médecins².

Face à l'augmentation constatée des besoins de santé, portée notamment par l'accroissement de la population, son vieillissement, et la prévalence grandissante des maladies chroniques, le relèvement du *numerus clausus* entre le milieu des années 1990 et la fin des années 2000 a concerné l'ensemble des professions incluses dans le dispositif.

Évolution du *numerus clausus* national pourvu en odontologie, pharmacie et maïeutique entre 1972 et 2019



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données Drees (2021)

¹ Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024, p. 51.

² Direction générale du Trésor, lettre Trésor-Eco « Comment lutter contre les déserts médicaux ? », n° 247, op. cit.

b) *Le numerus apertus mis en place par loi de 2019*

Accusé d'avoir **permis la baisse du nombre d'étudiants admis** dans les études de santé et, en conséquence, favorisé l'apparition des tensions démographiques constatées, le *numerus clausus* a été remplacé, par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019¹, par un nouveau **système dit du « numerus apertus »** qui s'en distingue sur plusieurs points.

- Désormais, les **capacités d'accueil en deuxième et troisième années de premier cycle** dans les filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) sont **déterminées annuellement par les universités elles-mêmes**².

Ces dernières doivent fixer, avant le 1^{er} octobre de chaque année, les **capacités d'accueil pour l'année universitaire suivante** ainsi que leur **prospectivité de capacité d'accueil** pour les cinq années suivantes³.

Pour ce faire, les universités doivent tenir compte de deux catégories d'objectifs pluriannuels, selon ce que le rapporteur Alain Milon avait qualifié, lors de l'examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat, de « *mécanisme à triple détente* »⁴.

- Chaque université doit, d'abord, prendre en compte, pour déterminer ces capacités d'accueil, les **objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle**.

Ces objectifs pluriannuels sont arrêtés par l'université sur **avis conforme des agences régionales de santé (ARS) concernées**. Avant de rendre leur avis, ces dernières doivent consulter les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) concernées.

¹ Article 1^{er} de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

² Article L. 631-1 du code de l'éducation.

³ Article R. 631-1-6 du code de l'éducation.

⁴ Rapport n° 524 (2018-2019) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 mai 2019.

Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)

Créées par la **loi dite « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de 2009**¹, les CRSA sont placées auprès de chaque ARS et chargées de participer par leurs avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences². Elles émettent notamment des avis sur les projets régionaux de santé et peuvent faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région³.

Au moins une fois par an, le directeur général de l'ARS doit rendre compte à la CRSA de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informer des suites qui ont été données à ses avis⁴.

Les CRSA sont composées de 109 membres au plus ayant voix délibérative, auxquels s'ajoutent les membres du collège des conseils territoriaux de santé (CTS) ayant également voix délibérative. Ses membres sont répartis en huit collèges comprenant notamment :

- un collège des représentants des collectivités territoriales ;
- un collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux ;
- un collège des représentants des CTS ;
- un collège des offreurs des services de santé⁵.

Les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle doivent tenir compte, d'une part, des **capacités de formation** et, d'autre part, des **besoins de santé du territoire**.

Pour renforcer la prise en compte des besoins de santé dans la détermination de ces objectifs, la loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels de 2023, dite « Valletoux », a hiérarchisé ces deux critères⁶ : désormais, les universités doivent tenir compte des besoins de santé en priorité, puis des capacités de formation⁷.

¹ Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Article L. 1432-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 1432-4 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 1432-2 du code de la santé publique.

⁵ Article D. 1432-28 du code de la santé publique.

⁶ Article 22 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

⁷ Article L. 631-1 du code de l'éducation.

• Ces objectifs pluriannuels sont eux-mêmes définis au regard d'**objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former** établis par l'État dans la poursuite de trois objectifs énumérés par la loi :

- répondre aux besoins du système de santé ;
- réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins ;
- permettre l'insertion professionnelle des étudiants¹.

Les objectifs nationaux pluriannuels sont définis **pour une durée de cinq ans par arrêté**, sur proposition d'une **conférence nationale** réunissant des représentants des acteurs du système de santé et des organismes et institutions de formation, présidée conjointement par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé².

Les mêmes ministres peuvent, avant l'échéance des cinq ans, **saisir la conférence nationale pour actualiser les objectifs nationaux pluriannuels**.

La conférence nationale chargée de proposer les objectifs nationaux pluriannuels

1. La composition de la conférence nationale

La composition de la conférence nationale est fixée par arrêté. Elle comprend notamment :

- les directeurs généraux des ARS ;
- des représentants des professions concernées (présidents des organisations syndicales représentatives dans les secteurs libéral et hospitalier, présidents des ordres professionnels concernés) ;
- les présidents des associations nationales représentant les élus locaux ;
- trois représentants des associations d'usagers du système de santé ;
- des représentants des structures de formation (président de la conférence des présidents des universités, présidents des conférences de doyens) ;
- les présidents des associations représentatives des étudiants ;
- les présidents des fédérations hospitalières ;
- des représentants de l'administration centrale et de l'assurance maladie³.

L'**Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)** est chargé du secrétariat de la conférence nationale⁴. Ce dernier regroupe, sous l'autorité d'un président nommé pour trois ans par arrêté, un conseil d'orientation et des comités régionaux⁵.

¹ Ibid.

² Article R. 631-1-6 du code de l'éducation.

³ Article 15 de l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

⁴ Article R. 631-1-6 du code de l'éducation.

⁵ Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

2. Les modalités de détermination des objectifs nationaux pluriannuels

Pour proposer aux ministres les objectifs nationaux pluriannuels, la conférence nationale doit prendre en compte :

- des **propositions relatives au nombre de professionnels à former**, établies par les ARS en considérant les besoins de santé et d'accès aux soins et les capacités de formation sur leur territoire ;

- des **données nationales** relatives, notamment, à la démographie des professionnels de santé, à l'organisation de l'offre de soins, à l'évolution des progrès techniques et à l'insertion professionnelle des étudiants¹.

La conférence nationale s'appuie, pour proposer ses orientations, sur les **travaux préparatoires de l'ONDPS**. Six mois avant la tenue de la conférence nationale, l'ONDPS engage un processus de concertation aux niveaux régional et national dont les modalités sont définies par un arrêté de 2019 :

- le **directeur général de chaque ARS organise une concertation régionale d'une durée minimale de deux mois**, associant des acteurs du système de santé, des collectivités territoriales, des usagers, des acteurs de la formation et des organisations représentatives des étudiants ;

- à l'issue de cette concertation, le directeur général de l'ARS adresse à l'ONDPS une **proposition d'objectifs de professionnels de santé à former**, pour chaque formation et chaque université, encadrée par un seuil minimal et maximal d'évolution possible ;

- le président de l'ONDPS recueille, notamment auprès des organismes statistiques de l'État et des ordres, les **données utiles** relatives à la démographie, à la répartition et à l'exercice des professionnels de santé ;

- en associant les membres de la conférence nationale, l'ONDPS établit une **synthèse des propositions et données recueillies** ;

- ces travaux sont **présentés à la conférence nationale et débattus**, puis le président de l'ONDPS transmet aux ministres les propositions arrêtées, par formation et par université, pour la période quinquennale concernée².

Sur le fondement de ces dispositions et sur proposition de la conférence nationale, un arrêté de septembre 2021 a fixé les **objectifs nationaux pluriannuels pour la période 2021-2025** à 81 055, ainsi répartis : 51 505 professionnels pour la médecine, 17 065 pour la pharmacie, 7 265 pour l'odontologie et 5 220 pour la maïeutique.

¹ Article R. 631-1-6 du code de l'éducation.

² Article 14 de l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

Comme le prévoit l'arrêté de 2019 relatif à l'accès aux formations MMOP, ces objectifs sont encadrés par des **seuils minimal et maximal d'évolution** dont l'écart avec l'objectif ne peut être, de part et d'autre, inférieur à 5 %¹. Pour la période 2021-2025, le seuil minimal d'évolution est fixé à 76 655 et le seuil maximal d'évolution à 85 455².

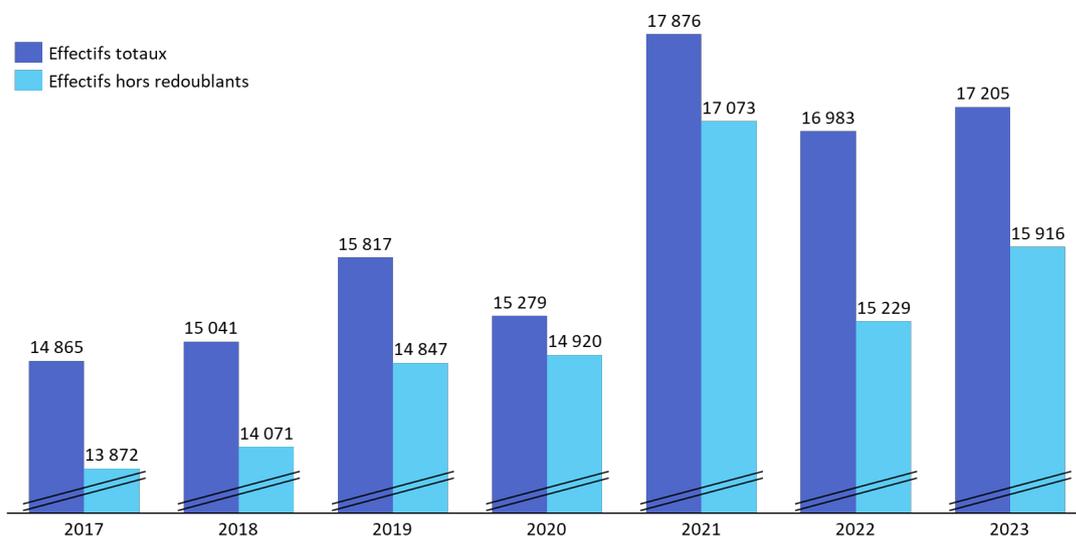
2. Les limites du *numerus apertus* mis en place

a) Une augmentation du recrutement étudiant à relativiser

• Les objectifs nationaux pluriannuels fixés pour la période 2021-2025 ont permis une **augmentation sensible du recrutement étudiant** par rapport aux années précédentes.

Ainsi, d'après la Cour des comptes, la comparaison du nombre d'admis dans les filières MMOP une année avant et trois années moyennées après la réforme fait apparaître une **augmentation de l'ordre de 11 % sur l'ensemble des quatre filières**³. Le nombre d'admis s'est révélé particulièrement important en 2021, lors de la première année d'application de la réforme, du fait d'une décision du Conseil d'État ayant conduit à admettre davantage d'étudiants que prévu pour garantir l'égalité de traitement entre les étudiants issus des différentes voies d'accès⁴.

Nombre d'étudiants inscrits en deuxième année du premier cycle dans les filières MMOP entre 2017 et 2023



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

¹ Ibid.

² Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.

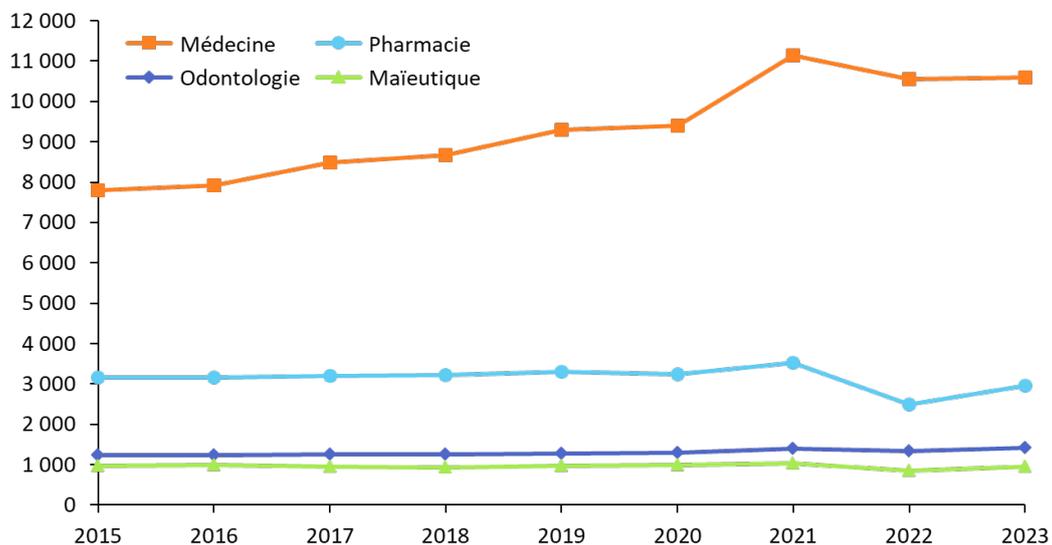
³ Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, op. cit., p. 62.

⁴ Conseil d'État, 4^e et 1^{ère} chambres réunies, 8 juillet 2021, décision n° 452731.

• Toutefois, **cette augmentation générale du nombre d'étudiants admis doit être relativisée.**

D'abord, **d'importantes disparités apparaissent entre filières.** Alors que le nombre d'admis a augmenté de 18 % en médecine et de 14 % en odontologie, il a diminué en maïeutique et en pharmacie, respectivement de 4 % et 6 %. Cette baisse est en grande partie expliquée par **l'aggravation récente du phénomène des places vacantes** constaté dans ces deux filières : pour l'année universitaire 2022-2023, celles-ci atteignaient 10 % des capacités d'accueil en deuxième année de premier cycle en maïeutique et 14 % en pharmacie¹.

Nombre d'étudiants inscrits en deuxième année du premier cycle dans chaque filière, hors redoublants



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

Par ailleurs, l'augmentation des effectifs recrutés en médecine **diffère grandement d'un territoire à un autre**, sans que ces divergences ne semblent destinées à corriger les inégalités démographiques constatées.

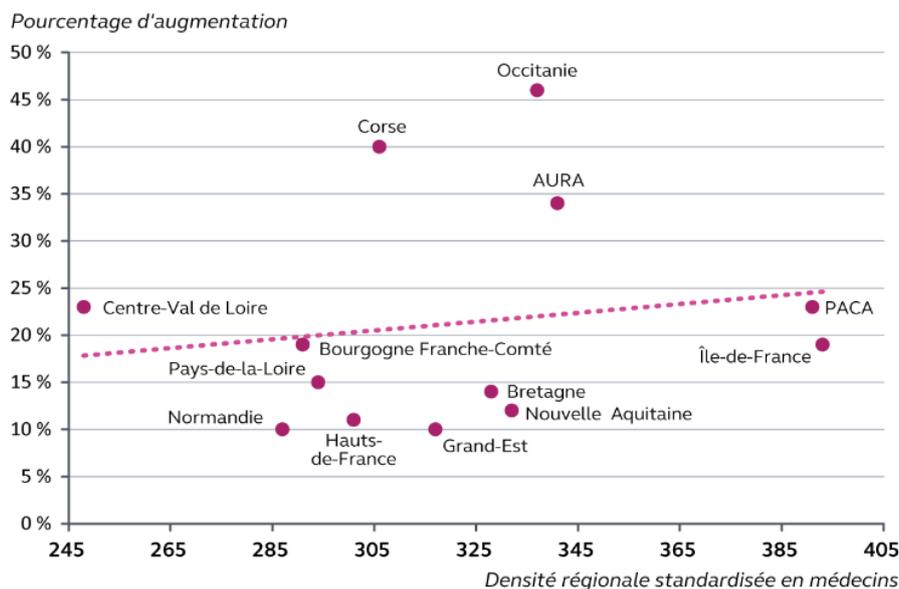
La Cour des comptes observe, ainsi, que les régions Normandie, Hauts-de-France et Pays de la Loire, qui présentent historiquement des densités médicales faibles, connaissent une croissance des effectifs recrutés d'environ 10 %, inférieure à la moyenne nationale. Elle juge ces disparités de progression « *inquiétantes, car elles contribuent à creuser des écarts déjà existants entre les territoires et obèrent à l'avenir leur capacité à obtenir des postes d'internes et à favoriser leur installation* »².

¹ Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, op. cit., p. 65.

² Ibid., p. 69.

L'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) a, en effet, récemment rappelé l'importance du lieu de naissance et du lieu d'internat dans les choix liés à l'installation des médecins. Ainsi, 50 % des médecins généralistes formés pendant les années 2000 exerceraient, en 2019, à moins de 85 kilomètres de leur commune de naissance et 50 % à moins de 43 kilomètres de leur lieu d'internat. L'Insee observe que, parce qu'elle se révèle particulièrement structurante dans la vie d'un jeune médecin, la période de l'internat est « susceptible de modifier ses préférences initiales et de mener l'étudiant à choisir de finalement exercer dans sa région d'affectation »¹.

Comparaison entre l'augmentation du recrutement étudiant et la densité régionale standardisée en médecins



Source : Cour des comptes (2024)

b) Des limites méthodologiques et procédurales désormais bien documentées

En outre, la procédure de fixation des objectifs de recrutement dans les filières MMOP apparaît encore perfectible.

- La Cour des comptes relève, ainsi, **plusieurs lacunes méthodologiques** dans son rapport récent relatif à l'accès aux études de santé.

D'abord, la **notion de besoins de santé**, devant fonder la fixation des objectifs pluriannuels au niveau national comme au sein de chaque université, ne fait l'objet d'**aucune définition précise**. Il est seulement précisé par décret que ces besoins prennent en compte, notamment, les spécificités territoriales telles qu'elles découlent des caractéristiques géographiques ou d'aménagement du territoire ainsi que la prévalence des zones sous-denses identifiées par les ARS².

¹ Insee première, « Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat », n° 2024, 12 novembre 2024.

² Article R. 631-1-6 du code de l'éducation.

Dans un article récent, Emmanuel Touzé, Agnès Bocognano et Yann Bourgueil observent ainsi que « *les besoins de soins dépendent de facteurs démographiques et épidémiologiques, qui sont assez facilement quantifiables. Mais ils dépendent également de facteurs non démographiques plus difficilement quantifiables : politiques de santé publique, organisation du système, évolution des métiers.* » Ils appellent à « *mieux définir l'organisation du système de soins, notamment en ce qui concerne les coopérations interprofessionnelles, la gradation et la permanence des soins* » pour permettre une meilleure projection¹.

De la même manière, la Cour des comptes relève qu'il n'a pas été déterminé ni mis en place de suivi structuré, au niveau national, des capacités de formation des universités reposant sur des indicateurs standardisés tels que le taux d'encadrement pour les enseignements universitaires, l'équipement minimal nécessaire, le nombre et la typologie des terrains de stage, etc.²

• De plus, la **procédure** de fixation des objectifs pluriannuels est **complexe** et **ne permet qu'une réactivité limitée face à l'évolution rapide des besoins constatés**.

La Cour des comptes relève que la prochaine conférence, initialement prévue en 2024, **pourrait ne pas se tenir avant 2026** du fait du retard déjà accumulé³.

Le **rythme quinquennal retenu** apparaît, en outre, **peu adapté** à l'évolution rapide des besoins, de l'organisation du système de santé et des conditions d'exercice des professionnels. Si les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé peuvent, avant l'échéance des cinq ans, saisir la conférence nationale pour actualiser les objectifs nationaux pluriannuels⁴, cette faculté n'a pour le moment pas été mise en œuvre. La Cour des comptes a recommandé, en conséquence, de mettre en place un comité de pilotage commun aux deux ministères qui se réunisse au moins annuellement, de manière à permettre un réajustement régulier des objectifs de formation⁵.

B. L'article 1^{er} vise à améliorer le numérus apertus en permettant une meilleure prise en compte des besoins de santé des territoires

Pour renforcer la prise en compte des besoins de santé des territoires dans la fixation des objectifs de recrutement, l'article 1^{er} apporte plusieurs modifications à l'article L. 631-1 du code de l'éducation.

¹ Emmanuel Touzé, Agnès Bocognano et Yann Bourgueil, « Former plus de médecins pour demain ? », Les Tribunes de la santé, n° 75, mars 2023, pp. 71 à 89.

² Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, op. cit., p. 56.

³ Ibid., p. 70.

⁴ Article R. 631-1-6 du code de l'éducation.

⁵ Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, op. cit., recommandation n° 5.

Dans le texte déposé, le **1° de l'article** visait, d'abord, à prévoir que les capacités d'accueil en deuxième et troisième années de premier cycle seraient déterminées annuellement non plus seulement par les universités mais également par une commission dont la composition serait fixée par décret et comprendrait des représentants élus des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) du territoire ainsi que des parlementaires.

Le **2°** modifie les dispositions encadrant la fixation des objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle pour :

- d'une part, préciser que les besoins de santé doivent être pris en compte en priorité puis, à titre subsidiaire seulement, les capacités de formation ;

- d'autre part, prévoir que ces objectifs ne peuvent être établis qu'après avis conforme de la commission créée par le 1°.

Le **3° de l'article 1^{er}** insère dans le code de l'éducation des dispositions prévoyant que les besoins de santé du territoire doivent être déterminés notamment au regard des départs en retraite récents et des estimations des départs en retraite à venir des médecins exerçant sur ledit territoire.

Le **4°**, enfin, vise à mettre en place une procédure applicable dans les cas où les capacités de formation en deuxième et troisième années de premier cycle fixées par une université seraient jugées insuffisantes au regard des objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle par la commission créée par le 1°, l'ARS ou les ARS concernées. Dans ce cas, l'université devrait mettre en œuvre des mesures visant à accroître ses capacités d'accueil. Ces mesures seraient transmises chaque année à la commission et aux ARS concernées, jusqu'à ce que les capacités d'accueil soient jugées suffisantes.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

• La **commission des affaires sociales** de l'Assemblée nationale a adopté **quatre amendements modifiant l'article 1^{er} et un sous-amendement**.

Un **amendement du rapporteur Yannick Neuder** a, d'abord, supprimé la commission créée par le 1° de l'article pour la remplacer par les conseils territoriaux de santé (CTS). Ainsi modifié, l'article 1^{er} confie ainsi aux CTS le soin :

- de déterminer, avec les universités, les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle ;

- d'émettre un avis conforme sur les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle ;

- enfin, d'estimer si ces capacités d'accueil sont suffisantes au regard de ces objectifs et, dans le cas contraire, d'inviter l'université à mettre en place des mesures correctrices.

Un **amendement de M. Pierre Dharréville** (*Gauche démocrate et républicaine*) vise à préciser, par ailleurs, à l'article L. 631-1 du code de l'éducation, que les capacités d'accueil déterminées par les universités doivent viser à garantir la répartition optimale des futurs professionnels de santé sur le territoire au regard des besoins constatés.

Un **amendement de M. Yannick Monnet** (*Gauche démocrate et républicaine*) vise également à préciser, au même article du code de l'éducation, que les objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former établis par l'État doivent viser à réduire les inégalités sociales d'accès aux soins.

Enfin, un **amendement de M. Sébastien Peytavie** (*Écologiste*), sous-amendé par le rapporteur, vise à prévoir que, lorsque l'université informe les CTS et les ARS des mesures prises pour accroître ses capacités d'accueil, cette information est systématiquement accompagnée du détail des moyens financiers et humains nécessaires à la réalisation de ces mesures, ainsi que de la façon dont l'État doit y contribuer.

• En **séance plénière**, l'Assemblée nationale a adoptée **trois amendements** à l'article 1^{er}.

Un **amendement du rapporteur Yannick Neuder** a, d'abord, supprimé les dispositions confiant aux CTS le soin de déterminer, avec les universités, les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années de premier cycle.

Deux amendements identiques du rapporteur et de M. Jean-François Rousset (*Renaissance*) ont, enfin, réécrit les dispositions relatives au contrôle des ARS et des CTS sur les capacités d'accueil fixées par les universités. Désormais, celles-ci prévoient que, si les ARS ou les CTS concernés considèrent que ces capacités ne correspondent pas aux objectifs pluriannuels arrêtés par l'université, cette dernière peut être appelée à mettre en œuvre des mesures visant à accroître ses capacités d'accueil. Les modalités d'accroissement de ces capacités et d'information des CTS et ARS concernés relative aux mesures prises ou envisagées, notamment en matière de moyens financiers et humains dégagés par l'État, doivent être fixées par décret.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III – La position de la commission

La commission a favorablement accueilli ces dispositions. Elle juge que, si l'article 1^{er} ne résoudra pas l'ensemble des difficultés constatées dans la mise en œuvre du *numerus apertus*, il contribuera toutefois à améliorer le fonctionnement général de ce dispositif en permettant une meilleure prise en compte des besoins des territoires et en favorisant l'accroissement du recrutement étudiant.

- La commission juge utile, d'une part, d'**associer plus étroitement les CTS** à la définition des objectifs pluriannuels d'admission.

Les CTS, comprenant notamment des représentants des professionnels de santé, des établissements et structures participant à l'offre de soins sur le territoire et des collectivités territoriales, permettront de confronter ces objectifs aux besoins constatés dans le territoire. Selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS), interrogée par le rapporteur, *« l'avis conforme des CTS, en plus de l'avis conforme des ARS, qui consultent la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, permettrait de renforcer la place des élus territoriaux, notamment ruraux, afin de mieux prendre en compte et de mieux répondre aux besoins de santé identifiés »*¹.

Ces dispositions apparaissent, en outre, **cohérentes avec la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires**, portée par le président Philippe Mouiller et récemment adoptée par le Sénat, qui visait notamment à territorialiser la politique d'accès aux soins en associant davantage les élus locaux à sa définition et en confiant aux départements la capacité d'agir en matière de définition des besoins de santé sur leur territoire².

- Pour favoriser l'augmentation du nombre d'étudiants admis, d'autre part, la commission a jugé souhaitable de **permettre aux ARS et aux CTS d'appeler l'université à augmenter ses capacités d'accueil**, lorsque celles-ci apparaissent inadaptées aux objectifs pluriannuels d'admission qu'elle a elle-même fixés.

Cette nouvelle faculté **responsabilisera les universités** dans la définition de leurs capacités d'accueil, **et l'État dans l'allocation des moyens** nécessaires à l'admission d'un nombre suffisant d'étudiants.

¹ Réponses écrites de la DGOS au questionnaire transmis par le rapporteur.

² Article 1^{er} de la proposition de loi n° 118 (2024-2025) visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, adoptée par le Sénat le 13 mai 2025.

La DGOS a rappelé, à cet égard, que **les capacités actuelles de formation demeurent inférieures à celles qui existaient avant la mise en place du *numerus clausus* en 1971**, alors que la France compte près de 15 millions d'habitants supplémentaires. Le Gouvernement s'est engagé, dans le cadre du pacte relatif aux déserts médicaux présenté par le Premier ministre le 25 avril 2025, à augmenter de 20 % le nombre d'étudiants en santé formés sur le territoire d'ici 2030¹.

La commission a jugé ces mesures **adéquates pour accompagner l'indispensable augmentation du recrutement** dans les études médicales et pharmaceutique. Elle souhaite que cet effort soit prioritairement porté sur les territoires les plus dépourvus et que les besoins de santé mesurés localement soient pleinement pris en compte. Pour **favoriser son entrée en vigueur rapide**, la commission a adopté le présent article sans modification.

La commission a adopté cet article sans modification.

¹ *Dossier de presse « Pacte de lutte contre les déserts médicaux », 25 avril 2025, p. 18.*

Chapitre II : Encourager l'émergence de médecins en combattant la fuite des cerveaux

Article 2

Réintégrer dans les études de médecine les étudiants français inscrits dans la même filière dans un autre État de l'Union européenne

Cet article propose que soient définies par un décret en Conseil d'État les conditions d'accès à la formation de médecine des étudiants français inscrits dans la même filière, avant la promulgation de la loi, dans un autre État membre de l'Union européenne, un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une expatriation problématique d'une partie des étudiants français suivant une formation de médecine en Europe

1. Un phénomène difficile à quantifier, motivé par la forte sélectivité de l'accès au premier cycle des études de médecine

En France, l'accès au premier cycle des études médicales est marqué par une forte sélectivité et un taux d'échec important. Cette situation engendre un phénomène d'expatriation d'une partie des étudiants dans d'autres pays européens pour y suivre un cursus de médecine équivalent.

• **Ce phénomène, s'il est connu, demeure pourtant très mal appréhendé.** L'absence de chiffres officiels sur le nombre d'étudiants concernés est, à ce titre, significatif. Si le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche n'avancent aucune estimation¹, des chiffres sont ponctuellement relayés par les médias ou la presse spécialisée². Dans son rapport sur l'accès aux études de santé, la Cour des comptes estimait à 10 % environ la proportion des étudiants n'ayant pas accédé en France aux formations de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie (MMOP) après leurs années d'accès aux études de santé – dont 81 % étaient passés par un parcours « accès santé spécifique » ou Pass – et

¹ La direction générale de l'offre de soins et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle ont confirmé au rapporteur qu'il n'existe pas de statistiques sur le nombre d'étudiants en santé partis se former à l'étranger.

² Le chiffre de 5 000 jeunes Français étudiant la médecine dans un autre pays de l'Union européenne a parfois été communiqué (Le Quotidien du médecin, « Plus de 5000 carabins français à l'étranger : on fait quoi ? », 17 mai 2024).

poursuivant ces études à l'étranger, ce qui représente un contingent d'environ 1 600 étudiants chaque année¹.

Le sondage réalisé par la Cour des comptes met en exergue deux motivations principales des étudiants : une plus grande facilité d'accès aux études de santé, et le sentiment d'un système plus équitable et plus lisible que le système français.

La réforme de l'accès au premier cycle des études de médecine et la suppression du *numerus clausus* en 2020 n'ont pas atténué la fuite des étudiants français hors du territoire national

En France, l'accès aux études de médecine après le baccalauréat est régi par une procédure de sélection exigeante.

Jusqu'en 2020, le système de la première année commune aux études de santé (Paces) conduisait à un taux d'échec élevé, de l'ordre de 67 %² des étudiants d'une promotion. Jugé excessivement concurrentielle, la Paces a été supprimée en 2020 avec le *numerus clausus*.

À partir de 2020, les nouvelles modalités d'accès qui s'y sont substituées ont permis une augmentation de 11 % du nombre d'admis, entre 2020 et 2023, pour l'ensemble des filières de MMOP, et une hausse de 18 % pour la seule filière de médecine.

Pour autant, la réforme de l'accès au premier cycle des études de MMOP inscrite dans la loi dite OTSS du 24 juillet 2019³ et mise en œuvre dès 2020 n'a pas permis d'enrayer le phénomène d'expatriation européenne des étudiants français. La Cour des comptes relève que si « *cette mobilité s'inscrit [...] dans le contexte de la reconnaissance des qualifications professionnelles au sein de l'Union européenne* », « *elle nuit à l'égalité des chances* » en entretenant un système de double cursus qui ne profite ni aux étudiants ni au système de santé français⁴.

• **L'Espagne, la Roumanie et la Belgique figurent parmi les destinations privilégiées des étudiants.** Le Portugal enregistre également un nombre croissant d'étudiants en santé français expatriés. Ces pays ont opté pour un accès direct aux études de médecine après le baccalauréat, sans filtre sélectif. Certains pays, comme l'Espagne, ont même développé des filières organisées visant à accueillir les étudiants français en leur assurant l'intégralité des cours en langue française.

¹ Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024, p. 58.

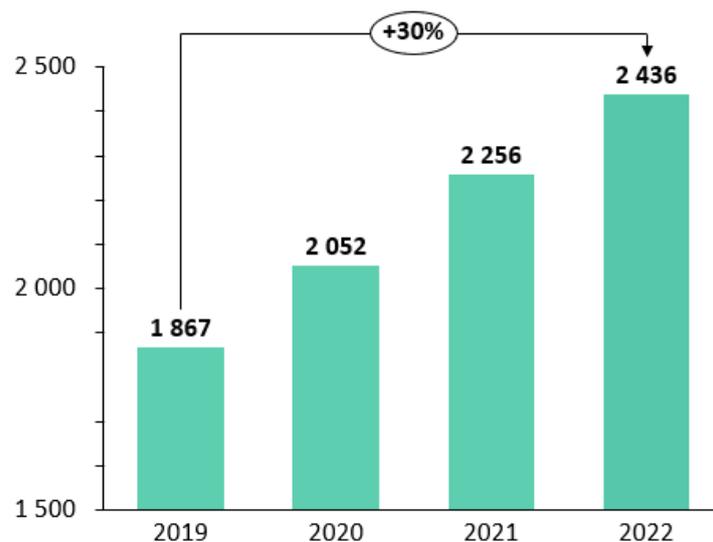
² Étude d'impact du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, février 2019.

³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁴ Ibid.

Le nombre d'étudiants français suivant une formation en médecine ou en odontologie en Espagne a ainsi augmenté de 30 % entre 2019 et 2022, pour atteindre un effectif de 2 436 en 2022. Cette hausse est principalement portée par la filière odontologie, qui représente 95 % de l'effectif. Ces étudiants, au nombre de 13 en 2008, étaient 2 310 en 2022.

Évolution du nombre d'étudiants français en médecine et en odontologie en Espagne, de 2019 à 2022



Source : Commission des affaires sociales, d'après les données de la Cour des comptes¹

1. Un principe d'équivalence des diplômes européens qui autorise l'exercice en France des praticiens diplômés dans l'Union européenne

a) Un principe d'équivalence des diplômes européens permettant l'exercice de la médecine en France

Le principe d'équivalence des diplômes au sein de l'Union européenne est fixé par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans un État membre de l'Union européenne, un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre.

• En vertu du principe d'équivalence des diplômes européens, **les étudiants partis suivre des études de médecine dans un autre État de l'Union européenne ont aujourd'hui la possibilité de réintégrer le cursus français à chaque étape du parcours, c'est-à-dire en premier, deuxième ou troisième cycle des études.**

¹ Ibid.

Ils ont ainsi la possibilité de réintégrer le cursus de médecine :

- en deuxième ou troisième année du premier cycle, en accédant aux épreuves dédiées dans le cadre d'une demande de transfert d'universités, après avoir validé l'équivalent d'un premier cycle dans un autre pays européen, ou lorsqu'ils sont titulaires de certains grades, titres ou diplômes, en application de l'article R. 631-1-4 du code de l'éducation ;

- en quatrième année c'est-à-dire au début du deuxième cycle, sous réserve d'une décision du président de l'université d'accueil, en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 631-21-1 du code de l'éducation¹ ;

- en sixième année, pour l'accomplissement du troisième cycle, sous réserve de se soumettre aux épreuves nationales correspondantes².

Pour l'accès au troisième cycle des études de médecine, les épreuves nationales d'évaluation des connaissances et des compétences prennent la forme d'épreuves dématérialisées et d'examens dénommés examens cliniques objectifs structurés qui se déroulent au cours de la troisième année du deuxième cycle³. Pour pouvoir être affectés dans une subdivision et une spécialité, ils doivent obtenir une note minimale à ces épreuves et attester de la validation d'une formation médicale de base au sens de la directive précitée 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005.

• De même, **les étudiants formés dans un autre pays européen et ayant validé un titre ou diplôme reconnu équivalent au troisième cycle des études de médecine français peuvent solliciter leur inscription à l'ordre et exercer en France.**

Le nombre de médecins diplômés à l'étranger exerçant en France n'a d'ailleurs cessé de progresser ces dernières années. Il atteint 13,6 % du nombre de médecins en activité en 2025, toutes spécialités confondues. Parmi eux, **5,6 % étaient diplômés dans un pays tiers de l'Union européenne**⁴, sans que ce taux ne permette d'identifier la proportion de diplômés de nationalité française. En 2023, 7 % des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins étaient titulaires d'un diplôme obtenu dans un autre pays de l'Union européenne⁵.

¹ Ces étudiants doivent justifier de grades, titres ou diplômes validés dans un État membre de l'Union européenne, un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre, permettant d'attester de l'acquisition de compétences et connaissances comparables à celles acquises en premier cycle des formations MMOP en France. Ils peuvent être admis à poursuivre leurs études en deuxième cycle de ces mêmes formations sur décision du président de l'université d'accueil après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée.

² Article L. 632-2 du code de l'éducation pour le troisième cycle des études de médecine.

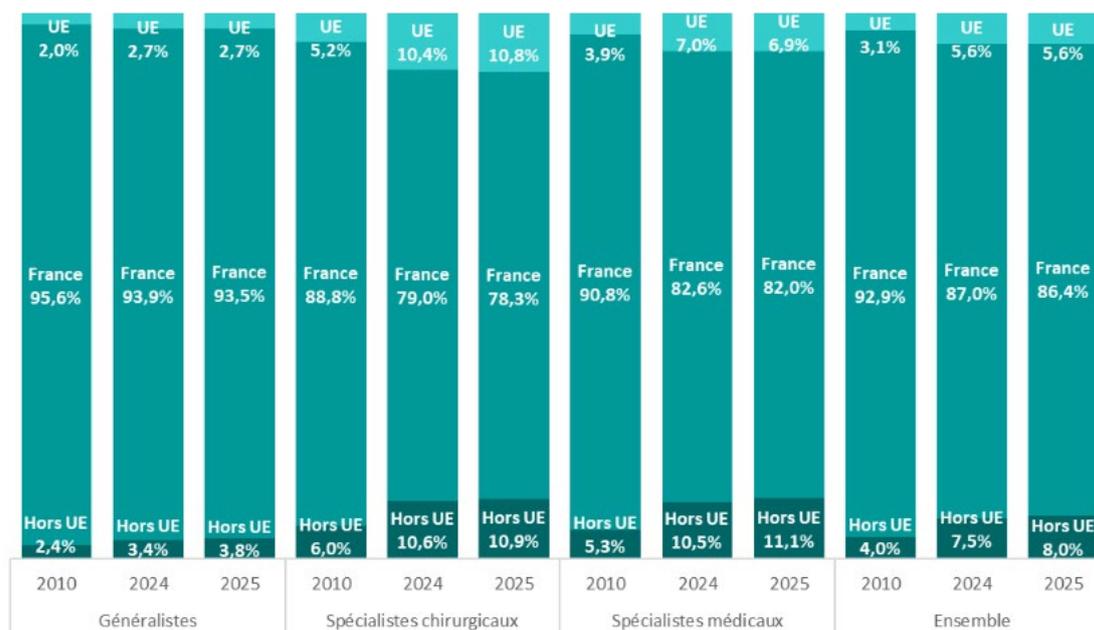
³ Article R. 632-2 du code de l'éducation.

⁴ Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2025, p. 73.

⁵ Cour des comptes, L'accès aux études de santé : Quatre ans après la réforme, une simplification indispensable, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024, p. 58.

Selon le conseil national de l'ordre des médecins, les diplômés de ces praticiens proviendraient majoritairement de Roumanie, de Belgique et d'Italie¹.

Répartition des médecins en activité selon l'origine du diplôme (2010, 2024, 2025)



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2025

a) Des niveaux de formation néanmoins variables selon les pays européens

- Malgré les possibilités offertes par la législation en vigueur, il semble que **peu d'étudiants français expatriés choisissent ou parviennent à réintégrer le cursus national en cours d'études.**

Au stade du troisième cycle, la réintégration implique de se soumettre aux épreuves nationales qui visent à « établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle »².

Or les résultats obtenus aux épreuves françaises de sixième année témoignent d'un taux d'échec élevé de ces étudiants ; en 2024, seuls 8 % des étudiants formés à l'étranger s'étant présentés au concours pour intégrer le troisième cycle de médecine ont réussi leurs épreuves³.

¹ Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2025, p. 73.

² Article L. 632-2 du code de l'éducation, I.

³ Réponse de la conférence des doyens de médecine au questionnaire transmis par le rapporteur.

- **En dépit du principe général d'équivalence des titres et diplômes, ces résultats attestent sans ambiguïté d'un niveau de formation inégal** selon les pays européens. La conférence des doyens de médecine souligne ainsi que « *le niveau de formation de ces étudiants n'est pas équivalent à celui des étudiants formés en France* »¹. La conférence des doyens d'odontologie partage le même constat, regrettant que ces étudiants soient formés « *dans des environnements académiquement et cliniquement moins rigoureux* »². Le Conseil national de l'ordre des médecins admet également que l'organisation des études de médecine répond à des exigences variables selon le pays considéré.

B. Une volonté de réintégrer les étudiants français partis se former en médecine à l'étranger

1. Une mesure ponctuelle à impact immédiat

Le I du présent article propose de compléter l'article L. 631-1 du code de l'éducation pour prévoir qu'un décret en Conseil d'État définit les modalités d'accès à la formation de médecine des étudiants français inscrits dans un État membre de l'Union européenne, un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre.

- Seules les **études de médecine** sont visées.
- En outre, seuls seraient concernés **les étudiants inscrits dans une telle filière avant la promulgation de la loi portant la mesure, quel que soit leur niveau d'avancement dans le cursus**. La mesure vise donc à réintégrer, selon des modalités adaptées et facilitées, l'ensemble des étudiants en cours d'études, que ce soit au stade du premier, du deuxième ou du troisième cycle.
- Pour ne pas organiser une voie de contournement permanente du système français, il n'est pas prévu de pérenniser le dispositif.

2. Une mesure d'attente accompagnée d'un travail d'analyse plus précis des parcours des étudiants partis se former à l'étranger

Compte tenu de l'absence d'estimation fiable du nombre d'étudiants partis se former dans un pays tiers européen, le II du présent article propose qu'un rapport soit remis au Parlement portant sur les parcours et les évolutions de carrières des praticiens français provisoirement expatriés à l'étranger, notamment en Europe.

¹ Ibid.

² Réponse de la conférence des doyens d'odontologie au questionnaire transmis par le rapporteur.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, les députés ont adopté un amendement ayant pour objet de conditionner l'admission des étudiants français à la formation de médecine à un engagement d'exercice, salarié ou libéral, d'une durée minimale de deux ans dans des régions caractérisées par une offre de soins déficitaire (amendement n° AS36). Cette modification a toutefois été supprimée en séance publique (amendements n° 49 et n° 58), considérant que ce dispositif serait susceptible de réduire l'attractivité des passerelles vers les études de médecine.

En séance publique, les députés ont également adopté deux amendements de modification rédactionnelle concernant l'objet du rapport à remettre au Parlement (amendements n° 60 et n° 64).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

- La commission a tout d'abord exprimé sa préoccupation quant au nombre croissant d'étudiants choisissant de s'expatrier à l'étranger pour poursuivre leurs études de médecine. Cette situation lui semble être symptomatique **d'un système élitiste qui échoue à intégrer de nombreux étudiants pourtant brillants, auxquels la réglementation reconnaît le droit de venir exercer en France après obtention de leur diplôme dans un autre État de l'Union européenne**. Dans le contexte de pénurie de professionnels de santé que connaît la France, cette situation lui apparaît particulièrement regrettable.

Sans remettre en cause la nécessité d'un système exigeant ni le principe de sélection à l'entrée dans les études, la commission juge nécessaire de conduire une réflexion approfondie sur les conditions permettant d'accompagner un maximum d'étudiants vers et dans les études de santé.

Elle a par ailleurs relevé que cette mesure figurait dans le pacte de lutte contre les déserts médicaux annoncé par le Premier ministre le 25 avril 2025.

Sur la base de ces considérations, **la commission s'est exprimée en faveur de la réintégration précoce dans le système universitaire et hospitalier français des étudiants français en médecine expatriés.**

- Elle a considéré qu'une mesure de réintégration précoce des étudiants français en cours d'études à l'étranger, outre qu'elle constitue un gage de qualité de la formation des futurs praticiens, ne peut être analysée comme créant une rupture de l'égalité à l'égard des étudiants admis à poursuivre l'entièreté de leur cursus en France.

En effet, dès lors que la mesure est limitée dans le temps, **le dispositif ne conduit pas à créer une voie de contournement pour l'avenir** qui permettrait de s'exonérer perpétuellement de la réussite aux examens français.

La commission relève que la rupture d'égalité est d'autant moins caractérisée que des étudiants poursuivant la totalité de leurs études dans un État tiers de l'Union européenne ont, à l'issue de leur formation, la possibilité de revenir en France s'inscrire au conseil de l'ordre pour exercer la médecine dans les mêmes conditions que les praticiens formés en France.

- Enfin, la commission souligne l'importance d'accompagner les universités dans l'accueil de nouvelles cohortes d'étudiants. Si elle souscrit à l'objectif d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine, **elle préconise d'associer au plus tôt les universités aux conditions de mise en œuvre de cette mesure.**

Consciente des tensions budgétaires auxquelles sont confrontées les universités, la commission a tenu à souligner que la hausse du nombre d'étudiants accueillis ne devrait pas se traduire par une dégradation de la qualité de l'accompagnement pédagogique au sein des unités de formation et de recherche. Elle a, en conséquence, préconisé **un appui du Gouvernement au déploiement de la mesure, pour que des moyens adaptés permettant notamment que des dispositifs d'évaluation et de mise à niveau dans chaque université soient prévus.**

- Plus globalement, la commission a considéré qu'une réflexion plus globale et structurelle devait être menée pour renforcer l'attractivité et l'équité du système de formation français. **Elle appelle à une refondation rapide de l'accès au premier cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.**

À ce titre, elle a notamment rappelé que la Cour des comptes a recommandé d'expérimenter un accès direct pour les filières de pharmacie et de maïeutique, en complément d'un accès classique via la première année d'études de santé, dans un contexte où ces filières souffrent d'un recul du nombre d'étudiants formés depuis 2020.

La commission a adopté cet article sans modification.

Chapitre III : Développer l'accès aux soins médicaux par la formation des professionnels paramédicaux

Article 3

Développer des passerelles permettant aux professionnels paramédicaux de reprendre des études de médecine

Cet article prévoit la création, par voie réglementaire, de passerelles permettant aux professionnels paramédicaux de reprendre des études de médecine. Il prévoit également la remise d'un rapport au Parlement évaluant la mise en œuvre des passerelles existantes et les freins aux reconversions des professions paramédicales vers la profession de médecin.

La commission a adopté cet article sans modification.

I°- Le dispositif proposé

A. Des passerelles vers les études de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie, effectives depuis 2020 mais peu utilisées

1. Des voies d'accès diverses aux études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie

- La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (dite loi « OTSS ») a permis d'engager une réforme profonde des modalités d'accès au premier cycle de études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP) avec la suppression du *numerus clausus* et de la première année commune aux études de santé (Paces).

L'un des principaux objectifs de la réforme consistait à **augmenter le nombre d'étudiants formés** et à améliorer la réussite desdits étudiants. La réforme visait également à **favoriser la diversification des profils des étudiants**.

La suppression du *numerus clausus* a incontestablement conduit à une augmentation du nombre de médecins formés : le *numerus apertus* a ainsi permis d'atteindre une promotion de 10 938 étudiants en 2024. Quant à l'objectif de diversification des profils, il a été récemment réaffirmé par le Premier ministre, à l'occasion de la présentation du **pacte de lutte contre les déserts médicaux, le 25 avril 2025**¹.

¹ Le premier axe de ce plan d'action vise précisément à diversifier l'origine des étudiants en permettant à plus de jeunes d'accéder aux études de santé, sur l'ensemble du territoire.

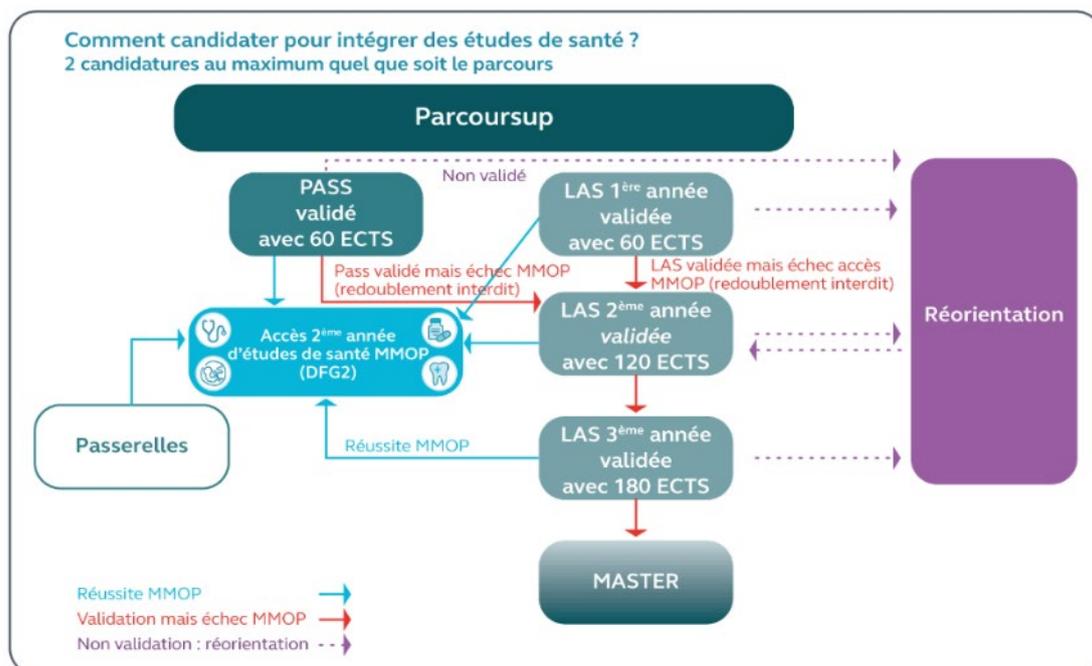
• **Depuis 2020**, les trois voies d'accès au premier cycle des études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP), sont les suivantes :

- les parcours « accès spécifique santé » (Pass), voie d'accès privilégiée par les étudiants qui comprend une majeure santé et une mineure hors santé ;

- les licences « accès santé » (LAS), qui comprennent une majeure hors santé (lettre, droit, économie, histoire, biologie, etc.) et une mineure santé ;

- enfin, **des passerelles** pour les candidats justifiant de certains grades, titres ou diplômes, **leur permettant d'accéder directement à la deuxième ou à la troisième année du premier cycle**¹. La répartition du nombre de places entre la deuxième et la troisième année du premier cycle tient compte de l'objectif de diversification des parcours et des voies d'accès².

Présentation des différentes voies d'accès aux études de santé (MMOP)



Source : Cour des comptes, L'accès aux études de santé, décembre 2024

¹ Article L. 631-1 du code de la santé publique, quatrième alinéa.

² Article R. 631-1-3 du code de l'éducation, III.

• Ainsi, dans le cadre de cette troisième voie d'accès, les professionnels titulaires **d'un titre ou d'un diplôme d'État d'auxiliaire médical correspondant à une formation d'une durée minimale de trois années** et mentionné au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique sont autorisés à se porter candidat à l'admission en deuxième ou troisième année des études de MMOP¹. Sont notamment concernés les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ou les manipulateurs d'électroradiologie médicale. La condition d'un exercice professionnel d'une durée de deux années à temps plein a été supprimée en 2019².

• **L'admission directe en 2^e ou 3^e année du premier cycle grâce au dispositif de passerelles n'est pas réservé aux seuls professionnels paramédicaux** ; une grande diversité de parcours permet en effet d'y prétendre. À titre d'exemple, l'arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme énumère notamment, parmi les titres ou diplômes permettant d'en bénéficier :

- tout diplôme conférant le grade de master ;
- le titre d'ingénieur diplômé ;
- la qualité d'ancien élève de l'une des écoles normales supérieures, à condition d'avoir accompli deux années d'études et validé une première année de master ;
- l'appartenance au corps des enseignants-chercheurs de l'enseignement supérieur, à condition d'exercer des activités d'enseignement dans une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou dans une structure de formation en maïeutique.

Pour l'accès à la formation de pharmacie, sont également admissibles les candidats justifiant d'un brevet professionnel de préparateur en pharmacie, d'un diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière ou d'un diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de préparateur/technicien en pharmacie, ou encore des titulaires d'un diplôme de licence dans les mentions chimie, physique-chimie, sciences de la vie et sciences pour la santé³.

¹ Article R. 631-1 du code de la santé publique, 3^o du I, et arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

² Arrêté du 13 décembre 2019 modifiant l'arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

³ Arrêté du 18 février 2025 modifiant l'arrêté du 24 mars 2017 relatif aux modalités d'admission directe en deuxième ou troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

2. Le dispositif des passerelles : une voie d'accès marginale aux études de MMOP, qui se heurte à des difficultés multiples

a) *Le dispositif des passerelles : une voie d'accès marginale aux études de MMOP*

- Les passerelles demeurent une voie d'accès marginale aux études de MMOP : les capacités d'accueil réservées à ce dispositif pour l'admission des étudiants en deuxième année de l'une des quatre filières sont aujourd'hui limitées.

Pour chaque voie d'accès, le pourcentage minimal de places proposées aux étudiants des filières MMOP est défini par un arrêté des ministres en charge de l'enseignement supérieur et de la santé, au même titre. **Pour la voie d'accès dite des passerelles, ce pourcentage est aujourd'hui fixé à 5 % des effectifs.** Les universités arrêtent ensuite leurs capacités d'accueil dans le respect de ces pourcentages¹.

- Pour l'année universitaire 2022-2023, les capacités d'accueil votées s'élevaient à **5 % des effectifs pour la filière médecine et pour celle de pharmacie** (soient 543 étudiants en médecine et 175 en pharmacie), à **6 % pour celle de maïeutique** (76 étudiants) et à **7 % pour les études d'odontologie** (87 étudiants). Le décret n° 2023-537 du 29 juin 2023 portant adaptation des dispositions relatives à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique pour les années universitaires 2022-2023 et 2023-2024 a permis un assouplissement de ces quotas en autorisant le reversement de places vacantes en pharmacie et maïeutique vers le dispositif passerelle. La direction générale de l'offre de soins indique que ces dispositions devraient être reconduites².

Au bout du compte, le nombre d'étudiants admis peut excéder le nombre de places qui leur était initialement réservé : pour l'année universitaire 2022/2023, le taux d'admis parmi le nombre total d'étudiants variait de 5 % en médecine à 11 % en maïeutique (*cf.* tableau *infra*).

¹ Article R. 631-1-1 du code de la santé publique.

² Réponse de la direction générale de l'offre de soins au questionnaire transmis par le rapporteur.

**Capacités d'accueil votées pour l'admission en 2^e année de MMOP
et nombre d'étudiants admis par filière (année universitaire 2022/2023)**

Année 2022/2023	Médecine	Maïeutique	Odontologie	Pharmacie
Capacités d'accueil	531	73	91	189
Capacités d'accueil votées réservées aux filières en %	5 %	6 %	7 %	5 %
Nombre d'étudiants admis	494	111	82	251
% d'admis par les passerelles par rapport au nombre total d'admis	5 %	11 %	6 %	8 %

Source : Sénat, d'après les données de la Cour des comptes, L'accès aux études de santé, décembre 2024

Enfin, la répartition des étudiants entre la deuxième ou la troisième année du premier cycle des formations de MMOP est établie par le jury, en fonction des compétences acquises par les professionnels et de la nature de leurs grades, titres ou diplômes¹.

b) Des freins multiples qui limitent l'impact du dispositif

Le profil des candidats sollicitant une réorientation par l'intermédiaire de ces passerelles n'est pas précisément documenté. Pour les professionnels paramédicaux, le Conseil national de l'ordre des infirmiers indique qu'il s'agit, pour l'essentiel, de jeunes diplômés « qui préfèrent se réorienter en raison d'une insatisfaction face aux perspectives de carrière offertes par le métier d'infirmier »², qui expriment le souhait d'un rôle décisionnel et d'un pouvoir de prescription élargi.

• Les professionnels paramédicaux candidats à l'admission au premier cycle des études de MMOP se heurtent toutefois à **des obstacles divers susceptibles de nuire à l'attractivité du dispositif**.

Ces obstacles sont, d'une part, de nature financière : une reprise d'études, *a fortiori* d'études longues, expose en effet à une précarité financière qui peut conduire à renoncer à un projet de reconversion, à certaines périodes de la vie, notamment du fait des charges familiales. Les frais de scolarité associés à l'accès aux passerelles constituent également une barrière à la reprise d'études pour certains candidats. À titre d'exemple, pour les études de maïeutique, les frais de passerelles s'élèvent à 7 000 euros à Strasbourg et à Lille, à 7 500 euros à Clermont-Ferrand et à 6 700 euros à Bordeaux³. Les freins peuvent, d'autre part, tenir à l'aptitude individuelle à reprendre des études, sans accompagnement, plusieurs années après avoir quitté le système universitaire.

¹ Article R. 631-1-3 du code de l'éducation.

² Réponse du conseil national de l'ordre des infirmiers au questionnaire transmis au rapporteur.

³ Réponse de l'association nationale des étudiants sages-femmes au questionnaire transmis par le rapporteur.

• Par ailleurs, **les professionnels paramédicaux souhaitant s'engager dans ces passerelles se retrouvent en concurrence avec d'autres profils** qui peuvent également prétendre à l'admission directe en deuxième ou troisième année du premier cycle, notamment des ingénieurs de grandes écoles, des normaliens, des magistrats ou des hauts fonctionnaires. Or il semble que ces derniers réussissent mieux les épreuves validant l'accès aux passerelles que les professionnels paramédicaux.

Ainsi, parmi les étudiants admis en deuxième ou troisième année du premier cycle au titre des passerelles, **la proportion de professionnels paramédicaux est minoritaire : ceux-ci représentaient 25 % des effectifs pour la deuxième année de médecine en 2023** (soit 138 étudiants sur 543)¹.

Enfin, la conférence des doyens de médecine rappelle que la plupart des facultés ne permettent pas l'entrée en troisième année de médecine mais seulement en deuxième année, précisément pour des raisons pédagogiques.

• À l'heure actuelle, les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé indiquent ne disposer d'**aucune donnée fiable permettant d'établir un bilan de la mise en œuvre des passerelles** prévues au 3° du I de l'article R. 631-1 du code de l'éducation. Une telle analyse apparaît pourtant indispensable pour consolider de façon adaptée le dispositif actuel et répondre à ses insuffisances.

B. Renforcer le dispositif des passerelles à destination des professionnels paramédicaux

1. Définir et mettre en œuvre des passerelles permettant aux professionnels paramédicaux de reprendre des études adaptées et accompagnées de médecine

Le présent article vise à **consolider le dispositif existant des passerelles pour le dynamiser et favoriser une reconversion réussie des professionnels paramédicaux** désireux de s'y engager.

Dans son I, il prévoit que des passerelles sont créées par voie réglementaire, ce qui suppose de compléter ou d'adapter les passerelles existantes. Il est précisé que les professionnels paramédicaux doivent bénéficier d'études « *adaptées et accompagnées* », afin de favoriser leur réussite et de renforcer l'attractivité globale de la passerelle.

Le dispositif vise spécifiquement les études de médecine, à l'exclusion des autres filières.

Il est proposé de codifier ces dispositions dans un nouvel article L. 632-6-1 au sein du code de l'éducation.

¹ Réponse de la conférence des doyens de médecine au questionnaire transmis par le rapporteur.

2. Évaluer les conditions d'accès des auxiliaires médicaux aux études de médecine et formuler des recommandations pour adapter les passerelles existantes

Le II propose que soit remis au Parlement un rapport évaluant les conséquences de certaines modifications des conditions d'accès au premier cycle des études de MMOP¹ pour l'accès des auxiliaires médicaux aux études de médecine et les freins aux reconversions de ces professionnels. Ce faisant, il vise à dresser un bilan complet des passerelles existantes et, notamment, à affiner l'analyse sur les conditions de leur mise en œuvre et les obstacles à la réorientation des professionnels paramédicaux.

La remise de ce rapport dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente proposition de loi doit permettre de donner les moyens au Gouvernement et au Parlement de définir les modalités les plus appropriées d'adaptation des passerelles existantes pour favoriser la reconversion des professionnels paramédicaux.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen du texte en commission des affaires sociales, les députés ont :

- adopté un amendement rédactionnel pour prévoir que les professionnels paramédicaux peuvent reprendre des études « *adaptées et accompagnées* » plutôt que des études « *accélérées* » de médecine (amendement n° AS54) ;

- supprimé un alinéa qui visait à favoriser, en priorité, la formation des médecins généralistes grâce à ces passerelles (amendement n° AS55) ;

- complété l'article d'un II prévoyant la remise d'un rapport au Parlement évaluant la mise en œuvre des passerelles existantes, pour les auxiliaires médicaux, vers les études de médecine et les freins aux reconversions des professions paramédicales vers la profession de médecin (amendement n° AS21).

En séance publique, l'article a été adopté sans nouvelle modification.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Arrêté du 22 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

III – La position de la commission

- **La commission souscrit pleinement à l’objectif de diversification des parcours et des profils des étudiants suivant des études de MMOP. Elle fait pourtant le constat d’un relatif échec de la réforme de l’accès au premier cycle des études de santé à promouvoir cette diversification.**

Elle rejoint ainsi l’analyse de la Cour des comptes, selon laquelle « *la réforme n’a pas produit la diversification attendue des profils d’étudiants, ceux-ci conservant des profils similaires avant et après la réforme, avec même une légère tendance à l’homogénéisation* ». La Cour des comptes ajoute que « *la diversification académique a eu lieu dans des proportions limitées et avec un apport des autres disciplines qui semble faible compte tenu de la durée des formations* »¹.

Ce constat général peut être nuancé selon les filières. Ainsi, les conférences de doyens de pharmacie et d’odontologie font état d’un premier bilan globalement positif du dispositif des passerelles, au regard de l’augmentation continue du nombre de candidatures, de la qualité des parcours et de la maturité des projets professionnels des candidats.

Ces conférences rappellent néanmoins que les professionnels paramédicaux ne représentent qu’une part minoritaire des candidats admis via les passerelles.

- Outre les difficultés liées à la perte de revenus et au financement de la reprise d’études, la mise en concurrence des professionnels paramédicaux avec des candidats plus diplômés, ayant suivi des cursus scientifiques et techniques parfois prestigieux, rend cette procédure d’accès particulièrement sélective et ne favorise pas les profils de jeunes infirmiers récemment diplômés. Le mécanisme de sélection est par ailleurs vécu comme relativement opaque par les candidats non admis².

En conséquence de ces observations, **la commission approuve la nécessité d’un accompagnement renforcé des professionnels paramédicaux à la reprise des études.** Elle considère également que **des dispositifs de soutien financier adaptés devraient être mis en place pour lever les contraintes financières à la reprise des études.**

Elle acquiesce par ailleurs à l’utilité de la conduite d’une inspection pour approfondir et objectiver l’évaluation des conditions d’accès des professionnels paramédicaux aux études de médecine, et définir les modalités visant à adapter ces conditions. Ces travaux devront permettre de favoriser la réussite de tous les candidats, en particulier des professionnels paramédicaux.

¹ Cour des comptes, L’accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable, décembre 2024, p. 12.

² Réponse de la Fnesi au questionnaire transmis par le rapporteur.

En complément, une politique de communication ciblée, à destination des professionnels mais aussi des universités, permettrait de mieux faire connaître le dispositif des passerelles et de contribuer à les rendre plus accessibles.

Pour conforter le recrutement d'étudiants aux profils diversifiés par l'intermédiaire des passerelles, **la commission appelle par ailleurs à relever le quota minimal de places réservées à ce dispositif et à poursuivre l'effort de création de postes d'enseignants-chercheurs dans les disciplines paramédicales et médicales au sein des universités.**

- Enfin, la volonté de développer les passerelles de formation et de décroiser les parcours ne doit pas faire oublier que les professions paramédicales connaissent également des tensions de recrutement. Soucieuse du renforcement de l'attractivité des professions paramédicales, la commission juge nécessaire de mieux objectiver les motifs des interruptions de carrières des professionnels paramédicaux, notamment des infirmiers, de renforcer l'universitarisation des formations paramédicales et d'accélérer le déploiement de la pratique avancée chez les infirmiers.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 3 bis
**Demande de rapport sur l'offre de formation
dans les territoires sous-denses**

Cet article vise à demander un rapport au Gouvernement sur l'offre de formation en médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie dans les territoires sous-denses.

La commission a adopté cet article sans modification.

I°- Le dispositif proposé

A. Les enjeux attachés au lieu de formation des professionnels

Les enjeux attachés au lieu de formation des professionnels de santé et l'influence de ce critère sur leur choix d'installation sont **désormais bien documentés**.

• **Recruter dans les études de santé des étudiants issus de zones sous-dotées** constitue, d'abord, un moyen efficace de favoriser un rattrapage démographique.

De nombreuses études démontrent **l'influence du lieu d'origine sur les choix d'installation des médecins**. Celle-ci est particulièrement documentée en milieu rural. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux observait ainsi, dans une méta-analyse de 2021, que « *de manière constante, les travaux de recherche concluent que l'origine rurale du médecin est le facteur essentiel et le meilleur prédicteur de l'installation en zone rurale : être né en milieu rural, y avoir grandi, y avoir fait sa scolarité ressortent, dans tous les pays, comme des déterminants majeurs du choix d'exercer dans cet environnement* »¹.

En conséquence, les pouvoirs publics ont cherché, ces dernières années, à **favoriser la diversification géographique du recrutement étudiant**. Celle-ci figurait, notamment, parmi les principaux objectifs mis en avant lors de la réforme de 2019 de l'accès aux études de santé². La Cour des comptes, dans une enquête demandée par la commission des affaires sociales du Sénat, a toutefois récemment démontré que cet objectif n'avait pas été atteint. Elle a souligné, notamment, les faibles taux de réussite constatés dans certaines formations délocalisées³.

¹ Drees, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale, décembre 2021, p. 16.

² Article 1^{er} de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

³ Cour des comptes, L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024.

Dans le même objectif, la loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels de 2023 a également autorisé le lancement d'une **expérimentation visant à encourager l'orientation des lycéens issus de déserts médicaux vers les études de santé**, par la création d'options dédiées dans les lycées proposées aux élèves de première et de terminale¹. D'après la direction générale de l'offre de soins (DGOS), interrogée par le rapporteur, le dispositif est mis en œuvre dans une trentaine d'établissements volontaires depuis la rentrée scolaire 2024².

- Le **lieu d'étude** a également une influence importante sur les choix d'installation des futurs médecins. Ce lien est particulièrement documenté s'agissant de l'internat.

Dans une étude récente, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) observe ainsi que **le lieu de l'internat est un des principaux déterminants du lieu d'installation**, et souligne que la moitié des médecins généralistes libéraux ayant débuté leur internat entre 2004 et 2007 exercent en 2019 à moins de 43 kilomètres à vol d'oiseau de l'université dans laquelle ils l'ont effectué. Cette corrélation s'explique par le caractère structurant de la période d'internat dans le parcours d'un étudiant : « En général âgé entre 25 et 30 ans, l'interne tisse son premier réseau professionnel, reçoit ses premiers salaires et est susceptible de nouer des liens affectifs dans sa région d'affectation. »³

B. La demande de rapport portée par le présent article

L'article 3 bis, issu d'un amendement de Guillaume Garot (*Socialistes et apparentés*) adopté par l'Assemblée nationale en séance plénière, vise à demander au Gouvernement la remise d'un rapport relatif à l'offre de soins en médecins, maïeutique, odontologie et pharmacie dans les territoires sous-denses identifiés par les agences régionales de santé (ARS) en application du code de la santé publique⁴.

Ce rapport devra notamment examiner le taux d'accès à ces études dans ces territoires ainsi que la correspondance entre le lieu de formation, en particulier en premier cycle, et le premier lieu d'exercice des professionnels de santé. Il devra également formuler des propositions permettant de garantir l'équité territoriale de l'offre de formation en santé, notamment par l'implantation de nouveaux lieux de formation.

¹ Article 24 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

² Réponses écrites de la DGOS au questionnaire transmis par le rapporteur.

³ Insee première, « Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat », n° 2024, 12 novembre 2024.

⁴ Article L. 1434-4 du code de la santé publique.

II - La position de la commission

La commission des affaires sociales est traditionnellement réticente à l'insertion dans les textes examinés de dispositions tendant à demander au Gouvernement la remise d'un rapport. Elle observe, en effet, qu'une part importante de ces études n'est pas réalisée ni transmise dans les délais prévus.

Toutefois, compte tenu de l'importance cruciale du sujet visé par le présent article et pour favoriser l'entrée en vigueur rapide de la proposition de loi, la commission a adopté cet article sans modification.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 4

Gage financier de la proposition de loi

Cet article gage les conséquences financières sur les organismes de sécurité sociale de l'adoption de la présente proposition de loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

L'article 4 gage l'incidence de la proposition de loi sur les finances des organismes de sécurité sociale, par une majoration à due concurrence de **l'accise sur les tabacs** prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Cet article n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale.

L'Assemblée nationale a adopté ce texte sans modification.

III - La position de la commission

Limitée par les conditions de recevabilité financière, la commission n'est pas en mesure de lever d'elle-même ce gage. Elle appelle toutefois le Gouvernement, qui a engagé la procédure accélérée sur le texte, à procéder de lui-même à la suppression du gage financier.

La commission a adopté cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 10 juin 2025, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de M. Khalifé Khalifé, rapporteur, sur la proposition de loi (n° 189, 2023-2024) visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation.

M. Philippe Mouiller, président. – Nous examinons la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation, adoptée par l'Assemblée nationale le 7 décembre 2023, qui est inscrite à l'ordre du jour de la séance publique du mardi 17 juin prochain. Quelque trente amendements ont été déposés, mais après l'application des règles relatives à l'irrecevabilité prévues par l'article 40 de la Constitution et le retrait d'un amendement, il n'en reste que dix-neuf à examiner.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – La proposition de loi que nous examinons cette après-midi nous donne une nouvelle occasion d'œuvrer à l'amélioration de l'accès aux soins des Français, en soutenant la formation des professionnels de santé.

M. Yannick Neuder, alors député de l'Isère, avait déposé en octobre 2023 une proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation. Ce texte a été adopté par l'Assemblée nationale le 7 décembre 2023.

La proposition de loi comprend diverses mesures visant à adapter les conditions de mise en œuvre du *numerus apertus* et à augmenter le nombre d'étudiants formés dans les filières de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (MMOP).

De ce fait, elle paraît être un prolongement bienvenu de la proposition de loi du président Philippe Mouiller, examinée voilà un mois, visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires ; cela dit, celle-ci n'abordait pas les enjeux relatifs à la formation des futurs professionnels de santé.

Notre commission conduit une mission d'information relative à l'accès aux études de santé, dont nous vous présenterons prochainement les conclusions. Je souhaite qu'elles permettent de soutenir des mesures structurelles pour rénover l'accès aux études médicales et pharmaceutiques, complémentaires au texte qui nous est soumis. Le calendrier législatif n'a en effet pas permis de recourir à ce texte comme vecteur pour de telles mesures.

En revanche, cette proposition de loi permet de donner corps à certaines des réformes annoncées par le Premier ministre à l'occasion de la présentation du pacte de lutte contre les déserts médicaux.

L'article 1^{er} vise ainsi à améliorer le *numerus apertus*, en favorisant l'augmentation du nombre d'admis dans les études médicales et pharmaceutiques et en tenant mieux compte, lors de la définition des objectifs de recrutement, des besoins de santé de chaque territoire.

L'article 2, qui vise à faciliter l'intégration des étudiants français partis faire leurs études en Europe, constitue une autre traduction de ce pacte, de même que l'article 3, qui tend à faciliter les reconversions des professionnels paramédicaux grâce aux passerelles vers les études médicales.

Je vous propose de les évoquer tour à tour.

Commençons donc, si vous le voulez bien, par l'article 1^{er}. Je ne reviendrai que rapidement sur l'historique, bien connu de cette commission. Instauré en 1971 pour la médecine et l'odontologie, le *numerus clausus* a été progressivement étendu à la maïeutique et à la pharmacie. Il a été fortement abaissé dans les années 1970 et 1980, dans le double objectif de maîtriser les dépenses de santé et de protéger l'activité des professionnels installés, au mépris de la hausse prévisible des besoins de santé, induite par l'augmentation de la population, son vieillissement et la prévalence croissante des maladies chroniques.

Fortement décrié pour sa contribution aux tensions démographiques que nous connaissons aujourd'hui, le *numerus clausus* a été supprimé en 2019 et remplacé par un *numerus apertus* fondé – prétendument – sur de larges concertations, aux échelons régional et national.

Désormais, les capacités d'accueil en deuxième et troisième années de premier cycle sont déterminées annuellement par les universités elles-mêmes. Pour ce faire, sont pris en compte, tout d'abord, les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle, arrêtés par l'université sur avis conforme des agences régionales de santé (ARS) concernées, après consultation des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ; ensuite, les objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former, définis par l'État pour une durée de cinq ans, à l'issue de concertations régionales et sur proposition d'une conférence nationale.

Ce nouveau dispositif a permis une augmentation significative – environ 11 % – du recrutement dans les filières MMOP.

Toutefois, cette augmentation générale cache d'importantes disparités. Entre filières, d'abord : alors que le nombre d'admis a augmenté de 18 % en médecine et de 14 % en odontologie, il a diminué en maïeutique et en pharmacie du fait de places laissées vacantes. Entre universités, ensuite : l'augmentation du recrutement diffère grandement d'un territoire à un autre, sans que ces divergences semblent destinées à corriger les inégalités démographiques existantes.

L'article 1^{er} vise à favoriser l'augmentation du recrutement, en permettant aux ARS et aux conseils territoriaux de santé (CTS) d'appeler une université à accroître ses capacités d'accueil, lorsque celles-ci ne correspondent pas aux objectifs pluriannuels fixés. Il vise également à mieux tenir compte des besoins de santé de chaque territoire, en soumettant la définition de ces objectifs à un avis conforme des CTS.

Il me semble que ces mesures sont souhaitables. Elles permettront d'impliquer davantage les élus locaux dans la définition des objectifs de recrutement et de responsabiliser les universités dans la définition de leurs capacités d'accueil. Je vous proposerai donc de soutenir cet article.

L'article 2 vise à réintégrer au cursus national les étudiants français partis suivre des études de médecine dans un autre pays de l'Union européenne. Un décret en Conseil d'État devrait définir les modalités les plus adaptées de cette réintégration, qui ne concernerait que les étudiants en cours d'études à la date de promulgation de la loi.

La forte sélectivité de l'accès au premier cycle des études de médecine engendre en effet un phénomène connu, qui s'accélère : l'expatriation d'une partie des étudiants français dans d'autres pays de l'Union européenne. Le Gouvernement ne dispose d'aucune donnée consolidée pour mesurer l'ampleur de ce phénomène, mais la Cour des comptes estime qu'environ 1 600 étudiants émigrent chaque année hors de nos frontières, après un échec à l'entrée dans l'un des cursus MMOP, ou découragés par la complexité du système des parcours accès santé spécifique (Pass)/licence accès santé (LAS), qui n'offre que peu de lisibilité sur les perspectives de déroulement des études. L'Espagne, la Roumanie et la Belgique sont les destinations privilégiées par les jeunes Français désireux de suivre des études médicales.

Pourtant, la qualité de la formation médicale apparaît très inégale en Europe. Un chiffre l'illustre : en 2024, seuls 8 % des étudiants formés à l'étranger qui s'étaient présentés aux épreuves pour intégrer le troisième cycle de médecine ont été reçus.

Le principe d'équivalence des diplômes européens permet certes aux étudiants expatriés de réintégrer le cursus français en cours de formation, mais ils y échouent trop souvent. Ce même principe leur permet pourtant, après obtention de leur diplôme dans un pays de l'Union européenne, de solliciter leur inscription à l'ordre et d'exercer en France dans les mêmes conditions que les médecins ayant suivi leur formation en France.

La réintégration précoce de ces étudiants au cursus français est donc une mesure utile : elle garantit la qualité de formation de ces étudiants ; elle les rapproche du territoire national et les prépare aux conditions de leur futur exercice professionnel ; elle profite également à court terme à notre système de santé en augmentant les effectifs de médecins en cours de formation, quelle que soit leur avancée dans le cursus.

Du fait de son caractère non pérenne, la mesure permet de ne pas organiser de voie de contournement permanente du mécanisme de sélection à l'entrée dans les études de médecine.

L'article 3 vise à consolider l'actuel dispositif des passerelles pour favoriser les reconversions des professionnels paramédicaux désireux de s'engager dans des études de médecine. De telles passerelles existent déjà : elles permettent aux candidats titulaires de certains diplômes d'accéder directement à la deuxième ou à la troisième année du premier cycle. Les professionnels paramédicaux peuvent en bénéficier, dès lors qu'ils justifient d'un diplôme correspondant à une formation d'une durée minimale de trois ans.

Toutefois, les capacités d'accueil réservées à ce dispositif demeurent très limitées : alors que la réglementation fixe un quota minimal de 5 % de places à lui dédier, la proportion de candidats admis *via* ces passerelles, sur le total d'une promotion, varie de 5 % pour la médecine à 11 % pour la maïeutique. De plus, le dispositif actuel, qui met en concurrence une grande diversité de profils – y compris des ingénieurs issus de cursus scientifiques ou des normaliens – ne favorise pas le recrutement des professionnels paramédicaux. En 2023, ceux-ci ne représentaient qu'un quart des effectifs des passerelles pour la deuxième année de médecine. La reprise des études confronte, par ailleurs, les professionnels à des obstacles de nature financière, qui peuvent les conduire à renoncer à un tel projet de reconversion.

La mesure vise donc une adaptation du format des passerelles existantes, pour soutenir la réussite des professionnels paramédicaux grâce à un accompagnement renforcé à la reprise des études de médecine. La remise d'un rapport évaluant les conditions d'accès de ces professionnels au premier cycle des études de médecine et les freins à leur reconversion constituera une base utile pour définir les modalités les plus appropriées d'adaptation des passerelles existantes.

Enfin, la proposition de loi comporte trois demandes de rapport, aux articles 2, 3 et 3 *bis*. Dans la mesure où celles-ci sont soutenues par le Gouvernement lui-même et devraient donc donner lieu à la transmission effective d'un rapport, je vous proposerai de les adopter.

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, cette proposition de loi ne résoudra pas à elle seule l'ensemble des difficultés constatées dans les études de santé. Elle porte toutefois des mesures utiles pour réduire les tensions démographiques que nous connaissons, en mobilisant le levier de la formation.

Elle permettra ainsi d'accroître le recrutement étudiant, y compris à court terme, et de le faire mieux correspondre aux besoins de santé constatés localement en associant plus étroitement les acteurs du système de santé et les élus locaux. En cela, elle me semble cohérente avec la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires que nous avons soutenue il y a un mois.

Je vous propose, en conséquence, d'adopter ce texte sans modification pour permettre son entrée en vigueur rapide, un an et demi après son adoption par l'Assemblée nationale.

Concernant le périmètre de cette proposition de loi, en application du vade-mecum sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des présidents, je vous propose de considérer que ce périmètre inclut des dispositions relatives aux conditions de fixation des objectifs de recrutement dans les formations de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie ; aux conditions d'accès au premier cycle des études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie, y compris par les passerelles destinées aux professionnels paramédicaux ; aux conditions d'accès à la formation de médecine en France des étudiants partis suivre des études de médecine dans un autre État européen.

En revanche, j'estime que ne présenteraient pas de lien, même indirect, avec le texte dont nous avons à débattre, des amendements relatifs aux conditions d'accès au deuxième et au troisième cycles des études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie ; à l'organisation et au contenu de la formation initiale des professions médicales et pharmaceutiques ; aux conditions d'accès, à l'organisation et au contenu des formations paramédicales ; à la formation continue des professionnels de santé.

Il en est ainsi décidé.

M. Daniel Chasseing. – Cette proposition de loi, qui est effectivement complémentaire à la proposition de loi du président Mouiller, apporte une solution concrète à l'accès aux soins et à la formation ; elle constitue un moyen d'accroître rapidement des effectifs des professionnels de santé, en tenant compte des besoins des territoires.

En effet, les CTS joueront un rôle important, en décidant de l'augmentation des capacités d'accueil, qui dépendent jusqu'ici des seules universités. Malheureusement, malgré les objectifs nationaux, les places disponibles restent insuffisantes face aux besoins réels – l'augmentation n'a été que de 11 %, comme cela a été rappelé. À ce titre, l'article 1^{er} me paraît essentiel.

L'article 2 permettra aux étudiants partis se former au sein de l'Union européenne de revenir en France avant le troisième cycle, tandis que l'article 3 favorisera les passerelles, actuellement très peu utilisées en raison de leur rigidité.

Alors que 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant – le *numerus clausus* a été une erreur –, que plus de la moitié des médecins ont plus de 60 ans, que l'activité des jeunes médecins diminue, et que les besoins de santé augmentent du fait du vieillissement de la population, cette proposition de loi répond clairement à la demande des élus et des citoyens. Pour inverser cette dégradation, une action volontariste s'impose, ce que propose l'auteur de ce texte, en contraignant les facultés à former davantage de médecins, pour répondre aux besoins des territoires. En conséquence, je la soutiendrai.

Mme Céline Brulin. – On aurait pu espérer que la proposition de loi du député Yannick Neuder devienne un projet de loi plus ambitieux, maintenant qu'il est ministre. Bien que favorable à ces mesures, je crains néanmoins qu'elles ne restent parfois qu'un affichage.

Les universités doivent disposer des moyens nécessaires pour accueillir plus d'étudiants, comme à Rouen où les capacités ont déjà augmenté de 200 % en dix ans, saturant les locaux, les équipes enseignantes et les terrains de stage.

Il faudra que les prochains projet de loi de finances (PLF) et projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) soient cohérents pour concrétiser ces ambitions. Le rapport effleure la question des inégalités territoriales, pourtant profondes et réelles. Or la démocratisation des études de santé est essentielle : sans davantage d'étudiants issus de la ruralité ou des quartiers populaires, ces territoires continueront à manquer de médecins.

J'ai compris que le rapporteur souhaite une adoption conforme, pour que le texte soit rapidement mis en œuvre. Pour autant, cela ne doit pas nous exonérer de débattre de façon approfondie des mesures qui doivent être prises pour répondre aux enjeux de notre pays.

Mme Émilienne Poumirol. – Je regrette également que ce texte n'ait pas été transformé en projet de loi, plus ambitieux. Aujourd'hui, nous sommes contraints de multiplier les propositions partielles, ce qui me paraît dommageable.

Le *numerus clausus* a eu pour conséquence la baisse drastique du nombre d'étudiants en médecine : 10 000 étudiants en 1970, contre 3 500 en 1992. Augmenter le nombre d'étudiants en médecine est donc parfaitement légitime.

M. Neuder propose de s'appuyer sur les besoins réels des territoires plutôt que sur les seules capacités universitaires. Sur le principe, je suis d'accord, mais cela nécessite d'augmenter les moyens des universités. Par ailleurs, une augmentation du nombre d'internes doit aussi s'accompagner de la disponibilité de chefs de clinique pour assurer une formation efficace ; si un chirurgien est assisté de sept internes, il ne peut pas y avoir de formation dans de bonnes conditions !

Le recours aux CTS, qui intègrent élus et professionnels de santé, me semble pertinent, mais doit être organisé à l'échelon départemental pour éviter toute confusion avec la proposition du président Mouiller, au risque de sombrer dans la comitologie... De plus, les réalités territoriales sont très contrastées, comme l'ont montré les auditions des ARS Occitanie et Centre-Val de Loire : attractivité et croissance démographique pour l'une, fuite des diplômés pour l'autre.

Délocaliser au moins la première année de médecine dans les villes secondaires favoriserait l'installation des jeunes issus des territoires concernés - selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la moitié des étudiants s'installent dans leur territoire d'origine -, mais certaines universités - je pense à l'université de médecine de Haute-Garonne - tardent à mettre en œuvre cette mesure, préférant attendre la réforme des études de médecine.

L'article 2 concerne les étudiants formés à l'étranger, notamment en Roumanie, où nous nous sommes rendus l'an dernier, car ce pays accueille près de 1 500 étudiants dans toutes les filières de santé. Il faudra clarifier les modalités de l'accession de ces étudiants au cycle d'études français. Par ailleurs, veillons aux réactions des pays concernés qui investissent beaucoup dans ces formations - je pense aux simulateurs qui ont été achetés - s'ils ne devaient accueillir ces étudiants que pour deux années... D'ailleurs, nombre d'étudiants font leur internat en Roumanie.

Enfin, l'article 3 vise à faciliter les passerelles - et je ne puis qu'être d'accord. Ce dispositif existe déjà, même s'il n'est pas très prisé. Toutefois, cela nécessitera de résoudre les problèmes de financement liés aux années d'études supplémentaires : comment vit une sage-femme ou un ingénieur qui reprend ses études de médecine, longues de sept ou huit ans ?

M. Alain Milon. - Dans le cadre de mes fonctions à la Fédération hospitalière de France (FHF), j'ai rencontré les deux doyens des facultés de médecine de Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'un d'eux m'a dit que le ministère de l'enseignement supérieur l'autorise à former chaque année vingt internes en médecine générale, alors qu'il en faudrait une quarantaine ou une soixantaine, et qu'il aurait les moyens de les former. Comment peut-on agir pour que le ministère de l'enseignement supérieur prenne en compte les besoins des territoires et de la population ?

Mme Anne Souyris. – Avec ce texte, nous faisons du sur-place ; or nous devons désormais passer à l'action, concrètement. Ainsi de la territorialisation : c'est un objectif louable, mais encore faut-il décider clairement si nous mettons une antenne par département ; passons à l'acte II ! Et c'est la même chose pour les passerelles : nous ne cessons d'évoquer cette question, mais sans traiter concrètement les causes profondes du départ de nos jeunes étudiants à l'étranger. Avons-nous identifié précisément les manques dans notre système de formation ? Avons-nous mis en place des mesures préventives ? Non, nous nous contentons souvent de constater sans avancer sur les solutions opérationnelles. Hormis quelques avancées sur le parcours des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue), le reste demeure insuffisamment concret.

J'espère donc que les amendements que nous avons déposés permettront de passer concrètement à l'acte sur certains sujets.

M. Olivier Henno. – Peu importe le véhicule législatif : ce qui compte, c'est l'opérationnalité des décisions prises. Le mal français réside dans notre manque d'agilité et de souplesse dans l'exécution des décisions, contrairement à d'autres pays comme la Belgique. Or le temps d'exécution doit être le plus court possible entre la décision prise et sa traduction sur le terrain – c'est la caractéristique d'une armée qui fonctionne bien. Aussi, le ministre devra être jugé sur sa capacité à traduire concrètement notre volonté politique ; c'est tout l'art de l'exécution !

Mme Frédérique Puissat. – Je voudrais d'abord adresser un clin d'œil au député de l'Isère devenu ministre ; sans vouloir faire sa promotion, il est important de rappeler que les mesures proposées émanent directement du terrain. Les interventions entendues le montrent clairement : elles relèvent du bon sens et des attentes réelles exprimées sur le terrain.

Transformer cette proposition en projet de loi n'était pas nécessaire, puisque les mesures proposées sont déjà portées par le ministre, comme à Aubenas en Ardèche, où la création d'une année universitaire de médecine dans une petite sous-préfecture témoigne de cette ambition concrète, préfigurant cette proposition de loi.

Par ailleurs, à ceux qui estiment que nous n'avancions pas assez vite, je rétorque que ce texte a pour avantage non seulement de faire consensus, mais surtout d'avoir déjà été adopté par l'Assemblée nationale. Aussi, pour aller vite, il faut voter conforme le texte – sans tronquer les débats, bien sûr ; les élus locaux soutiennent largement cette démarche, bénéfique à nos territoires.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – Vous êtes tous d'accord pour constater les fortes disparités territoriales, liées au *numerus* prétendument *apertus*, qui reste en réalité fermé malgré les annonces : parler de 5 %, 10 % ou même 11 % d'augmentation des effectifs relève de l'affichage, car dans certaines universités, les hausses sont de 0 % !

Cette proposition de loi, tout comme celle qui a été récemment présentée par le président Mouiller, offre l'avantage de proposer des mesures pratiques immédiatement applicables. Après avoir dénoncé la Pass/LAS l'année dernière, analyse d'ailleurs confirmée par la Cour des comptes, nous avons maintenant besoin d'une réforme urgente des spécialités. Selon le directeur de l'ARS Occitanie, qui est une région attractive avec trois CHU - Toulouse, Montpellier et Nîmes -, plus de 60 % des étudiants quittent la région à cause des épreuves classantes nationales (ECN), même si des étudiants d'autres régions viennent s'installer.

Bien sûr, il faut travailler sur la première année de médecine ; et je peux témoigner, à l'aune de mon expérience de quinze ans de première année commune aux études de santé (PACES) à Metz de l'importance de cette année pour les familles qui ne peuvent envoyer leurs enfants ailleurs, souvent pour des raisons financières.

Loin des yeux, loin du cœur : il faut que les étudiants reviennent effectuer des stages dans leur territoire d'origine. C'est pourquoi il est crucial d'engager dès l'automne prochain un travail sur la réforme des études et particulièrement sur la territorialisation des stages.

Les élus locaux, qui entretiennent des relations privilégiées avec les universités, réussiront à les sensibiliser à cette question. La complexité vient souvent de la double tutelle ; la MMOP est souvent perçue comme un État dans l'État par les collègues des universités. Les élus départementaux peuvent agir plus efficacement que les grandes CRSA régionales, trop éloignées des réalités locales. Au reste, les cours de première année se faisant de plus en plus par visioconférence, les amphithéâtres sont vides : il y a donc des places !

Il convient également de revoir l'organisation de stages en périphérie, car actuellement les CHU tendent à garder les internes, les envoyant parfois seulement au début de leur formation dans des hôpitaux périphériques. Or c'est lorsque les internes deviennent autonomes qu'ils devraient davantage exercer en périphérie, sous la responsabilité de chefs compétents, comme c'était le cas auparavant - et ce retour en arrière les a fortement démotivés ! Aussi la faculté de médecine, le CHU et l'ARS sont-ils souvent entrés en conflit sur la répartition des internes.

Enfin, nous n'assisterons pas au retour de promotions entières d'étudiants formés à l'étranger, en Roumanie ou ailleurs. D'ailleurs, madame Poumirol, je m'inquiète moins des finances de la Roumanie que des établissements privés dont le business est d'offrir surtout des formations théoriques sans véritable qualité de stage.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – J'émet un avis défavorable à l'amendement [COM-14](#), qui tend à ajouter un avis conforme de la CRSA sur les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle fixés par l'université ; à l'amendement [COM-15](#), qui vise à ajouter un avis conforme du collège des représentants des collectivités territoriales de la CRSA ; et à l'amendement [COM-16](#), qui a pour objet d'ajouter un avis conforme des collèges des collectivités territoriales, des usagers et associations de la CRSA.

Ces objectifs sont déjà fixés après avis conforme de l'agence régionale de santé ; l'article 1^{er} vise à ajouter un avis conforme des conseils territoriaux de santé. La multiplication des avis conformes est susceptible d'alourdir considérablement la procédure de fixation de ces objectifs.

L'ARS doit, en outre, déjà consulter la CRSA au préalable en application de la loi : l'avis de la conférence est donc déjà pris en compte.

L'amendement [COM-14](#) n'est pas adopté, non plus que les amendements [COM-15](#) et [COM-16](#).

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement [COM-27](#) vise à réécrire l'alinéa relatif à la procédure applicable dans le cas où l'ARS ou les CTS jugent que les capacités d'accueil déterminées par l'université ne correspondent pas aux objectifs pluriannuels.

Madame Souyris, vous souhaitez contraindre l'ARS et les CTS, dans ce cas, à demander à l'université d'augmenter ses capacités d'accueil alors que la loi vise aujourd'hui à leur en donner la faculté, sans obligation. Il me semble qu'il est préférable de conserver cette souplesse. J'émet donc un avis défavorable à cet amendement.

L'amendement [COM-27](#) n'est pas adopté.

L'article 1^{er} est adopté sans modification.

Après l'article 1^{er}

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement [COM-1](#) rectifié vise à contraindre les unités de formation et de recherche (UFR) en santé à proposer dans chaque département des enseignements correspondant au moins à la première année du premier cycle des formations MMOP.

La question de la répartition sur le territoire des formations en santé est importante, mais la question est plus délicate qu'il n'y paraît. La Cour des comptes a souligné qu'une partie des formations délocalisées créées ces dernières années présentait des taux de réussite très faibles et risquait de constituer pour les étudiants des voies de garage.

Je vous propose d'approfondir cette question dans le cadre de nos travaux relatifs à l'accès aux études avant d'envisager de légiférer sur ce point. Aussi, j'émetts un avis défavorable.

L'amendement COM-1 rectifié n'est pas adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement [COM-17](#) vise à demander au Gouvernement la remise d'un rapport évaluant l'opportunité de séparer la première année d'études de pharmacie de la première année commune aux filières MMOP. J'émetts un avis défavorable.

M. Philippe Mouiller, président. – Je précise que ce point est traité par la Cour des comptes.

L'amendement COM-17 n'est pas adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement [COM-18](#) vise à permettre la validation autonome de la majeure santé au sein des parcours d'accès spécifique santé, sans que l'absence de validation de la mineure hors santé emporte obligation de redoubler la majeure.

Il relève manifestement du domaine réglementaire. Avis défavorable.

L'amendement COM-18 n'est pas adopté.

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement [COM-19](#) prévoit que, pour l'admission en Pass ou en LAS, les universités devront tenir compte, parmi les critères de sélection, du lieu de résidence principale du candidat au moment du dépôt de la candidature.

Ces dispositions relèvent plutôt du domaine réglementaire et soulèvent d'importantes interrogations en matière d'égalité d'accès à l'enseignement supérieur.

Il me semble qu'il serait préférable de travailler sur une meilleure répartition des formations sur le territoire et sur un meilleur accompagnement des lycéens qui en sont éloignés. Avis défavorable.

L'amendement COM-19 n'est pas adopté.

Les amendements COM-22, COM-23, COM-24, COM-25, COM-28, COM-29 et COM-30 sont déclarés irrecevables en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 2

L'amendement COM-3 est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

L'article 2 est adopté sans modification.

Article 3

M. Khalifé Khalifé, rapporteur. – L'amendement [COM-6](#) vise à intégrer toutes les professions paramédicales au dispositif des passerelles vers les études de médecine, notamment les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers ou les assistants de régulation médicale.

Cela ne me paraît pas réaliste, alors que l'on sait que les professionnels paramédicaux qui peuvent déjà bénéficier de ces passerelles connaissent des difficultés de mise à niveau qui freinent leur entrée dans les études médicales et leur réussite.

Je crois donc nécessaire de renforcer les passerelles existantes, de les adapter, mais pas de les ouvrir aux professions visées par cet amendement. Les ordres professionnels des paramédicaux, sans être hostiles à cette disposition, n'y sont néanmoins pas favorables...

Mme Florence Lassarade. – Je ne souhaitais pas viser les ambulanciers, c'est une caricature ! Je retire mon amendement.

L'amendement COM-6 est retiré.

L'article 3 est adopté sans modification.

Après l'article 3

L'amendement [COM-10](#) est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 3 bis (nouveau)

L'article 3 bis est adopté sans modification.

Après l'article 3 bis (nouveau)

L'amendement [COM-21](#) est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 4

L'article 4 est adopté sans modification.

La proposition de loi est adoptée sans modification.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Chapitre I^{er} : Améliorer l'accueil et la formation des étudiants en santé par la transparence et la territorialisation des besoins			
Article 1^{er} : Rénover le <i>numerus apertus</i> en renforçant la prise en compte des besoins de santé du territoire			
Mme SOUYRIS	14	Ajout d'un avis conforme de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle	Rejeté
Mme SOUYRIS	15	Ajout d'un avis conforme du collège des représentants des collectivités territoriales de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle	Rejeté
Mme SOUYRIS	16	Ajout d'un avis conforme des collèges des collectivités territoriales, des usagers et associations de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle	Rejeté
Mme SOUYRIS	27	Obligation pour l'ARS et les CTS d'appeler l'université dont les capacités d'accueil sont insuffisantes à mettre en œuvre des mesures de correction	Rejeté
Article(s) additionnel(s) après l'article 1^{er}			
Mme JOUVE	1 rect.	Organisation dans chaque département d'une première année d'accès aux études médicales et pharmaceutique	Rejeté
Mme SOUYRIS	17	Demande de rapport relatif à l'opportunité de séparer la première année d'études de pharmacie de la première année d'études de santé	Rejeté
Mme SOUYRIS	18	Validation autonome de la majeure santé sans que l'absence de validation de la mineure hors santé n'emporte obligation de redoubler la majeure en PASS	Rejeté
Mme SOUYRIS	19	Prise en compte dans le recrutement en PASS et LAS du lieu de résidence principale du candidat	Rejeté
Mme SOUYRIS	22	Demande de rapport sur l'opportunité d'adapter les stages des étudiants pour qu'ils soient effectués de façon privilégiée dans les zones sous-dotées	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Mme SOUYRIS	23	Agrément des maisons de santé pluriprofessionnelles comme terrains de stage	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme SOUYRIS	24	Demande de rapport sur l'opportunité de revaloriser les indemnités de déplacement des étudiants en stage dans les zones sous-denses	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Mme SOUYRIS	25	Demande de rapport sur l'opportunité d'étendre les missions des guichets uniques départementaux à l'accompagnement des stagiaires dans les zones sous-denses	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Mme SOUYRIS	28	Demande de rapport sur les moyens nécessaires pour accroître le nombre de praticiens agréés maîtres de stage des universités	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Mme SOUYRIS	29	Demande de rapport sur la barémisation des indemnités de transport des internes de médecine générale et l'opportunité de verser des indemnités de transport aux étudiants en maïeutique, pharmacie et masso-kinésithérapie	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Mme SOUYRIS	30	Demande de rapport sur les dispositions permettant de favoriser l'accueil des étudiants dans les zones d'intervention prioritaire et l'expérimentation d'internats ruraux	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Chapitre II : Encourager l'émergence de médecins en combattant la fuite des cerveaux			
Article 2 :			
Réintégrer dans les études de médecine les étudiants français inscrits dans la même filière dans un autre État de l'Union européenne			
Mme DEMAS	3	Évaluation des étudiants français ayant suivi une formation médicale hors de l'Union européenne en vue de leur autorisation d'exercer	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Chapitre III : Développer l'accès aux soins médicaux par la formation des professionnels paramédicaux			
Article 3 : Développer des passerelles permettant aux professionnels paramédicaux de reprendre des études de médecine			
Mme LASSARADE	6	Élargissement des passerelles vers les études de médecine à toutes les professions paramédicales	Retiré
Article(s) additionnel(s) après l'article 3			
Mme SOUYRIS	10	Création de dispositifs spécifiques de validation des acquis de l'expérience pour les professionnels paramédicaux	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article(s) additionnel(s) après l'article 3 bis (nouveau)			
Mme SOUYRIS	21	Demande de rapport sur l'universitarisation intégrale du cursus de masso-kinésithérapie	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution

**RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45
DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3,
DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie².

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. *commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 – Loi portant réforme des retraites.*

² Cf. *par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 – Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 – Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.*

³ *Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 – Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.*

⁴ *Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 – Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.*

En application du *vade-mecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du mardi 10 juin 2025, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 189 (2023-2024) visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- aux conditions de fixation des objectifs de recrutement dans les formations de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie ;

- aux conditions d'accès au premier cycle des études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie, y compris par les passerelles destinées aux professionnels paramédicaux ;

- aux conditions d'accès des étudiants partis suivre des études de médecine dans un autre État européen à la formation de médecine en France.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- aux conditions d'accès aux deuxième et au troisième cycle des études de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie ;

- à l'organisation et au contenu de la formation initiale des professions médicales et pharmaceutiques ;

- aux conditions d'accès, à l'organisation et au contenu des formations paramédicales ;

- à la formation continue des professionnels de santé ;

- aux conditions d'autorisation d'exercice des professionnels de santé en France ;

- à la répartition et à l'articulation des compétences des professionnels de santé.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Auditions

- **Fédération nationale des étudiant.e.s en sciences infirmières (Fnesi)**
Ilona Denis, présidente
Élodie Lenfant, secrétaire générale

- **Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)**
Pr Stéphane Oustric, délégué général aux données de santé et au numérique
Adam Tornay, directeur des services du Tableau, conseiller juridique

- **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)**
Isabelle Derrenderinger, présidente
David Meyer, chef de cabinet, conseiller technique

- **Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)**
Jean-François Dumas, secrétaire général

- **Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf)**
Lucas Poittevin, président
Julien Besch-Carrière, premier vice-président général

- **Association nationale des étudiants en pharmacie de France (Anepf)**
Ilan Rakotondrainy, président
Théo Revelle, vice-président chargé de l'enseignement supérieur

- **Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD)**
Ralitsa Androlova, présidente

- **Association nationale des étudiants sages-femmes (Anesf)**
Leila Jamin, vice-présidente
Nassilaty Ali, porte-parole
- **Fédération nationale des étudiant.e.s en kinésithérapie (FNEK)**
Louise Lenglin, présidente
Lucas Chauvel, vice-président
- **Agence régionale de santé (ARS) d'Occitanie**
Didier Jaffre, directeur général
Julien Kramarz, directeur de cabinet
- **Agence régionale de santé (ARS) du Centre Val-de-Loire**
Clara de Bort, directrice générale
- **Conférence des doyens des facultés de médecine**
Pr Bruno Riou, doyen de la faculté de santé de Sorbonne Université
Paris
Pr Benoît Veber, doyen de l'UFR santé de Rouen
- **Conférence des doyens des facultés de pharmacie**
Pr Vincent Lisowski, doyen et président
Pr Raphaël Duval, premier vice-président
- **Conférence des doyens des facultés d'odontologie**
Pr Vianney Descroix, président
- **Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMa)**
Anne Moal, vice-présidente aux affaires générales

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Marc Reynier, sous-directeur adjoint des ressources humaines du système de santé

Vincent Hémery, adjoint au chef du bureau de la démographie et de la formation initiale

Sarah Bouchet, chargée de mission juriste au bureau de la démographie et de la formation initiale

- **Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)**

Muriel Pochard, sous-directrice en charge de la stratégie et de la qualité des formations

Katia Siri, cheffe du département des formations de santé

Contributions écrites

- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI)**
- **Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (Cnop)**
- **Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD)**

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp123-189.html>