

N° 352

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 février 2026

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1)
sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale,
visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse,*

Par Mme Anne-Sophie ROMAGNY,

Sénatrice

Version provisoire

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteur générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Alain Milon, 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, *secrétaire* ; M. Jean Sol, Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devesa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Brigitte Micouleau, Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^{ème} législ.) : 341, 624 et T.A. 13

Sénat : 178 (2024-2025) et 353 (2025-2026)

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
I. LA CORSE FAIT FACE À DES DIFFICULTÉS SIGNIFICATIVES EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS	5
A. DES CONTRAINTES ET DES BESOINS DE SANTÉ SPÉCIFIQUES	5
B. UNE OFFRE DE SOINS SPÉCIALISÉS INSUFFISANTE.....	6
C. DE NOMBREUX DÉPLACEMENTS MÉDICAUX SUR LE CONTINENT, DES RENONCEMENTS AUX SOINS ET DES PERTES DE CHANCE.....	6
II. LA CRÉATION D'UN CHU EN CORSE SERA UN LEVIER D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET D'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE.....	7
A. DES ATTENTES FORTES ET LÉGITIMES AU SEIN DE LA POPULATION CORSE....	7
B. UN VOLONTARISME DES ACTEURS DU TERRITOIRE	7
C. LA STRUCTURATION DU CHU DOIT SE POURSUIVRE, AVEC UN ENGAGEMENT DE L'ÉTAT DANS LA DÉMARCHE.....	8
EXAMEN DES ARTICLES	9
• <i>Article 1^{er} Maillage régional des centres hospitaliers universitaires</i>	9
• <i>Article 2 Mise en place du centre hospitalier universitaire de Corse</i>	14
• <i>Article 3 Gage financier de la proposition de loi</i>	32
EXAMEN EN COMMISSION.....	35
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 »).....	37
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	39
LA LOI EN CONSTRUCTION	43

L'ESSENTIEL

La commission des affaires sociales a adopté, après l'avoir amendée, la proposition de loi visant à la création d'un centre hospitalier universitaire (CHU) en Corse.

Dans une logique d'**équité territoriale**, ce texte prévoit que chaque région comporte un CHU, c'est-à-dire un centre hospitalier régional exerçant une triple mission de soins, de formation et de recherche, dans le cadre d'une convention avec une université comportant une faculté de médecine.

Le texte renvoie à un décret la fixation des modalités devant conduire à la mise en place d'un CHU en Corse, seule région de France métropolitaine à ne pas en disposer sur son territoire.

La création d'un CHU en Corse apportera, *via* la territorialisation des soins, de la formation et de la recherche qu'elle implique, une **amélioration à la fois quantitative et qualitative de l'accès aux soins**, offrant à la population corse l'accès à une médecine de haut niveau directement sur l'île et limitant les déplacements sur le continent, les renoncements aux soins et les pertes de chance. Elle permettra également de **renforcer l'attractivité de l'île pour les professionnels de santé et, partant la démographie médicale**.

La commission estime que cette proposition de loi constitue l'**impulsion nécessaire à l'engagement de l'État dans le projet de création d'un CHU**, auquel travaillent déjà les acteurs locaux, et créera les conditions d'une avancée plus rapide de ce projet.

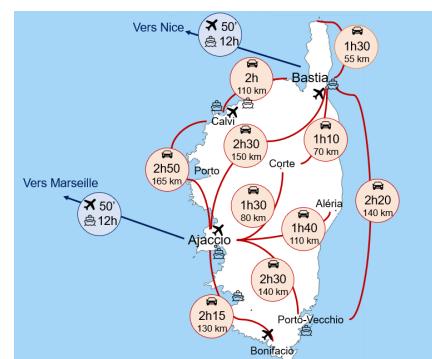
Elle a modifié le texte, afin de le centrer sur la Corse et de fixer son entrée en vigueur à 2031.

I. LA CORSE FAIT FACE À DES DIFFICULTÉS SIGNIFICATIVES EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS

A. DES CONTRAINTES ET DES BESOINS DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

La Corse est une île-montagne, avec une dispersion des bassins de vie et des temps de transport élevés. Ces caractéristiques géographiques complexifient l'accès physique aux soins, en particulier pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie et les publics précaires.

Or la population corse est vieillissante, avec des besoins en soins significatifs : un quart des 360 000 habitants a plus de 65 ans et 24 % de la population est atteinte d'une affection longue durée (en particulier maladies cardionevrovasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques, cancers).

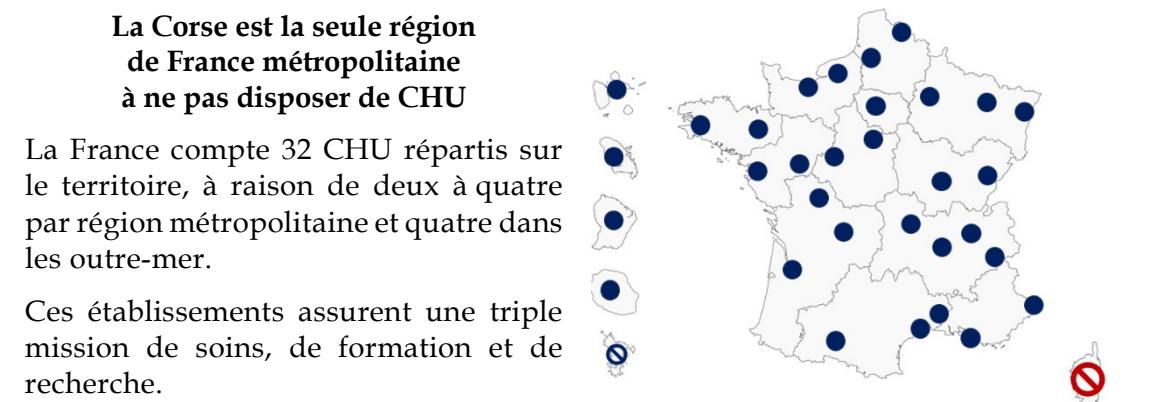


En outre, la population présente sur l'île double pendant la saison touristique, ce qui exerce une pression sur le système de santé local, en particulier les urgences, les soins critiques et la traumatologie.

B. UNE OFFRE DE SOINS SPÉCIALISÉS INSUFFISANTE

En ville, si la densité médicale est dans la moyenne nationale, elle masque d'importants déséquilibres territoriaux. De nombreuses spécialités sont en sous-effectif, en dépit des besoins du territoire (neurologie, rhumatologie, dermatologie, endocrinologie...). En outre, les effectifs connaissent un vieillissement marqué : un quart des médecins a plus de 65 ans.

À l'hôpital, si l'offre de soins est de plus en plus structurée et coordonnée, **de nombreuses spécialités sont sous tension** (gériatrie, neurologie, chirurgie pédiatrique...) **ou inexistantes** (chirurgie cardiaque, greffes, grands brûlés, soins critiques pédiatriques...). L'offre de prise en charge des patients atteints de cancer apparaît largement insuffisante, avec une absence de centre de cancérologie, de pet-scan et de plusieurs types de radiothérapie.



C. DE NOMBREUX DÉPLACEMENTS MÉDICAUX SUR LE CONTINENT, DES RENONCEMENTS AUX SOINS ET DES PERTES DE CHANCE

Les patients corses sont contraints de se déplacer sur le continent pour de nombreux soins spécialisés : 18 % des séjours hospitaliers de résidents corse en chirurgie et 15 % en médecine sont réalisés sur le continent.

L'absence de prise en charge sur l'île, les délais d'attente ou la nécessité de se déplacer sur le continent engendrent des phénomènes de renoncement aux soins, pour des raisons financières et logistiques, ainsi que des pertes de chance, du fait de retards de diagnostic ou de traitement, voire d'absence totale d'accès aux soins, en particulier chez les patients âgés, isolés ou précaires.

35 000 déplacements médicaux sur le continent chaque année, pour 13 500 patients, dont les 2/3 sont atteints d'une ALD.

À 75 % à destination de Marseille, 22 % de Nice et 1% de Paris.

II. LA CRÉATION D'UN CHU EN CORSE SERA UN LEVIER D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET D'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE

A. DES ATTENTES FORTES ET LÉGITIMES AU SEIN DE LA POPULATION CORSE

La commission soutient la proposition de loi, qui fait l'objet d'un consensus parmi la population corse, les élus, la communauté médicale et les acteurs universitaires. La création d'un CHU, assurant une triple mission de soins, de formation et de recherche, permettra en effet :



un renforcement quantitatif et qualitatif de l'offre de soins, avec le développement de nouvelles spécialités, le renforcement des spécialités sous tension, la montée en puissance des plateaux techniques et l'accès des patients à des essais cliniques et des thérapeutiques innovantes.



une attractivité médicale accrue, en offrant des conditions d'exercice de nature à attirer et fidéliser des professionnels de santé (hospitalo-universitaires mais aussi médicaux et paramédicaux), et en organisant la formation, directement sur le territoire, de futurs médecins susceptibles de s'y installer ensuite, en ville ou à l'hôpital.



La commission a adopté un amendement visant à centrer la proposition de loi sur la création d'un CHU en Corse.

B. UN VOLONTARISME DES ACTEURS DU TERRITOIRE

Bien que la santé ne figure pas dans les compétences de la Collectivité de Corse, celle-ci a engagé, de façon volontariste, des travaux de réflexion et de préfiguration d'un CHU, dans lesquels s'impliquent tous les acteurs du territoire. Des **avancées notables** ont d'ores et déjà été mises en œuvre sur le plan de la territorialisation :

- des soins, avec le **développement d'hyperspecialités** au sein des centres hospitaliers ;

- de la formation, avec la mise en place d'un **premier cycle d'études de médecine à l'université de Corse et l'accueil d'internes** au sein des établissements de santé de l'île ;
- de la **recherche**, avec une structuration des activités engagée par l'université et la création d'unités de recherche clinique au sein des centres hospitaliers, d'un institut de recherche en santé et d'une délégation à la recherche clinique et l'innovation.

C. LA STRUCTURATION DU CHU DOIT SE POURSUIVRE, AVEC UN ENGAGEMENT DE L'ÉTAT DANS LA DÉMARCHE

La mise en place d'un CHU à un horizon immédiat apparaît freinée par :

- une absence d'accord, à ce stade, sur l'ensemble des modalités d'organisation du futur CHU, et notamment sa gouvernance ;
- un **manque d'engagement de l'État** qui n'a pas permis aux travaux de préfiguration d'être pleinement opérationnels jusqu'à présent ;
- une montée en puissance des filières hospitalo-universitaire qui ne pourra être que progressive et impliquera le déploiement de personnel hospitalo-universitaire en Corse ;
- des **difficultés à mettre en place une faculté de médecine, incluant le deuxième cycle, à l'université de Corte** à brève échéance, qui pourraient amener à créer le CHU *via* un conventionnement spécifique avec une autre université dans un premier temps.



Afin de **donner davantage de temps** à l'ensemble des acteurs et favoriser la réussite du projet dans de bonnes conditions, la commission a adopté un amendement visant à décaler à 2031 l'entrée en vigueur de la présente proposition de loi.

La territorialisation des soins, de la formation et de la recherche, préalable indispensable à l'ouverture du CHU, doit se poursuivre et s'accélérer, avec l'appui, y compris financier et humain, de l'État. En particulier, **le recrutement de professionnels hospitalo-universitaires doit être soutenu**, avec la création de postes attachés à la Corse, et **les postes d'internes dédiés à la Corse doivent être clairement fléchés**.

Par ailleurs, **certaines améliorations de l'offre de soins doivent être mises en œuvre sans tarder, à commencer par l'installation d'un pet-scan sur l'île**.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Maillage régional des centres hospitaliers universitaires

Cet article pose le principe selon lequel au moins un centre hospitalier universitaire (CHU) doit être présent dans chaque région.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement.

I – Le dispositif proposé

A. Les CHU sont des pivots du système hospitalier français

1. Crées en 1958, les CHU assurent une triple mission de soins, de formation et de recherche

Aux termes de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, **un CHU est un centre hospitalier régional (CHR) ayant conclu une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques.**

Un CHU est donc au préalable un CHR, c'est-à-dire, selon ce même article, **un établissement public de santé ayant une vocation régionale liée à sa haute spécialisation**, qui figure sur une liste établie par décret.

Historiquement institués par l'ordonnance dite « Debré » du 30 décembre 1958¹, les CHU sont au cœur du système hospitalier français, articulant leur activité autour d'un **triptyque « soins, formation et recherche »**. Cette triple mission est consubstantielle aux CHU.

Sur le volet « soins », qui mobilise l'essentiel de leurs ressources, les CHU assurent des soins de recours et de référence, en sus des soins de proximité pour leur bassin de population. Y sont en principe associés : des capacités d'hospitalisation importantes, des prises en charge spécialisées (cardiologie, neurologie, cancérologie, pédiatrie, addictions, etc.) et des plateaux techniques étoffés.

S'agissant de leur mission de formation, dans le cadre de leur convention avec une université, les CHU emploient des praticiens hospitalo-universitaires : professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers (MCU-PH), chefs de clinique-assistants des hôpitaux, assistants hospitaliers universitaires. Ils accueillent les étudiants en médecine, pharmacie et maïeutique, ainsi que les internes.

¹ *Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.*

Enfin, sur le plan de la recherche, là encore dans le cadre de leur partenariat avec une université, les CHU concentrent une part importante de la recherche médicale et biomédicale.

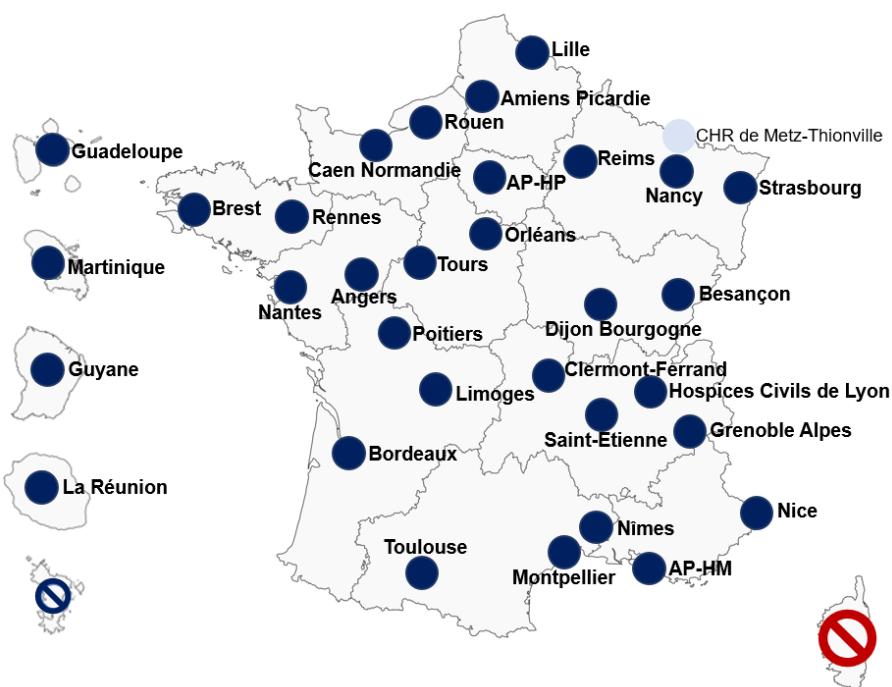
Depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les CHU assurent un **rôle central au sein des groupements hospitaliers de territoire** (GHT), coordonnant la formation initiale des professionnels médicaux, la gestion de la démographie médicale, la recherche, ainsi que les missions de référence et de recours, dans le cadre d'une prise en charge commune et graduée du patient.

2. La France compte aujourd’hui 33 CHR, dont 32 sont des CHU, répartis sur le territoire

La France compte 33 CHR, dont la liste est établie par décret¹. Tous sont désormais des CHU, hormis celui de Metz-Thionville, dont l'universitarisation est toutefois en cours, en partenariat avec l'université de Lorraine et le CHU de Nancy. En France hexagonale, le dernier CHR transformé en CHU a été celui d'Orléans, en 2023, avec la création *ex nihilo* d'une faculté de médecine à Orléans.

Les CHU sont, pour la plupart, implantés dans les chefs-lieux des anciennes régions. On en compte ainsi souvent deux par région, et jusqu'à quatre dans les plus grandes régions.

Carte des CHR et CHU de France



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ Article D. 6141-15 du code de la santé publique.

La Corse est la seule des treize régions métropolitaines à ne pas compter de CHU.

S'agissant des outre-mer, quatre départements et régions d'outre-mer (DROM) disposent d'un CHU, celui de Guyane ayant été mis en place en juin 2025. En revanche, **Mayotte ne compte pas de CHU sur son territoire.**

Pour autant, **les CHU sont des établissements très hétérogènes**, à la fois en taille et en volume d'activité, conduisant depuis plusieurs années à des questionnements autour de ce modèle¹. Les activités de soins des CHU ne se distinguent pas toujours de celles d'autres établissements de santé et l'offre de soins de recours et de référence se concentre dans les faits dans une dizaine de CHU. De même, l'exercice des missions de recherche et de formation est inégal selon les CHU.

B. L'article 1^{er} propose d'imposer la présence d'au moins un CHU par région

L'article 1^{er} de la présente proposition de loi complète l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, qui précise la définition des CHR et des CHU, afin de **poser le principe selon lequel chaque région comprend au moins un CHU.**

En posant ce principe, **l'intention de l'auteur de la proposition de loi, Paul-André Colombani, est d'imposer la création d'un CHR puis d'un CHU en Corse**, seule région métropolitaine à ne pas accueillir de CHU sur son territoire.

II – Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen du texte en commission des affaires sociales, dans le cadre de la procédure de législation en commission, les députés ont adopté un amendement de coordination juridique.

L'Assemblée nationale a adopté l'article ainsi modifié.

III – La position de la commission

La commission soutient le principe posé par cette proposition de loi, visant à prévoir que chaque région comprend au moins un CHU. Ce principe répond à une logique d'équité territoriale dans la structuration du système hospitalo-universitaire français, dans l'accès aux soins et dans l'organisation des études de santé.

¹ Voir notamment le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital (2022) et les deux rapports sur le rôle des CHU réalisés par la Cour des comptes à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat (2017 et 2018).

Alors que toutes les régions métropolitaines disposent d'au moins un CHU, à l'exception notable de la Corse, l'objectif direct visé par cette formulation est d'aboutir à la création d'un CHU en Corse, ce que la commission soutient également.

Certes, l'adoption d'une loi n'est pas nécessaire à une telle création. Ainsi, les précédentes créations de CHU, notamment les plus récentes à Orléans et en Guyane, se sont faites en l'absence de dispositions législatives spécifiques.

Ces créations ont en revanche exigé un volontarisme de l'ensemble des acteurs locaux, en particulier de la communauté médicale et hospitalière et des universitaires, et un accompagnement significatif de l'État, sur les plans opérationnel, humain et financier.

La commission estime que **la présente proposition de loi constitue l'impulsion nécessaire à l'engagement de l'État dans le projet de création d'un CHU en Corse et créera les conditions d'une avance plus rapide de ce projet**. Elle émet le souhait que, sans attendre l'adoption définitive de la présente proposition de loi, le ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche s'engagent dans les travaux de préfiguration du CHU de Corse.

La commission constate en revanche que la rédaction actuelle de la proposition de loi dépasse son objet, à savoir la création d'un CHU en Corse, et imposerait également la mise en place d'un CHU à Mayotte d'ici 2030, en dehors de tout projet local d'évolution de l'offre de soins hospitaliers vers la création d'un CHU et de toute demande en ce sens à l'heure actuelle.

La priorité actuelle pour Mayotte est d'abord de consacrer des moyens à la reconstruction et la rénovation du centre hospitalier de Mayotte (CHM), détruit par le passage du cyclone Chido en décembre 2024 et de la tempête Dikélédi en janvier 2025. Les dommages causés à l'hôpital ont percuté le projet de réhabilitation complète de l'établissement. Les travaux de rénovation doivent s'étaler jusque fin 2029.

Cet hôpital, qui assure l'essentiel de l'offre de soins sur l'île, était déjà sous tension bien avant cela, comme l'avait documenté la commission – dont une délégation s'était rendue sur place – dans un rapport d'information consacré à l'accès aux soins à Mayotte en 2022¹. Il connaît en effet, de façon structurelle, de grandes difficultés de fonctionnement, notamment du point de vue du recrutement de professionnels médicaux et paramédicaux.

¹ Rapport d'information n° 833 (2021-2022) de Catherine Deroche, Jean-Luc Fichet, Dominique Théophile et Laurence Cohen au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, Mayotte : un système de soins en hypertension, juillet 2022.

Plus largement, les priorités en matière d'amélioration de l'accès aux soins à Mayotte sont axées sur un renforcement des capacités du CHM, le déploiement d'un second site hospitalier, la création de structures adaptées aux besoins locaux, dans chaque bassin de santé, la montée en puissance de la médecine de ville et le développement des accompagnements visant à éviter les ruptures de prise en charge.

La commission a donc adopté, à l'initiative de la rapporteure, un amendement COM-1, visant à exclure, à ce stade, Mayotte du champ d'application de cette loi, afin de ne pas lui imposer une structuration ne répondant ni aux spécificités ni aux attentes du territoire.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2

Mise en place du centre hospitalier universitaire de Corse

Cet article précise les modalités de mise en place d'un CHR puis d'un CHU en Corse.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement.

I - Le dispositif proposé

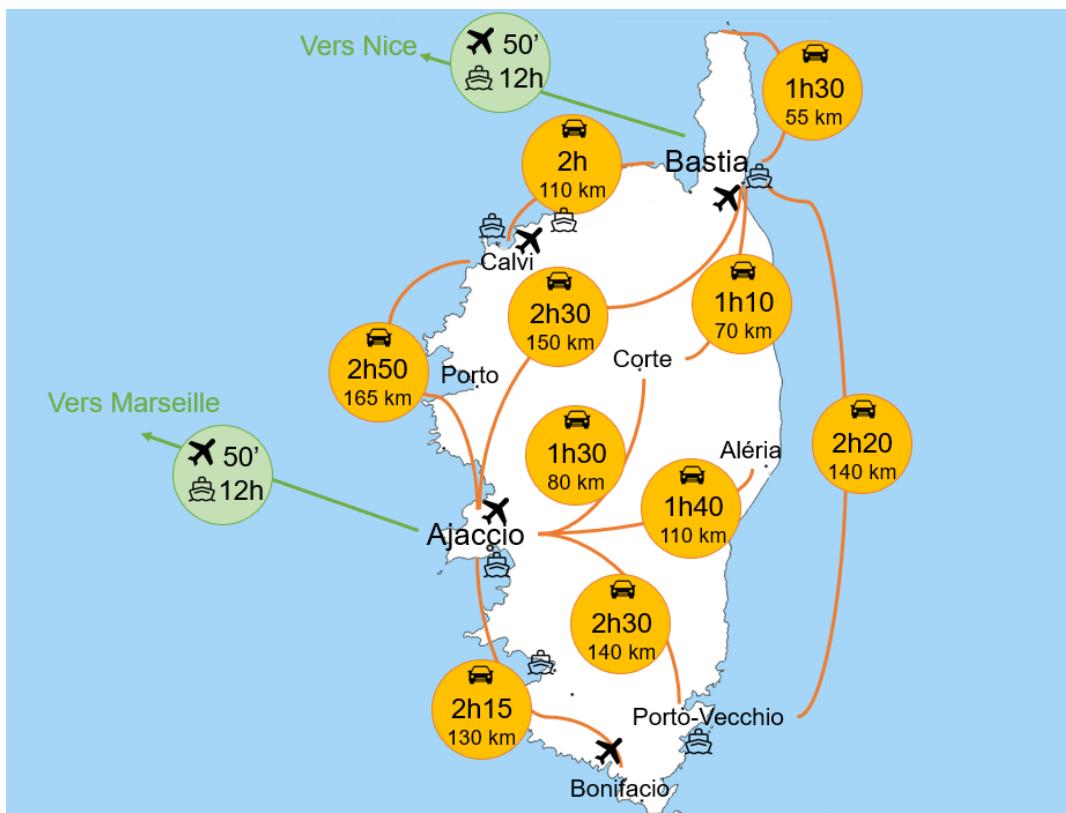
A. La Corse fait face à des difficultés significatives en matière d'accès aux soins

1. La Corse se distingue par des contraintes et des besoins de santé spécifiques

a) Une île-montagne, marquée par des difficultés d'accès physique aux soins

La Corse connaît des difficultés d'accès aux soins spécifiques liées à ses caractéristiques géographiques, à savoir un **territoire insulaire** de petite taille et au **relief montagneux**, avec une **dispersion des bassins de vie** et des **temps de transport élevés** entre les différentes villes de l'île. Les trajets ne se comptabilisent pas en kilomètres mais en temps.

Principaux temps de trajet en Corse et vers le continent



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de services de calcul d'itinéraires

Ces caractéristiques compliquent l'accès physique aux soins, en particulier dans l'intérieur de l'île et dans les territoires ruraux et de montagne. Ces contraintes pèsent particulièrement sur les personnes âgées, les personnes en perte d'autonomie et les publics précaires.

b) Une population en augmentation, vieillissante, avec des besoins de santé importants

La Corse comptabilise **360 000 habitants** au 1^{er} janvier 2025, soit une augmentation de 32 900 habitants en dix ans, liée à un nombre d'arrivées sur l'île bien supérieur à celui des départs¹. L'Insee estime que si les tendances démographiques se poursuivaient, la population corse atteindrait 383 000 habitants en 2050².

Cette population est vieillissante : **25 % des habitants ont plus de 65 ans** et cette proportion pourrait atteindre 36 % en 2070³. Ces habitants connaissent des **besoins en soins** plus importants, en lien avec le poids des maladies chroniques, mais également des **difficultés de mobilité** pour accéder aux soins.

La population corse se caractérise également par un **taux de précarité élevé**. Avec 18,3 % de ses habitants sous le seuil de pauvreté en 2020, contre 14,4 % en moyenne en France métropolitaine, la Corse est la plus pauvre des régions métropolitaines⁴. Cette pauvreté touche particulièrement les retraités, qui constituent 43 % des ménages pauvres.

En lien avec ces caractéristiques socio-démographiques, la Corse enregistre un **taux d'affection longue durée** (ALD) nettement supérieur à la moyenne nationale : **24 %** contre 19 %, selon les données de l'assurance maladie. Sa population est notamment affectée des pathologies suivantes : maladies cardioneurovasculaires (10,7 % contre 8,2 % en moyenne nationale), diabète (7 %), maladies respiratoires chronique (6,8 %), cancers (6,5 %), maladies psychiatriques (5,9 %), maladies neurologiques (3,1 %), maladies inflammatoires ou rares ou VIH (2,7 %).

¹ Arnaud Huyssen (Insee), En Corse, de plus en plus d'habitants et de moins en moins de naissances, avril 2025.

² Georges Winterstein, Karine Gormon (Insee), Martine Agostini (direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement), D'ici 2050, 40 000 ménages supplémentaires en Corse, juillet 2025.

³ Isabelle Tourtin-Battini, Antonin Bretel (Insee), Projections de population : 2070, un horizon vieillissant pour la Corse, novembre 2022.

⁴ Armelle Bolusset, Antonin Bretel, Geneviève Burel, Mathilde Gerardin, Arnaud Huyssen, Pierre-Olivier Lemaire, Arnaud Luciani, Jean-François Thillet, Vincent Vallès (Insee), Panorama de la pauvreté en Corse : une diversité de situations individuelles et territoriales, octobre 2023.

Outre sa population résidente, la Corse compte une **population semi-résidente**, présente sur l'île plusieurs mois de l'année. En 2017, 72 000 habitations étaient déclarées comme secondaires, soit 29 % du parc de logements – trois fois la moyenne nationale¹. Plus du tiers sont détenues par des résidents de Corse, 55 % par des résidents français hors Corse et environ 8 % par des propriétaires étrangers. Ces **propriétaires de résidences secondaires sont majoritairement âgés**, avec les besoins de santé associés : 69 % des référents fiscaux ont plus de 60 ans contre 47 % dans les résidences principales.

Par ailleurs, **la Corse peut voir le nombre de personnes présentes sur son territoire doubler, lors de la saison touristique**. Selon l'Agence du tourisme de la Corse, le nombre de touristes atteignait 380 000 au pic de la saison à l'été 2024. **Cette saisonnalité touristique met sous pression le système de santé local**, et tout particulièrement les établissements de santé situés à proximité des zones littorales et des principaux pôles touristiques, du fait de la nécessité de prendre en charge des traumatismes, accidents de la vie courante, pathologies aigües et décompensations.

Cette pression s'exerce sur des équipes médicales et paramédicales déjà fragilisées et dans une période de tension sur les ressources humaines, compte tenu des congés. Elle contribue à allonger les délais de prise en charge et à complexifier l'organisation des soins, même en présence de plans estivaux d'adaptation.

Les conséquences de la présence des non-résidents sur l'activité hospitalière sont essentiellement concentrées sur les urgences, les soins critiques et la chirurgie traumatologique. Ainsi, au centre hospitalier d'Ajaccio, en 2025, les personnes résidant hors de Corse ont représenté 4,5 % des patients accueillis en hospitalisation – une proportion atteignant 8 % l'été – mais surtout **15,5 % des patients accueillis aux urgences** – cette proportion atteignant **48,7 % en août**². La situation est similaire au centre hospitalier de Bastia avec, en 2024, 5 % de non-résidents parmi les patients en hospitalisation et 10 % parmi ceux accueillis aux urgences³.

L'ARS de Corse souligne les contraintes qui pèsent sur les services de soins critiques, dont le dimensionnement est en adéquation avec la population résidente et qui sont embolisés par des patients de passage dont le retour vers leur lieu de vie sur le continent ou à l'étranger pose des difficultés, les compagnies d'assurance étant peu enclines à déclencher des transports type évacuations sanitaires, ce qui allonge la durée de séjour de ces patients au sein des deux services de réanimation de l'île.

¹ Arnaud Huyssen, Jean-Michel Squarcini (Insee), Résidences secondaires : un logement sur trois en Corse, avec des profils variés selon les intercommunalités, octobre 2020.

² Réponses du directeur générale du centre hospitalier d'Ajaccio au questionnaire transmis par la rapporteure.

³ Réponses du directeur général du centre hospitalier de Bastia au questionnaire transmis par la rapporteure.

2. En dépit d'améliorations dans la structuration de l'offre locale de soins, l'accès à des soins spécialisés demeure complexe

a) En ville, une densité médicale dans la moyenne nationale mais avec d'importants déséquilibres et un vieillissement des praticiens

Au 1^{er} mars 2024, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) de l'assurance maladie dénombrait 712 médecins installés en Corse qui exerçaient une activité libérale, exclusive ou complémentaire d'une activité salariée.

Si la densité médicale globale de la Corse se situe dans la moyenne nationale, avec notamment 9,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants, contre 8,4 au niveau national, elle masque des déséquilibres importants entre territoires, avec une **forte concentration à Ajaccio et Bastia**.

S'agissant des 372 médecins spécialistes exerçant une activité libérale, selon les données communiquées par l'assurance maladie¹, 42 % d'entre eux interviennent dans plusieurs cabinets, souvent dans une structure hospitalière privée ou publique. En outre, 12 % des spécialistes n'exercent pas leur activité principale en Corse : ils complètent l'offre en dispensant des actes ou des consultations sous forme de vacations périodiques.

Diverses spécialités connaissent une densité inférieure à la moyenne nationale, en dépit de besoins renforcés liés à une population vieillissante, notamment la neurologie, la rhumatologie et la dermatologie. L'offre en endocrinologie apparaît également insuffisante au regard de la prévalence du diabète.

Au total, les spécialités perçues comme les plus en tension par les instances syndicales et ordinaires représentatives des médecins spécialistes libéraux de Corse sont les suivantes : médecine générale, gynécologie-obstétrique, endocrinologie, neurologie, pneumologie, oncologie médicale, dermatologie et rhumatologie².

En outre, les effectifs connaissent un vieillissement marqué. **Un médecin généraliste sur deux a plus de 57 ans et un quart des médecins tous modes d'exercice confondus a plus de 65 ans³**.

¹ Réponses des CPAM de Haute-Corse et de Corse du Sud au questionnaire transmis par la rapporteure.

² Réponses des CPAM de Haute-Corse et de Corse du Sud au questionnaire transmis par la rapporteure.

³ Réponses des CPAM de Haute-Corse et de Corse du Sud et de l'ARS de Corse au questionnaire transmis par la rapporteure.

b) À l'hôpital, une offre de soins de plus en plus développée et coordonnée mais des spécialités en tension ou inexistantes

L'offre de soins hospitaliers en Corse se structure autour de **sept établissements publics** et **cinq établissements privés**. Selon les données transmises par l'ARS de Corse, l'île dispose de 1 349 lits et les établissements de l'île ont réalisé, en 2022, 160 000 séjours pour 81 300 patients et accueilli 67 000 passages aux urgences non suivis d'hospitalisation.

Le secteur public représente 83 % des lits d'hospitalisation et réalise 60 % de l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), 75 % des séjours de médecine et 89 % des séjours obstétriques. En revanche, le secteur privé représente 70 % de l'activité de chirurgie programmée.

Les établissements de santé du territoire affichent des pratiques de **coopération** anciennes, qui se renforcent ces dernières années. Un premier groupement hospitalier de territoire est structuré autour du centre hospitalier d'Ajaccio et de deux établissements de proximité. Cela permet une offre graduée complémentaire, avec des plateaux techniques de niveaux différents mais non concurrentiels. Une coopération est organisée avec l'hôpital privé Sud Corse sur certaines activités de soins médicaux et chirurgicaux.

Un deuxième GHT est organisé autour du centre hospitalier de Bastia et de deux établissements de proximité. Selon l'ARS de Corse, ce GHT est plus mature, avec une direction commune et un projet médical rénové et plus intégratif. Une coopération est organisée avec les deux établissements privés du territoire. Le groupe Almaviva est un partenaire important, disposant notamment d'un service d'hospitalisation à domicile, d'un centre de médecine nucléaire et de radiothérapie. En raison de capacités insuffisantes dans le secteur public pour garantir des délais de prise en charge acceptables, certains chirurgiens du centre hospitalier de Bastia exercent, dans le cadre d'une convention, une part de leur activité au sein des blocs opératoires de la polyclinique de Furiani, notamment en chirurgie orthopédique.

Cette offre de soins hospitaliers fait face à **des tensions sur de nombreuses spécialités**. L'ARS de Corse mentionne ainsi, pour l'ensemble du territoire, la neurologie, la gastro-entérologie publique, la chirurgie pédiatrique, la gériatrie, la médecine d'urgence ; pour la Corse du Sud, la pneumologie, la néphrologie, l'imagerie publique ; et pour la Haute-Corse, l'obstétrique, la réanimation, l'ORL, la dermatologie, l'oncologie médicale, la médecine interne et la rhumatologie¹.

Même lorsque des spécialités sont disponibles sur l'île, leur pérennité est fragilisée par la faiblesse des effectifs. L'ARS de Corse relève ainsi que l'équipe du service de neurochirurgie est composée de seulement trois praticiens qui assurent une prise en charge en permanence, chaque jour, tout au long de l'année.

¹ Réponses de l'ARS de Corse au questionnaire transmis par la rapporteure.

En outre, de nombreux services hospitaliers spécialisés n'existent pas sur l'île, tels que la chirurgie cardiaque, les greffes, la prise en charge des grands brûlés, l'oncologie pédiatrique ou les soins critiques pédiatriques. L'île ne dispose également pas de centre expert Parkinson ni de centre sur la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur.

L'offre de prise en charge des patients atteints d'un cancer apparaît également largement insuffisante. **L'absence de Pet-scan sur l'île,** en dépit de l'intérêt de cet examen pour le diagnostic du cancer, l'évaluation de l'efficacité d'un traitement et le suivi des patients, en est l'exemple le plus marquant. L'île n'abrite pas de centre de cancérologie et tous les types de radiothérapie ne sont également pas disponibles.

Pour les spécialités en tension ou inexistantes en Corse, des **partenariats approfondis** ont été noués avec les établissements de santé de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), en particulier **les CHU de Marseille (AP-HM) et de Nice**, mais aussi avec l'AP-HP et des centres de référence. Cela se traduit notamment par la mise en place de postes d'assistants partagés et de praticiens hospitaliers partagés ou encore par la possibilité pour de jeunes praticiens, formés à l'AP-HM, de se rendre régulièrement à l'AP-HM pour conserver un lien avec les équipes hospitalo-universitaires, bénéficier d'une formation continue et ainsi sécuriser la prise en charge des patients.

Afin de permettre l'accès de la population corse d'accéder aux soins de spécialité directement sur l'île, **des consultations avancées ont été mises en place dans diverses spécialités**, notamment pour la chirurgie cardiaque, l'oncologie médicale, l'onco-pédiatrie, l'onco-hématologie, la neurochirurgie, la génétique et l'oncogénétique, la prise en charge des maladies neuro-musculaires et la prise en charge de la maladie de Parkinson. Ces consultations sont assurées par les centres recours de référence en PACA. Cependant, l'ARS de Corse relève qu'il est difficile pour les professionnels engagés dans ces consultations avancées de jouer un rôle dans le maillage territorial et l'animation des professions insulaires, compte tenu de leur temps disponible limité.

Au cours des cinq dernières années, une **stratégie de développement des spécialités et des hyper-spécialités a été adoptée par les centres hospitaliers**, avec des équipes locales soutenues par des équipes extra-régionales. Cette stratégie se fonde sur une organisation graduée et en réseau permettant une prise en charge de proximité, limitant les déplacements du patient et l'embolie de la structure hyperspecialisée, ainsi que sur des consultations avancées de l'hyper-spécialiste au sein de l'établissement dépourvu de cette expertise.

Ainsi, en 2025 a été approuvée la convention constitutive d'un groupement de coordination sanitaire (GCS) d'oncologie en Corse du Sud, associant le centre de lutte contre le cancer Paoli-Calmettes, l'institut Gustave Roussy et les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Castelluccio. Ce GCS doit permettre une organisation graduée de la prise en charge, la mise à disposition de compétences et l'intégration d'essais cliniques pour les patients corse.

Aujourd'hui, **six PU-PH exercent en Corse**, permettant d'offrir des prises en charge spécialisées directement sur l'île. Quatre sont cependant en fin de carrière.

3. Ces difficultés engendrent des déplacements médicaux sur le continent, des renoncements aux soins et des pertes de chance

a) Plus de 35 000 déplacements médicaux sur le continent chaque année

L'assurance maladie a pris en charge, en 2024, 18 524 déplacements pour la Corse du Sud et 16 697 pour la Haute Corse, soit un total de **35 221 déplacements médicaux hors de Corse, concernant 13 557 patients¹**. Ces déplacements s'effectuent à 75 % à destination de Marseille, à 20 % de Nice et à 1 % de l'Île-de-France.

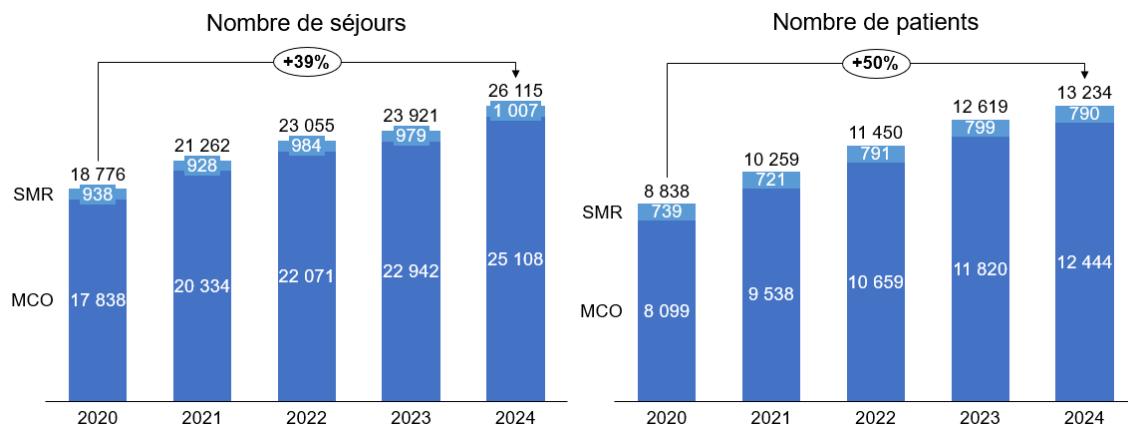
Ces chiffres n'incluent que les déplacements donnant lieu à un accord préalable de l'assurance maladie et à un remboursement, et non les déplacements réalisés à l'initiative des patients. Ils comptabilisent en revanche à la fois les déplacements en lien avec des séjours hospitaliers et ceux en lien avec des consultations ou examens.

Selon les données de l'assurance maladie, 11 % des patients corses ayant consulté au moins un médecin spécialiste en 2025 ont eu recours, en tout ou partie, à des soins ou examens réalisés sur le continent. Les principales spécialités concernées apparaissent liées à la prise en charge des cancers (oncologie médicale, radiothérapie, médecine nucléaire...), des pathologies cardiovasculaires et neurologiques, des affections dermatologiques ou encore à la chirurgie orthopédique et traumatologique.

Selon les données communiquées à la rapporteure par l'ARS de Corse, **15 à 20 % des séjours hospitaliers de patients corse en chirurgie et médecine sont réalisés hors de Corse**, avec un taux de fuite autour de 18 % en chirurgie, 15 % en médecine, 12 % en soins médicaux et de réadaptation (SMR) mais moins de 4 % en obstétrique et proche de 0 en psychiatrie. En 2024, les établissements de santé MCO et SMR du continent ont pris en charge 13 234 résidents corses, dans le cadre de plus de 26 000 séjours, des chiffres marquant une nette augmentation au cours des cinq dernières années.

¹ Réponses des CPAM de Haute Corse et de Corse du Sud au questionnaire transmis par la rapporteure.

Séjours de résidents corses pris en charge par les établissements de santé du continent



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) communiquées par l'Agence régionale de santé de Corse

La répartition des transferts médicaux entre les établissements de santé du continent dépend des typologies de prise en charge. En chirurgie et en médecine, notamment en cancérologie, rhumatologie, neurologie, pneumologie, diabétologie et maladies endocrinologiques, les prises en charge se font très majoritairement au sein de CHU et centres de lutte contre le cancer : **AP-HM, Institut Paoli-Calmettes**, et, dans une moindre mesure, CHU de Nice, Centre Antoine Lacassagne et Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). En chirurgie orthopédique, les séjours hors de Corse se font majoritairement au sein d'établissements privés du continent. Enfin, s'agissant des SMR, les séjours se font majoritairement vers des établissements privés de la région PACA.

L'ARS de Corse constate **des déplacements médicaux y compris lorsqu'une offre de soins est disponible sur l'île, ce qui peut s'expliquer par les délais d'attente pour des spécialités sous tension mais aussi par l'attractivité de certaines structures du continent** ou la notoriété de certains opérateurs. Certains médecins du continent viennent également charger de la patientèle en Corse, jouant sur l'image dégradée de l'offre de soins corse. Cela est notamment le cas en neurochirurgie et en médecine du sport.

Les données disponibles ne permettent pas de détailler finement le profil des patients concernés par les déplacements médicaux, en dehors de leurs pathologies. Près des deux tiers des patients ayant obtenu un remboursement de transport hors de Corse soumis à accord préalable de l'assurance maladie étaient détenteurs d'au moins une affection longue durée (ALD).

Les déplacements sur le continent, effectués à 95 % par avion de ligne et 5 % par bateau, représentent un coût annuel de 5,3 millions d'euros pour l'assurance maladie en 2024. L'assurance maladie prend désormais en charge les frais de transport du second accompagnement pour tout enfant de moins de 16 ans.

S'y ajoutent les **crédits MIGAC attribués aux centres hospitaliers pour les évacuations sanitaires** : 2,5 millions d'euros pour celui d'Ajaccio et 2,4 millions d'euros pour celui de Bastia en 2024, soit un total de **4,9 millions d'euros¹**. En 2024, 726 patients ont fait l'objet d'évacuations sanitaires : 305 depuis la Corse-du-Sud et 421 depuis la Haute-Corse, essentiellement vers les établissements de recours de la région PACA.

En outre, les déplacements médicaux comme les évacuations sanitaires entraînent également des **dépenses pour les patients** : hébergement avant et après les soins, déplacement et hébergement des proches, restauration, garde des enfants, etc. En revanche, depuis 2021, une solution de tiers-payant permet d'éviter l'avance de frais de transports par les patients.

L'association *Inseme*, financée majoritairement par des dons privés, avec un appui du Fonds d'intervention régional (FIR) de l'ARS et une subvention de l'assurance maladie, apporte un accompagnement aux patients devant se rendre sur le continent. Elle met à leur disposition et à celle de leurs accompagnants six appartements à Marseille, un à Nice et deux à Paris moyennant une participation financière modique. Elle a accueilli, en 2024, 174 familles, avec une durée moyenne de séjour de 10 nuits. Elle gère également deux plateformes d'information téléphonique, ouverte sept jours sur sept, l'une généraliste et l'autre permettant d'accompagner les départs urgents sur le continent. Elle a structuré un réseau de partenaires œuvrant à l'amélioration des transports médicaux (réseau DMC).

L'association *La Marie Do* accompagne quant à elle les familles de patients atteints du cancer, notamment en versant des aides aux patients amenés à se déplacer dans le cadre d'essais cliniques sur le continent.

b) Des renoncements aux soins et des pertes de chance indéniables mais que difficilement évaluables

L'absence de prises en charge spécialisées sur l'île, les délais d'attente ou la nécessité de se déplacer sur le continent engendrent des phénomènes de renoncement aux soins, pour des raisons financières et logistiques, **ainsi que des pertes de chance**, du fait de retards de diagnostic ou de traitement, voire d'absence totale d'accès aux soins. Ces phénomènes, bien que difficiles à quantifier, sont documentés par les professionnels de santé du territoire et les associations de patients.

Selon les données communiquées par l'assurance maladie, 80 % des quelques 300 situations de renoncement aux soins détectées par la mission d'accompagnement santé sont liées à l'absence ou à la difficulté à obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste ou spécialiste.

¹ Réponses de l'Agence régionale de santé de Corse au questionnaire transmis par la rapporteure.

Au-delà de ces situations détectées, qui ne sont que la face visible de l'iceberg, les CPAM de Corse du Sud et de Haute-Corse relèvent différentes situations susceptibles d'entraîner des renoncements aux soins, en particulier chez les patients âgés ou précaires : un isolement social, un manque d'aisance dans les démarches médicales et administratives ou l'impossibilité matérielle pour le patient d'être accompagné sur le continent. Elles évoquent également des difficultés liées à une saturation ponctuelle des transports, pouvant se traduire par un report voire une annulation des soins prévus, qui peut générer « une interruption des soins voire une perte de chance »¹. Elles estiment ainsi que « les déplacements vers les offreurs de soins sur le continent (incontournables, recommandés ou souhaités) représentent objectivement des contraintes ou des obstacles que tous les assurés sociaux ne surmontent pas ».

En outre, les aléas climatiques peuvent empêcher des évacuations sanitaires – environ 60 jours par an, les avions sanitaires ne peuvent décoller – et ainsi mettre les professionnels de santé du territoire en difficulté sur des prises en charge qu'ils ne maîtrisent pas

L'ARS de Corse a quant à elle pu mesurer l'existence de renoncements aux soins lors de la mise en place du centre ressources et compétences sclérose en plaques, labellisé en 2022, qui a permis d'identifier une file active de patients n'ayant plus d'avis spécialisé depuis plusieurs années compte tenu de la nécessité de déplacement sur le continent pour une prise en charge avant 2022. Ainsi, sur les 221 patients pris en charge par le centre à son ouverture, 16 % étaient perdus de vue depuis au moins trois ans et 32 % n'avaient pas un suivi adapté. La file active est désormais de 470 patients.

Une thèse médicale du Dr Francesca Ferrandi révèle également qu'un quart des patients atteints d'un rétrécissement aortique serré, adressés au centre hospitalier de Bastia, ne peut bénéficier du remplacement valvulaire par voie percutanée (TAVI) indiqué pour cette pathologie. Cette procédure ne pouvant être réalisée que dans un centre avec chirurgie cardiaque, certains patients sont décédés, faute de prise en charge dans un délai suffisant ou parce qu'ils ne se sentaient pas la force de se déplacer sur le continent.

B. L'article 2 précise les conditions de mise en place d'un CHR puis d'un CHU en Corse d'ici 2030

L'article 2 de la présente proposition de loi vise à préciser la mise en œuvre des conséquences de l'article 1^{er}, à savoir la création d'un CHR puis d'un CHU en Corse.

D'une part, il fixe une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2030.

¹ Réponses de la CPAM de Corse du Sud au questionnaire transmis par la rapporteure.

D'autre part, il prévoit l'**adoption d'un décret** déterminant les modalités d'application de la présente loi. Celui-ci devra établir le calendrier et les étapes de la mise en place, avant 2030, d'un CHR puis d'un CHU en Corse, en tenant compte des spécificités locales.

II – Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté l'article sans modification.

III – La position de la commission

A. La création d'un CHU en Corse fait l'objet d'attentes fortes et légitimes et serait un vecteur d'amélioration de l'accès aux soins pour la population

La rapporteure a constaté, au cours de ses auditions, les fortes attentes exprimées par les élus, médecins, universitaires et patients du territoire autour du projet de création de CHU, qui fait consensus sur le territoire depuis plusieurs années. Ces attentes semblent désormais entendues par le Gouvernement. La direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé a ainsi souligné les bénéfices attendus de la création d'un CHU dans sa contribution adressée à la rapporteure.

De fait, la création d'un CHU en Corse serait un vecteur d'**amélioration de l'accès aux soins pour la population corse**, à court terme grâce au renforcement de l'offre de soins au sein des établissements de santé transformés en CHU, et, à plus long terme, grâce à la formation, directement sur le territoire, de futurs médecins susceptibles de s'y installer, que ce soit à l'hôpital ou en libéral.

- La création d'un CHU en Corse devrait permettre, en premier lieu, un **renforcement quantitatif et qualitatif de l'offre de soins**, avec le développement de nouvelles spécialités, le renforcement de spécialités sous tension, la montée en puissance des plateaux techniques et l'accès des patients à des essais cliniques et à des thérapeutiques innovantes. Elle offrira à la population corse l'accès à une médecine de haut niveau, intégrant recherche et innovation.

L'écosystème attaché à un CHU permettra **d'avantage de prises en charge spécialisées directement sur l'île** et donc de lutter contre les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins, en limitant les déplacements médicaux, les renoncements aux soins et les pertes de chance précédemment évoqués.

La création d'un CHU a également été présentée par les interlocuteurs de la rapporteure comme un vecteur de **renforcement de la confiance des usagers dans le système de santé local**, dans un contexte où certains habitants font le choix de se rendre sur le continent alors même qu'une offre de soins existe sur l'île.

Les centres hospitaliers attendent aussi de la création du CHU une mise à niveau de leurs ressources, à la hauteur des missions qu'ils assurent.

- La création d'un CHU sera également source d'une **attractivité médicale accrue**.

Elle apportera des **conditions d'exercice de nature à attirer et fidéliser davantage de professionnels de santé**, à la fois hospitalo-universitaires, médicaux et paramédicaux. La mobilisation autour d'un projet ambitieux peut également être un facteur d'attractivité. Les centres hospitaliers ont d'ores et déjà commencé à identifier plusieurs PU-PH intéressés par une venue ou un retour sur l'île.

Le recrutement de personnel hospitalo-universitaire, inhérent à la création d'un CHU, permettra de dépasser la fragilité de la structuration de certaines spécialités et hyper-spécialités, reposant sur des effectifs très limités et soumise à l'aléa du départ des professionnels. En effet, **seul le statut de CHU permettra la création et la pérennisation de postes hospitalo-universitaires en propre**.

La mise en place d'un CHU sera également un moyen de **sanctuariser les temps d'enseignement et de recherche des professionnels de santé** aujourd'hui impliqués dans de telles activités, garantissant leur pérennisation et un meilleur accompagnement.

Surtout, à plus long terme, le fait de **former, directement sur le territoire corse, des étudiants en médecine**, en particulier des internes, qui seront davantage enclins à s'y installer, sera un levier de **renforcement de la démographie médicale et de renouvellement des générations de praticiens**. En effet, la période de l'internat est structurante et correspond au moment où les jeunes médecins développent des liens à la fois professionnels et affectifs, propres à les ancrer sur un territoire, comme l'a mis en exergue la commission dans son rapport sur la proposition de loi relative aux formations en santé¹. Ainsi, au niveau national, 72 % des médecins généralistes et 69 % des médecins des autres spécialités s'installent dans la région dans laquelle ils ont suivi leur troisième cycle de formation².

¹ Rapport n° 35 (2025-2026) de Khalifé Khalifé et Véronique Guillotin au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2025.

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, décembre 2024, p. 53.

La création d'un CHU, avec des perspectives de carrière attractives, renforcera un phénomène de retour déjà constaté pour les médecins généralistes, mais encore limité pour les médecins spécialistes. En effet, une étude menée par l'université de Corte auprès de ses anciens étudiants de première année de médecine ayant terminé leur cursus montre que 56 % d'entre eux sont revenus s'installer en Corse en médecine générale et 42 % en spécialités.

Enfin, le fait de proposer un cursus complet de médecine sur l'île, mais aussi davantage de formations médicales et paramédicales pour alimenter les équipes du CHU, est susceptible d'attirer davantage de jeunes corses vers des études de santé.

B. La définition du projet est déjà en cours sur le terrain mais sa mise en œuvre progressive prendra nécessairement plusieurs années

1. La Collectivité de Corse a engagé, de façon volontariste, des travaux de réflexion et de préfiguration d'un CHU, dans lesquels s'impliquent tous les acteurs du territoire

• Bien que la santé ne figure pas dans les compétences de la Collectivité de Corse, celle-ci a fait des enjeux sanitaires l'une de ses priorités. Elle a engagé depuis 2019 une réflexion autour de la création d'un CHU en Corse, mobilisant l'ensemble des acteurs de la santé du territoire.

Un cabinet de conseil a été mandaté en mai 2022 pour accompagner l'élaboration d'un projet de CHU et a rendu son rapport en septembre 2023, proposant la création d'un CHU de modèle innovant, multisites et public-privé. Ce rapport a été adopté à l'unanimité, en octobre 2023, par l'Assemblée de Corse. Un comité de suivi a été installé en avril 2024 afin d'assurer la mise en œuvre opérationnelle des préconisations et d'explorer les thématiques liées à la gouvernance et à la recherche universitaire.

Il convient toutefois de rappeler que la création d'un CHU ne relève pas des compétences du conseil exécutif ni de l'Assemblée de Corse mais de compétences de l'État.

• Le volontarisme des acteurs du territoire a permis d'engager la mise en œuvre de l'écosystème nécessaire à une démarche hospitalo-universitaire et un rapprochement des communautés médicales et de l'université.

Alors que la première année de préparation aux études de santé est offerte sur l'île depuis 2004, un premier cycle complet d'études de médecine est désormais proposé à l'université de Corte, avec l'ouverture d'une deuxième année à la rentrée 2025 et d'une troisième année à la rentrée 2026. La première promotion de 41 étudiants achèvera son premier cycle en 2027. Les enseignements sont assurés par des professionnels de l'université de Corte, d'Aix-Marseille Université et des établissements publics et privés de Corse.

Des terrains de stage ont été identifiés au sein des établissements de santé du territoire, publics comme privés, afin d'accueillir les étudiants de premier cycle.

De plus, **60 services hospitaliers de Corse disposent d'au moins un agrément leur permettant d'accueillir des internes**. Entre 30 et 75 internes sont accueillis chaque semestre, principalement aux centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio. Pour la première fois, en 2025 un **contingent d'internes dédié à la Corse** a été mis en place : 15 postes pour 10 spécialités par an ont été ouverts, avec une intégration sur la base du volontariat.

L'université de Corse propose d'autres formations dans le domaine de la santé, notamment des diplômes universitaires (DU) en implantologie orale, soins palliatifs et d'accompagnement, cicatrisation, euro-rééducation du mouvement, pair-aidance en santé mentale et neurodiversité, introduction aux pratiques comportementales.

Un renforcement de la formation des professionnels paramédicaux est également en cours, avec la mise en place d'une école de cadres de santé, d'une formation pour les manipulateurs en électroradiologie médicale et d'une école d'infirmiers de bloc opératoire.

S'agissant du volet « recherches », l'**université de Corte abrite d'ores et déjà des travaux de recherche de pointe en santé**, notamment en virologie et infectiologie, en biologie moléculaire ou encore sur la sclérose en plaques. Elle a engagé une réflexion autour de la structuration de la recherche en santé.

Un **institut de recherche en santé** est en cours de constitution au niveau de l'université avec un comité de pilotage qui réunit les deux unités de recherche, l'université, l'ARS et un comité scientifique. **Trois axes prioritaires de recherche ont été définis : santé publique ; vieillissement de la population et maladies chroniques ; infectiologie.**

Deux unités de recherche clinique ont été mises en place au sein des centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia. Un poste de chef de projet en charge de la recherche et innovation et du mécénat a été créé, afin d'accompagner ces unités de recherche et d'assurer l'interface avec la chaire sciences de la vie et de la santé de l'université de Corte. Le recrutement doit s'effectuer au cours de l'année.

Enfin, un soutien au développement d'une **délégation à la recherche clinique et de l'innovation (DRCI)** en Corse, en appui à la création du CHU, a été cosigné en octobre 2025 par les deux directeurs des centres hospitaliers, le directeur du centre hospitalier intercommunal Toulon - La Seyne-sur-mer, le président de l'université de Corte et la directrice générale de l'ARS de Corse. Elle doit apporter un appui à la sécurisation et la montée en puissance des travaux de recherches et d'évaluation scientifique, grâce notamment à une expertise réglementaire, des méthodes statistiques, une démarche d'audit et une coordination de l'action de recherche.

2. La création d'un CHU est un projet qui exige du temps et l'engagement de l'État

La commission identifie quatre problématiques de nature à freiner la mise en place d'un CHU à un horizon immédiat :

- une absence d'accord à ce stade sur l'ensemble des modalités d'organisation du futur CHU, et notamment sa gouvernance ;
- un manque d'engagement de l'État qui n'a pas permis aux travaux de préfiguration d'être pleinement opérationnels jusqu'à présent ;
- une montée en puissance des filières hospitalo-universitaire qui ne pourra être que progressive et qui impliquera le déploiement de personnel hospitalo-universitaire en Corse ;
- des difficultés à mettre en place une faculté de médecine à l'université de Corte à brève échéance, qui pourraient amener à créer le CHU *via* une convention spécifique avec une autre université dans un premier temps.

• La rapporteure a constaté lors de ses auditions que **tous les acteurs, notamment la FHF et les centres hospitaliers, ne partagent pas la même vision de ce que devra être un CHU en Corse, et en particulier de la façon dont le secteur privé y sera associé**. Si l'objet de cette proposition de loi est de définir un cadre, sans préempter des modalités de structuration du futur CHU, il apparaît néanmoins à la commission que les réflexions autour de cette structuration doivent se poursuivre.

Les travaux menés par la Collectivité de Corse imaginent un CHU innovant, multi-sites, centré sur les coopérations entre établissements de santé publics et privés, intégrant les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia, les hôpitaux de proximité et les structures privées, autour d'une « *gouvernance innovante et partenariale inédite, dans un schéma public-privé* »¹.

Cependant, les représentants des établissements publics de santé, tant au niveau local qu'au niveau national, estiment qu'un CHU devra nécessairement être un établissement public. S'ils imaginent eux aussi un CHU multi-sites, il s'agit d'une organisation sur deux sites, le centre hospitalier d'Ajaccio et celui de Bastia.

De fait, au vu de la législation actuelle, tout CHU est nécessairement un établissement public de santé et les missions hospitalo-universitaires relèvent du service public. Cette gouvernance publique permet néanmoins de développer des partenariats avec les établissements de santé privé, en vue d'améliorer la prise en charge des patients et d'accueillir des stagiaires et des internes.

¹ Réponses de la Collectivité de Corse au questionnaire transmis par la rapporteure.

En tout état de cause, l'organisation d'un CHU multi-sites devra tirer les enseignements de la création du CHU de Guyane, qui rencontre aujourd'hui des difficultés de fonctionnement liées notamment à son caractère multi-sites : multiplication des instances, entraînant une dilution des responsabilités et une inertie décisionnelle, fragmentation de la gestion des ressources humaines, non-solidarité des établissements pour les dettes, difficultés de facturation, parcours de soins fracturés...

- L'État s'étant peu engagé dans la définition du projet de CHU jusqu'à présent, une expérience administrative dans les modalités de création d'un CHU a pu manquer aux premiers travaux engagés par les acteurs corses.

Si l'ARS de Corse a été associée aux réflexions lancées par la Collectivité du Corse, elle n'a cependant pas joué de rôle proactif dans la structuration du projet et la mise en œuvre opérationnelle des étapes préalables indispensables, n'ayant pas de mandat de son autorité de tutelle en ce sens. Dans ces conditions, l'adoption de la présente proposition de loi imposerait l'octroi à l'ARS du mandat nécessaire, ainsi que des moyens complémentaires et spécifiques dédiés à l'accompagnement de ce projet. Elle permettrait donc aux travaux de préfiguration du CHU d'entrer dans une phase plus opérationnelle.

Outre les délais de discussions et de négociations autour de la structuration du projet, la mise en place du CHU sera nécessairement progressive, avec des délais de plusieurs années.

- La création du CHU devra passer, dans un premier temps, par la mise en place d'un CHR, ce qui suppose un haut niveau de spécialisation et donc la montée en puissance et l'universitarisation de plusieurs spécialités au sein des centres hospitaliers de Bastia et d'Ajaccio.

Le ministère de la santé estime que la mise en place du CHR ne devrait pas poser de difficultés dans la mesure où « *les centres hospitaliers d'Ajaccio et de Bastia ont de fait une vocation régionale* », puisqu'ils assurent à la fois des soins courants à la population locale et des soins plus spécialisés, qu'ils proposent aux autres établissements de santé de l'île, et qu'ils « *disposent de compétences techniques de haut niveau qui dépassent celles d'un hôpital local* »¹.

Pour autant, la montée en charge des spécialités hospitalières exigera du temps et des moyens, et notamment le déploiement de personnel hospitalo-universitaire en Corse, d'abord sous la forme de mises à disposition, dans le cadre de partenariats avec des CHU existants, puis avec la création de postes dédiés. Les estimations du nombre de PU-PH nécessaires variant entre 20 et 40, leur recrutement et la constitution d'équipes hospitalo-universitaires complètes prendront nécessairement plusieurs années. La création du CHU impliquera la création de nouveaux postes

¹ Réponses de la DGOS au questionnaire transmis par la rapporteure.

hospitalo-universitaires afin de ne pas réduire les effectifs sur le reste du territoire national, qui sont déjà limités – avec un total de 4 522 PU-PH et 1731 MCU-PH au 1^{er} janvier 2025¹.

Ainsi que l'ont relevé la fédération hospitalière de France et la conférence des directeurs généraux de CHU, la réussite d'un CHU repose sur des ressources humaines abondantes et stabilisées, et un CHU consomme plus de ressources qu'il n'en crée, du fait de ses missions de recours, de formation et de recherche, ce qui impose un plan de montée en charge pluriannuel.

L'ARS de Corse estime que le travail de recensement des spécialités déficitaires devrait d'abord permettre des recrutements prioritaires dans ces spécialités, intégrant des PU-PH, des MCU-PH, des chefs de clinique, des assistants partagés voire des praticiens associés, afin de rendre attractive la spécialité et de permettre la venue d'internes afin de reconstituer les équipes.

L'identification des nouvelles spécialités à créer supposera, elle aussi, le recrutement de personnel hospitalo-universitaire mais aussi d'équipes médicales et paramédicales complètes.

La priorisation des spécialités à déployer en Corse impliquera une vigilance sur les volumes d'activités envisagés, les files actives de patients pouvant être limitées, ce qui ne permet ni un exercice clinique suffisant pour des praticiens, ni une soutenabilité financière pour les activités à seuil. De l'aveu général, il ne pourra ainsi par être mis en place de service d'onco-pédiatrique en Corse. En revanche, certains seuils réglementaires pourraient devoir être adaptés aux volumes insulaires.

- La transformation du CHR en CHU exigera ensuite la **signature d'une convention avec une université disposant d'une faculté de médecine ou de santé.**

Actuellement, l'université de Corte propose le premier cycle d'études de médecine et le troisième cycle est en cours d'organisation, avec l'accueil d'internes.

La venue d'internes est néanmoins freinée par le manque de connaissance des terrains de stage corse par les coordonnateurs des spécialités des CHU du continent et par le fait que les CHU drainent la quasi-totalité des internes, notamment de spécialité. En outre, le fait pour les internes de devoir retourner plusieurs fois par semestre sur le continent pour aller à la faculté a un coût. Enfin, la mise en place du contingent de 15 internes pour la Corse n'a pas fait l'objet d'un fléchage spécifique. Cela a conduit à une incompréhension des nouveaux internes et à un large refus de se porter volontaire pour intégrer le contingent, selon l'université de Corse. La mise en place d'un troisième cycle au sein de cette université et d'un CHU sera de nature à lever certains de ces freins.

¹ CNG, Éléments statistiques sur la partie hospitalière de l'activité des personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires, 2025.

L'organisation d'un deuxième cycle à l'Université de Corte sera en revanche, de l'aveu de l'ensemble des acteurs entendus, la plus complexe. Elle suppose en effet de pouvoir fournir aux étudiants une formation et un encadrement de qualité, leur donnant toutes les chances de réussite aux épreuves de l'internat.

Lors de son audition par la rapporteure, la conférence des doyennes et doyens de médecine s'est montrée volontaire pour accompagner l'université de Corte dans la construction d'un cursus de médecine. Un tel appui apparaît indispensable pour envisager la création d'une faculté de médecine de plein exercice.

S'agissant de la transformation du futur CHR de Corse en CHU, plusieurs options sont envisageables. **Si l'objectif actuellement affiché par les acteurs locaux est celui de la montée en puissance de l'université de Corte afin d'y proposer les trois cycles d'études de médecine, la création du CHU pourrait, dans un premier temps, se faire autour de la signature d'une convention avec une université telle qu'Aix-Marseille Université ou l'université de Nice,** sans second cycle à Corte ou dans l'attente de la construction de ce second cycle.

Si la commission comprend bien le souhait des acteurs locaux de disposer d'une faculté de médecine sur l'île, une telle solution intermédiaire permettrait d'accélérer le processus d'universitarisation du territoire. Une telle organisation comprendrait un partenariat avec l'université de Corte, où les étudiants pourraient effectuer leur premier cycle, ainsi que leur troisième cycle dans certaines spécialités. Un second cycle à l'université de Corte pourrait être créé dans un second temps lorsque le potentiel hospitalo-universitaire du territoire sera suffisant pour envisager des enseignements et des encadrements de stage dans la plupart des spécialités courantes.

Cette solution devrait s'accompagner de la **mise à disposition de personnels hospitalo-universitaires** par la ou les structures partenaires mais aussi de la **création de postes titulaires et non titulaires** au sein de ces structures, fléchés vers le CHU de Corse, afin d'être affectés à la faculté de médecine de l'université de Corte lorsque celle-ci sera créée.

En tout état de cause, la formation des futurs médecins en Corse ne pourra se faire de façon autarcique et des partenariats devront perdurer avec les universités et établissements de santé de Marseille et de Nice, notamment afin de diversifier les terrains de stage des étudiants de deuxième cycle.

Au vu de la nécessité de discussions supplémentaires autour de la définition du projet de CHU et des délais indispensables à la territorialisation progressive de l'offre de soins spécialisés, des études de médecine et des actions de recherche, l'hypothèse de création d'un CHU dès 2030 apparaît résolument optimiste.

Afin de donner davantage de temps à l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en place du CHU et de favoriser la réussite du projet dans de bonnes conditions, la commission a adopté, à l'initiative de la rapporteure, un amendement COM-2 décalant à 2031 la date d'entrée en vigueur de la présente proposition de loi.

Un tel amendement, qui laisse un délai de cinq ans pour la mise en place du CHU, est en cohérence avec le texte adopté par l'Assemblée nationale en décembre 2024, l'examen au Sénat de la proposition de loi intervenant un an plus tard.

En décalant dans le temps la date d'ouverture du CHU, la commission n'entend pas repousser le début de la structuration du projet, bien au contraire. **La territorialisation des soins, de la formation et de la recherche, préalable indispensable à l'ouverture du CHU, doit se poursuivre et s'accélérer, avec l'appui, y compris financier et humain, du ministère de la santé et de celui de l'enseignement supérieur et de la recherche. En particulier, le recrutement de professionnels hospitalo-universitaires doit être soutenu, avec la création de postes attachés à la Corse, et les postes d'internes dédiés à la Corse doivent être clairement fléchés.**

Par ailleurs, **certaines améliorations de l'offre de soins doivent être mises en œuvre sans tarder, à commencer par l'installation d'un Pet-scan sur l'île.**

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3 **Gage financier de la proposition de loi**

Cet article gage les conséquences financières résultant pour l'État et 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 3 gage l'incidence de la proposition de loi sur les finances de l'État et des organismes de sécurité sociale, par 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

L'Assemblée nationale a adopté cet article 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 à procéder de lui-même à la suppression du gage financier.

La commission a adopté cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 4 février 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de Mme Anne-Sophie Romagny, rapporteure, sur la proposition de loi (n° 178, 2024-2025) visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse.

Le compte rendu sera publié ultérieurement.

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 terme « *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 mercredi 4 février 2026, le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 178 (2024-2025) visant à la création d'un centre hospitalier universitaire en Corse.

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

- à l'implantation de centres hospitaliers régionaux et de centres hospitaliers universitaires ;
- aux modalités de mise en place d'un centre hospitalier régional et d'un centre hospitalier universitaire en Corse.

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

- aux modalités générales d'organisation des établissements de santé ;
- au pilotage et à la gouvernance du système de santé ;
- au statut et aux compétences de la Collectivité de Corse.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Auditions

- **Collectivité de Corse**

Gilles Simeoni, président du Conseil exécutif de Corse

Bianca Fazi, conseillère exécutive en charge de la santé

- **Agence régionale de santé de Corse (ARS)**

Christelle Boucher-Dubos, directrice générale

José Ferri, directeur de l'organisation des soins

Dr Marie-Hélène Pietri-Zani, conseillère médicale de la direction de l'organisation des soins

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

Romain Bégué, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Pr Éric Bellissant, conseiller médical formation en santé

Philippe Chiesa, adjoint au sous-directeur de l'appui au pilotage et des ressources

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

- **Université de Corse**

Dominique Federici, président

Vanina Pasqualini, vice-présidente recherche

Eric Leoni, vice-président du Conseil d'administration

Marie-Michèle Venturini, vice-présidente Formation

Laurent Papazian, professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Aix Marseille Université/Université de Corse

Sarah Zucconi, directrice de cabinet du président

- **Centre hospitalier de Bastia**

Christophe Arnould, directeur général

- **Centre hospitalier d'Ajaccio**

Jean-Luc Pesce, directeur général

- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**

Jean Canarelli, président adjoint de la FHP Sud-Est-Région Corse

Béatrice Noëllec, directrice des Relations Institutionnelles et de la Veille Sociétale

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

Augustin Hérault, directeur de cabinet

Thierry Gebel, conseiller stratégie régionale

Rodolphe Soulié, responsable pôle RH

Quentin Poitou, responsable adjoint Pôle Offres

Floriane Rivière, directrice générale du CHU de Tours

- **France Assos Santé Corse**

Christelle Felix, coordinatrice régionale

- **Association Inseme**

Laetitia Cucchi Genovesi, présidente

- **Comité départemental de la ligue nationale contre le cancer de la Haute Corse et de Corse du Sud**

Dr Sauveur Merlenghi, président

Dr Marie-Dominique Battesti, secrétaire générale

- **Association La Marie Do**

Catherine Riera, présidente-fondatrice

- **Pr Laurent Papazian**, professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Aix Marseille Université/Université de Corse

- **Pr Frédéric Collart**, chef de service de chirurgie cardiaque adulte à l'APHM (hôpitaux de Marseille)

- **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Corse (CRSA)**
Dr Danielle Antonini, présidente
Jean Canarelli, vice-président
- **Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux (URPS-ML)**
Dr Antoine Grisoni, président
- **Conférence des doyennes et des doyens de médecine**
Pr Isabelle Laffont, présidente de la conférence et Doyenne de la faculté de médecine de Montpellier/ Nîmes
Pr Olivier Palombi, membre du Bureau de la conférence et Doyen de la faculté de médecine de Grenoble
Pr Denis Angoulvant, secrétaire de la conférence et Doyen de la faculté de médecine de Tours

Contributions écrites

- **Dr Bruno Manzi**, président du Conseil départemental de l'ordre des médecins de Haute-Corse
- **Conférence nationale des directeurs généraux de CHU (CNDCHU)**
- **Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Haute-Corse**
- **Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Corse du sud**

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/ppl24-178.html>