N° 824

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 1er juillet 2026

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1)
sur les **praticiens** *à* **diplôme hors Union européenne**,

Par Mmes Corinne IMBERT, Annie LE HOUEROU et Nadia SOLLOGOUB,

Sénatrices et 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, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents ;* Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires ;* M. Alain Milon, Mme Marie-Do Aeschlimann, M. Pierre Boileau, Mmes Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, 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, 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.

SOMMAIRE

L'ESSENTIEL **7**

I. LES PADHUE : DES ACTEURS DEVENUS ESSENTIELS DU SYSTÈME DE SANTÉ, EMPÊTRÉS DANS UNE POLITIQUE PUBLIQUE AUX OBJECTIFS CONTRADICTOIRES **8**

A. LES PADHUE : UN EMPILEMENT DE STATUTS ET DES PARCOURS COMPLEXES, FRUITS D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE AUX OBJECTIFS CONTRADICTOIRES 8

1. L'exercice des professions de santé : des conditions restrictives *8*

2. L'accueil des Padhue : une politique évolutive aux objectifs contradictoires *8*

3. La diversité et la complexité des statuts et le parcours des Padhue *8*

a) Le parcours des Padhue pour le plein exercice en France 8

b) La diversité et la complexité des statuts de Padhue 9

B. LA CONTRIBUTION DES PADHUE À L'OFFRE DE SOINS : UNE RÉPONSE À LA FIÈVRE SANITAIRE, SANS VÉRITABLE THERMOMÈTRE 11

1. Un pilotage sans chiffrage : la navigation à vue des administrations faute de boussole *11*

a) Un suivi sans chiffrage : le pilotage à l'aveugle des Padhue 11

b) Une procédure de recensement des Padhue aux résultats décevants et souffrant de facteurs d'estimation des besoins défaillants 11

2. La contribution des Padhue à l'offre de soins : entre apport quantitatif certain et apport qualitatif contesté *12*

a) La contribution quantitative des Padhue à l'offre de soins : une dépendance de certains territoires et spécialités à ces professionnels de santé 12

b) La contribution qualitative des Padhue à l'offre de soins : des niveaux et des parcours hétérogènes et difficilement contrôlables en amont 13

II. RENFORCER LA TRANSPARENCE ET SÉCURISER LES PARCOURS POUR LES PRATICIENS COMME POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ **14**

A. CONSTRUIRE UN PARCOURS LISIBLE ET PRÉVISIBLE POUR TOUS LES ACTEURS 14

1. Mieux informer les praticiens et les établissements employeurs *14*

2. Rendre les EVC plus transparents et prévisibles *14*

3. Formaliser les attendus et le déroulement du PCC pour en faire une véritable phase de professionnalisation *15*

B. SÉCURISER LES PARCOURS PROFESSIONNELS, DU RECRUTEMENT AU PLEIN EXERCICE 16

1. Renforcer l'encadrement, l'accompagnement et la formation des Padhue dans un cadre territorial *16*

a) L'individualisation et l'universitarisation du parcours de consolidation des compétences : une chimère confrontée au manque de moyens 16

b) L'encadrement du Padhue : entre enjeu de fidélisation et risque d'exercice illégal de la médecine 16

2. Mettre fin aux ruptures administratives : sécuriser le parcours administratif et migratoire des Padhue *17*

3. Accélérer la phase de délivrance de l'autorisation de plein exercice *18*

LISTE DES RECOMMANDATIONS **19**

LISTE DES SIGLES.....22

I. LES PADHUE : UNE POLITIQUE PUBLIQUE FLOUE POUR UN BESOIN MÉDICAL INDÉNIABLE..... 25

A. DES STATUTS COMPLEXES, FRUITS D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE MOUVANTE AUX AMBITIONS CONTRADICTOIRES.....25

1. La politique d'accueil des Padhue : un cadre juridique par nature dérogatoire, sous tendu par des objectifs contradictoires 25

a) Des conditions restrictives pour l'exercice des professions médicales en France 25

b) Un accueil des Padhue qui doit concilier des objectifs contradictoires 26

2. Entre ouverture et fermeture : une politique publique mouvante.....27

a) Des années 1970 à 1999, quand la débrouille faisait le droit..... 27

b) Après la loi de 1999, des statuts clarifiés mais toujours multiples et précaires.... 28

c) Avec la réforme de 2019, la recherche d'un parcours unique et plus lisible d'autorisation d'exercice 29

3. La simplification entamée par la loi Valletoux de 2023 et les décrets de 2025 29

a) La création d'un statut unique de Pact pour les praticiens exerçant en France sans être lauréats des EVC, qui doivent solliciter une autorisation d'exercice provisoire 30

b) Une double voie pour les épreuves de vérification des connaissances : interne et externe 30

c) Un ajustement du parcours de consolidation des compétences afin de le rendre plus individuel et flexible 31

4. Les statuts des Padhue : une jungle administrative dans laquelle les établissements de santé eux-mêmes se perdent 32

a) Les Padhue en formation 32

b) Les Padhue en exercice 34

B. LA CONTRIBUTION DES PADHUE À L'OFFRE DE SOINS : UNE RÉPONSE À LA FIÈVRE SANITAIRE, SANS VÉRITABLE THERMOMÈTRE.....37

1. Un recours croissant aux Padhue depuis 15 ans, mais sans suivi exhaustif tant au niveau national que régional.....37

a) Un pilotage sans chiffrage : le suivi à l'aveugle des Padhue par les administrations 37

b) Une hausse continue du nombre de postes ouverts aux épreuves de validation des connaissances 38

c) Les inscriptions à l'Ordre : principal indicateur de l'intégration des anciens Padhue dans le système de santé..... 39

d) L'installation définitive en France des médecins ayant eu un parcours de Padhue..... 41

2. Une contribution significative à l'offre de soins, malgré une hétérogénéité des profils, des compétences et des missions.....41

a) La contribution quantitative des Padhue et ex-Padhue à l'offre de soins : une dépendance de certains territoires et spécialités à ces professionnels 41

b) La contribution qualitative des Padhue à l'offre de soins : des niveaux et parcours très hétérogènes et difficilement contrôlables en amont 45

3. L'estimation des besoins en Padhue : une procédure louable de remontée du terrain, mais dépourvue de capacité prévisionnelle.....50

a) La procédure de recensement des besoins des établissements..... 50

b) Une estimation des besoins confrontée à des aléas de court terme..... 51

c) Numerus apertus, retour de médecins français formés à l'étranger, vieillissement, organisation des soins : l'impossible prévision des besoins à long terme en Padhue..... 52

II. RENFORCER LA TRANSPARENCE ET LA SÉCURISATION DES PARCOURS POUR LES PRATICIENS COMME POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ... 64

A. CONSTRUIRE UN PARCOURS LISIBLE ET PRÉVISIBLE POUR TOUS LES ACTEURS....64

1. Mieux informer les praticiens et les établissements employeurs 64

a) Un empilement technocratique de normes pour un droit devenu illisible..... 64

b) Un site du CNG peu pédagogue et mal construit 66

2. Rendre les EVC plus transparentes et plus prévisibles....68

a) En dépit de sujets réalisés par des pairs, un désaccord profond sur le niveau des épreuves entre professionnels de santé et administrations..... 68

b) Un nombre de postes ouverts, un taux et des niveaux d'admission variables et jugés opaques, définis souverainement par les jurys, et objets de frustration 70

3. Formaliser les attendus et le déroulement du PCC, pour en faire une véritable phase de professionnalisation....75

a) L'affectation des Padhue dans les établissements de santé et leur suivi : un rôle incertain des acteurs 76

b) Formation ou validation d'acquis : l'objectif et les attendus flous du parcours de consolidation de compétences 78

B. SÉCURISER LES PARCOURS PROFESSIONNELS, DU RECRUTEMENT AU PLEIN EXERCICE 80

1. Renforcer l'encadrement, l'accompagnement et la formation des Padhue, dans un cadre territorial 80

a) L'individualisation et l'universitarisation du parcours de consolidation des compétences : une chimère battue en brèche par le manque de moyens humains et financiers 80

b) L'encadrement des Padhue : un risque d'exercice de la médecine sans supervision et un enjeu de fidélisation 89

2. Mettre fin aux ruptures administratives : sécuriser le parcours administratif et migratoire des Padhue 95

a) Le droit au séjour applicable aux Padhue ressortissants d'un pays tiers 95

b) Les transitions entre les statuts et le manque de coordination, principaux facteurs de rupture de droits 98

3. Accélérer la phase finale de délivrance de l'autorisation définitive de plein exercice 102

EXAMEN EN COMMISSION....105

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES 121

TABLEAU DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS 125

L'ESSENTIEL

Face à une pénurie persistante de professionnels de santé, les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) se sont progressivement imposés comme un outil de compensation pour les territoires sous-dotés.

Un an après l'entrée en vigueur de la dernière réforme de simplification et sept ans après la mise en place d'un dispositif de régularisation, ce rapport dresse le bilan d'une politique publique devenue indispensable au fonctionnement du système de santé, mais dont les objectifs demeurent contradictoires et les dispositifs d'une grande complexité.

Le dispositif souffre en réalité d'une carence de pilotage. Absence de données consolidées, multiplicité des statuts, empilement de normes, interprétation variable du droit, cet *imbroglio* administratif est hérité de cinquante ans de réformes sans boussole, contraignant aujourd'hui les pouvoirs publics à naviguer à vue.

Ce rapport entend donc combler cette lacune. En suivant le parcours des praticiens à diplôme hors Union européenne à chacune de ses étapes, il démêle les multiples strates d'un dispositif devenu particulièrement complexe afin de dresser un état des lieux complet du droit qui leur est applicable. Il propose un premier bilan des réformes engagées depuis 2019 et met en lumière les difficultés auxquelles demeurent confrontés les professionnels, les établissements de santé et les administrations chargées de leur recrutement, de leur accompagnement et du suivi de leur parcours.

Il formule ensuite des recommandations destinées à rendre les procédures plus lisibles, plus prévisibles et plus cohérentes, tant pour les praticiens que pour les établissements de santé. Enfin, il esquisse les évolutions nécessaires pour mieux sécuriser les parcours administratifs et professionnels des Padhue, sans jamais rogner sur les exigences de sécurité et de qualité des soins et de protection des patients.

I. LES PADHUE : DES ACTEURS DEVENUS ESSENTIELS DU SYSTÈME DE SANTÉ, EMPÊTRÉS DANS UNE POLITIQUE PUBLIQUE AUX OBJECTIFS CONTRADICTOIRES

A. LES PADHUE : UN EMPILEMENT DE STATUTS ET DES PARCOURS COMPLEXES, FRUITS D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE AUX OBJECTIFS CONTRADICTOIRES

1. L'exercice des professions de santé : des conditions restrictives

L'exercice des professions de santé en France est réglementé et subordonné à la détention d'un diplôme reconnu (France, UE, EEE, Royaume-Uni), à une condition de nationalité (France, UE, EEE, Andorre, Royaume-Uni, Tunisie, Maroc) et à l'inscription au tableau de l'ordre. Les praticiens diplômés hors Union européenne (Padhue) ne remplissant pas, par nature, ces conditions, tout exercice en France de leur part est le fruit d'une dérogation, prenant la forme d'une autorisation individuelle d'exercice délivrée par le ministre de la santé.

2. L'accueil des Padhue : une politique évolutive aux objectifs contradictoires

La politique d'intégration des Padhue est marquée par une tension permanente entre plusieurs objectifs légitimes mais difficilement conciliables. D'un côté, les établissements de santé ont recours aux Padhue pour répondre aux pénuries de professionnels de santé et maintenir l'accès aux soins dans de nombreux territoires et spécialités. De l'autre, les exigences de qualité et de sécurité des soins imposent un contrôle rigoureux des compétences avant toute autorisation de plein exercice. S'y ajoute un impératif d'équité à l'égard des professionnels formés en France, dans le cadre d'études longues et sélectives.

Depuis les années 1970, la réglementation a ainsi oscillé entre des phases d'assouplissement destinées à répondre aux besoins immédiats du système de santé et des phases de renforcement des procédures d'autorisation d'exercice. Longtemps caractérisée par une succession de statuts dérogatoires et transitoires, cette politique a été profondément réformée par la loi « Buzyn » de 2019, qui a instauré un parcours plus lisible et mieux encadré et a résorbé les situations précaires héritées des dispositifs antérieurs.

3. La diversité et la complexité des statuts et le parcours des Padhue

a) Le parcours des Padhue pour le plein exercice en France

Depuis 2019, l'accès au plein exercice pour les Padhue repose sur un parcours en cinq étapes :

• des épreuves de vérification de connaissances (EVC), concours d'épreuves pratiques et théoriques ;

• un parcours de consolidation des compétences (PCC) de deux ans en centre hospitalier, stage d'évaluation des compétences professionnelles ;

• un examen du dossier devant la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE), composée de professionnels de santé donnant un avis favorable au plein exercice ou imposant des stages supplémentaires ;

• un arrêté d'autorisation définitive d'exercice du directeur général du centre national de gestion (CNG), par délégation du ministre de la santé ;

• une inscription au tableau de l'ordre, qui dispose de trois mois pour examiner le dossier.

La réforme « Neuder » de 2025 a créé une voie interne d'accès aux EVC destinée aux praticiens justifiant déjà d'une expérience professionnelle en France. Afin de mieux reconnaître leur contribution au système de santé, cette voie repose sur une épreuve uniquement théorique, la partie pratique ayant été supprimée, et bénéficie d'un contingent de places distinct de celui de la voie externe. L'objectif est de faciliter l'accès à l'autorisation d'exercice des praticiens déjà engagés dans les établissements de santé français, tout en maintenant une évaluation de leurs connaissances.

Cette réforme prévoit également que le PCC peut être validé dès six mois, sur saisine conjointe de la CNAE par les autorités hiérarchiques et le coordonnateur de spécialité.

***Source** : Commission des affaires sociales*

b) La diversité et la complexité des statuts de Padhue

Actuellement, sept statuts de Padhue coexistent : trois pour la formation et quatre pour l'exercice professionnel.

Afin de se former en France, les Padhue peuvent être recrutés en tant que stagiaires associés ou dans le cadre d'un *fellowship* prévu par une convention de coopération internationale, sous réserve d'être autorisés à exercer dans leur pays d'origine. Ils peuvent également exercer comme faisant fonction d'interne (FFI) dans le cadre de formations diplômantes, qu'ils soient en cours de spécialisation ou déjà spécialistes. Toutefois, ces statuts, bien que construits pour les praticiens souhaitant se former en France, sans projet pérenne d'installation, sont dévoyés, leur permettant de s'y installer durablement.

> *« En fin de stage, nombre d'entre eux semblent se maintenir sur le territoire sous d'autres statuts d'emploi ou de séjour. Notamment, l'inscription dans des cursus de diplôme universitaires ou diplômes interuniversitaires permet à certains Padhue de se maintenir sur le territoire sous couvert d'un titre de séjour pour études »*,
> Direction générale des étrangers en France

En matière d'exercice, les Padhue dits « stock » correspondent aux praticiens engagés dans un dispositif de régularisation transitoire issu de la loi OTSS de 2019, dont il ne reste qu'environ 600 praticiens encore en parcours de consolidation des compétences.

Les praticiens associés contractuels temporaires (Pact) regroupent les Padhue exerçant en France sans être lauréats des EVC ni intégrés au dispositif du stock. Ils doivent justifier d'une expérience professionnelle d'au moins trois ans à temps plein, en France ou à l'étranger, dont une année au cours des trois dernières, ainsi que d'un niveau de français B2. Ils bénéficient d'une autorisation d'exercice provisoire de 13 mois renouvelable une fois, leur permettant d'exercer sous supervision dans un établissement déterminé. Ils s'engagent à passer les EVC.

Les praticiens associés regroupent les lauréats des EVC engagés dans un parcours de consolidation des compétences. Ils exercent sous supervision, avant l'accès éventuel au plein exercice.

Enfin, un dispositif spécifique s'applique dans certains territoires ultramarins (Guyane, Guadeloupe, Martinique, Saint-Pierre-et-Miquelon, et depuis 2024 Mayotte). Il permet au directeur général de l'ARS de délivrer une autorisation de plein exercice pour le territoire concerné après évaluation des compétences par une commission territoriale de professionnels. Ce mécanisme dérogatoire, qui a permis plusieurs milliers d'autorisations depuis 2020, vise à répondre aux fortes tensions de recrutement dans ces territoires et pourrait être prolongé au-delà de 2030 au regard de son bilan jugé positif.

Synthèse des statuts de Padhue

	Faisant fonction d'interne		Stagiaire associé	*Fellowship*
Public	Étudiant non spécialisé	Médecin spécialisé	Médecin spécialisé avec un an d'exercice	Médecin spécialisé
Objectif	DFMS	DFMSA	Sous-spécialisation dans un domaine	Sous-spécialisation dans un domaine
Durée	1 à 3 ans	6 mois à 1 an	6 mois à 2 ans	6 mois à 2 ans
Mission	Prévention, diagnostic et soins		Prévention, diagnostic et soins	Prévention, diagnostic et soins
Autorisation d'exercice	Autorisation liée au statut		Autorisation liée au statut	Autorisation temporaire d'exercice
Accord de coopération internationale	Possible mais non obligatoire		Obligatoire	Obligatoire

	Praticien associé	Praticien associé contractuel temporaire	Dispositif dérogatoire et temporaire outre-mer
Public	Professionnels de santé diplômés pouvant exercer dans leur pays de formation	Professionnels de santé diplômés avec 3 ans d'expérience, dont au moins 1 dans les 3 dernières années	Professionnels de santé diplômés pouvant exercer dans leur pays de formation
Recrutement	Épreuves de vérification de connaissances	Examen du dossier et éventuellement audition par une CRAE / CNAE sur saisine du recruteur	Examen du dossier et audition par un jury
Affectation	Vœux sur la plateforme et affectation par le CNG	Recrutement après avis du président de CME et du chef de pôle	Liste d'aptitude ouvrant droit à candidature
Durée	6 mois à 2 ans	13 mois renouvelable 1 fois	Jusqu'au 31 décembre 2030
Mission	Prévention, diagnostic et soins	Prévention, diagnostic et soins	Prévention, diagnostic et soins
Autorisation d'exercice	Autorisation d'exercice provisoire	Autorisation d'exercice provisoire	Autorisation de plein exercice dans le DROM
Sujétions	-	Engagement à passer les EVC	Impossibilité d'exercer en dehors du DROM
Ouvre droit à	Passage devant la CNAE pour une autorisation de plein exercice définitive	Passage des EVC par voie interne	Passage des EVC par voie interne après 5 ans

Source *: Commission des affaires sociales*

B. LA CONTRIBUTION DES PADHUE À L'OFFRE DE SOINS : UNE RÉPONSE À LA FIÈVRE SANITAIRE, SANS VÉRITABLE THERMOMÈTRE

1. Un pilotage sans chiffrage : la navigation à vue des administrations faute de boussole

a) Un suivi sans chiffrage : le pilotage à l'aveugle des Padhue

Aucune donnée consolidée ne permet aujourd'hui de connaître précisément le nombre de Padhue en France, en raison de recrutements décentralisés et de la diversité de leurs statuts. Quelques indicateurs témoignent néanmoins de leur importance croissante : la Fédération hospitalière de France recense plus de 8 000 FFI et stagiaires associés dans les hôpitaux publics, tandis que les médecins titulaires d'un diplôme hors Union européenne représentent 8,5 % des médecins en activité régulière. Leur nombre a augmenté de 141 % depuis 2010, soit une progression nettement supérieure à celle de l'ensemble des médecins (+ 14 %). Cette dynamique se reflète également dans l'augmentation du nombre de places ouvertes aux épreuves de vérification des connaissances, multiplié par onze entre 2015 et 2025.

b) Une procédure de recensement des Padhue aux résultats décevants et souffrant de facteurs d'estimation des besoins défaillants

Le nombre de places ouvertes aux EVC est déterminé à partir d'un recensement des besoins réalisé par les ARS puis consolidé au niveau national. Cette procédure est critiquée pour son manque de transparence, les postes ouverts étant souvent inférieurs aux besoins exprimés par les établissements.

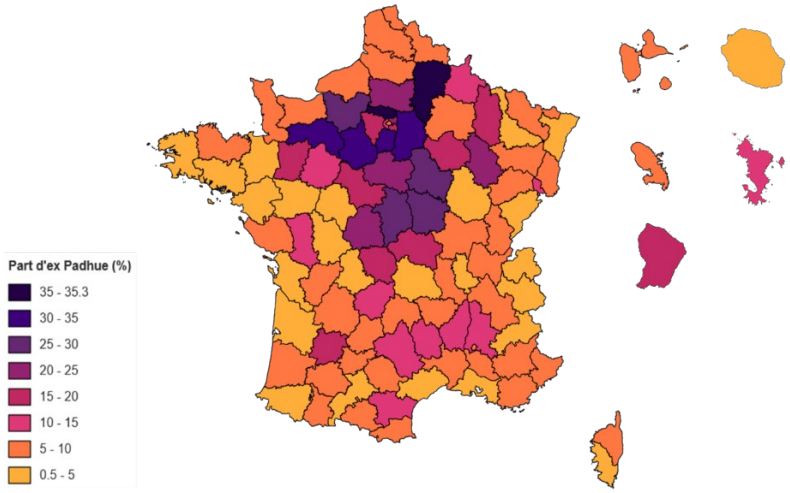
Plus fondamentalement, elle se heurte à la difficulté d'anticiper les besoins en Padhue, tant ceux-ci dépendent de facteurs nombreux et évolutifs à court terme (mobilité et heures travaillées des médecins, activité des établissements, *etc.*) comme à long terme (vieillissement, organisation du système de santé, croissance du nombre d'étudiants, retour de professionnels de santé français formés dans l'Union européenne), rendant toute stratégie pluriannuelle de recrutement particulièrement incertaine.

2. La contribution des Padhue à l'offre de soins : entre apport quantitatif certain et apport qualitatif contesté

a) La contribution quantitative des Padhue à l'offre de soins : une dépendance de certains territoires et spécialités à ces professionnels de santé

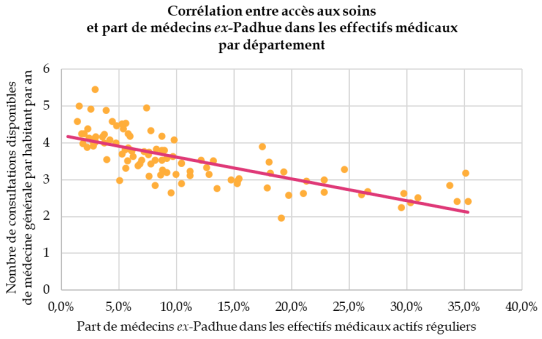
La contribution quantitative des Padhue à l'offre de soins est caractérisée par de fortes disparités territoriales et sectorielles. La part de médecins *ex*-Padhue parmi les médecins en activité régulière varie de 0,5 % à plus de 35 % selon les départements, dépassant 30 % dans six d'entre eux.

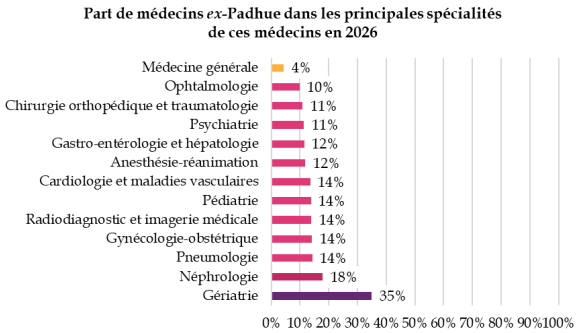
Part de médecins *ex*-Padhue dans les effectifs médicaux actifs réguliers par département au 1er janvier 2026



Source : Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)

Leur implantation est particulièrement marquée dans les zones sous-denses, où ils compensent les difficultés d'attractivité des établissements de santé, tandis que les structures les plus attractives recrutent davantage d'internes. Cette logique de recrutement contribue à une concentration durable des ex-Padhue dans les territoires initialement moins attractifs. Ils constituent ainsi un rouage essentiel du fonctionnement hospitalier, notamment dans les établissements périphériques, et sont surreprésentés dans plusieurs spécialités en tension : bien qu'ils représentent 8,5 % des médecins en activité, ils comptent pour environ un tiers des gériatres et près de 15 % des effectifs de six autres spécialités.



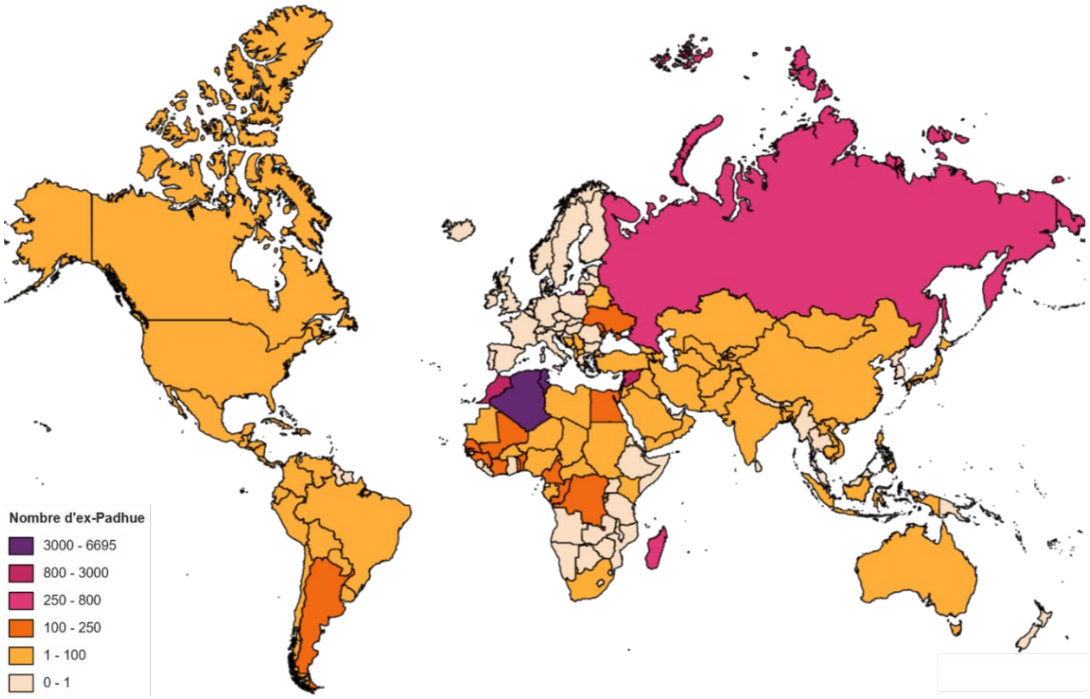


***Source** : Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025) et le Cnom (2026)*

b) La contribution qualitative des Padhue à l'offre de soins : des niveaux et des parcours hétérogènes et difficilement contrôlables en amont

La contribution qualitative des Padhue à l'offre de soins est difficile à apprécier en raison de la forte hétérogénéité des formations, des parcours et des pays d'origine. En l'absence de référentiel international, les compétences acquises et les contenus de formation varient fortement selon les systèmes nationaux. Si les trois quarts des Padhue proviennent de pays du pourtour méditerranéen aux systèmes proches du modèle français, une part croissante est issue de pays d'Afrique subsaharienne, plus éloignés de ce référentiel.

Pays de formation des médecins *ex*-Padhue ayant une activité régulière en France au 1er janvier 2026



Source : Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)

Ces écarts se traduisent par des niveaux de compétence très variables selon les professions et les individus. Certaines disciplines (maïeutique et certaines formations en odontologie) présentent des incompatibilités structurelles avec les standards français. Pour les médecins et pharmaciens, les différences tiennent aux spécialisations, à l'accès à des équipements et techniques médicaux, et à l'expérience professionnelle, parfois inexistante à l'arrivée en France. Dans ce contexte, les ordres soulignent aussi les difficultés croissantes de vérification des diplômes, ce qui renforce la nécessité de maintenir les EVC et le PCC comme garanties minimales de sécurité.

II. RENFORCER LA TRANSPARENCE ET SÉCURISER LES PARCOURS POUR LES PRATICIENS COMME POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A. CONSTRUIRE UN PARCOURS LISIBLE ET PRÉVISIBLE POUR TOUS LES ACTEURS

1. Mieux informer les praticiens et les établissements employeurs

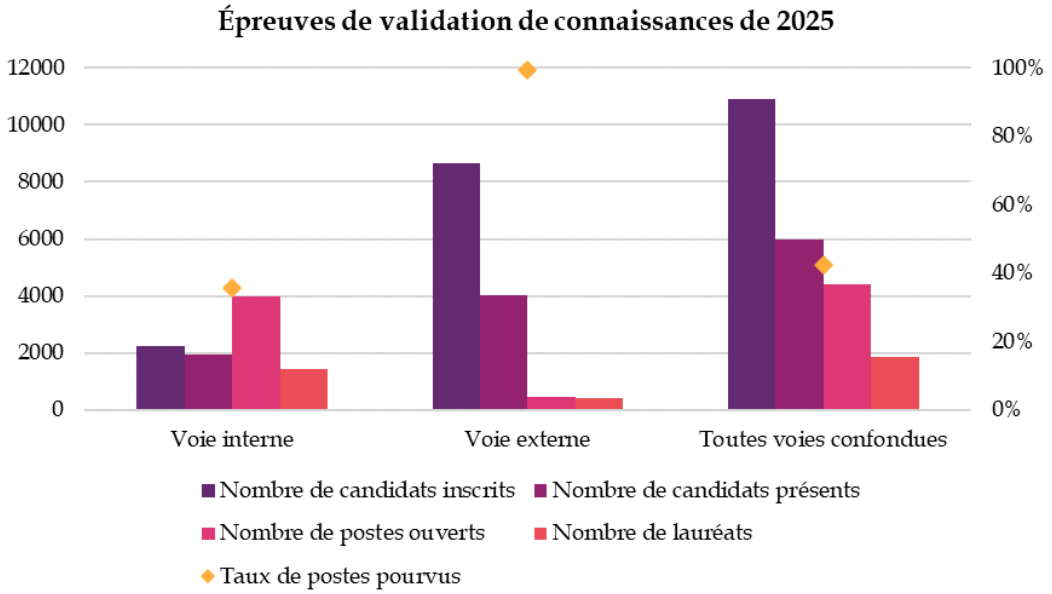
L'évolution du droit applicable aux Padhue a conduit à un empilement de normes devenu illisible. La coexistence de multiples statuts aux distinctions parfois ténues, ainsi que la dispersion des règles entre plusieurs strates juridiques, complexifient fortement la compréhension du dispositif par les acteurs. Cette complexité est renforcée par un vocabulaire technique comprenant des terminologies proches mais distinctes. Le site du CNG, qui devrait être une boussole, ne permet pas de lever cette confusion générale sur le droit applicable.

2. Rendre les EVC plus transparents et prévisibles

Les épreuves de vérification des connaissances (EVC) sont largement critiquées pour leur manque de lisibilité et suscitent des frustrations chez l'ensemble des acteurs.

Élaborées par des professionnels hospitalo-universitaires, les EVC font tout d'abord l'objet d'un désaccord quant à leur niveau. Les ordres considèrent que les exigences des EVC sont trop faibles, tout comme le niveau de français attendu (B2), tandis que les syndicats de Padhue et les administrations soulignent, au contraire, le degré de sélectivité élevé des épreuves, avec un taux de réussite de seulement 10,8 % pour la voie externe.

Le nombre et de la répartition des postes ouverts entre les voies sont jugés opaques et déconnectés des besoins réels. La session 2025 illustre cette situation avec 1 935 candidats pour 4 000 postes ouverts pour la voie interne contre 4 000 candidats pour 440 postes ouverts pour la voie externe. Faute de fongibilité entre les postes ouverts des deux voies, seuls 42 % des postes ont été pourvus. Ce calibrage imparfait s'explique notamment par l'absence d'estimation précise des candidats éligibles à la voie interne et par des retards administratifs dans la transmission des droits, qui ont empêché des praticiens théoriquement éligibles à la voie interne de s'y inscrire.



Source : Commission des affaires sociales, d'après le CNG (2026)

Enfin, la barre d'admission, très variable selon les spécialités et les jurys, est un facteur de frustration et d'incompréhension pour les candidats. Si 18 spécialités de médecine ont fixé leur barre d'admission entre 10 et 11, d'autres refusent de placer leur barre d'admission à ce niveau, soit parce que l'ensemble des postes ouverts sont pourvus avec une moyenne d'admission élevée, soit parce que le jury considère qu'un niveau inférieur ne peut permettre d'être lauréat. Les jurys étant souverains, il n'est pas envisageable de les y contraindre.

La commission des affaires sociales recommande, pour la voie interne, de remplacer le concours actuel par un examen fondé sur des seuils d'admission préétablis par spécialité, avec une classification des questions comme pour les internes. Les lauréats seraient inscrits sur une liste d'aptitude valable deux ans, afin d'absorber progressivement les candidatures et de permettre un meilleur appariement entre les établissements recruteurs et les lauréats des EVC.

3. Formaliser les attendus et le déroulement du PCC pour en faire une véritable phase de professionnalisation

Le PCC souffre d'un manque de clarté quant à ses objectifs et à ses attendus. Il oscille entre une logique de validation de compétences déjà acquises et une logique d'acquisition. Les critères de validation demeurent par ailleurs relativement peu lisibles, même si la publication en ligne des attendus par spécialité, en concertation avec l'ordre des médecins, a permis un premier effort de recensement et d'harmonisation.

Dans cette logique, la commission recommande de publier par arrêté les attendus de chaque spécialité, en concertation avec les ordres, afin de leur conférer un caractère opposable.

B. SÉCURISER LES PARCOURS PROFESSIONNELS, DU RECRUTEMENT AU PLEIN EXERCICE

1. Renforcer l'encadrement, l'accompagnement et la formation des Padhue dans un cadre territorial

a) L'individualisation et l'universitarisation du parcours de consolidation des compétences : une chimère confrontée au manque de moyens

La réforme « Neuder » a individualisé et universitarisé le PCC (inscription obligatoire en faculté, possible réduction à six mois, adaptation aux compétences évaluées par la CNAE), répondant à une demande ancienne des acteurs.

Cependant, sa mise en œuvre se heurte à des contraintes de moyens, rendant cette ambition théorique. Les capacités d'encadrement sont saturées, avec environ 4 000 Padhue à suivre en parallèle de 10 000 internes. Par ailleurs, en dépit de frais d'inscription élevés, les Padhue ont un accès limité aux contenus pédagogiques, en raison d'une partition imparfaite entre temps d'exercice et temps de formation, de l'éloignement géographique vis-à-vis des UFR et CHU, et du coût induit pour les établissements employeurs des formations hors site.

b) L'encadrement du Padhue : entre enjeu de fidélisation et risque d'exercice illégal de la médecine

Contrairement aux internes, les praticiens associés peuvent être affectés dans un service sans agrément. Si la capacité d'encadrement constitue un critère pris en compte par les ARS, son effectivité varie fortement selon les établissements et les praticiens. En découle deux types d'autonomisation : une justifiée par l'expérience et la compétence démontrées du praticien, une liée au manque de moyens humains. C'est notamment le cas dans les centres hospitaliers les plus fragiles et les moins attractifs. Cette autonomisation par pénurie crée un risque pour la sécurité du patient et pourrait engager la responsabilité de l'établissement mais aussi du praticien encadrant. Les difficultés de recrutement ne peuvent justifier le recours à des formes de « séniorisation fictive » masquant un défaut d'encadrement effectif. La qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients doivent demeurer la priorité absolue.

> *Dans certains centres hospitaliers, la pénurie de médecins oblige à sénioriser les Padhue, les médecins inscrits à l'ordre n'exerçant qu'un encadrement en distanciel, ou par un passage une ou deux fois par semaine »*
>
> **Source :** *Conférence nationale des présidents de CME de CHU*

L'encadrement constitue un facteur déterminant d'attractivité et de fidélisation des praticiens sur un territoire. En offrant un environnement de travail de qualité, notamment grâce à un encadrement suffisant, les établissements peuvent renforcer la stabilité des équipes médicales. Dans une logique vertueuse, les praticiens associés devenus médecins peuvent ensuite contribuer à reconstituer un collectif médical capable d'encadrer des internes, eux-mêmes susceptibles d'accroître l'attractivité de l'établissement.

Dans cette perspective, l'encadrement des praticiens associés doit être considéré non comme une contrainte administrative, mais comme un investissement structurant pour l'attractivité médicale des territoires. L'ouverture du contrat d'engagement de service public à ces praticiens constitue également un levier supplémentaire d'ancrage dans les zones sous-denses.

2. Mettre fin aux ruptures administratives : sécuriser le parcours administratif et migratoire des Padhue

Les Padhue sont éligibles à différents titres de séjour, qui peuvent être temporaires (à renouveler annuellement) ou pluriannuels, selon leur statut et la durée de leur contrat en France. Créé par la loi « Immigration » de 2024, le passeport « Talent – Profession médicale ou de la pharmacie » vise à simplifier les démarches administratives, en accordant aux lauréats des EVC un passeport pluriannuel pour l'intégralité de la durée de leur PCC.

En pratique, les ruptures de droits demeurent fréquentes en raison d'une mauvaise coordination entre les administrations, d'un défaut d'articulation entre les différentes étapes administratives (autorisation provisoire, affectation, PCC, décision de la CNAE et autorisation définitive) et de lenteurs administratives. D'une part, les périodes de transition entre deux statuts ne sont couvertes ni par l'autorisation d'exercice ni par le titre de séjour. D'autre part, le passeport « Talent » a été rendu inopérant en raison de conditions de ressources trop élevées par rapport au statut de praticien associé.

La commission insiste donc sur la nécessité de prendre en compte les changements de statut et les périodes d'attente pour éviter les ruptures de droit par une meilleure coordination des administrations, de réduire à l'échelon 1 de rémunération des praticiens associés la condition de délivrance du passeport « Talent » et de créer des autorisations d'exercice automatiques pour les périodes d'attente avant l'affectation et *post*-PCC.

3. Accélérer la phase de délivrance de l'autorisation de plein exercice

La délivrance de l'autorisation de plein exercice repose sur trois étapes successives : avis de la CNAE, arrêté du CNG et inscription à l'ordre. Si cette procédure pourrait être rapide, elle est en pratique ralentie par des délais variables de réunion de la CNAE selon les spécialités, ainsi que par les délais de signature des arrêtés du CNG, qui se limite pourtant à entériner l'avis rendu. Par ailleurs, l'absence de préinscription des Padhue à l'ordre, contrairement à ce qui est le cas pour les internes, conduit celui-ci à mobiliser le délai légal de trois mois pour instruire les dossiers.

La commission recommande donc d'instaurer des délais légaux opposables pour les avis de la CNAE et l'arrêté d'autorisation, avec un principe de « silence vaut acceptation » pour ce dernier, et de prévoir une préinscription des lauréats des EVC à l'ordre.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : améliorer le suivi administratif des Padhue en enregistrant l'ensemble des praticiens en formation ou en exercice en France au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et sur le logiciel Logimedh, avec une distinction selon leur statut, et en préinscrivant à l'ordre des médecins les lauréats des épreuves de vérification des connaissances afin d'anticiper l'instruction de leurs dossiers, sans faire de cette préinscription un préalable à l'entrée dans le parcours de consolidation des compétences.

Recommandation n° 2 : développer les reconnaissances unilatérales et, dans l'idéal, bilatérales des diplômes avec les pays dont les systèmes de formation présentent des garanties élevées de qualité, sous réserve de l'avis conforme du Conseil national de l'ordre concerné, rendu préalablement à tout accord de reconnaissance et renouvelé tous les deux à trois ans pour une liste spécifique de spécialités.

Recommandation n° 3 : engager au plus vite des discussions bilatérales et multilatérales, visant à la création d'une plateforme de certification des diplômes entre la France et l'Union européenne, d'une part, et les pays tiers, d'autre part, sur le modèle du système d'information du marché intérieur européen.

Recommandation n° 4 : codifier l'ensemble du droit applicable aux Padhue, avec une architecture normative par statut et une rationalisation du nombre de statuts de Padhue en formation.

Recommandation n° 5 : réorganiser le site du Centre national de gestion, avec une rubrique dédiée aux Padhue, une présentation de tous les statuts et du droit applicable et des guides pratiques à destination des praticiens et des établissements employeurs.

Recommandation n° 6 : clarifier et rendre transparents les demandes d'ouverture de postes ainsi que les critères de sélection et de détermination du nombre de postes ouverts et de leur lieu d'ouverture.

Recommandation n° 7 : allonger la durée maximale du statut de praticien associé contractuel temporaire (Pact) à trois périodes de treize mois et leur octroyer un droit à la formation qui soit financé par les ARS, afin de laisser aux Padhue exerçant dans un établissement de santé le temps nécessaire pour préparer les épreuves de vérification des connaissances (EVC) dans des conditions satisfaisantes.

Recommandation n° 8 : mettre en place un classement des questions posées lors des EVC avec, comme pour les épreuves classantes nationales, un rang A pour les points fondamentaux du programme, et un rang B pour les points considérés comme plus accessoires.

Recommandation n° 9 : substituer au concours interne un examen interne, pour lequel les moyennes d'admission seraient fixées en amont et créer une liste d'aptitude valable deux ans, afin d'améliorer l'appariement.

Recommandation n° 10 : ouvrir les parcours de consolidation des compétences aux centres de lutte contre le cancer dans les mêmes conditions que pour les centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires.

Recommandation n° 11 : publier par arrêté, en concertation avec les ordres concernés, les critères de validation du parcours de consolidation des compétences afin de rendre transparents et opposables les attendus de la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE).

Recommandation n° 12 : instaurer un contrat de formation associant le praticien, le coordonnateur de spécialité, le chef de service et le groupement hospitalier de territoire. Ce document définirait les objectifs pédagogiques du parcours de consolidation des compétences (PCC), les enseignements à suivre, les différents stages à effectuer, dont au moins un passage obligatoire en CHU ou en service agréé pour l'accueil d'étudiants du troisième cycle, ainsi que la répartition entre temps de travail et temps de formation.

Recommandation n° 13 : clarifier les enseignements et formations auxquels les praticiens associés ont accès dans le cadre de leur cursus universitaire, ainsi que le rôle du coordonnateur de spécialité, en intégrant un avis pédagogique dans le rapport d'évaluation à destination de la CNAE.

Recommandation n° 14 : prévoir un financement des stages des praticiens associés, en dehors de l'établissement de rattachement, par les ARS et non par l'établissement employeur. En particulier, autoriser et prévoir un financement par les ARS d'un stage en ambulatoire auprès d'un maître de stage universitaire, notamment pour les praticiens associés en médecine générale.

Recommandation n° 15 : mettre en place une gestion globale, par un système d'information centralisant les données, des parcours des internes et des praticiens associés, dans le respect de la priorité accordée à la formation des internes, afin d'identifier les capacités d'accueil disponibles pour des formations en CHU ou service agréé.

Recommandation n° 16 : fidéliser les praticiens affectés en zones sous-denses en autorisant les centres hospitaliers à mettre en place des expérimentations et en évaluant le contrat d'engagement de service public applicable aux praticiens associés afin d'en améliorer, le cas échéant, la promotion et d'augmenter le nombre de contrats pouvant être conclus.

Recommandation n° 17 : renforcer le poids de l'encadrement dans la procédure de recensement des services pouvant accueillir des praticiens associés, et augmenter le nombre de services agréés, notamment dans les centres hospitaliers de périphérie.

Recommandation n° 18 : aligner la condition de rémunération du passeport « Talent - Profession médicale et de la pharmacie » sur les émoluments des praticiens associés en première année, hors rémunération complémentaire, à savoir l'échelon 1.

Recommandation n° 19 : instaurer une autorisation temporaire d'exercice automatique pour les lauréats des EVC en attente d'affectation en parcours de consolidation des compétences (PCC) et prolonger, jusqu'à trois mois après la fin du PCC, l'autorisation d'exercice ainsi que la durée de validité du titre de séjour des praticiens associés afin de couvrir les périodes d'attente liées à l'affectation, à l'examen par la CNAE et à la publication de l'arrêté ministériel d'autorisation d'exercice.

Recommandation n° 20 : renforcer la coordination entre les administrations compétentes, notamment entre les autorités sanitaires et celles chargées du séjour des étrangers, afin d'anticiper les échéances et les pièces attendues pour la poursuite du parcours des Padhue, y compris celles relatives à l'inscription aux EVC, de mieux articuler les calendriers administratifs et de prévenir les ruptures de droits liées aux délais de traitement des dossiers.

Recommandation n° 21 : consacrer au niveau législatif la possibilité d'une saisine anticipée de la CNAE, par les autorités hiérarchiques locales et le coordonnateur de spécialité, pour réduire le PCC dès six mois.

Recommandation n° 22 : prévoir un délai de deux mois pour la réunion de la CNAE hors période estivale à compter de la fin du PCC, puis un délai d'un mois pour l'autorisation ministérielle, en cas d'avis positif de la CNAE, avec un principe de compétence liée et de « silence vaut acceptation ».

LISTE DES SIGLES

A	
AEP	Autorisation d'exercice provisoire
ARS	Agence régionale de santé
C	
CESP	Contrat d'engagement de service public
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CNAE	Commission nationale d'autorisation d'exercice
CNG	Centre national de gestion
CRA	Certificat de résidence pour Algérien
CSP	Carte de séjour pluriannuelle
CST	Carte de séjour temporaire
CTAE	Commission territoriale d'autorisation d'exercice
CTS	Conseil territorial de santé
D	
DES	Diplôme d'études spécialisées
DFMS	Diplôme de formation médicale spécialisée
DFMSA	Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie
DGEF	Direction générale des étrangers en France
DGEFP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DU	Diplôme universitaire
E	
ECN	Épreuves classantes nationales
EEE	Espace économique européen
EVC	Épreuve de vérification des connaissances
F	
FFI	Faisant fonction d'interne
FHF	Fédération hospitalière de France

H	
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
I	
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
M	
MCU - PH	Maîtres de conférences des universités - praticien hospitalier
MMOP	Maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie
O	
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONP	Objectifs nationaux pluriannuels
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
OTSS	Organisation et la transformation du système de santé
P	
PAC	Praticien adjoint contractuel
Pact	Praticien associé contractuel temporaire
Padhue	Praticiens à diplôme hors Union européenne
PCC	Parcours de consolidation des compétences
PU-PH	Professeurs des universités - praticien hospitalier
Q	
QCM	Questionnaire à choix multiples
R	
RPPS	Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
T	
TPMP	Talent – Profession médicale et de la pharmacie
U	
UFR	Unité de formation et de recherche
V	
VLS-TS	Visa de long séjour valant titre de séjour

I. LES PADHUE : UNE POLITIQUE PUBLIQUE FLOUE POUR UN BESOIN MÉDICAL INDÉNIABLE

Les rapporteurs ont constaté, au cours de leurs auditions, l'absence de politique publique claire quant à l'intégration des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) au sein du système de santé français. Alors que les recrutements sont à la main des établissements de santé, aucune vision globale n'existe au niveau national. Si des procédures et statuts ont été définis et progressivement rationalisés afin de sécuriser et harmoniser l'exercice de ces praticiens, cette politique publique ne fait pas l'objet d'une stratégie lisible et stable dans le temps.

C'est dans ce cadre peu lisible et mouvant que s'est produite une nette augmentation du recours aux Padhue, singulièrement au cours des quinze dernières années. Aujourd'hui, la place de ces praticiens dans notre système de santé est indéniable bien qu'insuffisamment évaluée. Ils permettent de pallier les tensions de recrutements dans de nombreux territoires et spécialités et sont, de fait, devenus indispensables à l'offre de soins, dans une proportion qui demeure toutefois difficile à évaluer, particulièrement à long terme.

A. DES STATUTS COMPLEXES, FRUITS D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE MOUVANTE AUX AMBITIONS CONTRADICTOIRES

1. La politique d'accueil des Padhue : un cadre juridique par nature dérogatoire, sous tendu par des objectifs contradictoires

a) Des conditions restrictives pour l'exercice des professions médicales en France

En France, l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme[1] et de pharmacien[2] est, en principe, subordonné aux trois conditions suivantes :

- **être titulaire d'un diplôme, d'un certificat ou d'un titre reconnu dans le code de la santé publique**[3], celui-ci pouvant être délivré par l'État français ou, pour les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne (UE) ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE), par l'un de ces États ou, s'agissant des médecins, par le Royaume-Uni ;

- **être de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'EEE, du Royaume-Uni, du Maroc ou de la Tunisie** ;

- **être inscrit au tableau de l'ordre** de la profession concernée.

Ainsi, l'accès de praticiens diplômés hors de l'UE à l'exercice d'une profession médicale en France est par nature dérogatoire.

---

[1] *Art. L. 4111-1 du code de la santé publique.*
[2] *Art. L. 4221-1 du code de la santé publique.*
[3] *Art. L. 4131-1, L. 4141-3 et L. 4151-5 du code de la santé publique.*

De fait, **par dérogation, le ministre chargé de la santé peut autoriser individuellement à exercer l'une des professions susmentionnées les personnes titulaires d'un diplôme permettant, dans le pays d'obtention, l'exercice de cette profession**[1]. Ce dispositif, qui est assorti d'un certain nombre de conditions, évolutives au cours du temps, permet aux praticiens diplômés hors de l'UE d'accéder au plein exercice.

Dans le même temps, **divers dispositifs permettent à ces praticiens d'exercer temporairement en France**.

b) Un accueil des Padhue qui doit concilier des objectifs contradictoires

La politique d'accueil des Padhue au sein du système de santé français doit concilier des objectifs contradictoires, qui expliquent la difficulté à adopter une stratégie unique, claire et durable.

• L'objectif premier des établissements de santé dans le recrutement de Padhue est de **satisfaire des besoins immédiats en matière de ressources humaines**, qu'ils ne peuvent assurer en raison d'un manque de praticiens formés en France et de tensions de recrutement dans de nombreux territoires et spécialités. Les Padhue sont donc mobilisés pour compenser les déséquilibres territoriaux et les acteurs sanitaires comme politiques des territoires sous-denses souhaitent, à cette fin, faciliter et accélérer le recrutement de ces praticiens.

• Dans le même temps, les **exigences de sécurité et de qualité des soins**, reconnues par l'ensemble des acteurs, imposent de s'assurer des compétences des praticiens recrutés, et donc de sécuriser la procédure d'autorisation d'exercice et d'imposer plusieurs étapes avant la délivrance d'une autorisation de plein exercice. Les ordres apparaissent particulièrement vigilants quant au maintien d'un haut niveau d'exigence de compétences pour les praticiens autorisés à exercer en France.

Se pose également un enjeu d'**équité vis-à-vis des professionnels de santé formés en France**, dans le cadre d'une formation compétitive, exigeante et longue. Là encore, les ordres sont attentifs à ce que les procédures dérogatoires mises en place n'instaurent pas de différence de traitement par rapport aux étudiants formés en France.

• Ainsi, comme l'a exposé la directrice générale de l'ARS Centre-Val-de-Loire : « *Les pouvoirs publics doivent simultanément garantir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins, maintenir la continuité du fonctionnement des établissements, préserver l'acceptabilité politique et professionnelle des dispositifs d'autorisation d'exercice et répondre à une demande croissante de proximité de l'accès aux soins. Ces objectifs sont tous légitimes pris isolément mais leur coexistence produit des tensions permanentes dans la conduite de cette politique publique.* »[2]

---

[1] *Art. L. 4111-2 du code de la santé publique.*

[2] *Réponses de l'Agence régionale de santé Centre-Val-de-Loire au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Des considérations humaines et locales peuvent en outre se heurter aux exigences de sécurité et qualité des soins, qui peuvent alors être considérées comme trop élevées. Relevant qu'un « *professionnel peut être parfaitement intégré humainement dans une équipe tout en présentant des lacunes réelles sur le plan clinique, linguistique, organisationnel ou décisionnel* », la directrice générale de l'ARS Centre-Val-de-Loire a souligné une « *mise en concurrence des impératifs de sécurité sanitaire, des considérations humaines légitimes, des attentes territoriales en matière d'accès aux soins et des représentations parfois très différentes de ce qu'est une évaluation juste des compétences professionnelles* ».

Les politiques adoptées en matière d'intégration des Padhue sont la résultante de cette tension entre des préoccupations difficilement conciliables.

2. Entre ouverture et fermeture : une politique publique mouvante

Depuis plus de cinquante ans, la réglementation applicable aux Padhue oscille entre deux logiques, qui produisent des mouvements de balanciers : d'une part, répondre aux besoins immédiats des établissements de santé, ce qui suppose des assouplissements des procédures, et, d'autre part, préserver un contrôle exigeant de l'accès à l'exercice médical, ce qui se traduit par l'imposition de certaines conditions et contraintes.

a) Des années 1970 à 1999, quand la débrouille faisait le droit

Les établissements de santé, disposant d'une autonomie dans le recrutement de leur personnel, ont recours depuis plusieurs décennies à des médecins diplômés à l'étranger, historiquement principalement issus des pays du pourtour méditerranéen. Il s'agit pour eux de pallier un manque de médecins résultant de l'application du *numerus clausus* puis d'un *numerus apertus* contraint et de contourner les difficultés d'attractivité que connaissent certains territoires.

Les premiers recrutements se sont effectués de gré à gré, sous la forme de contrats variés, plus ou moins sécurisés.

À partir de 1972, plusieurs dispositifs dérogatoires ont été créés pour tenter d'encadrer une situation de fait. Il s'agissait, d'une part, de sécuriser, de manière transitoire, l'exercice de praticiens n'ayant pas d'autorisation de plein exercice et, d'autre part, de définir les conditions dans lesquelles l'accès au plein exercice est possible.

Une procédure d'autorisation reposant sur le certificat de synthèse clinique et thérapeutique fut mise en place en 1972, mais avec des quotas annuels très limités, entre 40 et 100 places par an, engendrant des délais d'attente très long et le maintien des praticiens dans un exercice provisoire.

Un statut de praticien adjoint contractuel (PAC), ouvert aux praticiens justifiant de trois années d'exercice dans les hôpitaux français et ayant réussi un examen national organisé pour chaque discipline, a également été créé par la loi du 4 février 1995[1]. Ce statut était associé à une autorisation d'exercice nominative valable pour une région.

La politique d'intégration des Padhue était alors essentiellement réactive : **le législateur intervenaitpour régulariser des situations existantes plutôt que pour définir une doctrine d'ensemble**.

b) Après la loi de 1999, des statuts clarifiés mais toujours multiples et précaires

La loi du 27 juillet 1999[2] a marqué un tournant en créant un cadre d'exercice plus structuré et en ouvrant des perspectives d'intégration professionnelle plus pérennes : **une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice a été définie** pour les Padhue candidats à l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ou de pharmacien en France. Les candidats ayant réussi un concours avec épreuve de vérification des connaissances (EVC) pouvaient être recrutés à temps plein en qualité d'assistant associé, puis obtenir, au terme d'un délai de trois ans d'exercice des fonctions hospitalières, l'autorisation d'exercice de leur profession en France. Seules deux sessions ont cependant été organisées, en 2005 et en 2006.

En parallèle, les établissements de santé ne pouvaient plus recruter de nouveaux praticiens ayant un diplôme hors UE, sauf si ceux-ci pouvaient justifier avoir exercé dans un établissement public de santé avant la publication de la loi. L'objectif était de freiner l'arrivée de nouveaux praticiens directement recrutés par les établissements de santé, sans contrôle de leurs qualifications en amont.

Par la suite, la LFSS pour 2007[3] a établi une procédure reposant sur la distinction entre les nouveaux arrivants et les Padhue exerçant déjà en France depuis plusieurs années. L'épreuve écrite de vérification des connaissances distinguait ainsi les listes A et B pour les premiers et la liste C pour les seconds.

Plusieurs réformes se sont succédées ensuite, afin de prolonger des dispositifs transitoires.

---

[1] *Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social.*
[2] *Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.*
[3] *Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.*

c) Avec la réforme de 2019, la recherche d'un parcours unique et plus lisible d'autorisation d'exercice

La loi dite OTSS de 2019[1] entendait rationaliser le système et en particulier régler la situation des praticiens déjà en France, tout en évitant la reconstitution d'un nouveau « stock » par les établissements de santé.

Elle a réorganisé les suites données aux EVC, qui sont alors conçues comme ayant vocation à devenir la voie principale d'accès à l'exercice en France pour les Padhue.

Elle a substitué un « parcours de consolidation des compétences » (PCC) aux anciennes « fonctions probatoires » que les lauréats des EVC exerçaient souvent pendant des années avant l'examen de leur dossier par la commission d'autorisation d'exercice. Ce PCC est encadré dans le temps et fait l'objet d'une affectation nationale par le Centre national de gestion (CNG), au sein de structures d'accueil agréées, puis d'un suivi et d'une évaluation.

En parallèle, la loi de 2019 a prévu une extinction progressive des dispositifs historiques avec la mise en place d'une procédure dite « du stock » permettant de gérer la situation des praticiens exerçant déjà en France, parfois depuis de nombreuses années. Les praticiens ayant exercé sur le territoire national pendant au moins deux ans en équivalent temps plein entre le 1er janvier 2015 et le 30 juin 2021, peuvent avoir accès au plein exercice *via* un examen de leur demande par une commission d'autorisation d'exercice. 3 399dossiers ont été examiné par la CNAE, qui a délivré 1 193 autorisations, émis 437 avis négatifs et prescrits 1 610 PCC.

Depuis le 1er janvier 2023, les établissements de santé ont dû mettre fin aux fonctions des praticiens recrutés sous les anciens statuts de praticien attaché associé et d'assistant associé dès lors qu'ils ne sont entrés dans aucun dispositif d'autorisation d'exercice.

3. La simplification entamée par la loi Valletoux de 2023 et les décrets de 2025

Dans la poursuite de l'objectif de rationalisation du système d'intégration des Padhue, la loi dite Valletoux du 27 décembre 2023[2] et les décrets d'application du 28 mai 2025[3] ont à nouveau réformé les statuts et procédures.

---

[1] *Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite loi OTSS.*

[2] *Articles 35, 36 et 37 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels de santé.*

[3] *Décret n° 2025-467 du 28 mai 2025 portant diverses dispositions relatives aux praticiens à diplôme hors Union européenne et décret n° 2025-468 du 28 mai 2025 relatif à l'aménagement de la procédure des épreuves de vérification des connaissances.*

a) La création d'un statut unique de Pact pour les praticiens exerçant en France sans être lauréats des EVC, qui doivent solliciter une autorisation d'exercice provisoire

Un statut unique de **praticien associé contractuel temporaire** (Pact) a été créé pour les praticiens exerçant en France sans être encore lauréats des EVC. Il est associé à une attestation d'**exercice provisoire** d'une durée maximale de **13 mois, renouvelable une fois**, avec **engagement du praticien à passer les EVC**, c'est-à-dire à entrer dans un processus d'autorisation de plein exercice.

L'autorisation d'exercice provisoire (AEP) est accordée par l'Agence régionale de santé (ARS), après avis d'une commission comportant des professionnels de santé, dont des représentants de l'ordre compétent.

b) Une double voie pour les épreuves de vérification des connaissances : interne et externe

Les décrets du 28 mai 2025 ont également créé une **voie d'accès interne aux EVC, ouverte aux candidats relevant d'une des trois catégories suivantes** :

- les **praticiens disposant d'une autorisation d'exercice provisoire**, exerçant sur le territoire national au moment du dépôt de leur dossier d'inscription ;

- les praticiens justifiant d'une **expérience professionnelle d'au moins deux ans en équivalent temps plein au cours des trois années précédentes** ;

- les **personnes autorisées à exercer en Guyane, en Guadeloupe, à la Martinique, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte** en application de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique.

L'objectif de cette voie interne est de favoriser l'accès au plein exercice de praticiens exerçant déjà en France, connaissant déjà le système de santé français et y contribuant.

D'une part, un nombre de postes distinct est fixé pour cette voie interne. D'autre part, les EVC sont aménagées pour ces candidats, qui ne sont soumis qu'à une épreuve écrite théorique sous forme de questions à choix multiples.

Les EVC 2025 ont été organisées pour la première fois avec cette double voie d'accès. La répartition du nombre de postes entre ces deux voies a reflété le choix de privilégier les candidats exerçant déjà en France : 4 000 postes ont été ouverts pour la voie interne, contre 440 pour la voie externe.

c) Un ajustement du parcours de consolidation des compétences afin de le rendre plus individuel et flexible

• **La procédure d'affectation des lauréats des EVC au sein de PCC a été ajustée afin de permettre une meilleure réponse aux souhaits des lauréats et à leurs contraintes, notamment géographiques**. Désormais, les lauréats ont accès à la plateforme de choix Viatique, leur permettant de postuler directement aux postes proposés par les établissements de santé et établissements sociaux médico-sociaux validés par les ARS. Ils disposent de six mois pour trouver un poste par ce biais. Lorsqu'un établissement valide une candidature, le lauréat reçoit une décision d'affectation automatisée et dispose de deux mois – négociables avec le recruteur – pour prendre ses fonctions, en tant que praticien associé. Selon les données communiquées par le CNG[1], lors des dernières EVC, 80 % des candidats ont été affectés dans les deux semaines suivant l'ouverture du choix des postes.

• En parallèle de leur affectation en établissement, **les lauréats s'inscrivent à l'université, dans l'optique de bénéficier d'un accompagnement par le coordinateur de spécialité.** L'objectif est que celui-ci construise un PCC plus personnalisé, adapté aux exigences de la spécialité et aux compétences dont dispose déjà ou non le praticien.

• Enfin, afin d'**adapter le PCC aux différents profils des Padhue, il est désormais possible de réduire sa durée** pour les praticiens faisant manifestement preuve des compétences requises.

Ainsi, si la durée du PCC est fixée à deux ans pour les médecins et les pharmaciens et à un an pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, cette durée peut être réduite à six mois pour les médecins et pharmaciens.

Le responsable de la structure dans laquelle le praticien effectue son PCC depuis au moins six mois peut, sur le fondement d'un rapport d'évaluation, cosigné par le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif, saisir la commission locale de coordination de la spécialité territorialement compétente, qui se prononce sur la possibilité de solliciter, de manière anticipée, l'autorisation d'exercice. En cas d'avis favorable, le candidat saisit la commission nationale d'exercice.

En outre, les Padhue recrutés en Guyane, en Guadeloupe, à la Martinique, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte, sur le fondement de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique, et lauréats des EVC peuvent être exemptés de PCC s'ils justifient d'au moins cinq années d'exercice dans ces territoires.

---

[1] *Réponses du Centre national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

En résumé, la procédure actuelle d'accès au plein exercice pour les Padhue est la suivante :

***Source** : Commission des affaires sociales*

Si les réformes successives ont permis de mieux encadrer et sécuriser les parcours et d'aboutir à un séquençage qui apparaît désormais clair, elles ont également produit une architecture juridique particulièrement complexe, dont la lisibilité demeure limitée pour les praticiens comme pour les employeurs.

4. Les statuts des Padhue : une jungle administrative dans laquelle les établissements de santé eux-mêmes se perdent

a) Les Padhue en formation

(1) Trois statuts : faisant fonction d'interne, *fellowship*, stagiaires associés

Synthèse des différents statuts de Padhue en formation

	Faisant fonction d'interne		Stagiaire associé	*Fellowship*
Public	Étudiant non spécialisé	Médecin spécialisé	Médecin spécialisé avec un an d'exercice	Médecin spécialisé
Objectif	DFMS	DFMSA	Sous-spécialisation dans un domaine	Sous-spécialisation dans un domaine
Durée	1 à 3 ans	6 mois à 1 an	6 mois à 2 ans	6 mois à 2 ans
Mission	Prévention, diagnostic et soins		Prévention, diagnostic et soins	Prévention, diagnostic et soins
Autorisation d'exercice	Autorisation liée au statut		Autorisation liée au statut	Autorisation temporaire d'exercice
Accord de coopération internationale	Possible mais non obligatoire		Obligatoire	Obligatoire

***Source** : Commission des affaires sociales*

Les Padhue souhaitant compléter la formation obtenue dans leur pays d'origine peuvent effectuer un stage en France, sous l'un des trois statuts suivants : stagiaire associé, *fellowship* et faisant fonction d'interne.

• Les Padhue peuvent exercer comme **stagiaire associé**, dans le cadre d'une convention de coopération internationale entre un hôpital français et un hôpital étranger. La durée du stage est de six mois, renouvelable une fois dans le même établissement, avec deux ans maximum de présence sur le territoire français.

• Les Padhue médecins et chirurgiens-dentistes peuvent également exercer dans le cadre d'un ***fellowship*** prévu par un accord de coopération, sous réserve d'obtenir une autorisation temporaire d'exercice (ATE) délivrée par le CNG, après avis du conseil national de l'ordre compétent[1]. Tout comme pour les stagiaires associés, la durée du stage est de six mois, renouvelable une fois dans le même établissement, avec deux ans maximum de présence sur le territoire français.

Pendant la durée de l'autorisation temporaire d'exercice, le praticien est inscrit auprès de l'ordre.

Cette procédure d'autorisation temporaire d'exercice concerne également des étudiants en médecine étrangers qui viennent effectuer en France l'intégralité de leur troisième cycle, dans le cadre d'un accord de coopération : la formation est alors financée par le pays d'origine et l'étudiant doit retourner exercer dans son pays après avoir obtenu sa spécialisation.

Selon les données communiquées par l'Ordre des médecins, ce dispositif demeure d'ampleur limitée : entre 12 et 61 dossiers d'ATE ont été examinés chaque année depuis 2018.

• Enfin, les Padhue peuvent se former en France dans le cadre d'un **diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS)**, pour une durée d'un à trois ans, s'ils sont en cours de spécialisation ou d'un **diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA)**, pour une durée de six mois à un an, s'ils ont déjà un diplôme de spécialisation.

Chaque année, un arrêté ministériel fixe le nombre de places disponibles par discipline et spécialité et par inter-région et subdivision. L'université de Strasbourg centralise les candidatures. Si son dossier est recevable, le candidat postule ensuite auprès des universités françaises participantes, qui organisent des commissions de sélection.

Les candidats retenus s'inscrivent à la formation en septembre pour une prise de poste en novembre. Ils sont affectés pour des stages au sein des établissements de santé en tant que « **faisant fonction d'interne** » (FFI).

Ces **Padhue en formation exercent des missions comparables à celles d'un étudiant de troisième cycle**.

---

[1] *Article L. 4111-1-2 du code de la santé publique.*

Ils sont rémunérés sur la base des émoluments forfaitaires mensuels versés aux internes, sans que ces émoluments ne varient en fonction de l'ancienneté.

(2) Un dévoiement des procédures

Si, en principe, les trois statuts évoqués sont conçus pour des praticiens souhaitant se former, sans projet d'installation pérenne en France, il est ressorti des témoignages recueillis par les rapporteurs que **ces statuts sont parfois détournés et permettent en réalité l'emploi de Padhue déjà diplômés dans leur pays et exerçant des missions dépassant celles qui devraient être les leurs en tant qu'étudiants**.

Selon le ministère de l'intérieur, « *initialement prévu comme un outil de coopération internationale permettant à des praticiens en poste dans un pays tiers de venir compléter leur formation avant de repartir dans leur institution d'origine, il semble que [le statut de stagiaire associé] soit devenu un statut d'emploi permettant à des Padhue déjà présents sur le territoire de s'insérer sur le marché de l'emploi. De même, en fin de stage (deux ans maximum), nombre d'entre eux semblent se maintenir sur le territoire sous d'autres statuts d'emploi ou de séjour. Notamment, l'inscription dans des cursus de diplôme universitaires ou diplômes interuniversitaires permet à certains Padhue de se maintenir sur le territoire sous couvert d'un titre de séjour pour études. Ce qui peut être considéré comme un dévoiement de ce dispositif, censé profiter aux pays d'origine des praticiens, est susceptible d'avoir un impact réputationnel négatif sur la France, perçue comme catalyseur de la fuite des cerveaux que subissent certains États d'Afrique francophone notamment* »[1].

b) Les Padhue en exercice

(1) Les Padhue « stock » : une extinction quasiment définitive du dispositif

S'il n'est plus possible pour des Padhue de déposer une candidature dans le cadre de la procédure dite du « stock » de la loi OTSS de 2019, certains praticiens s'inscrivent encore dans le cadre de cette procédure du fait d'un PCC encore en cours.

Selon les données communiquées par le ministère de la santé[2], environ 600 praticiens (593 médecins, 6 pharmaciens, 11 chirurgiens-dentistes) qui s'étaient vus prescrire un PCC n'ont pas encore saisi la CNAE afin d'obtenir le plein exercice.

(2) Les Pact pour les praticiens exerçant déjà en France

Les Padhue exerçant aujourd'hui en France sans avoir intégré la procédure du stock et sans être encore lauréat des EVC s'inscrivent au sein du statut unique de praticien associé contractuel temporaire (Pact).

---

[1] *Réponses de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponses de la Direction générale de l'offre de soins au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Pour cela, ils doivent justifier de trois ans d'expérience professionnelle à temps plein, en France ou à l'étranger, dont au moins un an au cours des trois dernières années. Les périodes d'exercice professionnel réalisées en qualité d'étudiant peuvent être prises en compte lorsqu'elles ont été assurées par des étudiants inscrits en troisième cycle ou équivalent. Ils doivent également justifier d'un niveau B2 de français.

Ils déposent leur dossier auprès de l'ARS, qui rend une décision dans un délai de quatre mois à compter de la fermeture de la fenêtre de dépôt des dossiers de candidature, après avis d'une commission composée de professionnels de santé qui examine les connaissances, aptitudes et compétences du candidat ainsi que les capacités d'encadrement et de supervision de l'établissement recruteur.

Les Pact bénéficient d'une autorisation d'exercice provisoire d'une durée de 13 mois, renouvelable une fois, leur permettant d'exercer, sous encadrement, dans un établissement déterminé. Ils peuvent réaliser des actes médicaux de diagnostic, traitement et soins d'urgence, participer aux gardes et astreintes, aux côtés des internes et contribuer à la continuité des soins dans l'établissement.

À noter que dans l'attente de la délivrance de l'autorisation d'exercice provisoire, jusqu'au 31 décembre 2026, l'établissement recruteur du Padhue peut solliciter l'ARS pour obtenir une autorisation temporaire d'exercice[1].

La rémunération des Pact, prévue par l'arrêté du 8 juillet 2022[2], est fixée à 31 204,37 euros bruts annuels.

Les Padhue réfugiés s'inscrivent désormais dans la procédure Pact

Les praticiens détenant le statut de réfugiés, apatrides, bénéficiant de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire ou ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises pouvaient par le passé exercer de manière temporaire, en amont de leur réussite aux EVC.

Depuis la suppression de ce dispositif dérogatoire au 1er janvier 2025, ces praticiens s'inscrivent désormais dans la procédure dite Pact d'autorisation d'exercice provisoire.

[1] *Instruction n° DGOS/RH2/2025/107 du 30 juillet 2025 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant d'autoriser l'exercice de certains praticiens étrangers des professions médicales et de la pharmacie ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (Padhue).*

[2] *Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé.*

(3) Les praticiens associés, lauréats des EVC, effectuant leur PCC

Les praticiens ayant réussi les EVC sont affectés par le CNG au sein d'établissements de santé ou d'établissements sociaux et médico-sociaux. Ils exercent alors en qualité de praticien associé, sous la supervision d'un praticien de plein exercice. Ils effectuent des missions de soins, diagnostic et prévention, dans la limite de 10 demi-journées hebdomadaires (48 heures maximum par semaine sur 4 mois glissants).

La rémunération des praticiens associés est prévue par l'arrêté du 8 juillet 2022, avec une grille à deux échelons : 36 624,45 euros bruts annuels pour le premier échelon et 41 386,48 euros pour le second échelon, accessible après une année au premier échelon.

(4) Un dispositif dérogatoire et théoriquement temporaire dans les outre-mer

Un dispositif dérogatoire et temporaire d'autorisation de plein exercice a été créé pour la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique et Saint-Pierre-et-Miquelon, et étendu à Mayotte en 2024.

Ce dispositif permet au directeur général de l'ARS de délivrer une autorisation de plein exercice à un professionnel médical après une évaluation de ses compétences par une commission territoriale d'autorisation d'exercice (CTAE), composée de représentants de l'ordre et des personnels hospitalo-universitaires.

Selon les bilans réalisés par les ARS[1], 2 049 ont été ouverts depuis 2020, permettant de renforcer nettement les effectifs médicaux des établissements de santé de ces territoires, y compris dans les spécialités les plus en tension.

Compte tenu d'un bilan qui apparaît positif, il semble probable que ce dispositif, aujourd'hui **applicable jusqu'au 31 décembre 2030**, soit appelé à être prolongé.

[1] *Réponses de la Direction générale de l'offre de soins au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Synthèse des statuts de Padhue en exercice

	Praticien associé	Praticien associé contractuel temporaire	Dispositif dérogatoire et temporaire outre-mer
Public	Professionnels de santé diplômés pouvant exercer dans leur pays de formation	Professionnels de santé diplômés avec 3 ans d'expérience, dont au moins 1 dans les 3 dernières années	Professionnels de santé diplômés pouvant exercer dans leur pays de formation
Recrutement	Épreuves de vérification de connaissances	Examen du dossier et éventuellement audition par une CRAE / CNAE sur saisine du recruteur	Examen du dossier et audition par un jury
Affectation	Vœux sur la plateforme et affectation par le CNG	Recrutement après avis du président de CME et du chef de pôle	Liste d'aptitude ouvrant droit à candidature
Durée	6 mois à 2 ans	13 mois renouvelable 1 fois	Jusqu'au 31 décembre 2030
Mission	Prévention, diagnostic et soins	Prévention, diagnostic et soins	Prévention, diagnostic et soins
Autorisation d'exercice	Autorisation d'exercice provisoire	Autorisation d'exercice provisoire	Autorisation de plein exercice dans le DROM
Sujétions	-	Engagement à passer les EVC	Impossibilité d'exercer en dehors du DROM
Ouvre droit à	Passage devant la CNAE pour une autorisation de plein exercice définitive	Passage des EVC par voie interne	Passage des EVC par voie interne après 5 ans

Source *: Commission des affaires sociales*

B. LA CONTRIBUTION DES PADHUE À L'OFFRE DE SOINS : UNE RÉPONSE À LA FIÈVRE SANITAIRE, SANS VÉRITABLE THERMOMÈTRE

1. Un recours croissant aux Padhue depuis 15 ans, mais sans suivi exhaustif tant au niveau national que régional

a) Un pilotage sans chiffrage : le suivi à l'aveugle des Padhue par les administrations

Les administrations (ARS, CNG, DGOS, DGEF) ne disposent pas de données consolidées sur le nombre de Padhue en France. Si ces administrations contestent que l'absence de données conduise à une absence de pilotage, il convient de noter qu'**avec un pilotage sans chiffrage, les administrations naviguent à vue faute de boussole.**

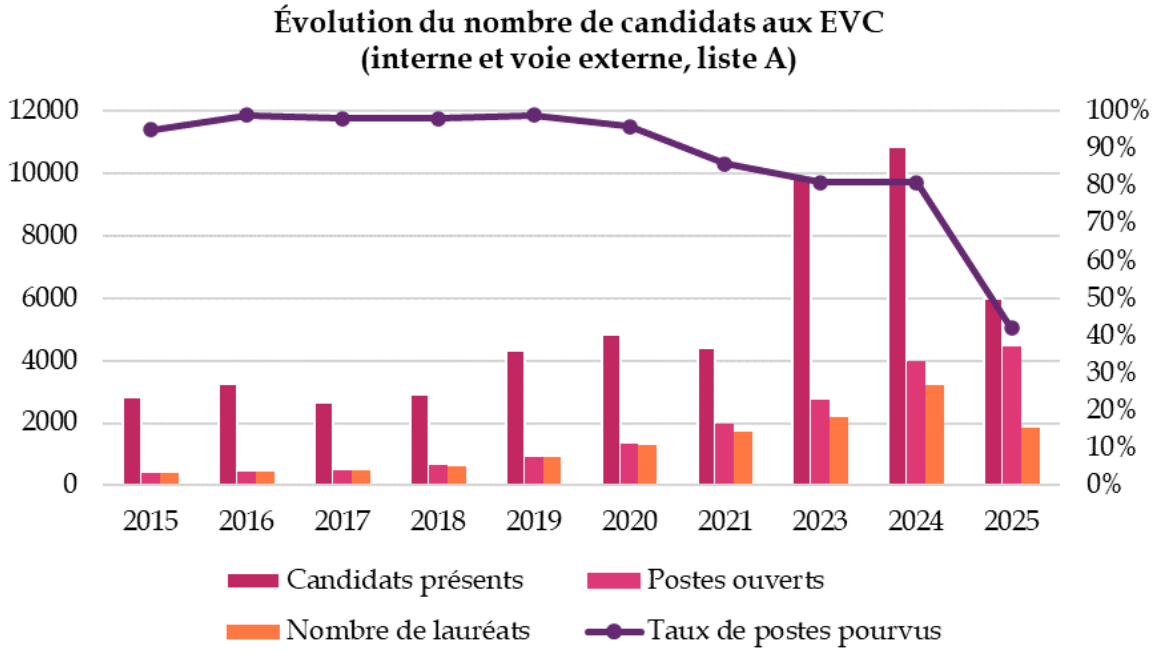
Pour cause, l'une des spécificités de la fonction publique hospitalière est l'autonomie dont dispose chaque établissement dans son recrutement. Les établissements de santé concluent des contrats de gré à gré avec les Padhue. Si la commission est convaincue de l'intérêt d'une procédure décentralisée de recrutement, une telle logique ne peut justifier une absence de centralisation des données qui, par ailleurs, n'entraverait pas la liberté des établissements.

Autre difficulté évoquée par les établissements et les administrations dans le suivi des Padhue : **la multiplicité et l'évolution régulière des statuts de recrutement, complexifiant la fiabilisation des données dont disposent les établissements**.

Recommandation n° 1 : améliorer le suivi administratif des Padhue en enregistrant l'ensemble des praticiens en formation ou en exercice en France au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et sur le logiciel Logimedh, avec une distinction selon leur statut, et en préinscrivant à l'ordre des médecins les lauréats des épreuves de vérification des connaissances afin d'anticiper l'instruction de leurs dossiers, sans faire de cette préinscription un préalable à l'entrée dans le parcours de consolidation des compétences.

b) Une hausse continue du nombre de postes ouverts aux épreuves de validation des connaissances

Parmi les données disponibles, le nombre de postes ouverts aux EVC et de candidats est un indicateur du besoin en Padhue du système de santé français, mais aussi du nombre de Padhue exerçant en France. **Entre 2015 et 2025, le nombre de places ouvertes aux EVC est passé de 400 à 4 400**, tandis que le nombre de candidats présents est passé de 2 820 à 5 975 sur la même période.



Source *: Commission des affaires sociales, d'après le Conseil national de gestion (2026)*

Selon la Fédération hospitalière de France (FHF), **au 31 décembre 2025, 4 119 faisant fonctions d'interne (FFI) et 4 057 stagiaires associés** étaient dénombrés dans les établissements publics de santé[1]. Par ailleurs, en 2025, 37 demandes d'autorisation temporaire d'exercice, dans le cadre d'un *fellowship* ou d'une inscription en troisième cycle de médecine, ont été examinées, donnant lieu à la délivrance de 32 avis favorables par l'ordre des médecins[2].

c) Les inscriptions à l'Ordre : principal indicateur de l'intégration des anciens Padhue dans le système de santé

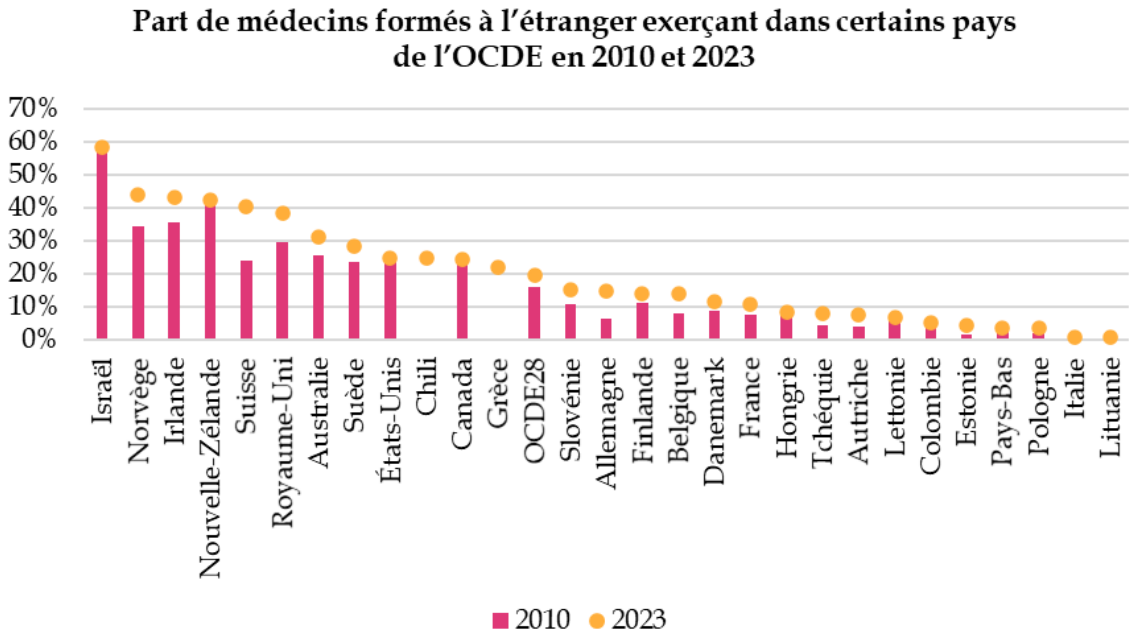
En l'absence de données consolidées détenues par les administrations, les inscriptions au tableau de l'ordre des médecins constituent le principal indicateur permettant d'apprécier la contribution des anciens Padhue à l'offre de soins. Leur analyse met en évidence un constat sans ambiguïté : les médecins ayant suivi un parcours de Padhue occupent désormais une place essentielle dans le système de santé français.

Au 1er janvier 2026, parmi les 205 214 médecins actifs réguliers, 17 451 étaient diplômés hors Union européenne. Ainsi, **les anciens Padhue représentent 8,5 % de l'effectif médical ayant une activité régulière** du pays. **Depuis 2010, leur effectif a augmenté de 141 %, c'est-à-dire qu'il a été multiplié par 2,43, alors même que le nombre de médecins en activité n'augmentait que de 14 % sur la même période**[4].

En comparant au niveau international, **la France se situe toutefois sous la moyenne de l'OCDE en matière de recrutement de médecins formés à l'étranger**, qu'il s'agisse de ceux formés dans ou hors de l'UE. En 2023, 11 % des médecins exerçaient en France avec un diplôme étranger contre 20 % en moyenne dans l'OCDE[5].

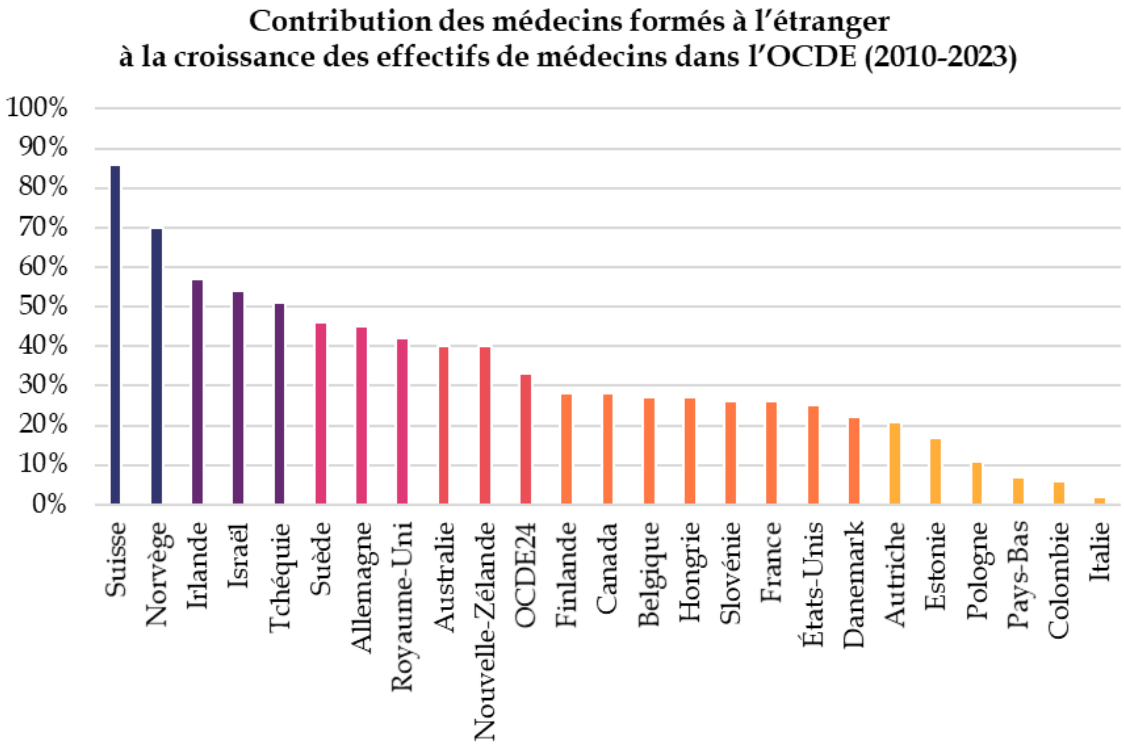
---

[1] *Réponses de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponses du Cnom au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[3] *Réponses du Cnom au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[4] *Cnom,* Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2026, *2026.*
[5] *OCDE,* « Panorama de la santé 2025 », *2025.*



Source *: Commission des affaires sociales, d'après l'OCDE, « Panorama de la santé 2025 » (2025)*

La contribution des médecins formés à l'étranger à la croissance des effectifs de médecins entre 2010 et 2023 a également été plus faible en France que dans le reste de l'OCDE, ceux-ci représentant 26 % de la croissance des effectifs contre 33 % dans l'OCDE[1].



Source *: Commission des affaires sociales, d'après l'OCDE,* « Panorama de la santé 2025 » *(2025)*

[1] *OCDE,* « Panorama de la santé 2025 », *2025.*

d) L'installation définitive en France des médecins ayant eu un parcours de Padhue

Si de nombreux Padhue envisagent initialement un séjour temporaire en France avant un retour dans leur pays d'origine, ce projet se concrétise rarement. Selon les sociologues Francesca Sirna et Victoire Cottereau, cette installation durable s'explique par plusieurs facteurs : l'intégration progressive de ces praticiens en France (constitution d'une famille, mariage, insertion dans des réseaux amicaux et professionnels), les évolutions géopolitiques de leur pays d'origine, des perspectives de rémunération plus favorables en France, mais également la crainte de ne plus parvenir à se réadapter à leur pays de départ après plusieurs années d'exercice.

La qualité du système de santé français constitue également un puissant facteur d'ancrage. De nombreux praticiens redoutent qu'un retour dans leur pays d'origine ne s'accompagne d'une dégradation de leurs conditions d'exercice, qu'il s'agisse de l'accès aux examens complémentaires, de la prise en charge financière des patients, de la disponibilité des équipements médicaux ou encore de l'accès à des plateaux techniques performants.

2. Une contribution significative à l'offre de soins, malgré une hétérogénéité des profils, des compétences et des missions

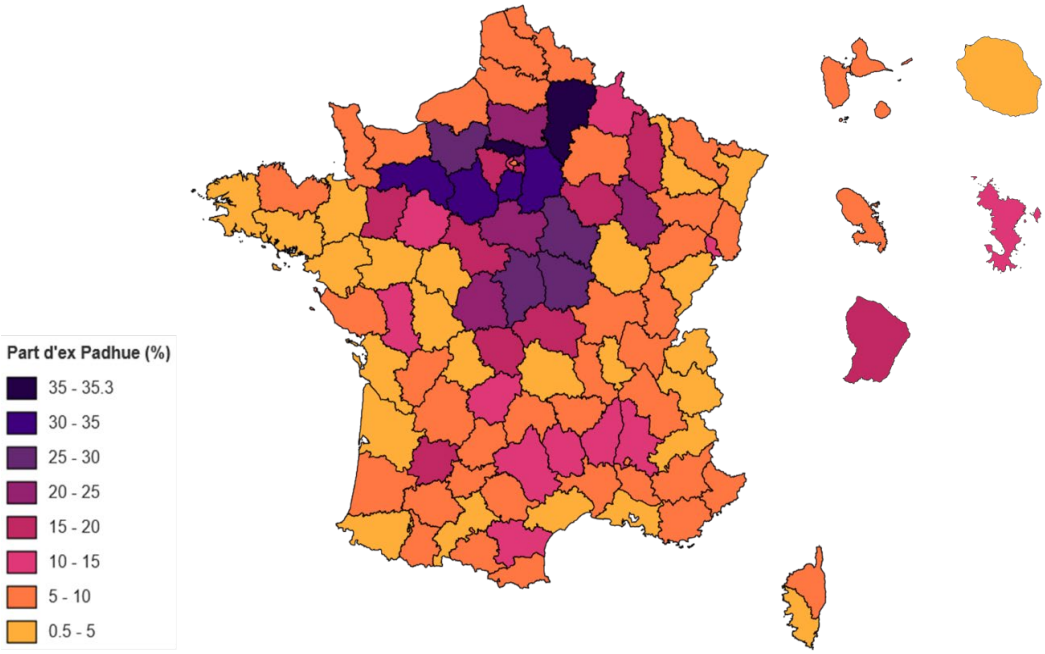
a) La contribution quantitative des Padhue et ex-*Padhue à l'offre de soins : une dépendance de certains territoires et spécialités à ces professionnels*

La contribution nationale des Padhue à l'offre de soins[1] connaît de fortes disparités territoriales. En effet, le taux d'*ex*-Padhue parmi les médecins actifs réguliers varie entre 0,5 % (Wallis-et-Futuna) et 35,3 % (Val d'Oise).

Dans six départements, les médecins ayant suivi un parcours de Padhue représentent désormais plus de 30 % des effectifs médicaux réguliers actifs (Aisne, Eure-et-Loir, Orne, Seine-et-Marne, Essonne, Val-d'Oise). Pour dix départements, ce taux se situe entre 20 % et 30 % (Cher, Eure, Indre, Haute-Marne, Loiret, Nièvre, Oise, Saint-Pierre-et-Miquelon, Seine-Saint-Denis, Yonne).

[1] *Les Padhue représentent 8,5 % des médecins actifs réguliers en France au 1er janvier 2026.*

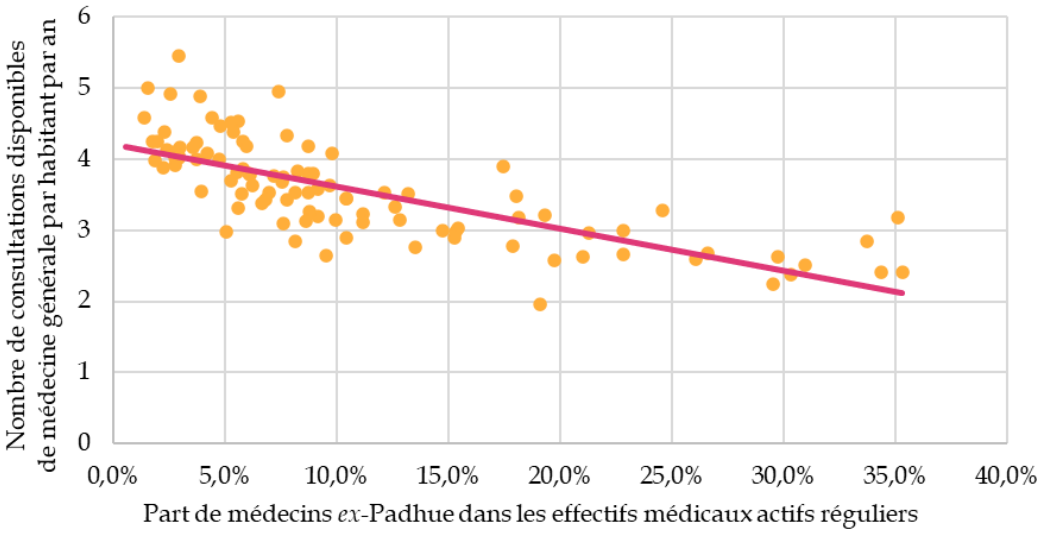
Part de médecins *ex*-Padhue dans les effectifs médicaux actifs réguliers par département au 1er janvier 2026



Source *: Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)*

En comparant au niveau départemental le taux d'*ex*-Padhue avec l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée, mesurant le nombre de consultations de médecine générale disponibles par an par habitant, il est constaté une corrélation négative forte entre ces deux séries statistiques. Ce résultat démontre que **les *ex*-Padhue se concentrent dans les territoires les plus sous-dotés.** Les médecins ayant suivi un parcours de Padhue ne constituent donc pas seulement un appoint au système de santé ; ils sont devenus, dans de nombreux territoires, une condition de l'accès aux soins.

Corrélation entre accès aux soins et part de médecins *ex*-Padhue dans les effectifs médicaux par département



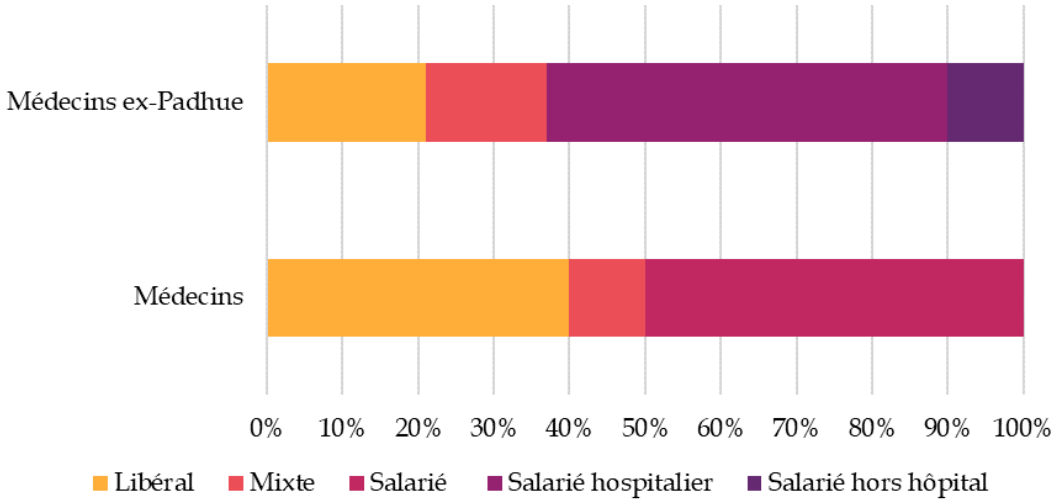
Source *: Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025) et le Cnom (2026)*

Cette concentration des médecins ayant suivi un parcours de Padhue dans les zones sous-denses est explicable par les besoins des établissements de santé qui les recrutent. En effet, si les centres hospitaliers universitaires, installés dans les métropoles où l'offre de soins est déjà abondante, sont attractifs et attirent des internes et des professionnels de santé, les centres hospitaliers périphériques font face à des difficultés de recrutement[1]. Dès lors, les Padhue constituent un vivier pour ces établissements. À l'issue de leur PCC, ces médecins peuvent ainsi être recrutés dans l'établissement où ils étaient affectés.

Comme le relève la FHF, « *le recours aux Padhue, très hétérogène selon les établissements, constitue un levier complémentaire à la mobilisation de ressources internes et externes (notamment le recours au temps de travail additionnel, à la solidarité territoriale et à l'intérim) pour maintenir l'accès aux soins et la permanence des soins dans les territoires. Ces besoins sont particulièrement marqués dans les zones à faible densité médicale et dans les spécialités en tension, notamment celles à garde, au sein desquelles la permanence des soins est très majoritairement assurée par le secteur public* »[2].

Si aucune donnée ne permet d'objectiver précisément la place occupée par les Padhue et les *ex*-Padhue dans les effectifs des centres hospitaliers périphériques, les données ordinales confirment leur forte présence au sein de l'hôpital et dans les départements sous-dotés (*cf. supra*). Ainsi, 53 % des médecins *ex*-Padhue exerçant une activité régulière ont une activité salariée hospitalière, contre 49,8 % des médecins au niveau national, ce dernier chiffre incluant par ailleurs l'ensemble des formes de salariat, y compris non hospitalier. Ces données témoignent d'une **surreprésentation des médecins diplômés hors Union européenne dans l'exercice hospitalier**.

Répartition par mode d'exercice des médecins ayant une activité régulière au 1er janvier 2026



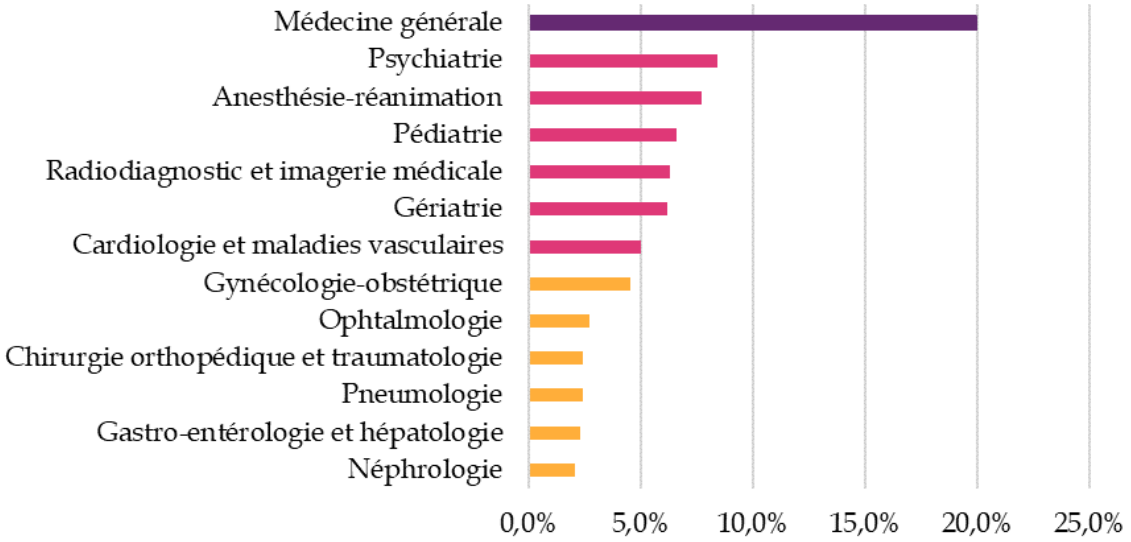
Source *: Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)*

[1] *Réponse de la Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Cette spécificité tend toutefois à s'atténuer au fil du temps. D'une part, la part des *ex*-Padhue exerçant une activité salariée hospitalière est passée de 65,6 % en 2010 à 53 % en 2026. D'autre part, la proportion de médecins salariés parmi l'ensemble des médecins exerçant une activité régulière est passée, sur la même période, de 41,9 % à 49,8 %. L'écart entre les *ex*-Padhue et l'ensemble de la population médicale s'est ainsi progressivement réduit, sans pour autant disparaître.

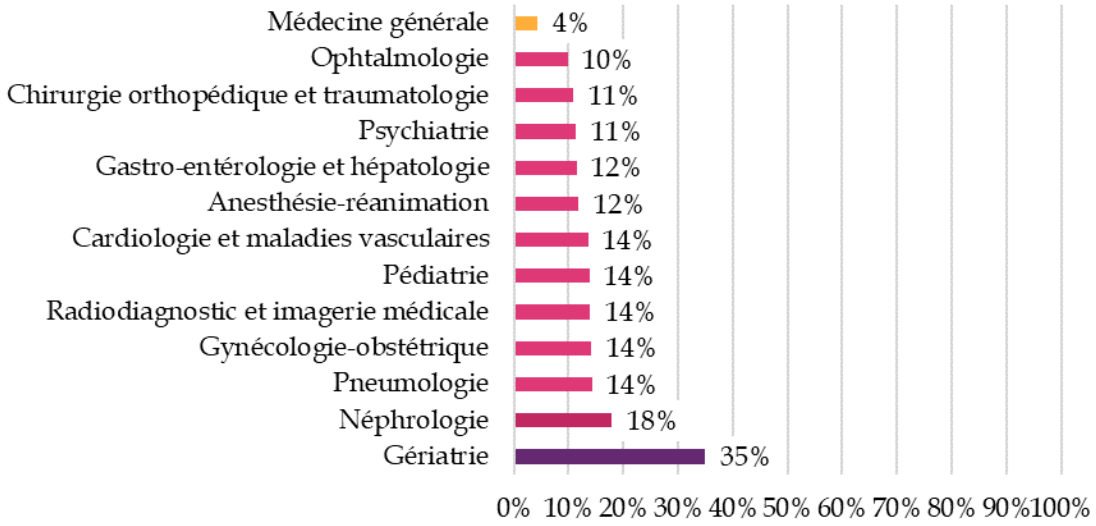
Enfin, les données ordinales montrent que la contribution des ex-Padhue à l'offre de soins varie fortement selon les spécialités. Si 20 % des médecins anciens Padhue exerçant une activité régulière sont médecins généralistes, ils ne représentent que 4 % de l'ensemble des effectifs de cette spécialité. À l'inverse, leur poids est particulièrement élevé dans plusieurs disciplines. **Les anciens Padhue représentent ainsi environ un tiers des gériatres en activité régulière et près de 15 % des néphrologues, pneumologues, gynécologues-obstétriciens, radiologues, pédiatres et cardiologues.**

Principales spécialités exercées par les médecins *ex*-Padhue ayant une activité régulière en 2026



Lecture *: 20 % des médecins* ex-*Padhue ayant une activité régulière exercent la médecine générale.*
Source *: Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)*

Part de médecins *ex*-Padhue dans les principales spécialités de ces médecins en 2026



Source *: Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)*

Ces données témoignent de la dépendance croissante de certaines spécialités à l'égard des médecins ayant suivi un parcours de Padhue. Dans plusieurs disciplines déjà confrontées à des tensions démographiques, ces praticiens constituent désormais un rouage essentiel de l'offre de soins.

b) La contribution qualitative des Padhue à l'offre de soins : des niveaux et parcours très hétérogènes et difficilement contrôlables en amont

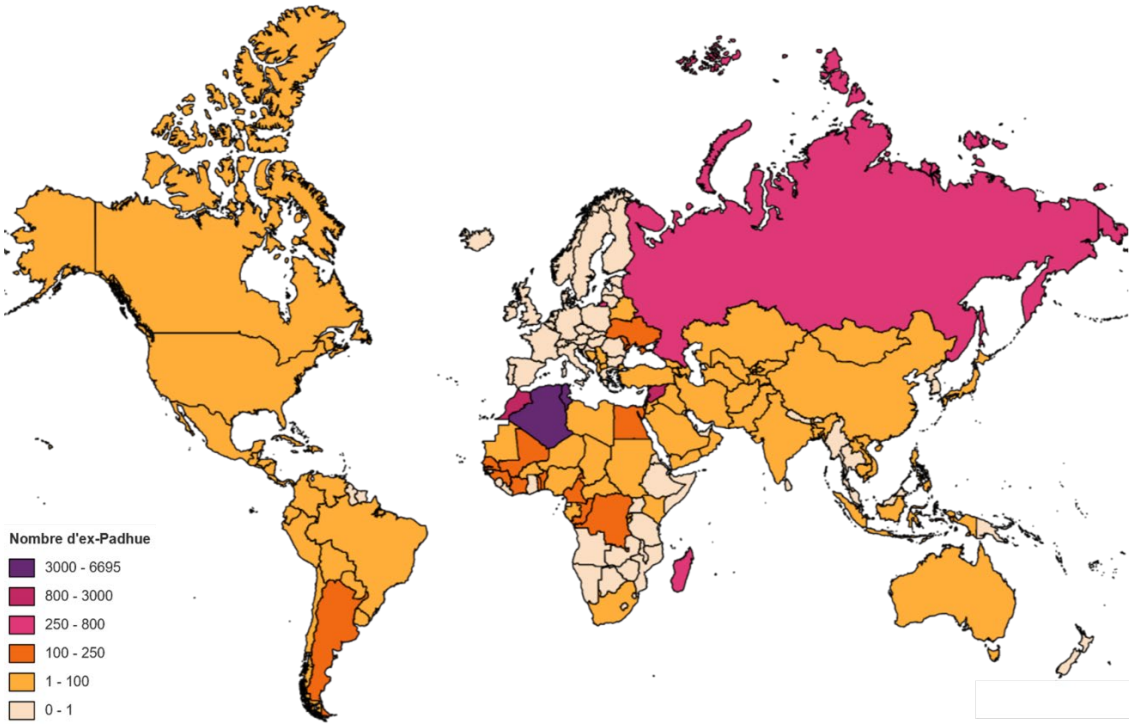
(1) Une absence de référentiel international de compétences pour les professions de santé

Si l'Union européenne a défini un socle minimal de connaissances, afin d'harmoniser les formations en santé et organiser une reconnaissance automatique des diplômes des professions de santé[1], il apparaît qu'**aucun référentiel n'existe au niveau international**. Dès lors, le niveau des Padhue varie grandement selon le pays et l'université d'origine, complexifiant l'appréhension de la contribution qualitative des Padhue à l'offre de soins en France. Cette hétérogénéité se retrouve de manière différenciée selon les professions de santé.

Les trois quarts des Padhue en activité sont issus de cinq grands pays du pourtour méditerranéen : Algérie (38,5 %), Tunisie (16,5 %), Syrie (7,8 %), Maroc (7,0 %) et Liban (4,4 %). Ces pays ont, pour des raisons historiques, des systèmes de formation des professionnels de santé proches du système français, avec des liens parfois étroits entre les universités concernées et les universités françaises. Cependant, un nombre croissant de praticiens est issu de pays d'Afrique francophone, avec des systèmes de formation plus hétérogènes et plus éloignés du modèle français.

[1] *Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.*

Pays de formation des médecins *ex*-Padhue ayant une activité régulière en France au 1er janvier 2026



Source *: Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)*

(a) Les sages-femmes

Cette réalité est exacerbée pour les sages-femmes, dont la formation est longue et les compétences en France particulièrement étendues. Comme l'indique le Conseil national de l'ordre des sages-femmes, « *le positionnement médical de la profession en France est unique dans le monde […] : les sages-femmes sont autonomes dans leur exercice et gèrent, par exemple, seules dans l'attente du médecin, les situations d'urgences néonatales ou obstétricales comme la réanimation néonatale ou les hémorragies du* post-partum. *Dans très peu de pays, les sages-femmes sont compétentes en gynécologie ou pour réaliser des interruptions volontaires de grossesse* »[1]. D'où une quasi-absence des Padhue parmi les sages-femmes, ces derniers représentant 119 sages-femmes[2] sur 25 800 sages-femmes en activité[3], soit 0,46 % de la profession. Le dispositif Padhue est, pour cette profession, utilisé comme un outil d'intégration et non un palliatif au manque d'offre de soins.

[1] *Réponse du Conseil national de l'ordre des sages-femmes au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse du Conseil national de l'ordre des sages-femmes au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[3] *Drees,* Début 2025, les effectifs de pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pédicures-podologues continuent d'augmenter, *2025.*

(b) Les chirurgiens-dentistes

En matière d'odontologie, il ressort des auditions des rapporteurs des difficultés autour de la faiblesse du niveau de formation dans les principaux pays de formations des Padhue. Ce constat fait l'objet d'un consensus entre le CNG et le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Selon ce dernier, « *le niveau [des EVC et des Padhue] étant très bas, il est regrettable de laisser travailler des praticiens en bouche (geste chirurgical) alors qu'ils n'ont même pas la compétence théorique nécessaire* »[1]. L'ordre recommande en conséquence la suppression du dispositif d'autorisation temporaire pour les Padhue chirurgiens-dentistes et le relèvement du niveau des EVC.

(c) Les pharmaciens

Une situation comparable est observée en pharmacie. Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, tout comme la Conférence des doyens de pharmacie, soulignent la grande hétérogénéité des profils des Padhue en pharmacie. Cette variabilité tient à la fois au pays et à l'établissement de formation, mais également à l'expérience professionnelle acquise avant leur arrivée en France.

De manière générale, les Padhue en pharmacie ne bénéficient pas, dans leur pays d'origine, d'une spécialisation hospitalière comparable à celle existant en France. Cette situation se traduit par « *des lacunes de formation importantes* »[2]. L'accès limité à certains équipements ou activités spécialisés, tels que la spectrométrie de masse en bactériologie, la pharmacotechnie ou encore la stérilisation en pharmacie hospitalière, peut conduire certains praticiens à ne pas maîtriser l'ensemble des compétences requises pour exercer dans les conditions attendues au sein des établissements de santé français.

(d) Les médecins

Ce constat se retrouve également, pour partie, en médecine.

• **Les formations médicales étrangères diffèrent parfois sensiblement de celles dispensées en France, tant dans leur contenu que dans l'organisation des spécialités.** La gériatrie, par exemple, ne constitue pas toujours une spécialité autonome et peut être intégrée à la formation générale des médecins ou faire l'objet d'un simple module d'enseignement. À l'inverse, elle est reconnue en France comme une spécialité à part entière.

Cette différence de structuration plaçait certains praticiens dans une situation paradoxale : bien qu'autorisés à exercer la gériatrie dans leur pays d'origine, ils ne pouvaient pas s'inscrire aux EVC de gériatrie faute de détenir un diplôme correspondant à la spécialité française. Ils ne pouvaient alors se présenter qu'aux EVC de médecine générale.

---

[1] *Réponse du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

[2] *Réponse de la Conférence des doyens de pharmacie au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Afin de tenir compte de ces écarts entre systèmes de formation, plusieurs dérogations ont été introduites à partir de 2021[1] pour permettre à des praticiens ne disposant pas d'un diplôme spécifique de médecine générale, de gériatrie ou de médecine d'urgence de s'inscrire aux EVC correspondants, dès lors que leur diplôme leur permet un exercice plein et entier dans leur pays d'obtention.

Toutefois, cette adaptation ne concernait pas certaines spécialités confrontées à des difficultés similaires, notamment la médecine interne polyvalente et immunologie clinique ainsi que la psychiatrie. Afin de remédier à cette situation, un arrêté du 12 juin 2026[2] a étendu ce régime dérogatoire à ces deux spécialités. Les praticiens concernés peuvent désormais s'inscrire aux EVC correspondants même en l'absence d'un diplôme portant exactement l'intitulé de la spécialité française, sous réserve d'être habilités à l'exercer dans leur pays d'origine.

La commission des affaires sociales se félicite de cette évolution, qui permet de mieux prendre en compte la diversité des systèmes de formation médicale étrangers. Cette mesure apporte une réponse pragmatique à une difficulté administrative identifiée de longue date, tout en préservant l'exigence de vérification des compétences par les EVC et le PCC.

• À cette hétérogénéité des formations s'ajoute une **inadéquation fréquente entre la formation initiale des Padhue et les fonctions qui leur sont confiées**. Ainsi, des médecins titulaires d'un diplôme de médecine générale peuvent être affectés en soins de suite et de réadaptation ou en gériatrie, sans avoir nécessairement été formés à ces prises en charge spécifiques ni maîtriser pleinement les particularités du système hospitalier français.

• Enfin, **l'hétérogénéité des profils s'explique également par le parcours professionnel des Padhue**. Si aucune donnée consolidée ne permet d'objectiver précisément cet élément, les auditions convergent vers le constat d'une augmentation du nombre de candidats récemment diplômés, parfois sans expérience professionnelle significative, notamment parmi les lauréats des EVC. La voie externe attire ainsi une part croissante de médecins qui, bien que diplômés, disposent d'une connaissance limitée du système de santé français et ne bénéficient pas toujours de l'expérience clinique permettant de compenser certaines lacunes de formation initiale.

---

[1] *Art. 3 de l'arrêté du 9 juillet 2021 portant modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique.*

[2] *Arrêté du 12 juin 2026 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2021 portant modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique.*

Tous ces facteurs conduisent la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centres hospitaliers universitaire à considérer que « *le niveau des Padhue est trop hétérogène, souvent faible, ne correspondant parfois pas aux attendus d'un interne en début de formation* »[1]. Dès lors la Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers indique en conséquence que « *le caractère aléatoire du niveau attendu rend frileux certains services à l'adhésion au projet en raison de la disponibilité insuffisante de temps d'encadrement* »[2].

Recommandation n° 2 : développer les reconnaissances unilatérales et, dans l'idéal, bilatérales des diplômes avec les pays dont les systèmes de formation présentent des garanties élevées de qualité, sous réserve de l'avis conforme du Conseil national de l'ordre concerné, rendu préalablement à tout accord de reconnaissance et renouvelé tous les deux à trois ans pour une liste spécifique de spécialités.

Si la commission estime que le passage des épreuves de vérification des connaissances (EVC) préalablement à tout exercice en France pourrait constituer un moyen de garantir un socle minimal de connaissances communes aux Padhue, il apparaît que cette orientation se heurte à des contraintes opérationnelles importantes. Elle devrait en effet être conciliée avec le nombre déjà élevé de Padhue exerçant sur le territoire sous différents statuts (FFI, stagiaires associés, Pact notamment), ainsi qu'avec les besoins de continuité de l'offre de soins. Une telle réforme, si elle apparaît souhaitable sur le plan théorique, comporterait par ailleurs le risque de reconstituer un « stock » implicite de Padhue exerçant en France sous des statuts transitoires ou dérogatoires, potentiellement moins lisibles et plus difficiles à encadrer.

(2) L'impossibilité de contrôler l'authenticité des diplômes ou l'honorabilité des candidats

Les ordres des professions de santé ont soulevé une difficulté majeure à laquelle ils font face : **l'absence de contrôle des diplômes des Padhue par les administrations**. Il semblerait qu'un contrôle des diplômes soit impossible pour plusieurs raisons : pays de formation administrativement défaillant ou peu enclin à la coopération pour des raisons politiques ou géopolitiques, explosion du nombre de lauréats aux EVC, absence de plateforme entre la France, voire l'Union européenne, et les pays tiers pour attester des diplômes. Enfin, le développement de l'intelligence artificielle fait craindre une augmentation de la falsification documentaire et complexifie davantage les procédures de contrôle.

---

[1] *Réponse de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers universitaires au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

[2] *Réponse de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Dès lors, les épreuves de vérification de connaissances apparaissent comme le seul moyen, bien qu'imparfait, d'assurer un contrôle *a priori* du niveau des Padhue souhaitant exercer en France. Comme le souligne le Conseil national de l'ordre des médecins, « *dans un contexte où la fiabilité de l'authentification des diplômes peut s'avérer aléatoire dans certains pays, les EVC jouent un rôle essentiel de filtre. Elles permettent d'écarter des candidats qui, bien que titulaires de documents déclaratifs, ne disposent pas réellement des qualifications médicales requises* »[1].

La question de l'honorabilité des candidats apparaît tout aussi complexe. S'il peut sembler légitime de s'assurer qu'aucune condamnation incompatible avec l'exercice d'une profession de santé n'a été prononcée à leur encontre, les limites d'un tel contrôle doivent être soulignées. De nombreux Padhue proviennent de pays en guerre ou de régimes autoritaires dans lesquels les poursuites pénales peuvent résulter d'engagements politiques, de convictions personnelles ou encore de l'orientation sexuelle des intéressés. Dans ces conditions, la production d'une attestation d'honorabilité délivrée par les autorités du pays d'origine ne constitue pas nécessairement une garantie pertinente ou fiable.

Recommandation n° 3 : engager au plus vite des discussions bilatérales et multilatérales, visant à la création d'une plateforme de certification des diplômes entre la France et l'Union européenne, d'une part, et les pays tiers, d'autre part, sur le modèle du système d'information du marché intérieur européen.

3. L'estimation des besoins en Padhue : une procédure louable de remontée du terrain, mais dépourvue de capacité prévisionnelle

a) La procédure de recensement des besoins des établissements

En application de l'article R. 4111-1-1 du code de la santé publique, un arrêté du ministre de la santé détermine « *les professions et, le cas échéant, les spécialités pour lesquelles les épreuves sont organisées, ainsi que le nombre de places ouvertes* ». Une procédure a donc été mise en place afin de recenser les besoins et capacités d'accueil dans chaque territoire[2].

La responsabilité du recensement revient aux agences régionales de santé qui, en amont de l'ouverture des épreuves de vérification des connaissances, proposent au ministère un nombre de postes à ouvrir selon les besoins de santé du territoire, notamment dans les zones sous-denses, ainsi que selon les possibilités d'accueil au sein des établissements.

---

[1] *Réponse du Conseil national de l'ordre des médecins au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Arrêté du 13 avril 2021 fixant les modalités de recensement et les conditions de validation des structures d'accueil par les agences régionales de santé pour la réalisation des parcours de consolidation des compétences prévus aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique.*

Pour cela, les établissements peuvent faire acte de candidature auprès des ARS à deux conditions :

• disposer d'au moins un praticien de plein exercice qualifié dans la spécialité et exerçant à temps plein dans le service ;

• fournir une attestation du président de la commission médicale d'établissement certifiant que l'activité de ce service est compatible, en nature et en volume, avec la réalisation du parcours de consolidation des compétences d'un lauréat des épreuves de vérification des connaissances dans la spécialité concernée.

Les ARS établissent ensuite un tableau des besoins et capacités d'accueil recensées avec un ordre de priorité allant de 1 à 3 pour chaque spécialité. La priorisation étant définie selon le territoire et l'établissement, les zones sous-denses et les établissements sous-dotés bénéficient d'une priorité.

Ces propositions de postes sont ensuite validées par le directeur de l'établissement de santé, s'engageant à accueillir et rémunérer le lauréat des EVC, avant transmission de cette liste au ministère de la santé.

Pour les médecins du travail, les ARS entrent en contact avec la direction générale du travail et les chefs de pôle Travail des administrations déconcentrées pour les interroger sur le nombre de postes à ouvrir.

Les propositions régionales sont ensuite transmises à la DGOS, qui procède à un arbitrage national. Celui-ci tient compte non seulement des besoins exprimés par les territoires, mais également des difficultés rencontrées lors des campagnes précédentes pour pourvoir certains postes ainsi que, pour la voie interne, du nombre d'autorisations d'exercice provisoire délivrées par spécialité.

Cette procédure est largement critiquée par les fédérations, mais aussi les syndicats de Padhue, dénonçant « *un manque de transparence et de visibilité* »[1]. La priorisation réalisée par les ARS et les croisements des données opérés par la DGOS conduisent à une inadéquation entre les besoins effectivement recensés et le nombre de postes *in fine* ouverts. À ce titre, Unicancer fait « *état de la différence entre le nombre de postes demandés et le nombre de postes finalement ouverts* »[2], ce dernier étant inférieur au premier.

b) Une estimation des besoins confrontée à des aléas de court terme

Si la logique de recensement des besoins au plus près du terrain apparaît est louable, sa mise en œuvre reste largement perfectible en raison notamment d'une anticipation complexe des besoins.

---

[1] *Réponse de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse d'Unicancer au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

À court terme, entre le recensement et l'ouverture des épreuves de vérification de connaissances, un certain nombre d'événements peuvent se produire, remettant en cause les prévisions initiales. Tout d'abord, un professionnel de santé peut être amené à quitter son territoire, modifiant les conditions locales d'encadrement et les besoins de cette zone. Ensuite, un professionnel de santé peut réduire son activité sans que l'ARS soit informé, faisant évoluer l'offre de soins locale.

Il convient toutefois de noter que la loi dite « Valletoux » a grandement amélioré l'information des ARS en cas de départ à la retraite d'un professionnel de santé, celui-ci devant informer son ARS au moins six mois avant son arrêt définitif d'activité[1].

Parmi les autres facteurs pouvant remettre en cause, à court terme, le recensement initial des besoins en Padhue : la fermeture d'un service ou l'arrêt d'une activité dans un établissement de santé, mais aussi le changement du projet médical de l'établissement. Dès lors, **même à court terme, il est difficile pour les établissements, comme pour les ARS, d'estimer leurs besoins en Padhue.**

c) Numerus apertus*, retour de médecins français formés à l'étranger, vieillissement, organisation des soins : l'impossible prévision des besoins à long terme en Padhue*

Si l'anticipation à court terme des besoins en Padhue n'est pas évidente, celle à long terme paraît impossible tant les facteurs sont nombreux. Dès lors, l'inscription d'une stratégie pluriannuelle chiffrée d'accueil et d'intégration des Padhue paraît illusoire.

(1) Le vieillissement de la population : un facteur mal estimé de besoins supplémentaires en soins

(a) Le vieillissement de la population et la perte d'autonomie des séniors, deux dynamiques enclenchées

Selon le Haut conseil du financement de la protection sociale, **le vieillissement de la population française « *a, et aura, des conséquences non négligeables, mais longtemps sous-estimées, sur la branche maladie, la consommation moyenne de soins progressant avec l'âge* »**[2].

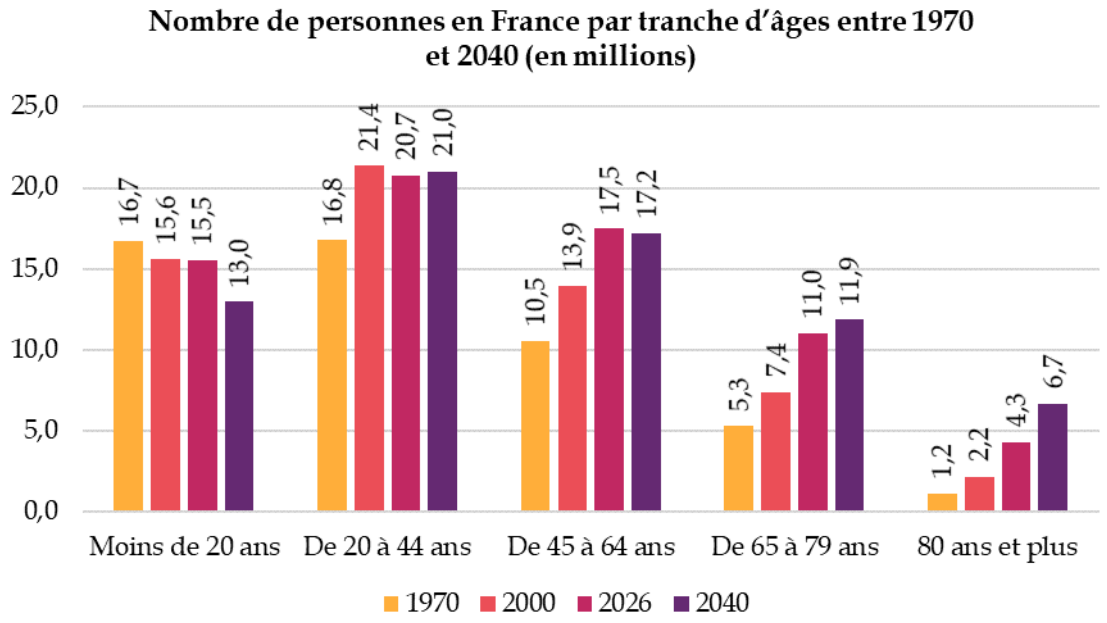
Selon les projections de l'Insee[3], prenant en compte la récente chute de la natalité française, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 15,3 millions à 18,5 millions entre 2026 et 2040, soit une hausse de 21,1 %.

---

[1] *Art. 7 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.*

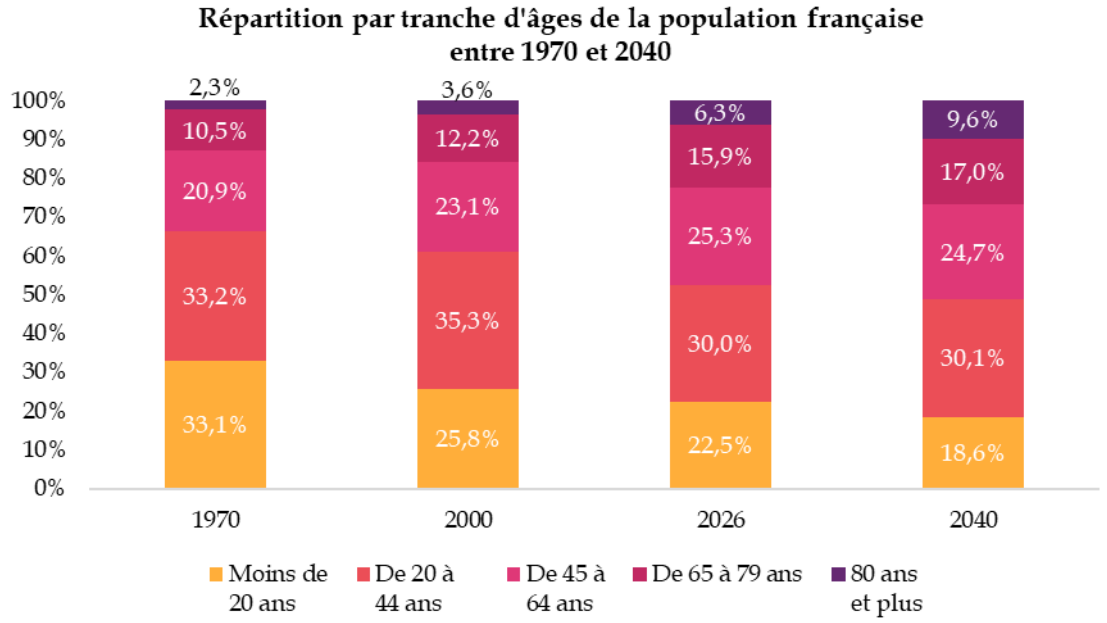
[2] *Haut conseil du financement de la protection sociale,* Pour des finances soutenables, adaptées aux nouveaux défis*, 2022.*

[3] *Insee,* Projections de population à l'horizon 2070 : une population plus âgée qu'en 2026, et probablement moins nombreuse*, 2026.*



Source *: Commission des affaires sociales, d'après l'Insee (2026)*

Cette évolution est portée par les classes d'âge les plus élevées. Tandis que la population des 65-79 ans n'augmenterait que modérément, de 11 à 11,9 millions de personnes (+ 8 %), celle des 80 ans et plus progresserait de 4,3 à 6,7 millions de personnes (+ 55 %). En conséquence, la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale passerait de 22,2 % à 26,6 %, soit une augmentation de 4,4 points de pourcentage (ou de 19,8 % en valeur relative). Dans le même temps, la proportion des personnes âgées d'au moins 80 ans augmenterait de 6,3 % à 9,6 % de la population française, soit une hausse de 3,3 points de pourcentage et de près de 55 % en valeur relative.

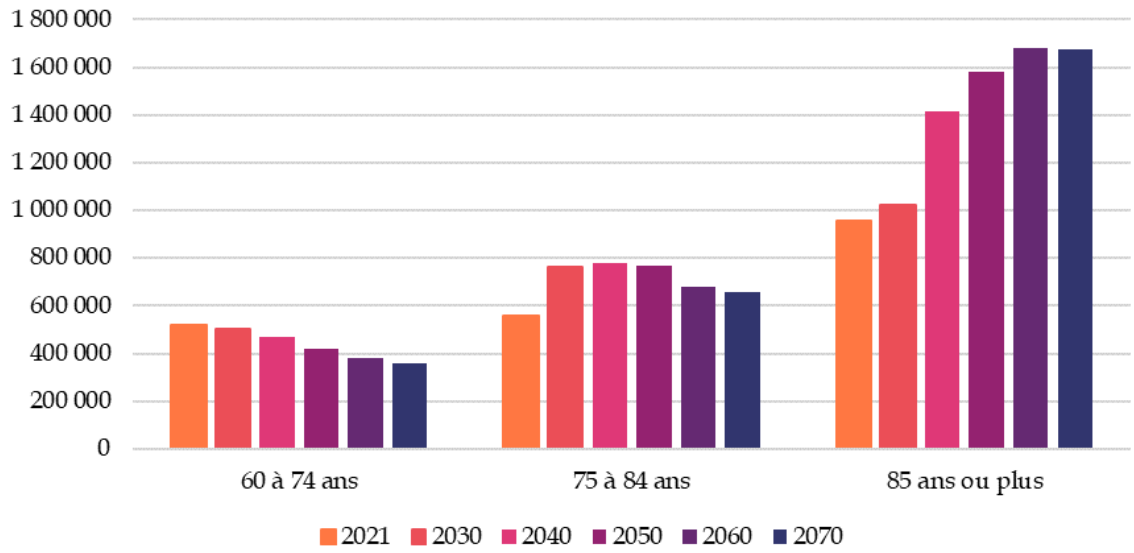


Source *: Commission des affaires sociales, d'après l'Insee (2026)*

La perte d'autonomie sera un facteur aggravant du vieillissement de la population. Selon la Drees, en 2021, 2 millions de personnes âgées de plus de 60 ans connaissaient une perte d'autonomie, dont 670 000 une perte sévère, soit respectivement 11,2 % et 3,7 % des plus de 60 ans[1]. En réalité, la perte d'autonomie se concentrent chez les personnes de 85 ans et plus, dont 41,8 % d'entre eux en connaissent une et 18,2 % d'entre eux en connaissent une sévère.

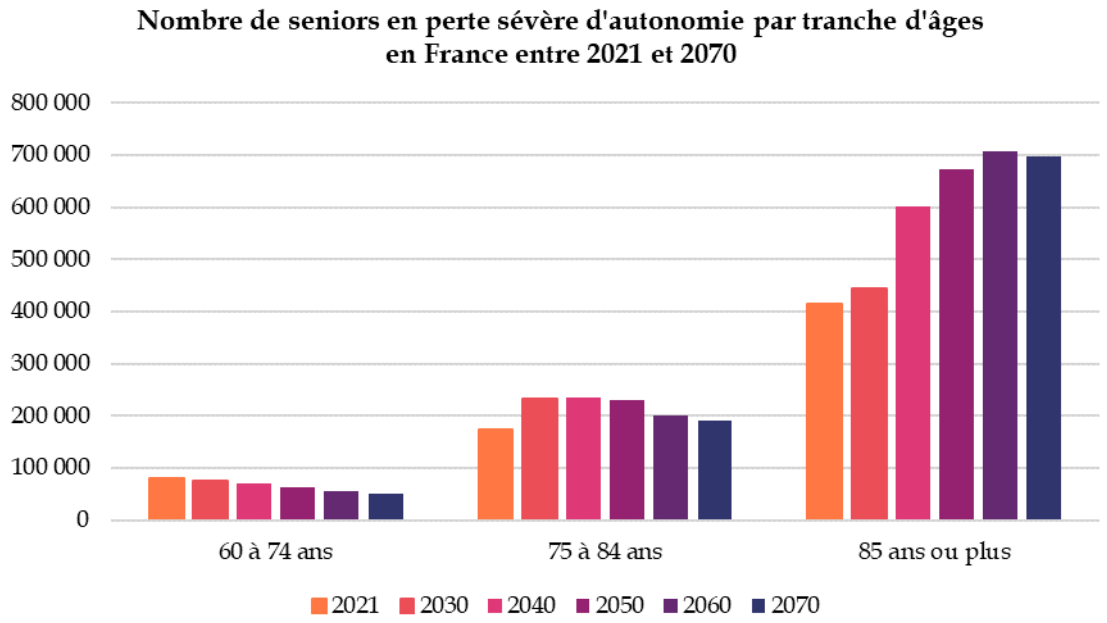
D'ici 2050, à tendance démographique constante et état de santé s'améliorant, le nombre de plus de 60 ans en perte d'autonomie devrait passer de 2,76 millions de personnes, dont 966 000 en perte d'autonomie sévère. Les 85 ans et plus représenteront 69,6 % de ces populations en sévère perte d'autonomie[2].

Nombre de seniors en perte d'autonomie par tranche d'âges en France entre 2021 et 2070

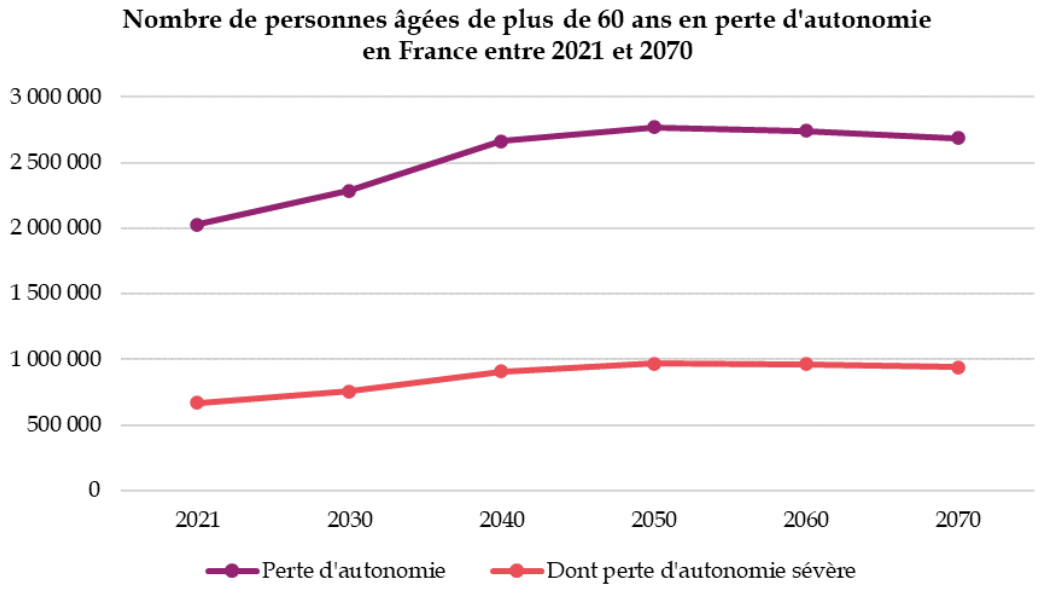


***Source** : Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025)*

[1] *Drees*, 7 000 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050, *2025*.
[2] *Drees*, 7 000 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050, *2025*.



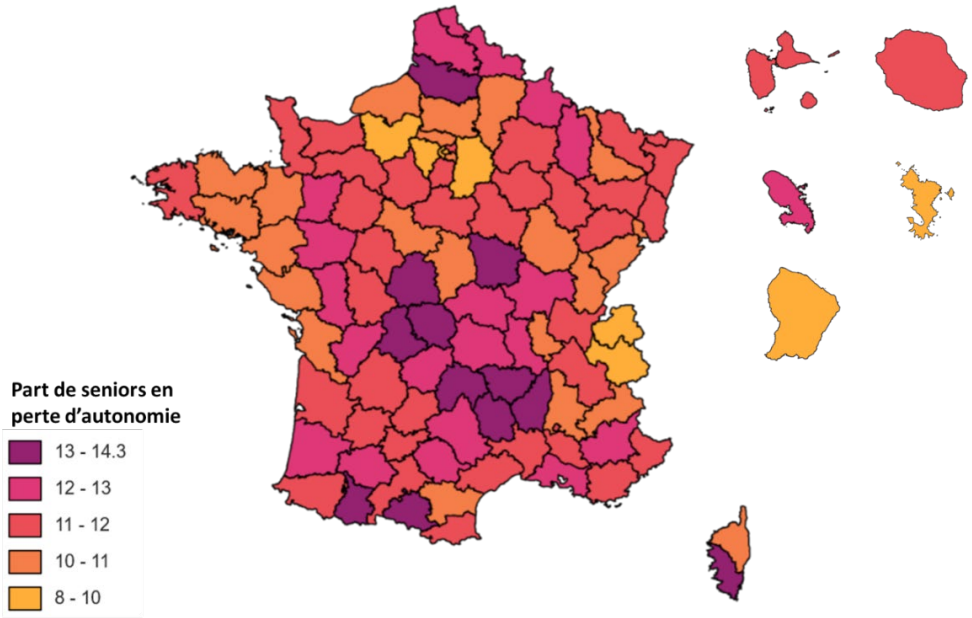
Source *: Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025)*



Source *: Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025)*

La répartition territoriale des seniors en perte d'autonomie met en évidence une surreprésentation de ce phénomène dans les territoires ruraux. Deux facteurs principaux permettent d'expliquer cette situation. D'une part, ces départements concentrent des populations âgées plus avancées en âge, ce qui accroît mécaniquement le risque de perte d'autonomie. D'autre part, ils présentent souvent des niveaux de pauvreté plus élevés et des structures socio-économiques moins favorables, susceptibles de renforcer la fragilité des personnes âgées.

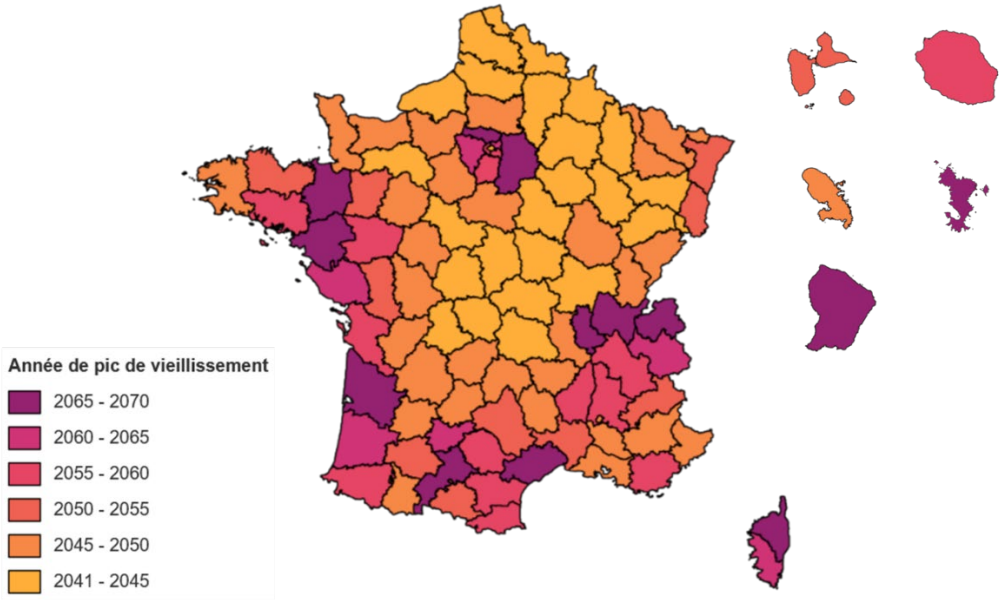
Part de personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie par département en France en 2021 (en %)



Source *: Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025)*

Ainsi, les Alpes-Maritimes comptent 11,5 % de seniors en perte d'autonomie, alors que 41 % de leur population âgée a 75 ans ou plus. À l'inverse, la Lozère présente un taux plus élevé de seniors en perte d'autonomie (14,3 %), bien que la part des personnes âgées de 75 ans ou plus y soit plus faible (36,5 %). Ces écarts illustrent l'importance des facteurs socio-économiques et territoriaux dans la survenue de la dépendance, au-delà du seul effet d'âge.

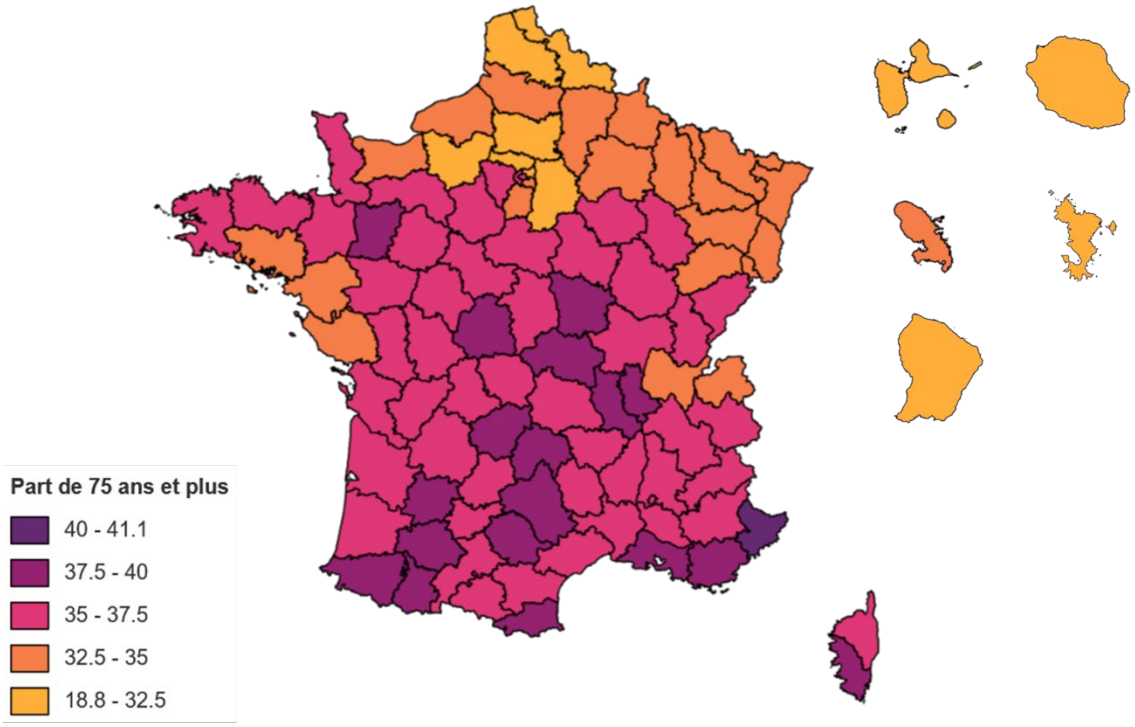
Année où l'effectif maximal de personnes de plus de 60 ans ou plus en perte d'autonomie est atteint par département



Source *: Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025)*

À plus long terme, les migrations internes devraient modifier cette géographie de la dépendance. Les départements littoraux, aujourd'hui relativement jeunes, devraient connaître une forte progression du nombre de seniors du fait du vieillissement de la population locale, qui serait cumulée avec une arrivée de seniors issus des autres départements. Cette évolution conduirait à un décalage dans le temps du pic d'effectifs de personnes dépendantes, notamment en Île-et-Vilaine, en Gironde et en Loire-Atlantique, où ce maximum n'interviendrait qu'à l'horizon 2070.

Part de personnes de 75 ans et plus par département en France en 2021 (en %)



***Source** : Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2025)*

(b) Des estimations lacunaires des besoins en santé liés au vieillissement de la population et à la perte d'autonomie

Si le vieillissement démographique devrait mécaniquement accroître les besoins de santé, son impact exact demeure difficile à apprécier. La Cour des comptes souligne ainsi que les conséquences du vieillissement sur les dépenses et les besoins de soins font encore l'objet d'une « *appréhension lacunaire* »[1]. Si France Stratégie estime que les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient déjà près de la moitié des dépenses de santé en 2019[2], il n'est pour autant pas possible de déduire de cette donnée les conséquences précises du vieillissement sur les besoins futurs en professionnels de santé.

[1] *Cour des comptes,* Démographie et finances publiques, *2025.*
[2] *France Stratégie,* Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ?, *2022.*

Cette incertitude tient d'abord à un effet générationnel. **À âge et état de santé comparables, les générations les plus récentes peuvent avoir des comportements de recours aux soins différents de ceux de leurs aînés**. Les besoins futurs dépendront également des progrès médicaux et organisationnels. Les innovations thérapeutiques peuvent conduire à une augmentation de la consommation de soins pour la même maladie.

S'ajoute enfin une inconnue majeure : l'évolution de l'état de santé moyen de la population à âge donné. **Plusieurs indicateurs suggèrent une progression des pathologies chroniques**. Selon les projections de l'Assurance maladie, le nombre de personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) pourrait passer de 14,1 millions en 2023 à 18 millions en 2035[1]. Sur une période d'environ trente ans, le nombre de personnes concernées aura ainsi plus que doublé[2]. Les maladies chroniques constituent désormais le principal moteur de la croissance des dépenses de santé : selon l'Assurance maladie, elles expliquent 71 % de l'augmentation des dépenses entre 2015 et 2023[3]. De même, entre 2019 et 2023, la hausse de leur prévalence résulte à la fois du vieillissement de la population (55 %) et d'une augmentation des pathologies chroniques à âge donné (45 %)[4]. À l'inverse, les progrès de la prévention et de la médecine prédictive pourraient favoriser un vieillissement en meilleure santé et limiter certains besoins de prise en charge.

Dès lors, si le vieillissement constitue une tendance démographique certaine, ses conséquences précises sur les besoins futurs de soins demeurent particulièrement difficiles à anticiper. L'évolution des comportements de recours aux soins, de l'état de santé de la population et des innovations médicales peut conduire à des trajectoires très différentes. Dans ces conditions, les projections démographiques ne permettent pas, à elles seules, de déterminer le volume futur d'actes médicaux, de prescriptions ou encore le nombre de praticiens à former ou à recruter.

S'il devrait augmenter les besoins en soins, le facteur du vieillissement comporte donc trop d'inconnues pour permettre une estimation à long terme du besoin en Padhue qui y est lié, y compris dans des spécialités déjà confrontées à des difficultés de recrutement comme la gériatrie où les Padhue représentent plus de 30 % des effectifs.

---

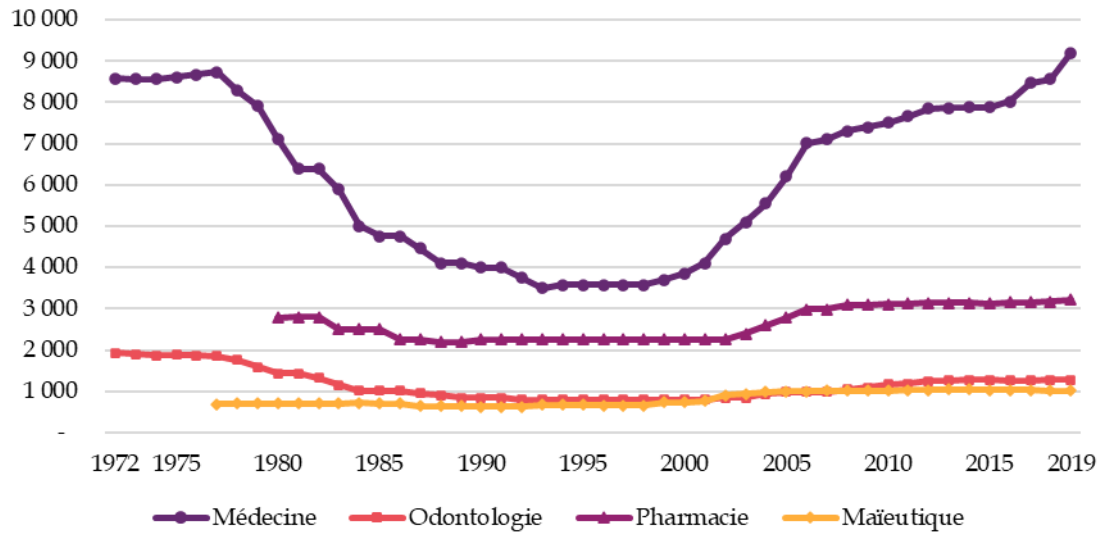
[1] *Caisse nationale d'assurance maladie,* Rapport charges et produits pour 2026 – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, *2025.*
[2] *Caisse nationale d'assurance maladie,* Rapport charges et produits pour 2026 – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, *2025.*
[3] *Caisse nationale d'assurance maladie,* Rapport charges et produits pour 2026 – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, *2025.*
[4] *Caisse nationale d'assurance maladie,* Rapport charges et produits pour 2026 – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, *2025.*

(2) Le nombre de professionnels de santé formés en France : un indicateur imparfait de prévision des besoins en Padhue

Le nombre de médecins formés en France est un facteur à prendre en considération pour toute estimation du besoin en Padhue à long terme.

Créé en 1971[1], le *numerus clausus* a permis de déterminer, par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'éducation nationale, annuellement le nombre d'étudiants reçus en filière de maïeutique, de médecine, d'odontologie et de pharmacie (MMOP). Le *numerus clausus*, initialement pensé pour prendre en compte les capacités de formation des hôpitaux, a été progressivement utilisé par le Gouvernement comme un outil de régulation des dépenses de santé, mais aussi de maintien des revenus des professionnels de santé[2]. D'où une baisse progressive du nombre d'étudiants reçus.

Évolution du *numerus clausus* national pourvu dans les filières MMOP entre 1972 et 2019



Source *: Commission des affaires sociales, d'après la Drees (2021)*

Entre sa création et les années 2000, le *numerus clausus* n'est pas piloté faute de projections chiffrées de la démographie médicale[3]. Dès 2002, le *numerus clausus* repart à la hausse face aux tensions dans l'accès aux soins, mais trop tardivement pour éviter l'accroissement des tensions dans l'accès aux soins.

[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] *Cour des comptes,* L'accès aux études de santé, *2024.*
[3] *Cour des comptes,* L'accès aux études de santé, *2024.*

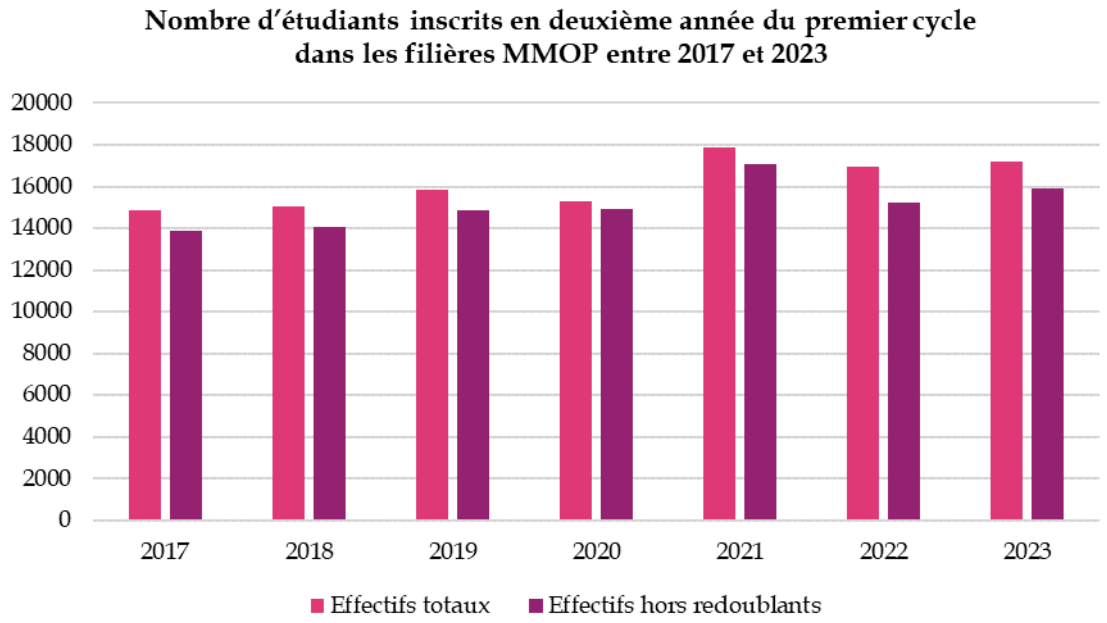
Contesté par les étudiants et accusé d'avoir fabriqué une pénurie de professionnels de santé, la loi « Buzyn » de 2019 remplace le *numerus clausus* par un *numerus apertus*[1]. Réformé par les lois « Valletoux »[2] et « Neuder »[3], ce dernier se distingue notamment du premier par les modalités de places ouvertes dans les filières MMOP. Les universités sont dorénavant chargées de déterminer leurs capacités d'accueil pour l'année à venir et la prospective pour les cinq années suivantes, en prenant en compte les objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle, objectifs fixés par les universités après avis conforme de l'ARS et du conseil territorial de santé (CTS), mais aussi après consultation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Ces objectifs prennent en compte les capacités de formation et les besoins en santé du territoire, le second critère étant prioritaire depuis 2023. Si la capacité d'accueil ouverte par l'université ne respecte pas ces objectifs, alors l'ARS ou le CTS peut inviter l'université à corriger cet écart.

Ce pilotage territorial s'inscrit lui-même dans un cadre national. L'État fixe tous les cinq ans des objectifs nationaux pluriannuels (ONP) relatifs au nombre de professionnels de santé à former afin de répondre aux besoins du système de santé, de réduire les inégalités d'accès aux soins et de favoriser l'insertion professionnelle des étudiants. Ces objectifs sont élaborés à partir des travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), qui coordonne une large concertation régionale et nationale associant ARS, collectivités, établissements de formation, professionnels de santé et représentants des étudiants. Les propositions issues de ces travaux alimentent ensuite une conférence nationale chargée de formuler les ONP aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur. Depuis un arrêté du 14 mai 2026, les objectifs nationaux pluriannuels constituent des seuils minimaux de formation d'étudiants[4].

Pour la période 2021-2025, les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former[5] prévoient une augmentation du nombre d'admis de 18 à 24 % en médecine, de 14 à 20 % en odontologie, de 7 à 9 % en pharmacie, et de 2 % à 5 % en maïeutique. Il ressort des travaux de la Cour des comptes, qu'**en moyenne, pour l'ensemble des filières MMOP, il y a une augmentation de 11 % du nombre d'admis depuis 2019.**

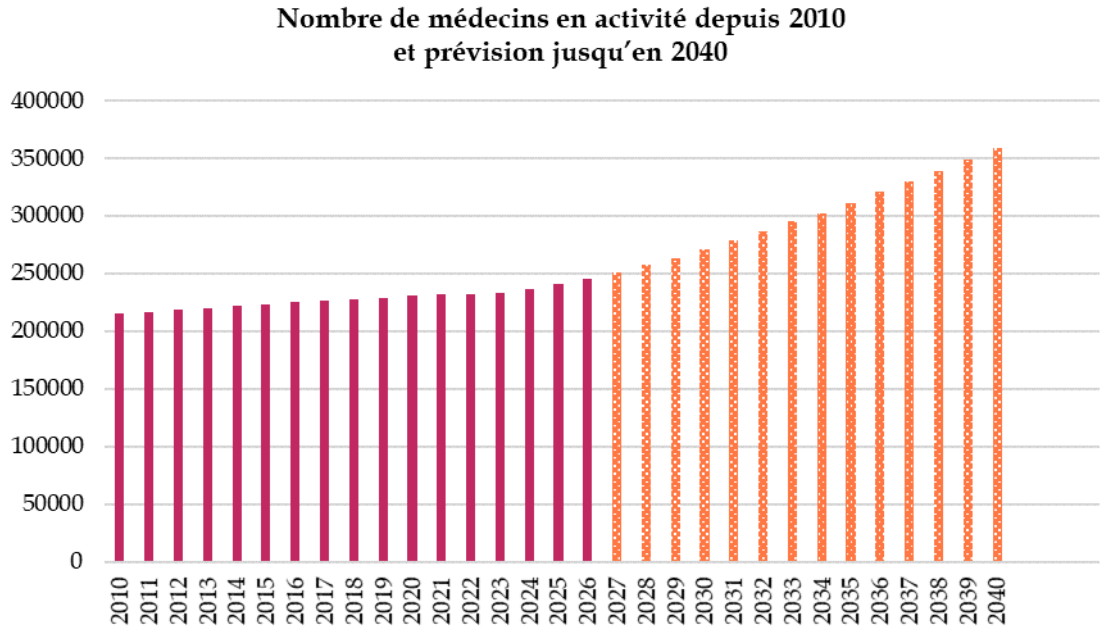
---

[1] *Art. 1er de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.*
[2] *Art. 22 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.*
[3] *Article 1er de la loi n° 2025-580 du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation.*
[4] *Arrêté du 7 mai 2026 portant modification des modalités de détermination des objectifs de professionnels de santé et des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former.*
[5] *Arrêté du 7 mai 2026 portant modification des modalités de détermination des objectifs de professionnels de santé et des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former.*



Source *: Commission des affaires sociales, d'après la Cour des comptes (2024)*

Cette politique devrait porter ses fruits avec une augmentation progressive du nombre de professionnels de santé. **Entre 2026 et 2040, le nombre de médecins ayant une activité devrait croître de 45,91 %, soit d'environ 112 000 médecins**[1].



Source *: Commission des affaires sociales, d'après le Cnom (2026)*

[1] *Conseil national de l'ordre des médecins,* La progression du nombre de médecins est au rendez-vous, *2026.*

Dès lors, **en prenant en compte cette augmentation, du nombre de professionnels de santé formés en France, les besoins en Padhue devraient en théorie se réduire**. **Pourtant, la mutation des profils de ces professionnels (heures travaillées, équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, refus des consultations à domicile, *etc.*), cumulée au vieillissement de la population, rend impossible d'utiliser ce facteur pour chiffrer le nombre de Padhue dont la France a besoin.**

(3) Le retour des professionnels de santé français formés dans l'Union européenne

Autre enjeu : le retour difficilement appréhendable des professionnels de santé formés dans l'Union européenne. Selon un sondage commandé par la Cour des comptes, environ 10 % des étudiants échouant à accéder aux filières MMOP continuent leurs études à l'étranger afin de bénéficier de la reconnaissance européenne des diplômes. Sur les 1 600 étudiants concernés tous les ans, 59 % font des études de médecine, 14 % des études d'odontologie, 11 % des études de pharmacie et 8 % des études de maïeutique, le reste ayant fait le choix d'une autre filière[1]. Les principaux pays d'accueil sont l'Espagne (20 % des étudiants partis à l'étranger), la Roumanie (18 %), la Belgique (18 %) et le Portugal (8 %)[2]. S'il est probable que ces étudiants aient un souhait de revenir en France une fois leur diplôme obtenu, il n'existe aucune estimation du nombre d'étudiants français actuellement formés au sein de l'Union européenne et, *a fortiori*, de la part d'entre eux qui souhaiteraient revenir en France. Le seul indicateur à disposition, bien qu'imparfait, est celui du nombre de médecins ayant une activité régulière inscrits à l'ordre avec un diplôme étranger mais obtenu au sein de l'Union européenne qui est passé d'environ 7 000 à 14 000 entre 2010 et 2026[3].

Si la cohorte de professionnels de santé français formés dans l'Union européenne revenait, les besoins en Padhue seraient immédiatement réduits, mais ce facteur n'est pas prévisible.

(4) L'évolution des pratiques des professions de santé et l'organisation du système de santé : un facteur de productivité à prendre en considération

Dernier facteur ayant une influence sur les besoins en Padhue à moyen terme : l'évolution des pratiques des professions de santé et l'organisation du système de santé.

---

[1] *Cour des comptes,* L'accès aux études de santé, *2024.*
[2] *Cour des comptes,* L'accès aux études de santé, *2024.*
[3] *Conseil national de l'ordre des médecins,* Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1er janvier 2026, *2026, et réponse au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

D'une part, **l'évolution des pratiques professionnelles des médecins constitue un facteur d'incertitude supplémentaire dans l'évaluation des besoins futurs en Padhue. À effectif constant, une variation du temps médical effectivement disponible peut en effet accroître ou réduire les tensions sur l'offre de soins**. Or, les données disponibles ne permettent pas de déterminer avec précision si les nouvelles générations de médecins travaillent davantage ou moins que leurs aînés, ni dans quelle mesure leurs modalités d'exercice ont évolué. En 2025, le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Collège de la médecine générale ont publié les résultats d'une enquête consacrée à l'activité réelle des médecins généralistes. Les praticiens interrogés déclaraient travailler en moyenne 8,2 demi-journées par semaine[1]. Ce chiffre s'élevait à 8,1 demi-journées pour les médecins de moins de 40 ans et à 8,9 demi-journées pour ceux de plus de 60 ans. Toutefois, ces données demeurent insuffisantes pour apprécier l'évolution réelle du temps médical disponible. L'enquête ne renseigne ni l'amplitude horaire des demi-journées déclarées, ni le nombre de patients pris en charge ou de consultations réalisées par heure de travail.

Conscient de ces lacunes, le Premier ministre a annoncé une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'Inspection générale des finances (IGF) chargée d'objectiver le temps médical réellement disponible. Tant que ces éléments ne seront pas connus avec davantage de précision, il restera délicat d'évaluer les besoins futurs en médecins.

D'autre part, **l'extension des compétences de certaines professions de santé ou paramédicales pourrait réduire les besoins en Padhue à effectifs constants.**

L'ophtalmologie est un parfait exemple d'une amélioration de l'accès aux soins à effectif médical quasi-constant, grâce à une montée en compétence des orthoptistes et des opticiens. 85 % des ophtalmologistes sont ainsi aidés dans leur travail[2]. Le résultat est sans appel : entre 2017 et 2025, à effectifs quasi-constants, les délais de consultation ont été divisés par deux, passant de 43 à 21 jours en moyenne[3]. La réorganisation de la filière a permis de libérer du temps médical disponible et une concentration de ce temps médical sur les actes complexes pour lesquels l'ophtalmologiste a une forte valeur ajoutée.

L'accès aux soins dépend autant des modes d'organisation que des effectifs. Des gains de temps médical par les modes d'organisation sont encore largement atteignables. Comme le rappelle la Cour des comptes, au Danemark, les renouvellements simples d'ordonnances peuvent intervenir par le biais de consultations de messageries, libérant des consultations[4].

---

[1] *« Les jeunes travaillent moins que leurs aînés… mais pas tant que ça »*, Le Quotidien du médecin, *2025.*
[2] *Fondation Jean Jaurès,* Cartes de France 2026 de l'accès aux soins, *2026.*
[3] *Syndicat National des Ophtalmologistes de France,* Quels délais pour obtenir un RDV chez un ophtalmologiste en France ?, *2025.*
[4] *Cour des comptes,* Les téléconsultations. Une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins, *2025.*

Dès lors, la commission des affaires sociales estime que toute estimation pluriannuelle ou à long terme des besoins en Padhue, même si elle est souhaitable, n'est pas réaliste et ne pourrait être mise en œuvre sans objectivation des facteurs structurels et de long terme de l'accès aux soins.

II. RENFORCER LA TRANSPARENCE ET LA SÉCURISATION DES PARCOURS POUR LES PRATICIENS COMME POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A. CONSTRUIRE UN PARCOURS LISIBLE ET PRÉVISIBLE POUR TOUS LES ACTEURS

1. Mieux informer les praticiens et les établissements employeurs

Les statuts des Padhue sont complexes, tant en termes de parcours humain qu'en termes administratifs.

a) Un empilement technocratique de normes pour un droit devenu illisible

Le droit applicable aux Padhue est devenu illisible et donc mal appliqué par les différents acteurs.

Premièrement, la multiplication des statuts est un facteur de complexité. Sept statuts de Padhue coexistent : trois pour la formation (stagiaire associé, faisant fonction d'interne, *fellowship*) et quatre pour l'exercice (praticien associé, praticien associé contractuel temporaire, outre-mer, et « stock » en cours d'extinction). Pourtant, les différences entre eux sont plus que subtiles. Ainsi, la seule différence entre *fellowship* et un stagiaire associé réside dans le fait que le premier passe par une autorisation temporaire d'exercice dans le cadre d'une convention de coopération internationale, quand le second recourt à un stage dans le cadre d'une convention de coopération internationale. Tout le reste du droit est rigoureusement le même (missions, exercice par délégation, durée du temps, durée de la convention, *etc.*). Si la différence est ténue, le vocabulaire l'est également puisque *fellowship* signifie en français stage *post*-doctorat, soit l'équivalent du faisant fonction d'interne dans le cadre d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) mais avec une procédure encore différente qui peut également avoir lieu dans le cadre d'une convention de coopération internationale.

Deuxièmement, la complexité du droit résulte de l'architecture même du droit applicable. Les dispositions concernant les Padhue sont **dispersées entre de multiples niveaux normatifs**. Elles figurent à la fois dans la partie législative du code de la santé publique, dans plusieurs sections réglementaires du même code, dans des normes réglementaires non codifiées[1], ainsi que dans des instructions ministérielles[2]. Cette dispersion est renforcée par une organisation du code qui ne distingue pas clairement les règles applicables à chaque statut. À cette dispersion s'ajoute une technique de rédaction reposant largement sur des renvois entre statuts. De nombreuses dispositions rendent applicables aux Padhue des règles initialement conçues pour d'autres catégories de praticiens ou d'étudiants, parfois avec des exceptions ou des adaptations. **Cette accumulation de renvois successifs nuit à l'intelligibilité du droit et favorise l'apparition d'incohérences rédactionnelles ou d'erreurs de coordination**. Il est également étonnant de constater que des décrets d'application, qui sont codifiés, renvoient à des arrêtés ou décrets visant à préciser les modalités d'application du décret[3].

Troisièmement, le droit applicable ne distingue que rarement les acteurs réellement compétents dans une situation donnée. Il se cantonne à énoncer des acteurs pouvant être compétents, sans distinguer les cas dans lesquels chacun est compétent. Cette écriture du droit empêche la bonne appréhension par chaque acteur de sa propre compétence et responsabilité, mais aussi l'appréhension par chaque acteur de la compétence des autres. L'article R. 6152-904 sur le suivi des praticiens associés durant le PCC est un exemple criant d'illisibilité des compétences pour les acteurs : « *Pour effectuer leur parcours de consolidation des compétences ou leur stage d'adaptation, les praticiens associés sont affectés dans un établissement de santé, selon le cas, par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ou par le directeur général de l'agence régionale de santé* ». Il conviendrait donc de se rapprocher de l'écriture de l'article R. 4111-13-8-9 du code de la santé publique qui prévoit les situations spécifiques de compétence par acteur. L'article R. 6153-44 du code de la santé publique sur le statut de faisant fonction d'interne illustre l'ensemble de ces points avec des renvois multiples et des erreurs matérielles.

---

[1] *Par exemple, l'arrêté du 9 juillet 2021 portant modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique, ou l'arrêté du 3 août 2010 relatif au diplôme de formation médicale spécialisée et au diplôme de formation médicale spécialisée approfondi.*

[2] *Par exemple, l'instruction n° DGOS/RH2/2025/107 du 30 juillet 2025 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant d'autoriser l'exercice de certains praticiens étrangers des professions médicales et de la pharmacie ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (Padhue).*

[3] *Art. R. 6152-943 du code de la santé publique.*

En dernier lieu, le vocabulaire employé contribue lui aussi à entretenir la confusion. Certains dispositifs juridiquement distincts sont désignés par des appellations extrêmement proches, construites autour de notions synonymes, sans que leur dénomination permette d'en comprendre immédiatement la portée ou les bénéficiaires. À titre d'exemple, le droit distingue l'autorisation temporaire d'exercice de l'autorisation d'exercice provisoire, alors même que ces deux expressions renvoient à des régimes différents. Cette distinction n'est pas intuitive et ne peut être comprise qu'au prix d'une analyse approfondie des textes. De manière révélatrice, un praticien associé contractuel temporaire ne relève pas du régime de l'autorisation temporaire d'exercice mais de celui de l'autorisation d'exercice provisoire, malgré une terminologie qui pourrait laisser penser le contraire. Le choix de dénominations aussi proches pour désigner des mécanismes distincts nuit à l'intelligibilité du droit. Les réponses aux questionnaires adressés par la commission démontrent que ces différences ne sont pas toujours correctement appréhendées par les administrations, les établissements de santé et les praticiens eux-mêmes. Cette difficulté est d'autant plus marquée que les Padhue constituent un public dont la langue française n'est pas nécessairement la langue maternelle. Même pour un lecteur francophone, ces subtilités terminologiques apparaissent peu lisibles et contribuent à rendre le dispositif particulièrement difficile à appréhender.

Cette complexité conduit mécaniquement à des interprétations et des applications divergentes du droit, mais aussi à des dévoiements par erreur de dispositifs.

Recommandation n° 4 : codifier l'ensemble du droit applicable aux Padhue, avec une architecture normative par statut et une rationalisation du nombre de statuts de Padhue en formation.

b) Un site du CNG peu pédagogue et mal construit

Dans cette jungle administrative, le site du CNG devrait constituer une boussole, permettant aux praticiens, aux établissements de santé et aux administrations de s'orienter dans les différentes procédures. **Or, les informations actuellement disponibles ne permettent pas toujours d'appréhender facilement les différents parcours existants**.

L'architecture du site ne distingue pas clairement les dispositifs applicables aux Padhue de ceux concernant les étudiants ou les professionnels diplômés en France ou dans un autre État membre de l'Union européenne. Les rubriques se divisent par étape des procédures et par statut. Dès lors, la consultation des différentes rubriques suppose souvent une connaissance préalable des statuts existants et des procédures associées. Le site apparaît davantage comme un recueil mal agencé d'informations administratives que comme un véritable guide destiné à accompagner les praticiens dans leurs démarches. Il est étonnant de constater que certains statuts ne sont pas explicités, voire pas mentionnés. Le site aurait notamment pu proposer des schémas par statut mais aussi un questionnaire à destination des Padhue afin de les orienter entre les différents dispositifs auxquels ils sont éligibles.

La page dédiée aux EVC illustre également cette difficulté à faire apparaître les informations de façon cohérente et pédagogique. Apparaissent en premier les pages des dernières sessions des EVC, tandis que les modalités d'organisation de ces épreuves (éligibilité, durée, programme, dossier d'inscription, *etc.*) sont reléguées au bas de la page. Un site ergonomique aurait proposé des renvois vers les différentes sessions sur le côté droit et mis au premier plan les modalités d'organisation des EVC.

De même, les pages consacrées à certains publics spécifiques, notamment les réfugiés, se limitent parfois à la mise à disposition de documents téléchargeables sans proposer de présentation synthétique des démarches à accomplir ou des dispositifs existants.

À cet égard, certaines initiatives développées par des agences régionales de santé montrent qu'une information plus pédagogique et davantage centrée sur les parcours des praticiens est possible. Ces exemples pourraient utilement inspirer l'évolution des outils mis à disposition au niveau national.

Recommandation n° 5 : réorganiser le site du Centre national de gestion, avec une rubrique dédiée aux Padhue, une présentation de tous les statuts et du droit applicable et des guides pratiques à destination des praticiens et des établissements employeurs.

2. Rendre les EVC plus transparentes et plus prévisibles

a) En dépit de sujets réalisés par des pairs, un désaccord profond sur le niveau des épreuves entre professionnels de santé et administrations

(1) L'élaboration des sujets

Les épreuves de vérification des connaissances se décomposent en deux parties : une partie théorique et une partie pratique[1]. Les candidats à la voie interne sont soumis à la seule partie théorique[2], sous la forme d'un questionnaire à choix multiples (QCM), la pratique étant considérée comme acquise par leur expérience et la validation du niveau par le chef de service et le président du CME.

Pour chaque spécialité, un jury national, composé de praticiens de la spécialité et d'un président exerçant à la fois des fonctions hospitalières et des fonctions d'enseignement, élabore les sujets, propose une grille de correction et corrige les épreuves[3].

Tous les sujets sont élaborés à partir du programme du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaires français de la spécialité[4]. Le jury de conception est composé du président du jury ainsi que de trois professionnels hospitalo-universitaires, qu'ils soient professeurs des universités - praticien hospitalier (PU-PH) ou maîtres de conférences des universités - praticien hospitalier (MCU-PH).

Pour la voie interne, le QCM prend la forme de 40 questions à raison d'un point par question avec cinq possibilités de réponse. Il n'y a pas de point négatif, une mauvaise réponse apportant zéro point. La correction est, en l'espèce, automatisée[5].

Pour la voie externe, l'épreuve théorique comme l'épreuve pratique sont des épreuves rédactionnelles, c'est-à-dire des questions à réponse courte. Les deux épreuves, notées chacune sur 100 points, ont un coefficient de 1. Là encore, aucun point négatif n'existe pour une mauvaise réponse. Il ne peut être recouru aux décimales[6].

Les copies sont corrigées par deux correcteurs différents. Toute note inférieure ou égale à six vaut élimination.

---

[1] *Art. D. 4111-1 du code de la santé publique.*
[2] *Art. D. 4111-1 du code de la santé publique.*
[3] *Art. D. 4111-2 du code de la santé publique.*
[4] *Réponse du Conseil national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[5] *Réponse du Conseil national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[6] *Réponse du Conseil national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

(2) Un désaccord sur le niveau des sujets

Si les sujets sont élaborés par des pairs, il apparaît **des divergences d'appréciation fondamentales sur le niveau de ces épreuves.**

Selon les ordres des différentes professions de santé, le niveau des EVC est relativement bas et n'est nullement comparable au niveau demandé aux internes lors des épreuves classantes nationales (ECN).

Parmi les principales critiques formulées par les ordres et les doyens figure l'absence de hiérarchisation des questions selon leur caractère fondamental ou complémentaire. En effet, à l'inverse des ECN ayant des questions de rang A et des questions de rang B, toutes les questions des EVC sont valorisées de manière équivalente, sans pondération tenant compte de leur importance pour l'exercice professionnel. Ainsi, une erreur portant sur une connaissance jugée fondamentale peut être compensée par de bonnes réponses à des questions plus accessoires, sans entraîner d'élimination ni de pénalisation particulière du candidat. Cette situation est considérée par plusieurs acteurs comme insuffisamment discriminante au regard des compétences indispensables à l'exercice de la profession. Distinguer des questions de rang A et de rang B, le cas échéant avec certaines questions éliminatoires, permettrait de s'assurer que les connaissances fondamentales sont maîtrisées par le candidat.

Par ailleurs, l'absence d'identification claire des connaissances fondamentales nuit à la lisibilité des épreuves pour les candidats eux-mêmes. Ceux-ci ne disposent pas d'indications précises sur les savoirs considérés comme indispensables et sur les connaissances qui seront particulièrement attendues lors des EVC.

Les syndicats de Padhue et les administrations considèrent quant à eux que le niveau des EVC est élevé. Selon les syndicats, le niveau des EVC n'est pas calibré pour des praticiens ayant déjà un travail à temps plein et ayant donc un temps limité pour réviser ces épreuves. Ils insistent notamment sur la difficulté rencontrée par les praticiens exerçant déjà en France qui, du fait de la précarité de leur statut et de la faible dotation en effectifs médicaux de leur établissement, multiplient les heures et les gardes, empiétant sur le temps de révision. Selon Ipadecc, syndicat de Padhue, les EVC sont caractérisés par une « *sélectivité extrêmement élevée* »[1], notamment pour la voie externe avec 440 postes ouverts pour 4 040 participants sur la session 2025[2]. Avec 438 lauréats, le taux de reçus a ainsi été de 10,8 %.

[1] *Réponse d'Ipadecc au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse du Centre national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Dernier élément de désaccord : le niveau de français exigible pour passer les EVC. Selon les ordres, le niveau B2 exigé[1] pour passer les EVC n'est pas suffisant pour échanger avec les patients en toute fluidité. Les EVC, prenant soit la forme d'un QCM, soit de questions à réponse courte, ne permettent pas non plus d'appréhender le niveau de français d'un candidat.

Si **la commission des affaires sociales estime que la réussite aux EVC préalablement à tout recrutement constituerait, en théorie, la solution la plus satisfaisante pour garantir un niveau de qualification homogène de l'ensemble des Padhue, quel que soit leur statut d'exercice, une telle évolution apparaît difficilement envisageable à court terme.** Sa mise en œuvre soulèverait en effet d'importantes difficultés opérationnelles. En outre, dans un contexte marqué par des tensions de recrutement, une telle réforme pourrait complexifier les recrutements. Pire, cette solution pourrait recréer un « stock » de Padhue, embauchés illégalement par les établissements afin de répondre à la pénurie.

Une réflexion devrait, par ailleurs, être opérée sur le niveau de français à justifier avant de présenter les EVC, notamment en psychiatrie ou en gériatrie.

b) Un nombre de postes ouverts, un taux et des niveaux d'admission variables et jugés opaques, définis souverainement par les jurys, et objets de frustration

La définition du nombre de postes ouverts, le taux et le niveau d'admission sont jugés opaques, renforçant la frustration de l'ensemble des acteurs qu'ils soient Padhue, internes, ordres ou établissements de santé.

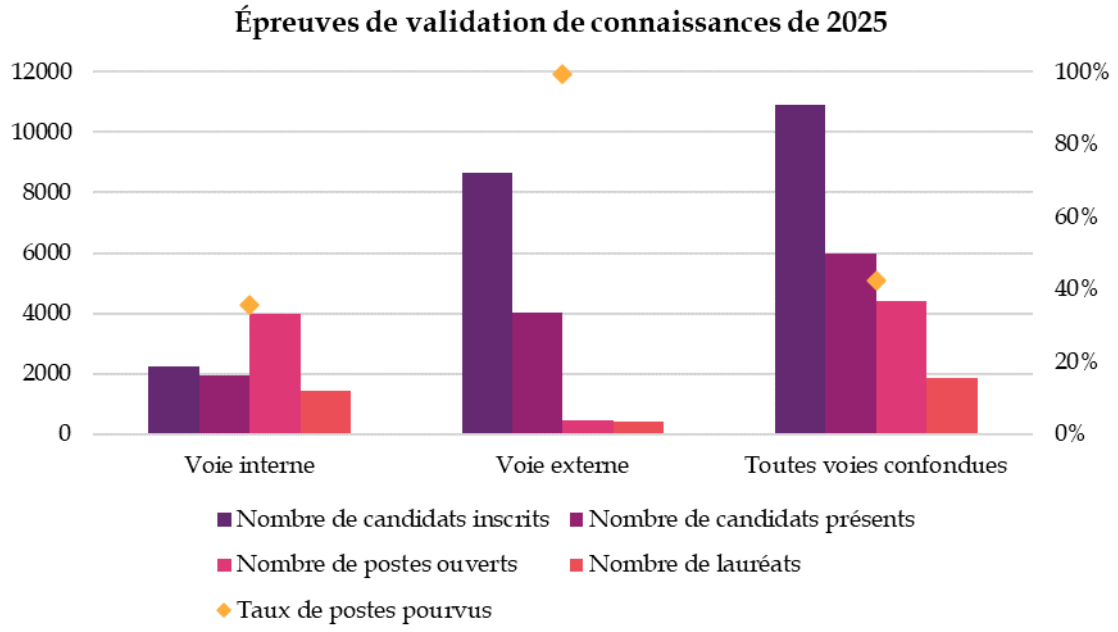
(1) Le nombre de postes ouverts et leur répartition entre la voie interne et la voie externe : une procédure jugée opaque et aux résultats décevants

La procédure d'ouverture de postes est jugée opaque par les syndicats de Padhue, les ordres mais aussi les fédérations hospitalières (*cf. I.B.3.a*). Cette absence de lisibilité alimente l'incompréhension et la frustration de l'ensemble des parties prenantes.

La session 2025 des EVC illustre particulièrement cette difficulté. Si le nombre de postes ouverts pour la liste A de la voie externe et la voie interne est en augmentation, la répartition des postes ouverts entre ces deux voies a été largement critiquée tant pour l'opacité des critères ayant conduit à cette répartition que pour les résultats que cette répartition a engendrés. En effet, **sur 4 440 postes ouverts, 4 000 ont été fléchés pour la voie interne et 440 pour la voie externe, suscitant une incompréhension**.

[1] *Arrêté du 27 octobre 2014 relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française et à la composition du dossier pour l'application des articles L. 4111-2-I et I bis, L. 4221-12 et L. 4221-9 du code de la santé publique.*

Cette incompréhension s'est transformée en frustration lorsque le nombre de candidats a laissé apparaître une erreur majeure de calibrage entre les deux filières, alors même que le nombre de postes ouverts n'est pas fongible entre elles deux. **Avec 1 935 candidats présents pour 4 000 postes ouverts, la voie interne a 2,06 postes ouverts par candidat présent contre 0,1 poste ouvert par candidat pour la voie externe**. Ainsi, avec 1 425 lauréats pour 4 000 postes ouverts, le taux de postes pourvus pour la voie interne est de 36 % contre 99,5 % pour la voie externe. **Au total, seuls 42 % des postes ouverts ont été pourvus faute de candidats à la voie interne et de fongibilité entre les postes ouverts pour la voie et ceux de la voie externe**.



Source *: Commission des affaires sociales, d'après le CNG (2026)*

S'il est vrai que « *le taux de réussite des candidats ayant présenté la voie interne, de 74 %, est ainsi nettement supérieur au taux de réussite constaté lors des EVC des années précédentes* »[1], témoignant d'un bon niveau des candidats passant l'interne, il convient de relever que seuls 36 % des postes ont été pourvus.

Le CNG reconnaît que « *le calibrage de la voie externe a été vécu comme sous-dimensionné* »[2]. La Fédération des praticiens de santé souligne que « *400 postes à concourir par voie externe fut une énorme surprise pour tout le monde et [la répartition semblait] totalement disproportionnée* »[3].

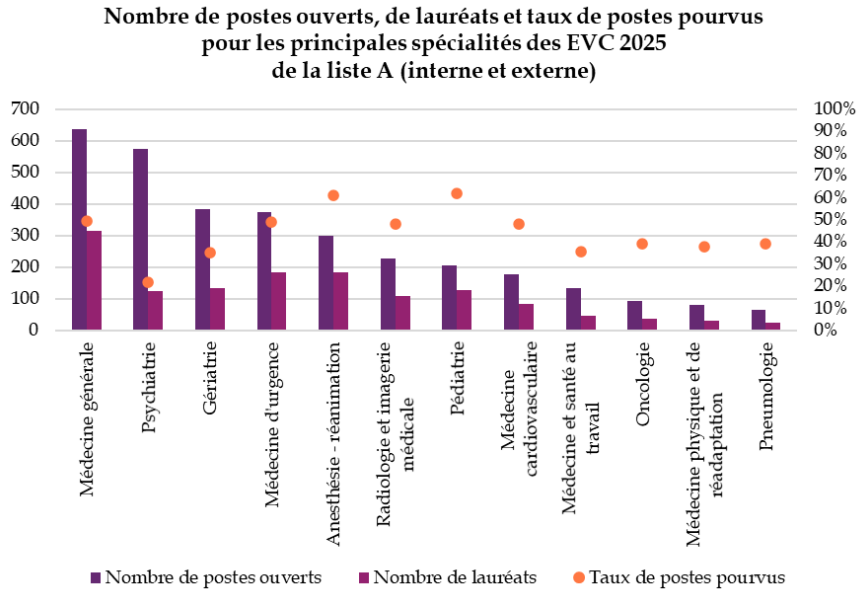
[1] *Réponse de la Direction générale de l'offre de soins au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse du Conseil national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[3] *Réponse de la Fédération des praticiens de santé au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Ce déséquilibre entre les deux filières s'explique par trois facteurs principaux. D'une part, selon le CNG, « *le calibrage des postes est […] complexe compte tenu de l'inexistence d'une gestion nationale des Padhue permettant de disposer d'un recensement exhaustif des contractuels en postes dans les établissements* »[1]. Cette **absence de chiffrage** a été développée dans la partie I.B.3.a. D'autre part, le nombre de candidats a été réduit du fait de deux facteurs selon la DGOS et les syndicats des Padhue.

En premier lieu, des « *candidats potentiels n'ont pas réussi à obtenir une autorisation d'exercice [provisoire] dans les délais impartis, ce qui n'a pas permis une inscription au concours interne* »[2]. Dès lors, **les candidats, dont la candidature a été jugée irrecevable en voie interne, ont été transférés en voie externe**. Ce problème administratif démontre une absence de pilotage et de concertation entre les différentes administrations, en partie liée à la complexité du droit et à une dilution des responsabilités par la multiplication des acteurs compétents. En second lieu, **la limite à quatre tentatives pour les EVC a pu conduire certains Padhue à attendre pour passer ce concours**, par crainte de ne pas le réussir.

Concrètement, cette erreur de calibrage créera des difficultés pour les établissements qui avaient des besoins en recrutement qui ne seront pas pourvus par des praticiens associés, mais probablement par des FFI, des stagiaires associés ou des Pact dont le niveau n'est pas contrôlé par des EVC.

Si des difficultés sont engendrées par cette erreur de répartition entre voie interne et voie externe, **la commission soutient toutefois la logique de favoriser la voie interne afin de permettre à des praticiens exerçant déjà en France et connaissant le système de santé français de s'installer dans la durée.**



***Source** : Commission des affaires sociales, d'après le CNG (2026)*

[1] *Réponse du Conseil national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse de la Direction générale de l'offre de soins au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Recommandation n° 6 : clarifier et rendre transparents les demandes d'ouverture de postes, ainsi que les critères de sélection et de détermination du nombre de postes ouverts et de leur lieu d'ouverture.

Recommandation n° 7 : allonger la durée maximale du statut de praticien associé contractuel temporaire (Pact) à trois périodes de treize mois et leur octroyer un droit à la formation qui soit financé par les ARS, afin de laisser aux Padhue exerçant dans un établissement de santé le temps nécessaire pour préparer les épreuves de vérification des connaissances (EVC) dans des conditions satisfaisantes.

Recommandation n° 8 : mettre en place un classement des questions posées lors des EVC avec, comme pour les épreuves classantes nationales, un rang A pour les points fondamentaux du programme, et un rang B pour les points considérés comme plus accessoires.

(2) Un niveau d'admission très variable selon les spécialités

(a) Un niveau d'admission variable, reflétant des situations spécifiques

Le niveau d'admission, variable selon les spécialités et les jurys, est également un facteur de frustration et d'incompréhension pour les candidats. Si 18 spécialités ont fixé leur barre d'admission entre 10 et 11, répondant à une invitation de la DGOS et du CNG, d'autres spécialités refusent encore de placer leur barre d'admission à ce niveau.

Toutefois, comme le relève le CNG, **une barre d'admission élevée peut révéler deux situations différentes** :

• un **épuisement ou quasi-épuisement des postes à pourvoir avec un dernier admis ayant une moyenne élevée** (par exemple, en dermatologie avec six postes pourvus sur sept et un dernier admis à 13,19/20 ou en médecine légale avec trois postes pourvus sur trois et un dernier admis à 13,32/20) ;

• un **non-épuisement des postes à pourvoir mais une barre d'admission élevée** (par exemple, en chirurgie thoracique avec un poste pourvu sur neuf et un dernier admis à 14,66/20).

Les syndicats de Padhue dénoncent, en conséquence, une grande variabilité de la barre d'admission, sans que celle-ci soit toujours justifiée par un épuisement des places à pourvoir.

Pour autant, il convient de noter qu'hormis des invitations, la DGOS et le CNG ne disposent d'aucun pouvoir pour imposer aux jurys de chaque spécialité de s'approcher d'une barre d'admission à 10/20 lorsque tous les postes ne sont pas pourvus, les jurys restant souverains.

(b) Principe d'égalité et barre d'admission

La barre d'admission a également été un sujet arbitré par la justice administrative. Le tribunal administratif de Paris a partiellement annulé les résultats des EVC 2023 et 2024[1] en raison des modalités de fixation des seuils d'admission applicables aux listes A et B. Pour mémoire, la liste B est réservée aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de la protection subsidiaire et est un examen sans quota. Le tribunal a considéré que le principe d'égalité faisait obstacle à ce que le jury fixe, pour des postes relevant d'une même spécialité, un seuil d'admission plus élevé pour les candidats de la liste A que pour ceux de la liste B lorsque des postes demeurent vacants dans la liste A. En effet, dans une telle situation, des candidats de la liste A obtenant une note supérieure ou égale au seuil retenu pour la liste B se trouvent écartés alors même que des postes restent à pourvoir.

« *Il est loisible au jury d'un concours ou d'un examen, dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation des mérites des candidats, d'arrêter, après examen des résultats des épreuves, un seuil d'admission […] En outre, il résulte […] que la note minimale exigée pour l'admission doit être fixée de manière unique par le jury pour les deux listes et que seul l'épuisement du nombre de postes ouverts au concours de la liste A peut conduire à ce que le dernier admis de la liste A ait une moyenne supérieure à cette note et, partant, à celle obtenue par le dernier admis sur la liste B. Par ailleurs, le jury restant souverain pour apprécier la valeur des candidats, il lui est également loisible de ne pas pourvoir l'ensemble des postes ouverts au concours.* »[2]

Le tribunal, dans sa décision, précise donc que si barre d'admission il y a, celle-ci doit être commune entre la liste A et la liste B, sauf si la différence se justifie par l'épuisement du nombre de postes ouverts pour la liste A.

Compte tenu des critiques récurrentes portant sur l'opacité des modalités de correction et d'admission aux EVC, ainsi que des difficultés rencontrées par des praticiens déjà en exercice pour préparer un concours particulièrement sélectif, la commission des affaires sociales estime qu'une évolution du dispositif applicable à la voie interne mérite d'être envisagée.

Dans cette perspective, **la commission propose de substituer au concours interne un examen reposant sur un seuil d'admission défini à l'avance pour chaque spécialité**. Cette évolution a été adoptée, en première lecture, en octobre 2025, au Sénat, dans la proposition de loi dite « Mouiller »[3]. Cette réforme permettrait de rendre les attentes plus lisibles et de renforcer la prévisibilité de la procédure pour les candidats. Afin de garantir un niveau d'exigence suffisant, les questions pourraient en outre être hiérarchisées selon leur caractère fondamental ou complémentaire (*cf II.A.2.b.1*).

---

[1] *Tribunal administratif de Paris, décision du 11 juillet 2025.*
[2] *Tribunal administratif de Paris, décision du 11 juillet 2025.*
[3] *Art. 8, tel que modifié par l'amendement n° 112 du Gouvernement en séance, de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires (n° 118, 2024-2025).*

La commission est toutefois consciente qu'**un tel système pourrait conduire à admettre un nombre de candidats supérieur aux capacités d'accueil disponibles** pour les parcours de consolidation des compétences (PCC). Pour prévenir cette difficulté, **elle recommande la création d'une liste d'aptitude nationale valable pendant deux ans**. L'inscription sur cette liste attesterait de la réussite à l'examen sans ouvrir immédiatement un droit à l'entrée en PCC. Les lauréats pourraient, durant cette période, postuler auprès des établissements de santé proposant des postes en PCC. Ce mécanisme permettrait d'absorber progressivement un éventuel surplus de lauréats tout en garantissant que l'accès au PCC demeure conditionné à l'existence de capacités d'accueil effectives. Il offrirait ainsi une meilleure visibilité aux candidats sans remettre en cause les contraintes de formation et d'encadrement des établissements.

La commission relève néanmoins que ce dispositif ne produira les effets attendus qu'à certaines conditions. D'une part, la liste d'aptitude ne devra pas devenir une file d'attente durable, au risque de recréer une forme d'incertitude. Son efficacité suppose donc un écoulement rapide des lauréats vers les postes de PCC disponibles et, le cas échéant, une augmentation de ces postes. D'autre part, la transformation d'un concours en examen n'exclut pas la volonté de maintenir un niveau élevé de sélectivité en augmentant la difficulté des sujets ou en rehaussant les exigences de correction.

Dès lors, la réussite de cette réforme repose moins sur le changement de nature juridique de l'épreuve que sur l'amélioration de sa transparence. La définition explicite des connaissances attendues, la hiérarchisation des questions, la lisibilité des critères d'admission et une meilleure visibilité sur les débouchés en PCC apparaissent comme les principaux leviers susceptibles de rendre le dispositif plus compréhensible et plus prévisible pour les candidats.

Recommandation n° 9 : substituer au concours interne un examen interne, pour lequel les moyennes d'admission seraient fixées en amont et créer une liste d'aptitude valable deux ans, afin d'améliorer l'appariement.

3. Formaliser les attendus et le déroulement du PCC, pour en faire une véritable phase de professionnalisation

Le parcours de consolidation de compétences souffre d'un défaut de clarté, tant dans ses attendus que dans son déroulement.

a) L'affectation des Padhue dans les établissements de santé et leur suivi : un rôle incertain des acteurs

Les modalités d'affectation des lauréats des EVC ont profondément évolué au cours des dernières années. Jusqu'à la session 2021, les praticiens admis devaient eux-mêmes rechercher l'établissement dans lequel ils effectueraient leur stage rémunéré, alors d'une durée de trois ans. Désormais, **les lauréats ont accès à une plateforme recensant les postes ouverts au titre du PCC et peuvent y formuler des vœux d'affectation**. Ils disposent de six mois pour obtenir un poste, puis de deux mois pour rejoindre leur établissement une fois leur candidature validée. Ce dispositif semble relativement efficace puisque, lors de la session 2025, près de 80 % des lauréats avaient trouvé un poste dans les deux premières semaines suivant l'ouverture de la procédure.

Malgré cette amélioration, la **répartition des responsabilités entre le CNG et les ARS demeure mal comprise par les acteurs de terrain**. L'article R. 6152-904 du code de la santé publique prévoit que « *les praticiens associés sont affectés dans un établissement de santé, selon le cas, par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ou par le directeur général de l'agence régionale de santé* ». Toutefois, les fédérations hospitalières, les ordres, tout comme les syndicats de Padhue relèvent un manque de lisibilité dans le partage des compétences entre ces deux administrations, tant pour l'affectation initiale que pour le suivi des praticiens au cours de leur PCC.

Selon le CNG, les ARS sont compétentes pour la procédure, aujourd'hui en cours d'extinction, de régularisation des Padhue « stock », tandis que le CNG assure la gestion des lauréats des EVC. La directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire précise que « *durant la phase de parcours de consolidation des compétences (PCC), le suivi est plus structuré du fait du processus d'affectation assuré par le CNG en lien avec les ARS. Les agences savent alors quel Padhue est affecté dans quel établissement, ce qui permet un accompagnement plus étroit des parcours, notamment en lien avec les directions hospitalières lorsqu'interviennent des demandes de raccourcissement ou d'adaptation du PCC* »[1].

Pourtant, cette répartition des rôles apparaît insuffisamment explicitée, tout comme le contenu même de ces rôles. Comme le relève la Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers (CH) : « *Il existe un besoin de clarification du cadre, notamment quant au rôle et au positionnement respectif du CNG et des ARS dans l'attribution et le suivi des affectations* »[2]. **La commission recommande donc de clarifier les compétences entre les ARS et le CNG dans l'affectation et le suivi des Padhue**.

---

[1] *Réponse de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

[2] *Réponse de la Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Les difficultés de recrutement d'Unicancer

La commission des affaires sociales a été alertée par Unicancer sur plusieurs difficultés rencontrées par les centres de lutte contre le cancer dans le recrutement de Padhue. Cette situation apparaît d'autant plus paradoxale que les centres de lutte contre le cancer participent pleinement au service public hospitalier et constituent des acteurs majeurs de la prise en charge des patients atteints de cancer.

En l'état du droit, **lorsqu'un lauréat des EVC souhaite effectuer son PCC dans un centre de lutte contre le cancer, il ne peut être directement affecté dans cet établissement**. Il est d'abord affecté au centre hospitalier universitaire de la subdivision concernée, avant d'être mis à disposition du centre de lutte contre le cancer au moyen d'une convention conclue entre les deux établissements. Ainsi, alors même que le praticien associé et le centre de lutte contre le cancer souhaitent travailler ensemble, leur relation est juridiquement médiatisée par le CHU de rattachement. Cette organisation introduit une étape administrative supplémentaire qui ne se retrouve pas lorsque le PCC est réalisé directement dans un établissement public de santé.

Selon Unicancer, ce mécanisme est à l'origine de nombreuses difficultés pratiques. La conclusion et le suivi des conventions de mise à disposition alourdissent les démarches administratives et génèrent des coûts de gestion supplémentaires pour les centres de lutte contre le cancer. La procédure de recrutement apparaît également moins lisible pour les établissements comme pour les praticiens, en raison de la multiplicité des acteurs impliqués et de l'absence de relation directe avec le CNG. Plusieurs centres ont par ailleurs fait état de difficultés à identifier les interlocuteurs compétents au sein des CHU pour faire avancer les dossiers. Enfin, cette procédure indirecte peut ralentir les recrutements et réduire l'attractivité des centres de lutte contre le cancer auprès des lauréats des EVC, alors même que ces établissements disposent de compétences particulièrement reconnues dans certaines spécialités et constituent des terrains de formation et d'exercice pertinents pour les praticiens concernés.

Au-delà de ces questions de gouvernance, plusieurs **difficultés opérationnelles ont également été signalées**. Certaines résultent d'une **appréciation imparfaite des capacités d'accueil** des établissements, pouvant conduire à ouvrir davantage de postes que les services ne sont réellement en mesure d'encadrer. D'autres tiennent à une **inadéquation entre le profil du praticien et son affectation** : niveau d'autonomie nécessitant un encadrement plus important que prévu, impossibilité d'acquérir certaines compétences dans l'établissement d'accueil, ou encore décalage entre le projet professionnel du praticien et les besoins réels du service.

Ces situations témoignent d'une **logique d'affectation parfois davantage fondée sur la disponibilité des postes que sur une véritable adéquation entre les compétences du praticien, son projet professionnel et les capacités d'encadrement de l'établissement**. Or, le PCC devrait constituer une véritable phase de professionnalisation, reposant sur un accompagnement individualisé et des objectifs clairement définis. C'est pourquoi, la commission recommande le passage à une liste d'aptitude pour la voie interne afin d'améliorer l'appariement entre les besoins et les profils de praticiens (cf. *recommandation n° 9)*.

Recommandation n° 10 : ouvrir les parcours de consolidation des compétences aux centres de lutte contre le cancer dans les mêmes conditions que pour les centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires.

b) Formation ou validation d'acquis : l'objectif et les attendus flous du parcours de consolidation de compétences

Le parcours de consolidation de compétences souffre d'un manque de clarté à la fois dans son ambition et sur les attendus pour le valider.

D'une part, la finalité même du PCC demeure insuffisamment définie. Celle-ci oscille entre deux logiques : la validation de compétences déjà acquises pour des praticiens expérimentés et l'acquisition de nouvelles compétences dans le cadre d'une véritable démarche de formation professionnalisante[1]. En d'autres termes, il n'est pas toujours clair si le PCC doit principalement constituer une phase d'évaluation ou une phase de formation.

Cette ambiguïté est renforcée par l'extrême hétérogénéité des profils des Padhue. Certains disposent déjà d'une expérience professionnelle importante et ne nécessitent qu'une adaptation limitée à l'exercice en France ; pour eux, le PCC s'apparente essentiellement à une période de vérification des compétences. D'autres, au contraire, ont besoin d'un accompagnement plus approfondi afin de compléter leur formation ou de se familiariser avec les pratiques médicales, l'organisation des soins et le cadre réglementaire français.

L'absence d'objectifs clairement définis conduit dès lors à des incompréhensions entre les différents acteurs du dispositif. Les Padhue et les établissements de santé peuvent avoir des attentes divergentes quant au contenu du parcours, au degré d'autonomie attendu du praticien ou encore à l'intensité de l'encadrement nécessaire. Cette situation est source de difficultés dans la mise en œuvre du PCC et nuit à son efficacité en tant qu'étape de professionnalisation.

D'autre part, il existe un manque de transparence sur les attendus du parcours de consolidation de compétences. En application de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, la CNAE émet un avis sur la poursuite du parcours à l'issue d'un stage d'évaluation et peut, le cas échéant, prescrire la réalisation d'un stage complémentaire. Son appréciation joue donc un rôle déterminant dans l'accès à l'autorisation définitive d'exercice.

[1] *Réponse de la Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Or, les syndicats de Padhue, les établissements et les administrations convergent pour souligner le caractère insuffisamment lisible des attentes de la commission. Le CNG, en lien avec les ordres concernés, commet un travail de publication des recommandations par spécialité[1]. À ce jour, la publication des référentiels demeure incomplète et ne revêt pas de caractère opposable. Si le référentiel applicable aux sages-femmes est accessible, ainsi que la quasi-totalité des référentiels des spécialités médicales (39/44) et trois des quatre spécialités pharmaceutiques, aucun référentiel n'est à ce jour disponible pour les spécialités de chirurgie dentaire[2]. Les candidats ne disposent donc toujours pas d'une vision claire des compétences qu'ils devront démontrer ni des éléments susceptibles d'être exigés lors de l'examen de leur dossier.

Cette situation conduit parfois à des demandes difficilement prévisibles ou réalisables. Certains praticiens se voient ainsi recommander le suivi d'un ou plusieurs diplômes universitaires très précis[3], de stages complémentaires très spécifiques ou encore des expériences professionnelles particulièrement ciblées. Certaines CNAE imposent le passage de plusieurs diplômes universitaires (DU) durant le PCC, ce qui peut être difficilement conciliable avec un exercice à temps plein en établissement de santé. La FHF relève que les mesures complémentaires peuvent parfois porter davantage sur la réalisation d'un parcours très précis que sur l'acquisition d'une compétence déterminée. Ces exigences peuvent prolonger significativement la durée effective du parcours. « *À titre d'exemple, la CNAE de psychiatrie a pu demander des passages en CHU de 6 mois à 1 an, représentant près de la moitié du PCC initial* »[4].

Les difficultés apparaissent avec une acuité particulière en médecine générale. Les attendus publiés par le CNG prévoient notamment la réalisation de stages dans plusieurs disciplines, telles que la pédiatrie, la gynécologie, la gériatrie et les urgences. Si l'objectif d'assurer une formation suffisamment polyvalente apparaît légitime, il peut être difficile pour un praticien associé d'exercer dans l'ensemble de ces disciplines durant son PCC.

Plus étonnant, alors même qu'aucun cadre normatif n'est prévu et bien que cette obligation ne soit pas inscrite dans les attendus du PCC, dans le cadre de la construction du PCC ou de l'avis conforme pour saisine anticipée de la CNAE pour autoriser définitivement l'exercice, « *certains coordonnateurs universitaires imposent aux praticiens concernés la réalisation d'un stage de six mois en cabinet de médecine de ville, sous peine de refus de validation du parcours* »[5]. Si l'intégration d'un stage en ambulatoire pour la médecine générale apparaît souhaitable afin de former les praticiens à cet exercice

---

[1] *Les recommandations sont consultables à cette adresse : https://www.cng.sante.fr/procedures dautorisation dexercice/obtenir autorisation dexercice/medecin.*
[2] *Réponse de la Direction générale de l'offre de soins au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[3] *Réponse de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[4] *Réponse de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[5] *Réponse du Centre hospitalier de l'agglomération de Nevers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

particulier, l'absence de cadre crée deux difficultés. D'une part, aucun financement n'est prévu, conduisant les établissements à financer eux-mêmes ce stage en ville. D'autre part, les praticiens rencontrent des difficultés pour trouver des terrains de stage en médecine de ville, difficulté accentuée par l'augmentation rapide du nombre d'étudiants.

Selon le Centre hospitalier de l'agglomération de Nevers, « *ces contraintes interrogent directement les capacités futures de notre établissement à accueillir et accompagner des praticiens en parcours de médecine générale, alors même que les besoins en médecins généralistes sur le territoire demeurent particulièrement importants* »[1].

Dès lors, en l'absence de critères de validation du PCC formalisés et opposables, les Padhue et les établissements sont confrontés à une insécurité juridique qu'il conviendrait de résoudre.

Recommandation n° 11 : publier par arrêté, en concertation avec les ordres concernés, les critères de validation du parcours de consolidation des compétences afin de rendre transparents et opposables les attendus de la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE).

B. SÉCURISER LES PARCOURS PROFESSIONNELS, DU RECRUTEMENT AU PLEIN EXERCICE

1. Renforcer l'encadrement, l'accompagnement et la formation des Padhue, dans un cadre territorial

a) L'individualisation et l'universitarisation du parcours de consolidation des compétences : une chimère battue en brèche par le manque de moyens humains et financiers

(1) Le dispositif d'individualisation et d'universitarisation des parcours de consolidation des compétences

Introduites par la loi dite « Valletoux » et les décrets du 28 mai 2025, l'individualisation et l'universitarisation du PCC vise à un meilleur accompagnement et suivi du praticien associé.

[1] *Réponse du Centre hospitalier de l'agglomération de Nevers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

L'objectif de cette réforme est clair et parfaitement résumé par la Fédération hospitalière de France : « *une meilleure prise en compte des parcours déjà engagés dans le système de santé français et une adaptation plus fine à la réalité des parcours à accompagner* »[1]. L'universitarisation et l'individualisation visent à reconnaître les expériences passées, tout en renforçant les compétences théoriques et spécialisées à acquérir par l'universitarisation, afin que le PCC soit adapté, porteur de nouvelles compétences et garantisse une validation du dossier par la CNAE. Cette démarche est aussi le fruit d'un « *objectif de fidélisation, afin de faciliter leur installation et leur maintien* post-*autorisation dans les centres hospitaliers périphériques et ainsi répondre durablement aux besoins de santé des territoires* »[2].

D'une part, l'individualisation du PCC passe par deux principales mesures, toutes les deux liées à l'universitarisation :

• une adaptation du parcours de consolidation de compétences, construit par le coordonnateur de spécialité, également appelé coordonnateur de diplôme d'études spécialisées (DES), en prenant en compte les expériences passées du praticien associé et l'avis du chef de service ;

• la possibilité de moduler la durée du parcours de consolidation des compétences dès six mois de stage par une saisine de la CNAE par le chef de service sur le fondement d'un rapport d'évaluation cosigné par le président de la commission médicale d'établissement, et après avis favorable du coordonnateur de spécialité[3].

Dans le cadre du suivi du PCC, le coordonnateur a un rôle d'accompagnement et de conseil du praticien associé, notamment lorsque celui est affecté dans un service ne bénéficiant pas d'un agrément pour la formation des étudiants du troisième cycle[4].

D'autre part, l'universitarisation du parcours de consolidation des compétences s'est traduite par une inscription obligatoire en formation initiale dans une unité de formation et de recherche (UFR), assurant la formation requise dans la filière universitaire de sa profession et, le cas échéant, de sa spécialité[5]. Cette mesure s'applique également aux lauréats des EVC de 2024 pour leur dernière année de PCC[6].

---

[1] *Réponse de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[3] *Art. R. 4111-6-1 du code de la santé publique.*
[4] *Réponse de l'Agence régionale de santé Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs et Conseil national de gestion,* FAQ - Synthèse des questions relatives au décret du 28 mai 2025 et à son l'arrêté d'application du 28 août 2025, *2025.*
[5] *Art. R. 4221-12-1 du code de la santé publique et art. 1er de l'arrêté du 28 août 2025 relatif à l'inscription dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur des praticiens titulaires de diplômes obtenus hors de l'Union européenne et de l'Espace économique européen candidats à l'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.*
[6] *Art. 4 de l'arrêté du 28 août 2025 précité.*

D'un point de vue administratif, les praticiens associés sont ainsi rattachés à une UFR et à un coordonnateur de DES. Cette inscription soumet les Padhue au règlement des droits d'inscription annuels[1]. Depuis un arrêté de 2019[2], les droits d'inscription peuvent être différenciés pour les ressortissants extra-européens, mesure dont la constitutionnalité a été confirmée[3]. Si les universités peuvent exonérer de ces frais une partie des étudiants, un décret de 2026 est venu limiter cette possibilité, au maximum entre 20 et 30 % des étudiants étrangers inscrits dans l'établissement pourront bénéficier de ces exonérations selon les années universitaires[4]. Pour un DES, le montant maximal des frais d'inscription est de 3 941 euros par an[5].

D'un point de vue pédagogique, l'universitarisation vise à renforcer la formation universitaire des praticiens associés. Pour cela, ils ont le droit d'assister aux enseignements proposés par le coordonnateur de spécialité[6]. Ils bénéficient, à ce titre, de huit jours de congé de formation[7]. Selon le CNG, « *un cursus pédagogique peut être organisé mais il reste facultatif et à l'appréciation du coordonnateur* »[8]. Cette formation ne conduit pas à la délivrance d'un diplôme d'État[9].

L'individualisation et l'universitarisation sont donc les deux jambes indissociables de cette réforme, chacune ayant des imbrications avec l'autre, notamment à travers l'implication du coordonnateur de spécialité. Comme le rappelle l'ARS Île-de-France, « *l'esprit de la réforme est que le coordonnateur assure le conseil et l'accompagnement du lauréat tout au long du parcours, afin de faciliter la validation du PCC et l'accès au plein exercice, en fonction des attendus de la commission nationale d'autorisation d'exercice* »[10].

---

[1] *Art. 3 de l'arrêté du 28 août 2025 précité.*
[2] *Arrêté du 19 avril 2019 relatifs aux droits d'inscription dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur.*
[3] *Conseil constitutionnel, décision n° 2019-809 QPC du 11 octobre 2019, Union nationale des étudiants en droit, gestion, AES, sciences économiques, politiques et sociales et autres.*
[4] *Décret n° 2026-385 du 19 mai 2026 relatif aux modalités d'exonération des droits d'inscription des étudiants étrangers suivant une formation dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur.*
[5] *Tableau des droits d'inscription consultable à cette adresse : https://www.etudiant.gouv.fr/fr/droits-d-inscription-1489.*
[6] *Conseil national de gestion,* FAQ - Synthèse des questions relatives au décret du 28 mai 2025 et à son l'arrêté d'application du 28 août 2025, *2025.*
[7] *Art. R. 6152-914 du code de la santé publique.*
[8] *Conseil national de gestion,* FAQ - Synthèse des questions relatives au décret du 28 mai 2025 et à son l'arrêté d'application du 28 août 2025, *2025.*
[9] *Art. 2 de l'arrêté du 28 août 2025 précité.*
[10] *Réponse de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

(2) L'ambition de l'individualisation et de l'universitarisation confrontée au mur des moyens humains et financiers

Si l'intention d'individualiser et d'universitariser le cursus des Padhue est louable et va dans le bon sens, les modalités de mise en œuvre de cette réforme donnent la sensation d'une impréparation avec des résultats plus que relatifs. En réalité, cette réforme se heurte à deux murs : celui des moyens humains et celui des moyens financiers.

(a) Face à la hausse des cohortes d'internes : l'impossible suivi des Padhue par les coordonnateurs de spécialité

Dès mars 2026, la Conférence des doyens des facultés de médecine a alerté sur l'impossibilité d'encadrer correctement les lauréats des EVC. Dans un contexte de hausse massive du nombre d'internes français en raison de la fin du *numerus clausus* et de la hausse de la taille des cohortes d'étudiants (*cf. I.B.3.c.1*), le suivi réel de la cohorte supplémentaire d'étudiants que sont les Padhue n'apparaît pas réalisable.

En 2025, ce sont 4 000 lauréats, issus des EVC de 2024, que les facultés ont dû suivre. Si le mauvais calibrage du concours de 2025 a donné une bouffée d'air aux facultés avec seulement 1 843 lauréats sur 4 440 postes ouverts, une session avec un nombre de lauréats proche du nombre de postes ouverts apparaîtrait comme ingérable pour les UFR. Pour cause, environ 10 000 internes vont rejoindre le troisième cycle en novembre 2026[1]. Si le nombre de postes ouverts aux EVC de 2025 avaient correspondu au nombre de lauréats, les Padhue auraient donc représenté une hausse de 44 % des nouveaux effectifs à suivre en troisième cycle.

Comme le relève la Conférence des doyens des universités de pharmacie, « *pour le cas des disciplines pharmaceutiques ou mixtes avec la médecine (biologie médicale), il n'y a eu aucun accompagnement pour la prise en charge administrative universitaire, pourtant rendue nécessaire par l'inscription universitaire obligatoire. L'intérêt de l'inscription universitaire des candidats n'apparaît pas évident, hormis pour la contribution d'enseignants-chercheurs HU qui doit se faire à toutes les étapes du parcours de validation. […] La capacité de formation pratique (sites hospitaliers d'accueil pour le PCC) apparaît très contrainte pour le nombre de Padhue demandant un PCC* »[2]. Dès lors, « *l'investissement universitaire reste variable selon les facultés, souvent en raison d'un manque de moyens et d'organisation* »[3].

---

[1] *« De 10 000 à 10 500 internes en médecine en novembre »*, Ouest France, *2026.*

[2] *Réponse de la Conférence des doyens de pharmacie au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

[3] *Réponse de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

(b) Accès aux formations et rôle du coordonnateur de spécialité : un flou non-pédagogique pesant sur l'appropriation par les praticiens associés de l'universitarisation

Les textes applicables restent flous sur ce que contiennent le contenu pédagogique et le rôle du coordonnateur de spécialité, conduisant la DGOS et la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle à publier, en novembre 2025, soit six mois après la mise en œuvre de la réforme, une foire aux questions.

Premièrement, les réponses aux questionnaires des rapporteurs font apparaître une incertitude quant au rôle du coordonnateur de DES, notamment sur une éventuelle intervention à l'issue du PCC. Plusieurs acteurs semblent en effet considérer que le coordonnateur doit émettre un avis pédagogique destiné à la CNAE, alors qu'une telle compétence n'est pas prévue par les textes, à l'exception du cas particulier d'une demande de raccourcissement du PCC, pour lequel son avis est expressément requis. Cette ambiguïté se retrouve dans certaines informations diffusées aux praticiens. Ainsi, le site de l'université de Rennes indique que : « *Le rôle et les attendus de la part des coordonnateurs ne sont pas précisés dans les textes officiels en dehors de la délivrance en fin de PCC d'un avis pédagogique destiné à la CNAE* »[1].

Plus largement, plusieurs acteurs plaident pour une clarification et une formalisation accrues du rôle du coordonnateur. Comme le souligne la Conférence nationale des présidents de CME de CH : « *Il faut préciser le rôle du coordinateur de DES de la subdivision de rattachement et son rôle de superviseur. Le coordinateur du DES est partie prenante dans la validation de la réduction du PCC. L'encadrement universitaire aurait également le mérite d'être formalisé* »[2].

Les modalités pédagogiques de l'universitarisation demeurent largement indéterminées. L'arrêté du 28 août 2025, censé préciser les conditions de mise en œuvre de la réforme, n'apporte que peu d'éléments concrets. Son article 1er se borne pour l'essentiel à paraphraser l'article R. 4221-14-8 du code de la santé publique qu'il est chargé d'appliquer, tandis que son article 2 se limite à une formule particulièrement sibylline : « *Les modalités pédagogiques de la formation théorique nécessaires à l'accomplissement du parcours de consolidation des compétences sont définies par le responsable de l'UFR* ».

Cette rédaction laisse dans l'ombre l'essentiel des questions pratiques. Ni le contenu de la formation, ni son volume horaire, ni les modalités de suivi, ni les éventuelles évaluations ne sont précisés par les textes. Selon la foire aux questions précitée, le praticien associé n'est soumis à aucune obligation d'assiduité aux enseignements. Le coordonnateur de spécialité peut lui proposer certains cours à suivre, sans que la nature de ces enseignements soit davantage définie. Aucun examen, aucune validation universitaire et aucun critère

---

[1] *Site consultable à cette adresse : https://medecine.univ-rennes.fr/padhue.*

[2] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CH au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

permettant d'apprécier l'effectivité du suivi de la formation ne sont prévus. Au mieux, le lauréat peut recevoir une attestation de présence par le coordonnateur pédagogique. Ainsi, alors même que la réforme vise à renforcer la dimension universitaire du PCC, le contenu pédagogique effectivement offert aux praticiens associés demeure entouré d'un important flou.

Si les praticiens associés bénéficient de huit jours de congé formation par an, l'absence de « *partition du temps passé par le candidat entre son site hospitalier d'accueil en tant que [praticien associé] et la formation spécifique* »[1] complexifie l'appropriation par les praticiens associés des enseignements dont ils pourraient bénéficier. La Conférence des doyens de facultés de pharmacie insiste sur l'importance de « *cadrer cette organisation entre temps de travail et de formation […] pour rendre efficient le PCC* »[2].

Droit à la formation des praticiens associés contractuels temporaires (Pact)

Les Pact se trouvent dans une situation particulièrement défavorable au regard de l'accès à la formation. Bien qu'ils exercent à temps plein au sein des établissements de santé, ils ne bénéficient d'aucun véritable droit à la formation pour préparer les EVC. Les formations suivies doivent être financées sur leurs deniers personnels, aucun congé spécifique de préparation n'est prévu et ils ne peuvent accéder aux enseignements dispensés par les UFR.

Cette situation apparaît d'autant plus problématique que la préparation des EVC exige un investissement personnel important, difficilement conciliable avec une activité hospitalière exercée à temps plein. Plusieurs interlocuteurs ont ainsi indiqué qu'une partie des Pact avait renoncé à se présenter aux EVC par la voie interne lors de la session 2025, faute de disposer du temps nécessaire pour préparer les épreuves dans des conditions satisfaisantes. Les praticiens concernés sont donc encouragés à réussir les EVC tout en étant privés des principaux moyens leur permettant de préparer efficacement ces épreuves.

Alors même que les praticiens associés acquittent des droits d'inscription supérieurs à ceux des étudiants ressortissants de l'Union européenne, les modalités concrètes de leur accompagnement universitaire et leur accès effectif à la formation demeurent limités et insuffisamment explicités. Cette situation appelle une vigilance particulière. L'universitarisation du PCC ne saurait se réduire à une simple obligation administrative d'inscription ; elle doit s'accompagner d'une offre de formation réelle, structurée et accessible aux praticiens concernés. À défaut, il existe un risque que cette inscription soit perçue davantage comme une source de financement pour les universités que comme un véritable levier de professionnalisation.

[1] *Réponse de la Conférence des doyens de pharmacie au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse de la Conférence des doyens de pharmacie au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

(c) Les difficultés de formation pour les centres hospitaliers en périphérie

En termes de formation, les praticiens associés se heurtent à des difficultés d'accès à l'environnement universitaire. Cette situation résulte en grande partie d'une particularité de leur répartition territoriale : alors que les internes sont majoritairement formés dans les centres hospitaliers universitaires, les praticiens associés exercent principalement dans les centres hospitaliers périphériques, souvent situés dans les territoires les plus confrontés aux difficultés de recrutement médical.

Or, les établissements dans lesquels ils exercent ne disposent pas nécessairement de l'ensemble des terrains de stage ou des compétences permettant de satisfaire les exigences du PCC. Ainsi, la validation du PCC en médecine générale implique notamment des passages en gynécologie, en pédiatrie, en médecine générale, aux urgences et en gériatrie[1]. Tous les centres hospitaliers ne disposent pas de l'ensemble de ces services. Un praticien associé peut donc être affecté dans un établissement qui, à lui seul, ne permet pas de satisfaire l'intégralité des attendus du parcours.

Cette difficulté est renforcée par les exigences formulées dans certaines spécialités. Plusieurs commissions nationales compétentes considèrent en effet qu'un passage dans un CHU ou dans un service bénéficiant d'un encadrement universitaire constitue un critère de validation du PCC. « *Certaines commissions nationales compétentes par spécialité imposent que le Padhue, au cours de son PCC, justifie d'un exercice en CHU (médecine d'urgence, médecine vasculaire, neurochirurgie, oncologie, ORL, anesthésie-réanimation, chirurgie pédiatrique, dermatologie, endocrinologie,* etc.*), soit dans un service agréé avec encadrement universitaire* »[2].

La commission des affaires sociales partage pleinement cette approche. L'universitarisation du PCC ne saurait se limiter à une inscription administrative auprès d'une UFR ; elle doit permettre aux praticiens associés d'accéder effectivement à l'environnement universitaire, à ses enseignements, à son encadrement pédagogique et à une diversité de situations cliniques comparable à celle dont bénéficient les internes.

Un passage en CHU présente à cet égard plusieurs avantages. Il permet aux praticiens associés de compléter leur formation dans des domaines parfois absents de leur établissement de rattachement, de se familiariser avec des prises en charge plus spécialisées et de bénéficier d'un encadrement universitaire structuré. Il contribue également à garantir une plus grande homogénéité des parcours de consolidation des compétences sur l'ensemble du territoire. Le Conseil national de l'ordre des médecins estime qu'il « *faut permettre aux lauréats de se former, une à deux journées par semaine, en CHU pour diversifier leur pratique dans tous les champs de la spécialité au même titre que les internes* »[3].

---

[1] *Les recommandations sont consultables à cette adresse :* https://www.cng.sante.fr/procedures-dautorisation-dexercice/obtenir-autorisation-dexercice/medecin

[2] *Réponse de l'Agence régionale de santé Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

[3] *Réponse du Conseil national de l'ordre des médecins au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

La commission considère que l'accès aux CHU devrait constituer, lorsque cela est matériellement possible, une composante normale du PCC. Toutefois, cette ambition se heurte aujourd'hui à trois obstacles structurels qui en limitent fortement la mise en œuvre.

Le premier est géographique. Certains établissements accueillant un nombre important de Padhue sont éloignés du CHU et de l'UFR de rattachement. Le centre hospitalier de l'agglomération de Nevers en constitue une illustration. Cet établissement compte 89 Padhue, dont 30 praticiens associés, les Padhue y représentent 40 % des effectifs médicaux, mais il se situe à environ deux heures trente de train du CHU et de l'université de Dijon[1]. Dans ces conditions, la participation régulière aux enseignements universitaires ou la réalisation de stages hebdomadaires en CHU apparaît particulièrement difficile.

L'éloignement géographique produit également des effets plus indirects. Le centre hospitalier de l'agglomération de Nevers a ainsi souligné que les coordonnateurs pédagogiques connaissent parfois insuffisamment les chefs de service exerçant dans les établissements périphériques, ceux-ci n'étant pas nécessairement issus du CHU de rattachement. Cette distance peut compliquer l'évaluation des compétences acquises par les praticiens associés, le suivi de leur parcours et, plus largement, les échanges entre l'environnement universitaire et les équipes hospitalières chargées de leur encadrement. L'éloignement géographique ne constitue donc pas seulement un obstacle matériel à l'accès à la formation ; il peut également affaiblir les liens entre les acteurs responsables de la réussite du PCC.

Le deuxième obstacle est financier. Il revient aux établissements d'affectation de financer les stages en dehors de leur structure du praticien associé. Les établissements en périphérie sont contraints de continuer de payer les émoluments du praticien associé, et d'y ajouter les transports et l'hébergement, lorsqu'il n'y a pas d'internat. Ainsi, le centre hospitalier de l'agglomération de Nevers, lorsqu'il envoie ses praticiens associés à Dijon, paie un certain nombre de frais, alors même que le praticien n'est pas dans ses services[2].

Le troisième obstacle tient aux capacités d'encadrement des CHU eux-mêmes. Ceux-ci connaissent une augmentation continue du nombre d'internes et de docteurs juniors à former. Dans ce contexte, les capacités d'accueil des services agréés demeurent limitées. Comme l'ont souligné plusieurs interlocuteurs, la formation des internes est prioritaire. Les praticiens associés se retrouvent ainsi en concurrence avec les autres publics en formation pour accéder aux terrains de stage, aux consultations spécialisées ou aux plateaux techniques. Selon la conférence des présidents de CME de CHU,

---

[1] *Réponse du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

[2] *Réponse du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

« *les services agréés concentrent les internes et docteurs juniors en formation, et refusent souvent les Padhue* »[1]. Cette situation est particulièrement sensible dans les spécialités interventionnelles, où les capacités de formation sont contraintes par le volume d'activité et les équipements disponibles. Comme le relève la même instance, « *les plateaux techniques sont dimensionnés pour répondre aux besoins de santé d'un territoire, pas aux besoins de formation de Padhue* »[2].

Dès lors, si rendre obligatoire un passage en CHU durant un parcours de consolidation des compétences n'apparaît pas comme une préconisation réaliste, les CHU étant inégalement répartis sur le territoire national, rendre obligatoire un passage en CHU ou en service agréé au cours du PCC pourrait constituer un premier pas en faveur d'une meilleure formation des praticiens associés à condition d'accroître le nombre de services agréés et de réformer totalement le financement de ces formations.

Recommandation n° 12 : instaurer un contrat de formation associant le praticien, le coordonnateur de spécialité, le chef de service et le groupement hospitalier de territoire. Ce document définirait les objectifs pédagogiques du parcours de consolidation des compétences (PCC), les enseignements à suivre, les différents stages à effectuer, dont au moins un passage obligatoire en CHU ou en service agréé pour l'accueil d'étudiants du troisième cycle, ainsi que la répartition entre temps de travail et temps de formation.

Recommandation n° 13 : clarifier les enseignements et formations auxquels les praticiens associés ont accès dans le cadre de leur cursus universitaire, ainsi que le rôle du coordonnateur de spécialité, en intégrant un avis pédagogique dans le rapport d'évaluation à destination de la CNAE.

Recommandation n° 14 : prévoir un financement des stages des praticiens associés, en dehors de l'établissement de rattachement, par les ARS et non par l'établissement employeur. En particulier, autoriser et prévoir un financement par les ARS d'un stage en ambulatoire auprès d'un maître de stage universitaire, notamment pour les praticiens associés en médecine générale.

Recommandation n° 15 : mettre en place une gestion globale, par un système d'information centralisant les données, des parcours des internes et des praticiens associés, dans le respect de la priorité accordée à la formation des internes, afin d'identifier les capacités d'accueil disponibles pour des formations en CHU ou service agréé.

---

[1] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CHU au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CHU au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

b) L'encadrement des Padhue : un risque d'exercice de la médecine sans supervision et un enjeu de fidélisation

(1) L'accueil des Padhue dans les établissements de santé : un encadrement prévu mais aux concours assouplis

Les Padhue ne disposant pas d'une autorisation de plein exercice, leur activité s'inscrit dans un cadre d'encadrement et de supervision par des praticiens expérimentés. Cet encadrement constitue un enjeu majeur, tant pour la sécurité des patients que pour la fidélisation, un parcours de consolidation des compétences ayant un bon encadrement étant un facteur d'installation à long terme.

Sur le plan juridique, l'article R. 6152-902 du code de la santé publique prévoit que les praticiens associés exercent la médecine par délégation et sous la responsabilité directe d'un praticien de plein exercice. Des règles comparables s'appliquent également aux praticiens associés contractuels temporaires, aux stagiaires associés et aux faisant fonction d'interne.

Concrètement, selon la Conférence des présidents de CME de CH, ces praticiens sont généralement encadrés, non pas par un médecin, mais par l'ensemble des médecins titulaires du service, sous la responsabilité du chef de service.

Toutefois, à la différence des internes, les praticiens associés ne sont plus tenus d'exercer dans un service agréé pour la formation des étudiants de troisième cycle. Introduite par la loi dite « Buzyn » de 2019, cette évolution a été mise en œuvre par le décret n° 2020-672 du 3 juin 2020, qui a supprimé les références aux services agréés dans les dispositions applicables aux Padhue.

Or, l'agrément des services constitue, pour les internes, une garantie importante de la qualité de la formation et de l'encadrement. Désormais, la possibilité d'accueillir un praticien associé repose sur la présence d'un praticien expérimenté exerçant dans la même spécialité. Aucun ratio national d'encadrement n'est fixé. Lors des campagnes de recensement des besoins, il appartient aux établissements, notamment au président de CME et au directeur général qui s'engagent à encadrer et rémunérer le Padhue[1], de déclarer leur capacité à accueillir et à superviser un Padhue, les ARS étant chargées quant à elles d'apprécier la réalité de ces capacités.

L'ARS Île-de-France rappelle la logique en place : « *L'exercice des Padhue repose sur un équilibre entre la rigueur des textes réglementaires et la réalité opérationnelle des services hospitaliers. Le PCC est une période d'évaluation et d'apprentissage. Le Padhue n'est pas censé être un praticien autonome. […] Chaque acte complexe ou décision thérapeutique majeure devrait être supervisé ou validé par un senior. La cadre réglementaire indique que les Padhue exercent sous la responsabilité directe d'un praticien encadrant* »[2].

---

[1] *Réponse de l'Agence régionale de santé Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse de l'Agence régionale de santé Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Les terrains de stage sont recensés sur la plateforme Viatique. Ainsi, les internes ne peuvent être candidats qu'au sein de services disposant d'un agrément pour la formation des étudiants de troisième cycle. À l'inverse, dans le cadre de leur PCC, les praticiens associés peuvent déposer leur candidature dans tout établissement identifié comme étant en capacité d'accueillir et d'encadrer des Padhue.

Il en résulte une asymétrie entre les deux dispositifs. Tout service agréé pour la formation des internes est, par nature, susceptible d'accueillir un praticien associé. En revanche, l'inverse n'est pas vrai : un service autorisé à accueillir un Padhue ne peut recevoir des internes que s'il bénéficie également d'un agrément. Le périmètre des terrains d'affectation ouverts aux praticiens associés est donc plus large que celui ouvert aux internes, mais il n'offre pas nécessairement les mêmes garanties en matière d'encadrement et de formation.

Enfin, les praticiens associés participent au service de garde et d'astreinte des internes. Ils peuvent également être appelés à collaborer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique organisées sur place, en appui et sous la responsabilité des personnels médicaux statutairement habilités à participer à la continuité des soins et à la permanence pharmaceutique. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements[1].

(2) Un encadrement variable selon les établissements, faisant courir un risque juridique pour les établissements et les professionnels

Si un encadrement est prévu, « *le taux d'encadrement des Padhue demeure aujourd'hui très variable selon la taille des services de l'organisation et les capacités d'accueil et d'encadrement des établissements de santé* »[2]. Cette hétérogénéité ne recouvre toutefois pas les mêmes réalités et conduit à deux formes d'autonomisation différentes.

La première résulte de l'expérience et des compétences démontrées par certains praticiens. Selon leur parcours et après avoir fait leurs preuves, certains Padhue bénéficient légitimement d'une autonomie croissante, sous le contrôle de leur encadrement médical. Dans plusieurs établissements, ils sont intégrés aux organisations de service selon un niveau d'autonomie adapté à leur profil, tout en continuant à exercer par délégation et sous supervision.

La seconde forme d'autonomisation est en revanche beaucoup plus préoccupante. Elle résulte non pas de l'expérience acquise par le praticien, mais des difficultés de recrutement médical auxquelles sont confrontés certains établissements. Selon la Conférence des présidents de CME de CHU, « *dans certains centres hospitaliers, la pénurie de médecins oblige à sénioriser les Padhue, les médecins inscrits à l'ordre n'exerçant qu'un encadrement en distanciel, ou par un*

[1] *Art. R. 6152-908 du code de la santé publique.*
[2] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CH au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

passage une ou deux fois par semaine »[1]. Une réalité confirmée par les présidents de CME de CH qui explique que l'encadrant peut être à distance ou mobilisé dans d'autres secteurs, laissant sans contrôle les diagnostics, décisions thérapeutiques et prescriptions des Padhue. Dans ce cas, l'autonomie du praticien n'est plus la conséquence d'une progression pédagogique mais d'un défaut d'encadrement effectif.

Cette difficulté semble se présenter notamment dans les centres hospitaliers souffrant d'un défaut d'attractivité. Dès lors, il n'est pas rare qu'un seul médecin encadre deux à trois praticiens, voire quatre en période de congé. Dans ces centres hospitaliers, « *il existe un risque de fragilisation des conditions de supervision médicale* »[2]. Ce manque d'encadrement peut être accentué lorsque celui-ci repose en partie sur des médecins intérimaires, dont la présence ponctuelle ne favorise ni la continuité pédagogique ni un suivi rapproché des praticiens[3].

Cette situation d'autonomisation du Padhue par pénurie crée un risque juridique majeur pour les professionnels de santé et l'établissement. Si la majorité des acteurs réfute qu'il y a un risque d'exercice illégal de la médecine, l'ensemble des acteurs reconnaît un risque d'erreur médicale faute d'encadrement.

Selon la Conférence des directeurs généraux de CHU, ce risque d'un exercice sans supervision du praticien se joue notamment lorsqu'un service a des difficultés pour boucler un planning. Il est alors tentant pour les équipes de recourir aux praticiens associés pour remplacer des médecins.

Selon la FHF, « *en cas d'erreur médicale du praticien, dans le cadre d'un encadrement insuffisant, la responsabilité de l'établissement pourra être engagée notamment pour désorganisation du service. Ce n'est qu'en cas de faute personnelle détachable du service que la responsabilité du praticien responsable ou du Padhue pourrait être engagée* »[4]. Il est, toutefois, à noter qu'aux Sables-d'Olonne, un praticien hospitalier encadrant un Padhue a comparu devant la chambre disciplinaire du Conseil régional de l'ordre des médecins, car le praticien associé sous sa responsabilité a procédé à une ablation d'un ovaire de la patiente, malgré son refus[5].

---

[1] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CHU au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CH au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[3] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CH au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[4] *Réponse de la Fédération hospitalière de France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[5] *« Son stagiaire Padhue se plante, le maître de stage est tenu responsable devant l'Ordre »,* What's up Doc ?, *15 mai 2026.*

La commission des affaires sociales considère que l'évaluation rigoureuse des connaissances, l'encadrement réel des praticiens par des seniors et la structuration exigeante des parcours de consolidation des compétences constituent des principes auxquels il ne peut être dérogé. Si les Padhue apportent une contribution indispensable au fonctionnement de nombreux établissements, cette réalité ne saurait conduire à tolérer des situations dans lesquelles la supervision prévue par les textes ne serait qu'apparente. **Les difficultés de recrutement ne peuvent justifier le recours à des formes de « *séniorisation fictive* »[1] masquant un défaut d'encadrement effectif**. La qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients doivent demeurer la priorité absolue.

(3) Bien encadrer, mieux installer : l'encadrement dans les centres hospitaliers de périphérie, facteur d'installation à long terme dans les déserts médicaux

L'encadrement des Padhue ne constitue pas uniquement un enjeu de qualité et de sécurité des soins. Il représente également un puissant facteur d'attractivité et de fidélisation des praticiens dans les territoires confrontés à des difficultés de recrutement médical. Plusieurs organisations entendues ont ainsi souligné l'influence de la qualité parcours d'intégration, de l'accompagnement professionnel et de la formation proposés aux praticiens associés sur leur choix de poursuivre leur carrière au sein du territoire à l'issue de leur parcours de consolidation des compétences. L'implication du chef de service, notamment, conditionne grandement la qualité du parcours et une éventuelle fidélisation sur le territoire.

Si les établissements disposent de marges de manœuvre limitées, en raison d'un cadre national fortement réglementé, ils peuvent fidéliser les Padhue en favorisant leur intégration locale (accompagnement dans les équipes, tutorat, soutien dans les démarches administratives, conditions d'exercice). C'est donc par l'environnement de travail que les établissements peuvent fidéliser les praticiens.

[1] *Réponse de la Conférence nationale des présidents de CME de CH au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Le contrat d'engagement de service public

Créé par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de 2009[1] et codifié à l'article L. 632-6 du code de l'éducation, le contrat d'engagement de service public (CESP) est un dispositif visant à installer les nouveaux médecins dans les déserts médicaux.

D'abord concentré sur les externes et les internes, le champ du dispositif a progressivement été élargi. Depuis la loi dite « Buzyn » de 2019[2], les lauréats des EVC sont éligibles au contrat d'engagement de service public. Plus récemment, en application de la loi dite « Valletoux » de 2023[3], la filière pharmacie a été intégrée au dispositif, le décret d'application ayant été publié en 2026[4].

Son principe repose sur l'octroi d'une allocation mensuelle de 1 200 euros bruts[5], versée jusqu'à la fin des études ou du parcours de consolidation des compétences, en contrepartie d'un engagement d'installation dans une zone caractérisée par des tensions en matière d'offre de soins. Un arrêté ministériel fixe chaque année le nombre de bénéficiaires pouvant signer un contrat, selon les différentes spécialités. En 2025, 16 CESP étaient ouverts aux praticiens associés[6].

Ces zones sous-denses sont définies par arrêté du directeur général de chaque agence régionale de santé[7]. Sur proposition des directeurs généraux des agences régionales de santé, le ministre de la santé établit également une liste nationale de lieux d'exercice au sein de ces zones, dans lesquels les signataires peuvent s'installer à l'issue de leur formation.

L'engagement du bénéficiaire est d'une durée équivalente à celle pendant laquelle l'allocation a été perçue, sans pouvoir être inférieure à deux ans. Durant cette période, les praticiens s'engagent à exercer en secteur 1, sans que cette installation ne soit assimilée à une première installation libérale.

---

[1] *Art. 46 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] *Art. 8 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.*
[3] *Art. 20 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.*
[4] *Décret n° 2026-4 du 5 janvier 2026 relatif au contrat d'engagement de service public.*
[5] *Art. 1er de l'arrêté du 26 mai 2020 relatif au montant et aux modalités de versement de l'allocation mensuelle pris en application de l'article R. 631-24-8 du code de l'éducation.*
[6] *Arrêté du 17 juillet 2025 fixant le nombre de contrats d'engagement de service public pouvant être signés par les étudiants de deuxième et de troisième cycles des études de médecine et d'odontologie et par les praticiens à diplômes étrangers hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences au titre de l'année universitaire 2024-2025.*
[7] *Art. L. 1434-4 du code de la santé publique.*

Le centre hospitalier de l'agglomération de Nevers en fournit une illustration particulièrement éclairante. L'établissement dispose de plusieurs services agréés permettant de valider différentes étapes du PCC dans diverses spécialités. Cette organisation présente un intérêt particulier pour les praticiens engagés dans un parcours de médecine générale, qui peuvent y réaliser plusieurs des stages requis, notamment en médecine générale ou en pédiatrie. L'établissement accueille également des praticiens associés dans le cadre de mises à disposition destinées à compléter certains parcours. L'effort porté par l'établissement pour faire agréer des services induit mécaniquement un meilleur accompagnement des praticiens *via* un encadrement et une formation renforcés. Ainsi, en 2025, sur 16 médecins ayant été formés à l'hôpital de Nevers et inscrits à l'ordre, 13 ont été recrutés par le centre hospitalier[1].

Cette dynamique dépasse le seul cas de Nevers. Comme l'a souligné l'ARS Île-de-France, les Padhue constituent souvent un vivier de recrutement essentiel pour des établissements peu attractifs pour les internes. Lorsque ces praticiens bénéficient d'un accompagnement de qualité et sont fidélisés à l'issue de leur parcours, ils contribuent à reconstituer des équipes médicales stables. Cette reconstitution du collectif médical permet ensuite de recréer les conditions nécessaires à l'accueil d'internes, notamment en matière d'encadrement. Des postes d'internes peuvent alors être rouverts, ce qui renforce à son tour l'attractivité de l'établissement et diversifie ses sources de recrutement. Selon les termes de l'ARS, un véritable « *cercle vertueux* »[2] peut ainsi se mettre en place, dans lequel la réussite du recrutement et de l'intégration des Padhue contribue progressivement au redressement de la démographie médicale locale.

Pour la commission des affaires sociales, cette expérience démontre que les Padhue ne doivent pas être appréhendés uniquement comme une réponse ponctuelle aux pénuries médicales. Lorsqu'ils sont correctement encadrés et intégrés dans une stratégie territoriale de long terme, ils peuvent constituer un levier durable de revitalisation de l'offre de soins dans les territoires les plus fragiles. **L'encadrement des praticiens associés doit ainsi être regardé non comme une contrainte administrative supplémentaire, mais comme un investissement susceptible de produire des effets durables sur l'attractivité médicale des territoires**.

Recommandation n° 16 : fidéliser les praticiens affectés en zones sous-denses en autorisant les centres hospitaliers à mettre en place des expérimentations et en évaluant le contrat d'engagement de service public applicable aux praticiens associés afin d'en améliorer, le cas échéant, la promotion et d'augmenter le nombre de contrats pouvant être conclus.

---

[1] *Réponse du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

[2] *Réponse de l'Agence régionale de santé Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

Recommandation n° 17 : renforcer le poids de l'encadrement dans la procédure de recensement des services pouvant accueillir des praticiens associés, et augmenter le nombre de services agréés, notamment dans les centres hospitaliers de périphérie.

2. Mettre fin aux ruptures administratives : sécuriser le parcours administratif et migratoire des Padhue

a) Le droit au séjour applicable aux Padhue ressortissants d'un pays tiers

Un des enjeux de simplification des parcours des Padhue réside dans la sécurisation de leur situation administrative et migratoire. Il convient toutefois de rappeler que tous les Padhue ne sont pas concernés par les problématiques de séjour. Une partie d'entre eux sont de nationalité française, de binationalité ou ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen et bénéficient, à ce titre, de la libre circulation.

Pour les Padhue ressortissants d'un État tiers, en revanche, l'exercice d'une profession de santé en France s'accompagne de démarches administratives parfois complexes. Selon leur statut, plusieurs catégories de titres de séjour peuvent être mobilisées[1] :

• pour les stagiaires associés : le visa de long séjour valant titre de séjour (VLS-TS), la carte de séjour temporaire (CST) ou le certificat de résidence pour Algérien (CRA) portant la mention « stagiaire » ;

• pour les FFI inscrits en diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) ou en diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) : le VLS-TS, la CST ou le CRA, puis la carte de séjour pluriannuelle (CSP) portant la mention « étudiant » ;

• pour les Pact : la CST ou le CRA portant la mention « travailleur temporaire » ;

• pour les praticiens associés : CST ou le CRA portant la mention « travailleur temporaire », en sus du CSP « Talent – Profession médicale et de la pharmacie » (non éligible aux Algériens).

En raison du montant de salaire exigé, à savoir 1,5 fois le salaire brut moyen[2], soit 59 373 euros bruts annuels[3], la carte de séjour « Talent - Carte bleue européenne » n'est pas accessibles aux statuts susmentionnés.

---

[1] *Réponse de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Art. R. 421-21 A du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[3] *Arrêté du 21 août 2025 relatif au montant du salaire brut moyen annuel de référence pour la délivrance de la carte de séjour pluriannuelle portant la mention « talent-salarié qualifié » et de la carte de séjour pluriannuelle portant la mention « talent - carte bleue européenne ».*

La carte de séjour pluriannuelle, qui est ouverte aux FFI, n'est pas délivrable en première intention, elle ne peut être délivrée qu'au terme d'un premier séjour régulier d'au moins un an[1]. Elle est soumise à deux conditions :

• le respect du contrat d'intégration républicaine ;

• le remplissement des conditions de délivrance de la carte de séjour temporaire dont il était précédemment titulaire.

Toutefois, en cas de changement de statut entre la carte de séjour temporaire et la demande de carte de séjour pluriannuelle, par exemple un étudiant devenu salarié, ce sont les critères de la carte de séjour temporaire correspondant au nouveau statut qui sont pris en compte[2]. La durée de validité de la carte de séjour pluriannuelle est de quatre ans, sauf s'il s'agit d'un étudiant. Dans ce cas, la durée est égale au temps restant d'études, sous réserve du caractère réel et sérieux de ces études[3].

La carte de séjour temporaire portant la mention « travailleur temporaire » qui s'applique aux Pact et aux praticiens associés s'inscrit dans le régime des étrangers salariés sous contrat de travail à durée déterminée. Dès lors, leur carte de séjour temporaire est subordonnée à la détention préalable d'une autorisation de travail et est délivrée pour une durée identique au contrat de travail dans la limite d'un an, son renouvellement se faisant dans cette même limite. Dans le cadre des professions réglementées, auxquelles appartiennent les professions de santé, l'autorisation de travail correspond à une autorisation d'exercice[4]. Ainsi, afin de bénéficier d'une carte de séjour temporaire « travailleur temporaire », les Pact doivent avoir en leur possession une autorisation d'exercice provisoire[5], tandis que les lauréats des EVC sont dispensés de présenter une telle autorisation, la décision d'affectation du CNG dans un établissement de santé pour le PCC étant suffisante[6]. Ainsi, pour les praticiens associés, aucun titre de séjour professionnel ne peut être délivré tant que la décision d'affectation n'est pas prise.

Créé par la loi dite « immigration » du 26 janvier 2024[7], le passeport « Talent – Profession médicale et de la pharmacie » (TPMP) est un titre de séjour simplifié pour les professionnels de santé ressortissant d'un État tiers. Ce titre de séjour est ouvert aux professionnels de santé répondant aux conditions cumulatives suivantes[8] :

• être un praticien associé ou un professionnel *ex*-Padhue bénéficiant d'une autorisation d'exercice, qu'elle soit provisoire ou définitive ;

---

[1] *Art. L. 313-17 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[2] *Art. L. 313-17 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[3] *Art. L. 313-18 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[4] *Annexe 10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[5] *Art. R. 421-15-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[6] *Art. L. 5221-2-1 du code du travail.*
[7] *Art. 31 de la loi n° 2024-42 du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration.*
[8] *Art. L. 421-13-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*

• avoir une rémunération annuelle brute dont le montant est au moins égal au deuxième échelon de la grille des émoluments des praticiens associés[1], à savoir 41 386,48 euros bruts annuels[2] ;

• avoir signé la charte des valeurs de la République et du principe de laïcité[3].

La durée du passeport TPMP est identique à celle du contrat de travail[4] et d'une durée maximale de 4 ans[5]. Ainsi, les professionnels de santé *ex*-Padhue et les praticiens associés en cours de PCC, sous réserve de répondre aux conditions précitées, peuvent bénéficier de ce passeport.

Comme le souligne la DGEF, le passeport TPMP s'accompagne d'avantages, tels que « *le séjour des conjoints et enfants, la dispense d'autorisation de travail, de taxe employeur, de parcours d'intégration républicaine, et un titre pluriannuel dès la première admission au séjour* »[6].

À ce stade, il est difficile d'évaluer les effets du passeport « Talent – Profession médicale et de la pharmacie », le dispositif ayant moins d'un an[7]. Si les données des années 2025 et 2026 demeurent provisoires et non consolidées, les premiers résultats semblent encourageants. Depuis le 1er janvier 2025, 1 270 demandes ont été enregistrées, dont 1 077 déjà traitées, soit un taux de traitement de 85 %[8]. Le taux de refus est particulièrement faible (0,2 %), tandis que les délais d'instruction tendent à diminuer, passant de 59 jours en moyenne à 44 jours pour les demandes déposées depuis le 16 juin 2025. Au total, 1 123 titres auraient été délivrés[9].

---

[1] *Art. R. 421-25-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[2] *Annexe 7 de l'arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé.*
[3] *Art. L. 421-13-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[4] *Réponse de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[5] *Art. L. 421-13-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.*
[6] *Réponse au questionnaire de la Direction générale des étrangers en France.*
[7] *Le décret d'application n° 2025-539 du 13 juin 2025 a été pris deux ans après la promulgation de la loi n° 2024-42 du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration.*
[8] *Réponse de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[9] *Réponse de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

b) Les transitions entre les statuts et le manque de coordination, principaux facteurs de rupture de droits

(1) L'inapplicabilité partielle du passeport « Talents – Professions médicales et de la pharmacie » aux praticiens associés

L'ambition du législateur lors de la création du passeport « Talent – Professions médicales et de la pharmacie » était claire : simplifier les démarches administratives et sécuriser le parcours migratoire des praticiens ayant réussi les EVC. Le rapport législatif de la commission des lois du Sénat sur le projet de loi dit « Immigration » est à ce titre explicite : « *Au surplus, ces personnes, qui disposent d'une situation professionnelle stable en ce qu'elles disposent d'une autorisation d'exercice pérenne, n'auraient plus l'obligation de renouveler leur carte de séjour temporaire (CST) chaque année en préfecture, allégeant ainsi la charge administrative qu'une telle démarche représente pour les personnes comme pour les services administratifs concernés* »[1].

Pourtant, les mesures d'application du texte ont conduit à une inapplicabilité partielle du dispositif aux praticiens associés. En effet, la condition de rémunération retenue correspond au deuxième échelon de la grille des praticiens associés, niveau qui n'est atteint qu'à compter de la deuxième année du parcours de consolidation des compétences. Les praticiens associés sont ainsi contraints de solliciter, dans un premier temps, une carte de séjour temporaire, avant de pouvoir demander le passeport « Talent – Profession médicale et de la pharmacie » un an plus tard. Ainsi, une fois cette condition de rémunération remplie, il ne leur reste qu'une année de parcours à accomplir, ce qui réduit fortement l'intérêt pratique du dispositif.

La Direction générale des étrangers en France indique que « *les revenus connexes à ces émoluments, tirés de gardes par exemple, sont pris en compte, ce qui permet la délivrance à certains lauréats en première année de PCC d'accéder au titre* »[2]. Cette interprétation permet effectivement à certains praticiens associés d'accéder au passeport dès leur première année. Elle soulève néanmoins plusieurs difficultés :

• une absence de visibilité et une incompréhension par le public du dispositif : la prise en compte des gardes et autres revenus complémentaires ne fait l'objet d'aucune communication explicite dans les textes ou les documents d'information, ce qui conduit probablement de nombreux praticiens associés à ne pas déposer de demande alors même qu'ils pourraient y être éligibles ;

---

[1] *Rapport n° 433 (2022-2023) de Mme Muriel Jourda et M. Philippe Bonnecarrère, déposé le 15 mars 2023, sur le projet de loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration.*

[2] *Réponse de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

• une sécurité juridique insuffisante : pour atteindre le seuil de rémunération requis, les praticiens sont incités à multiplier les gardes et activités complémentaires, alors même qu'il est établi qu'ils n'ont pas assez de temps pour se former ;

• une incitation paradoxale à l'augmentation du temps de travail des praticiens associés : cette possibilité ne repose sur aucun fondement normatif explicite. Relevant d'une interprétation administrative, elle demeure difficilement opposable aux préfectures et peut être appliquée de manière hétérogène ;

• un non-respect par l'exécutif de la volonté du Parlement qui voulait créer un dispositif pour tous les lauréats des EVC.

(2) Acteurs non coordonnés et transitions de statut, la machine administrative en risque constant de grippage

Selon la directrice générale de l'ARS Centre-Val de Loire, l'une des principales difficultés rencontrées ces dernières années tient à la complexité et à l'instabilité du cadre juridique applicable aux Padhue. Si la situation s'est progressivement améliorée grâce à une stabilisation des règles et à l'expérience acquise par les différents acteurs, la multiplicité des intervenants et l'enchaînement de procédures administratives aux calendriers distincts continuent de générer des difficultés. Chaque étape du parcours dépend en effet de décisions ou de documents produits par une autre administration, créant parfois de véritables impasses administratives lorsqu'un acteur attend une pièce dont la délivrance est elle-même subordonnée à l'intervention d'un autre ayant de longs délais d'instruction. Cette situation n'est pas sans rappeler les difficultés observées pour la voie interne des EVC, où l'articulation imparfaite des procédures, des délais d'instruction et des calendriers a empêché des Padhue de présenter un concours.

Le recours à l'autorisation temporaire d'exercice illustre cette logique de rattrapage destinée à compenser les lenteurs administratives et à éviter un grippage de la machine administrative. Une circulaire du 30 juillet 2025 du ministère de la santé prévoit trois cas dans lesquels l'autorisation temporaire d'exercice doit être délivrée : un Pact en attente de son autorisation d'exercice provisoire, un praticien associé en attente de l'évaluation par la CNAE, et une inscription sur une liste complémentaire aux EVC en attente d'affection[1]. Grâce à cette autorisation temporaire, les praticiens éviteront une rupture de droits, pourront garder ou demander leur titre de séjour et exercer en France.

[1] *Instruction n° DGOS/RH2/2025/107 du 30 juillet 2025 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant d'autoriser l'exercice de certains praticiens étrangers des professions médicales et de la pharmacie ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (Padhue).*

La DGEF résume cette situation : « *les délais accusés par les autorités sanitaires à chaque étape du parcours des Padhue entraînent des ruptures de droit à l'exercice, ainsi que des situations d'emploi en dehors des cadres prévus par la réglementation et par les instructions dérogatoires et temporaires successives que le ministre en charge de la santé signe pour pallier les retards accusés dans le traitement des demandes d'autorisation d'exercer* »[1].

Se pose alors une question fondamentale : les difficultés rencontrées par les Padhue résultent-elles d'autorisations d'exercice trop courtes pour couvrir les périodes de transition de leur parcours, ou de titres de séjour dont la durée est insuffisante ? En réalité, ces deux dispositifs apparaissent à la fois trop courts et insuffisamment coordonnés.

D'une part, comme le souligne la DGEF, la logique du droit des étrangers est de faire coïncider la durée du titre de séjour professionnel avec celle du droit à exercer l'activité professionnelle qui en constitue le fondement. Pour les praticiens associés et les Pact, la durée du séjour est ainsi directement liée à celle de leur autorisation d'exercice.

Cette articulation révèle toutefois ses limites lors des périodes de transition. À l'issue du parcours de consolidation des compétences, le praticien associé doit attendre l'examen de son dossier par la CNAE avant de pouvoir obtenir son autorisation d'exercice définitive. Durant cet intervalle, son autorisation d'exercice arrive à échéance alors même qu'aucune décision n'a encore été rendue sur son avenir professionnel. Cette rupture du fondement juridique de son activité entraîne mécaniquement la nécessité d'engager de nouvelles démarches afin de maintenir son droit au séjour et à l'exercice. Les membres de sa famille peuvent également se retrouver affectés par cette situation, leur propre droit au séjour étant lié à celui du praticien principal. Il en va de même pour les Pact demandant un renouvellement de leur 13 mois d'exercice. En d'autres termes, tant que les autorités sanitaires n'ont pas délivré une autorisation d'exercice couvrant cette période transitoire, les autorités chargées des titres de séjour disposent de marges de manœuvre limitées.

D'autre part, même si les autorisations d'exercice étaient allongées, une partie des difficultés subsisterait. Les titres de séjour de courte durée demeurent en effet soumis à un plafond de validité d'un an, ce qui impose des démarches de renouvellement régulières. Or, le renouvellement d'un titre de séjour ne peut jamais être automatique et suppose une nouvelle instruction du dossier. Cette contrainte est particulièrement visible pour les Pact, dont la situation administrative reste marquée par une succession de démarches récurrentes malgré la continuité de leur activité professionnelle. Ainsi, les difficultés observées tiennent moins à un défaut isolé du droit de l'exercice ou du droit des étrangers qu'à une mauvaise articulation entre deux systèmes administratifs qui raisonnent selon des logiques différentes et dont les calendriers peinent encore à s'embrever.

---

[1] *Réponse de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

(3) Une harmonisation des pratiques à renforcer

Selon plusieurs syndicats de Padhue ainsi que certaines administrations sanitaires, des disparités importantes subsistent entre les préfectures dans l'instruction des demandes de titre de séjour. Ces différences portent notamment sur les pièces justificatives exigées et sur l'interprétation de certaines situations administratives. Elles peuvent entraîner des retards dans le renouvellement des titres, voire des ruptures de droits susceptibles d'empêcher temporairement les Padhue d'exercer.

La DGEF met toutefois en avant une autre difficulté : la diversité des pratiques de recrutement des établissements de santé et la multiplicité des acteurs intervenant dans le parcours des Padhue. Cette fragmentation complique la circulation de l'information, limite l'harmonisation des procédures et peut être source d'incompréhensions entre les administrations concernées.

Afin de réduire ces difficultés, la DGEF indique avoir engagé plusieurs actions d'harmonisation, notamment par le développement d'échanges directs avec les préfectures, l'organisation de webinaires, l'élaboration de fiches métiers et la clarification du cadre juridique. Le décret du 13 juin 2025[1] a comblé certaines lacunes du droit et contribué à la stabilisation du régime applicable aux Padhue.

Au-delà de ces difficultés, l'ensemble des acteurs auditionnés souligne une amélioration sensible de la situation ces dernières années. L'expérience acquise par les administrations, les établissements de santé et les préfectures, ainsi que le développement de canaux de dialogue informels, permettent désormais de résoudre la majorité des situations problématiques et de régulariser les dossiers lorsque des difficultés surviennent.

Recommandation n° 18 : aligner la condition de rémunération du passeport « Talent - Profession médicale et de la pharmacie » sur les émoluments des praticiens associés en première année, hors rémunération complémentaire, à savoir l'échelon 1.

Recommandation n° 19 : instaurer une autorisation temporaire d'exercice automatique pour les lauréats des EVC en attente d'affectation en parcours de consolidation des compétences (PCC) et prolonger, jusqu'à trois mois après la fin du PCC, l'autorisation d'exercice ainsi que la durée de validité du titre de séjour des praticiens associés afin de couvrir les périodes d'attente liées à l'affectation, à l'examen par la CNAE et à la publication de l'arrêté ministériel d'autorisation d'exercice.

[1] *Décret n° 2025-539 du 13 juin 2025 relatif aux cartes de séjour « talent » et modifiant certaines dispositions relatives aux cartes de séjour « recherche d'emploi-création d'entreprise » et « entrepreneur et profession libérale ».*

Recommandation n° 20 : renforcer la coordination entre les administrations compétentes, notamment entre les autorités sanitaires et celles chargées du séjour des étrangers, afin d'anticiper les échéances et les pièces attendues pour la poursuite du parcours des Padhue, y compris celles relatives à l'inscription aux EVC, de mieux articuler les calendriers administratifs et de prévenir les ruptures de droits liées aux délais de traitement des dossiers.

3. Accélérer la phase finale de délivrance de l'autorisation définitive de plein exercice

À l'issue du parcours de consolidation des compétences, la commission nationale d'autorisation d'exercice de la profession ou de la spécialité se réunit afin de se prononcer sur la validation du parcours, sur la base notamment du rapport d'évaluation établi par le responsable de la structure d'accueil. Elle peut, si elle l'estime nécessaire, procéder à l'audition du praticien associé. Elle statue à la majorité des voix et rend un avis motivé, le président ayant voix prépondérante en cas de partage. Elle peut proposer une prolongation du parcours pour une durée déterminée.

Dans les faits, les dossiers d'évaluation sont transmis deux mois avant la fin du parcours, tandis que la CNAE dispose d'un semestre après la fin du PCC pour se réunir, soit huit mois après avoir reçu le dossier d'évaluation[1]. Une période d'incertitude s'ouvre donc à l'issue du parcours ; les praticiens associés perdent leur droit d'exercer dans l'attente de la décision de la commission, ce qui les conduit à solliciter, le cas échéant, une autorisation temporaire d'exercice auprès de l'agence régionale de santé[2]. Aucune mobilité ne peut être exercée durant cette phase d'attente[3]. À cet égard, la DGEF a transmis des alertes « *sur la nécessité de couvrir* a minima *par instruction la situation des lauréats des EVC ayant achevé leur PCC qui attendent pendant plusieurs mois la décision de la commission nationale d'autorisation d'exercice* »[4].

Les délais de réunion de la CNAE varient fortement selon les spécialités, la fréquence des réunions dépendant des effectifs de praticiens associés. Certaines, comme celle de médecine générale, se réunissent quasi-mensuellement hors période estivale, tandis que d'autres, à l'instar de l'allergologie, peuvent ne se réunir qu'une fois par semestre. Il en résulte des écarts significatifs dans la durée du traitement du dossier.

---

[1] *Réponse du Centre national de gestion au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[2] *Instruction n° DGOS/RH2/2025/107 du 30 juillet 2025 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant d'autoriser l'exercice de certains praticiens étrangers des professions médicales et de la pharmacie ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (Padhue).*
[3] *Réponse de l'Agence régionale de santé Île-de-France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*
[4] *Réponse de la Direction générale des étrangers en France au questionnaire transmis par les rapporteurs.*

En cas d'avis favorable de la CNAE, un nouveau délai d'attente existe, le directeur général du CNG prenant, au nom du ministre de la santé, un arrêté d'autorisation définitive d'exercice.

Une fois cette autorisation obtenue, le praticien peut solliciter son inscription au tableau de l'ordre, procédure qui n'est pas purement formelle. L'ordre dispose en effet d'un délai pouvant aller jusqu'à trois mois[1] pour instruire le dossier et vérifie divers éléments (diplôme, expériences passées, *etc.*). Jusqu'en 2025, il était par exemple exigé la preuve d'une absence de double inscription à un ordre d'un pays tiers, exigence supprimée par la loi dite « Ddadue » de 2025[2]. Pour autant, selon les syndicats de Padhue, certains conseils départementaux continuent de demander ces pièces. Le Conseil national de l'ordre des médecins a, quant à lui, rappelé le cadre applicable aux conseils départementaux.

La durée de l'examen de la demande d'inscription au tableau est notamment liée à la méconnaissance par les ordres des praticiens associés qui, contrairement aux internes, ne font pas l'objet d'une pré-inscription au tableau. D'où la recommandation susmentionnée de pré-inscription à l'ordre de tous les lauréats des EVC (*cf. I.B.1.a*). Ainsi, en anticipant l'inscription définitive, l'inscription *post*-obtention de l'autorisation définitive d'exercice deviendrait une simple formalité.

Plus largement, la commission est guidée par une logique de réduction des délais administratifs à l'issue du PCC et du nombre de dossiers administratifs à réaliser en raison du changement de statut. D'où la recommandation n° 19 visant à régler l'enjeu des changements de statut du fait d'une attente de décision par une automaticité d'autorisation temporaire d'exercice en attendant l'affectation en PCC et le prolongement de l'autorisation d'exercice en attendant la réunion de commission de la CNAE, et éventuellement l'arrêté d'autorisation définitive d'exercice.

Recommandation n° 21 : consacrer au niveau législatif la possibilité d'une saisine anticipée de la CNAE, par les autorités hiérarchiques locales et le coordonnateur de spécialité, pour réduire le PCC dès six mois.

Recommandation n° 22 : prévoir un délai de deux mois pour la réunion de la CNAE, hors période estivale, à compter de la fin du PCC, puis un délai d'un mois pour l'autorisation ministérielle, en cas d'avis positif de la CNAE, avec un principe de compétence liée et de « silence vaut acceptation ».

[1] *Art. L. 4112-3 du code de la santé publique.*
[2] *Art. 38 de la loi n° 2025-391 du 30 avril 2025 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne en matière économique, financière, environnementale, énergétique, de transport, de santé et de circulation des personnes.*

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 1er juillet 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport d'information de Mmes Corinne Imbert, Annie Le Houerou, Nadia Sollogoub, rapporteurs de la mission d'information sur les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue).

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, nous allons entendre à présent les conclusions de Corinne Imbert, Annie Le Houerou et Nadia Sollogoub sur la mission d'information *flash* qu'elles ont conduite sur les praticiens à diplôme hors Union européenne, ou Padhue.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Mes chers collègues, comme vous le savez, notre système de santé est confronté à une crise systémique. D'une part, les besoins en soins progressent sous l'effet du vieillissement de la population, de la perte d'autonomie et d'un développement des maladies chroniques. D'autre part, l'offre de soins peine à suivre cette croissance des besoins, notamment dans un contexte de pénurie de soignants qui ne sera pas résorbée avant plusieurs années.

Ces mécanismes ont accru les tensions dans l'accès aux soins pour les patients et dans le recrutement de personnel pour les établissements de santé, lesquels ont dû trouver des solutions pour continuer à assurer la permanence et la continuité des soins.

Les praticiens à diplôme hors Union européenne ont été, à ce titre, un palliatif pour notre système de santé. En quelques années, ces praticiens sont devenus indispensables au fonctionnement de nombreux services hospitaliers. Dans certains établissements et spécialités, ils ne constituent plus un appoint : ils sont devenus une condition du maintien de l'offre de soins.

En dépit de ce besoin en Padhue, leur parcours reste complexe, héritier de cinquante ans d'une politique mouvante aux ambitions contradictoires. Les pouvoirs publics ont simultanément souhaité répondre au manque de professionnels de santé, notamment dans les zones sous-denses, par un afflux de Padhue, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins grâce à des procédures exigeantes d'évaluation de leurs compétences, et sans sacrifier l'équité vis-à-vis des professionnels de santé, qui ont accédé à ces professions au terme d'un parcours particulièrement sélectif.

Mécaniquement, la politique d'accueil des Padhue a donc oscillé entre ouverture et fermeture, conduisant à un empilement de normes, de statuts dérogatoires ou temporaires, jusqu'à devenir illisible pour l'ensemble des acteurs.

Dans ce contexte, ce rapport répond à un double objectif : d'une part, dresser un état des lieux du droit applicable et de la contribution des Padhue à l'offre de soins ; d'autre part, tracer la voie d'une clarification du parcours des Padhue, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – Les praticiens à diplôme hors Union européenne sont l'ensemble des médecins, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes, diplômés dans un pays hors de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) et de la Suisse et pour lesquels aucune reconnaissance automatique des diplômes n'est prévue. Le statut de Padhue étant attaché non pas à une nationalité, mais au pays de formation, un Français peut avoir ce statut.

En principe, les Padhue ne peuvent pas exercer en France, l'exercice y étant subordonné à trois conditions cumulatives : être titulaire d'un diplôme reconnu en France, c'est-à-dire un diplôme d'un pays membre de l'Union européenne (UE), partie à l'Espace économique européen (EEE) ou du Royaume-Uni ; être de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'UE, de l'EEE, du Royaume-Uni, du Maroc ou de la Tunisie ; et être inscrit au tableau de l'ordre.

Dès lors, l'accès à l'exercice des Padhue en France est par nature dérogatoire. Cette dérogation prend la forme d'une autorisation individuelle, délivrée par le ministre de la santé, d'exercer une profession de santé.

Depuis 1972, la réglementation relative aux Padhue a oscillé entre des phases d'assouplissement visant à répondre aux besoins immédiats et des phases de durcissement des procédures d'autorisation d'exercice. Longtemps, la politique d'accueil et d'intégration des Padhue s'est caractérisée par une réponse à une situation de fait : l'exercice, y compris illégal, de praticiens, recrutés directement par les établissements de santé, qu'il convenait de régulariser *a posteriori* par la loi.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite loi Buzyn, a changé la logique de la politique d'accueil des Padhue, en instaurant un parcours clair de l'accès à l'exercice en France et une régularisation des situations qui, du fait des politiques mouvantes préexistantes, étaient à la frontière de la légalité. L'objectif était clair : ne plus produire de « stock » de Padhue à l'exercice et au statut précaires.

Depuis lors, le parcours d'accès au plein exercice est constitué de cinq étapes : des épreuves de vérification des connaissances (EVC), à savoir un concours composé d'une épreuve pratique et d'une épreuve théorique afin d'assurer un niveau de connaissances minimal ; un parcours de consolidation des compétences (PCC) pour les lauréats du concours, qui consiste en un stage de deux ans en établissement de santé afin de former et d'évaluer les compétences professionnelles du Padhue ; un examen du dossier du Padhue à l'issue du PCC par la commission nationale

d'autorisation d'exercice (CNAE), composée de professionnels de santé et donnant un avis positif ou imposant des stages supplémentaires au praticien ; en cas d'avis favorable de la CNAE, un arrêté d'autorisation définitive d'exercice du praticien, signé par le directeur général du Centre national de gestion (CNG) par délégation du ministre de la santé ; enfin, une inscription au tableau de l'ordre, ce dernier disposant de trois mois pour examiner le dossier.

Concrètement, l'obtention d'une autorisation de plein exercice prend deux à trois ans.

À la suite d'une grève de la faim des Padhue, la réforme introduite par deux décrets du 28 mai 2025, dits décrets Neuder, a valorisé les praticiens disposant d'une expérience professionnelle en France par deux nouveaux mécanismes.

Tout d'abord, afin de reconnaître leur contribution au système de santé français et de prendre en compte la difficulté pour les praticiens d'exercer et de réviser de façon concomitante, les décrets dits Neuder créent une voie interne aux épreuves de vérification de connaissances. Étant considéré que leur expérience acquise au sein du système français vaut passage des épreuves pratiques, cette voie interne ne comprend qu'une épreuve : l'épreuve théorique, sous forme de questionnaires à choix multiples (QCM).

En second lieu, cette réforme vise à mieux reconnaître les compétences des lauréats des EVC, en leur permettant, dès six mois de parcours de consolidation des compétences, de saisir la CNAE pour réduire le PCC et obtenir une autorisation individuelle d'exercice au plus vite. Cette saisine, réalisée conjointement par le chef de service et le président de la commission médicale de l'établissement, est soumise à un avis conforme du coordonnateur de spécialité.

Il y a donc deux voies possibles pour obtenir le plein exercice en France pour un Padhue : la voie externe des EVC et la voie interne aux EVC, toutes les deux suivies d'un PCC allant de six mois à deux ans, puis d'une évaluation du dossier par la CNAE avant publication d'un arrêté d'autorisation définitive d'exercice par le CNG.

Mme Annie Le Houerou, rapporteure. – Si ces deux réformes ont clarifié le parcours d'accès au plein exercice pour les Padhue, elles n'ont pas débroussaillé la jungle administrative que sont devenus leurs statuts. Aujourd'hui, sept statuts différents coexistent, avec parfois des différences infimes entre eux. Leur point commun réside dans les missions qui leur sont affectées : la prévention, le diagnostic et le soin, sous la supervision d'un professionnel de santé de plein exercice.

On distingue traditionnellement deux types de statuts : ceux qui relèvent de la formation des Padhue et ceux qui relèvent de l'exercice des Padhue.

En matière de formation, trois statuts différents cohabitent.

Le premier est celui de faisant fonction d'interne. Il concerne les Padhue qui souhaitent suivre en France un diplôme de formation médicale spécialisée, approfondie ou non. Leur statut est proche de celui d'un étudiant de troisième cycle : ils exercent en établissement tout en suivant une formation universitaire, pour une durée pouvant aller de six mois à trois ans.

Les deux autres statuts sont ceux de stagiaire associé et de *fellowship*. Ils s'adressent à des Padhue déjà autorisés à exercer dans leur pays, qui viennent se former en France sans préparer de diplôme. Dans les faits, ces deux statuts sont extrêmement proches : même durée, même logique de coopération internationale, même niveau de rémunération. Ils ne diffèrent que sur deux points : le stagiaire associé doit justifier d'une année d'expérience professionnelle et effectue un stage ; le *fellowship* ne requiert pas cette expérience préalable et repose sur une autorisation temporaire d'exercice.

À la lecture de ces trois statuts, on comprend aisément pourquoi les établissements comme les Padhue eux-mêmes peinent à s'y retrouver. Plus préoccupant encore, nos auditions ont montré que ces statuts de formation étaient parfois utilisés au-delà de leur finalité, afin de maintenir en poste certains praticiens plus longtemps que prévu ou de leur confier des missions qui dépassent normalement celles d'un Padhue en formation.

J'en viens maintenant aux statuts d'exercice. Là encore, quatre régimes coexistent.

Le premier est celui des Padhue dits « stock ». Il s'agit des praticiens qui exerçaient déjà sous des régimes dérogatoires avant la loi Buzyn et qui ont été intégrés dans une procédure transitoire de régularisation. Environ 600 praticiens sont encore en parcours de consolidation des compétences. Ce statut est appelé à disparaître, puisqu'aucune nouvelle candidature n'est possible depuis 2023.

Le deuxième régime est celui de praticien associé contractuel temporaire, ou Pact. Il s'adresse aux praticiens qui souhaitent continuer à exercer en France avant d'avoir réussi les épreuves de vérification des connaissances et sans avoir pu intégrer la procédure de stock précédemment évoquée. Recrutés par un établissement de santé, ils bénéficient d'une autorisation d'exercice provisoire, délivrée après avis d'une commission. Ce statut, d'une durée de treize mois renouvelable une fois, permet de répondre aux besoins des établissements tout en engageant les praticiens à se présenter aux EVC. Il ouvre l'accès à la voie interne des EVC.

Le troisième statut est celui de praticien associé, qui concerne les Padhue ayant réussi les EVC. Ces derniers exercent durant toute la durée de leur parcours de consolidation des compétences.

Enfin, les départements et régions d'outre-mer, à l'exception de La Réunion, bénéficient d'un dispositif dérogatoire destiné à répondre à une pénurie particulièrement aiguë de professionnels de santé. Après avis d'une commission territoriale, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) peut accorder une autorisation de plein exercice limitée au territoire concerné. Depuis 2020, plus de 2 000 postes ont été ouverts grâce à ce dispositif. Son bilan est globalement positif et sa prolongation au-delà du 31 décembre 2030 paraît pleinement justifiée.

Cet empilement juridique nuit au pilotage de la politique d'accueil des Padhue.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Un autre constat s'est imposé à nous : les administrations ne disposent d'aucune donnée consolidée sur le nombre de Padhue présents en France, et encore moins d'une répartition selon leurs différents statuts.

Selon elles, cette lacune s'explique par le caractère décentralisé des recrutements, qui s'effectuent directement entre les établissements de santé et les Padhue. Nous partageons pleinement cette logique de recrutement au plus près des besoins du terrain. En revanche, rien ne justifie que les données ne soient pas ensuite consolidées au niveau national. Les outils informatiques existent déjà, notamment pour le suivi des internes. En matière de pilotage des politiques publiques, naviguer sans données revient à naviguer à vue, faute de boussole.

Pour autant, plusieurs indicateurs permettent de dégager une tendance claire : le nombre de Padhue est en forte progression depuis le début des années 2010. Le nombre de places ouvertes aux épreuves de vérification des connaissances est ainsi passé de 400 en 2015 à 4 400 en 2025. La Fédération hospitalière de France estime par ailleurs à environ 8 000 le nombre de faisant fonction d'interne et de stagiaires associés dans les hôpitaux publics. Enfin, le nombre de médecins titulaires d'un diplôme hors Union européenne inscrits au tableau de l'ordre a progressé de 141 % depuis 2010. Au 1er janvier 2026, ils étaient 17 451, soit 8,5 % des 205 214 médecins en activité régulière. Autrement dit, les Padhue occupent désormais une place essentielle dans notre système de santé.

En comparant au niveau international, la France se situe toutefois sous la moyenne de l'OCDE en matière de recrutement de médecins formés à l'étranger, que ces derniers soient formés dans ou hors de l'UE. En 2023, 11 % des médecins exerçaient en France avec un diplôme étranger, contre 20 % en moyenne dans l'OCDE.

Face à ce constat, nous recommandons donc d'améliorer le suivi des Padhue, en enregistrant l'ensemble des praticiens au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et sur le logiciel Logimedh, avec une distinction selon leur statut.

Le croisement des données dont nous disposons sur les Padhue avec les données relatives à l'accès aux soins montre de manière évidente que les Padhue sont désormais indispensables à l'accès aux soins dans certains territoires et spécialités.

Premièrement, au niveau géographique, on constate une grande disparité territoriale d'installation des médecins inscrits à l'ordre ayant un diplôme hors Union européenne. La part des médecins dits « *ex*-Padhue » varie de 0,5 % à 35 % selon les départements, et dépasse 30 % pour six d'entre eux. Plus précisément, l'implantation des Padhue est particulièrement marquée dans les zones sous-denses. L'explication à cette situation est simple : les internes s'orientent majoritairement vers les territoires les plus attractifs, tandis que les Padhue sont recrutés dans des centres hospitaliers périphériques, où les difficultés de recrutement sont les plus fortes. Une fois leur parcours de consolidation des compétences achevé, ils y demeurent souvent. Les Padhue sont donc un rouage essentiel du fonctionnement du système hospitalier français, notamment dans les établissements de proximité.

Notre rapport le démontre : plus le nombre de consultations de médecine générale est faible dans un département, plus la part des médecins diplômés hors Union européenne est élevée.

Secondement, la même concentration s'observe dans les spécialités. Alors que les médecins titulaires d'un diplôme hors Union européenne représentent 8,5 % des médecins en activité régulière, ils constituent près d'un tiers des gériatres et environ 15 % des effectifs de plusieurs spécialités particulièrement en tension, comme la pédiatrie ou la néphrologie.

La contribution quantitative des Padhue à l'offre de soins n'est donc plus à démontrer. Dans de nombreux territoires et dans plusieurs spécialités, ils ne sont plus un simple renfort : ils sont devenus un maillon indispensable de notre système de santé.

Si débat il y a, c'est davantage sur la contribution qualitative des Padhue à l'offre de soins. Cette dernière est en réalité difficile à apprécier en raison de la forte hétérogénéité des formations, des parcours individuels et des pays d'origine. En l'absence de référentiel international, les compétences acquises et les contenus de formation varient fortement selon les systèmes nationaux.

Si les trois quarts des médecins *ex*-Padhue proviennent de cinq pays du pourtour méditerranéen aux systèmes de formation proches du modèle français, une part croissante est issue de pays d'Afrique subsaharienne, plus éloignés de ce référentiel.

Ces écarts se traduisent par des niveaux de compétence très variables. Certaines disciplines comme la maïeutique et l'odontologie présentent des incompatibilités structurelles avec les standards français. En effet, en France, les sages-femmes sont une profession médicale à part entière avec des compétences gynéco-obstétriques, quand elles sont dans de nombreux autres pays davantage apparentées à des infirmières, voire des assistantes des gynécologues-obstétriciens.

Pour les médecins et les pharmaciens, les différences tiennent à l'accès aux équipements, qui diffère d'un pays à l'autre, ainsi qu'aux spécialisations qui peuvent également varier. La gériatrie en est une illustration : si elle constitue en France une spécialité à part entière, elle est régulièrement un simple module de médecine générale à l'étranger.

Par ailleurs, une part croissante de Padhue sages-femmes ou gériatres se présente aux EVC sans expérience professionnelle préalable. Cette évolution renforce l'hétérogénéité des niveaux de compétence, l'expérience professionnelle constituant habituellement un facteur d'harmonisation des pratiques.

Enfin, les ordres ont insisté sur une difficulté propre aux Padhue : l'absence de contrôle des diplômes. Il semblerait qu'un contrôle des diplômes soit impossible pour plusieurs raisons : pays de formation administrativement défaillant ou peu enclin à la coopération pour des raisons politiques ou géopolitiques, explosion du nombre de lauréats aux EVC, absence de plateforme entre la France, voire l'Union européenne, et les pays tiers pour attester des diplômes. Par ailleurs, le développement de l'intelligence artificielle fait craindre une augmentation de la falsification documentaire et complexifie davantage les procédures de contrôle.

C'est pourquoi les épreuves de vérification de connaissances apparaissent comme le seul moyen, bien qu'imparfait, d'assurer un contrôle *a priori* du niveau des Padhue souhaitant exercer en France. Nous recommandons donc d'engager au plus vite des négociations avec les principaux pays de formation des Padhue en vue d'établir un système d'information de certification des diplômes.

Si les Padhue apportent une contribution décisive à l'accès aux soins dans notre pays, il reste à recenser les besoins en Padhue à court et à moyen terme, ce qui paraît assez complexe.

Le nombre de places ouvertes aux EVC est déterminé à partir d'un recensement des besoins réalisé par les ARS auprès des établissements de santé, données par la suite consolidées au niveau national par la direction générale de l'offre de soins. Un arrêté est ensuite publié avec le nombre de places ouvertes aux EVC et leur répartition entre les voies interne et externe.

Si nous saluons bien évidemment cette logique de remontée des besoins à partir du terrain, cette procédure est largement critiquée par l'ensemble des acteurs – à l'exception des administrations – pour son manque de transparence, le nombre de postes ouverts étant souvent inférieur aux besoins exprimés par les établissements.

Plus fondamentalement, cette procédure de recensement des besoins se heurte à des facteurs aussi nombreux qu'évolutifs à court et moyen terme. À court terme, un besoin en Padhue peut émerger ou disparaître selon la mobilité géographique ou le volume d'heures travaillées par les praticiens de santé, le maintien ou la fermeture des activités au sein des établissements, et même le changement du projet médical d'un établissement.

À moyen et long terme, il est impossible d'estimer les besoins en Padhue, en raison des difficultés à estimer les effets précis du vieillissement de la population sur les besoins en soins, même si on peut légitimement considérer qu'il les conduira à la hausse, de la croissance du nombre d'étudiants en santé, du type d'activité et des spécialités choisies, du retour du nombre de professionnels de santé français formés dans l'Union européenne, et même de l'organisation du système de santé qui peut gagner en productivité.

Ainsi, il ne nous semble guère envisageable de définir une stratégie pluriannuelle de recrutement de Padhue.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – À partir de ces différents constats, le premier axe de réforme nous semble porter sur un renforcement de la transparence.

Le premier volet de cet axe vise à simplifier le droit applicable qui, à la manière d'une formation sédimentaire, est devenu un empilement de couches où chacune représente un statut marquant une époque, un contexte, un héritage. Ces strates, déposées au fil des réformes, se superposent sans s'harmoniser, créant un relief juridique aussi riche que difficile à décrypter pour l'ensemble des acteurs.

Trois principaux problèmes de complexité du droit ont été recensés : un éparpillement des sources de droit, une partie seulement étant codifiée ; un vocabulaire technique comprenant des terminologies proches mais distinctes : on distingue ainsi l'autorisation temporaire d'exercice de l'autorisation d'exercice provisoire, dont les nuances sont d'autant plus difficiles à appréhender par les praticiens dont le français n'est la langue maternelle ; et enfin, un droit devenu illisible.

Le site du Centre national de gestion, qui aurait pu être une boussole dans cette jungle administrative, ne permet pas de lever cette confusion générale sur le droit applicable.

Le deuxième volet de cet axe de la transparence est celui des épreuves de vérification des connaissances, lesquelles sont largement critiquées pour leur manque de lisibilité et suscitent une frustration chez l'ensemble des acteurs.

Élaborées par des professionnels hospitalo-universitaires, les EVC font tout d'abord l'objet d'un désaccord quant à leur niveau. Les ordres considèrent que les exigences des EVC sont trop faibles, en raison notamment de l'absence de classification des questions selon qu'elles sont considérées comme fondamentales ou pas, tout comme le niveau de français attendu (B2), tandis que les syndicats de Padhue et les administrations soulignent, au contraire, le degré de sélectivité élevé des épreuves, avec un taux de réussite de seulement 10,8 % pour la voie externe.

Le nombre et la répartition des postes ouverts entre les voies sont jugés opaques et déconnectés des besoins réels. La session 2025 illustre cette situation, avec 1 935 candidats pour 4 000 postes ouverts pour la voie interne, contre 4 000 candidats pour 440 postes ouverts pour la voie externe. À défaut de fongibilité entre les postes ouverts dans ces concours, seuls 42 % des postes ont été pourvus. Ce calibrage imparfait s'explique par deux raisons principales : l'absence d'estimation précise du nombre de candidats éligibles à la voie interne, faute de données consolidées ; et des retards administratifs dans la délivrance des droits, notamment l'autorisation d'exercice provisoire, qui empêchent des praticiens théoriquement éligibles à la voie interne de s'y inscrire.

Enfin, la barre d'admission, très variable selon les spécialités et les jurys, est un facteur de frustration et d'incompréhension pour les candidats. Si dix-huit spécialités de médecine ont fixé une barre entre 10 et 11, d'autres refusent de le faire, soit parce que l'ensemble des postes ouverts sont pourvus avec une moyenne d'admission élevée, soit parce que le jury considère qu'un niveau inférieur ne doit pas permettre d'être lauréat. Une harmonisation des pratiques paraît certes souhaitable, mais les jurys étant souverains, elle relève de l'utopie.

En conséquence, nous recommandons, pour la voie interne, de remplacer le concours actuel par un examen fondé sur des seuils d'admission préétablis par spécialité, avec une classification des questions comme pour les internes. Les lauréats seraient inscrits sur une liste d'aptitude valable deux ans, afin d'absorber progressivement les candidatures et de permettre un meilleur appariement entre les établissements recruteurs et les lauréats des EVC.

Le troisième volet de cet enjeu de transparence est relatif au parcours de consolidation des compétences, dont les attendus et les objectifs demeurent incertains.

Le parcours de consolidation des compétences oscille entre une logique de validation de compétences déjà acquises et une logique d'acquisition de nouvelles compétences, la logique retenue dépendant de l'expérience et des qualifications du praticien.

Plus inquiétante est en revanche l'absence de clarté sur les critères de validation du parcours de consolidation des compétences par la commission nationale d'autorisation d'exercice. Les syndicats de Padhue comme les établissements de santé dénoncent des critères peu lisibles, conduisant à des stages qui sont parfois déconnectés des attentes du jury ou à l'inverse à des attentes du jury déconnectées de la réalité du terrain. Récemment, un travail du CNG, en concertation avec les ordres, a été réalisé afin de publier en ligne les attendus pour trente-neuf des quarante-quatre spécialités médicales, trois des quatre spécialités pharmaceutiques, mais aucun n'a été publié pour les spécialités de chirurgie dentaire.

S'il convient de saluer cet effort de transparence, il faut toutefois le relativiser pour trois raisons. En premier lieu, la publication de ces attendus n'est pas opposable à la CNAE, certains jurys pouvant continuer à exiger des stages ou diplômes universitaires complémentaires non prévus dans les attendus.

En deuxième lieu, certains attendus sont trop spécifiques. Ils peuvent mentionner un diplôme universitaire ou le service dans lequel le stage doit être réalisé plutôt qu'une compétence à acquérir.

En troisième lieu, certains attendus dépassent clairement ce qui est réalisable durant un PCC de deux ans, en demandant la validation de plusieurs DU ou stages spécifiques.

À titre d'exemple, certains coordonnateurs universitaires, dans le cadre de la construction du PCC, imposent, pour la validation du PCC en médecine générale, un stage en médecine de ville, alors même que ce stage n'est pas prévu dans le droit ni même financé.

Nous recommandons donc de publier par arrêté les attendus des parcours de consolidation des compétences par spécialité afin de les rendre opposables.

Mme Annie Le Houerou, rapporteure. – Le deuxième axe d'amélioration de la situation des Padhue pour l'ensemble des acteurs réside dans la sécurisation du parcours professionnel des praticiens.

Le premier pan de la sécurisation porte sur l'encadrement, l'accompagnement et la formation des praticiens associés durant leur parcours de consolidation des compétences.

La réforme Neuder de 2025 a ouvert la voie à une individualisation et à une universitarisation du parcours de consolidation des compétences. L'individualisation du PCC passe par deux principales mesures, toutes les deux liées à l'universitarisation : d'une part, une adaptation du parcours de consolidation des compétences, construit par le coordonnateur de spécialité, également appelé coordonnateur de diplôme d'études spécialisées (DES), en prenant en compte les expériences passées du praticien associé et l'avis du chef de service ; et, d'autre part, la possibilité de moduler la durée du parcours de consolidation des compétences, dès six mois de stage, par le biais d'une saisine de la CNAE par le chef de service sur le fondement d'unrapport d'évaluation cosigné par le président de la commission médicale d'établissement, et après avis favorable du coordonnateur de spécialité.

L'universitarisation du parcours s'est également traduite par une inscription obligatoire à l'université. D'un point de vue administratif, l'ensemble des praticiens associés sont ainsi rattachés à une unité de formation et de recherche (UFR) et à un coordonnateur de spécialité. Les praticiens associés ont ainsi accès au contenu pédagogique proposé par les coordonnateurs de spécialité et bénéficient, à ce titre, de huit jours de congé de formation.

Cette réforme, largement soutenue par l'ensemble des acteurs, se heurte toutefois au mur des moyens humains et financiers. Tout d'abord, les universités ne sont pas en capacité de suivre 4 000 praticiens associés en parallèle de 10 000 internes, dont le nombre est également en forte augmentation, sans moyens humains supplémentaires. Ensuite, en dépit de frais d'inscription élevés, allant jusqu'à 3 941 euros par an, les Padhue n'ont pas accès aux cours des internes pour différentes raisons : absence de partition entre le temps dédié à l'exercice et celui dédié à la formation, lieu d'affectation éloigné de leur centre hospitalier universitaire (CHU) ou UFR de rattachement, absence de clarté sur les modules auxquels ils ont accès, financement de ces jours de formation hors site par les établissements employeurs, et manque de places dans les UFR comme dans les CHU. L'universitarisation et l'individualisation s'apparentent ainsi davantage à un vœu pieux qu'à une réalité opérationnelle.

À cet accompagnement universitaire défaillant s'ajoutent des difficultés d'encadrement au sein des établissements de santé. Contrairement aux internes, les praticiens associés peuvent être affectés dans un service sans agrément. Si la capacité d'encadrement est un critère pris en compte par les ARS au cours du recensement des besoins des établissements, l'effectivité de cet encadrement varie fortement d'un établissement et d'un praticien à l'autre.

En découlent deux types d'autonomisation : la première est justifiée par l'expérience et la compétence démontrées du praticien, tandis que la seconde, qui est liée au manque de moyens humains donne lieu à une séniorisation fictive qui se concentre dans les centres hospitaliers les plus fragiles et les moins attractifs. Une telle autonomisation par la pénurie crée un risque pour le patient, mais aussi un risque juridique pour le praticien, l'encadrant et l'établissement. Dans certains établissements, le médecin encadrant n'est présent qu'un à deux jours par semaine.

L'encadrement constitue pourtant un facteur déterminant pour l'attractivité et la fidélisation des praticiens sur un territoire. Les praticiens auxquels on offre un environnement de travail de qualité sont incités à rester sur le territoire. Dans une logique vertueuse, les praticiens associés devenus médecins peuvent ainsi contribuer à la reconstitution d'un collectif médical capable d'encadrer des internes, eux-mêmes susceptibles d'accroître l'attractivité d'un établissement et, donc, d'un territoire sous-doté.

Dans cette perspective, l'encadrement des praticiens associés doit être considéré non pas comme une contrainte administrative, mais comme un investissement structurant pour l'attractivité médicale des territoires. L'ouverture du contrat d'engagement de service public à ces praticiens constitue du reste un levier supplémentaire d'ancrage dans les zones sous-denses. En résumé, bien encadrer, c'est mieux installer.

Nous recommandons donc de clarifier les objectifs pédagogiques du PCC par un contrat de formation entre le praticien, le coordonnateur de spécialité, le chef de service et le groupement hospitalier de territoire (GHT), précisant notamment les différents stages à suivre, le nombre de passages en CHU ou en service agréé et la partition entre-temps d'exercice et temps de formation. Nous préconisons également de financer les stages des praticiens associés par les ARS et d'ouvrir les stages en médecine de ville, notamment pour les généralistes.

Le deuxième volet de la sécurisation du parcours des Padhue a trait au parcours administratif et migratoire et vise à mettre fin aux ruptures de droits.

Les Padhue, selon leur statut, sont éligibles à différents titres de séjour qui peuvent être temporaires, c'est-à-dire renouvelables annuellement, ou pluriannuels. Depuis la loi du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, dite loi Immigration, un passeport « Talent - Professions médicales et de la pharmacie » a été créée afin de simplifier les démarches administratives des praticiens associés inscrits dans un parcours de consolidation des compétences. L'idée est simple et clairement exprimée par nos collègues de la commission des lois dans leur rapport : conférer une carte de séjour pluriannuelle à ces praticiens qui ont vocation à s'installer en France, afin de leur éviter d'avoir à renouveler tous les ans leurs papiers en préfecture.

Pourtant, en pratique, les ruptures de droits demeurent fréquentes. Le problème n'est plus juridique ; il est organisationnel. Nos administrations connaissent parfaitement leurs propres procédures, mais trop rarement celles de leurs voisins. Dès lors, chacune attend l'autre et la machine administrative finit par se gripper elle-même.

Ces ruptures surviennent principalement lors des périodes de transition. Prenons un exemple. Lorsqu'un praticien associé achève son parcours de consolidation des compétences, il doit souvent attendre plusieurs mois avant que la commission nationale d'autorisation d'exercice se prononce. Pendant cet intervalle, son autorisation d'exercice expire. Or son titre de séjour est directement lié à cette autorisation. Autrement dit, alors même qu'il poursuit son parcours vers le plein exercice, il perd simultanément son droit d'exercer et son droit au séjour. Il doit alors engager une succession de nouvelles démarches administratives pour obtenir une autorisation temporaire d'exercice, un nouveau contrat et un nouveau titre de séjour, avant de recommencer une fois l'autorisation définitive obtenue. On nous a même relaté le cas de praticiens tombant sous le coup d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF).

À ces difficultés s'ajoute un second problème. Le passeport « Talent », pourtant créé précisément pour les praticiens associés, est aujourd'hui largement inopérant. La condition minimale de rémunération exigée est supérieure à celle perçue par un praticien associé au début de son parcours de consolidation des compétences. Beaucoup de ceux auxquels ce dispositif est destiné en sont donc exclus.

Nous recommandons donc de prendre en compte les changements de statut et les périodes d'attente pour éviter les ruptures de droit par une meilleure coordination des administrations, de réduire à l'échelon 1 de rémunération des praticiens associés la condition de délivrance du passeport talent et de créer des autorisations d'exercice automatiques pour les périodes d'attente avant l'affectation et post-PCC.

Le troisième et dernier volet de la sécurisation du parcours concerne l'accélération de la délivrance de l'autorisation de plein exercice.

Comme nous l'avons expliqué, l'obtention de cette autorisation suppose trois étapes successives : l'avis de la commission nationale d'autorisation d'exercice, la signature de l'arrêté par le Centre national de gestion, puis l'inscription au tableau de l'ordre.

Sur le papier, cette procédure pourrait être rapide. En pratique, elle ne l'est pas. Les délais de réunion de la CNAE varient fortement selon les spécialités. Le Centre national de gestion met ensuite plusieurs semaines à signer un arrêté qui ne fait pourtant qu'entériner l'avis rendu. Enfin, faute de préinscription à l'ordre, les dossiers ne sont instruits qu'au terme du parcours, ce qui conduit généralement le conseil départemental à utiliser l'intégralité du délai légal de trois mois pour examiner les dossiers.

Autrement dit, une fois les compétences reconnues, ce n'est plus l'évaluation qui ralentit les Padhue : c'est la procédure administrative.

Nous proposons donc deux mesures simples : fixer un délai légal de deux mois pour la réunion de la CNAE, hors période estivale, à compter de la fin du PCC ; et fixer un délai légal d'un mois pour la publication de l'autorisation ministérielle en cas d'avis positif de la CNAE avec un principe de compétence liée et de « silence vaut acceptation ».

M. Philippe Mouiller, président. – Je remercie nos rapporteures pour ce travail aussi technique qu'utile.

Mme Céline Brulin. – Je n'avais pas conscience de la complexité des statuts des Padhue, sans lesquels notre système de santé ne tiendrait pas. Leur colère est d'autant plus légitime qu'ils sont beaucoup moins rémunérés que les médecins formés en France.

Cela étant dit, il convient bien évidemment que les compétences soient reconnues. Je souscris donc pleinement à vos recommandations, en particulier à la transformation du concours en examen, ou à la fixation par arrêté des attendus du PCC.

Pourriez-vous préciser ce que vous proposez afin de permettre la fongibilité entre les voies interne et externe du concours ? Il me paraît en effet nécessaire d'aller dans ce sens, tout comme il convient de mettre fin à la précarité qu'emporte le parcours administratif complexe que vous avez décrit.

Je vous remercie donc pour ce travail. Il nous revient à présent de nous mobiliser pour que vos préconisations soient retenues et appliquées.

M. Khalifé Khalifé. – Je remercie les rapporteures pour ce travail très instructif et complet. Comment se fait-il que l'on ne connaisse pas le point d'arrivée des Padhue qui ont obtenu l'autorisation de plein exercice, et sont donc inscrits aux ordres national et départemental des médecins ? Restent-ils à l'hôpital, comme tout le monde le pense et l'espère, ou s'installent-ils en ville ?

M. Dominique Théophile. – Les Padhue de mon territoire m'interpellent fréquemment sur le fait que la durée des contrats excède la durée de validité des titres de séjour, d'une part, et qu'ils ne peuvent pas passer le permis de conduire, d'autre part.

Par ailleurs, je suis régulièrement alerté sur l'inadéquation entre la pratique française et la pratique des autres pays en matière de soins dentaires.

Je préconise donc une évaluation du dispositif dérogatoire introduit en 2023 sur mon initiative dans les outre-mer, et, en son sein, du rôle spécifique des ARS.

M. Philippe Mouiller, président. – L'évaluation que vous proposez me paraît une bonne idée, mon cher collègue Théophile. Nous allons étudier sous quelle forme il convient de la conduire.

M. Alain Milon. – Nous débattons des Padhue depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Les statuts sont pourtant de plus en plus complexes, si bien qu'ils sont devenus incompréhensibles.

Dans un centre hospitalier important de mon département, une praticienne faisant fonction de chef de service en urologie qui opère avec succès des cancers de la vessie et de la prostate n'a pas obtenu son diplôme à un quart de point près pour cause de méconnaissance du français. La conséquence en est que ce service va fermer, et que nous aurons un service d'urologie en moins dans le département du Vaucluse.

Ma question est la suivante : les épreuves de français sont-elles à ce point importantes que l'on ne puisse pas diagnostiquer un cancer de la vessie ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je répondrai à notre collègue Céline Brulin.

Notre idée est de sortir les Padhue de la précarité en nous appuyant sur le statut de Pact. Nous préconisons qu'une fois les compétences reconnues, l'autorisation définitive d'exercice et l'inscription à l'ordre soient beaucoup plus rapides.

Par ailleurs, il n'existe pas, en effet, de fongibilité entre les voies interne et externe du concours. Notre préconisation porte sur la transformation du concours en examen. Si elle est mise en œuvre, il n'y aura plus de places ouvertes en voie interne, puisqu'il n'y aura plus de concours. Dès lors, la question de la fongibilité disparaîtrait. Toutefois, si cette transformation en examen nous paraît être une piste intéressante, nous ne sommes pas dupes : même alors, il sera toujours possible de limiter le nombre de reçus en rendant l'examen plus difficile.

Mme Nadia Sollogoub, rapporteur. – Lors de son audition, le directeur de l'hôpital de Nevers a insisté sur les bénéfices que présente l'installation en ville d'*ex*-Padhue autour des hôpitaux. Cela a changé quelque peu mon regard, cher collègue Khalifé.

Je retiens également de nos auditions que les Padhue les plus bruyants sont souvent des praticiens qui ont tout simplement échoué au concours. La situation tout à fait scandaleuse que vous évoquez, cher Alain Milon, n'est pas caractéristique de ces Padhue qui nous interpellent le plus.

En ce qui concerne les titres de séjour, il n'est pas possible, sauf dans le cadre du passeport « Talent », d'avoir un premier titre de séjour qui soit pluriannuel, le premier est toujours temporaire et donc renouvelable au bout d'un an. C'est à partir du deuxième titre de séjour qu'un titre pluriannuel, fondé sur la durée du contrat de travail, peut être demandé. Nous préconisons d'élargir le public éligible au passeport « Talent » en réduisant la condition de rémunération à l'échelon 1 des praticiens associés, afin de l'ouvrir à tous les praticiens qui ont vocation à devenir médecin sur le territoire. C'est de la pure logique, et cela permettrait de désengorger les préfectures. En tout état de cause, soyez assuré que nous avons parfaitement identifié le problème, cher collègue Théophile

La situation particulière des territoires d'outre-mer mérite en effet d'être approfondie, d'autant que nous avons noté la forte hétérogénéité des profils et des parcours des praticiens, ce qui ajoute de la complexité à un système déjà complexe.

Mme Annie Le Houerou, rapporteure. – Notre objectif est bien de rendre le parcours plus transparent, de le simplifier, de l'harmoniser et de donner les moyens de formation – en temps, mais aussi en rémunération – aux Padhue pour qu'ils puissent intégrer le parcours de consolidation des compétences.

J'estime pour ma part qu'il n'y a pas d'*ex*-Padhue. Une fois que ces praticiens ont obtenu l'autorisation d'exercice, ils sont médecins au même titre que tous les médecins formés en France, même s'il est exact qu'ils sont surreprésentés dans le salariat à l'hôpital, en particulier dans les hôpitaux périphériques.

Nous avons longuement débattu du niveau de français requis. Si l'immense majorité des Padhue sont issus de pays francophones, certaines spécialités comme la psychiatrie requièrent un niveau de français parfois supérieur au niveau B2 qui est actuellement exigé. J'estime toutefois qu'il ne faut pas modifier le niveau de français requis, charge aux chefs de service, dans le cadre du parcours de compétences, de demander au futur médecin de parfaire son français si nécessaire.

La commission adopte à l'unanimité le rapport d'information et en autorise la publication.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Auditions

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

Clotilde Durand, cheffe de service

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

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

Eva-Meije Mounier, cheffe du bureau de l'exercice et de la déontologie

- **Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire**

Clara de Bort, directrice

- **Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France**

Koré Mognon, directeur adjoint de l'offre de soins

Laure Wallon, directrice du pôle ressources humaines en santé à la direction de l'offre de soins

- **Direction générale des étrangers en France (DGEF)**

Sylvie Renard-Dubois, conseillère médicale du directeur général

Ludovic Guinamant, sous-directeur du séjour et du travail

Odile Maurice, cheffe du bureau de l'immigration professionnelle et étudiante

Marianne Vantini, cheffe de pôle immigration étudiante et professions réglementées

- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**

Dr Elisabeth Gormand, présidente de la section formation et compétences médicales

Camille Lebris, conseillère juridique adjointe du responsable

- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)**

  Véronique Berlaud-Biellmann, membre

- **Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)**

  Dr Alain Durand, président

  Dr Françoise Gaillard Fourcade, vice-présidente

  Dr Catherine Eray Decloquement, secrétaire générale

- **Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF)**

  Isabelle Derrendinger, présidente

  Marianne Benoit Truong Canh, vice-présidente

  David Meyer, chef de cabinet

- **Centre national de gestion (CNG)**

  Christel Pierrat, directrice générale adjointe

  Philippe Touzy, chef du département chargé des autorisations d'exercice, concours, coaching

- **Conférence des doyens des facultés de médecine**

  Pr Stéphane Zuily, doyen de la faculté de Nancy

  Pr Philippe Berthelot, doyen de la faculté de Saint-Étienne

- **Conférence des doyens des facultés de pharmacie**

  Pr Jean-Louis Beaudeux, doyen de la faculté de pharmacie de Paris – Université Paris Cité

- **Conférence nationale des directeurs généraux de CHU (CNDCHU)**

  Anne-Lucie Boulanger, coordinatrice de la commission Affaires médicales de la CNDG et directrice des affaires médicales du CHU de Dijon

- **Conférence nationale des présidents de CME de CHU (PCMECHU**

  Arthur Moinet, secrétaire général

  Pr Muriel Mathonnet, présidente de la CME du CHU de Limoges

- **Conférence nationale des présidents de CME de CH (PCMECH)**

  Dr David Piney, président

  Dr Philippe Fradin, vice-président en charge des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

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

  Rodolphe Soulié, responsable du pôle ressources humaines hospitalières

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

  Thierry Béchu, délégué général de la FHP médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

  Laurence Mikano, adjointe à la direction des relations sociales et ressources humaines

- **Unicancer**

  Sophie Beaupère, déléguée générale

  Nicole Bouwyn, directrice des ressources humaines

  Sophélia Picaud, directrice de cabinet

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)**

  Olivier Guérin, conseiller médical

  Régis Moreau, adhérent et directeur général de l'Hôpital Paris Saint-Joseph

- **Centre hospitalier de l'Agglomération de Nevers**

  Florent Foucard, directeur

  Paul Zanichelli, directeur des affaires médicales et de la recherche clinique

- **Mairie de Decize**

  Justine Guyot, Maire

- **Syndicat FPS – Fédération des praticiens de santé**

  Dr Ayoub Mdhafar, président

  Dr Jamil Amhis, président d'honneur et membre du conseil d'administration

  Dr Bramli Slim, vice-président

- **Association des médecins français à diplôme hors Union européenne (AMFDHUE)**

  Dr Aminata Tembely-Koumare, présidente de l'association MEFDHUE

  Dr Ovidio De Souza, praticien attaché

- **Ipadecc**

  Dr Abdelhalim Bensaidi, président

- **Victoire Cottereau, docteur en géographie, spécialisée en géographie de la santé et des migrations internationales, auteure de plusieurs travaux de recherche sur les Padhue**

- **Francesca Sirna, sociologue, chargée de recherche au CNRS, auteure de travaux de recherche sur les migrations du personnel de santé extra et intra européen en France**

- **Intersyndicale nationale des internes (ISNI)**

  Marie-Berenice Roux, première vice-présidente

Contributions écrites

- **ARS Guyane**

- **SNPADHUE**

TABLEAU DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandations	Acteurs concernés	Support
1	Améliorer le suivi administratif des Padhue en enregistrant l'ensemble des praticiens en formation ou en exercice en France au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) et sur le logiciel Logimedh, avec une distinction selon leur statut, et en préinscrivant à l'ordre des médecins les lauréats des épreuves de vérification des connaissances (EVC) afin d'anticiper l'instruction de leurs dossiers, sans faire de cette préinscription un préalable à l'entrée dans le parcours de consolidation des compétences.	Gouvernement	Texte réglementaire et politique publique
2	Développer les reconnaissances unilatérales et, dans l'idéal, bilatérales des diplômes avec les pays dont les systèmes de formation présentent des garanties élevées de qualité, sous réserve de l'avis conforme du Conseil national de l'ordre concerné, rendu préalablement à tout accord de reconnaissance et renouvelé tous les deux à trois ans pour une liste spécifique de spécialités.	Parlement Gouvernement	Loi et texte réglementaire
3	Engager au plus vite des discussions bilatérales et multilatérales, visant à la création d'une plateforme de certification des diplômes entre la France et l'Union européenne, d'une part, et les pays tiers, d'autre part, sur le modèle du système d'information du marché intérieur européen.	Gouvernement	Négociations internationales
4	Codifier l'ensemble du droit applicable aux Padhue, avec une architecture normative par statut et une rationalisation du nombre de statuts de Padhue en formation.	Gouvernement	Texte réglementaire
5	Réorganiser le site du Centre national de gestion, avec une rubrique dédiée aux Padhue, une présentation de tous les statuts et du droit applicable et des guides pratiques à destination des praticiens et des établissements employeurs.	Gouvernement	Politique publique

6	Clarifier et rendre transparents les demandes d'ouverture de postes, ainsi que les critères de sélection et de détermination du nombre de postes ouverts et de leur lieu d'ouverture.	Gouvernement	Texte réglementaire
7	Allonger la durée maximale du statut de praticien associé contractuel temporaire (Pact) à trois périodes de treize mois et leur octroyer un droit à la formation qui soit financé par les ARS, afin de laisser aux Padhue exerçant dans un établissement de santé le temps nécessaire pour préparer les épreuves de vérification des connaissances (EVC) dans des conditions satisfaisantes.	Parlement et Gouvernement	Loi et texte réglementaire
8	Mettre en place un classement des questions posées lors des EVC avec, comme pour les épreuves classantes nationales, un rang A pour les points fondamentaux du programme, et un rang B pour les points considérés comme plus accessoires.	Gouvernement	Texte réglementaire
9	Substituer au concours interne un examen interne, pour lequel les moyennes d'admission seraient fixées en amont et créer une liste d'aptitude valable deux ans, afin d'améliorer l'appariement.	Parlement et Gouvernement	Loi et texte réglementaire
10	Ouvrir les parcours de consolidation des compétences aux centres de lutte contre le cancer dans les mêmes conditions que pour les centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires.	Gouvernement	Texte réglementaire
11	Publier par arrêté, en concertation avec les ordres concernés, les critères de validation du parcours de consolidation des compétences afin de rendre transparents et opposables les attendus de la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE).	Gouvernement	Texte réglementaire
12	Instaurer un contrat de formation associant le praticien, le coordonnateur de spécialité, le chef de service et le groupement hospitalier de territoire. Ce document définirait les objectifs pédagogiques du parcours de consolidation des compétences (PCC), les enseignements à suivre, les différents stages à effectuer, dont au moins un passage obligatoire en CHU ou en service agréé pour l'accueil d'étudiants du 3ème cycle, ainsi que la répartition entre temps de travail et temps de formation.	Parlement et Gouvernement	Loi et texte réglementaire

13	Clarifier les enseignements et formations auxquels les praticiens associés ont accès dans le cadre de leur cursus universitaire, ainsi que le rôle du coordonnateur de spécialité, en intégrant un avis pédagogique dans le rapport d'évaluation à destination de la CNAE.	Gouvernement	Texte réglementaire
14	Prévoir un financement des stages des praticiens associés, en dehors de l'établissement de rattachement, par les ARS et non par l'établissement employeur. En particulier, autoriser et prévoir un financement par les ARS d'un stage en ambulatoire auprès d'un maître de stage universitaire, notamment pour les praticiens associés en médecine générale.	Gouvernement	Texte réglementaire
15	Mettre en place une gestion globale, par un système d'information centralisant les données, des parcours des internes et des praticiens associés, dans le respect de la priorité accordée à la formation des internes, afin d'identifier les capacités d'accueil disponibles pour des formations en CHU ou service agréé.	Gouvernement	Politique publique
16	Fidéliser les praticiens affectés en zones sous-denses en autorisant les centres hospitaliers à mettre en place des expérimentations et en évaluant le contrat d'engagement de service public applicable aux praticiens associés afin d'en améliorer, le cas échéant, la promotion et d'augmenter le nombre de contrats pouvant être conclus.	Gouvernement	Politique publique
17	Renforcer le poids de l'encadrement dans la procédure de recensement des services pouvant accueillir des praticiens associés, et augmenter le nombre de services agréés, notamment dans les centres hospitaliers de périphérie.	Gouvernement	Texte réglementaire et politique publique
18	Aligner la condition de rémunération du passeport « Talent - Profession médicale et de la pharmacie » sur les émoluments des praticiens associés en première année, hors rémunération complémentaire, à savoir l'échelon 1.	Gouvernement	Texte réglementaire

19	Instaurer une autorisation temporaire d'exercice automatique pour les lauréats des EVC en attente d'affectation en parcours de consolidation des compétences (PCC) et prolonger, jusqu'à trois mois après la fin du PCC, l'autorisation d'exercice ainsi que la durée de validité du titre de séjour des praticiens associés afin de couvrir les périodes d'attente liées à l'affectation, à l'examen par la CNAE et à la publication de l'arrêté ministériel d'autorisation d'exercice.	Parlement et Gouvernement	Loi et texte réglementaire
20	Renforcer la coordination entre les administrations compétentes, notamment entre les autorités sanitaires et celles chargées du séjour des étrangers, afin d'anticiper les échéances et les pièces attendues pour la poursuite du parcours des Padhue, y compris celles relatives à l'inscription aux EVC, de mieux articuler les calendriers administratifs et de prévenir les ruptures de droits liées aux délais de traitement des dossiers.	Gouvernement	Texte réglementaire et politique publique
21	Consacrer au niveau législatif la possibilité d'une saisine anticipée de la CNAE, par les autorités hiérarchiques locales et le coordonnateur de spécialité, pour réduire le PCC dès six mois.	Parlement et Gouvernement	Loi
22	Prévoir un délai de deux mois pour la réunion de la CNAE hors période estivale à compter de la fin du PCC, puis un délai d'un mois pour l'autorisation ministérielle, en cas d'avis positif de la CNAE, avec un principe de compétence liée et de « silence vaut acceptation ».	Parlement et Gouvernement	Loi