RAPPORT

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Un rapport exprime une prise de position officielle de l 'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 3 novembre 2026, a adopté le texte de ce rapport par 72 voix pour, 17 voix contre et 7 abstentions.

LES MEDECINS A DIPLOME HORS UNION EUROPEENNE (PADHUE)

Doctors with qualifications from outside the european union (PADHUE)

►Place et perspectives dans la démographie médicale actuelle en France
►Acquisition de l'autorisation de plein exercice : l'évolution du dispositif

►Role and outlook within the current medical workforce landscape in France
►Obtaining full practice authorization: evolution of the regulatory framework

Dominique BERTRAND (rapporteur), Jean-Paul TILLEMENT (co-rapporteur) au nom de l'Académie nationale de médecine (ANM).

Membres du groupe de travail : Dominique BERTRAND (rapporteur), Jean-Paul TILLEMENT (co-rapporteur), Jean-Louis BEAUDEUX, Jacques CATON, Olivier CLARIS, Marc DELPECH, Gérard DUBOIS, Antoine DURRLEMAN, Olivier FROMENTIN, Olivier JARDÉ, Frédéric JOLY, Giovanna MARSICO, Jean-Pierre MICHEL, François RICHARD, Jacques ROUËSSÉ (+), Philippe RUSZNIEWSKI, Claude VIGNERON

Relecture : Jacques BELGHITI, Lionel COLLET, Marc DUPONT

Remerciements au personnel de la Bibliothèque : Jérôme VAN WIJLAND, François LÉGER, Léa LATCHAN et Émilie DIOMAT.

Déclaration de liens d'intérêts :
Les auteurs et les membres du groupe de travail déclarent aucun lien d'intérêts en relation avec ce rapport.

SYNOPSIS

Résumé
Introduction
Matériel et méthodes
Données de démographie médicale

A- Evolution en France de 2010 à 2026

B- L'origine géographique des médecins

C- Les projections sur l'évolution des effectifs des médecins

D- Les variables liées à l'évolution du système de santé et des pratiques professionnelles

Procédures d'acquisition de la capacité de plein exercice par les PADHUE jusqu'en 2024

A- La liste A

1. Principes généraux
2. Les spécialités médicales

B- La liste B

C- Les listes dérogatoires (suite de la liste C)

1. La loi du 1er février 2012
2. La loi du 2 Juillet 2019
3. Rappel des principes d'autorisation du plein exercice

Nouvelles dispositions prévues ou proposées pour les PADHUE

A- La loi Valletoux du 2 Décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

1. Dispositions principales
2. Dispositions réglementaires d'applications de la loi

2-1 Le PACT, décret n°2024-1190 création du statut de praticien associé contractuel temporaire

2-2 Modalités de la délivrance de l'attestation permettant un exercice provisoire, décret n°2024-1191

2-3 Diverses dispositions relatives aux Padhue, décret n°2025-467

2-4 Aménagement de la procédure des épreuves de vérification des connaissances, décret n° 2025-468.

3. Nombre de postes offerts en 2026

B- Propositions de loi (PPL)

1. PPL déposées à L'Assemblée nationale

1-1 Contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, n°741

1-2 Contre les déserts médicaux, également d'initiative transpartisane, n°682

1-3 Autorisation par l'ARS d'un exercice dans un centre agréé avec ou sans supervision hiérarchique (Damien Maudet)

1-4 PPL proche de celles du Sénat

2. PPL déposées par le Sénat

2-1 Modification de l'attestation d'exercice provisoire portant sa durée à 25 mois, renouvelable une fois

2-2 Suppression de la commission nationale d'autorisation d'exercice, autorisation sans véritable contrôle de compétence, basée sur les besoins locaux

Discussion

A. Le recrutement des PADHUE

1-1 L'entrée dans le processus de 2006 à 2026

1-2 Les régularisations

1-3 L'entrée directe

B. Les éléments indispensables susceptibles de garantir la qualité des recrutements

2-1 Un examen permettant de s'assurer des connaissances professionnelles des candidats

2-2 Un stage

2-3 Un passage devant une commission nationale d'autorisation d'exercice

2-4 Le choix de la spécialité pour un exercice en France

2-5 Obtention du visa de séjour

C. La recherche d'autres capacités de soins dans le système national

3-1 L'augmentation du temps médical sur volontariat des professionnels

3-2 L'augmentation des IPA en cohérence avec les médecins de spécialités identiques

3-3 La redéfinition à la marge du périmètre des soins affectés à chaque profession médicale ou de santé

3-4 L'obligation d'exercer au moins à 50% dans la spécialité médicale d'origine

Recommandations

Références

Abréviation

Annexes

1- Evolution des contrôles des connaissances entre 2006 et 2025

2- Pyramide des âges des médecins en France

3- Evolution du numerus clausus depuis 1972

4- Evolution des postes affectés à la liste A

5- Evolution des postes ouverts par spécialité

RESUME

Dans notre pays, depuis de nombreuses années, la place des médecins à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans le système de santé n'est pas négligeable, notamment au sein des effectifs médicaux hospitaliers. Dans de nombreux établissements, leur concours s'avère indispensable. A l'évidence, leur situation statutaire et matérielle est cependant loin d'être satisfaisante et leur mode de recrutement complexe. Une autorisation de plein exercice leur est accordée à l'issue d'une séquence prévoyant en premier lieu un concours national basé sur des épreuves écrites, puis pendant une durée variable un exercice médical sous la responsabilité d'un médecin habilité, enfin le passage devant une commission nationale d'autorisation d'exercice qui selon le cas statuera positivement ou négativement sur la capacité d'un plein exercice ou proposera un parcours complémentaire pouvant associer l'acquisition de connaissances et/ou la poursuite d'un exercice hospitalier.

En raison du nombre insuffisant de médecins en exercice sur l'ensemble du territoire et afin de bénéficier dans les meilleures conditions de l'apport de ces médecins étrangers, la loi du 27 décembre 2023 dite « loi Valletoux » a organisé un recrutement local permettant un exercice immédiat, lié à l'obligation de se soumettre ultérieurement aux épreuves écrites d'un concours spécifique, ceci tout en maintenant le concours antérieur réservé aux médecins à diplôme hors Union européenne exerçant hors du territoire national.

Le nouveau dispositif légal vise donc à régulariser la situation des médecins étrangers exerçant déjà en France.

L'Académie nationale de médecine fait plusieurs recommandations pour la mise en œuvre de ce dispositif.

Mots-clés : Médecin à diplôme hors Union européenne – Autorisation d'exercice – Médecin à diplôme étranger – Médecin réfugié politique

SUMMARY

In France, for many years, the role of physicians holding medical degrees from outside the European Union (PADHUE) has been significant within the healthcare system, particularly among hospital medical staff. In many healthcare institutions, their contribution has become indispensable. However, their statutory and material situation remains far from satisfactory, and their recruitment process is complex.

Full authorization to practice medicine is granted following a multi-step process that first includes a national competitive examination based on written tests, followed by a variable period of medical practice under the supervision of an accredited physician, and finally an assessment by a national commission for authorization to practice. Depending on the case, the commission may grant full authorization, refuse it, or propose an additional training path way that may include further academy requirements and/or continued hospital practice.

Due to the insufficient number of practicing physicians across the country, and in order to benefit more effectively from the contribution of these foreign physicians, the law of December 27, 2023, known as the "Valletoux Law," introduced a local recruitment system allowing immediate practice, subject to the obligation to subsequently sit for a specific competitive examination. At the same time, the previous examination system has been maintained for physicians holding non-EU medical degrees who practice outside French territory.

The new legal frame work is there foreign tended to regularize the situation of foreign physicians already practicing in France.

Key words: *Doctor with degree from outside the European Union – Authorization to practice – Doctor with a foreign degree – Political refugee doctor*

INTRODUCTION

Les médecins à diplôme hors Union européenne (DHUE) sont indispensables au fonctionnement du système de soins français, ceci en raison d'un nombre de médecins globalement insuffisant sur l'ensemble du territoire national.

Les modalités de leur recrutement et de leur régularisation ont donné lieu à des procédures distinctes qui se sont succédé depuis 2006 (résumées dans l'annexe 1).

Eu égard à leur situation individuelle, ils peuvent à présent acquérir le plein exercice selon plusieurs modalités, deux listes étant prévues : la liste « A » ouverte aux praticiens de tous les pays hors UE et la liste « B » pour les réfugiés politiques (et assimilés). Jusqu'en 2016, une liste « C », désormais supprimée était prévue pour la régularisation des médecins exerçant en France sans avoir réussi où s'être présenté aux listes « A » ou « B ». Compte tenu du fait qu'un nombre important de médecins n'a pu être régularisé, une nouvelle disposition de régularisation a été prévue par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 (1).

Depuis, une nouvelle loi a été promulguée le 27 décembre 2023 (2) et plusieurs propositions de loi ont été parallèlement déposées afin de modifier les modalités de recrutement de ces médecins. Ceci dans deux directions : la première pour permettre un exercice avant le passage des épreuves de vérification des connaissances, la seconde pour modifier les modalités du contrôle des connaissances requis pour l'autorisation du plein exercice, introduisant une procédure basée sur des principes différents de ceux antérieurement fixés par la loi relative à la CMU du 27 juillet 1999 (3) et l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (4).

Le présent rapport aborde successivement :

- La place des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la démographie médicale générale,
- Les modalités de l'entrée dans un processus conduisant les médecins à l'obtention du plein exercice,
- Les dispositions actuellement en vigueur, issues de la loi dite « Valletoux » du 27 décembre 2023 et les propositions de loi par des parlementaires entre 2024 et 2025
- La discussion a apporté une réflexion sur cette évolution et fixé quelques éléments importants pour l'avenir.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le présent rapport s'appuie principalement sur les sources suivantes :

- L'analyse juridique des textes législatifs et réglementaires en vigueur sur le sujet ainsi que des différentes propositions de loi déposées au cours des dernières années, s'agissant notamment des modalités de recrutement des praticiens et de leur insertion dans le système de soins.
- Les données annuelles sur les postes ouverts aux concours jusqu'en 2025 inclus.
- Les rapports sur la démographie médicale et les médecins étrangers rédigés par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- Les données actuelles et les perspectives de la DREES.
- Les comptes-rendus d'entretien avec des parlementaires et des responsables de l'organisation des concours, ainsi qu'avec des représentants du CNOM et des syndicats de PADHUE.

DONNÉES DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

L'évolution des modalités de l'exercice médical, leur diversité, ainsi que les effectifs qui seront disponibles au cours des prochaines années, enfin l'évolution propre des pratiques paramédicales doivent être pris en compte dans la satisfaction des besoins de la population française.

A. Evolution en France de 2010 à 2026 (Source : CNOM)

Les effectifs des médecins en activité ont augmenté de 10% depuis 2010, passant de 215 000 en 2010 à 245 000 médecins en 2026(5). (Tableau 1)

Tableau 1 : **Médecins en activité de 2010 à 2026 (chiffres arrondis)**

Année	2010	2015	2020	2022	2023	2024	2026
Nombre de médecins en milliers	215	224	231	233	234	237	245

La structure par sexe et par âge comparée des médecins en activité entre 2010 et 2025 (en %) montre un rajeunissement de la pyramide des âges avec une féminisation accrue (annexe 2).

Il convient cependant de prendre également en compte la durée d'activité des médecins, ainsi que la comptabilisation des actifs : ces derniers comprennent les actifs réguliers, exerçant une activité quasiment à temps plein, les intermittents dont font partie les remplaçants ; s'y ajoutent les retraités actifs qui ont repris une activité après leur vie professionnelle, mais selon des modalités différentes et pour une durée hebdomadaire en moyenne plus courte qu'auparavant, mais impossible à quantifier.

En 2024, les actifs réguliers représentent 83,9% des médecins actifs (contre 92,8% en 2010). Les intermittents sont passés de 4,6% à 9,1%. La durée d'activité hebdomadaire des médecins a par ailleurs fortement décru depuis plus de 30 ans. On peut caractériser cette évolution par le fait que le remplacement en médecine générale d'un médecin requiert actuellement 2,2 médecins pour obtenir le même temps de travail (6).
La diminution très significative du numerus clausus à compter de 1972 jusqu'à la décision de Madame la Ministre d'Etat (Simone Veil), prise en 1994, de mettre fin à cette évolution négative a eu un impact considérable sur le nombre de médecins exerçant en France (annexe 3).

Depuis 1994, la remontée du nombre d'inscriptions aux études de médecine a été très lente et en escalier jusqu'à obtenir un nombre d'entrées en deuxième année d'environ 12 000 étudiants en 2026 (7) ; le nombre de postes d'interne a augmenté de 1 600 à la rentrée universitaire de 2026, inédit depuis la création de l'internat pour tous.

Malgré cette évolution positive, le développement des spécialités, l'hyperspécialisation et la part prise par des pratiques ne correspondant pas toujours à l'exercice de la spécialité ne permettent pas de répondre à la totalité des besoins médicaux de la population. Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Paris a ainsi observé une différence très significative dans l'exercice de la spécialité de médecine générale lors de la première inscription ordinale (certains primo-inscrits indiquent que leur exercice majoritaire sera orienté en médecine esthétique par exemple et non vers la pratique de la

médecine générale pour les patients, etc.) Or, le non-exercice de sa spécialité par le médecin entraine une obligation de remettre à niveau ses compétences après 3 ans. Il serait nécessaire de prévoir pour les praticiens au moins un exercice à mi-temps des compétences acquises pendant l'internat, c'est-à-dire la spécialité acquise.

Ces trois causes ont pour conséquence d'augmenter les besoins en personnel médical. Un nombre constant de médecins ne permet plus d'assurer une offre identique car il doit être tenu compte par ailleurs d'une demande qui est en augmentation en raison de la croissance de la population, de son vieillissement et des progrès de la médecine induisant des besoins nouveaux (ce dernier point est difficile à quantifier).Selon l'INSEE, la population française, estimée en 2025 à 68,6 millions d'habitants, passerait à 69,2 millions en 2050, puis à 68,1 millions en 2070 ; sur ce total, il est attendu une augmentation modeste de la population de plus de 65 ans.(8)

B. L'origine géographique des médecins (Tableau 2)

Tableau 2 : Origine du diplôme des médecins de plein exercice en France en 2010 et en 2026

	2010	2026
France	92,9%	85,8%
UE	3,1%	5,6%
Hors UE	4%	8,6%

Source : CNOM (5)

Dans le cadre du présent rapport, l'Académie s'est attachée à examiner la proportion de médecins ayant un diplôme hors Union européenne.

Le nombre de PADHUE actifs est passé de 4% à 8,6% entre 2010 et 2026. Cette augmentation est la conséquence de plusieurs éléments concomitants : d'une part, l'accroissement du nombre de postes offerts au concours de la liste « A » et d'autre part, l'impact de deux périodes de régularisation de médecins exerçant en France sans avoir passé ou réussi les voies de la régularisation des listes « A » ou « B » (2012 et 2019).

Les deux périodes de régularisation ont permis l'inscription à l'Ordre d'environ 3000 médecins à chaque fois.

On notera que selon les indications du président de la Fédération des praticiens de santé (FPS) en février 2025, environ 4000 médecins sont susceptibles d'être concernés par un nouveau mécanisme de régularisation.

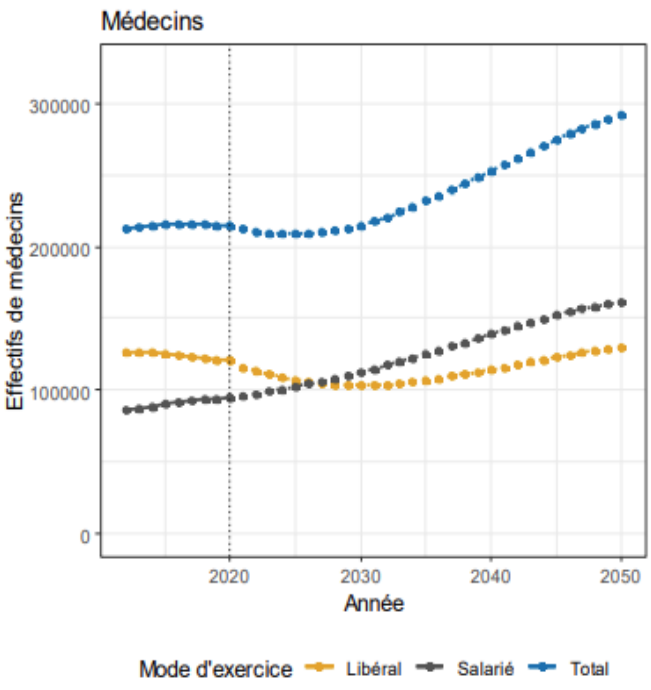
A noter que le nombre de postes offerts en liste « A » est passé de 160 en 2006 à plus de 3700 en 2024. L'année 2025 ne peut pas servir de référence en raison de l'impact de la loi du 27 décembre 2023.

C. Les projections sur l'évolution des effectifs de médecins

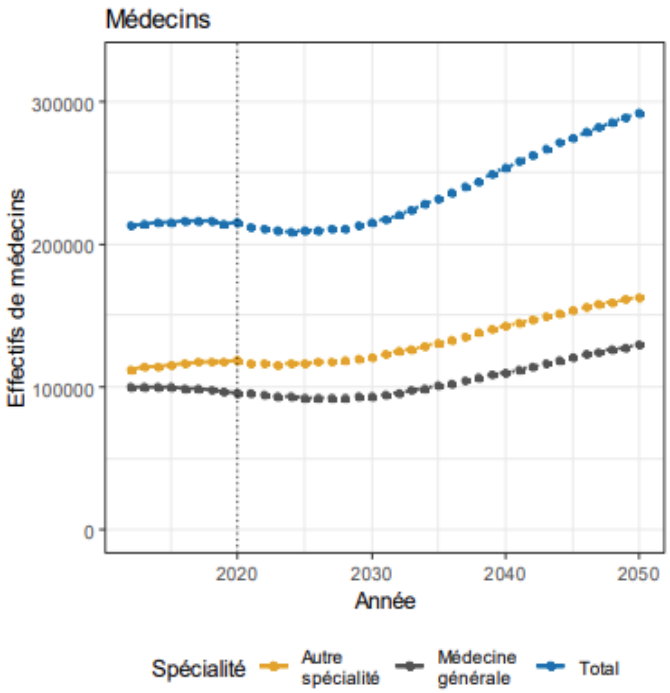
La DREES a constitué en 2021 un dossier sur la démographie récente et à venir des effectifs médicaux jusqu'en 2050.Son modèle a été construit par micro-simulation, tenant compte de toutes les informations disponibles pour établir des chiffres réalistes, fondés notamment sur une durée du temps de travail demeurée constante. (8)

Graphiques 1 et 2 : Projections des effectifs médicaux jusqu'en 2050

Graphique 1



Graphique 2



Graphique 1 : Effectifs des médecins observés et projetés entre 2012 et 2050, distinguant le mode d'exercice : salarié ou libéral.
Graphique 2 : Effectifs en médecine générale et dans les autres spécialités.

Source : DREES (9)

Bien que ces deux projections soient approximatives, elles rendent compte de l'impact de la disparition du *numerus clausus*, dont on peut estimer en aout 2026improbable qu'il vienne dépasser les 13000 étudiants par an. A noter qu'en 2024 le Premier ministre a mentionné la perspective d'un effectif de 16000 étudiants en seconde année en2027.

Le dossier démographique de la DREES de 2021indique que la baisse des effectifs en médecine générale devrait prendre fin vers 2026 et celle des médecins de spécialité vers 2025. (9)

Les inégalités territoriales demeureraient cependant présentes car le modèle retenu suppose que le comportement à l'égard du mode d'installation ainsi que les changements de région au cours de la vie professionnelle resteraient constants, ce qui n'est pas assuré pour la période postérieure à 2025(10).

D. Les variables liées a l'évolution du système de santé et des pratiques professionnelles

La satisfaction des besoins de la population sera nécessairement impactée au cours des prochaines années dans une mesure difficilement mesurable à ce stade par :

1. La part de l'exercice des infirmiers en pratique avancée (IPA) et plus généralement des infirmiers libéraux et hospitaliers

Actuellement, cinq spécialités sont ouvertes pour la pratique avancée. Le ministère de la santé a en perspective une croissance des possibilités de prescription par des IPA en autonomie, sans préjudice le cas échéant d'un lien avec le médecin traitant ou le spécialiste référent. Cela signifie qu'il conviendra de renforcer la qualité des études des IPA et d'accroître leur complémentarité et leur

partenariat avec les médecins. La loi du 27 juin 2025 a récemment ouvert aux infirmiers des possibilités de prescription médicamenteuse. (11)

2. Le glissement du périmètre de certaines activités de soins entre les professions médicales, pharmaceutiques et de santé.

3. La place à venir de l'usage de l'intelligence artificielle en santé, dont l'incidence est difficile à mesurer à ce jour (12).

PROCÉDURES D'ACQUISITION DE LA CAPACITE DE « PLEIN EXERCICE » PAR LES PADHUE JUSQU'EN 2024

Deux voies d'autorisation sont actuellement ouvertes aux praticiens depuis 2006 selon leur situation s'ils souhaitent acquérir une capacité de plein exercice :
- la liste « A » par concours ;
- la liste « B » par examen.

A. La liste « A »

1. Principes généraux

La liste « A » est destinée aux professionnels ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (DHUE) dans leur pays et y permettant l'exercice.
Les praticiens doivent se présenter à un concours composé à ce jour de deux épreuves écrites de deux heures (connaissances fondamentales et connaissances pratiques) dans la spécialité acquise dans leur pays.
Initialement, la spécialité acquise n'était pas obligatoire pour le concours, le diplôme de médecine générale étant considéré comme suffisant, mais les épreuves étaient passées dans la spécialité demandée.
Il est aujourd'hui nécessaire au praticien d'avoir acquis la spécialité dans son pays ou un pays hors UE ; lorsque cette spécialité n'existe pas, le diplôme demandé est en médecine générale. Par ailleurs, les intéressés doivent attester de leur connaissance de la langue française en principe par l'obtention du diplôme d'études de langue française avec le niveau B2. Ce niveau implique un niveau de compréhension orale et écrite courant avec un vocabulaire étendu.
Le recrutement est effectué sous la forme d'un concours : le nombre de places est déterminé par un arrêté annuel du ministère en charge de la Santé après que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ait recensé les besoins régionaux de chaque spécialité auprès des ARS. Initialement, le nombre de postes ouverts était établi de façon plus approximative. A noter que, parmi ces besoins, ceux de la médecine ambulatoire demeurent difficiles à estimer. Cette situation mérite d'être améliorée, afin de prendre en compte de façon exhaustive les besoins de tout le territoire métropolitain.
Les candidats peuvent se présenter quatre fois au concours, la dernière modification du nombre de présentations possible a été effectuée en 2019. (1)
L'évolution du nombre de postes affectés à la liste « A » est indiquée dans l'annexe 4.

2. Les spécialités des médecins

Les spécialités sont définies par les diplômes d'études spécialisées (DES). Des variations peuvent avoir lieu en raison de la création de nouvelles spécialités.
On observe que toutes les spécialités ne sont pas toujours ouvertes au concours. Avant 2012, seule la moitié des spécialités médicales était ouverte pour une année donnée, avec une alternance incomplète d'une année sur l'autre. Depuis la loi du 1er février 2012, presque toutes les spécialités sont ouvertes chaque année mais avec un nombre total de spécialités variable (13).

Le nombre de postes ouverts, déterminé par la DGOS, a fortement augmenté, surtout en médecine générale, en gériatrie, en anesthésie-réanimation et en psychiatrie. (Annexe 5)
Les lauréats du concours doivent exercer pendant une période suffisante qui a varié dans les législations successives d'une durée de 4 ans puis 3 ans avant de pouvoir se présenter devant la commission d'autorisation d'exercice (CAE) constituée pour chaque spécialité et placée auprès du CNOM. La période d'exercice doit permettre la détection d'éventuelles insuffisances professionnelles, susceptibles d'être évoquées devant la CAE. Cette dernière pourra demander si besoin un complément de formation ou/et d'exercice.
Le classement prévu en 2020 a soulevé des difficultés s'agissant du lieu d'affectation des lauréats. En effet, le choix du lieu de stage dépend de l'ordre de classement, selon des modalités proches de celles prévues pour l'internat, mais avec une différence notable : après les épreuves classantes nationales (ECN - internat), l'étudiant choisit à la fois sa spécialité et sa localisation régionale pour effectuer le parcours de son internat ; s'agissant de la liste « A », le concours se déroule par spécialité et seule la localisation hospitalière est en jeu en fonction du rang de classement. Tenant compte de ces difficultés, des modifications du dispositif ont été effectuées en 2023, permettant en particulier un choix préférentiel dans l'établissement d'origine sans tenir compte du rang de classement.
Les postes sont ouverts en fonction du choix de l'établissement et de l'ARS concernée. L'ouverture dépend du besoin du fonctionnement hospitalier, mais également de l'occupation antérieure de certains postes par un praticien associé qui y a prouvé sa compétence et la qualité de son insertion dans l'équipe hospitalière. L'ouverture d'un poste peut poser un problème local : le classement insuffisant du candidat déjà inséré dans l'établissement pourrait entrainer son départ au profit d'un médecin non connu ni souhaité par l'établissement. Ceci est à l'origine de l'un des principes de la loi « Valletoux ».

Le recrutement des PADHUE ne se réduit en effet pas au seul besoin quantitatif au sein de l'équipe hospitalière, mais comprend également tout un volet qualitatif, individuel et humain. La gestion des ressources humaines médicales locales présente des spécificités peu compatibles avec des décisions administratives nationales car elles sont amenées à mettre en œuvre des procédures générales indépendantes du contexte local d'une équipe hospitalière. Des difficultés en ont forcément résulté. L'arrêté du 26 février 2022 « prescrivant des mesures nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire » (JO, 27 février 2022) a distingué à la suite trois situations : en poste, sans poste, parcours complémentaire pour le choix des postes.

La liste « A » existe toujours en 2025 ; si l'évolution des textes vers un examen devait avoir lieu, il est impératif que le nombre retenu tienne compte impérativement des sorties de praticiens formés en France et que soit visée une qualité d'exercice identique.

B. La liste « B »

La liste « B » inclut les candidats réfugiés ou apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et de la protection subsidiaire ainsi que les ressortissants français titulaires d'un diplôme hors Union européenne et ayant rejoint le territoire national à la demande des autorités françaises. Ils concourent dans les spécialités ouvertes au concours de la liste « A », mais seule la moyenne aux épreuves est nécessaire, s'agissant d'un examen et non d'un concours. Ils peuvent exercer en tant que praticien associé avant d'avoir passé les épreuves de vérification des connaissances (EVC) c'est-à-dire les épreuves écrites. Il s'agit ici d'un autre principe retenu dans la loi « Valletoux ».
Le nombre de candidats s'avère très variable d'une année sur l'autre ; il évolue entre 70 et 150 pour les médecins. Le taux de réussite annuel est de l'ordre de 50 %.
L'absence de postes ouverts en liste « A » entraine la non-ouverture de l'examen de la liste « B ». Les praticiens retenus doivent exercer pendant une durée identique à la liste « A » avant de passer devant la

commission d'autorisation d'exercice selon les mêmes modalités et avec les mêmes résultats possibles : reçu, refusé ou complément d'exercice ou de connaissances.
L'origine géographique des candidats reflète les événements géopolitiques mondiaux.
Cette liste « B » existe toujours en 2026.

C. Les listes dérogatoires (faisant suite à la précédente liste « C »)

1. Loi du 1er février 2012(13)

La première régularisation résulte de cette loi. Elle concernait les médecins non régularisés, recrutés avant le 3 août 2010 et exerçant au sein d'un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). La loi leur permettait de continuer à exercer leurs fonctions jusqu'au 31 décembre 2016.
Pendant cette période, il leur était possible de se présenter au maximum à trois reprises entre 2012 et 2016 à une épreuve de vérification de connaissances (EVC), comprenant une seule épreuve de la liste « A » et un entretien devant un jury amené à apprécier leur activité, les diplômes acquis et l'ensemble des activités. Les coefficients retenus privilégiaient l'épreuve écrite.
Environ 3000 praticiens se sont présentés, la plupart lors des premières années du dispositif. Les résultats globaux ont été satisfaisants. Moins de 400 praticiens se sont présentés la dernière année.
Ceci devait en principe constituer la dernière régularisation.

2. Loi du 24 juillet 2019 (1)

Cette loi a eu pour objectif la régularisation des professionnels venus exercer en France sans autorisation, mais ayant exercé la médecine pendant plusieurs années en France.

Le dispositif qui en est issu prévoit pour les médecins que l'ensemble des dossiers doit être adressé à l'ARS compétente qui les présente à une commission régionale d'autorisation d'exercice (CRAE) étant précisé qu'une commission est constituée par spécialité. A la suite de cette première étape, l'ARS transmet les dossiers de candidature au Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) avec un avis qui selon le cas pourra être favorable, défavorable ou nécessitant un parcours et/ou une formation complémentaire.

Le CNG transmet alors les dossiers à la Commission d'Autorisation d'Exercice (CAE) constituée auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins (une commission par spécialité). Elle prend une décision définitive, sans être liée par l'avis régional : la compétence décisionnaire revient à la commission « nationale », l'avis régional n'étant que consultatif.

On notera que le CNG n'a eu connaissance de l'ensemble des derniers dossiers que le 30 octobre 2021. Environ 4400 dossiers ont été déposés et 3380 environ retenus ; la différence résulte de dossiers ne correspondant pas aux critères réglementaires imposés pour se présenter. Environ 12% des postulants n'ont ainsi pas été reçus. Une interrogation demeure sur la probabilité qu'ils se représentent ou non en 2025.

Le niveau régional instauré n'a pas servi utilement pour deux raisons : l'une parce que l'avis n'était que consultatif et l'autre parce que la divergence d'avis entre le régional et le national, était proche de 60% (étude non publiée CNOM). Une homogénéité des décisions nécessite une seule commission nationale qui a une véritable expérience.

3. **Rappel des principes de l'autorisation de plein exercice pour les PADHUE**

Après s'être présenté aux épreuves (habituellement) écrites et obtenu la réussite à celles-ci, le praticien exerce en établissement hospitalier un parcours de consolidation des connaissances. Des connaissances théoriques peuvent être réalisées pendant le stage (diplômes universitaires, ou formations diverses ...).

LES NOUVELLES DISPOSITIONS PRÉVUES OU PROPOSÉES POUR LES PADHUE

La législation actuelle vise à permettre l'emploi de PADHUE de façon rapide et ceci directement au niveau des besoins ressentis et exprimés localement.
La loi « Valletoux » du 27 décembre 2023 (12) n'a fait l'objet que tardivement de textes règlementaires d'application. Pendant l'intervalle entre la publication de la loi et celui des décrets, plusieurs propositions de loi ont été déposées par des parlementaires, exprimant la volonté de répondre rapidement aux besoins. On notera que la plupart d'entre elles prennent en considération uniquement le critère du diplôme de médecin (stage théorique et exercice médical), sans tenir compte du niveau réel des études selon les pays.

A- La loi Valletoux du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (2)

1- Dispositions principales

La nouvelle loi modifie considérablement le mécanisme prévu pour l'entrée des PADHUE :

a) Le praticien peut exercer une activité médicale au sein « notamment » d'un établissement public, d'un ESPIC, d'un centre de lutte contre le cancer ou d'un établissement médico-social sans avoir préalablement réussi aux épreuves de vérification des compétences (EVC). Il doit attester d'une part la réalité de son diplôme et de son exercice professionnel antérieur et, d'autre part, un niveau suffisant de connaissance de la langue française. Il doit également s'engager à passer les épreuves de vérification des connaissances.
b) Les médecins titulaires d'un DES obtenu dans le cadre de l'internat à titre étranger ne sont pas tenus de passer les épreuves de vérification des connaissances.
c) Les médecins autorisés à exercer dans le cadre de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique (cet article s'applique en Guyane, Martinique et Guadeloupe, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon) et qui ont réellement exercé dans les territoires ultramarins pendant cinq ans sont dispensés du parcours de consolidation des connaissances (PCC) à la condition d'avoir réussi les épreuves de vérification de connaissances. Ceci permet à ces médecins de pouvoir obtenir le plein exercice sur l'ensemble du territoire national de façon définitive. Cette disposition est excellente car autrement ces médecins ayant rendu service pendant une durée de 5 ans ne pouvaient être régularisés. Toutefois, ces dispositions ont été prorogées jusqu'au 31 décembre 2030 ! Pourquoi cette disposition a-t-elle été prorogée tandis que l'article L4135-5 devait initialement prendre fin en 2025 ? C'est une erreur conceptuelle à moins que l'attractivité des postes soit insuffisante et que l'on retienne les deux mécanismes simultanément.
d) Des modalités nouvelles sont prévues pour l'Attestation d'Exercice Provisoire (AEP)
La demande des attestations nécessaires doit être déposée auprès de l'ARS par un établissement souhaitant recruter le praticien, dans des périodes déterminées par celle-ci. L'ARS doit vérifier l'intérêt de l'ouverture du poste pour l'hôpital et le territoire concerné.
La commission est constituée par spécialité sous la présidence du directeur général de l'ARS ou du directeur général du CNG ; elle comprend cinq membres dont deux représentants de l'Ordre des médecins, deux universitaires et un médecin qualifié proposé par les syndicats de PADHUE.
Elle donne son avis au regard de l'étendue de l'exercice du praticien, en tenant compte des capacités de supervision et d'encadrement dans l'établissement.

L'attestation vaut pour une durée de 13 mois (et un éventuel renouvellement, v. *infra*).
La législation a ainsi gagné en souplesse avec un statut et un choix d'exercice déterminé conjointement par l'établissement et le médecin avant les EVC.

2. Publication des 4 décrets d'application de la loi du 27 décembre 2023

2-1 Le PACT, décret n° 2024-1190 portant création du statut de Praticien Associé Contractuel Temporaire. (14)

Ce texte prévoit, outre la création du statut de PACT, que :

- L'autorisation d'exercice vaut dans la spécialité reconnue au médecin à diplôme hors UE ;
- Le lieu d'exercice requis peut être un établissement de santé public ou privé à but non lucratif ou encore un EHPAD.

Au sein des établissements publics de santé, le recrutement est effectué par le directeur sur la proposition du chef de service ou à défaut du responsable de toute autre structure interne après avis du président de la CME et du chef de pôle.
La durée du contrat est de 13 mois comme prévu par la loi. Le décret précise qu'elle est renouvelable une fois si le PACT ne s'est pas présenté aux épreuves ou s'il a échoué. Le PACT bénéficie ainsi d'une possibilité d'exercice totale de 26 mois. Il exerce par délégation sous la responsabilité directe du praticien responsable de la structure médicale de même spécialité. Un multi-exercice est possible. Le statut de PACT est nécessaire pour se présenter à la voie interne.
Ce statut ne fait pas disparaître ceux de faisant fonction d'interne (FFI) ou de stagiaire associé, toujours possibles avant d'avoir passé les EVC.

2-2 Modalités de délivrance de l'attestation permettant un exercice provisoire, décret N°2024-1191 (15).

Il prévoit que la demande d'attestation doit être déposée auprès de l'ARS par l'établissement souhaitant recruter le médecin.
Le dossier doit comporter le titre de formation et la spécialité du médecin (le cas échéant avec des particularités dans l'exercice hors de France, mais le praticien doit justifier d'une compétence dans la spécialité), la justification d'une expérience d'au moins trois ans à temps plein dans la profession ainsi que son engagement à se présenter par la suite aux épreuves de vérification des connaissances.
S'il n'est pas reçu au bout de deux fois, le postulant ne peut être maintenu dans son poste mais il peut se représenter encore deux fois sans affectation de poste en France puisque le concours voie externe peut être passé quatre fois. Le lauréat doit s'inscrire en formation initiale à l'université dans sa spécialité.
Les praticiens justifiant d'un exercice en France peuvent se présenter à la voie interne (il avait été indiqué que la procédure de régularisation de 2019 ne serait jamais une fin : c'est le cas !).

2-3 Diverses dispositions relatives aux PADHUE, décret n°2025-467 (16)

Il modifie le parcours de consolidation des compétences (PCC) pour tous les médecins (y compris ceux de la voie « A »).
Le recensement des postes pour la réalisation du PCC est effectué par l'ARS.
Une procédure de suspension pour insuffisance professionnelle est prévue par le texte. La commission nationale d'autorisation d'exercice est placée sous la responsabilité conjointe du CNOM et du CNG.
Les demandes d'autorisation d'exercice provisoire doivent être déposées sur une plateforme électronique nationale.

2-4 Aménagement de la procédure des épreuves de vérification des connaissances, décret N° 2025-468 (17)

Deux voies d'accès sont prévues par ce texte :

- La voie externe (correspondant à la liste « A »),

- La voie interne. Celle-ci est ouverte d'une part aux praticiens titulaires d'une attestation d'exercice provisoire et exerçant sur le territoire national au moment de l'inscription aux EVC et d'autre part aux praticiens justifiant d'un exercice de deux ans à plein temps dans la spécialité au cours des trois dernières années, ce qui est une voie de régularisation. Les épreuves de vérification des connaissances écrites ne comportent qu'une seule épreuve.

3. Le nombre de postes offerts en 2025

L'arrêté du 27 juin 2025 portant l'ouverture des EVC fait suite aux décrets d'application de la loi « Valletoux » et propose deux concours distincts (18).
Le premier correspond à l'objectif de régularisation recherché par la loi et ouvre 3799 postes pour l'ensemble des spécialités ; le second correspond à la liste « A » avec 400 postes pour 12 spécialités ouvertes.
On observe ainsi que la régularisation comprend environ 9 fois plus de postes que le concours traditionnel « A ». Le taux de réussite aurait pu être donc très différent dans les deux concours. Généralement, on recense environ 5 000 à 6 000 présents au concours liste « A » (mais bien davantage d'inscrits), mais les présents sont aussi en France et il est impossible de répertorier la provenance des candidats.
Si ce concours est réservé aux médecins exerçant à l'étranger, certains peuvent également exercer sur le territoire national en qualité de « faisant fonction d'interne » (étant précisé que ce statut a été supprimé et qu'il s'agit à présent d'un simple titre fonctionnel).
Les données sur les inscrits ont été récemment publiées :il est constaté que les inscrits pour la voie externe sont au nombre de 479 et ceux de la voie interne au nombre de 3479.
Le taux de sélection devrait donc être à peu près identique si les jurys conservent leur mode d'appréciation antérieur.

B- Les propositions de loi (PPL)

L'intervalle entre la promulgation de la loi en décembre 2023 et de ses textes d'application concernant les praticiens à DHUE a été trop long (le dernier publié en mai 2025), ce qui a permis pendant cette période l'inscription à l'ordre du jour de plusieurs propositions de loi.
Pour rappel, les PPL résultent de l'initiative de parlementaires et non de celle du Gouvernement. La procédure d'examen devant les Assemblées est pour le reste identique : dépôt devant la commission permanente ou spéciale, examen par la première assemblée, vote, examen par la seconde assemblée, navette, adoption ou non, et promulgation par le Président de la République.

1. **PPL déposées successivement à l'Assemblée nationale**

1-1 La proposition de loi contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, n°741, déposée le 17 janvier 2023

Cette proposition de loi n'a pas abouti. Elle comprenait de nombreux articles en commun avec la proposition de loi suivante, mais était moins précise sur les PADHUE. En revanche, son article 13 traitait des infirmiers en pratique avancée « qui peuvent délivrer en accès direct des soins primaires, définis par des protocoles de coopération, dans le cadre des structures d'exercice coordonné, mentionné aux articles L. 1411-11-1 et autres ».

1-2 Autre PPL contre les déserts médicaux, également d'initiative transpartisane, n°682, déposée le 3 décembre 2024

Lors du dépôt de cette proposition de loi, celle-ci comprenait notamment un article 5. Il prévoyait des modifications facilitant l'exercice des PADHUE, à savoir une modification des conditions d'autorisation d'exercice pour faciliter l'installation.

Les ARS pourraient ainsi autoriser par voie d'arrêté permettre l'exercice d'un PADHUE dans des zones où l'offre de soins est particulièrement faible, après une évaluation stricte de ses compétences et de son niveau de connaissances. L'autorisation serait délivrée au niveau régional et pour un poste déterminé.
Une gestion des médecins en exercice serait à nouveau organisée selon des modalités comparables à celles prévues par la loi du 1er février 2012.

1-3 Autre PPL déposée le 15 octobre 2024 (Damien Maudet)
Elle porte sur :

- La question du flux ; elle prévoit une autorisation par l'ARS d'un exercice dans un centre de soins agréé avec ou sans supervision hiérarchique
- La question du stock ; il devrait être géré selon une modalité souple.

Elle prévoit de façon générale un recrutement sans examen avec l'avis des supérieurs hiérarchiques. Son objectif est de permettre l'implantation de médecins dans des structures ou des centres de santé avec autorisation d'exercice.
De notre point de vue, ces simplifications ne paraissent pas garantir la qualité des candidats.

1-4 Autre PPL déposée le 17 avril 2025 (Romain Eskenazi)

Ses dispositions sont proches de celle déposée au Sénat le 13 avril 2025 (v.infra)

2 - Les PPL déposées au Sénat

2-1 PPL déposée le 13 mars 2025 (Annie le Houérou)
Elle propose :

- Une modification de l'attestation d'exercice provisoire prévue par la loi « Valletoux » (et non encore mise en œuvre) afin de porter sa durée à 25 mois, renouvelable une fois soit un total de quatre ans et deux mois et sans engagement des postulants à passer les EVC ;
- Un élargissement du dispositif applicable en Outre-Mer à l'ensemble du territoire français avec autorisation de plein exercice, sans définition de la localisation ;
- Une modification de l'autorisation de plein exercice.

Le rôle de la commission nationale chargée d'émettre un avis sur toutes les demandes de plein exercice serait réduit à quelques praticiens (!)
Ces dispositions relatives aux EVC et au passage devant la commission nationale seraient dérogatoires.

2-2 – PPL déposée au Sénat le 28 mars 2025(Philippe Mouiller)
Les points essentiels mentionnés lors du dépôt de cette proposition sont les suivants :

- La suppression de la commission nationale d'autorisation d'exercice !
- Un nombre de postes ouverts aux EVC tenant compte des capacités de formation (!) et des besoins des structures agréées ;
- L'autorisation d'exercice obtenue après avis conforme du chef de service, du chef de pôle et du président de la CME
- Une souplesse de l'autorisation d'exercice sans véritable contrôle de la compétence et basée uniquement sur des besoins locaux.

A la suite de différents amendements, le texte initial s'est rapproché des dispositions actuelles.

DISCUSSION

Les préconisations de l'Académie doivent tenir compte de deux éléments distincts : en premier lieu, les modes de recrutement des PADHUE et par ailleurs, leur place dans l'organisation de notre système de soins et de la prise en charge des patients (19, 20,21,22). Elle s'est prononcée à plusieurs reprises sur les points à améliorer.

A. Le recrutement des PADHUE

1.1 L'entrée dans le processus de 2006 à 2025

Une modification progressive des modalités en conservant les principes suivants :
Un contrôle des connaissances par des épreuves écrites de la spécialité qui ont lieu une fois par an au niveau national ; un niveau de la langue française confirmé séparément : un nombre de places ouvert au concours défini chaque année par la DGOS chargée de recenser des besoins.

Un exercice professionnel pendant une durée de 2 à 4 ans (la durée a changé dans le temps en fonction des lois) sous la responsabilité d'un *senior*. Pendant ce temps, le praticien peut suivre des formations, des stages, des enseignements ou des staffs dans d'autres hôpitaux en particulier universitaires ; il peut également s'inscrire à des diplômes universitaires…

Une présentation devant une commission nationale nommée par le ministre chargé de l'Enseignement supérieur sur proposition du CNOM. Sa mission est d'accorder une décision d'autorisation d'exercice ; elle est composée de professionnels ayant une expertise dans l'exercice de leur spécialité. Elle se réunit à intervalles réguliers pour examiner aussi bien les médecins à diplôme étranger que le changement de spécialité. Elle se base sur l'exercice professionnel quantifié et qualifié, les appréciations des supérieurs hiérarchiques, les diplômes ou les formations obtenues aussi bien en France que dans le pays d'origine après une discussion avec le candidat (motivations …). Elle émet un avis soit favorable soit défavorable ou demande un parcours de consolidation c'est-à-dire de connaissances supplémentaires ou de pratiques cliniques supplémentaires à acquérir. Les critères précis de chaque spécialité de la CNAE doivent être connus des candidats (les critères existent déjà mais sont parfois peu précis).

1.2 Les régularisations

Plusieurs ont été effectuées : la liste « C » en 2006, la régularisation de février 2012, la régularisation dite du « stock » en 2019.

Des modifications du processus ont été effectuées progressivement, s'agissant notamment des épreuves écrites : deux épreuves étaient prévues en 2006 pour la liste « C » ; une seule était prévue en 2012 avec un examen oral devant une commission nationale spéciale ; en 2019, il n'était plus prévu d'épreuve écrite mais un passage devant une commission nationale.

Ainsi, les trois régularisations successives ont donné lieu à un passage des postulants devant une commission nationale d'autorisation d'exercice par spécialité, tandis que les épreuves écrites ont disparu en 2019.Pour 2012, la discussion avec les syndicats avait abouti à un compromis validé par les Ministres. Les résultats dépendent de la volonté de convaincre.

1.3 L'entrée directe

Il s'agit du mécanisme retenu par la loi « Valletoux ».

La notion de besoin est ici définie localement au niveau des établissements publics de santé et des ESPIC. Un contrôle pour l'obtention du statut a lieu, mais par une commission régionale devant un jury composé notamment de médecins. L'épreuve écrite est conservée pour le concours interne, mais le postulant doit s'y soumettre pendant l'exercice de 13 mois, une seconde tentative peut avoir lieu dans les 13 mois suivant. Une durée plus longue n'est pas souhaitable.

La voie externe a été conservée pour les médecins n'étant pas entrés sur le territoire ou n'exerçant pas. Pour la voie interne, si le praticien échoue pendant la période prévue, il est probable qu'il sollicitera de demeurer en France. Il conviendra alors de lui proposer un poste hors exercice médical, pour éviter qu'il ne choisisse une autre fonction médicale (FFI).

Rappel : pour éviter des erreurs dans l'inscription des dossiers au niveau des EVC, il est nécessaire de créer un répertoire des PADHUE, dès leur premier exercice en France, auprès de l'Ordre national des médecins. (Répertoire uniquement utilisable par les autorités de l'Etat : ARS, CNG, autres services de l'Etat, ...).

B. Les éléments indispensables susceptibles de garantir la qualité des recrutements

Ces trois éléments nécessaires nous paraissent devoir être la soumission à un examen, la réalisation d'un stage et le passage devant une commission nationale d'autorisation d'exercice.

2.1 Un examen pouvant prendre des formes différentes, mais permettant en tout état de cause de s'assurer véritablement des connaissances professionnelles des candidats (l'un des éléments de la compétence)

Ceci notamment sous la forme d'une épreuve écrite obligatoire portant sur des connaissances fondamentales ou / et des cas pratiques provenant d'un programme établi par spécialité ;
Si la forme d'un examen oral était choisie devant des cas cliniques, c'est le modèle des ECOS qu'il faudrait retenir mais les postulants ont tous un niveau d'exercice réel.

2.2 Un stage

La durée doit être fixée réglementairement même s'il pourrait être envisagé de déroger pour un professionnel dont la qualité est reconnue. Cette dérogation de la durée pourrait être octroyée par la CNAE à titre exceptionnel et très limitée. Nous suggérons d'autres procédures, telles par exemple que la procédure *junior* et la procédure *senior* qui seraient destinées à l'accueil temporaire de praticiens hospitalo-universitaires ou équivalent dans leur pays, si le cas est adapté. Si le stage doit être accompagné d'une formation supplémentaire hors de l'établissement d'affectation, elle doit être organisée au niveau de celui-ci et financée par l'ARS.
Pendant la durée du stage, des informations seront recueillies sur l'activité, quantitativement et qualitativement.

2.3 Un passage devant une commission nationale d'autorisation d'exercice :

Il doit permettre d'apprécier :

- L'exercice effectué en France et à l'étranger (le cas échéant), avec indication des services rendus en France ;
- Les avis des chefs de service sur l'activité hospitalière.

- Les formations réalisées…

2.4 Le choix de la spécialité pour un exercice en France

Il correspond à la spécialité obtenue dans l'Université d'origine où le candidat a accompli l'ensemble de ses études d'une part, sur ses connaissances théoriques et pratiques d'autre part. Ces spécialités peuvent ne pas être totalement identiques aux spécialités françaises (pour les diplômes européens non conformes, la procédure DREESSEN a prévu des modes de compensation).
Il n'y a pas de procédure pour les diplômes non Européens.
Dans certains pays, la spécialité n'existe pas, c'est alors la médecine générale qui a en chargecette compétence (par exemple la gériatrie) et c'est la CNAE qui au vu des résultats des EVC, de l'exercice en France et à l'Etranger, de l'acquisition de connaissances et de son comportement dans le système de soins, donne l'autorisation d'exercice dans cette spécialité.
Si ce modèle doit être changé et élargi, il faudrait permettre aux étudiants français de bénéficier d'avantages similaires, c'est-à-dire de passer d'une spécialité à une autre de façon plus aisée.

2-5. La coopération entre les services de l'Etat et l'hôpital pour l'obtention du visa du séjour nécessite un texte règlementaire indiquant les modalités pratiques y compris une durée précise maximale pour l'établissement de celui-ci.

C. **La recherche d'autres professionnels de soins capables d'assurer des actes se substituant aux médecins**

Parallèlement, à l'ouverture aux médecins étrangers, il est nécessaire d'augmenter le temps de soins disponible pour les patients.
A titre d'exemple :

3.1 L'augmentation du temps médical sur volontariat des professionnels

Actuellement, l'installation est libre. En compensation, il pourrait être demandé aux médecins volontaires, un exercice complémentaire cumulé par mois, soit dans une zone sous-dense, soit dans la zone où il exerce si cette zone est déficitaire

3.2 L'augmentation du nombre des IPA en cohérence avec les médecins de spécialités identiques

3.3 La redéfinition à la marge du périmètre des soins affecté à chaque profession médicale ou de santé

3.4 L'obligation d'exercer au moins à 50 % la spécialité médicale d'origine

RECOMMANDATIONS

Plusieurs recommandations antérieures de l'Académie nationale de médecine ont déjà été prises en compte par les décrets d'application de la loi du 27 décembre 2023. On ajoute qu'a été de même pérennisé le statut des praticiens exerçant en plein exercice qui était initialement prévu de façon temporaire issu du concours « Antilles-Guyane » par voie interne sans nécessiter un exercice complémentaire.

Elle *maintient* que la situation des PADHUE justifie les dix recommandations complémentaires suivantes :

1**- Les vérifications des connaissances** doivent être appliquées à tous les postulants de manière anonyme et écrite complétées par un oral.

2-Une préparation aux épreuves écrites mérite d'être organisée pour la voie interne. Par ailleurs, une liste des questions fondamentales doit être établie pour chaque spécialité par les Conseils Nationaux Professionnels. Les questions devraient en être tirées

3-Le parcours de consolidation des compétences doit être évalué sur une grille de compétence établie au niveau national, identique à celle exigée pour les internes. Pour certaines spécialités un examen professionnel par des épreuves de simulation peut être demandé.

4-Des enseignements sur le système de santé français doivent être dispensés aux praticiens pendant leurs stages hospitaliers ainsi que sur la connaissance de l'assurance maladie, les valeurs du service public et la collaboration entre les différents professionnels de santé au service du patient.

5-Une évaluation du niveau de pratique du français y compris pour les praticiens réfugiés politiques est requise. Le niveau B2 est un minimum. Il serait souhaitable de proposer d'autres formations à la pratique de la langue française dont le C1 pour certaines spécialités médico-chirurgicales et, en particulier, pour la psychiatrie**.**

6-Les médecins recrutés directement à l'hôpital après l'obtention de l'autorisation d'exercice doivent poursuivre leur activité médicale pendant5 ans, soit dans cet hôpital, soit dans un autre établissement public dans la région d'accueil.

7-L'accueil de praticiens étrangers devrait être compatible avec les perspectives d'emploi des étudiants nationaux (à partir d'une estimation des besoins à réaliser) et de l'organisation du système de soins.

8-Une reconversion pourrait être proposée aux candidats en cas d'échecs multiples au concours de la voie interne, à des fonctions dans le domaine de santé (information médicale, hygiène hospitalière, organisation hospitalière notamment), ou aux reconversions proposées par le CNG.

9-L'identification des besoins en professionnels médicaux et de santé devrait être améliorée en les ciblant par territoire. Ceci devrait être pris en compte dans toutes les demandes de poste dans un hôpital afin d'éviter de répondre au seul besoin de cet hôpital mais d'inclure le territoire qui l'entoure
10- La simplification administrative de l'obtention du visa de séjour nécessite une instruction commune du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé pour fixer des modalités rapides et homogènes.

REFERENCES

1- Loi 2019-774 du 24 juillet 2019relative à l'organisation du système de santé.24 juillet 2019 JORF
2- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle JORF
3- Loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels JORF
4- Loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels JORF
5- Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 JORF
6- Atlas de la démographie médicale en France. S Oustric, CNOM, 2026
7- Rapport sur la formation médicale initiale*,* G. Vallancien et al., *Bull. Acad. Natl. Med. 209 (2025), 630-640.*
8- Arrêté du 4 aout 2026 2025 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine susceptibles d'être affectés par spécialités et par subdivision territoriale au titre de l'année universitaire 2026-2027.JORF
9- Rapport sur les projections de population 2018-2070, tableaux détaillés pour les départements,2024, INSEE Dossier démographique des professionnels de santé « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? » Constat et projections démographiques, DREES, ministère de la santé, dossier 76, Angus M., Bergeat M., Pisarik J., Vespier N., Chaput H., 2021.
10- Rapport sur les anciens PADHUE inscrits au tableau du CNOM J.-M. Mourgues, F. Arnault, CNOM, 2025
11- Loi n°2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier JORF
12- Rapport 21-03, Systèmes d'IA générative en santé : enjeux et perspectives, B. Nordlinger, C. Kirchner, O. de Fresnoyer, *Bull. Acad. Natl. Med. 208, (2024),536-577*
13- Loi n°2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non-membre de l'Union européenne JORF
14- Décret n° 2024-1190 du 19 décembre 2024 relatif aux praticiens associés contractuels temporaires JORF
15- Décret n° 2024-1191 du 19 décembre 2024 relatif aux modalités de délivrance de l'attestation permettant un exercice provisoire mentionnée aux articles L. 4111-2-1 et L. 4221-12-1 du code de la santé publique JORF
16- Décret n° 2025-467 du 28 mai 2025 portant diverses dispositions relatives aux praticiens à diplôme hors Union européenne JORF
17- Décret n°2025-468 du 2 Mai2025 relatif à l'aménagement de la procédure des épreuves de vérification des connaissances JORF
18- Arrêté du 27 juin 2025 portant l'ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique, *JO 28 juin 2025*. JORF
19- Deux nouvelles procédures d'accès à l'exercice médical pour les médecins à diplôme hors union européenne, aspect juridique et démographique. D.Bertrand, *Bull.Acad.Natl.Med.205,(2021),993-998.*
20- Communiqué- Avis sur la procédure de régularisation des médecins à diplôme hors union européenne. *Bull. Acad. Natl.Med. 210, (2022),211-212*
21- Communiqué La santé, une affaire d'Etat. G.Dubois au nom de la commission VIII.*Bull.Acad.Natl. Med.*206(2022)477-478
22- Rapport inter-Académique, Conditions d'accès au plein exercice en France des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des médecins à diplôme européen ou à diplôme hors union européenne, D.Bertrand et al.*Bull.Acad. Natl.Med.* 207(2023)534-545.

23- Rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat N°824 C.Imbert, A.LeHouerou et N.Sollogoub.1juillet 2026, JORF.

24- Arrêté du 4 août 2026 fixant le nombre d'étudiants de 3e cycle susceptibles d'être affectés par spécialité et par subdivision territorialeau titre de l'année universitaire 2026-2027.

ABREVIATIONS

ARS	**Agence régionale de santé**
AE	**Autorisation d'exercice**
CMU	**Couverture maladie universelle**
CNOM	**Conseil national de l'Ordre des médecins**
DELF	**Diplôme d'évaluation de la langue française (niveau)**
DES	**Diplôme d'études spécialisées (médecine)**
DHUE	**Diplôme hors Union européenne**
DREES	**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et destatistiques**
ECOS	**Examen complémentaire d'observation somatique**
ECN	**Epreuve classante nationale**
EVC	**Epreuve de vérification des connaissances**
ESPIC	**Etablissement de santé privée d'intérêt collectif**
HUE	**Hors Union européenne**
IPA	**Infirmier de pratique avancée**
PACT	**Praticien associé contractuel temporaire**
PADHUE	**Praticien à diplôme hors Union européenne**
PCC	**Parcours de consolidation des compétences**

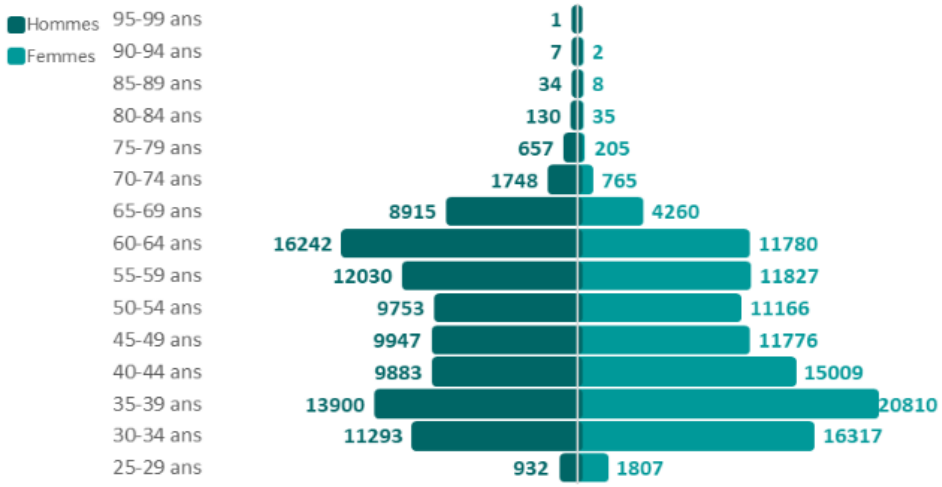
ANNEXES

ANNEXE 1 - Evolution du contrôle des connaissances entre 2006 et 2025

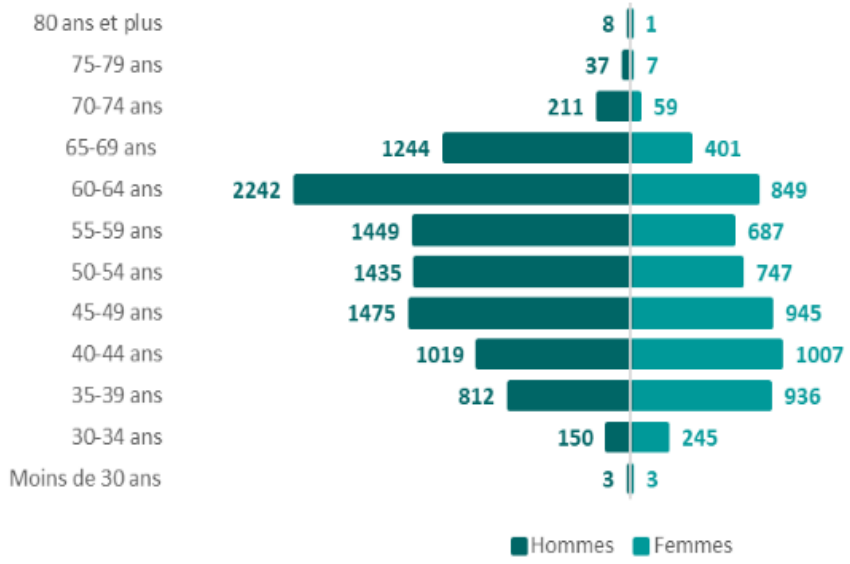
Statut du praticien	Principes des épreuves	Evolution législative			
		2006	2012	2019	2025
Liste A Médecins exerçant dans leur pays, et voulant exercer en France	- Concours par spécialité - Deux épreuves écrites - Classement (sauf exception) - Postes ouverts par le Ministère	Création	Conservée	Conservée	Voie externe (identique à la liste A)
Liste B Réfugiés politiques	- Examen par spécialité - Moyenne à l'examen - Deux épreuves écrites (les mêmes) - Pas de classement	Création	Conservée	Conservée	Conservée
Liste C Médecins exerçant en France (avec des dates et des durées variables, selon les lois)	- Moyenne aux épreuves	Création (mêmes épreuves que liste A et B)	Loi de 2012 Une épreuve écrite de la liste A et un oral devant une commission La moyenne aux 2 épreuves → fin 2016	Loi de 2019 Loi « stock » épreuve orale a) devant une commission régionale (indicative) utilité ? b) Commission nationale (décisionnelle) : réussite, échec ou compléments de formation si nécessaire	Voie interne Concours particulier niveau peut être plus facile que la voie externe ! Examen demandé à la place du concours par le GT
La maitrise de la langue française est appréciée de façon variable dans le temps (cf texte)					

ANNEXE 2 - Pyramides des âges des médecins en France

Graphique 1 : Quelle que soit la provenance du diplôme

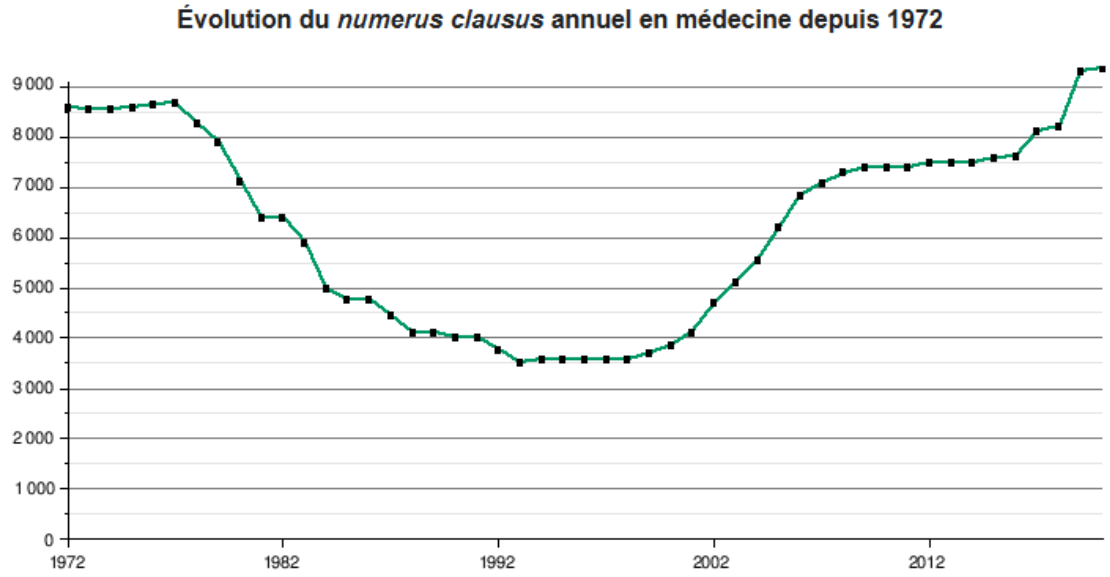


Graphique 2 : Provenance du diplôme HUE



Source : CNOM (18)

ANNEXE 3 - Evolution du numerus clausus depuis 1972



Source : Journal Officiel

Annexe 4- Nombre de postes affectés à la liste A

Nombre de postes ouverts et de spécialités par an sur la période de 2006 / 2021 pour les médecins		
Années	Nombre de postes ouverts	Nombre de spécialités ouvertes (environ)
2025	›400 ext›4000 int	12 externe et toutes voie interne
2024	3700	100%
2023	2703	100%
2021	1981	100%
2020	1332	100%
2019	866	100%
2018	529	100%
2017	499	100%
2016	446	100%
2015	375	100%
2014	280	100%
2013	280	100%
2012	255	50%
2011	165	50%
2010	165	50%
2009	165	50%
2008	165	50%
2007	165	50%

Source : Journal Officiel

ANNEXE 5- Evolution des postes ouverts par spécialités

Tableau du nombre de postes ouverts dans certaines spécialités sur la période 2008/2025pour les médecins

Année	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2024	2025	
									Liste A	Liste
MG	50	60	76	80	100	100	280	826	80	1354
Radio	10	5	13	8	25	50	98	180	30	309
AR	15	10	3	21	40	40	120	173	18	309
Chir Ortho	5	-	7	7	9	20	10	87	-	76
Gériatrie	15	5	8	20	35	40	91	335	30	410
Onco	10	5	5	5	15	15	20	63	10	36
Psy	15	15	13	17	30	20	112	223	80	135
Urgences	-	-	-	-	-	5	91	231	66	415

Source : Journal Officiel

Pour copie certifiée conforme





Professeur Christian BOITARD
Secrétaire perpétuel