



**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 55 rect.**

28 mai 2019

## AMENDEMENT

*présenté par*

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	Défavorable
	Rejeté

Mme NOËL, MM. DUFAUT, Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM.  
LAMÉNIE, PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

### ARTICLE 2 BIS

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les stages en médecine ambulatoire spécialisée comme la gynécologie, la pédiatrie ou l'ophtalmologie sont désormais ouverts aux étudiants du deuxième cycle.

#### Objet

Les études de médecines en France compte un nombre désuet de stages en médecine ambulatoire qu'il est nécessaire de relever. Réaliser un stage d'une durée de trois mois en médecine générale est une obligation pour les étudiants en deuxième cycle depuis un arrêté du 4 mars 1997. Le constat est pourtant tristement insatisfaisant. En effet, par manque de maîtres de stage universitaires chez les médecins généralistes, en 2015, 71 % des externes ont effectué ce stage, et moins d'un sur deux en Ile-de-France (41 %). L'obligation des stages en médecine ambulatoire eux, ne sont apparus qu'à partir de la réforme du troisième cycle en application du décret n°2016-1597 du 25 novembre 2016. Cet amendement vise à ouvrir la possibilité aux étudiants de deuxième cycle, de réaliser leur stage obligatoire en médecine ambulatoire.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.





**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**

(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 56 rect.**

28 mai 2019

**AMENDEMENT**

*présenté par*

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	Défavorable
	Rejeté

Mme NOËL, MM. DUFAUT, Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIE, PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

**ARTICLE 2 BIS**

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants médecins du troisième cycle devront effectuer, parmi les stages de 6 mois d'internat leur étant imposés, au moins un stage situé en zone caractérisée par une offre de soins suffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434 du code de la santé publique.

**Objet**

La santé et les problématiques d'accès aux soins se sont imposées comme préoccupations majeures des Français dans le cadre du Grand débat national. Il y a dans notre pays environ 3,2 médecins pour 1000 habitants, alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 3,6.

Les internes en médecine ont en majorité passé leurs six premières années d'études dans une ville de grande taille. La plupart des arrivants en troisième cycle ont fait une grande partie de leurs stages en centres hospitaliers universitaires. Il y a donc une méconnaissance du monde rural, des territoires et de leur attractivité.

Une récente étude menée par la commission jeunes médecins du CNOM, composée des structures représentatives des étudiants, internes et jeunes médecins, a montré que 81 % d'entre eux affirmaient s'être installés après avoir été remplaçants (dont 41 % dans le territoire où ils avaient été remplaçants).

Si l'Assemblée Nationale a jugé, lors de l'examen du texte en première lecture, comme un non-sens d'imposer un stage obligatoire en zone faiblement peuplée ou caractérisée par une offre de soins suffisante au sens du Code de la santé publique, les étudiants médecins de troisième cycle vont être amené dans les trois années d'études à s'installer durablement après leur stage.

Dans un contexte où trouver un médecin en milieu rural mais aussi en zone péri-urbaine relève d'un véritable parcours du combattant, cet amendement vise à augmenter, à terme, le nombre de médecins dans ces territoires trop peu représentés par la profession.

**NB** :La présente rectification porte sur la liste des signataires.





**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1<sup>ère</sup> lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 57 rect.**

28 mai 2019

**AMENDEMENT**

*présenté par*

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	
	Retiré

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et M. LAMÉNIE

**ARTICLE 8**

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Il est créé un label des structures de villes hospitalières dénommé "centre ambulatoire universitaire" décerné selon un cahier des charges. Les centres ambulatoires universitaires sont des structures hospitalières de proximités dotées de prérogatives de soins, d'enseignement et de recherche médicale. Ils servent à la formation clinique des internes (voire aussi des externes) en médecine générale, leur formation théorique continuera de s'effectuer en faculté.

**Objet**

Il y a un constat qui réunit tous les bords politiques : notre système de santé manque d'adaptation face aux mutations de la société du 21<sup>ème</sup> siècle. En France, notre système est hospitalo-centré et ne permet pas de surcroît d'assurer une prise en charge en ambulatoire dans des conditions acceptables. La médecine française s'est donc organisée autour de l'hôpital et les CHU. Dans ce schéma, la médecine générale ne semble pas être reconnue à sa juste valeur. S'ils ont une activité ambulatoire exclusive en ville et en campagne, leur formation se déroule principalement en milieu hospitalier. Les diplômés ont donc une vision des territoires erronée. Aujourd'hui l'accès aux soins pour tous garanti par l'ordonnance du 4 octobre 1945 n'est pas totalement assurée. Il demeure des zones sous-dotées en médecins généralistes, accordée à une baisse globale de 10 % du nombre de généralistes depuis 2007. Il y a une absolue nécessité à mettre en place une stratégie percutante répondant à ces enjeux. Cela passe par une facilitation de l'installation des médecins libéraux sur tout le territoire en assurant une partie de leur formation dans des centres ambulatoires universitaires (CAU).

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.







**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 58 rect.**  
28 mai 2019

## AMENDEMENT

*présenté par*

<b>C</b>	Demande de retrait
<b>G</b>	Demande de retrait
	Retiré

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et M. LAMÉNIE

### ARTICLE 21

Après l'alinéa 3

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – À la seconde phrase du premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, les mots : « aux épreuves » sont remplacés par les mots : « à l'examen ».

### Objet

Il y a un constat qui réunit tous les bords politiques : notre système de santé manque d'adaptation face aux mutations de la société du 21<sup>ème</sup> siècle. Les praticiens ayant obtenu un diplôme hors union européenne ou les médecins Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises doivent actuellement passer un concours visant à lancer la procédure d'autorisation d'exercice de la médecine. Ils doivent par ailleurs justifier d'une expérience professionnelle de six ans. Cet amendement vise à supprimer la notion d'épreuve, de concours, pour la remplacer par le mot examen. En effet, le concours ouvre la porte à ces praticiens à un nombre de postes défini. Un médecin peut avoir une bonne note et ne pas être reçu. Par ailleurs réduire l'expérience nécessaire de six à trois permettra à ces derniers d'être plus nombreux à s'inscrire à l'examen. Les PADHUE sont aussi des acteurs permettant de réduire les déserts médicaux dans notre pays.

NB : La présente rectification porte sur la liste des signataires.







**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**

(1ère lecture)

(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 60 rect. bis**

28 mai 2019

**AMENDEMENT**

*présenté par*

<b>C</b>	Demande de retrait
<b>G</b>	Demande de retrait
Retiré	

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIE et PONIATOWSKI

**ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS ARTICLE 7 BIS**

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du neuvième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. »

**Objet**

Le présent amendement vise à améliorer l'accès aux soins pour les patients sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de permettre aux patients les plus fragiles notamment (personnes âgées, handicapées ou atteinte d'une affection de longue durée) de pouvoir bénéficier de séances de masso-kinésithérapie dans des zones caractérisées par une carence ou une insuffisance de l'offre de soins. En palliant le manque de médecins habilités à prescrire des actes de masso-kinésithérapie dans certaines zones sous-dotées du territoire, cette mesure vise à remédier à une rupture d'égalité manifeste dans l'accès aux soins.

En effet, de nombreux patients se trouvent dans une situation de rupture d'égalité du fait de l'absence de prescripteurs pouvant conduire à un défaut de prise en charge préjudiciable pour leur santé.

Cette rupture d'égalité se traduit également par la possibilité offerte à certains d'entre-eux d'accéder directement à d'autres professionnels exerçant dans le champ de la santé et partageant des actes avec les masseurs-kinésithérapeutes : ostéopathes et chiropracteurs.

Les difficultés d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes sont notamment dues au manque de prescripteurs et à une situation paradoxale : alors que des professions dont les actes sont prescrits sont soumises à des mesures de contrôle géographique, la profession prescriptrice – les médecins – ne sont soumis à aucune forme de régulation. Ainsi, dans les zones sous-dotées, il est plus difficile d'avoir accès à un médecin pour une consultation qui donnera lieu à une prescription de masso-kinésithérapie ou à son renouvellement qu'à un professionnel paramédical. Le paradoxe ne se pose pas pour les ostéopathes et les chiropracteurs auxquels les patients ont un accès direct pour recevoir des actes de masso-kinésithérapie.

L'accès direct aux soins en kinésithérapie permettrait d'apporter une réponse à ces situations difficiles et cette rupture d'égalité pour les patients.

L'accès direct se justifierait d'autant plus qu'il est permis dans les cas d'urgence et que le nouveau référentiel de formation des masseurs-kinésithérapeutes prépare les praticiens à une telle prise en charge. Certains travaux en amont de la stratégie pour la transformation du système de santé et du présent projet de loi ont d'ailleurs exploré cette possibilité.

Le rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, « Assurer le premier accès aux soins » et remis le 22 mai 2018 à la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, proposait notamment de reconnaître l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes, par exemple le traitement des entorses, afin de libérer du temps médical.

De même, le rapport sur l'accès territorial aux soins remis le lundi 15 octobre à Agnès Buzyn, par les délégués Sophie Augros, médecin généraliste, Thomas Mesnier, député de Charente, et Elisabeth Doineau, sénatrice de la Mayenne et vice-présidente de la commission des affaires sociales, évoquait la possibilité de « permettre l'accès direct aux kinésithérapeutes pour la rééducation d'une entorse de la cheville, ou pour la prise en charge de la lombalgie aigue, dans le cadre de structures d'exercice coordonné ».

Le masseur-kinésithérapeute aura ainsi la charge de poser un premier diagnostic, comme le leur permet leur formation de professionnel de santé, et pourra au besoin orienter le patient vers un médecin. Comme à son habitude, le professionnel réalisera un bilan kinésithérapique qui sera versé au dossier médical partagé du patient et transmis à son médecin traitant et aux autres membres de l'équipe de soins.

**NB :** La rectification consiste en un changement de place (d'un article additionnel après l'article 5 vers un article additionnel après l'article 7 bis).



**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**

(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 61 rect. bis**

28 mai 2019

**AMENDEMENT**

*présenté par*

<b>C</b>	Demande de retrait
<b>G</b>	Demande de retrait
	Retiré

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et M. LAMÉNIE

**ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS ARTICLE 7 BIS**

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Aux deuxième et dernière phrases du neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, les mots : « dispositifs médicaux » sont remplacés par les mots : « produits de santé ».

**Objet**

Le présent amendement vise à mettre en cohérence la terminologie employée avec la possibilité offerte aux masseurs-kinésithérapeutes de prescrire des substituts nicotiniques qui ne sont en l'occurrence pas des dispositifs médicaux mais des médicaments à base de nicotine appartenant au champ plus large des produits de santé.

Cet amendement a également pour objet de faciliter l'accès des patients aux soins en élargissant le périmètre du droit de prescription du masseur-kinésithérapeute aux produits de santé nonobstant le fait qu'il doit s'agir de produits de santé nécessaires à l'exercice de la profession.

En effet, un droit de prescription élargi aux produits de santé permettrait de libérer du temps médical, d'éviter certains déplacements superflus et d'améliorer l'efficacité de l'équipe de soins du fait de la fréquence des contacts avec le patient. En outre, ce droit de prescription élargi existe d'ores et déjà dans d'autres Etats européens et les pays anglo-saxons comme le Royaume-Uni.

Une telle mesure serait cohérente avec l'évolution de la profession, de son niveau de formation et de ses responsabilités dans l'équipe de soins : les masseurs-kinésithérapeutes sont des professionnels de santé indépendants, autonomes, libres du choix des actes et des techniques dans le cadre de la dispensation de soins. Ils établissent eux-mêmes le protocole à suivre et n'interviennent pas sous la direction d'un médecin. Ils sont également habilités à adapter une prescription médicale d'actes de masso-kinésithérapie dans le cadre d'un renouvellement depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Enfin, les masseurs-kinésithérapeutes disposent d'un haut niveau de formation initiale puisque, depuis la réingénierie de leur formation en 2015, ils sont diplômés après 5 années d'études supérieures et 300 ECTS leurs sont conférées.

**NB** : La rectification consiste en un changement de place (d'un article additionnel après l'article 5 vers un article additionnel après l'article 7 bis).







**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 62 rect.**

28 mai 2019

**AMENDEMENT**

*présenté par*

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	Défavorable
	Rejeté

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIE,  
PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

**ARTICLE 5**

**I. – Alinéa 3**

Remplacer cet alinéa par huit alinéas ainsi rédigés :

a) Au premier alinéa, les mots : « en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département » sont supprimés ;

...) Après le 2°, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

« Cet exercice ne peut se faire que :

« a) En cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département ;

« b) Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1334-4 ;

« c) Dans l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Ces autorisations sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe l'agence régionale de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien assisté ou remplacé ainsi que la durée maximale des autorisations, les modalités de leur délivrance et les conditions de leur prorogation. » ;

**II. – Alinéas 5 à 11**

Supprimer ces alinéas.

**Objet**

Aujourd'hui, en cas d'afflux exceptionnel de population, l'adjuvat et l'exercice en tant que médecin remplaçant sont autorisés pour les étudiants en médecin de troisième cycle. L'article 5 vise à permettre l'adjuvat dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Le présent amendement vise à permettre également l'exercice dans ces zones en tant que médecin remplaçant et pas seulement comme médecin adjoint afin

d'éviter, en cas de nécessité de remplacement, de détériorer davantage l'accès au soins dans les zones sous dotées.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.





**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 63 rect.**  
28 mai 2019

---

**AMENDEMENT**

*présenté par*

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	Défavorable
Rejeté	

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIE, PERRIN et RAISON

---

**ARTICLE 5**

Alinéa 7

Après le mot :

déterminées

insérer les mots :

après une concertation avec les collectivités territoriales concernées

**Objet**

L'article 5 traite du recours au statut de médecin adjoint, qui permet à un interne en médecine d'assister un médecin en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population (réservé à ce jour aux zones touristiques). Il étend ce dispositif aux zones caractérisées par des difficultés dans l'accès aux soins.

Cet amendement permet d'inclure les collectivités territoriales dans la réflexion qui conduira à déterminer les zones caractérisées par les difficultés dans l'accès aux soins. Il est en effet indéniable que les élus locaux sont aux faits de ces problématiques et sont à même de faire remonter les informations nécessaires.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.





**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 64 rect.**

28 mai 2019

---

**AMENDEMENT**

*présenté par*

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	Défavorable
Rejeté	

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIE,  
PERRIN et RAISON

---

**ARTICLE 5**

I. – Alinéa 3

Après le mot :

alinéa,

insérer les mots :

les mots : « Peuvent être autorisées » sont remplacés par les mots : « Sont autorisées » et

II. – Alinéa 6

Remplacer les mots :

peuvent être autorisées

par les mots :

sont autorisées

III. – Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Ces personnes sont tenues de déclarer leur activité au conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe les services de l'État.

**Objet**

Cet amendement vise à substituer un régime déclaratif au régime d'autorisation, par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, de l'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant.

**NB** :La présente rectification porte sur la liste des signataires.





**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1ère lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 65 rect.**  
28 mai 2019

## AMENDEMENT

*présenté par*

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	Défavorable
Rejeté	

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIE,  
PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

### ARTICLE 5

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

### Objet

Cette disposition prévoit que l'exercice en tant qu'adjoint d'un médecin puisse être autorisé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté, en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, mais également dans « l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental ».

Cet amendement propose la suppression du mot « ponctuelle » de façon à élargir la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'Ordre. Aujourd'hui, beaucoup de zones rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins et ne sont pas pour autant identifiées comme telles au sens de l'article L1434-4 du code de la santé publique. Il est ainsi demandé de permettre aux conseils départementaux de l'Ordre de réagir rapidement et avec souplesse aux difficultés d'accès aux soins.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.







**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1<sup>ère</sup> lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 67 rect.**

28 mai 2019

## AMENDEMENT

*présenté par*

<b>C</b>	Demande de retrait
<b>G</b>	Demande de retrait
	Retiré

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIE, PERRIN et  
RAISON

### ARTICLE 5

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le recours au statut de médecin adjoint est ouvert aux établissements de santé publics et privés. » ;

#### Objet

La création du statut de médecin adjoint est l'une des réponses apportées par le texte de loi aux difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires.

Afin de répondre pleinement à cet enjeu majeur, l'ensemble des acteurs du système de santé, de tous statuts, doivent être en capacité de se mobiliser, en bénéficiant des mêmes dispositifs proposés au bénéfice des zones sous-dotées.

C'est pour cela qu'il est proposé d'ouvrir ce statut de médecin adjoint au secteur privé comme au secteur public.

NB :La présente rectification porte sur la liste des signataires.





**Direction de la  
séance**

**Projet de loi**  
**Organisation du système de santé**  
(1<sup>ère</sup> lecture)  
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)  
(n° 525 , 524 , 515, 516)

**N° 230**  
27 mai 2019

## AMENDEMENT

*présenté par*

Mme NOËL

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	
	Non soutenu

### ARTICLE 21

I. – Après l'alinéa 64

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au troisième alinéa, les mots : « ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises » sont supprimés ;

II. – Après l'alinéa 85

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au même quatrième alinéa, les mots : « ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises » sont supprimés ;

### Objet

La procédure d'autorisation d'exercice de droit commun des PADHUE prévoit une épreuve de vérification des connaissances EVC, puis une période probatoire de 2 ans sous la tutelle d'un maître de stage et le passage en commission.

Il existe 2 modalités des EVC : la liste A concours très sélectif destinés aux PADHUE venant de l'étranger ; et la liste B examen destinée aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Les PADHUE de nationalité française sont soumis à un concours aux épreuves de vérification des connaissances dont le taux de réussite est extrêmement faible. Cet amendement vise à débloquent la situation des PADHUE français afin de leur permettre de valider leurs acquis professionnels dans leur pays, tout en sécurisant leurs compétences en les soumettant aux épreuves de vérification des connaissances examen (liste B) et non concours (liste A).

