



N° 432

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2024.

PROPOSITION DE LOI

visant à régulariser les praticiens et pharmaciens à diplôme hors Union européenne,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par

M. Damien MAUDET, M. Hadrien CLOUET, Mme Mathilde PANOT, Mme Nadège ABOMANGOLI, M. Laurent ALEXANDRE, M. Gabriel AMARD, Mme Ségolène AMIOT, Mme Farida AMRANI, M. Rodrigo ARENAS, M. Raphaël ARNAULT, Mme Anaïs BELOUASSA-CHERIFI, M. Ugo BERNALICIS, M. Christophe BEX, M. Carlos Martens BILONGO, M. Manuel BOMPARD, M. Idir BOUMERTIT, M. Louis BOYARD, M. Pierre-Yves CADALEN, M. Aymeric CARON, M. Sylvain CARRIÈRE, Mme Gabrielle CATHALA, M. Bérenger CERNON, Mme Sophia CHIKIROU, M. Éric COQUEREL, M. Jean-François COULOMME, M. Sébastien DELOGU, M. Aly DIOUARA, Mme Alma DUFOUR, Mme Karen ERODI, Mme Mathilde FELD, M. Emmanuel FERNANDES, Mme Sylvie FERRER, M. Perceval GAILLARD, Mme Clémence GUETTÉ, M. David GUIRAUD, Mme Zahia HAMDANE, Mme Mathilde HIGNET, M. Andy KERBRAT, M. Bastien

LACHAUD, M. Abdelkader LAHMAR, M. Maxime LAISNEY, M. Arnaud LE GALL, M. Antoine LÉAUMENT, Mme Élise LEBOUCHER, M. Aurélien LE COQ, M. Jérôme LEGAVRE, Mme Sarah LEGRAIN, Mme Claire LEJEUNE, Mme Murielle LEPVRAUD, Mme Élisabeth MARTIN, Mme Marianne MAXIMI, Mme Marie MESMEUR, Mme Manon MEUNIER, M. Jean-Philippe NILOR, Mme Sandrine NOSBÉ, Mme Danièle OBONO, Mme Nathalie OZIOL, M. René PILATO, M. François PIQUEMAL, M. Thomas PORTES, M. Loïc PRUD'HOMME, M. Jean-Hugues RATENON, M. Arnaud SAINT-MARTIN, M. Aurélien SAINTOUL, Mme Ersilia SOUDAIS, Mme Anne STAMBACH-TERRENOIR, M. Aurélien TACHÉ, Mme Andrée TAURINYA, M. Matthias TAVEL, Mme Aurélie TROUVÉ, M. Paul VANNIER,

députés et députées.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

« Depuis cet été, “un enfant meurt tous les mois”, faute de pouvoir être opéré du cœur à l’hôpital Necker : c’est Olivier Raisky, le chef du service de chirurgie cardiaque de l’hôpital parisien qui a lancé l’alerte en décembre 2023. » rapporte France Info.

« Certains soirs, il y a dix brancards que l’on range en épis. Je dis aux patients : Je vais vous garer. C’est devenu un parking de supermarché. », dénonce Diane, infirmière du centre hospitalier de Versailles au Chesnay.

« Il faut avoir conscience que certains restent jusqu’à cinq jours dans ce couloir avant d’être hospitalisés ! », abonde sa collègue Lola.

« Aujourd’hui, il peut être dangereux d’aller aux urgences. La situation est de pire en pire. », Yonathan Freund, médecin à la Pitié-Salpêtrière.

« A l’hôpital, les gens crèvent, les collègues rendent leur blouse, parce qu’ils ne veulent plus rentrer chez eux, pleurer et revenir le lendemain. Ça ne peut plus tenir » prévient Yann Le Baron, secrétaire général de l’Union nationale des syndicats autonomes (UNSA).

De l’alerte aux décès sur les brancards

Les alertes des soignants, des patients, s’enchaînent, s’accumulent, deviennent de plus en plus graves, et pourtant tout empire ces dernières années dans nos hôpitaux. Sous les coups de gouvernements austéritaires, de budgets sous perfusion et de passages au forceps par 49.3, cet acquis social s’effrite. Les choix politiques tirent sur la corde, si bien qu’elle risque aujourd’hui de craquer.

Pourtant, il n’y a pas si longtemps, notre pays pouvait encore se targuer de disposer du meilleur système de santé au monde, de garantir à tous ses citoyens ce bien le plus précieux et fondamental. Garantir un service public de qualité, aussi bien pour les patients que pour les soignants. Garantir le bien de ceux qui n’en ont pas.

« La sécurité sanitaire n’est parfois plus assurée, y compris pour l’urgence vitale » – Samu Urgences de France – Septembre 2024

En avril 2022 : un homme est décédé d'une hémorragie digestive le jeudi 17 mars à l'hôpital de Strasbourg après avoir passé près de 14 heures aux urgences sans prise en charge adaptée à sa pathologie. – Le Progrès – 1^{er} avril 2023.

En décembre 2022 : une patiente de 47 ans a été retrouvée morte dans les toilettes, après avoir attendu trois jours dans un lit aux urgences. – Ouest France – 4 avril 2023.

En janvier 2023 : un patient de 84 ans meurt aux urgences de Besançon. Durant 18 heures, l'homme a attendu de pouvoir passer un scanner. – L'Est Républicain – 8 janvier 2023.

En septembre 2023 : Lucas, un jeune homme de 25 ans est mort d'une septicémie aux urgences de l'hôpital. Il a passé une dizaine d'heures à agoniser dans les couloirs des urgences d'Hyères. – TF1 – 20 décembre 2023.

Cet été encore, à Nantes, 4 patients seraient décédés en trois semaines dans la file d'attente des urgences, entre fin juillet et début août. De nouveaux drames pour les familles, pour les soignants, suscitant une fois de plus leur indignation. « *Cette situation est totalement inacceptable. Cela fait depuis juin que certains patients doivent patienter jusqu'à 70 heures avant d'être pris en charge dans un service de soins adaptés* », déplore Jérémy Beurel, secrétaire général adjoint de Force ouvrière (FO), au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes.

Cet été encore, selon le baromètre de la fédération hospitalière de France, plus du tiers des hôpitaux ont vu leurs services d'urgences être dégradés.

Cet été encore, deux services d'urgences sur trois ont fermé au moins une fois. Parmi ces fermetures, 41 % l'ont été de manière continue, et ont été fréquentes pour 37 %.

Cet été encore, 80 % des véhicules d'urgence et de réanimation avec à bord un médecin, un infirmier et un ambulancier n'ont pas pu fonctionner en continu. 127 ont dû fermer au moins une fois et 48 ont connu des fermetures fréquentes ou continues. En 2023, 166 unités de structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) n'avaient pas pu fonctionner en continu, soit 70 % des services consultés.

Cet été encore, des lits ont fermé. 270 lits de réanimation en moins, dans 56 établissements.

Cet été encore, les dégradations d'accès aux soins s'accroissent et les conditions d'exercice des soignants empirent, augmentant leur fuite toujours plus importante de l'hôpital public.

Faire toujours plus avec toujours moins

Comment en est-on arrivé là ?

« Les patients ne peuvent plus se faire soigner, les médecins sont surchargés, d'ici la fin de l'année beaucoup de médecins généralistes traitants vont partir à la retraite et ne trouvent pas de remplaçant. Les patients n'ont pas forcément la possibilité d'aller à Paris ou dans d'autres villes, donc ils vont aux urgences car ils veulent trouver un médecin », explique une soignante du CHU d'Orléans.

Si la France rencontre une telle pénurie de soignants, c'est en partie à cause de la mise en place du *numerus clausus*, passant de 8 500 médecins formés par an à la fin des années 1970, à 3 500 au début des années 2000. Si bien qu'en 2023, les médecins actifs ont en moyenne 50 ans, les plus de 60 ans représentent même 31 % de nos praticiens. Autant de médecins en passe de partir à la retraite, bien souvent sans relève. Et si Emmanuel Macron se vante d'avoir supprimé le *numerus clausus* dans la loi, sans revalorisation des moyens des universités, ces dernières ne pourront toujours pas former autant de médecins que nécessaire.

Pointe avancée de la prise en charge collective face au risque de la maladie, l'hôpital public est l'outil privilégié de l'accès universel aux soins. Il répond aux besoins que la médecine de ville ne peut prendre en charge. Or, à ce jour, selon un rapport sénatorial remis le 29 mars 2022, 30,2 % des Français vivent dans un désert médical. Qu'ils s'agissent de zones rurales, de territoires urbanisés, ou des départements d'Outre-Mer, aucun territoire n'est épargné par ce fléau. S'il manque près de 6 000 généralistes en zone rurale, 64 % des habitants d'Île-de-France vivent dans un désert médical. Autant de malades qui, soit renoncent aux soins – ils sont 1,6 millions chaque année –, soit se tournent de plus en plus nombreux vers l'hôpital. Pourtant, les moyens n'augmentent pas. Pire, ils baissent.

L'ONDAM, outil de l'austérité qui pèse sur les soignants

À la source de ces maux se trouve l'austérité imposée au système de santé. Son sous-financement chronique est orchestré au travers de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et plus particulièrement du sous-ONDAM hospitalier. Pour l'année 2024,

l'ONDAM n'a connu que 3,2 % d'augmentation, bien loin des 5 % réclamés par la Fédération hospitalière de France (FHF), notamment pour faire face à l'inflation. Sans surprise, à la rentrée 2024, le compte n'y est pas. La FHF s'inquiète, une fois de plus, d'une aggravation du déficit des hôpitaux qui devrait dépasser 2 milliards d'euros cette année. « *La situation budgétaire de l'hôpital public n'a jamais été aussi dégradée* », s'inquiète Arnaud Robinet, le président de la FHF. « *Il est impossible de continuer ainsi sauf à mettre en péril l'investissement et les recrutements prévus* », alerte-t-il.

Avec une population vieillissante, aux soins toujours plus lourds et coûteux, des factures qui flambent et un budget qui ne suit pas, le gouvernement a fait le choix de condamner l'hôpital public. Un choix au profit des établissements privés, vers lequel les patients n'ont d'autres choix que de se tourner. « *Je me suis battu par le passé pour les hôpitaux, mais ce que je sais, c'est que quand on obtient quelque chose, c'est toujours au détriment d'un autre hôpital car l'enveloppe est la même* », constate avec dépit une soignante de l'hôpital de Lodève, pour en venir à cette même conclusion, « *depuis, 15 ans, dès qu'il y a un investissement important comme pour [une machine] IRM, c'est le privé qui le porte* ». À force de coupes sur les budgets, les hôpitaux publics n'ont plus les moyens matériels d'un exercice correct. Les politiques menées les poussent vers un désarroi tel que certains soignants se cotisent pour acheter des frigos pour ne pas perdre des doses de médicaments. D'autres en appellent aux dons, à l'exemple de l'hôpital Georges Pompidou, à Paris, pour obtenir un scanner en pleines fêtes de fin d'année 2023. Des soignants font tout simplement le choix de partir exercer ailleurs, dans le privé.

Le cercle vicieux des fermetures de lit et du recours à l'intérim

Dans le lot des économies imposées par les gouvernements successifs, les fermetures de lits ont une position de choix, guidés par l'obsession du « virage ambulatoire ». Entre 2016 et 2020 seulement, la France compte 17 900 lits d'hospitalisation complète en moins. Des chiffres qui s'ajoutent aux 37 000 fermés sous la mandature Sarkozy par exemple. Résultat, le nombre de lits a chuté de 0,9 % en moyenne par an entre 2013 et 2019. Pour justifier ces fermetures de lit, le manque de soignants est souvent avancé. Or, si les soignants partent, c'est justement à cause de cette dégradation de leurs conditions d'exercice. Le serpent se mord la queue, et aujourd'hui près de 15 000 postes sont vacants dans notre système hospitalier. Pour tenter de faire face, les hôpitaux n'ont eu d'autre choix que de faire appel aux intérimaires de façon massive, dégradant d'autant plus leurs finances déjà en souffrance.

Il est difficile de reprocher au personnel soignant intérimaire de faire ce choix, plutôt que de subir la pression due au manque de moyens humains et à la perte de sens dans leurs métiers. S'il n'existe pas de chiffres officiels, la Fédération hospitalière de France estimait qu'il y avait, avant la loi Rist d'avril 2023, entre 5 000 et 10 000 intérimaires médicaux. Depuis la mise en place effective de cette loi, le gouvernement n'a communiqué aucun chiffre sur le nombre actuel d'intérimaires médicaux. Si le surcoût estimé pour les hôpitaux publics s'élevait à 500 millions d'euros en 2013, il atteint 1,5 milliards d'euros en 2022. Les dettes de certains hôpitaux sont parfois entièrement dues au recours aux intérimaires.

Budgets insuffisants, travail dégradé, perte de sens... 40 % des médecins présentaient des symptômes d'épuisement professionnel sévères, 12 % d'entre eux avaient des idées suicidaires révèle une enquête menée auprès des médecins universitaires français. Des chiffres alarmants, qui devraient collectivement nous faire réagir.

Dans un souci d'économies, pour contourner le problème de l'intérim, nombreux sont les services qui recourent aux Praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Le Figaro rapporte l'exemple de l'un d'entre eux, où trois médecins sur cinq sont étrangers. *« Et je vais en recruter un quatrième. Car depuis que les gens sont partis à la retraite, voilà deux ans, c'est la seule alternative qu'on ait trouvée aux intérimaires. Il faut dire que pour l'hôpital, cela revient beaucoup moins cher... un PADHUE est payé 1 600 ou 1 800 euros par mois, alors que l'intérimaire peut demander jusqu'à 12 000 euros. »*, témoigne un chef de service.

« Ils vont là où personne ne veut aller », Dr Djamel Sifi, chef de service gériatrique en Seine-et-Marne

Alors que le pays connaît une pénurie de médecins, que nos soignants sont à bout de souffle et notre système de santé en état d'urgence, nous ne reconnaissons toujours pas dignement les 5 000 praticiens étrangers ou diplômés à l'étranger, notamment hors de l'Union européenne (PADHUE). Si le ministère les considère si peu qu'il ne prend pas la peine de produire un recensement précis de leurs situations, près de 2 000 d'entre eux sont tout de même exposés au danger de voir leur contrat se terminer en 2024.

Pourtant, la place des médecins étrangers est cruciale dans l'offre de soins. Alors qu'en 2010 ils comptaient pour 7,1 % des médecins en activité, ils représentaient 12,5 % en 2023. Ils sont 19,8 % des médecins spécialistes chirurgicaux en activité et 16,9 % des médecins spécialistes médicaux. Tous ces médecins, principalement venus d'Algérie, de Tunisie, de Syrie

ou du Maroc, sont particulièrement importants dans les départements qui présentent les plus faibles densités médicales. Alors qu'ils ont participé à l'effort de crise, comme tous les soignants durant le Covid, alors qu'ils sont essentiels à la garantie de notre contrat social, ces soignants sont confrontés à de plus en plus de difficultés administratives pour pouvoir exercer dignement. Une injustice pour eux, pour l'ensemble des soignants, comme pour tous nos concitoyens.

De plus en plus de difficultés pour une profession essentielle

Les PADHUE sont soumis à « *un contexte juridique et administratif complexe particulièrement inadapté* » ou, pour le dire laconiquement, une « *complexité administrative d'un autre âge* », selon M. Vincent Ricouneau, professeur de droit. Les réformes engagées, depuis 2017, n'ont eu de cesse de complexifier et aggraver leurs conditions d'exercice. Si bien que des praticiens parfaitement compétents, insérés dans des services, rompus à leurs méthodes de travail, sont forcés de quitter l'hôpital public, qui manque pourtant cruellement de personnel.

Certaines situations en deviennent ubuesques, voire dégradantes. Après dix ans d'expérience en Algérie, un médecin peut ainsi exercer depuis quatre ans en France, avec des responsabilités importantes jusqu'à même former des internes, et pourtant, comme de nombreux PADHUE, percevoir un salaire à peine plus haut que le salaire minimum de croissance (SMIC), de 1 450 euros brut par mois. Le tout en enchaînant les petits contrats dans les hôpitaux, sous un statut précaire d'« *assistant* » ou d'« *associé* », sous la tutelle d'un autre médecin.

Pour être considérés comme des médecins français, les PADHUE doivent désormais passer une équivalence des diplômes, les épreuves de vérification des connaissances (EVC). Il s'agit là d'un concours qui ne dit pas son nom. Si en théorie il ne s'agit que d'une simple *« épreuve de vérification des connaissances »*, en 2023, 2 700 candidats PADHUE ont tout de même été recalés sur 4 000. Le nombre de postes ouverts pour les diplômes EVC est d'ailleurs fixé chaque année à environ 20 % d'une promotion d'étudiants français de médecine. En décalage complet avec les besoins des hôpitaux. Pire, les PADHUE n'ont que deux chances pour le passer, *« sinon, c'est soit reconversion, soit retour au pays ! C'est inacceptable car on a choisi d'être médecin »*, résume un médecin dans ce cas, dans un article Street Press. La France prend donc le risque de se priver de soignants, pour un hôpital d'ores et déjà asphyxié.

Janvier 2024 – Emmanuel Macron promet « de régulariser un certain nombre de ces médecins étrangers », qui « tiennent à bout de bras nos services de soin » et qui sont « laissés dans une précarité administrative »

Depuis ? Une belle promesse sur le papier, aucune matérialisation dans les faits. Si cette annonce du président a mené les agences régionales de santé (ARS) à délivrer des autorisations d'exercice temporaire, aucun statut n'a été entériné aux niveaux des préfectures, et le document délivré par les ARS est, de fait, évalué à géométrie variable. *« Une préfecture va dire oui, l'autre non, c'est au pif : on change de département, on change de règle »*, rapporte Léonard Balme, avocat spécialisé dans la défense des droits des PADHUE. Une inégalité de droit inadmissible dans notre pays.

Pire, les démarches administratives pour la reconnaissance de leurs diplômes s'ajoutent à celles nécessaires au renouvellement du titre de séjour. *« À peine tu obtiens ton titre de séjour que tu dois stresser pour le prochain. Ça a un impact sur la qualité de vie, la santé mentale, on ne s'y habitue pas »*, déplore à Street Press une médecin camerounaise. Une aberration, au point que certains médecins étrangers se trouvent sans contrat, sans titre de séjour, et sous OQTF pour ne pas avoir réussi un examen, après des années d'exercices dans nos hôpitaux. *« On est dans l'inverse d'une politique de santé publique, on fabrique des chômeurs médecins »*, dénonce Olivier Varnet, secrétaire général du Syndicat national des médecins hospitaliers FO. *« Par les mises à la porte, ils perdent leur droit au séjour. Vous avez donc des PADHUE en France qui travaillent à l'APHP, et qui ont peur de sortir de chez eux parce qu'ils n'ont pas de papiers ! »*.

L'**article 1^{er}** vise ainsi à gérer le « flux » des PADHUE en France. Il permet aux ARS de déroger à la réglementation sur le parcours de validation des connaissances pour autoriser provisoirement, et au cas par cas, des PADHUE à exercer dans une structure de santé – donc dans un cadre collectif et/ou sous supervision hiérarchique. Ce dispositif est déjà en place dans plusieurs départements d'Outre-mer.

L'**article 2** vise à gérer le « stock » des PADHUE présents en France et y travaillant depuis de nombreuses années. Il revoit la création des EVC spécifiques, sans limitation du nombre d'admis au bénéfice des PADHUE pouvant justifier de deux ans d'exercice rémunéré en France, et sans limite quant au nombre de fois où ces derniers peuvent passer ces dites épreuves.

L'**article 3** gage la proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① La quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 4131-5 est ainsi modifié :
 - ③ a) La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :
 - ④ – Les mots : « et jusqu'au 31 décembre 2030 » sont supprimés ;
 - ⑤ – Les mots : « de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de Mayotte » sont supprimés ;
 - ⑥ – La référence : « L. 4111-1 » est supprimée ;
 - ⑦ – Les mots : « quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, » sont supprimés ;
 - ⑧ b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
 - ⑨ c) À la fin du quatrième alinéa, le mot : « notamment : » est remplacé par les mots : « , notamment la composition et le fonctionnement des commissions territoriales, les structures de santé au sein desquelles ces professionnels peuvent exercer, et les modalités de mise en œuvre et de suivi de ces autorisations d'exercice dérogatoires. »
- ⑩ d) Les *a* à *d* sont abrogés ;
- ⑪ 2° L'article L. 4221-14-3 est ainsi modifié :
 - ⑫ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
 - ⑬ – La première phrase est ainsi modifiée :
 - ⑭ i) les mots : « et jusqu'au 31 décembre 2030 » sont supprimés ;
 - ⑮ ii) les mots : « de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de Mayotte » sont supprimés ;
 - ⑯ iii) la référence : « L. 4221-1 » est supprimée ;
 - ⑰ iv) les mots : « quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, » sont supprimés ;

- ⑮ – La seconde phrase est complétée par les mots : « , constituée par profession et, le cas échéant, par spécialité » ;
- ⑯ b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ⑰ c) À la fin du quatrième alinéa, le mot : « notamment : » est remplacé par les mots : « , notamment la composition et le fonctionnement des commissions territoriales, les structures de santé au sein desquelles ces professionnels peuvent exercer, et les modalités de mise en œuvre et de suivi de ces autorisations d'exercice dérogatoires. » ;
- ⑱ d) Les *a* à *d* sont abrogés.

Article 2

- ① La quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Le I de l'article L. 4111-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Par dérogation, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de leur profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, ayant exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1^{er} janvier 2015 et exerçant en établissement à la promulgation de la loi n° du visant à régulariser les praticiens et pharmaciens à diplôme hors Union européenne bénéficient d'épreuves anonymes de vérification des connaissances distincte pour laquelle aucun nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves n'est opposable. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités et la fréquence de ces épreuves dédiées. Aucune limite n'est fixée quant au nombre de fois pour lequel il est possible de se présenter et passer ces dites épreuves. » ;
- ⑤ b) Au cinquième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- ⑥ 2° L'article L. 4221-12 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑧ « Par dérogation, les pharmaciens titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de leur profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, ayant exercé des fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1^{er} janvier 2015 et exerçant en établissement à la promulgation de la loi n° du visant à régulariser les praticiens et pharmaciens à diplôme hors Union européenne bénéficient d'épreuves anonymes de vérification des connaissances distincte pour laquelle aucun nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves n'est opposable. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités et la fréquence de ces épreuves dédiées. Aucune limite n'est fixée quant au nombre de fois pour lequel il est possible de se présenter et passer ces dites épreuves. » ;
- ⑨ b) À l'avant-dernière phrase du cinquième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « cinquième ».

Article 3

La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.