



Ministère de la Santé et des Solidarités

Dossier de presse

« Réponses au défi de la démographie médicale »

Mercredi 25 janvier 2006

Contacts presse : Hélène Monard : 01 40 56 40 14

Sommaire – récapitulatif des mesures

➤ Soutenir les médecins qui exercent dans des zones sous médicalisées

- Majorer la **rémunération des médecins généralistes dans les zones déficitaires d'au moins 20%** lorsque les professionnels ont un exercice collectif ;
- **Attribuer au médecin remplacé une aide équivalente à 20% des honoraires perçus pendant la période de remplacement**, lui permettant de mieux rémunérer le médecin remplaçant.
- Définir d'ici septembre 2006, pour **les professions de santé autres que les médecins (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes , etc) les zones prioritaires d'aide.**
- **Favoriser, par des financement du FAQSV, les formes d'exercice en groupe** permettant de mieux assurer la continuité des soins dans les zones en sous densité et d'alléger la charge de professionnels.
- **Mettre en œuvre le statut de collaborateur libéral** en adoptant par décret en Conseil d'Etat les dispositions nécessaires du code de déontologie médicale.
- **Conforter la permanence des soins** en menant à son terme la concertation engagée sur l'amélioration de l'organisation de la permanence des soins le 19 décembre, en vue notamment de **l'élargissement de la période de permanence des soins au samedi après midi.**

➤ Anticiper les évolutions et les déséquilibres futurs de la démographie médicale

- ◆ **Un pilotage renforcé des politiques démographiques, une meilleure connaissance statistique**
- **Elargir les compétences de l'observatoire national de la démographie des professions de santé et des comités régionaux de la démographie médicale**, pour qu'ils donnent un avis sur les besoins de formation des professions médicales et des professions paramédicales ;
- **Fixer la répartition des postes au numerus clausus et à l'examen classant national en tenant compte de la situation démographique des régions**, afin de compenser les déséquilibres démographiques régionaux en médecins généralistes et de former davantage de médecins dans ces zones.
- **Mettre en œuvre le répertoire partagé des professions de santé**, qui permettra un enregistrement unique des professionnels de santé (au lieu de trois actuellement : DDSS – ordre – assurance maladie) et facilitera le suivi de la démographie des professions, ainsi que les études prospectives sur cette profession.

♦ Une meilleure information des professionnels de santé sur les aides disponibles et sur les conditions d'installation en libéral

- **Mettre à disposition des étudiants et des professionnels de santé** par les CPAM, en coordination et coopération avec les Ordres, et, pour les médecins, les URML, **des prestations de services sous plusieurs formes** :
 - des sessions d'information systématiques des étudiants en cours de 2^{ème} et 3^{ème} cycle par des représentants des caisses ;
 - de la création, à l'échelon régional, d'un portail Internet d'information sur les conditions d'installation ;
 - d'un guide de l'installation, mis à disposition des étudiants et des jeunes professionnels dans chacune des régions
 - d'une prestation d'aide et de conseils à l'installation : diagnostic sur l'implantation, simplification des formalités administratives, conseils (outil de gestion) sur le démarrage d'une activité libérale ;
 - de la généralisation de procédures d'accueil par l'assurance maladie des professionnels nouvellement installés.

L'ensemble des engagements de services figurera dans la convention d'objectifs et de gestion en cours de négociation avec la CNAMTS.

- **Mettre en place un guichet unique pour les aides, en collaboration avec les collectivités locales**, de façon à donner aux professionnels de santé un point unique d'information et de gestion des demandes d'aides.

♦ ***Faciliter la conciliation entre la vie professionnelle et familiale : aligner la durée du congé maternité des professionnelles de santé libérales (médecins, infirmières etc..) sur celle des salariées (16 semaines pour le premier et le second enfant et 26 semaines à compter du 3ème) .***

♦ Augmenter le nombre de médecins en activité

- **Fixer le numerus clausus à 7000 en 2006** et le maintenir par la suite à ce niveau ; l'arrêté sera pris au printemps 2006.
- **Augmenter d'un tiers le plafond de cumul emploi – retraite pour les médecins libéraux.**
- **Dispenser les médecins des gardes liées à la permanence des soins après 60 ans**
- ♦ ***Faire connaître la médecine générale aux étudiants en médecine : mise en place du stage de médecine générale dans le cadre du deuxième cycle des études médicales.***
- ♦ ***Développer la coopération entre les professionnels de santé et le partage des compétences : missionner la Haute autorité de santé pour qu'elle définisse des recommandations de méthode sur la généralisation de la démarche de délégation de tâches et fasse des préconisations particulières dans deux domaines prioritaires : ophtalmologie et suivi des pathologies chroniques.***

Fiche N° 1 - définir les besoins démographiques en professions de santé

➤ *Un constat : un nombre élevé de médecins, pourtant inégalement répartis sur le territoire*

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France – 99 000 généralistes ; 104 000 spécialistes ; soit 203 000 au total au 1^{er} janvier 2004 – mais leur répartition sur le territoire est inégale.

A titre d'exemple, on compte 256 médecins pour 100 000 habitants dans la région Picardie contre 426 pour 100 000 en Ile de France.

De plus, en 2025, le rythme des départs massifs à la retraite devrait provoquer une diminution de 10% du nombre de médecins. La densité médicale chuterait alors de près de 15%. Elle retrouverait ainsi en 2025 son niveau de 1985 (soit 283 médecins pour 100 000 habitants). Pendant la même période, l'âge moyen des médecins augmenterait, passant de 47,5 ans à 50,6 ans en 2015.

Or, les besoins de santé sont croissants, notamment du fait de l'allongement de la durée de la vie.

Ces deux facteurs pourraient alors renforcer les inégalités territoriales, pénalisant ainsi fortement la qualité des soins.

➤ *Cibler les territoires à aider de façon prioritaire*

Les Missions Régionales de Santé (MRS) ont été créées par la loi du 13 août 2004. Elles réunissent les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les Unions Régionales de l'Assurance Maladie. Elles ont défini les zones sous médicalisées pour les médecins généralistes (cf carte ci après) en croisant les deux critères suivants:

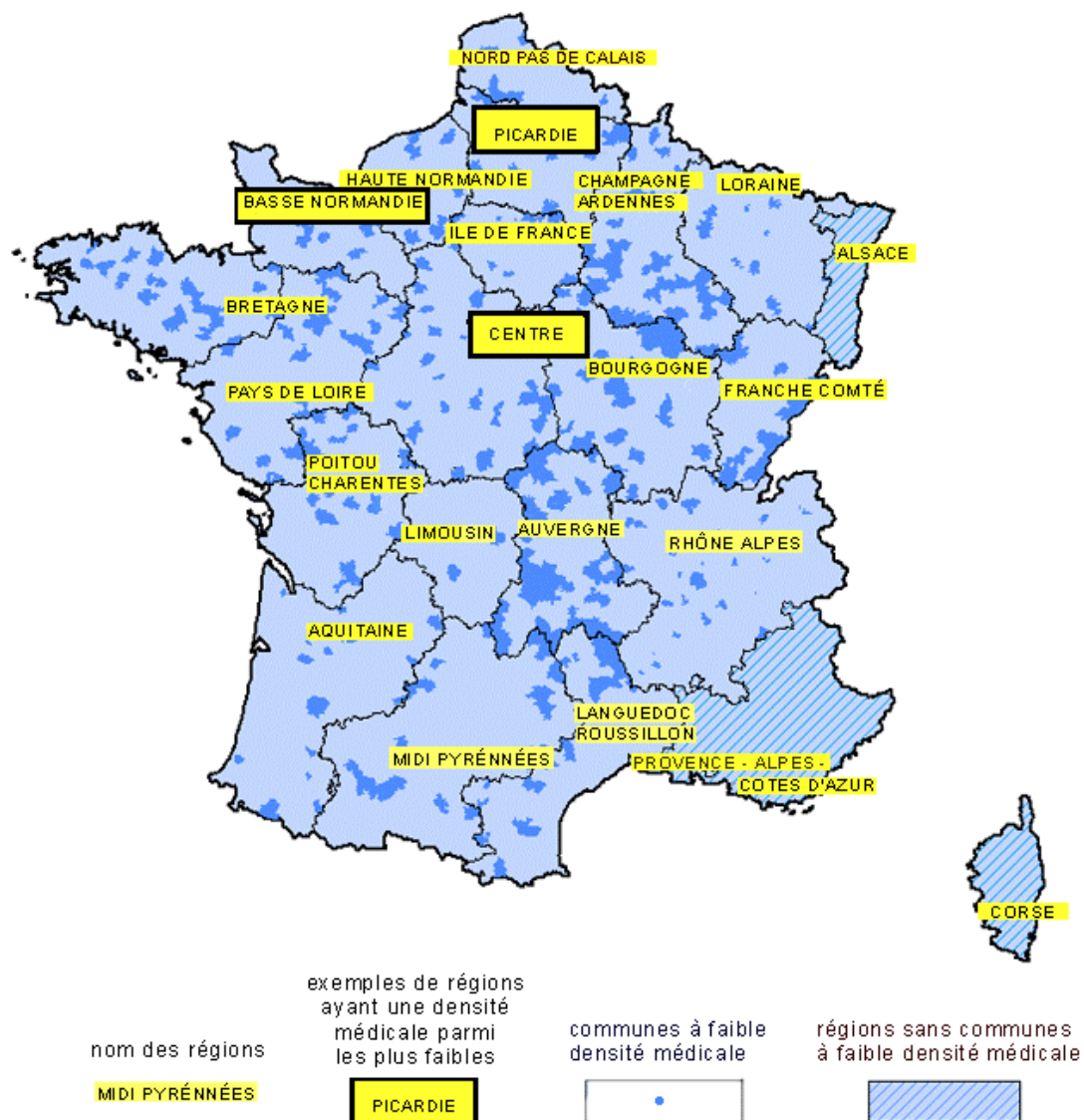
- une densité de médecins inférieure d'au moins 30% à la moyenne,
- un niveau d'activité des professionnels de santé supérieur d'au moins 30% à la moyenne.

Ainsi définies, ces zones prioritaires concernent aujourd'hui 1 600 médecins généralistes (3%) répartis sur 4 500 communes (12%) soit une population de 2, 6 millions d'habitants (4%)

Cette définition sera actualisée une fois par an et ce, en concertation avec les professionnels de santé et les élus. La première actualisation interviendra avant la fin de l'année 2006. En parallèle, elles ont également pour mission de définir les zones risquant de devenir sous médicalisées.

Les Missions Régionales de Santé devront définir également pour septembre 2006 les zones de sous densité des professions paramédicales telles que les infirmiers et les kinésithérapeutes.

Communes déficitaires en médecins généralistes



La liste détaillée des zones sous médicalisées est disponible à l'adresse suivante : www.sante.gouv.fr

➤ **Améliorer le suivi des besoins démographiques pour les professions de santé**

Le répertoire partagé des professionnels de santé est un répertoire unique pour l'ensemble des institutions reposant sur un identifiant personnel pour chaque professionnel. Il doit conduire à la simplification des procédures d'inscription pour les professions de santé et permettre un meilleur suivi de la démographie , profession par profession, spécialité par spécialité.

Il entrera en vigueur à l'été 2006 pour les médecins, les pharmaciens, les sage femmes et les dentistes. Les travaux d'extension aux autres professions seront engagés à la fin de l'année 2006.

➤ **Mener une évaluation prospective et généralisée des besoins en formation**

Afin d'éviter les politiques de balancier dans la définition des besoins en formation des professions de santé – comme pour le *numerus clausus*-, il est nécessaire de développer des études prospectives sur les besoins en formation, à l'échelon régional et national. Elle doit faire participer l'ensemble des institutions et professionnels intéressés -collectivités locales, formateurs, professionnels, ARH et URCAM, comités régionaux de la démographie à l'échelon local.

Le champ de compétence de l'Observatoire National de la Démographie Médicale et des missions des comités régionaux de la démographie médicale seront élargis afin qu'ils puissent émettre des avis et recommandations sur la fixation des *numerus clausus* ou *quota* de l'ensemble des professions et la répartition des postes proposés à l'examen national classant.

Les comités régionaux de la démographie devront actualiser régulièrement des cartographies prospectives d'implantation des professionnels libéraux dans chaque région, tenant notamment compte des perspectives de départs à la retraite.

Fiche N° 2 - Comment inciter les médecins à s'installer en zones sous médicalisées ?

Les professionnels de santé exerçant en zones sous médicalisées connaissent un rythme de travail hors normes, accumulent les kilomètres, et ne peuvent que rarement s'absenter, que ce soit pour prendre des vacances ou participer à des actions de formation médicale continue. Ces difficultés d'exercice nuisent à tous, patients comme soignants, et peuvent décourager les jeunes médecins de s'installer en zones sous médicalisées.

1. DES MESURES INCITATIVES FORTES ET CIBLEES

1. Mise en place d'aides conventionnelles

Le conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie du 19 janvier a validé les orientations de négociation avec les syndicats de médecins en ce qui concerne le principe d'aides conventionnelles. Ces aides doivent servir en priorité à améliorer la continuité des soins dans les territoires concernés, en privilégiant les regroupements de professionnels qui préservent le maillage territorial en soins et en aidant les professionnels isolés à trouver des remplaçants en les rémunérant mieux.

Dans le cadre des négociations conventionnelles, il est proposé majorer les honoraires, **d'au moins 20%**, sous forme forfaitaire. Un médecin généraliste installé dans les zones concernées percevra alors 24 euros au lieu de 20. Cette rémunération supplémentaire sera directement prise en charge par l'Assurance maladie. Le patient règlera son médecin au tarif habituel. Cette mesure s'applique à deux cas :

- L'aide à l'exercice regroupé

Elle vise à inciter les professionnels de santé à s'installer ou à exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins.

- L'aide au remplacement

Certains médecins n'ont pas la possibilité d'exercer en groupe. Cette aide vise à favoriser les remplacements dans les zones sous médicalisées. Cela permet d'alléger leur charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue. De plus, le remplacement est le passage quasi obligé des jeunes professionnels avant l'installation, et peut favoriser ainsi l'installation en zones sous médicalisées.

2. Les aides des collectivités locales

La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux permet aux collectivités locales d'aider à l'installation ou d'encourager l'exercice en zones sous médicalisées.

Deux décrets du 30 décembre 2005 ont précisé les modalités de ce dispositif.

- Pour les professionnels installés ou en cours d'installation, il peut s'agir de la mise à disposition de locaux professionnels ou de la mise à disposition d'un logement. Elle peut prendre également la forme d'une prime à l'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire. Les professionnels doivent en contrepartie prendre **l'engagement d'exercer** dans la zone pendant au **moins 3 ans**.

- L' aide à l'installation pour les étudiants. Au cours de leur 3^{ème} cycle, ils peuvent bénéficier **d'une indemnité d'études d'un montant pouvant aller jusqu'à 24 000 euros par an**. Les étudiants concernés **s'engagent à exercer** en zone sous médicalisée pendant une durée **minimum de 5 ans**. Les aides aux étudiants de 3^{ème} cycle en stage peuvent également prendre la forme **d'une mise à disposition de logement ou d'une indemnité pouvant se monter à 400 euros par mois**.

3. Les aides fiscales

Les médecins exerçant en zones sous médicalisées sont des acteurs indispensables à la permanence des soins. A ce titre et en application de l'article 108 de la loi sur le développement des territoires ruraux, ils bénéficient **d'une exonération de l'imposition sur le revenu des astreintes versées à hauteur de 60 jours par an** dans la limite de **9 000 euros**.

4. Assurer la cohérence et la visibilité des aides

- L'aide conventionnelle et l'aide des collectivités locales doivent se compléter

Les Missions Régionales de Santé sont saisies systématiquement des aides à l'installation accordées par les collectivités locales, dont la loi sur le territoire ruraux prévoit qu'elles donnent lieu à un contrat entre le médecin, la collectivité locale et l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie.

Elles sont par ailleurs informées des aides délivrées aux étudiants par les collectivités locales.

Les Missions Régionales de Santé mettront en place, en concertation avec les collectivités locales et sur le fondement du partenariat librement consenti, **un guichet unique à disposition des professionnels de santé. Ils disposeront alors d'un interlocuteur unique et d'une connaissance globale des différentes aides à l'installation ou à l'exercice.**

- Les étudiants comme les professionnels de santé déjà installés doivent être mieux informés des dispositifs d'aide existants.

Plusieurs initiatives ont été prises ou sont en cours d'expérimentation pour améliorer cette information, elles doivent être généralisées. Ainsi, **un logiciel interactif d'aide à l'installation a déjà été généralisé à toutes les Unions régionales de l'Assurance maladie.**

La mission d'information aux professionnels et de conseil à l'installation de l'Assurance maladie, en partenariat avec les instances ordinales et professionnelles (URML) sera renforcée dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion négociée par la CNAMTS et l'Etat en 2006. La convention reprendra les actions suivantes :

- **sessions d'information systématique des étudiants en cours de 2^{ème} et 3^{ème} cycle par des représentants des caisses ;**
- **création, à l'échelon régional, d'un portail Internet d'information sur les conditions d'installation ; ces sites comporteront également des fonctions interactives ;**
- **guide de l'installation, mis à disposition des étudiants et des jeunes professionnels dans chacune des régions ;**
- **prestation d'aide et de conseils à l'installation : diagnostic sur l'implantation, simplification des formalités administratives, conseils (outil de gestion) sur le démarrage d'une activité libérale ;**

2. ADAPTER LE MODE D'EXERCICE MEDICAL

➤ Inciter à l'exercice regroupé

Les professionnels de santé aspirent à un exercice regroupé, qui favorise l'échange des pratiques et la mutualisation des moyens, permet de consacrer davantage de temps à la formation et de mieux concilier la vie familiale et la vie professionnelle.

Les médecins qui s'installent en cabinet de groupe ou maisons multidisciplinaires dans les zones sous médicalisées bénéficieront donc d'une rémunération forfaitaire d'au moins 20%, directement prise en charge par l'Assurance maladie.

Les maisons multidisciplinaires permettent le regroupement de plusieurs spécialités médicales ou paramédicales offrant ainsi à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé de premier recours.

Or, si quelques maisons de santé pluridisciplinaires existent d'ores et déjà –par exemple dans le Jura ou la Nièvre-, elles sont en nombre insuffisant.

Afin d'accélérer leur généralisation, la bonne répartition des professionnels sur le territoire a été inscrite dans les missions du **Fonds d'aide à la qualité des soins de ville par la loi de Financement de la Sécurité Sociale** pour 2006. **Il peut soutenir financièrement la création de maisons multidisciplinaires en prenant en charge notamment les études préparatoires ou une partie de l'investissement.**

La convention d'objectifs et de gestion négociée avec la CNAMTS comportera l'engagement de faire de l'aide à l'installation de maisons de santé pluridisciplinaires une priorité d'action des Unions régionales de l'Assurance maladie.

A l'initiative de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, des expérimentations sont en cours sur 9 sites –notamment en Meurthe et Moselle, en Haute Loire, dans les Vosges et l'Aveyron-, pour participer à l'installation des maisons de santé pluridisciplinaires et définir de manière empirique l'ingénierie financière, juridique, logistique nécessaire.

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux ont vocation à être des interlocuteurs privilégiés des collectivités locales pour définir concrètement les aides qui apportent la réponse la plus adaptée au besoin local.

➤ La création du statut de « collaborateur associé »

La loi du 2 août 2005 relative aux PME a étendu à l'ensemble des professionnels de santé le statut de collaborateur associé. Il correspond à une demande forte des professionnels de santé, déjà installés ou en voie d'installation qui peuvent ainsi être épaulés. Le jeune médecin peut ainsi prendre le temps de s'adapter à son environnement sans avoir à s'engager immédiatement dans l'installation.

Pour les médecins, l'entrée en vigueur effective de ces dispositions nécessite une adaptation **du Code de déontologie médicale**. Elle a été proposée par le conseil de l'Ordre. **Le décret en Conseil d'Etat sera publié d'ici fin mars 2006.**

➤ *Développer la coopération entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux*

Le progrès technique, l'évolution permanente du contenu des métiers de la santé rendent indispensables le développement et l'évolution de la coordination entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Suite au rapport du Professeur Berland d'août 2003, et dans le cadre de l'article 131 de la loi de santé publique du 9 août 2004, cinq expérimentations de collaborations entre médecins et professionnels de santé paramédicaux ont été autorisées et sont en cours depuis le début de l'année 2005. Elles portent par exemple sur l'examen de l'acuité visuelle par un orthoptiste (Sarthe) ou le suivi courant d'un patient atteint d'une hépatite C par un infirmier. Elles vont faire prochainement l'objet d'une évaluation.

Dix nouvelles expérimentations, élaborées avec des équipes professionnelles candidates, vont par ailleurs être autorisées par un décret qui sera publié d'ici la fin du mois.

Au delà du stade expérimental, il est nécessaire d'organiser la réflexion sur la coordination entre professionnels de santé médical et paramédical pour pouvoir l'étendre à l'ensemble du champ de la santé. A cet effet, la Haute autorité de santé va être saisie d'une double mission :

- la mise au point de protocoles d'évaluation des expérimentations en cours;
- l'élaboration des règles de méthode nécessaires au travail entre professionnels et pouvoirs publics pour généraliser la coordination médical/ paramédical.
- **L'élaboration de recommandations plus précises dans les domaines de l'ophtalmologie et du suivi des malades chroniques.**

➤ *Faciliter la conciliation entre la vie professionnelle et familiale*

La profession médicale se féminise très rapidement. En 2004, 38 % des médecins étaient des femmes, en 2025, cette proportion sera de 52%.

Or les femmes médecins exerçant en libéral ont des modes d'indemnisation des temps de congé maternité (8 semaines) moins favorables que ceux des salariées (16 semaines pour les deux premiers enfants, 26 pour le 3^{ème} enfant).

La durée du congé de maternité des professionnelles de santé libérales sera donc alignée sur celui des salariées. Elles pourront bénéficier d'un congé de maternité de 16 semaines pour les deux premiers enfant et de 26 semaines à partir du 3^{ème} enfant . La mesure entrera en vigueur par voie de décret dès la fin mars.

1. POURSUIVRE L'AUGMENTATION DU NUMERUS CLAUDUS

Si le nombre de médecins a, ces vingt dernières années, considérablement augmenté, passant de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 340 au 1^{er} janvier 2004, la réduction continue du numerus claudus entre le début des années 80 et la fin des années 90 a fortement réduit le nombre de médecins entrant en activité, alors qu'un très grand nombre de médecins vont partir à la retraite dans les prochaines années.

La densité médicale diminuera donc dans les années à venir tandis que les besoins de santé ne peuvent qu'augmenter.

Le numerus claudus doit être stabilisé à un niveau élevé. Le Gouvernement a d'ores et déjà engagé une action constante d'augmentation du numerus claudus, qui a été porté de 4700 en 2002 à 6300 en 2005. Il sera porté à 7000 en 2006 et nous souhaitons le maintenir à ce niveau jusqu'en 2010.

2. DIVERSIFIER LES CONDITIONS DE FORMATION DES ETUDIANTS EN MEDECINE ET OUVRIR LA FORMATION SUR LA MEDECINE GENERALE

- **Faire connaître la médecine générale aux étudiants en médecine en généralisant le stage de deuxième cycle auprès des médecins généralistes**

La médecine générale n'est pas une spécialité connue des étudiants qui entrent en 3^{ème} cycle, leurs stages en premier et second cycle étant exclusivement hospitaliers.

Pour permettre aux étudiants de connaître la pratique de médecine générale, il est nécessaire mettre effectivement en place dès le deuxième cycle des études un stage en médecine ambulatoire auprès de médecins généralistes. Ce stage est théoriquement prévu par l'arrêté du 4 mars 1997. Il n'a pas été mis en œuvre, jusqu'à présent .

D'une durée de deux mois, il sera proposé aux étudiants de 2^{ème} cycle (3^{ème} année) dès la rentrée de 2006.

- **Accroître les effectifs formés dans les régions sous médicalisées**

Même si beaucoup de facteurs entrent en ligne de compte dans la décision de s'installer, le lieu d'études est un critère importante de cette décision. Les étudiants s'installent dans une région qu'ils connaissent.

Dans ces conditions, la répartition de postes entre régions au stade du numerus claudus et à celui de l'examen classant national est susceptible d'influer sur les choix ultérieurs des futurs professionnels.

Pour des raisons d'équité et d'égalité entre les étudiants, l'examen classant restera national.

Cependant la répartition des postes à l'issue de l'examen classant national comme celle du numerus claudus doit tenir compte dès la rentrée prochaine des besoins démographiques dans les zones déficitaires comme elle tient déjà compte des capacités de formation des régions.

3. PERMETTRE AUX MEDECINS DE PROLONGER LEUR ACTIVITE PROFESSIONNELLE

L'augmentation du numerus clausus mettra plusieurs années à produire ses effets. Il faut donc inciter les médecins à poursuivre leur activité au-delà de la liquidation de leur retraite.

Le **cumul de la retraite avec une activité** a été rendu possible par la loi portant réforme des retraites en 2003.

Dans le prolongement des annonces faites par le Premier ministre dans le cadre du Plan Emploi le 16 janvier dernier, **le cumul des revenus emploi/retraite sera porté à 40 000 euros au lieu de 30 000 euros** dès lors que le départ en retraite s'effectue après 65 ans.

Par ailleurs, **les médecins de plus de 60 ans ne sont plus tenus aux astreintes** c'est-à-dire aux gardes de nuit et week-end. Ils pourront, bien sur, continuer à participer à la permanence des soins s'ils le souhaitent.

FICHE N° 4 - COMMENT ASSURER LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES ZONES EN SOUS DENSITE ?

La faible densité démographique en professions de santé renforce la nécessité d'assurer une bonne organisation de la permanence des soins. Elle est également une des premières conditions du maintien des professionnels de santé en zone déficitaire, qui participent de manière très importante à la permanence des soins.

Dans le prolongement du décret du 7 avril 2005, l'organisation de la permanence des médecins s'est améliorée - tous les départements disposent d'un découpage par secteurs de garde et 83 d'entre eux ont réexaminé et amélioré leur organisation en la matière au cours des huit derniers mois-.

Une concertation a été engagée le 19 décembre dernier avec l'ensemble des acteurs de la permanence, libéraux et hospitaliers. Par ailleurs, l'évaluation du dispositif de permanence est menée par l'IGAS ; ses conclusions seront rendues mi février.

L'ensemble des acteurs sera à nouveau réuni début mars pour examiner des propositions d'amélioration du dispositif de la permanence des soins.

ANNEXES

Composition de la « commission de la démographie médicale »

Président :

Monsieur le Professeur Yvon Berland

Président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

Membres de la commission :

Organismes	Membres	Participants
UNCAM	Frédéric Van Rookeghem	Sylvie le Laidier
Conférence Nationale des Doyens de Médecine	Bernard Charpentier	Bernard Charpentier Jean-Paul Francke Patrice Deteix
ONDPS	Dominique Polton	Dominique Polton
ONDPS	Claire Compagnon	Claire Compagnon
DREES	Mireille Elbaum	Sabine Bessière Denise Bauer
DGS	Didier Houssin	Anne-Marie Gallot Sylviane Hitier
DSS	Dominique Libault	Mireille Willaume
DHOS	Jean Castex	Michelle Duret Hélène Faure
Conseil National de l'Ordre des Médecins	Michel Ducloux	Michel Ducloux
Association des Régions de France	Alain Rousset	
Assemblée des Départements de France	Claudy Lebreton	
Préfet	Stéphane Bouillon	Stéphane Bouillon
Conférence des Directeurs d'ARH	Jacques Métais	Patrick Broudic
ISNCCA	Stéphane Litrico	Stéphane Litrico David Guenet Antoine Bruna
ISNIH	Pierre Loulergue	Pierre Loulergue Olivier Mir Arnaud Forgeot Fabrice Boyer
ISNAR-IMG	Pascale Marco	Pascale Marco Delphine Varney
MG France	Pierre Costes	Thierry Lebrun Gilles Urbejtél
CSMF	Michel Chassang	Pierre Lévy
SML	Dinorino Cabrera	Dinorino Cabrera
FMF	Jean-Claude Regi	Jean-Claude Regi Yves Rigal
Alliance	Félix Bénouaich	
ANEMF	Guillaume Müller	Guillaume Müller Florian Pinardon Sandra Petiot
SNJMG	Sandrine Buscail	Sandrine Buscail Yassine Bouakaz

Personnalités auditionnées :

Monsieur le Sénateur Charles Descours

Monsieur le Professeur Pierre Fuentes, Président des la Conférence des Présidents de CME-CHU

Monsieur Paul Castel, Président de la Conférence des Directeurs de CHU

Monsieur Angel Piquemal, Président de la Conférence des Directeurs de CHG

Monsieur le Préfet Honoraire Bernard Leurquin, Délégué Régional de l'Association pour la Fondation des Pays