

●●●●●●●●●● MARS 2019 ●●●●●●●●●●

Ma santé 2022 : des paroles aux actes

LA CONTRIBUTION DES
MÉDECINS AU GRAND DÉBAT
NATIONAL



Ma santé 2022 : des paroles aux actes



LA CONTRIBUTION DES MÉDECINS AU GRAND DÉBAT NATIONAL

Le 12 février 2019, le Conseil national de l'Ordre des médecins a réuni l'ensemble des acteurs de la santé lors d'un débat public intitulé « Ma santé 2022 : des paroles aux actes ». L'objectif : échanger sur l'avenir de notre système de santé, notamment sur la loi santé à venir et sa mise en œuvre.

4

**Décloisonner
la formation
et les carrières**

8

**Développer
le numérique
en santé**

6

**Organiser
l'offre de soins
dans les territoires**

10

**Faire de la démocratie
sanitaire un principe
fondateur de la réforme**

Le compte rendu intégral est disponible sur le site
www.conseil-national.medecin.fr



« Décloisonner la formation et les carrières, mieux structurer l'offre de soins dans les territoires, développer le numérique... les priorités de la future

loi santé ont été dévoilées, début février.

Mais si le texte du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé rassemble les acteurs autour de problématiques et de priorités partagées, de nombreuses questions demeurent.

Nous ne pouvons pas nous permettre d'échouer dans cette réforme, dans la transformation du système de santé. C'est pourquoi nous devons y contribuer, et être entendus tant par le gouvernement, qui conçoit la proposition de texte, que par les parlementaires, qui vont la débattre. L'urgence est là et rend nécessaire que nous nous rassemblions tous. »

D^r Patrick Bouet,
président du Conseil national
de l'Ordre des médecins



Décloisonner la formation et les carrières

● L'accès aux études médicales

La suppression du *numerus clausus* et la refonte de l'accès aux études de santé, prévues dans l'article 1^{er}, font partie des grands enjeux du projet de loi. À la clé, une délicate équation aux multiples inconnues : processus de sélection, profils admissibles, régulation quantitative, répartition sur le territoire. Et ce en maintenant un haut degré d'exigence aussi bien dans la sélection que dans la formation des étudiants.

Le fait que le nombre de médecins à former soit déterminé en fonction des capacités de formation et des besoins dans les territoires fait consensus. Mais la répartition des futurs médecins suscite beaucoup d'inquiétudes : les

inégalités territoriales sont très importantes.

La diversification des parcours pour accéder au 1^{er} cycle pose également la question de la durée finale du cursus, déjà particulièrement long.

Le projet de loi affiche des ambitions qui répondent aux attentes des acteurs du système de santé et des étudiants, mais il inquiète et interroge par son manque de précision quant aux solutions envisagées.

● La formation

La suppression des épreuves classantes nationales (ECN) est approuvée, mais des questions persistent sur les nouvelles modalités d'entrée en 3^e cycle.

Par ailleurs, des craintes émergent quant au calendrier de la mise en œuvre de la ré-

forme du 3^e cycle, alors que débutent les travaux pour la réforme des 1^{er} et 2^e cycles.

La professionnalisation précoce des étudiants est identifiée comme un levier à la découverte des modes d'exercice, et l'internat comme déterminant de l'irrigation du système de santé dans son ensemble. La formation hors les murs du CHU, et particulièrement dans les territoires en difficulté, est devenue incontournable, les étudiants choisissant de pratiquer en priorité dans des lieux et selon des modes d'exercice qui leur sont familiers. Les cliniques et hôpitaux privés souhaitent participer davantage à la formation des étudiants et ainsi au maillage des territoires en termes de terrains de stage. Cependant, quel que soit le lieu de stage,

il est nécessaire de veiller à ce que la formation des jeunes, externes comme internes, soit bien encadrée. Il serait également intéressant d'identifier les freins au choix d'internat (accessibilité, accueil, formation, encadrement...), afin d'accompagner les structures qui peinent à recruter des internes et de réfléchir à des solutions adéquates.

Par ailleurs, nous comptons aujourd'hui plus de spécialistes que de généralistes. Il est nécessaire d'inverser cette équation, en parlant de premier recours incluant la médecine générale et les spécialistes de ville, et qui orienterait vers le second recours. Cela demanderait de redéfinir les périmètres métiers.

Enfin, les programmes comportent des enseignements obsolètes au regard des évolutions de l'organisation de la santé, des technologies (télé-médecine, intelligence artificielle...), des modes d'exercice (délégation de tâches, interprofessionnalité), des attentes des jeunes médecins (travail en équipe, diversité d'exercices, équilibre entre vie professionnelle et vie privée) et des besoins en santé (notamment prise en charge des maladies chroniques ou polyopathologiques). La notion de responsabilité populationnelle des professionnels de santé sur un territoire fait partie des principes à valoriser davantage.

● **Les carrières**

L'article 6 du projet de loi a pour ambition de fluidifier les carrières entre la ville et l'hô-

pital et de soutenir l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Il prévoit pour cela de créer un statut unique de praticien hospitalier. Un moyen de faciliter la diversification des carrières, qui correspond à une aspiration forte, notamment des jeunes médecins. Cette ambition se heurte néanmoins à un manque de clarté quant à sa mise en œuvre effective. Par ailleurs, orienter l'organisation des soins vers un salariat à tout prix est considéré comme un écueil qui coûterait cher. Il est nécessaire de maintenir un équilibre entre l'exercice salarié et libéral, tout en favorisant les passerelles et l'exercice mixte.



LE POINT DE VUE DE Julien Borowczyk, député LaREM de la Loire

« L'HUMAIN AU CŒUR DU SOIN »

« Je crois que le médecin doit reprendre la main sur sa partie humaine. Nous nous sommes probablement « embarqués » dans des silos ultra-spécialisés, qui font partie de la médecine intrinsèquement. Mais aujourd'hui, avec les nouvelles technologies, et notamment l'intelligence artificielle, la technicité sera probablement remplacée par des aides informatiques. En revanche, nous aurons besoin de transversalité, d'être capables de prendre en charge un patient dans sa totalité. Aujourd'hui, nous ne le faisons pas assez. Et demain, nous y serons confrontés d'autant plus. Le médecin est avant tout un humain au contact d'humains. Je crois que cette réforme doit impérativement permettre de retrouver cet ADN-là. Cela passe notamment par un recrutement plus large, la possibilité d'exprimer un projet médical, un projet professionnel, et peut-être aussi une dimension plus philosophique. »

Les propositions émergentes du débat

- **Augmenter de façon raisonnable le nombre de médecins à former en s'appuyant sur tous les acteurs** (publics et privés) afin de proposer une formation de qualité, professionnalisante, attractive et balayant l'ensemble des modes d'exercice.
- **Mettre les programmes en adéquation avec l'exercice de demain**, en prenant en compte les évolutions numériques et technologiques, le travail en équipe, et les besoins en médecine transversale et polyvalente...
- **Rendre plus attractifs les stages dans les territoires en difficulté, en soutenant les étudiants** (aide pour les transports, pour

l'hébergement...), en diversifiant les offres et en créant un système d'évaluation des terrains de stage par les étudiants.

- **Créer un statut de médecin-assistant de territoire** pour encourager les jeunes médecins diplômés à exercer en ambulatoire en leur laissant le temps d'approfondir leur projet professionnel et personnel.

- **Ouvrir aux structures privées le statut d'assistant partagé entre la ville et l'hôpital.**

- **Élargir les contours de la médecine générale à l'ensemble des soins de premier recours en ambulatoire**, et augmenter le nombre d'internes formés en médecine générale afin qu'ils soient plus nombreux.

Organiser l'offre de soins dans les territoires

• Le soutien aux initiatives

De plus en plus de territoires voient leurs médecins partir à la retraite sans trouver de successeur. Des inégalités territoriales se creusent entre les régions et à l'intérieur même des territoires.

Face à cette situation, les médecins et professionnels de santé ont commencé à réfléchir ensemble et avec les élus locaux afin de trouver des solutions. Une coopération qui a fait ses preuves dans de nombreux territoires. Le projet de loi reprend cette idée d'encourager la mise en place d'initiatives coconstruites par les acteurs locaux. Cette territorialité innovante, imaginative, partenariale doit être encouragée par un environnement propice à l'émergence de projets. Malgré tout, la crainte d'une hyperréglementation reste omniprésente.

La concertation est primor-

diale si l'on veut trouver des solutions pour garantir et maintenir l'accès aux soins. Mais elle pâtit parfois d'un manque de dialogue entre les élus des territoires, les ARS, les établissements hospitaliers et les professionnels de santé. Il est donc nécessaire d'avoir des interlocuteurs identifiés représentant tous ces acteurs, ainsi que des lieux ou des outils pour mettre en place un espace d'échange et de dialogue pérenne. Enfin, le projet de loi gagnerait à valoriser le rôle et l'implication des élus locaux dans l'organisation de l'offre de soins, premiers partenaires des professionnels de santé dans les territoires.

• L'organisation des soins

Aujourd'hui, les dispositifs évoqués dans la loi sont trop génériques. Le texte ne permet pas de comprendre le mécanisme coopératif dans



**LE POINT DE VUE DE
Thomas Mesnier,
député LaREM de Charente,
rapporteur du projet de loi**

« REMETTRE LE SYSTÈME SUR SES JAMBES »

« L'objectif de ce projet de loi est de remettre le système sur ses jambes. Pour cela, il faut laisser le pouvoir aux professionnels sur le terrain. Concernant les CPTS, il ne s'agit pas de créer des modèles uniques répliqués à l'infini, mais de proposer une boîte à outils dont les professionnels s'empareraient en fonction des besoins de leur territoire. L'objectif est aussi de faciliter les liens avec le médico-social, avec les établissements de santé, et avec les élus. Quant aux hôpitaux de proximité, le but est vraiment de mettre en lien les besoins de la population et ceux des établissements, pour créer une offre de soins la plus adaptée possible au territoire. Je crois que c'est de façon concertée avec les CPTS, les hôpitaux de proximité et les élus que nous créerons des solutions. J'entends enfin les inquiétudes face à un manque de lisibilité du texte. Je crois en la concertation. Les auditions et le débat parlementaire permettront d'aller plus loin et de préciser certains points. »

les territoires entre les hôpitaux de proximité et les CPTS, ni la façon dont les équipes vont fonctionner. Certains éléments semblent même contradictoires, à l'image de la concentration vers une commission médicale de regroupement. La lisibilité des outils coopératifs est indispensable puisqu'elle va conditionner l'engagement des acteurs pour une responsabilité populationnelle partagée.

Les hôpitaux de proximité, ou établissements de santé de proximité, sont sans doute la clé de voûte de l'organisation, la structuration, l'articulation et le décroisement des soins dans les territoires. Par ailleurs, ils répondent à une demande croissante de la population en termes de maintien à domicile et d'hospitalisation à proximité.

Les consultations avancées de spécialités chirurgicales ou médicales vont offrir un accès aux soins de proximité. Mais ces consultations doivent être organisées avec les médecins libéraux, notamment les généralistes, qui connaissent les besoins de la population. L'organisation des plateaux techniques, notamment pour la chirurgie, la biologie et l'imagerie, doit également intégrer les médecins libéraux. Les hôpitaux de proximité offrent ainsi la possibilité pour les professionnels de santé en soins primaires d'aller vers plus de technicité et de diversité dans leurs actes. Cela dit, si l'exercice en

multisite est attractif par bien des aspects, il peut aussi être un frein à l'accueil des jeunes médecins en raison des déplacements qu'il implique. Il faut également rester vigilant afin de ne pas sacrifier la qualité sur l'autel de la proximité : tout l'enjeu étant de proposer une offre de soins de qualité dans tous les territoires. Il est aussi nécessaire de veiller à ce que les GHT rayonnent et non pas siphonnent les territoires avec un établissement principal qui aspirerait les services des autres.

Enfin, le développement d'un paiement au forfait qui supplanterait à moyen terme le paiement à l'acte en médecine de ville comme à l'hôpital inquiète dans sa mise en œuvre, sa répartition entre les professionnels, et sa compatibilité avec un exercice libéral.

● **Le temps médical**

Autre levier pour améliorer l'offre de soins dans les terri-

toires : la mise en place d'assistants médicaux afin de redonner du temps médical aux médecins. Une mesure qui réclame des éclaircissements tant sur les contours de leurs missions, leur pérennité (le jour où la pénurie de médecins sera moindre), que sur leur financement et celui de l'aménagement des cabinets, qui sera souvent nécessaire à leur embauche. La création de ces assistants fait aussi craindre aux praticiens le développement d'une médecine d'abattage pour en assurer le financement ou atteindre des objectifs chiffrés.

Les propositions émergentes du débat

● **Baser l'organisation des soins sur le principe de la responsabilité populationnelle partagée**, en impliquant l'ensemble des professionnels de santé : libéraux, hospitaliers, secteur public, privé, regroupés ou non au sein d'un GHT, d'une CPTS ou de toute autre forme de structure.

● **Reconnaître le rôle des élus locaux comme partenaires dans la mise en œuvre de solutions pour maintenir l'accès aux soins**

dans les territoires, notamment en favorisant le dialogue avec les ARS et en leur redonnant un siège dans les conseils d'administration des établissements hospitaliers.

● **Soutenir et accompagner les initiatives locales** en mettant en place des outils qui favoriseront le dialogue entre les acteurs territoriaux et l'émergence de solutions concertées et adaptées à la réalité des territoires.

Développer le numérique en santé

- **Le Health Data Hub (ou plateforme des données de santé)**

La France, grâce à l'Assurance maladie et aux complémentaires, possède une source de données de santé formidable qu'elle n'utilise pas suffisamment bien. Ces données pourraient permettre de mieux comprendre et anticiper les besoins en santé, afin de mettre en œuvre les moyens techniques et organisationnels nécessaires. C'est l'une des raisons pour lesquelles le projet de loi impulse la création d'une plateforme des données de santé, intégrant l'ensemble des données cliniques obtenues dans le cadre de soins remboursés par l'Assurance maladie. Un moyen de contribuer de façon puissante à une dynamique nouvelle, mais avec un risque majeur pour la protection de la vie privée. Le développement de la mise à disposition des données de santé va donc nécessiter de trouver le juste équilibre entre les avancées attendues par

l'exploitation de ces données et le respect de la vie privée des usagers. Par ailleurs, le texte ne précise pas quelle sera la gouvernance de cette plateforme, pourtant stratégique.

- **Les espaces numériques de santé**

Le projet de loi envisage de doter chaque usager, dès la naissance, d'un espace numérique de santé, qui inclurait le DMP. Chacun pourra notamment conserver et gérer ses données de santé, échanger avec les professionnels de santé et les établissements, accéder à des applications de santé référencées... Cet espace a également vocation à favoriser la coordination des soins, la médecine de parcours et la prévention individuelle. Il permet à l'utilisateur d'être acteur de sa propre santé à travers des outils modernes. De cette façon, il répond à une forte demande des citoyens de plus en plus « experts » de leur santé. Mais là aussi, il est nécessaire



LE POINT DE VUE DE

Jean-Pierre Door,
député LR du Loiret

« PAS LA PANACÉE MAIS UNE ALTERNATIVE À LA DÉSERTEMENTIFICATION »

« Je viens d'un territoire en difficulté de 140 000 habitants, avec plus de départs à la retraite de médecins que d'installations, et un afflux aux urgences qui a quadruplé en quelques années. Nous avons créé, avec les municipalités, les médecins, les infirmières libérales et le centre hospitalier des centres de téléconsultation. Les infirmières reçoivent les patients dans des cabinets dotés d'appareils de mesure connectés et assistent les téléconsultations de médecins à distance. L'ARS a donné son accord pour indemniser les infirmières, et le conseil régional a subventionné les appareils électroniques. Nous avons un système qui fonctionne. Huit communes sont équipées, et nous en aurons une dizaine à la fin du premier semestre 2019. Ce n'est pas la panacée, mais c'est une alternative à la désertification actuelle, un outil qui permet d'améliorer l'accès à un médecin et de réduire l'afflux aux urgences. »



de lever tout risque de dérives et d'atteintes à la vie privée.

● **Télémédecine et télésoin**

Si l'élargissement du cadre de la prescription électronique fait partie des évidences du projet de loi, le développement de la télémédecine suscite davantage d'inquiétudes. La télémédecine n'est pas un remède miracle aux déserts médicaux. C'est une solution d'appui, ou de secours. Elle ne peut se substituer à la présence médicale. Le texte prévoit la mise en œuvre du télésoin, à savoir la possibilité pour les pharmaciens et les auxiliaires médicaux de prendre en charge, dans le cadre de leurs compétences réglementaires, des patients à distance. Cette mesure vise à améliorer l'efficacité des parcours patients, renforcer l'offre de soins de proximité et développer les coopérations interprofessionnelles.

Mais si le numérique offre de nouvelles opportunités en termes d'accès aux soins et d'interprofessionnalité qu'il convient de saisir, il ne faut pas oublier qu'il représente aussi le plus grand danger en termes de rupture de solidarité. Commentent à émerger des coupe-file au parcours de soins, des espaces captifs contractualisés pour certains usagers et donc, par définition, des risques d'iniquité, d'inégalité et d'ubérisation. Le mécanisme solidaire qui caractérise notre système de santé doit être garanti.

Par ailleurs, le développement du numérique en santé nécessite une lutte active contre les fractures numériques. Des zones blanches subsistent

aujourd'hui, notamment dans les territoires les plus touchés par le déficit en médecins. Les populations défavorisées sont aussi celles qui ont le moins accès au numérique. Le numérique ne doit pas accroître les inégalités d'accès aux soins. Enfin, il ne doit pas non plus signer une rupture avec l'humain. Au contraire, il doit permettre d'améliorer le contact avec le patient.

● **Organisation et coordination des soins**

Les acteurs de la santé appellent à une politique du numérique ambitieuse avec une direction, des outils et des moyens pour permettre un déploiement efficace et homogène sur l'ensemble du territoire. Il est notamment nécessaire d'œuvrer pour favoriser l'interopérabilité des logiciels médicaux.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication doivent être mises au service d'une meilleure coordination en transversalité. Elles sont aujourd'hui sous-exploitées, et pourtant elles offrent la possibilité de gommer les distances : un gain précieux notamment dans les régions les plus grandes où les déplacements sont de plus en plus contraignants et coûteux.

Le temps médical est aussi obéré par une utilisation non optimale du numérique. Le médecin passe beaucoup de temps à saisir des données et il ne va pas exploiter les fonctionnalités proposées par les logiciels pour le dépistage, la prévention, les rappels de vaccinations, etc. Les assistants médicaux sont peut-être une opportunité de déléguer également les tâches numériques qui peuvent l'être.

Les propositions émergentes du débat

- **Définir un référentiel d'interopérabilité** pour les logiciels médicaux afin de favoriser la coopération entre professionnels de santé et gagner du temps médical.
- **Lutter contre les inégalités d'accès au numérique** grâce à l'abolition des zones blanches, le déploiement de l'Internet haut débit sur tout le territoire.
- **Réguler les offres de télémédecine et de télésoin privées et hors parcours** pour préserver le mécanisme de solidarité sur lequel s'appuie notre système de santé.
- **Renforcer l'éducation au numérique et sensibiliser les Français à la santé de demain**, notamment à la gestion et à la protection de leurs données de santé, et à l'usage de la télémédecine...
- **S'appuyer sur le numérique pour piloter, depuis les ARS, des téléconférences périodiques** avec l'ensemble des établissements d'un territoire afin d'améliorer la gestion et la coordination hospitalière en transversalité.
- **Développer les dispositifs d'accès au numérique des populations défavorisées** en intégrant les travailleurs sociaux comme vecteurs de l'information et de l'accès aux soins, pour lutter contre la fracture numérique.

La démocratie sanitaire comme principe fondateur de la réforme

● De la concertation à la codécision

La démocratie sanitaire ne se résume pas à la concertation. Elle doit aussi être une démocratie de participation, c'est-à-dire d'élaboration et de coconstruction des outils et solutions, pour finalement aboutir à une codécision lors de la mise en œuvre effective des dispositifs. Parler de démocratie sanitaire, c'est ainsi inséminer des éléments positifs qui permettront à l'ensemble des acteurs d'être coassociés à ces trois niveaux. Malheureusement, le projet de loi ne met pas en avant cette nécessité. Et malgré les inquiétudes de la population quant à l'avenir du système de santé, le sujet n'est

pas non plus au programme du Grand Débat national. Or les mesures proposées dans le projet de loi ne vont pas de soi. Elles vont nécessiter un important travail de pédagogie, d'information, et de coconstruction avec tous les acteurs de la santé, les professionnels mais aussi les patients.

● Gouvernance

On ne peut parler démocratie sanitaire sans parler de gouvernance. Depuis des années, nous sommes dans une logique de gouvernance verticale. Ceux qui font le soin, ceux qui sont le soin et ceux qui vivent le soin, évoluent en silo. Une méfiance s'est installée entre les parties, qui mène à l'échec. Il est né-

cessaire d'impulser une dynamique de confiance pour une démocratie participative et non pas seulement de concertation.



LE POINT DE VUE DE

Olivier Véran,
député LaREM de l'Isère

« DONNER UNE CHANCE AUX ACTEURS D'INNOVER »

« Quand on parle de démocratie sanitaire en politique, on pense le plus souvent à la place de l'usager dans le système de soins parce que la santé est devenue une vraie revendication politique. Il faut donc être capable d'entendre les usagers et de leur faire de la place dans le système de soins. Le virage numérique devrait leur être favorable.

À travers ce projet de loi, nous actons que nous sommes tous d'accord sur le diagnostic, mais sur la mise en pratique, nous ne sommes pas sûrs de détenir la vérité. Nous souhaitons donc donner une chance aux acteurs d'innover.

Enfin, il ne faut pas voir les ordonnances comme une façon d'éluider le débat. Elles sont un moyen de faire en sorte que le débat sur certains points n'ait pas lieu dans l'enceinte du Parlement entre 577 personnes qui portent l'écharpe tricolore, mais entre les instances dirigeantes de notre pays et les acteurs dans les territoires. »

Les propositions émergentes du débat

● **Faire en sorte que les indicateurs de qualité**, prévus dans le projet de loi, **soient cocréés par les usagers et les professionnels de la santé.**

● **Mettre en œuvre une cogestion tripartite** (patients, soignants et administration) de l'organisation des soins.



« **Aborder et regarder tous ensemble certaines priorités, soulever des questions et n'éluder aucun propos** étaient pour nous une façon de nous inscrire dans la démarche du Grand Débat. La responsabilité du parlementaire est d'entendre tous ces éléments, questionnements, réticences ou inquiétudes, mais également les espoirs, les attentes et les propositions, pour écrire et préciser le texte, même s'il sera complété ultérieurement. Nous serons présents avec tous les acteurs de la santé pour coconstruire cette réforme. Le débat, aujourd'hui, a démontré qu'il n'y a pas d'immobilisme dans le monde de la santé. »

Dr Patrick Bouet,
président du Conseil national
de l'Ordre des médecins



Le 12 février 2019, le Conseil national de l'Ordre des médecins a réuni l'ensemble des acteurs de la santé lors d'un débat public intitulé « Ma santé 2022 : des paroles aux actes ». L'objectif : échanger sur l'avenir de notre système de santé, notamment sur la loi santé à venir et sa mise en œuvre.

Les échanges se sont organisés autour des trois thématiques qui structurent, à ce jour, le projet de loi : la formation, l'organisation de l'offre de soins dans les territoires, et le numérique en santé. L'Ordre a souhaité ajouter un quatrième volet : la démocratie sanitaire.

Le débat était modéré par le D^r Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins et animé par M^{me} Ruth Elkrief, journaliste.

Le résumé des échanges a été versé comme contribution au Grand Débat national lancé par le président de la République, M. Emmanuel Macron.



**Conseil national
de l'Ordre des médecins**
www.conseil-national.medecin.fr
@ordre_medecins

Sont intervenus lors de ce débat : **P^r Djillali Annane**, vice-président de la Conférence nationale des doyens des facultés de médecine, **M. Antoine Reydellet**, président de l'Intersyndicale nationale des internes (Isni), **M. Aurélien Rousseau**, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, **M. Emmanuel Daydou**, secrétaire général de la Fédération hospitalière privée, **M. Philippe Leduc**, journaliste médecin, **D^r Emanuel Loeb**, président de Jeunes Médecins, **Dr Michel Triantafyllou**, vice-président de l'Intersyndicat des praticiens hospitaliers (INPH), **P^r François Richard**, membre de l'Académie de médecine, **P^r Patrice Diot**, doyen de faculté de Tours, **D^r Jean-Marie Woehl**, vice-président de la Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers, **D^r Jérôme Marty**, président de l'Union française pour une médecine libre syndicale (UFML-S), **M. Julien Aron**, interne en néphrologie, **P^r Serge Uzan**, conseiller national de l'Ordre des médecins, **D^r Anne-Marie Trarieux**, vice-présidente de la section Éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins, **D^r Valérie Briole**, vice-présidente de l'Union française pour la médecine libre syndicale (UFML-S), **D^r Jean-Alain Cacault**, secrétaire général du conseil départemental des Hauts-de-Seine de l'Ordre des médecins, **M. Julien Borowczyk**, député LaREM de la Loire, **M^{me} Isabelle Maïncion**, maire de La Ville-aux-Clercs, **D^r Christian Lehmann**, médecin généraliste à Poissy (78), **D^r Jacques Battistoni**, président de MG France, **M. Jean-Pierre Door**, député du Loiret, **M^{me} Dominique Le Guludec**, présidente de la HAS, **M. Thomas Mesnier**, député LaREM, rapporteur du projet de loi, **M. Jean-Martin Cohen-Solal**, délégué auprès du président de la Mutualité française, **D^r Jacques Lucas**, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, délégué général au numérique, **M. Patrick Chamboredon**, président de l'Ordre national des infirmiers, **D^r Jean Bellamy**, chirurgien retraité, bénévole au Secours populaire des Yvelines, **D^r François Zanaska**, président de la Conférence nationale des présidents de CMÉ du secteur privé non lucratif, **M. Stéphane Le Masson**, Syndicat national des journalistes (SNJ-France), **M. Nicolas Brun**, coordonnateur du pôle protection sociale et santé de l'Union nationale des associations familiales (Unaf), **D^r Elisabeth Hubert**, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), **D^r Serge Smadja**, secrétaire général de SOS Médecins France, **M. Olivier Vêran**, député de l'Isère.