



cecec

'Āpo'ora'a Matutu Tī'a Rau e Mata U'i Nō Pōrīnetia Farāni
Conseil Économique, Social, Environnemental et Culturel de la Polynésie française

AVIS

Sur les propositions de lois :

- visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs**
- relative au droit à l'aide à mourir**

SAISINE DU PRÉSIDENT DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Rapporteurs :

Madame Patricia TERIITERAAHAUMEA et Monsieur Patrick GALENON

Adopté en commission **le 5 août 2025**
et en assemblée plénière **le 7 août 2025**

67/2025

S A I S I N E



Le Président

N° 4 4 2 6 / PR

Papeete, le 0 2 JUIL 2025

à

Madame la Présidente du Conseil économique, social, environnemental et culturel

Objet : Avis du CESEC sur les propositions de lois relatives à la fin de vie et visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs.

Réf. : - Texte adopté n° 121 adopté par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs ;
- Texte adopté n° 122 adopté par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025 relatif à la fin de vie.

Madame la Présidente,

Le 27 mai dernier, l'Assemblée nationale a adopté les deux propositions de lois citées en référence, susceptibles d'entraîner un bouleversement des mentalités sur les sujets essentiels des soins palliatifs et du droit à mourir.

Ces propositions de lois ont toutes deux été amendées, notamment afin de prévoir leur extension aux collectivités d'Outre-mer. En effet, les articles 19 bis de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir et 20 quinquies de la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs disposent que :

« Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant :

1° D'étendre et d'adapter en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna les dispositions de la présente loi ainsi que, le cas échéant, les dispositions d'autres codes et lois nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État ;

2° De procéder aux adaptations nécessaires de ces dispositions aux caractéristiques en matière de santé et de sécurité sociale particulières à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance. ».

Il me semble essentiel que la société civile organisée puisse étudier et se positionner sur les deux propositions de lois eu égard aux implications qu'elles pourraient entraîner sur les mentalités de la société polynésienne dans son ensemble.

Aussi, au nom de mon gouvernement et en application du II de l'article 151 alinéa 3 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, j'ai l'honneur de solliciter l'avis du Conseil économique, social et environnemental sur les propositions de lois telles qu'adoptées par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes hommages.


Moetai BROTHERS



N° 661

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 27 mai 2025

PROPOSITION DE LOI

ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

*relative au **droit à l'aide à mourir**,*

TRANSMISE PAR

MME LA PRÉSIDENTE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle
d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*

L'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^e législature) : **1100, 1364** et T.A. **122**.

CHAPITRE I^{er}

Définition

Article 1^{er}

Après le mot : « santé », la fin de l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigée :
« , expression de leur volonté et fin de vie ».

Article 2

- ① Après la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, est insérée une section 2 *bis* ainsi rédigée :

- ② « Section 2 bis

- ③ « **Droit à l'aide à mourir**

- ④ « Sous-section 1

- ⑤ « Définition

- ⑥ « Art. L. 1111-12-1. – I. – Le droit à l'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier.

- ⑦ « II. – Le droit à l'aide à mourir est un acte autorisé par la loi au sens de l'article 122-4 du code pénal. »

Article 3

Le second alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce droit comprend la possibilité d'accéder à l'aide à mourir dans les conditions prévues à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du présent titre et de recevoir une information, délivrée sous une forme compréhensible par tous, concernant cette aide. »

CHAPITRE II

Conditions d'accès

Article 4

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 2*
- ③ « *Conditions d'accès*
- ④ « *Art. L. 1111-12-2.* – Pour accéder à l'aide à mourir, une personne doit répondre à toutes les conditions suivantes :
- ⑤ « 1° Être âgée d'au moins dix-huit ans ;
- ⑥ « 2° Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
- ⑦ « 3° Être atteinte d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ;
- ⑧ « 4° Présenter une souffrance physique ou psychologique constante liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
- ⑨ « 5° Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. »

CHAPITRE III

Procédure

Article 5

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

② « *Sous-section 3*

③ « *Procédure*

④ « *Art. L. 1111-12-3. – I. – La personne qui souhaite accéder à l'aide à mourir en fait la demande écrite ou par tout autre mode d'expression adapté à ses capacités à un médecin en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit.*

⑤ « *La personne ne peut ni présenter ni confirmer de demande lors d'une téléconsultation. Si la personne se trouve dans l'incapacité physique de se rendre chez son médecin, ce dernier se présente à son domicile ou dans tout lieu où cette personne est prise en charge, pour recueillir sa demande.*

⑥ « *Une même personne ne peut présenter simultanément plusieurs demandes.*

⑦ « *Le médecin demande à la personne si elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne. Il vérifie ces informations en ayant accès au registre mentionné à l'article 427-1 du code civil. Le médecin doit à la personne protégée une information loyale sur son état et adaptée à ses facultés de discernement. Cette information est délivrée à la personne de manière appropriée et adaptée à ses facultés de discernement. En cas de doute ou de conflit, le juge des tutelles ou le conseil de famille, s'il est constitué, peut être saisi.*

⑧ « *II. – Le médecin mentionné au I du présent article :*

⑨ « *1° Informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives d'évolution de celui-ci ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles ;*

⑩ « *2° Informe la personne qu'elle peut bénéficier de l'accompagnement et des soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 et s'assure, si la personne le souhaite, qu'elle y ait accès de manière effective ;*

⑪ « *3° Propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre et s'assure, si la personne le souhaite, qu'elle y ait accès de manière effective ;*

⑫ « *4° Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;*

- ⑬ « 5° Explique à la personne les conditions d'accès à l'aide à mourir et sa mise en œuvre. »

Article 6

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 5 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-4. – I. –* Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 vérifie que la personne remplit les conditions prévues à l'article L. 1111-12-2. Si le médecin sollicite le préfet pour procéder à la vérification de la condition mentionnée au 2° du même article L. 1111-12-2, celui-ci répond sans délai.
- ③ « La personne dont le discernement est gravement altéré lors de la démarche de demande d'aide à mourir ne peut pas être reconnue comme manifestant une volonté libre et éclairée.
- ④ « II. – Pour procéder à l'appréciation des conditions mentionnées aux 3° à 5° de l'article L. 1111-12-2, le médecin met en place une procédure collégiale. Le médecin :
- ⑤ « 1° Réunit un collège pluriprofessionnel, auquel il participe, composé au moins :
- ⑥ « *a)* D'un médecin qui remplit les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 1111-12-3 et qui n'intervient pas dans le traitement de la personne, spécialiste de la pathologie de celle-ci, sans qu'il existe de lien hiérarchique entre les deux médecins. Ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il examine celle-ci, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire, avant la réunion du collège pluriprofessionnel ;
- ⑦ « *b)* D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient dans le traitement de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;
- ⑧ « 2° Peut également convier à participer à la réunion du collège pluriprofessionnel d'autres professionnels de santé, des professionnels travaillant dans des établissements ou des services mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et des psychologues qui interviennent dans le traitement de la personne ;

- ⑨ « 3° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, informe la personne chargée de la mesure de protection et tient compte de ses observations, qu'il communique au collège pluriprofessionnel lors de sa réunion ;
- ⑩ « 4° (*nouveau*) Peut, à la demande de la personne, recueillir l'avis de la personne de confiance, lorsqu'elle a été désignée.
- ⑪ « Lorsque la personne malade est atteinte d'une maladie neurodégénérative, l'évaluation de sa capacité de discernement doit tenir compte de son mode de communication et des dispositifs adaptés utilisés et ne peut se fonder exclusivement sur des tests cognitifs sensibles à la fatigue, à l'anxiété ou aux troubles moteurs.
- ⑫ « La réunion du collège pluriprofessionnel se déroule en la présence physique de tous les membres. En cas d'impossibilité, il peut être recouru à des moyens de visioconférence ou de télécommunication.
- ⑬ « III. – La décision sur la demande d'aide à mourir est prise par le médecin à l'issue de la procédure collégiale mentionnée au II du présent article. Le médecin se prononce et notifie, oralement et par écrit, sa décision motivée à la personne dans un délai de quinze jours à compter de la demande. Il en informe par écrit, le cas échéant, la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne.
- ⑭ « IV. – Après un délai de réflexion d'au moins deux jours à compter de la notification de la décision mentionnée au III, la personne confirme au médecin qu'elle demande l'administration de la substance létale.
- ⑮ « Lorsque la confirmation de la demande intervient plus de trois mois après la notification, le médecin évalue à nouveau le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté en mettant en œuvre, si besoin, la procédure définie au II.
- ⑯ « V. – Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin l'informe oralement et par écrit des modalités d'action de la substance létale.
- ⑰ « Il détermine, en accord avec la personne, les modalités d'administration de la substance létale et le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner pour cette administration.
- ⑱ « V *bis*. – La procédure prévue au présent article ne peut être réalisée par des sociétés de téléconsultation.

- ⑲ « VI. – Le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 prescrit la substance létale conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
- ⑳ « Il adresse cette prescription à l'une des pharmacies à usage intérieur désignées par l'arrêté du ministre chargé de la santé mentionné au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du présent code. »

Article 7

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 et 6 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-5 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-5. – I. – Avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner en application du second alinéa du V de l'article L. 1111-12-4, la personne convient de la date à laquelle elle souhaite procéder à l'administration de la substance létale.*
- ③ « Si la date retenue est postérieure de plus de trois mois à la notification de la décision mentionnée au III du même article L. 1111-12-4, le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 évalue à nouveau, à l'approche de cette date, le caractère libre et éclairé de la manifestation de la volonté de la personne selon les modalités prévues au second alinéa du IV de l'article L. 1111-12-4.
- ④ « II. – Dans des conditions convenues avec le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner, l'administration de la substance létale peut être effectuée, à la demande de la personne, en dehors de son domicile, à l'exception des voies et espaces publics.
- ⑤ « La personne peut être entourée par les personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale. Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne informe les proches et les oriente, si nécessaire, vers les dispositifs d'accompagnement psychologique existants. »

Article 8

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des

articles 5 à 7 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-6 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 1111-12-6.* – Lorsque la date de l’administration de la substance létale est fixée, la pharmacie à usage intérieur mentionnée au VI de l’article L. 1111-12-4 réalise la préparation magistrale létale et la transmet à la pharmacie d’officine désignée par le médecin ou l’infirmier chargé d’accompagner la personne, en accord avec celle-ci. La pharmacie d’officine délivre la préparation magistrale létale au médecin ou à l’infirmier.
- ③ « Lorsque la personne est admise ou hébergée dans un établissement qui est doté d’une pharmacie à usage intérieur, cette dernière remplit les missions de la pharmacie d’officine prévues au premier alinéa du présent article.
- ④ « La pharmacie à usage intérieur et la pharmacie d’officine réalisent leurs missions dans un délai permettant l’administration de la substance létale à la date fixée. »

Article 9

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu’elle résulte des articles 5 à 8 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-7 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-7.* – I. – Le jour de l’administration de la substance létale, le médecin ou l’infirmier chargé d’accompagner la personne :
- ③ « 1° Vérifie que la personne confirme qu’elle veut procéder ou, si elle n’est pas en capacité physique de le faire elle-même, faire procéder à l’administration et veille à ce qu’elle ne subisse aucune pression de la part des personnes qui l’accompagnent pour procéder ou renoncer à l’administration ;
- ④ « 2° Prépare, le cas échéant, l’administration de la substance létale ;
- ⑤ « 3° Assure la surveillance de l’administration de la substance létale par la personne ou l’administre.
- ⑥ « II. – Si la personne qui a confirmé sa volonté demande un report de l’administration de la substance létale, le professionnel de santé suspend la procédure et, à la demande du patient, convient d’une nouvelle date dans les conditions prévues à l’article L. 1111-12-5.

- ⑦ « III. – Une fois la substance létale administrée, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est plus obligatoire. Il est toutefois suffisamment près et en vision directe de la personne pour pouvoir intervenir en cas de difficulté, conformément aux recommandations prévues au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.
- ⑧ « IV. – Le certificat attestant le décès est établi dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales.
- ⑨ « V. – Le médecin ou l'infirmier chargé d'accompagner la personne rapporte à la pharmacie d'officine mentionnée à l'article L. 1111-12-6 la préparation magistrale létale qui n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.
- ⑩ « Les produits ainsi collectés par l'officine sont détruits dans des conditions sécurisées en application de l'article L. 4211-2.
- ⑪ « Le professionnel de santé mentionné au premier alinéa du I du présent article dresse un compte rendu de la mise en œuvre des actes prévus aux I à III. »

Article 10

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 9 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-8 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1111-12-8. – I. – Il est mis fin à la procédure d'aide à mourir :
- ③ « 1° Si la personne informe le médecin mentionné à l'article L. 1111-12-3 ou le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner qu'elle renonce à l'aide à mourir ;
- ④ « 2° Si le médecin mentionné au même article L. 1111-12-3 prend connaissance, après sa décision sur la demande d'aide à mourir, d'éléments d'information le conduisant à considérer que les conditions mentionnées à l'article L. 1111-12-2 n'étaient pas remplies ou cessent de l'être. Le médecin notifie alors sa décision motivée par écrit à la personne et, si celle-ci fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne, il en informe par écrit la personne chargée de la mesure de protection ;

- ⑤ « 3° Si la personne refuse l'administration de la substance létale.
- ⑥ « II. – Toute nouvelle demande doit être présentée selon les modalités prévues à l'article L. 1111-12-3. »

Article 11

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 10 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-9 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-9.* – Chacun des actes mentionnés à la présente sous-section est enregistré dans un système d'information, sans délai, à chacune des étapes de la procédure par les professionnels concernés. La mise en œuvre du système d'information respecte les critères de sécurité et de protection des données mentionnés à l'article 31 de la loi n° 2024-449 du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique. Les actes enregistrés dans le système d'information reçoivent un code spécifique dans le cadre de la classification des actes médicaux, afin de garantir leur traçabilité et leur exploitation à des fins statistiques dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 1111-12-13 du présent code. »

Article 12

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 11 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-10 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-10.* – La décision du médecin se prononçant sur la demande d'aide à mourir ainsi que la décision de mettre fin à la procédure dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 1111-12-8 ne peuvent être contestées que par la personne ayant formé cette demande, devant la juridiction administrative, selon les dispositions de droit commun.
- ③ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, la décision du médecin autorisant une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance ou représentation relative à la personne à accéder à l'aide à mourir peut être contestée, dans un délai de deux jours à compter de sa notification, par la personne chargée de la mesure de protection, devant le juge des contentieux de la protection, en cas de doute sur l'aptitude de la

personne ayant formé la demande d'aide à mourir à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. La saisine du juge des contentieux de la protection suspend la procédure prévue à la présente sous-section. Le juge des contentieux de la protection statue dans un délai de deux jours. »

Article 13

- ① La sous-section 3 de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte des articles 5 à 12 de la présente loi, est complétée par un article L. 1111-12-11 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-12-11.* – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application de la présente sous-section, notamment :
- ③ « 1° Les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir ;
- ④ « 2° La forme et le contenu de la demande mentionnée à l'article L. 1111-12-3 et de sa confirmation mentionnée au IV de l'article L. 1111-12-4 ;
- ⑤ « 3° La procédure de vérification des conditions prévues à l'article L. 1111-12-2. »

CHAPITRE IV

Clause de conscience

Article 14

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu'elle résulte de l'article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 4 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 4*
- ③ « *Clause de conscience*
- ④ « *Art. L. 1111-12-12.* – I. – Les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 1111-12-3 ainsi qu'aux I à V et au premier alinéa du VI de l'article L. 1111-12-4 ne sont pas tenus de participer aux procédures prévues aux sous-sections 2 et 3 de la présente section.

- ⑤ « Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer à ces procédures doit, sans délai, informer la personne ou le professionnel le sollicitant de son refus et leur communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer à la mise en œuvre de celles-ci.
- ⑥ « II. – Lorsqu’une personne est admise dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement ou service mentionné à l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles, le responsable de l’établissement ou du service est tenu d’y permettre :
- ⑦ « 1° L’intervention des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-12-3 et L. 1111-12-4 du présent code ;
- ⑧ « 2° L’accès des personnes mentionnées au II de l’article L. 1111-12-5.
- ⑨ « III. – Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure prévue à la sous-section 3 de la présente section se déclarent à la commission mentionnée à l’article L. 1111-12-13. »

CHAPITRE V

Contrôle et évaluation

Article 15

- ① La section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, telle qu’elle résulte de l’article 2 de la présente loi, est complétée par une sous-section 5 ainsi rédigée :
- ② « *Sous-section 5*
- ③ « *Contrôle et évaluation*
- ④ « *Art. L. 1111-12-13. – I. – Une commission de contrôle et d’évaluation, placée auprès du ministre chargé de la santé, assure :*
- ⑤ « 1° Le contrôle *a posteriori*, à partir notamment des données enregistrées dans le système d’information mentionné à l’article L. 1111-12-9, du respect, pour chaque procédure d’aide à mourir, des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section ;
- ⑥ « 2° Le suivi et l’évaluation de l’application de la présente section, afin d’en informer annuellement le Gouvernement et le Parlement et de formuler

des recommandations. Ce suivi et cette évaluation reposent notamment sur l'exploitation de données agrégées et anonymisées et sur la mise en œuvre d'une approche sociologique et éthique ;

- ⑦ « 3° L'enregistrement des déclarations des professionnels de santé mentionnées au III de l'article L. 1111-12-12 dans un registre accessible aux seuls professionnels de santé, dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- ⑧ « Lorsque, à l'issue du contrôle mentionné au 1° du présent I, la commission estime que des faits commis à l'occasion de la mise en œuvre, par des professionnels de santé, des sous-sections 2 à 4 de la présente section sont susceptibles de constituer un manquement aux règles déontologiques ou professionnelles, elle saisit la chambre disciplinaire de l'ordre compétent.
- ⑨ « Lorsque la commission estime que les faits sont susceptibles de constituer un crime ou un délit, elle le signale au procureur de la République dans les conditions prévues à l'article 40 du code de procédure pénale.
- ⑩ « II. – La commission est responsable du système d'information mentionné à l'article L. 1111-12-9 du présent code.
- ⑪ « Nonobstant l'article L. 1110-4, les données enregistrées dans ce système d'information sont traitées et partagées dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, aux seules fins d'assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation des dispositions prévues à la présente section.
- ⑫ « III. – Nonobstant l'article L. 1110-4, les médecins membres de la commission peuvent accéder, dans la mesure strictement nécessaire à leur mission, au dossier médical de la personne ayant procédé ou fait procéder à l'administration de la substance létale.
- ⑬ « IV. – La composition de la commission et les règles de fonctionnement propres à garantir son indépendance et son impartialité ainsi que les modalités d'examen, pour chaque personne ayant demandé l'aide à mourir, du respect des conditions prévues aux sous-sections 2 à 4 de la présente section sont déterminées par décret en Conseil d'État. La commission comprend au moins :
- ⑭ « 1° Deux médecins ;
- ⑮ « 2° (*nouveau*) Un conseiller d'État ;

- ⑯ « 3° (*nouveau*) Un conseiller à la Cour de cassation ;
- ⑰ « 4° (*nouveau*) Deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou dans les instances de santé publique ;
- ⑱ « 5° (*nouveau*) Deux personnalités désignées en raison de leurs compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales. »

Article 16

- ① I. – Après le 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :
- ② « 23° Définir les substances létales susceptibles d'être utilisées pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique et élaborer des recommandations de bonnes pratiques portant sur ces substances et sur les conditions de leur utilisation, en tenant compte notamment des comptes rendus mentionnés au V de l'article L. 1111-12-7 du même code. »
- ③ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Le 1° de l'article L. 5121-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Est qualifiée de létale une préparation magistrale utilisée pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1, qui est préparée, dans le respect des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, par l'une des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire désignées par arrêté du ministre chargé de la santé et qui est délivrée dans les conditions mentionnées à l'article L. 5132-8 du présent code ; »
- ⑥ 2° Après la référence : « L. 5121-17 », la fin du premier alinéa de l'article L. 5121-14-3 est ainsi rédigée : « , de son autorisation mentionnée à l'article L. 5121-15 ou des recommandations mentionnées au 23° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑦ 3° L'article L. 5126-6 est complété par un 7° ainsi rédigé :
- ⑧ « 7° Les pharmacies à usage intérieur mentionnées au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 peuvent transmettre les préparations magistrales létales définies au même second alinéa aux pharmacies d'officine ou aux pharmacies à usage intérieur chargées de leur délivrance, mentionnées à l'article L. 1111-12-6. » ;

- ⑨ 4° Le premier alinéa du II de l'article L. 5311-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, sur demande du ministre chargé de la santé, elle peut également procéder à l'évaluation des produits de santé destinés à être utilisés pour l'aide à mourir définie à l'article L. 1111-12-1 du présent code. »

CHAPITRE VI

Dispositions pénales

Article 17

- ① Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1115-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1115-4. – I. –* Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'aide à mourir par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'aide à mourir :
- ③ « 1° Soit en perturbant l'accès aux établissements où est pratiquée l'aide à mourir ou à tout lieu où elle peut régulièrement être pratiquée, en entravant la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces lieux ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ou en perturbant le lieu choisi par une personne pour l'administration de la substance létale ;
- ④ « 2° Soit en exerçant des pressions morales ou psychologiques, en formulant des menaces ou en se livrant à tout acte d'intimidation à l'encontre des personnes cherchant à s'informer sur l'aide à mourir, des personnels participant à la mise en œuvre de l'aide à mourir, des patients souhaitant recourir à l'aide à mourir ou de l'entourage de ces derniers ou des professionnels de santé volontaires mentionnés au III de l'article L. 1111-12-12 et enregistrés sur le registre de la commission mentionné au 3° du I de l'article L. 1111-12-13.
- ⑤ « II. – Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits dont l'objet statutaire comporte la défense des droits des personnes à accéder à l'aide à mourir peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues au I du présent article lorsque les faits ont été commis en vue d'empêcher ou de tenter

d'empêcher l'aide à mourir ou les actes préalable prévus à la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du présent titre. »

CHAPITRE VII

Dispositions diverses

Article 18

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° de l'article L. 160-8 est ainsi rétabli :
- ③ « 3° La couverture des frais afférents à la mise en œuvre de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique ; »
- ④ 2° Après le 32° de l'article L. 160-14, il est inséré un 33° ainsi rédigé :
- ⑤ « 33° Pour les frais afférents à la mise en œuvre de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 160-15 est ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 160-15.* – Ni la participation de l'assuré, ni la franchise mentionnées respectivement aux II et III de l'article L. 160-13 ne sont exigées pour :
- ⑧ « 1° Les mineurs et les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ;
- ⑨ « 2° Les frais prévus au 3° de l'article L. 160-8. »
- ⑩ II. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, fixe :
- ⑪ 1° Les prix de cession des préparations magistrales létales mentionnées au second alinéa du 1° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique couvrant les frais de leur réalisation, de leur acheminement et de leur délivrance ;
- ⑫ 2° Les tarifs des honoraires ou des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre de la mise en

œuvre de la section 2 *bis* du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du même code. Ces honoraires ne peuvent donner lieu à dépassement.

- ⑬ III (*nouveau*). – À l'exception des prix de cession et des honoraires mentionnés au II du présent article, aucune rémunération ou gratification en espèces ou en nature, quelle qu'en soit la forme, ne peut être allouée en échange d'un service dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir.

Article 19

- ① I. – L'article L. 132-7 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'assurance en cas de décès doit couvrir le décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ③ II. – L'article L. 223-9 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « L'assurance en cas de décès doit couvrir le risque de décès en cas de mise en œuvre de l'aide à mourir prévue à l'article L. 1111-12-1 du code de la santé publique. »
- ⑤ III. – Le présent article s'applique aux contrats en cours à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 19 *bis* (*nouveau*)

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant :
- ② 1° D'étendre et d'adapter en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna les dispositions de la présente loi ainsi que, le cas échéant, les dispositions d'autres codes et lois nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État ;
- ③ 2° De procéder aux adaptations nécessaires de ces dispositions aux caractéristiques en matière de santé et de sécurité sociale particulières à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.

- ④ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l’ordonnance.

Article 20

(Supprimé)

Délibéré en séance publique, à Paris, le 27 mai 2025.

La Présidente,

Signé : YAËL BRAUN-PIVET

N° 662

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

Enregistré à la Présidence du Sénat le 27 mai 2025

PROPOSITION DE LOI

ADOPTÉE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

*visant à **garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement
et aux soins palliatifs,***

TRANSMISE PAR

MME LA PRÉSIDENTE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

À

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une
commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*

L'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale (17^e législature) : 1102, 1281 et T.A. 121.

Article 1^{er}

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au dernier alinéa de l'article L. 1110-5-1, après le mot : « dispensant », sont insérés les mots : « l'accompagnement et » ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 1110-8, après les mots : « relève de », sont insérés les mots : « l'accompagnement et des » ;
- ④ 3° L'article L. 1110-10 est ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 1110-10.* – L'accompagnement et les soins palliatifs mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé mentionné à l'article L. 1110-1. Ils sont destinés et adaptés aux personnes de tout âge et de toute situation physique, mentale ou psychique en souffrance du fait de leur état de santé affecté par une ou par plusieurs maladies graves aux conséquences physiques ou psychiques graves et, en particulier, aux personnes approchant de la fin de leur vie. Ils ont pour objet, à la demande de la personne et à l'initiative et sous la conduite des médecins et des professionnels de l'équipe de soins, d'offrir une prise en charge globale et de proximité de la personne malade et de ses proches, dans un délai compatible avec son état de santé, afin de préserver sa dignité, son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être.
- ⑥ « Dans le respect de la volonté de la personne, conformément à l'article L. 1111-4, ils comprennent la prévention, l'évaluation et la prise en charge globale des problèmes physiques, y compris de la douleur et des autres symptômes pénibles, ainsi que la réponse aux affections psychologiques, aux souffrances psychiques et psychologiques et aux besoins sociaux et spirituels.
- ⑦ « Ils sont délivrés de façon précoce, active et continue tout au long du parcours de soins de la personne malade. Ils accompagnent l'entourage de la personne malade en lui procurant le soutien psychologique et social nécessaire, y compris après le décès de la personne malade.
- ⑧ « Ils sont intégrés aux soins de support et de confort.
- ⑨ « L'accompagnement et les soins palliatifs sont pratiqués par une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, suivant une approche spécialisée lors de la prise en charge de cas complexes. Ils sont prodigués quel que soit le lieu de résidence ou de soins de la personne malade, y compris à son domicile ou dans les lieux de privation de liberté, selon des modalités adaptées. Ils comportent une information et, si la personne malade le souhaite, un

accompagnement pour la rédaction des directives anticipées définies à l'article L. 1111-11 et la désignation de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6. Les bénévoles mentionnés à l'article L. 1110-11 peuvent intervenir en appui de l'équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

- ⑩ « Les structures spécialisées dans la douleur chronique labellisées par les agences régionales de santé sont associées à l'accompagnement des malades prévu au présent article.
- ⑪ « Dans les établissements délivrant un accompagnement et des soins palliatifs et dans les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, un référent chargé de coordonner l'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs est nommé. Ce référent exerce ces fonctions à titre bénévole.
- ⑫ « Les tarifs des honoraires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre du présent article ne peuvent donner lieu à dépassement. Tous les deux ans, les administrations de sécurité sociale publient un rapport évaluant l'état de la prise en charge financière de l'accompagnement et des soins palliatifs, du recours aux subventions des fonds d'action sanitaire et sociale et du reste à charge pesant sur les ménages dans l'accompagnement de la fin de vie. » ;
- ⑬ 4° La troisième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1111-2 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Elle se voit remettre un livret d'information, accessible aux personnes en situation de handicap visuel ou auditif et disponible dans un format facile à lire et à comprendre, sur ses droits en matière d'accompagnement et de soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 ; elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, cet accompagnement et ces soins sous forme ambulatoire ou à domicile ainsi que de la possibilité d'enregistrer ses directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 dans l'espace numérique de santé ou de les actualiser si nécessaire. Elle peut également bénéficier de l'accompagnement d'un professionnel de santé pour sa démarche. » ;
- ⑭ 5° À la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 1111-4, après le mot : « dispensant », sont insérés les mots : « l'accompagnement et » ;
- ⑮ 6° (*nouveau*) L'article L. 1112-4 est ainsi modifié :
- ⑯ a) À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « assurer », sont insérés les mots : « l'accompagnement et » ;

- ⑰ *b)* À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « requiert », sont insérés les mots : « un accompagnement et ».
- ⑱ II. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑲ 1° Au 5° de l'article L. 311-1, les mots : « de soins et d'accompagnement » sont remplacés par les mots : « d'accompagnement et de soins » ;
- ⑳ 2° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 311-8 est ainsi modifiée :
- ㉑ *a)* Les mots : « des soins palliatifs » sont remplacés par les mots : « un accompagnement et des soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique » ;
- ㉒ *b)* Sont ajoutés les mots : « du présent code ».

Article 2

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-10-2.* – L'accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs définis à l'article L. 1110-10 est assuré dans le cadre d'organisations territoriales spécifiques pilotées par l'agence régionale de santé.
- ③ « Chaque organisation territoriale relative à l'accompagnement et aux soins palliatifs rassemble les personnes et les organismes intervenant localement dans les domaines sanitaire, médico-social et social, dont les collectivités territoriales et les associations, dans le territoire d'action défini par l'agence régionale de santé.
- ④ « Elle assure la coordination des intervenants en mobilisant, en fonction de l'évolution des besoins des personnes malades et de leurs aidants, notamment en vue du maintien au domicile de celles-ci ou en vue de leur garantir un parcours de soins à proximité de leur lieu de vie, l'ensemble de ses membres, y compris les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnés à l'article L. 6327-2 du présent code, les maisons mentionnées au 18° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les établissements de santé et les structures de prise en charge de la douleur.
- ⑤ « Elle facilite l'expérimentation de dispositifs innovants chargés de l'accompagnement et des soins palliatifs à domicile. »

Article 3

(Supprimé)

Article 4

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1110-9 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 1110-9.* – Le droit de bénéficier d'un accompagnement et de soins palliatifs, au sens de l'article L. 1110-10, est garanti à toute personne dont l'état de santé le requiert. Les agences régionales de santé garantissent l'effectivité de ce droit en tenant compte de l'ensemble des besoins de prise en charge de la personne malade et de l'ensemble des professionnels de santé requis à cette fin. L'examen de l'effectivité de ce droit tient compte de l'ensemble des acteurs de soins, y compris les professionnels de santé exerçant en ville ou dans les établissements et services médico-sociaux et les autres professionnels concernés, au delà des seuls professionnels spécialisés en soins palliatifs. Ce droit s'exerce par un recours amiable puis par un recours contentieux, dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article L. 1110-9-1 et par décret en Conseil d'État. » ;
- ④ 2° Après le même article L. 1110-9, il est inséré un article L. 1110-9-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 1110-9-1.* – La personne dont l'état de santé le requiert, qui a demandé à bénéficier d'un accompagnement et de soins palliatifs et qui n'a pas reçu, dans un délai déterminé par décret, une offre de prise en charge palliative peut introduire un recours en référé devant la juridiction administrative afin que soit ordonnée sa prise en charge. Ce recours peut également être introduit, avec l'accord de la personne malade quand son état permet de le recueillir, par sa personne de confiance ou, à défaut, par un proche. » ;
- ⑥ 3° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 1434-2, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « , dont l'accès effectif à un accompagnement et aux soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 ».

Article 4 bis (nouveau)

- ① Après l'article L. 1110-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-9-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-9-2.* – Une instance de gouvernance de la stratégie décennale d'accompagnement et des soins palliatifs mentionnée à l'article L. 1110-9 est créée. Son organisation est fixée par décret.
- ③ « Cette instance, placée auprès du ministre chargé de la santé, a pour mission d'assurer le pilotage et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie.
- ④ « Elle comprend notamment un député, un sénateur, des représentants de collectivités territoriales, des représentants de l'État, des représentants des agences régionales de santé, des professionnels de santé, des usagers ainsi que des personnalités qualifiées. Elle remet tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation.
- ⑤ « Les membres de cette instance exercent à titre exclusivement bénévole. »

Article 5

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1110-10-3.* – La politique de soins palliatifs est fondée sur la volonté de garantir à chacun, selon ses besoins et sur tout le territoire, l'accès aux soins palliatifs.
- ③ « Avant le 31 décembre 2025, puis tous les cinq ans, une loi de programmation pluriannuelle de l'accompagnement et des soins palliatifs, adoptée par le Parlement, détermine la trajectoire de développement de l'offre d'accompagnement et de soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10, notamment à domicile et en établissement, en fonction de besoins pour lesquels elle établit des prévisions pluridécennales. Elle définit les indicateurs, les objectifs, les moyens et les financements publics nécessaires pour assurer l'effectivité de cette offre et pour réaliser les recrutements suffisants ainsi que pour assurer la formation continue des professionnels. »

Article 6

(Supprimé)

Article 6 bis (nouveau)

L'évolution de la mise en œuvre de la stratégie décennale d'accompagnement et de soins palliatifs peut faire l'objet d'un débat chaque année devant le Parlement avant l'examen du projet de loi de finances.

Article 7

- ① Les crédits de paiement supplémentaires de la stratégie décennale d'accompagnement et des soins palliatifs évoluent sur la période de 2024 à 2034 en application du tableau du deuxième alinéa. Selon l'évaluation prévue à l'article L. 1110-9 du code de la santé publique, ces crédits peuvent être réévalués afin de garantir un accès équitable des malades à un accompagnement et à des soins palliatifs.

- ② **Crédits de paiement et plafonds des taxes allouées
aux mesures nouvelles prévues par la stratégie décennale**

Année	Mesures nouvelles <i>(en millions d'euros)</i>
2024	89
2025	106
2026	97
2027	96
2028	94
2029	97
2030	75
2031	105
2032	100
2033	122
2034	111

- ③ Le périmètre budgétaire concerné intègre les dépenses relatives :
- ④ 1° À l'hôpital de jour et aux courts séjours ;
- ⑤ 2° Aux séjours en service de médecine générale ou de chirurgie ;
- ⑥ 3° Aux séjours en lits identifiés de soins palliatifs ;
- ⑦ 4° Aux séjours en unité de soins palliatifs ;

- ⑧ 5° Aux créations d'unités de soins palliatifs et d'unités de soins palliatifs pédiatriques, notamment dans les départements qui n'en sont pas dotés, en poursuivant l'objectif d'atteindre un minimum de deux unités par région avant le 31 décembre 2030, et aux créations de maisons d'accompagnement ;
- ⑨ 6° Aux journées d'hospitalisation à domicile ;
- ⑩ 7° Aux séjours en unité de soins médicaux et de réadaptation ;
- ⑪ 8° Aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- ⑫ 9° Au fonds d'intervention régional, dont les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ;
- ⑬ 10° Aux actes des professionnels de santé libéraux ;
- ⑭ 11° Aux médicaments délivrés en ville et relevant d'un parcours palliatif ;
- ⑮ 12° (*nouveau*) À la structuration d'une filière universitaire dédiée à l'accompagnement et aux soins palliatifs et à la création d'un diplôme d'études spécialisées en médecine palliative, en accompagnement et en soins palliatifs ;
- ⑯ 13° (*nouveau*) Aux associations de bénévoles d'accompagnement.

Article 7 bis (*nouveau*)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'opportunité et les modalités d'une réforme du financement des soins palliatifs. Dans ce cadre, le rapport évalue notamment la possibilité de mettre en place un financement mixte des établissements de santé, fondé sur une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités palliatives et sur des recettes issues de l'activité elle-même. Il analyse et classe les territoires en fonction de l'accessibilité effective des soins palliatifs qu'ils garantissent ou non aux patients en fin de vie qui demandent à y recourir.

Article 8

(*Supprimé*)

Article 8 bis (nouveau)

(Supprimé)

Article 8 ter (nouveau)

- ① Après le 4° de l'article L. 1415-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ② « 5° D'assurer un enseignement spécialisé sur l'éthique. »

Article 8 quater (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut inclure une formation aux soins palliatifs dans les stages pratiques des étudiants en médecine dans les unités de soins palliatifs et les équipes mobiles de soins palliatifs.
- ② II. – Les modalités et le champ d'application de l'expérimentation ainsi que les territoires concernés sont déterminés par décret en Conseil d'État.
- ③ III. – Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation évaluant notamment l'opportunité de généraliser celle-ci.

Article 9

(Supprimé)

Article 9 bis (nouveau)

(Supprimé)

Article 10

- ① I. – Le livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 311-5-2, les mots : « et 7° » sont remplacés par les mots : « , 7° et 18° » ;
- ③ 2° L'article L. 312-1 est ainsi modifié :

- ④ a) Après le 17° du I, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- ⑤ « 18° Les maisons d’accompagnement et de soins palliatifs mentionnées à l’article L. 34-10-1, qui offrent un accueil, y compris temporaire, et qui procurent des soins et un accompagnement médico-social spécialisés, en associant les proches, à des personnes en fin de vie dont l’état médical est stabilisé et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas rester à domicile pour des raisons médicales ou sociales. Elles relèvent d’établissements de droit public ou de droit privé à but non lucratif. Elles sont préparées à recevoir des personnes en situation de handicap. » ;
- ⑥ b) Le II est ainsi modifié :
- ⑦ – au deuxième alinéa, les mots : « et 7° » sont remplacés par les mots : « , 7° et 18° » ;
- ⑧ – à la première phrase de l’avant-dernier alinéa, les mots : « et au 17° » sont remplacés par les mots : « , 17° et 18° » et sont ajoutés les mots : « et formées aux enjeux liés à l’accompagnement des personnes en situation de handicap et des mineurs » ;
- ⑨ 3° Au b de l’article L. 313-3, les mots : « et 12° » sont remplacés par les mots : « , 12° et 18° » ;
- ⑩ 4° Au premier alinéa de l’article L. 314-3-3, les mots : « au 9° » sont remplacés par les mots : « aux 9° et 18° » ;
- ⑪ 5° Le titre IV est complété par un chapitre X ainsi rédigé :
- ⑫ « CHAPITRE X
- ⑬ « *Maisons d’accompagnement et de soins palliatifs*
- ⑭ « Art. L. 34-10-1. – Les maisons d’accompagnement et de soins palliatifs signent un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens avec le directeur général de l’agence régionale de santé territorialement compétente. Ce contrat fixe notamment les tarifs applicables aux prestations assurées par lesdites maisons. Les personnes suivies dans les établissements et services mentionnés au 18° du I de l’article L. 312-1 ont accès à l’ensemble des soins mentionnés à l’article L. 1110-10 du code de la santé publique, notamment grâce à des conventions passées avec les unités et les équipes chargées de ces soins sur le territoire. Les bénévoles mentionnés à l’article L. 1110-11 du même code peuvent intervenir dans ces établissements.

- ⑮ « Les établissements ou les services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code concluent des conventions pluriannuelles avec des équipes mobiles de soins palliatifs présentes sur le territoire.
- ⑯ « Les proches qui accompagnent les personnes suivies dans les établissements mentionnés au 18° du I du même article L. 312-1 bénéficient d'une information sur les droits des proches aidants. »
- ⑰ II. – L'État met à l'étude les conditions dans lesquelles la création de cent six maisons d'accompagnement et de soins palliatifs permet d'assurer leur déploiement dans chaque département et dans les collectivités d'outre-mer à l'horizon de l'année 2034.
- ⑱ III (*nouveau*). – Les maisons d'accompagnement font l'objet d'une évaluation annuelle rendue publique, dans des conditions déterminées par le ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. Cette évaluation rend notamment compte du déploiement de ces maisons sur l'ensemble du territoire et de leur adéquation aux besoins recensés. L'évaluation porte également sur la nature des accompagnements dispensés, sur le profil des personnes accompagnées et sur les moyens humains et financiers mobilisés.

Article 11

- ① I. – Après l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 311-8-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 311-8-1.* – Pour les établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, le projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 comporte un volet relatif à l'accompagnement et aux soins palliatifs.
- ③ « Ce volet énonce les principes de l'approche palliative dans l'établissement, y compris l'accompagnement de la fin de vie et du deuil, et définit l'organisation interne, le rôle des intervenants extérieurs, y compris des professionnels de santé, des structures de prise en charge et d'appui en soins palliatifs et des bénévoles mentionnés à l'article L. 1110-11 du code de la santé publique.
- ④ « Il précise également les modalités d'information des personnes accompagnées et de leurs proches sur leurs droits en matière de fin de vie, notamment la possibilité d'enregistrer ou d'actualiser leurs directives anticipées dans l'espace numérique de santé ainsi que les conditions d'accompagnement dans cette démarche. Ces informations sont rendues disponibles dans un format facile à lire et à comprendre.

- ⑤ « Ce volet prévoit enfin les modalités de formation continue des professionnels à l'approche palliative, les procédures de coordination avec les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatriques ainsi que les modalités d'évaluation de sa mise en œuvre. »

- ⑥ II (*nouveau*). – (*Supprimé*)

Article 11 bis (*nouveau*)

- ① La section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-1-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 312-7-1-1. – Afin de favoriser leur coordination, les établissements et les services médico-sociaux mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 concluent des conventions avec les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes mobiles gériatriques.
- ③ « Peuvent être associés à ces conventions les autres professionnels de santé et les structures chargés des soins mentionnés à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique. »

Article 11 ter (*nouveau*)

(*Supprimé*)

Article 11 quater (*nouveau*)

- ① Après le 5° bis de l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ter ainsi rédigé :
- ② « 5° ter S'assurer, le cas échéant, de la bonne information et de la prise en charge palliative du patient. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge palliative ; ».

Article 11 quinquies (*nouveau*)

- ① Après l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6114-1-1 A ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 6114-1-1 A. – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 comprend des objectifs et des indicateurs

relatifs au développement, à la qualité de prise en charge et à la formation du personnel en matière d'accompagnement et de soins palliatifs. »

Article 12

- ① Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le coût et sur les modalités d'une réforme du congé de solidarité familiale permettant d'en accroître le taux de recours et de garantir une revalorisation de l'indemnisation qui est versée, en examinant notamment les possibilités d'élargir les modalités de versement et d'allonger la durée de versement, et qui propose des mesures de soutien psychologique pour les aidants familiaux.
- ② Il étudie la suppression du critère d'accompagnement effectué à domicile afin de bénéficier du dispositif et l'allongement à trois mois de la durée de versement de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.
- ③ Il évalue également le coût et les modalités d'une réforme du congé proche aidant afin de le rémunérer sur le modèle des indemnités journalières, pour une durée d'un an fractionnable sur l'ensemble de la carrière.
- ④ Ce rapport comprend également des propositions concernant l'accès aux séjours de répit pour les proches aidants.

Article 13

- ① Le dernier alinéa de l'article L. 1110-11 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « Les associations peuvent organiser l'intervention de bénévoles au domicile des personnes malades après avoir conclu la convention mentionnée au troisième alinéa ou après avoir conclu une convention avec une équipe de soins primaires, un centre de santé, une maison de santé pluriprofessionnelle, un dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ou une communauté professionnelle territoriale de santé. Cette convention est conforme à une convention type définie par décret en Conseil d'État. »

Article 14

- ① Après l'article L. 1110-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-10-1 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 1110-10-1. – I. – Lorsqu'il a procédé à l'annonce du diagnostic d'une affection grave ou en cas d'aggravation d'une pathologie chronique ou de début de perte d'autonomie due au vieillissement ou à la survenance d'un handicap, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de soins propose au patient la rédaction ou l'élaboration d'un plan personnalisé d'accompagnement.
- ③ « La proposition du médecin ou du professionnel de santé intervient à l'issue de discussions au cours desquelles le patient peut être assisté des personnes de son choix.
- ④ « La rédaction ou l'élaboration du plan se fait par tout moyen compatible avec l'état du patient, y compris, si nécessaire, dans un format facile à lire et à comprendre ou par la communication alternative et améliorée.
- ⑤ « Ce plan est élaboré à partir des besoins et des préférences du patient et évolue avec ceux-ci. Si le patient y consent, la personne de confiance ou, à défaut, un parent ou un proche qu'il désigne peuvent être associés à son élaboration et à son actualisation.
- ⑥ « II. – Le plan personnalisé d'accompagnement est consacré à l'anticipation, à la coordination et au suivi des prises en charge sanitaire, psychologique, sociale et médico-sociale du patient et de son entourage, y compris après le décès. Il comporte une partie relative à la prise en charge de la douleur et de la perte d'autonomie.
- ⑦ « Le plan prévoit une sensibilisation de la personne de confiance et des proches désignés par le patient ainsi que des personnes chargées d'une mesure de protection aux enjeux liés à l'accompagnement des personnes en fin de vie ainsi qu'une information sur les droits et les dispositifs d'accompagnement sociaux, économiques et psychologiques dont ils peuvent bénéficier. Il prend en compte les besoins spécifiques des patients particulièrement vulnérables ou ayant des difficultés d'accès aux soins, tels que les personnes en situation de handicap, les personnes détenues ou retenues, les personnes sans revenus stables, les personnes résidant dans une des zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 ou les mineurs. Il comprend une vérification de la possibilité matérielle, humaine et médicale d'une hospitalisation à domicile.
- ⑧ « III. – Le plan personnalisé d'accompagnement est utilisé par les professionnels de santé de l'équipe de soins qui interviennent auprès du patient, y compris à domicile. S'il y a lieu, ils actualisent et complètent le plan, en accord avec le patient. Un professionnel de santé référent est chargé d'assurer le suivi du plan.

- ⑨ « Après recueil du consentement du patient, le plan personnalisé d'accompagnement est déposé dans l'espace numérique de santé du patient, si ce dernier en dispose.
- ⑩ « IV. – Lors de l'élaboration et des révisions du plan personnalisé d'accompagnement, le médecin ou un professionnel de santé de l'équipe de soins informe le patient de la possibilité de produire ou d'actualiser, s'il le souhaite, ses directives anticipées et il lui propose de l'accompagner pour le faire, s'il le souhaite, et de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6. »

Article 14 bis (nouveau)

- ① Le I de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Après les mots : « la personne, », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « la mise en place d'une communication alternative et améliorée et la remise de documents d'information dans un format facile à lire et à comprendre doit permettre de rechercher prioritairement l'expression de son consentement éclairé. » ;
- ④ b) La seconde phrase est supprimée ;
- ⑤ 2° Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « En cas de désignation d'une personne de confiance par une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, le juge peut, en cas de conflit, s'il est saisi par le représentant légal ou par un proche, confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.
- ⑦ « Le représentant légal ne peut ni assister ni représenter la personne protégée dans cet acte, mais doit tout mettre en œuvre pour qu'elle soit à même d'exercer ce droit. Le représentant légal informe le corps médical de l'existence de la personne de confiance lorsque cela est nécessaire. »

Article 15

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1111-6 est complété par un III ainsi rédigé :

- ③ « III. – Lors de sa désignation, la personne de confiance reçoit un guide dans lequel sont présentés son rôle et ses missions. » ;
- ④ 2° L'article L. 1111-11 est ainsi modifié :
- ⑤ a) À la première phrase du premier alinéa, le mot : « rédiger » est remplacé par le mot : « produire » ;
- ⑥ b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ – à la deuxième phrase, le mot : « rédigées » est remplacé par le mot : « produites » ;
- ⑧ – à la fin de la dernière phrase, le mot : « rédige » est remplacé par le mot : « produit » ;
- ⑨ – sont ajoutées trois phrases ainsi rédigées : « La personne qui bénéficie d'un plan personnalisé d'accompagnement prévu à l'article L. 1110-10-1 l'annexe à ses directives anticipées. Ce modèle est rédigé de manière intelligible, afin de pouvoir être utilisé par tous, notamment par les personnes en situation de handicap. Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie diffusent ce modèle. » ;
- ⑩ b bis) (*nouveau*) Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « À compter de la majorité de l'assuré, la caisse d'assurance maladie l'informe, selon ses propres modalités et de manière périodique, de la possibilité de rédiger, de réviser et de confirmer ses directives anticipées et de désigner une personne de confiance. » ;
- ⑫ b ter) (*nouveau*) Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Si plusieurs directives anticipées existent, les plus récentes prévalent, quel que soit leur format. » ;
- ⑬ c) Les deux dernières phrases du cinquième alinéa sont ainsi rédigées : « Les directives anticipées sont conservées dans le dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14. Leur existence et la possibilité de les réviser sont régulièrement rappelées à leur auteur dans l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13-1. » ;
- ⑭ d) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « informe ses » sont remplacés par les mots : « et les professionnels de santé qui réalisent les rendez-vous de prévention mentionnés à l'article L. 1411-6-2 informent leurs » et, à la

fin, les mots : « rédaction de directives anticipées » sont remplacés par les mots : « production de directives anticipées et de révision de celles-ci à tout moment » ;

- ⑮ e) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑯ « Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne ou bénéficie d'une mesure avec assistance et que la procédure de mise sous protection juridique n'a pas décelé médicalement d'altération des facultés cognitives, elle peut rédiger ses directives anticipées sans l'autorisation préalable du juge des tutelles ou du conseil de famille. La mise en place d'une communication alternative et améliorée et la remise de documents d'informations dans un format facile à lire et à comprendre permet de rechercher prioritairement l'expression de son consentement éclairé.
- ⑰ « La personne chargée de la mesure de protection ne peut pas représenter une personne bénéficiant d'une mesure de protection juridique pour l'écriture de ses directives anticipées. En cas de conflit, le juge peut être saisi. » ;
- ⑱ 3° Le IV de l'article L. 1111-13-1 est ainsi modifié :
- ⑲ a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑳ « IV. – Le titulaire de l'espace numérique de santé en est le gestionnaire et l'utilisateur. Il peut autoriser une unique personne de son choix, qui peut être la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, un parent ou un proche, à accéder à son espace numérique de santé et à y enregistrer un document nécessaire à la coordination des soins créé initialement par un professionnel de santé ou par le titulaire lui-même, à l'exception des directives anticipées. La personne de confiance, le parent ou le proche ne peut ni modifier ni supprimer un document ou une donnée dans l'espace numérique de santé du titulaire. Cette personne de confiance, ce parent ou ce proche accède à l'espace numérique de santé du titulaire par des moyens d'identification propres, qui garantissent le suivi des actions menées au nom du titulaire. Cette autorisation est révocable à tout moment.
- ㉑ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est mineur, ses représentants légaux sont les gestionnaires et les utilisateurs de l'espace numérique de santé. Ils ne peuvent déléguer ce rôle à un tiers.
- ㉒ « Lorsque le titulaire de l'espace numérique de santé est une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée de la mesure de protection dispose,

au même titre que le titulaire, d'un accès à l'espace numérique de santé, à l'exclusion de tout autre tiers. Lorsqu'elle accède à l'espace numérique de santé, la personne chargée de la mesure de protection ne peut consulter les directives anticipées du titulaire qu'avec l'autorisation de celui-ci. Lorsque le titulaire n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de la mesure de protection peut gérer l'espace numérique de santé pour son compte, en se référant aux volontés qu'il a pu exprimer antérieurement. » ;

②③ *b) (Supprimé)*

②④ *4° (Supprimé)*

②⑤ *5° L'article L. 1411-6-2 est ainsi modifié :*

②⑥ *a) (Supprimé)*

②⑦ *b) La première phrase du deuxième alinéa est supprimée.*

②⑧ *II (nouveau). – L'application du huitième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique aux personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique ne donne pas lieu à l'application de l'article 21 de la présente loi.*

Article 15 bis (nouveau)

(Supprimé)

Article 16

① *L'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :*

② *1° Le premier alinéa est ainsi modifié :*

③ *a) Après le mot : « collégiale », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « , à laquelle participe l'ensemble de l'équipe de soins, qui prend la forme d'une concertation notamment entre le médecin chargé du patient, éventuellement son médecin traitant, le médecin référent de la structure médico-sociale qui l'accompagne, le cas échéant, et un professionnel de l'équipe qui l'accompagne à domicile ou en établissement. » ;*

④ *b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Avec l'accord préalable du patient formulé dans ses directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, la personne de confiance et les membres de la famille peuvent*

participer à cette procédure, sauf refus explicite et préalable du malade. Le fonctionnement de la procédure collégiale est défini par voie réglementaire. » ;

⑤ 2° (*Supprimé*)

Article 17

① Après l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-6-2 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 1111-6-2.* – Lorsqu'une personne majeure est dans l'impossibilité partielle ou totale de s'exprimer, une communication alternative et améliorée est mise en place afin de rechercher l'expression de son consentement éclairé pour toutes les décisions qui la concernent. Quand cela est possible, ces dispositifs, y compris technologiques, permettant une expression non verbale sont considérés comme ayant la même valeur juridique que l'expression verbale directe dans l'appréciation de la volonté. »

Article 18

Le Gouvernement réalise annuellement deux campagnes nationales de sensibilisation et d'information, l'une relative aux soins palliatifs et à l'accompagnement des aidants, l'autre relative au deuil et à son accompagnement.

Article 18 bis (*nouveau*)

Une campagne d'information nationale est organisée afin de sensibiliser l'ensemble de la population aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique et d'en favoriser la connaissance sur tout le territoire.

Article 19

① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 1110-5-2 est ainsi modifié :

③ *a) (nouveau)* Au cinquième alinéa, le mot : « soignante » est remplacé par les mots : « pluridisciplinaire assurant la prise en charge du patient » ;

④ *b)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

- ⑤ « La sédation profonde et continue est un acte dont la traçabilité est assurée au titre des informations mentionnées aux articles L. 1461-1 et L. 6113-8 du présent code. » ;
- ⑥ 2° Au début du premier alinéa du *b* du III de l'article L. 1541-2, les mots : « L'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « Le sixième ».

Article 20

(Supprimé)

Article 20 bis A (nouveau)

- ① Après l'article L. 1111-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-5-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-5-2.* – Des bénévoles, formés à l'accompagnement du deuil et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent accompagner les personnes en deuil qui en font la demande.
- ③ « Les associations d'accompagnement du deuil qui font appel à des bénévoles sont tenues de respecter une charte commune qui définit le cadre déontologique et les bonnes pratiques qui sécurisent leur intervention en vue de protéger la vulnérabilité des publics qu'ils accueillent.
- ④ « Cette charte énonce des principes comportant notamment la garantie d'un accompagnement éthique et respectueux des droits fondamentaux des personnes et des principes de la laïcité, la prise en considération de la vulnérabilité liée au deuil, la transparence, la confidentialité des données personnelles et le respect et la collaboration entre structures d'accompagnement. Elle décrit les conditions de sélection, de formation, de supervision et de coordination des accompagnants bénévoles.
- ⑤ « Ces associations s'engagent également à veiller aux bonnes pratiques des accompagnants. »

Articles 20 bis et 20 ter (nouveaux)

(Supprimés)

Article 20 quater (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'opportunité de permettre à une équipe soignante de prescrire des rencontres avec un biographe hospitalier à toute personne atteinte d'une maladie grave, bénéficiant de soins palliatifs et hospitalisée dans un établissement de soins ou à domicile, si elle y consent. L'objet de ces rencontres est d'établir le récit de la vie de la personne atteinte d'une maladie grave. Ce récit est ensuite livré, à titre gracieux, à la personne elle-même ou à un proche. L'intervention d'un biographe hospitalier, qui apporte un soin de support à la personne en fin de vie, s'inscrit dans un parcours de soins global.

Article 20 quinquies (nouveau)

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant :
- ② 1° D'étendre et d'adapter en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna les dispositions de la présente loi ainsi que, le cas échéant, les dispositions d'autres codes et lois nécessaires à son application, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'État ;
- ③ 2° De procéder aux adaptations nécessaires de ces dispositions aux caractéristiques particulières à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte en matière de santé et de sécurité sociale.
- ④ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 20 sexies (nouveau)

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le mode de financement des maisons d'accompagnement mentionnées à l'article L. 34-10-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce rapport fait des recommandations afin que les dépenses de ces maisons soient prises en charge sous la forme d'une dotation globale versée par l'agence régionale de santé territorialement compétente et de tarifs établis et versés sur le fondement de prestations

d'hospitalisation et de soins déterminées par un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Article 21

(Supprimé)

Délibéré en séance publique, à Paris, le 27 mai 2025.

La Présidente,

Signé : YAËL BRAUN-PIVET

AVIS

Vu les dispositions de l'article 151 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée, portant statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu la saisine n° **4426/PR du 2 juillet 2025** du Président de la Polynésie française reçue le **10 juillet 2025**, sollicitant l'avis du CESEC sur **deux propositions de lois, l'une visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatif, l'autre relative au droit à l'aide à mourir** ;

Vu la décision du bureau réuni le **10 juillet 2025** ;

Vu le projet d'avis de la commission « Santé et solidarités » en date du **5 août 2025** ;

Le Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française a adopté, lors de la séance plénière du **7 août 2025**, l'avis dont la teneur suit :

I – OBJET DE LA SAISINE

La présente saisine du Président de la Polynésie française soumise à l'avis du Conseil Économique, Social, Environnemental et Culturel de la Polynésie française (CESEC), a pour objet deux Propositions de Lois nationales (PPL), l'une visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs et l'autre relative au droit à l'aide à mourir.

II – CONTEXTE, CADRE LÉGAL ET OBJECTIFS DES PROPOSITIONS DE TEXTE

Le 27 mai 2025, deux propositions de lois portant sur **l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs**, ainsi que sur le **droit à l'aide à mourir** ont été adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture et poursuivront leur navette parlementaire au Sénat.

Par courrier du 13 juin 2025, le Sénateur Teva ROFRITSCH a sensibilisé le CESEC sur ces deux propositions de textes. Celles-ci étant appelées à être étendues en Polynésie française par ordonnance¹, il lui a semblé important « *que la voix de notre Pays soit pleinement consultée et entendue dans ce débat.* ».

Le Président de la Polynésie française a saisi l'institution de ces deux propositions de lois. Il a rappelé à cette occasion qu'il est « *essentiel que la société civile organisée puisse se positionner sur ces deux propositions, eu égard aux implications qu'elles pourraient entraîner sur les mentalités de la société polynésienne dans son ensemble.* ».

Le CESEC relève que **les soins palliatifs et la fin de vie** dépassent les dimensions purement médicales et pénales. Ils interrogent notamment notre rapport à la vie, à la mort, à la liberté individuelle, à la foi, à la dignité, à la souffrance et à la solidarité. Ils questionnent aussi notre capacité collective à soutenir, à entourer, à soulager et parfois à laisser partir un être cher.

En outre, le CESEC constate qu'en Polynésie française, les liens intergénérationnels dans l'accompagnement familial des malades et des personnes âgées et dans la transmission des valeurs de solidarité et religieuses, ont longtemps été des piliers essentiels de notre cohésion sociale et culturelle. Les *matahiapo* occupaient une place majeure dans les soins et les solidarités traditionnelles et religieuses.

De nos jours, les traditions et le devoir de solidarité sont mis à l'épreuve et tendent à s'affaiblir face aux mutations profondes que traversent notre société polynésienne. En effet, l'émergence d'un mode de vie plus individualiste, le développement de structures médicales spécialisées, l'allongement de l'espérance de vie, le refus d'être un fardeau pour sa famille, la peur de mal mourir, de souffrir, de faire souffrir son entourage, la peur de subir l'invalidité et la dépendance, la perte de l'estime de soi, etc. sont autant de facteurs qui interrogent en profondeur notre manière d'envisager la fin de vie et l'accompagnement des personnes vulnérables.

Sur le plan législatif, après les lois dites « EVIN » et « KOUCHNER »², les lois LEONETTI et CLAYES-LEONETTI³ de 2005⁴ et 2016 constituent le socle des lois spécifiques aux droits des malades et à la fin de vie.

En substance, ces dernières instaurent **le droit de ne pas souffrir et le droit de dire non à l'acharnement thérapeutique**, sans pour autant autoriser le suicide assisté et l'euthanasie active. La loi de 2016 consacre également l'autorité des directives anticipées qui s'imposent au médecin. Elle incite aussi à désigner une personne de confiance susceptible d'être le porte-parole de la personne qui ne peut plus

¹ Par ordonnance du 23 mai 2025 c'est-à-dire par un acte juridique pris par le pouvoir exécutif (gouvernement central), à la place du Parlement et ce, en application de l'article 38 de la Constitution ;

² Lois n° 99-477 du 9 juin 1999 et n° 2002-303 du 4 mars 2002 ;

³ Lois n° 2005-370 dite Leonetti du 22 avril 2005 et n° 2016-87 dite Claeys-Leonetti du 2 février 2016 ;

⁴ Etendue en Polynésie française par ordonnance n° 2008-1339 du 18 décembre 2008.

exprimer sa volonté et autorise l'encadrement « *d'une sédation profonde et continue* » jusqu'au décès pour des malades atteints « *d'une affection grave et incurable* », après une procédure collégiale.

En Europe et à l'étranger, plusieurs États ont fait évoluer leur législation dans le sens d'une légalisation ou d'une dépénalisation de *l'assistance au suicide*⁵. On peut citer l'Allemagne, la Belgique, l'Autriche et une dizaine d'États américains comme la Californie, le Colorado, le Vermont et l'Oregon.

D'autres pays vont encore plus loin et autorisent *l'euthanasie*⁶ en cas de pathologies neurodégénératives. C'est le cas de l'Espagne, du Canada, de la Nouvelle Zélande et de plusieurs États d'Australie (Victoria, la Tasmanie, l'Australie occidentale et celle du Sud).

Aujourd'hui, le législateur français souhaite faire évoluer le cadre légal, suite à la demande de diverses associations⁷, à des enquêtes d'opinions⁸ et à une convention citoyenne de 2023⁹ organisée par le CESE national à la demande du Président de la République.

III– OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

En préambule, le CESEC a fait le choix d'exprimer son avis dans un esprit de reconnaissance de la diversité des opinions personnelles, éthiques, culturelles, spirituelles et religieuses sur un sujet aussi empreint de gravité que celui de la fin de vie. Son avis entend réunir les opinions de la société civile polynésienne et contribuer à éclairer les parlementaires sur ces propositions de loi.

Afin d'y associer le plus grand nombre, le CESEC a mis en ligne sur les réseaux sociaux une consultation élargie.

L'examen des propositions de lois visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs et celle relative au droit à l'aide à mourir appelle de la part du CESEC les observations et recommandations suivantes :

III- A – De la proposition de loi n° 662 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs

De nombreux rapports et avis¹⁰ mettent en évidence l'importance de développer les soins palliatifs en rendant leur accessibilité effective. Aux termes de l'exposé des motifs qui accompagne la PPL, « *La prise en charge des soins d'accompagnement en France est considérée par l'ensemble des acteurs, professionnels et patients, comme encore peu satisfaisante. Ce constat est confirmé par la Cour des comptes, dans son rapport « Une offre de soins à renforcer » de juillet 2023, qui établit que seuls 48% des besoins en soins palliatifs sont pourvus, bien que la dépense publique de soins palliatifs ait augmenté de 24,6 % depuis 2017.* ».

Le CESEC en déduit que 52% des besoins en soins palliatifs ne sont pas pourvus en France. En Polynésie française, ce pourcentage n'est pas connu mais on peut penser qu'il est bien plus important.

⁵ L'assistance au suicide consiste « *à donner les moyens à une personne de se suicider elle-même* » : Définition tirée de l'avis 139 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) du 13 septembre 2022, page 25 ;

⁶ L'euthanasie consiste en « *un acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable* » : Source avis du CCNE précité page 25 ;

⁷ Dont l'Association pour le Droit de mourir dans la Dignité, France Assos Santé, le Conseil National des Associations Familiales Laïques, etc. Y sont par exemple opposées les Associations Familiales Catholiques, Alliance VITA ;

⁸ Source, avis du CCNE n° 139 du 13 septembre 2022 ;

⁹ Cette convention citoyenne s'est prononcée « *pour une aide active à mourir* » ;

¹⁰ Dont l'avis n° 139 du CCNE du 13 septembre 2022, les recommandations de la Convention citoyenne pour la fin de vie rendue le 2 avril 2023, l'avis de l'Académie nationale de médecine du 27 juin 2023.

1) Principes fondamentaux et orientations prioritaires

Le 5° de l'article 1^{er} de la PPL relative aux soins palliatifs¹¹ dispose que « *L'accompagnement et les soins palliatifs mettent en œuvre le droit fondamental à la protection de la santé [...]. Ils sont destinés et adaptés aux personnes de tout âge et de toute situation physique, mentale ou psychique en souffrance du fait de leur état de santé affecté par une ou plusieurs maladies graves aux conséquences physiques ou psychiques graves et, en particulier, aux personnes approchant de la fin de vie [...]. Ils ont pour objet d'offrir [...] une prise en charge globale et de proximité de la personne malade et de ses proches, dans un délai compatible avec son état de santé, afin de préserver sa dignité, son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être* ».

Ces dispositions posent le principe d'un droit qualifié de « *fondamental* » et consacrent une garantie d'accès de tous à l'accompagnement des soins palliatifs. Elles introduisent également une voie de recours en référé devant la juridiction administrative, en cas de non-respect de la loi (article 4).

Dans son économie générale, la proposition de loi vise à assurer une meilleure gouvernance, un pilotage plus efficient et un suivi régulier qui sera confié à une instance dédiée (article 4 bis). Elle ambitionne de repenser la structure des dispositifs existants et combler les inégalités territoriales par une offre de soins adaptée, coordonnée et intégrée au parcours de santé (article 5). Elle s'engage à créer davantage d'unités de soins palliatifs, des maisons d'accompagnement dans les zones qui en sont dépourvues (article 7) et d'apporter un plus grand soutien aux équipes mobiles.

Le CESEC relève également la création d'un diplôme d'études spécialisées en accompagnement et soins palliatifs et une structuration de la filière (article 7). Il note aussi la création d'un volet obligatoire sur les soins palliatifs dans les projets d'établissement sociaux et médicaux-sociaux, comprenant de la formation continue (article 11).

Enfin, l'Institution acte que cette proposition de loi prévoit un renforcement programmé de l'offre de soins selon une stratégie décennale qui serait financée à hauteur de 1,1 milliard d'euros sur 10 ans, soit 131 milliards de F CFP.

2) Sur les soins palliatifs en Polynésie française et l'extension de la proposition de loi

• Sur la nécessité d'un état des lieux des soins palliatifs

En Polynésie française, il n'existe pas à ce jour de rapport officiel, d'étude consolidée ou de base de données publique permettant de dresser un état des lieux précis de l'offre en soins palliatifs sur l'ensemble de son territoire. Cette absence de visibilité concerne tant la répartition géographique des structures que les ressources humaines mobilisables, les dispositifs d'hospitalisation à domicile, ou encore les protocoles d'accompagnement en fin de vie.

Néanmoins, les travaux du CESEC, menés dans le cadre de ses commissions, ont permis de recueillir des éléments d'information pertinents, issus des échanges avec les professionnels de santé entendus. En effet, depuis 2015, il existe une Équipe Mobile en Soins Palliatifs (EMSP) dépendante du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPF), composée de deux médecins, trois infirmières, une psychologue, un kinésithérapeute à mi-temps et une secrétaire.

Cette équipe pluridisciplinaire suit environ 600 patients par an et effectue 3000 à 4000 interventions annuelles depuis 2020. Elle prend en charge les patients atteints de maladies graves, incurables, évolutives et terminales, sur l'ensemble de la Polynésie française mais pour l'essentiel au sein du CHPF. Elle joue

¹¹ Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage (Code de la santé publique métropolitain) ; PPL n° 662 adoptée à l'unanimité par 560 voix pour, 0 contre, 0 abstention.

également un rôle important en matière de missions cliniques d'expertise au sein et à l'extérieur du CHPF, de coordination téléphonique, de visites à domicile hebdomadaires et de formation des professionnels de santé en soins palliatifs. Elle effectue des missions dans les îles via le réseau inter-îles.

À cette équipe s'ajoute l'établissement de santé Hospitalisation À Domicile (HAD) *NATIEA*, autorisé pour 24 places d'hospitalisation à domicile (dont 30 % dédiés à des patients en soins palliatifs alors que la demande est plus importante) et composé d'un effectif de 18 personnes. Il assure une permanence des soins 24h/24, 7j/7 et une prise en charge en soins palliatifs de Papenoo à Papara. Il permet de raccourcir les durées de séjour hospitalier, d'éviter des hospitalisations prolongées inappropriées, de désengorger les services spécialisés, tout en respectant le souhait des patients de rester dans leur environnement familial.

Les cliniques privées et les soignants du libéral complètent la prise en charge des patients qui nécessitent des soins palliatifs, le plus souvent, sans qu'ils ne soient spécifiquement formés à cette discipline médicale mais avec néanmoins l'appui et l'expertise de l'EMSP et l'HAD.

- **Les soins palliatifs en Polynésie française : Un défi médical, géographique, social et culturel**

Le CESEC observe que l'essentiel de l'offre en soins palliatifs est concentré sur Tahiti et Moorea. Ces inégalités d'accès s'expliquent non seulement par des contraintes géographiques et d'accessibilité mais aussi par des facteurs logistiques et financiers.

En effet, la géographie de la Polynésie française, composée de 119 îles réparties sur un territoire aussi vaste que l'Europe, rend difficile l'accès aux soins palliatifs dans les archipels les plus isolés. Un manque récurrent de personnel soignant dans les archipels éloignés (en particulier aux Tuamotu-Gambier) aggrave cette situation. Dans certains dispensaires, le personnel soignant est insuffisant voire absent, même pour les soins courants, ce qui rend impossible un accompagnement en fin de vie de qualité.

Les évacuations sanitaires, bien que fréquentes, sont coûteuses, longues et parfois incompatibles avec l'état de santé des patients en phase terminale. Ce type de prise en charge médicale peut, en outre, engendrer un éloignement imposé de la famille susceptible d'accentuer la souffrance psychologique du patient en fin de vie et de sa famille.

À travers les auditions des personnels soignants et du Tavana de Mahina, le CESEC confirme également l'importance de la culture polynésienne dans laquelle la mort demeure un sujet parfois « *tabou* », où par pudeur le polynésien préfère utiliser les termes « *partir ou s'en aller rejoindre le Seigneur* » plutôt que « *mourir* ». Cette dimension culturelle peut rendre plus délicats les échanges autour des directives anticipées et influencer la manière dont sont perçus et acceptés les soins palliatifs.

Le CESEC cite par ailleurs un rapport¹² réalisé notamment sous l'égide de la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité indiquant que la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes implique un lourd travail domestique au quotidien, qui est inégalement réparti au sein des familles. L'épuisement de l'aidant constitue un terrain à risque et les familles peuvent rapidement être dépassées par la surcharge de travail et les trajectoires de vie impactées.

Enfin, l'Institution constate pour le déplorer que les moyens de communication dédiés à ces dispositifs restent très insuffisants et l'absence d'information et de sensibilisation publique, ainsi que le manque de campagnes de formation, contribuent à une méconnaissance de l'accompagnement palliatif tant chez les professionnels que pour la population locale.

¹² Sociologie des violences domestiques- Rapport d'enquête scientifique 2023 – Maison des sciences de l'homme du Pacifique.

- **Sur l'extension de la proposition de loi relative aux soins palliatifs**

Sur la consultation préalable

Le CESEC salue les objectifs globaux de cette loi qui reposent sur les principes fondamentaux d'égalité d'accès aux soins, de dignité humaine et de solidarité envers les personnes en souffrance. Elle traduit une volonté d'adapter le système de santé aux enjeux contemporains fondée sur une coordination pluridisciplinaire, une médicalisation renforcée et le développement de structures intermédiaires de prise en charge de la fin de vie. Dans le contexte polynésien, cette ambition répondrait aux attentes des patients, des familles, des associations d'aidants, des professionnels de santé et des autorités religieuses.

Il souligne qu'avant toute extension d'une loi nationale en matière de santé, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de l'organisation des soins palliatifs, une consultation large des acteurs locaux apparaît indispensable. Elle constitue en effet la garantie que les orientations retenues seront mieux adaptées aux réalités sanitaires, sociales et géographiques de la Polynésie française.

Sur l'étude d'impact et l'organisation sanitaire

Cependant, une extension de cette loi en Polynésie française suppose un niveau d'organisation, de formation et de ressources qui interroge la capacité du modèle de santé polynésien à y répondre. À ce jour, cette capacité est déjà considérée insuffisante au regard des besoins réels.

Le développement des soins palliatifs de proximité — y compris à domicile — impose des prérequis techniques et logistiques en Polynésie française qu'il convient de mesurer et de fiabiliser. L'adaptation aux réalités insulaires nécessite une réflexion collective sur le maillage territorial, l'optimisation des ressources et la mobilisation des acteurs communautaires ou associatifs.

Le CESEC regrette ainsi l'absence d'études d'impact préalables à une extension en Polynésie française et souligne le besoin impérieux d'un diagnostic sanitaire territorial partagé et actualisé sur la question des soins palliatifs.

Par conséquent, **le CESEC recommande d'élaborer une cartographie fine de l'offre en soins palliatifs sur l'ensemble du territoire polynésien**, incluant les établissements de santé, l'HAD, les ressources humaines et les relais associatifs. **Il préconise à cet effet l'élaboration, dans le cadre du Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS) d'une prospective sur 3-5 ans**, en définissant les objectifs quantitatifs nécessaires (nombre de lits, recrutements, professionnels formés, structures référentes).

Sur le plan stratégique, **le CESEC encourage une coordination renforcée entre les services de santé, les acteurs sociaux et les communes. Il recommande fortement que l'EMSP et l'HAD soient désignés en tant que « référents et acteurs pivot du dispositif palliatif polynésien »**, en valorisant leurs compétences (création d'un service dédié aux soins palliatifs au CHPF avec augmentation du nombre de lits), leurs moyens (financiers, humains, techniques et en formation), leur couverture sanitaire (favoriser davantage les déplacements dans les îles et augmenter les places en HAD notamment¹³), le tout en cohérence avec les besoins du Pays.

L'exercice professionnel en soins palliatifs s'avère particulièrement exigeant tant sur le plan émotionnel que physique¹⁴. Les personnels soignants concernés sont régulièrement confrontés à la souffrance, à la fin de vie et au deuil. Cette tension se conjugue à des responsabilités techniques importantes (soins complexes, gestion de la douleur, etc.) et des sollicitations parfois éprouvantes des familles. Aussi, **le CESEC préconise la mise en place de dispositifs pérennes d'accompagnement psychologique et de**

¹³ L'HAD NATI EA a 24 places autorisées quand les besoins seraient de 90 à 100 places pour l'ensemble de la Polynésie française dont 75 à Tahiti ;

¹⁴ Une enquête nationale de 2022 auprès de 379 professionnels en soins palliatifs a mis en évidence un niveau élevé de détresse.

prévention de l'épuisement professionnel (rotations régulières, espaces de repos et de décompression en milieu professionnel, soutien psychologique et formation continue à la gestion du stress, etc.).

Par ailleurs, **le CESEC soutient une orientation plus précoce vers les soins palliatifs, recentrés sur les besoins réels des patients qui permettrait d'éviter le recours à des actes médicaux inappropriés, invasifs et coûteux** – tels que des chimiothérapies en phase terminale, des hospitalisations répétées ou encore des soins intensifs sans bénéfice avéré. Dans ce sens, le développement des hospitalisations à domicile mieux coordonnées permettrait de répondre aux souhaits des patients de terminer leur vie chez eux et de limiter certains soins hospitaliers onéreux.

En renfort à un véritable réseau structuré de soins palliatifs et face à un défi territorial quasi-insurmontable, **le CESEC recommande la mise en place de réseaux HAD et le développement de la médecine distancielle (télémédecine).**

Il préconise également d'initier un plan local de formation destiné aux professionnels de santé en soins palliatifs, la création d'un module universitaire spécifique en médecine et davantage de formations aux soins palliatifs pour les infirmiers, les aides-soignants, les aidants *feti'i*¹⁵ et les familles.

Le CESEC recommande que les personnels soignants, et en particulier ceux arrivant en Polynésie française soient formés aux spécificités culturelles polynésiennes, notamment quant à la perception traditionnelle de la mort et apportent ainsi une écoute adaptée.

L'Institution préconise d'apporter un soutien renforcé aux aidants et aux familles mais aussi d'adapter culturellement les messages de sensibilisation en formant les soignants à une communication appropriée quant à l'annonce de la maladie du patient et les choix liés aux soins palliatifs.

Dans cette démarche, **il souhaite que soient favorisées des campagnes d'information et de sensibilisation** aux valeurs d'éthique¹⁶, d'empathie et de solidarité à l'égard des personnes en souffrance, y compris dans les établissements scolaires, les familles et les structures médico-socio-éducatives.

3) Sur le financement d'une stratégie décennale des soins d'accompagnement et les effets attendus de la loi en termes de coûts

Pour financer le renforcement du dispositif des soins palliatifs et d'accompagnement des malades, le CESEC rappelle que l'article 7 de la PPL prévoit un engagement financier de l'État de 1,1 milliard d'euros sur dix ans, soit environ 131 milliards de F CFP, pour la mise en œuvre d'une stratégie décennale des soins palliatifs à l'échelle nationale. Cette enveloppe ne comprend pas les besoins en soins palliatifs de la Polynésie française.

À titre indicatif, une extrapolation linéaire à la population de la Polynésie française (environ 300 000 habitants) représenterait une enveloppe supplémentaire théorique minimum d'environ 600 millions de F CFP sur dix ans, soit 60 millions F CFP par an¹⁷.

Une hypothèse de cadrage plus adaptée aux réalités locales pourrait situer les besoins autour de 160 millions F CFP par an, soit 1,6 milliard sur dix ans.

En effet, et selon certains professionnels de santé, plusieurs facteurs propres à la Polynésie française appellent à une réévaluation de cette estimation. Le coût de la vie y est sensiblement plus élevé qu'en

¹⁵ Arrêté n° 729 CM du 16 mai 2019 rendant exécutoire la délibération n° 1-2019 CG.RSPF du 8 avril 2019 relative à la mise en place de l'aide "Aidant Feti'i" en faveur des personnes âgées et/ou handicapées ;

¹⁶ Ensemble des principes et des valeurs qui guident les comportements humains, visant à accepter ce qui est moralement acceptable ou non dans une situation donnée ;

¹⁷ Arrêté n° 479 CM du 11 avril 2025 rendant exécutoire la délibération n° 48-2025 CHPF du 13 mars 2025 du Centre hospitalier de la Polynésie française fixant les tarifs applicables pour l'exercice 2025.

métropole. Par ailleurs, **les contraintes géographiques et logistiques** — insularité, dispersion de la population, éloignement des centres de soins — complexifient l'organisation des prises en charge. Enfin, l'offre de soins palliatifs demeure à ce jour peu structurée sur l'ensemble de notre collectivité, nécessitant des investissements préalables importants en matière de ressources humaines, de formation, de logistique et d'équipements.

Ce niveau de financement, qui intègre d'emblée les surcoûts structurels liés au contexte polynésien, constitue un point de départ réaliste pour permettre un déploiement progressif de l'offre de soins palliatifs.

La mise en place de l'Observatoire de la santé, prévue par la proposition de loi, permettra de produire les données nécessaires à une évaluation affinée des besoins humains, matériels et financiers, et ainsi d'ajuster le cadrage budgétaire de manière objective.

Certes, un tel renforcement des soins palliatifs pourrait, à moyen et long terme, contribuer à une meilleure efficacité du système de santé mais la Polynésie n'a pas la capacité d'absorber les dépenses nécessaires à la mise en œuvre d'une loi nationale créatrice d'une garantie d'accès pour tous aux soins palliatifs.

Aussi, le CESEC considère qu'il appartient à l'État de s'engager et de sanctuariser de manière pérenne une enveloppe budgétaire spécifique, afin de permettre au Pays d'appliquer la loi projetée et ce, d'autant que la « santé » relève d'une compétence de la Polynésie française.

Compte tenu des spécificités propres à la Polynésie française et de la nécessité d'un financement dédié, le CESEC considère qu'il est impératif que nos parlementaires et les autorités du Pays soient pleinement associés à l'élaboration d'une ordonnance distincte qui apporte toutes les garanties de mise en œuvre de la proposition de loi visant à l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, en Polynésie française.

III – B : De la proposition de loi n° 661 relative au droit à l'aide à mourir

La proposition de loi n° 661 relative au droit à l'aide à mourir, adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 27 mai 2025¹⁸, autorise à titre dérogatoire, personnel et de manière encadrée une personne à solliciter une assistance médicale pour mettre fin à ses jours dans certaines conditions.

1) Principes fondamentaux, conditions et procédure

« Le droit à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 1111-12-2 à L. 1111-12-7, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas physiquement en mesure d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin ou par un infirmier » (article 2 – 6° de la PPL).

Pour y accéder, une personne doit remplir les **cinq conditions cumulatives** suivantes :

- Être **majeure** ;
- Être de **nationalité française** ou résider de façon stable et régulière en France ;
- Être atteinte d'une **affection grave et incurable**, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée, caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie, ou en phase terminale ;
- Présenter une **souffrance physique ou psychologique** constante liée à cette affection, qui est soit **réfractaire** aux traitements, soit **insupportable**. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier du droit à l'aide à mourir ;
- Être **apte à manifester sa volonté** de façon libre et éclairée.

¹⁸ PPL adoptée par 305 voix pour, 199 contre et 57 abstentions.

La demande du droit à l'aide à mourir doit être personnelle, réitérée par écrit et formulée sans pression, dans un contexte de discernement confirmé.

Elle est évaluée par une équipe collégiale (médecin référent, médecin indépendant, soignant) dans un délai de 15 jours.

Si l'avis est favorable, un délai de réflexion de 2 jours est imposé avant la confirmation écrite de la demande. La substance létale peut ensuite être auto-administrée (voie orale ou intraveineuse), ou administrée par un professionnel si la personne en est physiquement incapable.

Une clause de conscience permet à tout soignant de refuser de participer, à condition d'assurer la continuité du parcours de soin.

2) Une évolution majeure du cadre légal

Le CESEC salue les garanties procédurales encadrant ce droit nouveau, tout en soulignant les limites et risques inhérents à sa mise en œuvre dans un contexte local insuffisamment préparé.

Le CESEC remarque que la PPL n° 661 introduit un changement de paradigme fondamental : il ne s'agit plus d'accompagner la mort comme dans le cadre de la loi CLAEYS-LEONETTI de 2016 — qui autorise la sédation profonde et continue jusqu'au décès, sans en provoquer l'issue — mais de permettre, dans des conditions encadrées, l'accès légal à un acte visant intentionnellement la mort, à la demande explicite du patient. La logique palliative, fondée sur le soulagement des souffrances sans raccourcir la vie, est ainsi complétée, voire dépassée, par une logique d'aide active à mourir, fondée sur la reconnaissance d'un droit individuel à choisir le moment et les modalités de sa propre fin.

Tableau comparatif entre la sédation profonde et continue jusqu'au décès et de l'aide à mourir¹⁹ :

Critère	Sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD)	Aide à mourir (proposition de loi – 27 mai 2025)
Cadre légal actuel/proposé	Encadrée par la loi Claeys-Léonetti (février 2016) et le guide HAS (2020)	Proposition de loi adoptée en première lecture le 27 mai 2025 portant sur un droit à l'« aide à mourir »
Intention de l'acte	Soulagement de la souffrance sans intention de provoquer la mort	Autoriser un acte ayant pour but la mort (suicide assisté ou administration de substance létale)
Patient concerné	En fin de vie — pronostic vital engagé à court terme (quelques heures/jours) et souffrance réfractaire	Majeurs, résidents en France, maladie grave incurable avec pronostic vital engagé à court ou moyen terme, souffrance physique ou psychologique réfractaire ou insupportable
Procédure / Décision	Décision collégiale multidisciplinaire selon le guide HAS (médecins, équipe de soins palliatifs, etc.)	Demande médicale formelle + évaluation collégiale (au moins deux médecins + un soignant) + délai de réflexion d'au moins deux jours
Administration du produit	Sédation continue par sédatif (souvent midazolam), pas de produit létal	Substance létale fournie au patient pour auto-administration ou administration par un professionnel si incapacité physique

¹⁹ Sources : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs / Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé / Sénat

Temporalité du décès	Décès par évolution naturelle de la maladie, délai imprévisible (heures/jours)	Mort provoquée dans un délai prévu (auto- ou administration sous contrôle), dans un cadre réfléchi
Effet sur la durée de vie	Ne vise pas à écourter la vie — l'effet sur la durée n'est pas recherché	Mort intentionnelle et accélération volontaire du décès normée
Clause de conscience (professionnels)	Non explicitement prévue, mais encadrement professionnel strict selon HAS	Clause explicite permettant aux soignants de refuser de participer, avec obligation d'orienter vers un confrère acceptant

Cette évolution soulève plusieurs questions essentielles :

D'une part, la valeur du consentement : si le texte prévoit des garanties procédurales importantes, le CESEC rappelle que la capacité à exprimer une volonté libre, éclairée et stable peut être altérée dans les contextes de grande souffrance physique ou psychique, ou en cas de dégradation cognitive. Il existe donc un risque de demande influencée par la douleur, la solitude, la peur ou un sentiment de charge pour l'entourage.

D'autre part, la proposition modifie profondément la relation de soin, en faisant du médecin — ou de l'infirmier — un possible acteur de la mort, et non plus seulement un accompagnant de la vie jusqu'à son terme. Pour le CESEC, cette nouvelle responsabilité appelle une réflexion sur la conscience professionnelle et la protection des soignants, notamment à travers la clause de conscience prévue par le texte.

3) Entre accompagnement palliatif et liberté de mourir : Des regards divergents

Aux termes de l'exposé des motifs qui accompagne la PPL, « *cette loi serait attendue par une très grande majorité de nos citoyens, et ne peut pas et ne doit pas être à nouveau mise de côté. Qui n'a jamais été confronté dans sa vie à cette question particulièrement douloureuse : que veut dire "vivre" quand vivre n'est plus que souffrir, sans espoir de guérison ?* ».

Du point de vue des soignants

Les auditions et travaux menés par le CESEC ont mis en lumière deux approches différentes au sein des soignants face à la proposition de loi sur le droit à l'aide à mourir :

L'EMSP du CHPF et un médecin de l'HAD ont exprimé de fortes réserves. Selon eux, dans la grande majorité des cas, lorsque les soins palliatifs sont de qualité et accompagnés d'une écoute attentive, **les patients ne demandent pas à mourir**. Ils affirment que **l'élan vital reste très fort**, même en situation de grande vulnérabilité, et que les demandes réelles du droit à l'aide à mourir sont extrêmement rares, de l'ordre de 1 sur 100.

Ces professionnels soulignent surtout le manque d'information sur les droits existants, notamment la possibilité, dans certaines situations, **de recourir à la sédation profonde et continue jusqu'au décès**. Leur crainte est que l'on privilégie un nouveau droit, qui ne concernerait que des cas très exceptionnels, au détriment de priorités de santé publique bien plus urgentes, comme l'accès équitable aux soins palliatifs.

Ils insistent donc sur la nécessité d'une **culture palliative plus efficiente**, et d'un système de soins mieux organisé, dans lequel tous les professionnels de santé — pas seulement les spécialistes — puissent accompagner la fin de vie de façon adaptée.

Pour autant, dans son avis « Fin de vie : la France à l'heure des choix » (avril 2018), le CESE a relayé la parole de soignants favorables à une évolution législative. Ces professionnels, confrontés à des situations

désespérées, estiment que, **dans certains cas, ni les soins palliatifs ni la sédation ne suffisent à soulager la souffrance ou à respecter une volonté de mourir dans la dignité.**

D'autres soignants²⁰ estiment également que reconnaître à une personne le droit de choisir sa fin de vie n'est pas trahir l'éthique médicale, mais **une liberté individuelle** : « *Laisser au patient la liberté de choisir sa fin de vie est-il en contradiction avec le serment d'Hippocrate ? Avec sa lettre, oui. Avec son esprit, non.* ». Ils considèrent également que la PPL peut constituer un cadre légal pour **réduire les euthanasies clandestines** — « *Les euthanasies existent. Il y en aurait 2500 à 4000 par an²¹. On peut le nier, on peut le regretter, on peut s'en offusquer. [...]. Entre 5 et 10 euthanasies sont pratiquées quotidiennement en France.* » — et éviter des décisions prises dans le non-dit, génératrices de tensions morales et de risques juridiques. Ils plaident ainsi pour un encadrement légal plus transparent et sécurisé.

Du point de vue religieux

La Polynésie française, où le fait religieux reste fortement ancré dans la société, ne saurait ignorer les voix spirituelles dans un débat aussi fondamental que celui de la fin de vie.

Lors de ses commissions de travail, le CESEC a auditionné plusieurs représentants des confessions religieuses²² présentes en Polynésie française. Tous ont exprimé une opposition ferme à la légalisation du droit à l'aide à mourir telle que proposée par la PPL n° 661. Cette convergence de vues s'inscrit dans une conception partagée selon laquelle **la vie humaine constitue un don sacré** qui ne peut être volontairement abrégé.

Pour l'Église catholique, la société commettrait une « *grave erreur* » en adoptant cette loi, qui serait une « *brèche inquiétante dans les remparts de notre civilisation* ». Elle souligne que la priorité doit être donnée aux soins palliatifs et à l'instauration d'une culture de vie et non de mort : « *On donne la vie, on ne donne pas la mort.* » L'Église adventiste du septième jour, également entendue par le CESEC, a affirmé son refus d'une loi qui « *tue par compassion* », considérant que la vie humaine ne peut être abrégée même sous l'angle de l'altruisme ou de la souffrance. De même, l'Église de Jésus-Christ des saints des derniers jours a rappelé que soulager la douleur est un devoir éthique fondamental, mais aider activement à mourir ne peut en faire partie.

• **Sur l'extension de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir**

Le CESEC, après avoir entendu un large éventail d'acteurs (parlementaires, ministère de la santé, CHPF, HAD, ARASS, soignants et professionnels de santé, représentants religieux, Tavana de Mahina, associations), prend acte de la portée éthique, sociétale et juridique de la proposition de loi n° 661 relative au droit à l'aide à mourir.

Il reconnaît les avancées en matière de respect de la volonté individuelle et les garanties procédurales prévues par le texte. Toutefois, au regard des spécificités culturelles, religieuses et sanitaires propres à la Polynésie française, ainsi que des incertitudes liées à l'expression d'un consentement véritablement libre en situation de vulnérabilité, le CESEC **émet des réserves quant à la transposition immédiate de cette proposition de loi dans le droit local.**

En outre, le CESEC attire l'attention sur le risque que le droit à mourir puisse devenir, dans certaines situations de précarité ou d'isolement social et géographique, un choix par défaut faute d'autres alternatives (accompagnement de qualité, etc.).

²⁰ Cf. Document présenté par le Sénateur Teva ROHFRITSCH en commission "Santé solidarités" ;

²¹ Reportage d'Envoyé spécial diffusé en novembre 2024 sur France Télévision.

²² L'Église protestante Maohi n'a pu répondre présente en raison de la tenue de son synode aux Australes.

Le CESEC prend acte de l'adhésion exprimée par les personnes qui ont répondu en faveur du principe **d'un droit** à l'aide à mourir lors de la consultation publique qu'il a organisée. Ces résultats mériteraient d'être complétés par une enquête auprès des patients.

Par ailleurs, il estime que ce sondage est influencé par le fait qu'il s'inscrit dans un contexte où les soins palliatifs sont encore très peu satisfaisants. Son avis, fondé sur une analyse pluraliste, repose sur une approche de responsabilité collective, attentive aux spécificités culturelles, sociales et sanitaires du Pays, ainsi qu'aux conditions réelles de mise en œuvre (fort élan de vie des patients dans la réalité).

Dans l'attente d'une consultation et d'une concertation approfondies, d'une évaluation de la situation des soins palliatifs sur le territoire, telle que préconisée ci-dessus, et d'une sensibilisation large de la population, le CESEC préconise de ne pas appliquer en l'état la proposition de loi n° 661 en Polynésie française. Une méconnaissance du droit et des règles applicables en ce domaine justifie la nécessité d'une concertation et d'un débat local, avant toute extension de cette réglementation en Polynésie française, par voie d'ordonnance.

Enfin, dans l'hypothèse où la loi sur le droit à l'aide à mourir viendrait à être étendue à la Polynésie française, **le CESEC souligne que, sans un renforcement préalable et effectif de l'offre de soins palliatifs, l'égalité d'accès à ces soins sur l'ensemble de la collectivité demeure, à ce jour, une perspective largement illusoire.**

Il recommande néanmoins :

- De maintenir le droit à l'aide à mourir comme un droit d'exception, réservé à des situations extrêmes, dans un cadre médical strictement encadré ;
- De garantir la liberté de conscience des soignants, avec un système de relais en cas de refus d'intervention ;
- D'adapter la loi aux réalités culturelles, sociales et religieuses locales ;
- D'organiser les formations des soignants, des aidants fét'i et des familles ;
- De protéger les personnes vulnérables contre les risques de pression ou d'isolement, en renforçant l'accompagnement humain et éthique ;
- D'organiser un débat éthique, une concertation locale approfondie ;
- De sensibiliser les jeunes générations aux enjeux éthiques, humains et sociaux liés à la fin de vie, afin de construire une société où l'autonomie de chacun soit respectée, mais jamais isolée ;
- D'associer nos parlementaires et les autorités publiques du Pays à la rédaction de l'ordonnance portant extension de ce dispositif en Polynésie française.

* * * * *

IV - CONCLUSION

Le CESEC salue les objectifs poursuivis par la proposition de loi n° 662 visant à garantir un égal accès à l'accompagnement et aux soins palliatifs sur l'ensemble de la collectivité. Il y voit un levier essentiel de dignité, de solidarité et de justice sociale pour les personnes en fin de vie, et appelle à une mobilisation coordonnée des moyens humains, matériels et financiers pour sa mise en œuvre effective en Polynésie française. Le CESEC rappelle qu'il appartient à l'État de garantir l'effectivité de ce droit sur l'ensemble du territoire national, y compris en Polynésie française, et de mettre en œuvre les moyens financiers correspondants.

En revanche, s'agissant de la proposition de loi n° 661 relative au droit à l'aide à mourir, le CESEC exprime de fortes réserves. Si la reconnaissance d'une liberté individuelle en fin de vie interpelle, elle ne saurait faire l'impasse sur les spécificités culturelles, religieuses, sociales et sanitaires du Pays. Dans l'état actuel du débat local, le CESEC considère que les conditions ne sont pas réunies pour envisager l'application de cette législation en Polynésie française.

Bien qu'une consultation élargie en ligne ait montré un fort soutien (plus de 80 %) au droit à l'aide à mourir, le CESEC, conformément à son rôle institutionnel de représentation de la société civile organisée, fonde son avis sur une approche globale et plurielle, éclairée par les auditions menées auprès des parlementaires, des autorités du Pays en matière de santé, de professionnels de santé, d'experts, de citoyens et d'autorités religieuses, et tenant compte des réalités concrètes du Pays.

Le CESEC prend acte de l'adhésion exprimée par les personnes qui ont répondu en faveur du principe **d'un droit** à l'aide à mourir lors de la consultation publique qu'il a organisée. Ces résultats mériteraient d'être complétés par une enquête auprès des patients.

Par ailleurs, il estime que ce sondage est influencé par le fait qu'il s'inscrit dans un contexte où les soins palliatifs sont encore très peu satisfaisants. Son avis, fondé sur une analyse pluraliste, repose sur une approche de responsabilité collective, attentive aux spécificités culturelles, sociales et sanitaires du Pays, ainsi qu'aux conditions réelles de mise en œuvre (fort élan de vie des patients dans la réalité).

Ainsi, le CESEC souligne que les conditions concrètes de sa mise en œuvre — notamment l'inégale répartition des soins palliatifs, les risques de pression sociale ou familiale, et l'absence de concertation locale approfondie — constituent des freins majeurs.

Il appelle donc à **renforcer la culture palliative** dans toutes ses dimensions avant d'envisager toute évolution sur le droit à l'aide à mourir. Toute avancée législative en la matière devra impérativement s'appuyer sur un socle consolidé de soins palliatifs accessibles, sur une évaluation territoriale rigoureuse, et sur un débat local éthique, apaisé et concerté.

Par conséquent, et eu égard aux réalités spécifiques de la Polynésie française en matière d'accès aux soins, de ressources humaines, de cadre culturel et religieux, ainsi qu'en l'état actuel du débat public local, le CESEC émet :

- **Un avis favorable** à la proposition de loi n° 662 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs, **considérée comme une priorité sanitaire**, sociale et humaine dans le contexte polynésien, sous réserves des observations et recommandations qui précèdent ;
- **Un avis défavorable** à la proposition de loi n° 661 relative au droit à l'aide à mourir **en l'état**, estimant que **les conditions de mise en œuvre ne sont à ce jour ni réunies, ni adaptées à la Polynésie française**, et qu'une telle évolution nécessite en amont un débat éthique, une concertation locale approfondie associant citoyens, élus, communes, associations, personnels soignants, familles et confessions religieuses, ainsi qu'un renforcement préalable du droit aux soins palliatifs.

SCRUTIN

SUR LA PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR L'ÉGAL ACCÈS DE TOUS À L'ACCOMPAGNEMENT ET AUX SOINS PALLIATIFS

Nombre de votants :		44
Pour :		44
Contre :		0
Abstention :		0

ONT VOTÉ POUR : 44

Représentants des entrepreneurs

01	ANTOINE-MICHARD	Maxime
02	LABBEYI	Sandra
03	PLEE	Christophe
04	ROIHAU	Andréa
05	TREBUCQ	Isabelle
06	TROUILLET	Mere

Représentants des salariés

01	FONG	Félix
02	GALENON	Patrick
03	LE GAYIC	Vaitea
04	ONCINS	Jean-Michel
05	POHUE	Patrice
06	SOMMERS	Eugène
07	TAEATUA	Edgar
08	TEHEI	Vaïrea
09	TERIINOHORAI	Atonia
10	TEUIAU	Avaiki
11	TIFFENAT	Lucie
12	YIENG KOW	Diana

Représentants du développement

01	BONNAT	Anne-Sophie
02	ELLACOTT	Stanley
03	LAI	Marguerite
04	MAAMAATUAIAHUTAPU	Moana
05	PEREYRE	Moea
06	ROOMATAAROA-DAUPHIN	Voltina
07	TEFAATAU	Karl
08	TEMAURI	Yvette
09	THEURIER	Alain
10	UTIA	Ina

Représentants de la cohésion sociale et de la vie collective

01	BAMBRIDGE	Maïana
02	CARILLO	Joël
03	CHUNG TIEN	Tahia
04	FOLITUU	Makalio
05	KAMIA	Henriette
06	LUCIANI	Karel
07	NORMAND	Léna
08	PORLIER	Teikinui
09	PROVOST	Louis
10	RAOULX	Raymonde

11 TERIITERAAHAUMEA
12 VITRAC

Patricia
Marotea

Représentants des archipels

01 BARSINAS
02 BUTTAUD
03 HAUATA
04 WANE

Marc
Thierry
Maximilien
Maeva

SCRUTIN

SUR LA PROPOSITION DE LOI RELATIVE AU DROIT À L'AIDE À MOURIR

Nombre de votants :		44
Pour :		30
Contre :		14
Abstention :		0

ONT VOTÉ POUR : 30

Représentants des entrepreneurs

01	ROIHAU	Andréa
----	--------	--------

Représentants des salariés

13	FONG	Félix
14	GALENON	Patrick
15	LE GAYIC	Vaitea
16	POHUE	Patrice
17	SOMMERS	Eugène
18	TAEATUA	Edgar
19	TEHEI	Vairea
20	TERIINOHORAI	Atonia
21	TEUIAU	Avaiki
22	TIFFENAT	Lucie

Représentants du développement

11	BONNAT	Anne-Sophie
12	LAI	Marguerite
13	MAAMAATUAIAHUTAPU	Moana
14	ROOMATAAROA-DAUPHIN	Voltina
15	TEMAURI	Yvette
16	UTIA	Ina

Représentants de la cohésion sociale et de la vie collective

13	BAMBRIDGE	Maiana
14	CARILLO	Joël
15	CHUNG TIEN	Tahia
16	FOLITUU	Makalio
17	LUCIANI	Karel
18	NORMAND	Léna
19	PORLIER	Teikinui
20	PROVOST	Louis
21	RAOULX	Raymonde
22	VITRAC	Marotea

Représentants des archipels

05	BARSINAS	Marc
06	HAUATA	Maximilien
07	WANE	Maeva

Représentants des entrepreneurs

07	ANTOINE-MICHARD	Maxime
08	LABBEYI	Sandra
09	PLEE	Christophe
10	TREBUCQ	Isabelle
11	TROUILLET	Mere

Représentants des salariés

01	ONCINS	Jean-Michel
02	YIENG KOW	Diana

Représentants du développement

01	ELLACOTT	Stanley
02	PEREYRE	Moea
03	TEFAATAU	Karl
04	THEURIER	Alain

Représentants de la cohésion sociale et de la vie collective

01	KAMIA	Henriette
02	TERIITERAAHAUMEA	Patricia

Représentants des archipels

01	BUTTAUD	Thierry
----	---------	---------

7 (sept) réunions tenues les :
16, 21, 22, 23 juillet et 5 août 2025
par la commission « Santé et solidarités »
dont la composition suit :

MEMBRE DE DROIT

Madame Voltina ROOMATAAROA-DAUPHIN, Présidente du CESEC

BUREAU

- | | | |
|--------------------|----------|-----------------|
| ▪ PROVOST | Louis | Président |
| ▪ TERIITERAAHAUMEA | Patricia | Vice-présidente |
| ▪ LE GAYIC | Vaitea | Secrétaire |

RAPPORTEURS

- | | |
|--------------------|----------|
| ▪ TERIITERAAHAUMEA | Patricia |
| ▪ GALENON | Patrick |

MEMBRES

- | | |
|-------------------|---------------|
| ▪ ANTOINE-MICHARD | Maxime |
| ▪ BAMBRIDGE | Maiana |
| ▪ BARSINAS | Marc |
| ▪ BENHAMZA | Jean-François |
| ▪ BONNAT | Anne-Sophie |
| ▪ CARILLO | Joël |
| ▪ HAUATA | Maximilien |
| ▪ KAMIA | Henriette |
| ▪ LABBEYI | Sandra |
| ▪ LAI | Marguerite |
| ▪ LE GAYIC | Vaitea |
| ▪ LUCIANI | Karel |
| ▪ MOSSER | Thierry |
| ▪ NESA | Martine |
| ▪ PEREYRE | Moea |
| ▪ POHUE | Patrice |
| ▪ ROIHAU | Andréa |
| ▪ TEFAATAU | Karl |
| ▪ TEHEI | Vairea |
| ▪ TEMAURI | Yvette |
| ▪ TEUIAU | Avaiki |
| ▪ THEURIER | Alain |
| ▪ TREBUCQ | Isabelle |
| ▪ YIENG KOW | Diana |

MEMBRES AYANT ÉGALEMENT PARTICIPÉ AUX TRAVAUX

- | | |
|------------|---------|
| ▪ FOLITUU | Makalio |
| ▪ NORMAND | Léna |
| ▪ TIFFENAT | Lucie |

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

- | | | |
|------------|---------|--------------------------------------|
| ▪ BONNETTE | Alexa | Secrétaire générale |
| ▪ NAUTA | Flora | Secrétaire générale adjointe |
| ▪ NORDMAN | Avearii | Responsable du secrétariat de séance |
| ▪ BIZIEN | Alizée | Secrétaire de séance |

LE CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL, ENVIRONNEMENTAL ET CULTUREL DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

La Présidente du Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française,

Le Président et les membres de la commission « Santé et solidarités » remercient, pour leur contribution à l'élaboration du présent avis,

Particulièrement,

Au titre des Parlementaires de la Polynésie française :

- **Monsieur Teva ROHFRICTSCH**, sénateur de la Polynésie française
- **Madame Nicole SANQUER**, députée de la Polynésie française
- **Madame Mereana REID ARBELOT**, députée de la Polynésie française
- **Monsieur Moerani FREBAULT**, député de la Polynésie française
- **Madame Stéphanie PATER**, collaboratrice de Mme SANQUER
- **Madame Tuhere HOLOZET**, collaboratrice de Mme REID ARBELOT
- **Madame Emma MATTHIEU**, collaboratrice de M. FREBAULT
- **Monsieur Thierry NUN FAT**, collaborateur de M. FREBAULT
- **Monsieur Teiki DUBOIS**, assistant parlementaire de M. FREBAULT

Au titre de l'Assemblée de la Polynésie française (APF) :

- **Madame Patricia PAHIO-JENNINGS**, présidente de la Commission de la santé et des solidarités
- **Madame Teremu'ura KOHUMOETINI-RURUA**, représentante
- **Monsieur Aroarii FREBAULT**, collaborateur

Au titre du Ministère de la santé, en charge de la prévention et de la protection sociale généralisée (MSP) :

- **Monsieur Cédric MERCACAL**, ministre
- **Madame Catherine COLOMBET**, conseillère technique

Au titre de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) :

- **Madame Merihère GUY ép. WILLIAMS**, directrice
- **Madame Caroline GREPIN**, directrice adjointe
- **Madame Sophie BONIFAIT**, responsable des affaires juridiques

Au titre du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) :

- **Madame Hani TERIIPAIA ép. OTT**, directrice
- **Madame Wanda PARKER**, directrice de la coordination et de l'offre de soins
- **Docteur Tony TEKUATAOA**, président de la commission médicale d'établissement
- **Docteur Mathilde GIROUD**, médecin praticien spécialisé en médecine palliative et douleur
- **Docteur Olivier GRANDCOLIN**, médecin praticien spécialisé en médecine palliative et douleur
- **Madame Elisa TIARII**, infirmière diplômée d'État spécialisée en soins palliatifs et en douleur
- **Docteur Sophie BRILLAND**, psychologue clinicien

- ✚ Au titre de l'Institut du cancer de Polynésie française (ICPF) :
 - **Madame Teanini TEMATAHOTOA**, directrice
 - **Docteur Jean François MOULIN**, oncologue médical
- ✚ Au titre de la Commune de Mahina :
 - **Monsieur Damas TEUIRA**, maire
- ✚ Au titre de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) :
 - **Docteur Tuterai TUMAHAI**, médecin chef du service Contrôle médical
- ✚ Au titre de l'HAD Nati ea - Hospitalisation à domicile :
 - **Monsieur Christophe MOREAU**, directeur d'activité
 - **Docteur Jordan GUILLOT**, médecin HAD spécialisé dans les soins palliatifs
- ✚ Au titre des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :
 - **Madame Sabine LAZAREVITCH**, directrice de la Résidence les Oréades
- ✚ Au titre du Conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française (COPPF) :
 - **Docteur Philippe-Emmanuel DUPIRE**, président
- ✚ Au titre du Syndicat des infirmiers libéraux de Polynésie française (SILPF) :
 - **Monsieur Jérôme FERNANDEZ**, président
- ✚ Au titre de l'Archidiocèse de Papeete :
 - **Monseigneur Jean-Pierre COTTANCEAU**, archevêque
 - **Père Landry BOYER**, vicaire général
- ✚ Au titre de l'Église de Jésus-Christ des saints des derniers jours :
 - **Elder Frédéric RIEMER**, président
- ✚ Au titre de l'Église adventiste du septième jour :
 - **Madame Matha WILLIAMS**, ministre de la santé de l'Église
- ✚ Au titre de l'Association des familles catholiques de Polynésie (AFC) :
 - **Monsieur François FREMINE**, vice-président
 - **Monsieur Robert MARZIN**, 2^{ème} vice-président