



Avis du 21 avril 2023 :
Pour un meilleur accompagnement des fins de vie
adopté en « procédure d'urgence » par la Commission permanente

« Ce n'est pas la mort que je crains,
c'est de mourir. »

Michel de MONTAIGNE

LE CONTEXTE

La [loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie](#), dite CLAEYS-LEONETTI, a introduit dans le droit français la possibilité d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Cette disposition avait pour objectif de répondre à la situation des personnes en toute fin de vie, dont les souffrances n'étaient pas ou plus soulageables.

Toutefois, elle ne semble pas répondre à toutes les situations, ni à toutes les demandes, comme l'a mentionné le [Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé](#) (CCNE) en 2022, dans son [avis 139](#) qui souligne la nécessaire conciliation de deux principes fondamentaux : le devoir de solidarité envers les personnes les plus vulnérables et le respect de l'autonomie de la personne. Le CCNE souligne l'importance de renforcer les mesures de santé publique dans le domaine des soins palliatifs ainsi que des repères éthiques en cas d'évolution de la législation.

Un débat s'est donc engagé, conforté par les pouvoirs publics, pour savoir s'il était souhaitable de faire évoluer la loi pour permettre une aide active à mourir, sous forme soit de suicide assisté, soit d'euthanasie, soit avec ces deux possibilités¹. Une [convention citoyenne sur la fin de vie](#) a été mise en place, des travaux parlementaires engagés.

Méthode d'élaboration de l'avis

La Conférence nationale de santé (CNS) s'est autosaisie le **08 juillet 2022 sur le thème de « l'inégalité d'accès à l'accompagnement à la fin de vie »** dans le cadre des concertations lancées par M. Emmanuel MACRON, Président de la République, sur ce sujet.

¹ [NDLR : Cf. [focus aide active a mourir.pdf \(parlons-fin-de-vie.fr\)](#)]

Un groupe de travail a été constitué², animé par M. GANDOUET, Mme Le GOFF et Mme REGNOUX, s'intéressant plus particulièrement à l'effectivité des droits dans la perspective de réaliser une contribution au débat national sur le sujet.

Le 13 février 2023, la CNS a été saisie par une [lettre](#) de Mme FIRMIN Le BODO, Ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé.

Le 29 mars dernier, un rapport d'information parlementaire a été rendu par la [mission d'évaluation de la Loi du 2 février 2016](#).

Depuis le dimanche 2 avril 2023, la convention citoyenne a remis son [rapport final](#).

Pour répondre à la nouvelle saisine de la Ministre, M. GANDOUET, co-responsable du groupe de travail et membre de la Commission permanente de la CNS, a proposé à cette dernière, en réunion le 17 mars, que le GT créé travaille à partir du « Manifeste pour une meilleure prise en charge des fins de vie en Nouvelle-Aquitaine », non encore adopté par sa CRSA.

Après délibérations en CP, la CNS a fait siennes les ambitions et les grands axes de recommandations du manifeste de la CRSA Nouvelle-Aquitaine (adopté par elle le 4 avril 2023).

Dans l'avis qu'elle a adopté, les modifications apportées par la CNS au manifeste de la CRSA sont issues d'une mise en perspective nationale élaborée grâce aux contributions des membres du GT, de membres de la CP et aux auditions conduites de personnalités qualifiées³.

Compte tenu du calendrier contraint de remise du document à Mme FIRMIN Le BODO, la Commission permanente de la CNS, réunie le 21 avril 2023, a adopté en « procédure d'urgence » l'avis à l'unanimité de ses membres présentes et présents, le quorum étant atteint (14 membres présents sur un total de 17).

Les axes retenus sont au nombre de 3 :

- étudier l'effectivité des droits existants (lutte contre la douleur, directives anticipées, accès aux soins palliatifs, etc.), l'existence d'inégalités sociales ou territoriales dans ce champ,
- proposer des points de vigilances au regard des alertes formulés par les acteurs de la « fin de vie »,
- identifier des orientations permettant d'améliorer l'accompagnement en fin de vie.

Pour préparer cette contribution, les CRSA ainsi que les conseils territoriaux de santé (CTS) ont été invités à organiser des débats territoriaux, selon des modalités (assemblée plénière, assemblée plénière élargie, débat public...) laissées à leur initiative. Pour faciliter leur démarche et permettre une logique commune, différents supports et appuis leur ont été proposés par le groupe de travail.

² voir la composition du Groupe de travail en annexe 1

³ voir la liste des personnalités qualifiées auditionnées en annexe 2

L'ensemble de ces travaux a permis de réaliser un état des lieux pour amorcer une mobilisation de toutes les actrices et de tous les acteurs régionaux pour une meilleure prise en charge et un meilleur accompagnement des fins de vie en France.

Cette double ambition de synthèse et de mobilisation se concrétise sous la forme du présent avis préparé par les membres du groupe de travail de la CNS et débattu et adopté en Commission permanente le 21 avril 2023 « en procédure d'urgence ».⁴

UN AVIS : DEFENDRE TROIS CONVICTIONS ISSUES DES DEBATS

Tous les débats, au niveau national comme au niveau local, mettent en évidence que la problématique des fins de vie comporte des dimensions éthiques, sociétales, médicales et organisationnelles. Ces dimensions comportent des aspects qui relèvent de l'implication d'actrices et acteurs nationaux, locaux ou des deux. Ils concernent le patient⁵, l'utilisateur, l'aidant, le professionnel, l'él...

Ils mettent aussi en évidence que le deuil et les rites funéraires trouvent toute leur place dans cette problématique de l'accompagnement **des fins de vie**.

Rappelons également cette évidence : la fin de vie concerne chacun d'entre nous en tant qu'être humain.

Cet avis a pour première utilité de faire partager trois convictions essentielles.

1°) LA QUESTION DE LA FIN DE VIE EST GLOBALEMENT CELLE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET NE SE REDUIT PAS A LA POSSIBILITE D'UNE AIDE ACTIVE A MOURIR

Au cours des derniers mois, le débat sur les fins de vie s'est focalisé sur la possibilité d'introduire dans le droit français la possibilité d'une aide active à mourir, dans le cadre d'un suicide assisté ou d'une euthanasie.

Les membres de la CNS considèrent que ce débat est légitime et qu'il doit avoir lieu pour déterminer comment tenir compte des situations individuelles et exceptionnelles insuffisamment prises en charge, mais aussi pour respecter la volonté des personnes concernées et leur libre choix.

Néanmoins, dans une logique d'universalité, il n'appartient pas aux instances locales d'en fixer légitimement le cadre, les modalités, les limites dans le respect des consciences - notamment des professionnels de santé - et des valeurs humanistes de la République. C'est avant tout la responsabilité de la représentation nationale.

⁴ L'avis a été remis officiellement à Madame FIRMIN Le BODO le mardi 30 mai 2023. Etaient invités : le Pr. Emmanuel RUSCH, Président de la CNS, M. Christian BRUN, Président du GTPDU de la CNS, Mmes Michèle Le GOFF et Mme Anne-Marie REGNOUX, M. Benjamin GANDOUET, co-rapporteurs de l'avis.

⁵ Le masculin est utilisé en tant que générique afin de faciliter la lecture du présent texte et n'a aucune intention discriminatoire.

En revanche, ce débat sur l'introduction d'une possibilité d'aide active à mourir ne doit pas occulter la problématique plus globale des fins de vie. C'est avant tout celle de l'accompagnement sous toutes ses formes dans le cadre de soins palliatif, psychologique, de soutien par les aidants et aux aidants, d'appui financier, etc. - pour lutter contre l'isolement, la douleur physique et psychique et promouvoir une fin de vie la plus apaisée possible. Cet accompagnement peut durer de quelques jours à quelques semaines ou même quelques mois et parfois plus encore. Les débats menés font clairement ressortir les lacunes et les difficultés de cet accompagnement.

En aucun cas, une aide active à mourir ne doit couvrir nos carences dans ce domaine. Au contraire, si le législateur décidait de légiférer sur l'aide active à mourir, un certain nombre de critères éthiques devrait être respecté et il serait éthiquement indispensable d'avoir la possibilité de bénéficier préalablement d'un accompagnement de qualité permettant l'exercice d'un véritable libre choix et non pas d'un choix sous contrainte ou par défaut.

2°) LA DIVERSITE DES SITUATIONS DE FIN DE VIE S'ACCOMPAGNE DE MULTIPLES INEGALITES QUI NE SONT PAS ACCEPTABLES

Il n'y a pas « une » mais « des » fins de vie, tant les situations sont différentes d'une personne à l'autre. Certaines personnes sont très isolées, au point parfois de mourir seules, leur mort pouvant même être constatée très longtemps après s'être produite. D'autres bénéficient d'un soutien familial ou amical plus ou moins important ; certaines sont en situation de handicap ou encore en situation de précarité.

Certaines fins de vie ont lieu à domicile, d'autres en établissements pour personnes âgées, ou en établissements de santé, etc. Pour chaque cas, les possibilités d'accès à des soins palliatifs sont différentes, y compris en fonction des territoires.

La CNS rappelle que la question de l'accompagnement aux fins de vie peut concerner différents moments de la vie d'un individu.

L'accompagnement des fins de vie qui se déroulent loin du domicile doit également être pris en charge, pris en compte et soutenu. Il faut favoriser la présence d'un accompagnant aux côtés ? de la personne en fin de vie.

De plus, les possibilités d'aide ne sont pas toujours connues et parfois insuffisantes comme dans l'accompagnement des familles et des proches pendant le deuil et après le deuil. De même, trop peu de personnes savent qu'elles peuvent rédiger des directives anticipées et encore moins le font : une « discussion anticipée »⁶ préalable à toute rédaction de directive anticipée serait souhaitable et inscrite dans le projet de soin/projet de prise en charge personnalisé.

Les débats dans les territoires ont mis en évidence cette diversité, à l'origine de multiples inégalités en fin de vie. Ils ont également rappelé l'implication maximale des professionnels de santé, médecins généralistes, infirmiers et infirmières, aides-soignantes et aides-soignants,

⁶ Pour en savoir plus :

[Fin de vie - La SFAR](#)

[Discussions anticipées et fin de vie : revue de la littérature internationale - Parlons Fin de Vie \(parlons-fin-de-vie.fr\)](#)

personnels de services de soins palliatifs, personnels des maisons de retraite et du domicile, pour faire face à ces situations.

Mais cette implication générale, cette volonté de bien faire ne peuvent pallier et ne doivent surtout pas avoir à pallier les difficultés liées au manque de moyens humains et matériels, le cloisonnement du système et la complexité des procédures, les difficultés pour les aidants familiaux d'être soutenus humainement et financièrement.

Il est primordial de chercher à traiter d'abord ces inégalités pour permettre à chacun - quelles que soient sa situation, sa localisation ou sa connaissance de ses droits – de pouvoir disposer d'un accompagnement humain et professionnel digne pour sa fin de vie et après la mort. La CNS est convaincue que, pour réduire ces inégalités, il faut d'abord les considérer, les identifier puis les objectiver afin d'agir au bon endroit et de la bonne manière, c'est-à-dire localement, au plus près des situations.

3°) LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES SITUATIONS DE FINS DE VIE SONT L'AFFAIRE DE TOUS ET NE REPOSENT PAS SEULEMENT SUR LA MEDICALISATION ET L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS

Au cours du XXème siècle, des changements profonds sont intervenus en matière de logement, de décohabitation des générations. Parallèlement, les progrès médicaux ont, d'une part, créé des situations de fins de vie nouvelles et prolongées et, d'autre part, conduit à les médicaliser. Pour toutes ces raisons, les personnes meurent beaucoup moins à domicile qu'autrefois et davantage en établissement de santé ou en établissement médico-social, avec comme conséquence parfois un plus grand éloignement des familles et des proches au moment du décès.

De manière paroxystique, la pandémie de COVID-19 a pu se traduire par une déshumanisation extrême de la mort et du deuil dans certains établissements de santé ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en excluant les familles et les proches, malgré tous les efforts des soignants pour atténuer la violence de ces mesures d'exclusion.

Lors des débats, il est apparu que la volonté de mieux accompagner les fins de vie s'accompagnait aussi d'une volonté de rendre plus humaine cette ultime période de la vie. Ce réinvestissement « humain » est du même ordre que celui observé en début de vie avec la naissance : la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, au demeurant très bénéfique pour la maman et le bébé, ne peut être décorrélée des dimensions non médicales de la maternité et de la paternité. C'est le lien avec ses proches et l'accompagnement qui est ainsi essentiel, pour le bébé... comme pour la personne qui va mourir.

Il ne s'agit pas de se priver des soins médicaux et d'accompagnement notamment palliatifs mais en quelque sorte de les placer à leur juste place et de les transcender par cette réhumanisation.

Nous appelons donc à un réinvestissement sociétal dans l'accompagnement des fins de vie, ce qui nécessite une évolution tant des soignants que des non soignants dans le cadre d'une relation de la société à la mort qui doit aussi évoluer.

ENSUITE, UN AVIS POUR AGIR ET SE MOBILISER :

« VERS UN PLAN NATIONAL ET DES PLANS REGIONAUX POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES FINS DE VIE »

Les différents bilans et évaluations de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie⁷ mettent en évidence que faire adopter une loi n'apporte pas la garantie de sa mise en œuvre. C'est pourquoi, la CNS demande la mise en place au sein de chaque région, comme dans tous les territoires, d'une démarche explicite, chiffrée, inter- institutionnelle et inter-partenariale pour faire bénéficier toute personne d'un accompagnement des situations de fins de vie respectueux de ses convictions, de sa dignité et ses proches.

Les débats dans les territoires ont montré que si des données étaient disponibles sur les services de soins palliatifs ou les lits identifiés soins palliatifs (ainsi que le manque en lits et en moyens), le nombre de personnes qui auraient dû bénéficier de soins palliatifs n'est pas connu. On ne dispose pas non plus d'informations sur les conditions d'accompagnements des fins de vie.

Il convient d'engager la construction d'une réflexion pluridisciplinaire académique « Recherche et Innovation en matière palliative » qui sera de nature à renforcer la prise en charge, en soin et en compte de ce plan national et régional.

La démarche de construction d'un plan national pour une meilleure prise en charge des fins de vie pourrait donc se dérouler en 4 phases :

- 1°) faire un état des lieux des situations des fins de vie dans chacune des régions et des territoires,
- 2°) identifier collégalement des objectifs concrets et réalistes d'amélioration,
- 3°) mobiliser les populations et les acteurs de la santé pour réinvestir humainement les fins de vie,
- 4°) réunir la CNS pour un état des lieux annuel des plans régionaux.

1°) D'ABORD, CONNAÎTRE : DANS CHAQUE TERRITOIRE, NE PLUS OCCULTER LES SITUATIONS DE FINS DE VIE, EN PARLER POUR IDENTIFIER LES FACTEURS DE BIENTRAITANCE ET DE MALTRAITANCE DANS TOUTES LEURS COMPOSANTES

Nos premières propositions :

- la première mesure d'un plan régional et territorial pour une meilleure prise en charge et accompagnement des fins de vie consiste à recueillir des informations dans chaque territoire sur la réalité des conditions de fins de vie. Il ne faut plus occulter ces situations ;
- cela consiste à faire un état des lieux des situations des fins de vie dans chacune des régions et des territoires ;

⁷ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/l16b1021_rapport-information.pdf
Mission d'évaluation de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite "Claeys-Leonetti" - Assemblée nationale (assemblee-nationale.fr)

- comment se passent-elles à domicile, en établissement de santé, dans les établissements médico-sociaux ou ailleurs ? Quelles prises en charge ? Quels intervenants ? Quels accompagnements et quels besoins d'aides ? Quelles difficultés institutionnelles ou financières ? Cette approche permet également de mieux connaître les facteurs notamment territoriaux ayant favorisé la bientraitance et l'obtention d'une fin de vie apaisée ;
- une estimation territoriale des besoins en soins palliatifs doit également être effectuée ;
- une culture palliative partagée (systématique et systémique dans le soin et dans l'ensemble de la société) doit se développer en réaffirmant spécifiquement la nécessité d'accompagner la consolidation du socle de solidarité nationale. L'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité devrait à cet égard être particulièrement étudié et instruit.

2°) ENSUITE, SE MOBILISER POUR AGIR : DANS CHAQUE TERRITOIRE, IDENTIFIER DES OBJECTIFS CONCRETS D'AMELIORATION DES SITUATIONS DE FINS DE VIE A DOMICILE, EN ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE, etc.

Nos premières propositions :

- sur la base des connaissances acquises, chaque département⁸ pourrait identifier un nombre limité d'objectifs d'amélioration à court/moyen terme de la situation de prise en charge des fins de vie. Il s'agirait de partir des moyens existants, tout en se dotant au regard des besoins identifiés, de perspectives d'amélioration des ressources, notamment humaines, à court, moyen et long terme ;
- il appartient à un collectif d'acteurs en lien avec les CTS - associant les professionnels de santé, les élus, les pouvoirs publics, les patients et leurs aidants et toute personne concernée - de construire cette feuille de route territoriale adaptée aux différents lieux et situations de fins de vie. La mise en place de ce collectif apparaît déterminante pour libérer la parole, définir les priorités d'action, simplifier les dispositifs d'aide et d'accompagnement, lutter contre l'isolement en fin de vie, informer les publics sur les droits et les dispositifs existants, former les professionnels, mutualiser et partager les ressources humaines et financières au-delà des cadres institutionnels parfois bloquants et, enfin, de façon générale, développer les formations aux soins palliatifs et l'offre de soins palliatifs ;
- cette approche départementale se double d'une approche régionale en lien avec les CRSA, toujours portée par un collectif d'acteurs, pour assurer le maximum d'équité territoriale et apporter un support aux démarches territoriales (département et infra-département) ;
- il convient de donner les moyens aux professionnels de santé de ville d'assurer le suivi en proximité des patients en soins palliatifs :
 - o renforcer la culture et la formation des professionnels de santé de ville ;

⁸ [La plupart des CTS ont pour échelon territorial le département]

- développer la coopération entre les équipes de soins primaires et les unités mobiles de soins palliatifs ;
- favoriser l'accès aux produits de santé nécessaires ;
- une réflexion autour de l'actualisation des directives anticipées (datées et signées) dans les dossiers des personnes doit également être engagée par les acteurs concernés.

3°) ENFIN, SE REINVESTIR SOCIALEMENT : SANS RENONCER AUX SOINS DES PROFESSIONNELS, FACILITER LE REINVESTISSEMENT DE LA SOCIETE CIVILE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES FINS DE VIE, DES AIDANTS ET ACCOMPAGNANTS « NATURELS » ET AU-DELA, DE CHACUN

Nos premières propositions :

- dans tous les lieux de fin de vie, hors domicile familial et/ou individuel, il s'agit de permettre aux accompagnants et aux aidants, s'ils existent, de trouver toute leur place. Cela nécessite la mise en place de règles d'accueil adaptées, mais aussi des échanges pour que chacun trouve sa place et son rôle. Cela peut nécessiter des temps de formation, de sensibilisation et d'échanges ;
- tout doit être fait pour que de telles implications ne soient pas vécues d'un côté comme une dépossession par les professionnels, ni de l'autre comme une obligation par les aidants pour pallier un manque de personnels. Il convient de tisser des liens bénéfiques pour tous, aidants, professionnels et personnes en fin de vie en organisant une véritable communauté intégrant aidants professionnels autour des personnes en fin de vie.
- un soutien aux aidants des personnes en fin de vie peut également être apporté, en lien avec les associations de patients ou de personnes accueillies ;
- ce soutien doit se réaliser pendant et après le décès de la personne ;
- il doit aussi bénéficier aux personnes isolées pour qu'elles aient, elles aussi, une fin de vie digne et apaisée ;
- les professionnels de santé et aidants non professionnels qui accompagnent des personnes en situation de fins de vie doivent pouvoir bénéficier de formations, mais également d'un suivi spécifique (psychologique, groupe de parole, etc.) permettant de partager leurs expériences ;
- d'autres initiatives peuvent également être intéressantes à étudier pour une éventuelle mise en œuvre territoriale à l'image d'espaces créés en France ou à l'étranger permettant des échanges autour des questions de la fin de vie, du deuil et de la mort ;

4°) REUNIR LA CNS POUR UN ETAT DES LIEUX ANNUEL DES PLANS REGIONAUX.

EN CONCLUSION, L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES FINS DE VIE EST NECESSAIRE ET URGENTE, POUR TOUTES, TOUS ET PARTOUT, QUELS QUE SOIENT LES LIEUX DE PRISE EN CHARGE, DE RESIDENCE, QUELS QUE SOIENT L'AGE ET LES MOYENS DE LA PERSONNE, AFIN D'ASSURER A CHACUN UNE FIN DE VIE DIGNE ET APAISEE.

Présentation de la Conférence nationale de santé

Lieu de concertation sur les questions de santé, la Conférence nationale de santé (CNS) est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé (cf. l'art. [L. 1411-3](#) du code de la santé publique).

La CNS exerce trois missions :

- formuler des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique et, en particulier, sur :
 - o l'élaboration de la stratégie nationale de santé, sur laquelle elle est consultée par le Gouvernement ;
 - o les plans et programmes que le Gouvernement entend mettre en œuvre ;

Elle peut aussi s'autosaisir de toute question qu'elle estime nécessaire de porter à la connaissance du ministère ;

- élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, élargi au champ médico-social mais aussi à « l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social. Ce rapport est élaboré sur la base des rapports des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- contribuer à l'organisation de débats publics sur les questions de santé.

Pour en savoir plus : lire
la [fiche de présentation de la CNS](#)

[dernières modifications les 0405, le 2306 et le 030723]

Annexe 1 :

**Liste des membres du Groupe de travail « accompagnement aux fins de vie »
(constitué sur la base du volontariat après appel à candidatures)**

Co-rapporteuses et co-rapporteur :

Benjamin GANDOUET	membre du collège 1, représentant de la CRSA de la Nouvelle Aquitaine
Anne-Marie REGNOUX	personnalité associée au groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé
Michele LE GOFF	membre du collège 1, représentante de la CRSA de la Bourgogne-Franche Comté

Membres du groupe de travail :

Yves BAGHOOA	membre du collège 1, représentant de la CRSA de la Guyane dont il est Président
Isabel DA COSTA	membre du collège 2, représentante de APF France Handicap
Patrice DANDREIS	membre du collège 1, représentant de la CRSA, représentant de la CRSA de la Provence Alpes Côte d'Azur
Boris DUPONCHEL	membre du collège 5, représentant de la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination en santé (FACS)
Dr Eric FOSSIER	membre du collège 5, représentant la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
Claude-Michel LAURENT	membre du collège 1, représentant de la CRSA de la Nouvelle Aquitaine
Dr Anne LE GAGNE	membre du collège 1, représentante de la CRSA de la Bretagne
Antoine PERRIN	Ex-membre de la Conférence nationale de santé

Annexe 2 :

Liste des personnalités qualifiées auditionnées⁹

M. le Pr AUBRY, médecin chef du département douleurs - soins palliatifs du CHU de Besançon, Président de l'Observatoire national de la fin de vie et membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) ;

Mme CARVALLO et **M. BELOUCIF** exerçant la co-présidence de la plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie (plateforme-recherche-findevie.fr) ;

M. le Dr MERMET, **M. le Dr RICHARD**, Présidents du comité de pilotage et du comité de suivi du plan national 2021-2024 « Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie », et les 3 pilotes d'axes : **Mme ELLEIN**, directrice de l'association SPES, secrétaire générale de la société française et francophone de psycho-oncologie (SFFPO), présidente de l'association nationale JADE, **M. le Pr CALVEL**, professeur associé des universités en médecine palliative / médecin des hôpitaux universitaires de Strasbourg, président du collège national des enseignants pour la formation universitaire de soins palliatifs et **Mme la Dr BALLADUR**, cheffe du département clinique adulte des équipes d'hospitalisation à domicile de l'AP-HP ;

Mme MARSICO, Directrice du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie ;

M. le Pr DELFRAISSY, Président du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

⁹ Classement des noms des personnes par dates et heures d'auditions