

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de la santé
et des solidarités

Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie

NOR : TSSP2407983L/Rose-1

EXPOSÉ DES MOTIFS

Ces vingt dernières années, le législateur est intervenu à plusieurs reprises pour affirmer la prise en considération de l'autonomie et du choix du patient en fin de vie et consacrer le principe du respect de sa dignité.

La loi a ainsi permis que la personne malade, consciente et en capacité d'exprimer sa volonté de façon libre et éclairée, puisse refuser toute investigation ou tout traitement, même si ce refus est susceptible de mettre sa vie en danger. Elle a institué et rendu opposables les directives anticipées par lesquelles la personne peut préciser par avance ses souhaits, dans l'hypothèse où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. La loi a également condamné l'acharnement thérapeutique en interdisant les actes de soins qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie : de tels traitements peuvent ainsi être arrêtés ou limités, soit à la demande de la personne malade si celle-ci est en état de manifester sa volonté, soit si elle est inconsciente, sur décision du médecin à l'issue d'une procédure collégiale qui tient compte de ses directives anticipées ou des vœux qu'elle a exprimés auprès de sa personne de confiance ou de ses proches. La loi a aussi autorisé la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, pour soulager les souffrances insupportables ou réfractaires aux traitements d'une personne atteinte d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme.

La volonté du patient, la recherche de l'apaisement et la préservation de la dignité de la personne malade sont au cœur de ces avancées législatives. Elles constituent également le fondement de l'ensemble des mesures qui ont été engagées, dans le cadre des cinq plans quinquennaux mis en œuvre depuis 1999, pour développer l'offre de soins palliatifs, afin de mieux soulager les souffrances des personnes malades et de mieux les accompagner aux différents stades de la maladie, et non exclusivement au stade de la fin de vie.

Si l'ensemble de ces évolutions ont d'ores et déjà considérablement modifié l'approche de la fin de la vie, les rapports, les études et les débats menés ces toutes dernières années montrent toutefois qu'il est encore imparfaitement répondu à deux demandes sociétales fortes qui coexistent aujourd'hui : celle de pouvoir accéder de façon équitable aux soins palliatifs en tout lieu du territoire et celle de pouvoir décider de sa mort, ainsi que l'a relevé le Comité consultatif national d'éthique dans son avis du 13 septembre 2022 sur les questions éthiques relatives aux situations de fin de vie. C'est ce qui ressort également des rapports émanant de plusieurs missions d'évaluation et de contrôle, dont ceux de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur l'application de la loi du 2 février 2016 dite « Claeys-Leonetti » et de la Cour des comptes relatif à la politique des soins palliatifs, mais aussi de l'avis de l'Académie nationale de médecine « Favoriser une fin de vie digne et apaisée : Répondre à la souffrance inhumaine et protéger les personnes les plus vulnérables » ou des travaux menés par la Convention citoyenne pour la fin de vie, réunie sous le pilotage du Conseil économique, social et environnemental. Dans son rapport au président de la République remis le 3 avril 2023, les cent quatre-vingt-quatre membres de cette convention se sont exprimés sur la nécessité de renforcer l'accès aux soins palliatifs. 75 % de ses membres se sont positionnés en faveur d'une aide à mourir, considérant que le cadre légal en vigueur était insuffisant.

Ces constats et ces revendications sociétales, exprimés dans différents cadres et instances, appellent une réponse qui implique de concilier notre devoir de solidarité envers les personnes les plus vulnérables d'une part, en créant les conditions du développement de mesures fortes en faveur des soins d'accompagnement, et le respect de l'autonomie de la personne d'autre part, en ouvrant la possibilité d'accéder à une aide à mourir, sous certaines conditions strictes, afin de pouvoir traiter les situations de souffrance que rencontrent certaines personnes dont le pronostic vital est engagé de manière irrémédiable.

Pour faire face aux besoins de nos concitoyens, des instructions ont été données, en 2023, aux agences régionales de santé pour structurer, au niveau local, des filières territoriales de soins palliatifs. Les propositions formulées en novembre dernier dans le cadre des travaux conduits par l'instance de réflexion stratégique chargée de la préfiguration de la stratégie nationale des soins palliatifs, de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie ont servi de base à l'élaboration d'une stratégie décennale des soins d'accompagnement, dont l'ambition est de déterminer et de mettre en œuvre, pour les dix années à venir, un modèle rénové et renforcé de prise en charge de la douleur chronique ou aiguë et de l'accompagnement de la fin de vie, fondée sur une logique d'anticipation et de pluridisciplinarité. La gouvernance, le pilotage et le suivi de cette stratégie seront confiés une instance créée pour une durée analogue à celle-ci. La redéfinition de la notion des soins d'accompagnement ainsi que la création des maisons d'accompagnement et du plan personnalisé d'accompagnement, portées par le présent projet de loi, participent directement à la rénovation de cette politique.

S'agissant de l'institution d'une aide à mourir, le Gouvernement a souhaité, par ce projet de loi qui s'inscrit dans le sillage des évolutions législatives engagées depuis 2002, dessiner un cadre permettant un point d'équilibre entre ce qu'une majorité des Français revendique et des conditions strictes d'accès à cette aide, telles qu'elles ont pu être tracées par le Comité consultatif national d'éthique.

Le projet de loi repose sur deux titres complémentaires.

Le titre I^{er} est relatif aux soins d'accompagnement et aux droits des malades.

Le projet de loi prévoit, dans son **article 1^{er}**, de rénover l'approche de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie, en intégrant la notion de soins palliatifs définie à l'actuel article L. 1110-10 du code de la santé publique, dans celle plus englobante de « soins d'accompagnement ». Les soins d'accompagnement ne se résument ainsi pas aux soins palliatifs, entendus comme les soins strictement médicaux destinés à traiter la douleur, mais doivent désormais se définir plus largement comme les soins qui visent à anticiper, prévenir et soulager les souffrances aux différents stades de la maladie afin d'améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage. Ils couvrent ainsi d'autres soins que les soins palliatifs, tels que les soins de support (prise en charge nutritionnelle, accompagnement psychologique, aide à la pratique d'une activité physique adaptée etc.) ou encore les soins de confort (musicothérapie, massage, soins socio-esthétiques etc), et plus largement toutes les mesures et soutiens mis en œuvre pour répondre aux besoins de la personne malade, médicaux ou non médicaux, de nature physique, psychique ou sociale, et à ceux de ses proches aidants. Le principe d'un accompagnement pluridisciplinaire, qui figure déjà à l'article L. 1110-11 du code de la santé publique, est ainsi réaffirmé. En soulignant la nécessité d'une prise en charge anticipée, adaptée et évolutive en fonction des différents stades de la maladie, l'article 1^{er} insiste également sur l'enjeu d'une démarche palliative initiée précocement, y compris à domicile, et régulièrement réévaluée pour améliorer la qualité de vie du patient jusqu'à la mort.

L'**article 2** crée une nouvelle catégorie d'établissement médico-social dans le code de l'action sociale et des familles pour accueillir et accompagner les personnes en fin de vie et leur entourage, dénommée « maison d'accompagnement ». Structures intermédiaires entre le domicile et l'hôpital, elles seront composées de petites unités de vie qui proposeront une prise en charge globale et pluridisciplinaire aux personnes en fin de vie et à leurs proches. Celles-ci pourront y être admises lorsque le retour à domicile, à la suite d'une hospitalisation, n'est pas possible, ou encore lorsque la prise en charge à domicile ou en établissement médico-social ne s'avère pas adaptée, afin d'éviter une hospitalisation en établissement de santé trop médicalisée. Ces établissements sont autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé et financés par l'Assurance maladie sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie spécifique et par un forfait journalier à la charge des personnes accueillies.

L'**article 3** consacre la création d'un dispositif de coordination autour du patient en instituant et systématisant, dans le cadre de l'annonce du diagnostic d'une affection grave, de proposer au patient un temps d'échange qui vise à identifier les besoins médicaux, médico-sociaux et sociaux de la personne malade et de son entourage de façon à pouvoir organiser la coordination des prises en charge, dans une démarche de planification anticipée de leurs besoins (« advance care planning » dans la littérature et la pratique anglo-saxonnes). Elles pourront également contribuer, si le patient le souhaite, à la rédaction ou à l'adaptation de ses directives anticipées. Dans le cadre de ces échanges, le professionnel de santé aura la responsabilité d'initier la mise en place d'un plan personnalisé d'accompagnement. Ce plan, qui doit identifier les besoins actuels ou à venir du patient, dans leurs dimensions médicales, médico-sociales et sociales, a vocation à l'accompagner dans son parcours et à évoluer en fonction des développements de la maladie et des adaptations nécessaires des prises en charge.

En deuxième lieu, le Gouvernement souhaite renforcer l'accompagnement et les droits des patients et de leurs aidants.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a ouvert la possibilité pour le malade hospitalisé de désigner une personne de confiance qui sera informée et consultée dans le cas où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté, et plus généralement, qui pourra l'accompagner dans son parcours au sein du système de santé. Cette faculté a été étendue aux personnes accueillies en établissements sociaux et médico-sociaux par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, sans que le régime prévu dans le secteur sanitaire soit toutefois transposé à l'identique dans le secteur médico-social. L'**article 4** procède à l'unification des régimes juridiques de la personne de confiance qui figurent dans ces deux codes. Ces modifications permettront de clarifier le cadre juridique applicable et d'éviter que deux personnes de confiance différentes soient désignées par un même individu, de façon à exclure le risque de formulation d'avis divergents, et ainsi de simplifier, pour les soignants, la démarche de consultation de cette personne de confiance et mieux prendre en compte les volontés des personnes.

L'**article 5** inscrit dans la loi le droit de visite des patients hospitalisés et des résidents d'établissements médico-sociaux afin de renforcer le respect du droit à la vie privée et familiale des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux et dans les établissements de santé. L'exercice de ce droit de visite devra toutefois être concilié avec les contraintes organisationnelles du service (horaires de visite), ainsi qu'avec les considérations de sécurité sanitaire ou d'ordre public (trouble du repos des malades ou dans le fonctionnement des services ou encore visite incompatible avec l'état de santé du patient ou la mise en œuvre de son traitement) auxquelles les établissements pourraient être confrontés.

L'**article 6** comporte plusieurs mesures d'amélioration des modalités selon lesquelles toute personne peut formuler, par anticipation, ses souhaits en matière de prise en charge médicale afin d'en faciliter la connaissance par ses proches et les professionnels de santé, dans l'hypothèse où elle ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Il prévoit que les personnes qui ont bénéficié d'un plan personnalisé d'accompagnement pourront l'annexer à leurs directives anticipées. Il prévoit également la possibilité pour toute personne d'enregistrer ses directives anticipées dans l'espace numérique de santé afin d'en faciliter la consultation par les professionnels de santé, la simplification de l'accès à cet espace par les proches aidants de la personne malade ainsi que le non-masquage de certaines informations (les directives anticipées, la désignation de la personne de confiance) figurant dans le dossier médical personnel de l'espace numérique en santé pour les rendre systématiquement accessibles aux professionnels de santé.

Le titre II est relatif à l'aide à mourir.

L'**article 7** définit l'aide à mourir comme l'administration d'une substance létale, effectuée par la personne elle-même ou, lorsque celle-ci n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire désignée par la personne. Sont éligibles à cette aide les personnes âgées d'au moins 18 ans, de nationalité française ou résidant de façon stable et régulière en France, capables de manifester leur volonté de façon libre et éclairée, atteintes d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme et présentant une souffrance physique ou psychologique réfractaire ou insupportable liée à cette affection.

La condition liée à la capacité de manifester sa volonté de façon libre et éclairée implique que la personne qui demande une aide à mourir prenne sa décision sans pression intérieure ni extérieure, en toute connaissance de cause, c'est-à-dire en ayant conscience de la portée et des conséquences de son choix. Le recours à la notion de volonté permet d'exprimer le caractère central de la décision de la personne dans le processus d'aide à mourir, qui ne doit pas être subi par la personne malade ni imposé par les professionnels de santé.

Pour accéder à l'aide à mourir, la personne doit être atteinte d'une maladie grave et incurable. Cette condition s'inscrit dans la continuité de celles exigées pour la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès prévue par la loi Claeys-Leonetti en 2016. Cela signifie que la personne doit être atteinte d'une maladie qui engage son pronostic vital (maladie grave) et qui ne peut être guérie (maladie incurable). La personne doit voir son pronostic vital engagé à court ou moyen terme du fait de cette pathologie. Selon la Haute autorité de santé, « On parle de pronostic vital engagé à court terme lorsque le décès du patient est attendu dans quelques heures à quelques jours. ». Le moyen terme se compte, quant à lui, en semaine ou mois et correspond à une période pour laquelle l'évaluation peut être endossée par un professionnel de santé.

La personne doit également présenter une souffrance réfractaire ou insupportable : les deux adjectifs sont importants pour englober toutes les souffrances que peuvent ressentir les personnes en fin de vie sans perspective d'amélioration de leur situation. Cette souffrance, qui peut être physique ou psychologique, doit cependant être en lien avec l'affection qui engage son pronostic vital, ce qui exclut les souffrances exclusivement liées à des troubles psychiques ou psychologiques.

L'**article 8** définit précisément la procédure de l'aide à mourir, de la demande au constat du décès. La personne malade qui souhaite accéder à l'aide à mourir doit d'abord en faire la demande à un médecin qui peut être son médecin traitant, un médecin spécialiste de sa pathologie, en ville ou à l'hôpital, ou encore un médecin coordinateur en EHPAD. Le médecin qui accepte d'examiner cette demande doit proposer une prise en charge en soins palliatifs si la personne malade n'en bénéficie pas déjà et lui fournir un certain nombre d'informations, notamment sur les modalités générales de réalisation de l'aide à mourir, de manière à mettre celle-ci en mesure de choisir, de façon libre et éclairée, de s'engager ou non dans ce processus (I).

Le médecin constate le respect des conditions d'âge, de nationalité et de résidence puis est tenu de procéder à un examen médical de la personne qui demande d'accéder à une aide à mourir.

Pour procéder à l'examen des trois autres conditions cumulatives prévues à l'article 7, le médecin doit recueillir l'avis d'un médecin qui ne connaît pas la personne et du professionnel de santé paramédical qui intervient auprès de celle-ci, ou à défaut, d'un autre professionnel de santé paramédical. L'un des deux médecins devra être spécialiste de la pathologie de celle-ci. D'autres professionnels, tels que des psychologues, des infirmiers ou des aides-soignants, qui ont l'habitude d'intervenir auprès de la personne, pourront aussi être sollicités. Eclairé par ces différents avis, le médecin décide si la personne remplit ou non les conditions requises pour accéder à l'aide à mourir. Cette décision doit intervenir dans un délai de quinze jours suivant la demande de la personne. Cet encadrement vise à protéger l'accès de la personne à l'aide à mourir contre un traitement dilatoire de sa demande (II).

Après avoir été informée de ce qu'elle pouvait avoir recours à la procédure d'aide à mourir, la personne dispose d'un délai de réflexion, qui ne peut être inférieur à deux jours, avant de réitérer sa volonté d'accéder à une aide à mourir. Il n'y a en revanche pas de délai maximal. Cependant, si ce délai de réflexion dépasse trois mois, la volonté de la personne devra être réévaluée au moment de cette réitération, afin de garantir que l'aide à mourir reste volontaire, en cas d'évolution psychologique ou des capacités cognitives pendant cette période de réflexion. La personne peut évidemment retirer sa demande d'aide à mourir à tout moment de la procédure (III).

Après confirmation de sa demande, le médecin mentionné au I doit informer la personne sur le mécanisme d'action de la substance létale et sur son mode d'administration. Il s'agit d'une information personnalisée sur les produits, le mode d'administration qui sera utilisé, l'existence d'une procédure en cas d'incident, la durée etc. Le médecin prescrit la préparation magistrale létale. Le médecin qui a procédé à l'évaluation n'est pas tenu d'accompagner le patient dans la suite de la procédure. Il doit cependant s'accorder avec la personne sur le médecin ou l'infirmier qui l'accompagnera pour la mise en œuvre de l'aide à mourir (IV).

La prescription de la substance létale est adressée à une pharmacie à usage intérieur autorisée à préparer la substance létale. Seules les PUI désignées par arrêté ministériel pourront en effet préparer et dispenser la préparation magistrale létale. Elles seront aussi chargées de sa traçabilité dans le système d'information dédié. La PUI livre la préparation à la pharmacie d'officine ou à usage intérieur choisie par la personne. Cette pharmacie en assure la délivrance au professionnel de santé qui va accompagner la personne (V).

L'article 8 précise les droits de la personne dans le cadre d'une procédure d'aide à mourir. Il s'agit du droit d'être accompagné par la ou les personnes de son choix et du droit à ce que la procédure ait lieu hors de son domicile. Il devra néanmoins être tenu compte dans l'exercice de ces deux droits des contraintes, notamment de sécurité, qui pourraient se poser pour la mise en œuvre de l'aide à mourir. En effet, des considérations de sécurité pourraient faire obstacle à ce qu'une personne malade, hospitalisée, puisse être accompagnée par un trop grand nombre de personnes. De même, la possibilité pour la personne de demander à mourir hors de son domicile ne lui confère pas un droit à choisir tout lieu de réalisation.

Le professionnel de santé qui accompagne la personne le jour de la réalisation de l'aide à mourir peut être un médecin ou un infirmier : il doit en effet pouvoir intervenir en cas d'incident (par exemple, pour pouvoir injecter une dose de sécurité supplémentaire). Il appartient également à ce professionnel de santé de vérifier la volonté de la personne et l'intégrité des produits délivrés, ainsi que leur adéquation avec la prescription. Il prépare l'administration si besoin, en installant ou vérifiant la perfusion par exemple. L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même ou, lorsque celle-ci n'est pas en mesure d'y procéder physiquement, à sa demande, soit par un proche ou une personne volontaire qu'elle désigne lorsqu'aucune contrainte d'ordre technique n'y fait obstacle, soit par le médecin ou l'infirmier qui l'accompagne. Le décès de la personne est constaté par un professionnel habilité qui enregistre la fin de la procédure dans le système d'information dédié. Le professionnel de santé qui a accompagné la personne assure enfin le retour de la préparation magistrale létale à la pharmacie d'officine lorsque celle-ci n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement (VI).

La décision par laquelle l'accès à l'aide à mourir est refusé à la personne, ne peut être contestée que par celle-ci devant le juge administratif selon les procédures de droit commun (VII).

L'article 9 poursuit deux objets distincts mais complémentaires. D'une part, il institue une clause de conscience pour les professionnels de santé qui ne souhaiteraient pas participer à la procédure d'aide à mourir (I). Ils sont alors tenus, ainsi que cela est déjà prévu en matière d'interruption volontaire de grossesse, de communiquer à la personne le nom des professionnels de santé susceptibles de les remplacer. Le pharmacien ne peut bénéficier d'une telle clause. Par ailleurs, une hospitalisation ou un hébergement dans un EHPAD ne peut pas faire obstacle à l'accès d'une personne malade à l'aide à mourir. Ainsi, si, au sein d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social, aucun médecin ne veut traiter de demande d'aide à mourir ou si aucun professionnel de santé ne souhaite accompagner une personne, le responsable de la structure sera tenu d'y permettre l'intervention à cette fin d'un autre professionnel de santé (II). D'autre part, l'article 9 invite les professionnels qui seraient volontaires pour participer à la procédure d'aide à mourir à se déclarer auprès de la commission créée à l'article 11, qui centralisera ainsi les coordonnées des professionnels volontaires (III).

L'article 10 a pour objet de neutraliser les dispositions législatives du code des assurances et de la mutualité qui prévoient des exclusions de garantie en cas de suicide la première année dans le cas de l'aide à mourir.

L'article 11 prévoit la création d'un système d'information dédié au suivi de la procédure d'aide à mourir et d'une instance de suivi et de contrôle. L'ensemble des demandes, propositions, avis, décisions et attestations qui jalonnent la procédure y seront enregistrés par les professionnels de santé, chacun en ce qui le concerne. La mise en place de ce SI permettra donc d'assurer, de façon certaine, la traçabilité de chacune des procédures d'aide à mourir, depuis la demande jusqu'à l'enregistrement du décès de la personne, et à la commission créée au II de vérifier que la réglementation a bien été respectée. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, déterminera les caractéristiques principales de ce traitement de données (I).

La commission de contrôle et d'évaluation du dispositif d'aide à mourir, placée auprès du ministre chargé de la santé, sera chargée d'en assurer le contrôle à partir des informations contenues dans le système d'information dédié, ainsi que de procéder à l'évaluation annuelle de l'application de la loi. Le contrôle de la commission portera sur toutes les procédures d'aide à mourir qui auront été menées à leur terme. Il s'agira d'un contrôle *a posteriori*, la commission n'étant pas une instance de recours contre la décision prise par le médecin portant sur l'accès à l'aide à mourir (II).

L'**article 12** confie à la Haute autorité de santé et à l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé la mission d'évaluer les substances létales qui seront utilisées pour la mise en œuvre de l'aide à mourir. La Haute autorité de santé se voit ainsi confier la mission d'établir des recommandations de bonnes pratiques, incluant une liste de produits susceptibles, isolément ou de manière combinée, d'être utilisés dans le cadre de l'aide à mourir, indépendamment de leur autorisation de mise sur le marché.

Cet article prévoit également que les produits destinés à l'aide à mourir sont insérés dans un circuit spécifique et sécurisé, dont les modalités seront précisées par décret. L'ordonnance prescrivant la substance létale est envoyée par un pharmacien d'officine auprès duquel la personne malade ou son mandataire se rend, ou, le cas échéant, par le prescripteur à une pharmacie à usage intérieur spécialement autorisée. Une liste limitative des pharmacies à usage intérieur autorisées sera en effet fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. La pharmacie à usage intérieur procèdera à la préparation, à la facturation à l'assurance maladie. Elle préparera les produits dans un emballage qui garantit leur confidentialité, leur bonne conservation et la sécurité du transport, avant de les confier à un transporteur en capacité d'assurer, dans les meilleurs délais, la livraison des produits à la pharmacie d'officine désignée (ou à la PUI de l'établissement qui accueille la personne malade).

L'**article 13** prévoit la prise en charge par l'assurance maladie des frais exposés dans le cadre de la mise en œuvre de l'aide à mourir en complétant, dans le code de la sécurité sociale, la liste des frais relevant de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie. Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixera le prix de cession des préparations magistrales létales pris en charge dans le cadre de l'aide à mourir, couvrant les frais de réalisation et de délivrance, ainsi que le tarif des honoraires ou rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour les missions réalisées dans le cadre de l'aide à mourir, qui ne pourront pas donner lieu à dépassement ni franchise.

L'**article 14** habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant de :

– rendre applicables en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna, avec les adaptations nécessaires, les dispositions de la présente loi, et le cas échéant, d'autres codes et lois, en tant qu'elles relèvent de la compétence de l'Etat ;

– 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.