



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

établissements d'accueil

Question écrite n° 46369

Texte de la question

M. François Loncle attire l'attention de Mme la ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie, sur les fortes disparités régionales dans les maisons de retraite médicalisées (EHPAD). Il ressort d'une récente étude, conduite par l'Observatoire de la fin de vie, que l'accompagnement des personnes résidant dans ces institutions paraît très inégal. Un quart des EHPAD n'a pas de lien avec une équipe de soins palliatifs et plus des trois quarts n'ont pas de personnel infirmier durant la nuit. De plus, 29 % des pensionnaires ne disposent pas d'une chambre individuelle. Ces conditions expliquent sans doute que 28 % des personnes âgées vivant dans des EHPAD du Limousin souffrent d'inconfort physique. C'est pourquoi il lui demande de préciser les dispositifs destinés à améliorer l'accueil dans les maisons de retraite médicalisées, en particulier par l'organisation des équipes mobiles de soins palliatifs et le recours aux infirmières de nuit.

Texte de la réponse

L'article L.110-5 du code de santé publique, modifié par loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie, énonce que « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leurs disposition pour le droit soit respecter. Le plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018, annoncé par le président de la république, a pour objectif d'améliorer l'accompagnement en fin de vie. Il encourage l'appropriation de la démarche palliative partout où elle est nécessaire, que ce soit dans les unités hospitalières non spécialisées, dans les établissements médico-sociaux ou au domicile des patients, garantir une prise en charge de proximité. Un effort global de plus de 190 M sur 2016-2018 est consenti. Les 4 axes principaux du plan sont : - informer le patient, lui permettre d'être au cœur des décisions qui le concernent, - former les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs, - développer les prises en charge en proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements sociaux et médicosociaux, - garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous : réduction des inégalités d'accès aux soins palliatifs. Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie a déjà été créé le 5 janvier 2016. Il réunit les équipes de l'observatoire national de la fin de vie et du centre de ressources soins palliatifs. Placé auprès du ministre chargé de la santé ses missions sont les suivantes : - Contribuer à une meilleure connaissance des conditions de fin de vie et des soins palliatifs, des pratiques d'accompagnement et de leurs évolutions, ainsi que de l'organisation territoriale de la prise en charge des patients et leur entourage. - Participer au suivi des politiques publiques relatives aux soins palliatifs à la fin de vie ; - Informer le grand public et professionnels afin de contribuer à la diffusion des connaissances sur la démarche palliative et sur la fin de vie, notamment à la promotion des dispositifs concernant les directives anticipées et la désignation des personnes de confiance. La mesure no 9 du plan s'intéresse particulièrement au développement des soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux en déclinant toute série de dispositions : -Favoriser une présence infirmière la nuit dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur la base des

expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie. L'étude menée en 2013 par l'observatoire national de la fin de vie a montré que lorsque l'établissement dispose d'une infirmière la nuit 15,7 % des résidents sont hospitalisés en urgence au cours des 15 derniers jours de vie contre 24,9% des résidents qui vivent dans un EHPAD sans infirmière la nuit. Cette présence permet également de réduire de 32% la proportion de résidents qui décèdent à l'hôpital après un transfert hors urgence. Une généralisation de ces résultats à l'ensemble des EHPAD a conduit l'observatoire à faire l'hypothèse que la présence d'une infirmière la nuit dans les EHPAD permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année. Un montant de 2 M est consacré à cette action chaque année, soit un total de 6 M sur la durée du plan. - Améliorer le partenariat des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et des réseaux ayant une compétence en soins palliatifs avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le précédent plan a permis le développement des EMSP ainsi que des réseaux. Des partenariats existent entre ces structures et les établissements et service sociaux et médicosociaux, mais de manière insuffisante. Il s'agit dans le cadre de ce nouveau plan de mobiliser les agences régionales de santé (ARS) pour insuffler un Second souffle à ces partenariats entre les EMSP, les réseaux de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux et favoriser une meilleure couverture de territoire. -Intégrer les besoins en soins palliatifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et en particulier ceux des EHPAD. Afin d'améliorer le système de pilotage et la gestion des EHPAD, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 remplace la convention tripartite par un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) et prévoit que ce CPOM contient des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge et d'accompagnement, y compris pour le développement des soins palliatifs. -Intégrer dans l'évaluation externe des établissements sociaux et médicosociaux (ESMS) la prise en charge personnes en fin de vie. Depuis la loi 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les ESMS sont tenus de procéder régulièrement à l'évocation de leurs activités et la qualité des prestations qu'ils délivrent. Réalisée par un organisme extérieur habilité, l'évaluation externe porte une appréciation globale sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements au regard des missions imparties et des besoins ainsi que des attentes des populations accueillies. Elle examine également certaines thématiques dont la liste est définie par un cahier des charges. Dans le cadre du plan, celui-ci sera modifié afin d'intégrer des dispositions relatives à la prise en charge des personnes en fin de vie. Il est également important de compléter le maillage territorial en structure de soins spécialisés et en équipes mobiles de soins palliatifs. En effet, une très grande hétérogénéité des équipements disponible selon les régions en unités de soins palliatifs (USP) demande un travail d'évaluation et, si nécessaire, de complément du maillage de l'offre. Pour le financement de ces unités de soins palliatifs, 14,5 M seront dédiés dès 2016, ce qui représente un effort de financement de 43,5M sur la durée du plan.

Données clés

Auteur : [M. François Loncle](#)

Circonscription : Eure (4^e circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 46369

Rubrique : Personnes âgées

Ministère interrogé : Personnes âgées et autonomie

Ministère attributaire : Personnes âgées et autonomie

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [17 décembre 2013](#), page 13090

Réponse publiée au JO le : [20 septembre 2016](#), page 8630