

ASSEMBLÉE NATIONALE

23 mai 2024

ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET FIN DE VIE - (N° 2634)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N ° 1896

présenté par

Mme Magnier, M. Albertini, M. Jolivet et M. Batut

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 2, insérer l'article suivant:**

I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser la création par les agences régionales de santé d'équipes hybrides regroupant des soignants ainsi que des bénévoles formés et encadrés pour accompagner à leur domicile des personnes en fin de vie ou souffrant d'une maladie mettant leur vie en jeu.

Selon les modalités choisies par l'État pour mettre en place cette expérimentation, les frais relatifs à cette expérimentation sont pris en charge par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique ou par le fonds pour l'innovation du système de santé mentionné au VI de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de trois régions.

III. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

EXPOSÉ SOMMAIRE

En 2046, la cour des comptes prévoit que 470 000 personnes auront besoin de soins palliatifs, ce qui implique d'augmenter significativement l'offre. Toutefois, bien qu'ambitieuses, les mesures actuellement prévues dans le plan décennal ne répondront au mieux qu'à 25% de ce besoin estimé :

La création d'unités de soins palliatifs dans les 21 départements qui n'en disposent pas est nécessaire, mais ne couvrira qu'environ 1% du besoin restant. De même, la création de "Maisons d'accompagnement" pourra prendre en charge environ 3% du besoin estimé, et la prise en charge annoncée de 50 000 personnes supplémentaires par les services d'Hospitalisation à Domicile couvrira environ 20% du besoin estimé.

Cela signifie qu'actuellement, les trois quarts du besoin estimé restent à combler. Il est clair que de nouvelles approches sont nécessaires pour compléter les dispositifs actuels.

La mise en place d'un nouveau modèle basé sur des équipes de proximité pourrait être une solution viable. Un modèle d'autant plus souhaitable qu'il serait plébiscité par les Français : 85 % d'entre eux souhaitant vivre leurs derniers jours à domicile (sondage IFOP de 2019) mais plus de la moitié des décès ont aujourd'hui lieu à l'hôpital, où les personnes meurent seules dans trois situations sur quatre.

Aujourd'hui, le « Guide relatif aux centres de santé » publié par le ministère de la santé en 2019 interdit les centres de santé dédiés exclusivement (i) à l'exercice au domicile ou (ii) à une population particulière.

Pour pallier ces blocages, le présent amendement propose donc de créer un statut pour des centres de soins d'accompagnement à domicile et leur permettre de se développer. Ce modèle - identifié par la Cour des comptes dans son rapport de juillet 2023 sur les soins palliatifs - permettra une prise en charge précoce des personnes concernées et de leurs proches, dans leur domicile ou en EHPAD, dans des situations de criticité modeste mais relevant des soins palliatifs.

De plus, ce nouveau modèle répond à plusieurs enjeux :

- Il renforce la médecine de ville en palliant le manque de médecins traitants et la baisse des visites à domicile.
- Il s'intègre parfaitement au niveau 1 de la gradation des soins palliatifs à domicile, sans doubler avec les structures d'appui ou avec l'HAD.
- Il prévient la saturation des unités de soins palliatifs et des lits identifiés soins palliatifs chaque fois que le domicile est souhaité.
- Il contribue à prévenir les hospitalisations évitables et à maîtriser les dépenses de santé.
- Il pose la question de l'isolement social, crucial pour un grand nombre de nos concitoyens.

En outre, en visant principalement à organiser de manière nouvelle l'activité de praticiens existants et de bénévoles, la création d'un tel statut n'emporte pas de création de charge supplémentaire pour l'État.

En effet, un tel dispositif devrait :

Coûter, selon les pathologies, deux à trois fois moins cher que les autres dispositifs de soins palliatifs à l'hôpital ou à domicile ;

Engendrer des économies significatives par la prévention des hospitalisations évitables (10% des journées d'hospitalisation en France concernent des patients dans leurs trois derniers mois de vie ; nombre de ces hospitalisations découlent de l'absence d'un dispositif adapté, à domicile, pour les cas non complexes).

Ce modèle de proximité, reposant sur une dynamique de solidarité locale, a déjà prouvé son efficacité au cours des sept dernières années. Il s'agit là d'une réponse concrète aux besoins actuels et futurs en matière de soins palliatifs

Il est primordial que nous prenions des mesures significatives pour combler le déficit de capacités en soins palliatifs. Cela implique de développer ce modèle de proximité offrant une approche globale et humaine, qui s'intègre aux objectifs de la stratégie décennale pour la santé, sans créer des charges supplémentaires pour l'Etat

C'est l'objet de cet amendement.