ASSEMBLÉE NATIONALE

3 avril 2025

SOINS PALLIATIFS ET D'ACCOMPAGNEMENT - (N° 1102)

Rejeté

AMENDEMENT

N ° AS262

présenté par

Mme Dombre Coste, M. Aviragnet, Mme Bellay, M. Califer, M. Delaporte, Mme Godard,
Mme Runel, M. Simion, M. Guedj, Mme Battistel, M. Delautrette et Mme Pirès Beaune

ARTICLE 10

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« III. – 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 desdites 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. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement des députés socialistes et apparentés vise à garantir un mode de financement mixte (via d'une part une dotation globale et d'autre part à l'activité) des maisons d'accompagnement, et non pas uniquement à l'activité sur le modèle de la T2A.

Le mode de financement des maisons d'accompagnement n'est en effet nul part précisé ni dans la proposition de loi ni dans le projet de loi que dans l'étude d'impact.

Or le financement des soins palliatifs essentiellement à l'activité fait l'objet de nombreuses critiques, notamment formulées dans un rapport des sénatrices Christine BONFANTI-DOSSAT, Corinne IMBERT et Michelle MEUNIER sur les soins palliatifs remis en septembre 2021.

Ce rapport analyse comment la prise en charge palliative - complexe, lourde, chronophage - ne s'inscrit pas au rang des activités « rentables » pour les établissements de santé.

En effet, la tarification à l'activité (T2A), plutôt axée sur la technicité des soins, valorise mal une prise en charge qui s'inscrit dans la durée et repose sur de l'écoute, de l'accompagnement humain, des temps de concertation interdisciplinaire et de collégialité .

A ce propos, le rapport cite plusieurs témoignages :

- Pour le Dr Claire Fourcade, présidente de la SFAP, « contrairement aux patients admis en réanimation, nos patients communiquent et le plus souvent, ils participent donc aux décisions. Nous exerçons une médecine lente, complexe . Parler de ce dont on a peur, notamment de la maladie grave et de la mort, ne peut se faire que sur un temps long »
- Pour le Dr Alexis Burnod, chef du service de soins palliatifs de l'Institut Curie, collégialité et concertation sont nécessaires dans ces moments intenses de confrontation avec l'intime. C'est pourquoi son service organise une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) onco-palliative chaque semaine où la voix de chaque personnel compte , notamment celle des infirmiers et aides-soignants en contact direct avec les patients et leurs proches.

Il est regrettable que ces caractéristiques inhérentes à l'accompagnement de fin de vie, notamment devant la complexité de certaines prises en charge soient si mal reconnues aujourd'hui dans le financement des activités de soins palliatifs.

Ce financement repose en effet sur la valorisation, pour un même groupe homogène de malade (GHM de soins palliatifs, avec ou sans actes), de différents groupes homogènes de séjour (GHS) spécifiques qui dépendent de la structure prenant en charge le patient.

Toutefois, ces séjours ne donnent qu'un reflet partiel de l'activité hospitalière en soins palliatifs : d'une part, ces cotations correspondent à des situations sans préjuger d'une réelle prise en charge palliative ; d'autre part, des soins palliatifs sont pratiqués à des patients dont la cotation du séjour n'est pas celle en soins palliatifs, moins intéressante pour l'établissement de santé en termes de facturation du séjour car « les soins palliatifs rapportent moins que la pathologie ».

De surcroît, la T2A reconnaît mal la complexité des prises en charge et le temps nécessaire à certains suivis.

Les effets pervers comme les risques de dérive vers une sélection des patients en fonction des pathologies sont un véritable risque.

Le Professeur Didier Sicard a jugé que le mode de tarification des soins palliatifs, non lié à la spécificité du soin mais à sa durée, induisait un déséquilibre selon la complexité des situations et leur prévisibilité.

Pour les docteurs Olivier Mermet et Bruno Richard, copilotes du plan national, cela incite effectivement à multiplier des séjours de courte durée, par exemple en privilégiant des malades en toute fin de vie, ou en faisant « tourner » des malades sur différentes structures.

Selon ces derniers, de nouveaux modes de financement doivent être étudiés, en veillant cependant à assurer des capacités d'accueil suffisantes si cette évolution devait avoir un impact sur les durées d'hospitalisation.

Pour toutes ces raisons, les auteurs du rapport formulaient la proposition n° 4 : « *revoir le mode de financement des soins palliatifs à l'hôpital dans le sens d'un financement mixte (dotation et*

tarification à l'activité) tenant compte de la complexité des prises en charge et intégrant des indicateurs de qualité des prises en charge ».

Cet amendement vient directement s'inspirer de cette proposition et vise à ce que les maisons d'accompagnement - créées par cet article 2 - soient financées selon un mode mixte et équilibré : une dotation globale et une dotation à l'activité sur le modèle de la T2A.

Tel est l'objet du présent amendement, qui prend la forme d'une demande de rapport afin de respecter l'article 40 de la Constitution qui interdit aux parlementaires de déposer un amendement créant ou aggravant une charge publique.