

QUESTIONNAIRE

Guiding questions for the focus of the IX Sessions of the Open-ended Working Group on Ageing Long-term care and palliative care for older persons

In France, the preservation and the strengthening of human dignity is a crucial issue because of the ageing population. Providing long-term and palliative cares is a major challenge, and public actions are implemented to reduce territorial inequalities regarding medical and technical organization. It should be noted that, in the past few years, thanks to proactive public policies and legislation, admission capacities, environment and living conditions of older persons, home cares and supports to family carers have been improved.

The Law pertaining to the Adaption of the Society to Ageing (December 2015) is designed to respond to the new demographic trend in France and is nowadays the main legal reference to deal with population ageing. Also, the National Plan for palliative care is aiming at improving institutional response concerning older persons' needs. In addition, good practices like the creation of a National Observation Center for palliative care can be observed.

In France, hospitals are organized to deal with the end of life and palliative cares can be provided in a variety of settings. Indeed, the French palliative care organization relies on the palliative care units (USP), mobile teams of palliative care (EMSP), identified beds in palliative care (LISP), inpatient services at home (HAD) and palliative care networks .

- 1) *Dans votre pays comment les soins de longue durée sont-ils définis par le cadre légal et politique ? Quels types de soutiens et supports sont assurés ?*

La France s'appuie sur la définition du système européen fournie par les comptes de la santé SHA (*System of Health Accounts*). Les soins de longue durée y sont définis comme les « **soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne** ».

Cette définition s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées, ou vivant avec une maladie depuis de nombreuses années. Les soins de longue durée englobent donc les **services de soins de longue durée** ainsi que les **services sociaux d'aide à la personne en lien avec la santé**.

France relies on the definition of the European system provided by the SHA (System of Health Accounts) health accounts. Long-term care is defined as "care and services provided to patients who require constant assistance because they suffer from chronic impairments and suffer loss of independence and ability to perform certain acts of life. daily ".

This definition applies to dependent elderly people but also to people with disabilities, or who have been living with a disease for many years. Long-term care therefore includes long-term care services as well as social welfare services related to health.

2) *Quels sont les défis rencontrés par les personnes âgées dans leur accès aux soins de longue durée ?*

Les défis rencontrés pour accéder aux soins de longue durée sont nombreux. Les personnes âgées doivent en effet faire face à de **fortes inégalités en matière d'information** et en matière de **délais pour bénéficier des soins**. En outre, il existe d'importantes **disparités territoriales** concernant les **niveaux d'équipement et d'accessibilité** des établissements de soins.

Challenges to accessing long-term care are numerous. Older people must face severe inequalities in terms of information and delays in receiving care. In addition, there are significant territorial disparities in the level of equipment and accessibility of health care facilities.

3) *Quelles mesures ont été adoptées/sont nécessaires pour assurer, de manière durable, les meilleurs soins possibles aux personnes âgées ?*

La **loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement**, élaborée à l'issue d'une large concertation et adoptée par le Parlement le 14 décembre 2015, vise à **mobiliser tous les acteurs de la société**, à **permettre une autonomie de qualité** pour les personnes âgées et à **conforter leurs droits et leurs libertés** à travers des mesures concrètes telles que la revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, l'amélioration des conditions de travail des aides à domicile, le reconnaissance du droit au répit des aidants et une meilleure prévention de la perte d'autonomie.

The law on the adaptation of society to aging, drawn up after extensive consultation and adopted by the Parliament on December 14, 2015, aims to mobilize all the actors of society, to allow a quality autonomy for the elderly and to reinforce their rights and freedoms through concrete measures such as the revaluation of the Personalized Autonomy Allowance (APA) at home, the improvement of the working conditions of home helpers, the recognition of the right to caregivers' respite and better prevention of loss of autonomy.

4) *Quels sont les autres droits essentiels pour permettre aux personnes âgées de bénéficier de leur droit aux soins de longue durée ? Quels sont les droits affectés par le non-respect du droit aux soins de longue durée ?*

La réaffirmation des **droits et libertés** des personnes âgées sont au cœur des politiques publiques à l'égard des personnes âgées. La France s'engage pour le **respect de la dignité et de l'intimité**¹ des personnes malades dont les personnes âgées ainsi que pour **lutter contre les maltraitances et les discriminations** dont elles peuvent être victimes. Le non-respect de ces droits constitue une entrave à leur droit d'accéder aux soins de longue durée dans de bonnes conditions.

The reaffirmation of the rights and freedoms of the elderly are at the heart of public policies with regard to the elderly. France is committed to respecting the dignity and intimacy of sick people, including the elderly, and to combating the abuse and discrimination they may suffer. Failure to respect these rights is an obstacle to their right to access long-term care in good conditions.

¹ Article L1110-2 de Loi n°2002-303 du 4 mars 2002- art. 3 : La personne malade a droit au respect de sa dignité.

5) Dans votre pays comment les soins palliatifs sont-ils définis par le cadre légal et politique ?

Les soins palliatifs sont définis par la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs comme étant : **«des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage»**. Les soins palliatifs sont délivrés dans une approche globale de la personne. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort.

Ils sont définis dans la circulaire DHOS du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs comme des *«soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, **en collaboration avec des bénévoles d'accompagnement**, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort»*.

Il s'agit bien d'une véritable "démarche", au sens de "façon de marcher", une façon de penser l'approche de la personne atteinte d'une maladie grave, évoluée mais pas forcément en phase terminale, dans une logique qui consiste à penser le confort de la personne (traitement des symptômes d'inconfort), sa quiétude psychique (accompagnement de sa souffrance à être malade), avec prise en compte de son environnement, des proches, dans une dimension globale. La notion d'anticipation de ce qui peut advenir est centrale et facilite le cheminement de la personne (pouvant faciliter éventuellement la démarche d'élaboration de directives anticipées).

La priorité est à la diffusion et à 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 pour garantir une prise en charge de proximité.

Les autres textes concernant les soins palliatifs sont :

- la circulaire dite « Laroque » du 26 août 1986. Le texte de référence relatif à l'organisation des soins palliatifs en France ;
- la loi hospitalière du 31 juillet 1991: introduit les soins palliatifs dans les missions de tout établissement de santé ;
- la loi du 9 juin 1999 : article L.1110-10 du Code de la santé publique ;
- la circulaire du 19 février 2002 : organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement ; réseaux de soins palliatifs et HAD, démarche palliative et LISP.

Il existe une loi plus récente, la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 qui par deux de ses articles renforcent l'accès aux soins palliatifs :

Art. 9 Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Art. 10 Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Enfin, la loi no 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie renforce les soins palliatifs.

Art 12 « Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services". Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 (...)»

Article 13 (...) « Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. »

Les soins palliatifs ont fait l'objet de **quatre programmes d'actions successifs depuis 1999** en lien étroit avec les associations de patients et les professionnels de santé concernés (1999-2002, 2002-2005 et 2008-2012 et 2015-2018).

Palliative care is defined by the law of 9 June 1999 to guarantee the right to access to palliative care as: "active and continuous care practiced by an interdisciplinary team in an institution or at home. They aim to relieve pain, soothe mental suffering, safeguard the dignity of the sick person and support those around him. " Palliative care is delivered in a holistic approach to the person. They aim to preserve the best possible quality of life until death.

They are defined in the DHOS circular of March 25, 2008 relating to the organization of palliative care as "active and continuous care practiced by a multidisciplinary team, in collaboration with volunteers of accompaniment, in institution or at home. They aim to relieve pain, soothe mental suffering, safeguard the dignity of the sick person and support those around him. They aim to preserve the best quality of life possible until death.

It is indeed a real "approach", in the sense of "way of walking", a way of thinking the approach of the person with a serious illness, evolved but not necessarily terminally ill, in a logic which consists in thinking about the comfort of the person (treatment of the symptoms of discomfort), his psychic tranquility (accompaniment of his suffering to be sick), taking into account his environment, relatives, in a global dimension. The notion of anticipating what can happen is central and facilitates the person's journey (which may facilitate the process of developing advance directives).

Priority is given to the dissemination and appropriation of palliative care wherever it is needed, whether in non-specialized hospital units, in medical-social establishments or in patients' homes to guarantee local care.

Other texts concerning palliative care are:

- the "Laroque" circular of August 26, 1986. The reference text relating to the organization of palliative care in France;
- the hospital law of 31 July 1991: introduces palliative care in the missions of any health facility;
- the law of 9 June 1999: Article L.1110-10 of the Public Health Code;
- the circular of 19 February 2002: organization of palliative care and support; palliative care networks and HAD, palliative approach and LISP.

There is a more recent law, the law N ° 2002-303 of March 4, 2002 which by two of its articles reinforce the access to palliative care:

Art. 9 Every sick person whose condition requires it has the right to access palliative care and support.

Art.10 Palliative care is an active and continuous care provided by an interdisciplinary team in an institution or at home. They aim to relieve pain, soothe mental suffering, safeguard the dignity of the sick person and support those around him.

Lastly, Act No. 2005-370 of 22 April 2005 on patients' rights and end of life strengthens palliative care.

Art 12 "The medical project includes a" palliative activity of services "component. It identifies the services of the institution in which palliative care is provided. It specifies the measures that must be taken in application of the provisions of the multi-year contract mentioned in Articles L. 6114-1 and L. 6114-2 (...)"

Article 13 (...) "Where appropriate, this project shall identify the services of the establishment or social or medico-social service in which palliative care is provided and specify the measures to be taken in application of the provisions of the multiannual agreements. referred to in Article L. 313-12."

Palliative care has been the subject of four successive action programs since 1999 in close collaboration with the patient associations and health professionals concerned (1999-2002, 2002-2005 and 2008-2012 and 2015-2018).

6) *Quels sont les besoins spécifiques et les défis auxquels doivent faire face les personnes âgées au sujet des soins palliatifs ? Existe-t-il des études, données ou preuves à ce sujet ?*

Amélioration de l'information du patient (droits du patient) : la connaissance et le respect de la volonté du patient sont déterminants pour la qualité de la fin de sa vie. Les personnes âgées ne connaissent pas suffisamment leurs droits et ne s'expriment pas suffisamment sur ce qu'ils souhaitent pour la fin de leur vie ou dans des situations médicales particulières. Seule une très faible proportion de la population a rédigé des directives anticipées, alors qu'elles sont le moyen le plus sûr de se faire entendre lorsque l'on n'est plus en mesure de s'exprimer directement et qu'elles permettent de résoudre nombre de situations difficiles.

80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. La proportion de décès à domicile a pourtant diminué entre 1990 et 2010 (de 28,5 % à 24,5 %). Il est désormais nécessaire de consacrer des efforts importants pour permettre aux patients de recevoir des soins palliatifs et d'être accompagnés à domicile, y compris en établissements médico-sociaux, le plus longtemps possible.

Près de 225 000 personnes décèdent chaque année en France dans des conditions requérant des soins palliatifs. Une part encore trop importante des patients n'accèdent toutefois pas à ces soins, ou trop tardivement.

Etudes sur le sujet :

- B. Faustville, « Les Soins palliatifs en France : psychopathologie d'une voix de l'in audible », Sciences Santé CS, 2007.

- Résultats du premier sondage grand public IPSOS réalisé en partenariat par la Fondation de France/SFAP sur la perception des Français sur les soins palliatifs, juin 2009, www.sfap.org
- http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/Rapport_Soins_Palliatifs.pdf
- http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliatifs_270613.pdf
- <http://www.spfv.fr/>
- Régis Aubry. - Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Rapport,04/2011 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000295/>
- Observatoire National de la Fin de Vie. - Fin de vie : un premier état des lieux. – Paris, 2011, 268 p. <http://www.spfv.fr/connaitre-donneessur-fin-vie/rapports>
- <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/212-RPA2015-soins-palliatifs.pdf>
Rapport de la cour des comptes février 2015 sur « les soins palliatifs : une prise en charge toujours incomplète »
- http://www.pleinsens.fr/sites/default/files/documents/Rapport%20diffusion%20de%20a%20culture%20palliative_0.pdf
- http://vigipallia.spfv.fr/Documents/Catalogue/SYN_Serryn_2017.pdf
- L. Morin, R. Aubry, « Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France : de fortes inégalités entre régions », Revue Médecine Palliative, juin 2015, Vol 14, N° 3.
- BEH N°31 12 décembre 2017 « Recours aux soins palliatifs hospitaliers des personnes décédées en 2013 en France selon leurs caractéristiques et pathologies » décrit les pathologies, le lieu de décès, les hospitalisations et les recours aux soins palliatifs hospitaliers (SPH) l'année précédant le décès.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/31/2017_31_2.html

Improvement of patient information (patient's rights): the knowledge and respect of the patient's wishes are decisive for the quality of the end of his life. Older people do not know enough about their rights and do not express enough about what they want for the end of their lives or in particular medical situations. Only a very small proportion of the population has drafted advance directives, whereas they are the surest way to be heard when one is no longer able to express oneself directly and can solve number of difficult situations.

80% of French people say they want to spend their last moments at home, surrounded by their relatives. The proportion of home deaths, however, decreased between 1990 and 2010 (from 28.5% to 24.5%). It is now necessary to devote significant efforts to enable patients to receive palliative care and to be accompanied at home, including in medico-social establishments, as long as possible.

Nearly 225,000 people die each year in France under conditions requiring palliative care. Too many patients still do not access this care, or too late.

Studies on the subject:

7) *Dans quelle mesure les soins palliatifs sont-ils disponibles pour toutes les personnes âgées, sans discrimination ?*

Un **plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs** et l'accompagnement de la fin de vie a été mis en place, qui prévoit de :

- 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. A ce titre, des financements ont été alloués pour renforcer les unités de soins palliatifs, les lits identifiés en soins palliatifs et les équipes mobiles de soins palliatifs.

5040 lits identifiés en soins palliatifs (LISP) en 2015 vs 4961 en 2013 au sein de services non totalement dédiés aux soins palliatifs, confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents ;

- 139 unités de soins palliatifs (USP) en 2015 vs 127 en 2013 pour les situations les plus complexes de fin de vie. La majorité des régions dispose désormais d'au moins une USP ;

- 424 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en 2015. Les EMSP (dont des équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques ERRSPP) sont des équipes pluridisciplinaires et pluri professionnelles rattachées à un établissement de santé, qui se déplacent au lit du patient et auprès des soignants, à la demande de ces derniers pour apporter une expertise et réaliser ainsi par compagnonnage la diffusion de la culture palliative.

L'organisation des Soins Palliatifs à domicile s'est développée de manière significative (HAD, SSIAD, réseaux, médecine libérale) et constitue une priorité du plan 2015-2018.

Les soins palliatifs en HAD représentent ainsi près de 28 000 patients en 2014 et plus d'un million de journées pour une durée moyenne de séjours de 22 jours environ (48% d'entre eux sont décédés à leur domicile ; 42% ont été transférés en établissement conventionnel ; l'âge moyen de ces patients est 71 ans ; 4% des journées ont été réalisées en EHPAD soit 38 000 journées).

Il convient de reconnaître que, malgré des résultats significatifs obtenus par la mise en œuvre des mesures consacrées aux soins palliatifs, **les efforts pour réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs doivent être maintenus et amplifiés.**

A 2015-2018 national plan for the development of palliative care and end-of-life care has been put in place, which provides for:

- Inform the patient, allow him to be at the heart of the decisions that concern him
- Train professionals, support research and disseminate knowledge about palliative care
- Develop care in the neighborhood: promote palliative home care including for residents in social and medical-social institutions,
- Ensure access to palliative care for all: reducing inequalities in access to palliative care. As such, funding has been allocated to strengthen palliative care units, identified beds in palliative care and mobile palliative care teams.

5040 identified beds in palliative care (LISP) in 2015 vs. 4961 in 2013 in services that are not totally dedicated to palliative care, faced with life-long goals or frequent deaths;

- 139 palliative care units (USP) in 2015 vs 127 in 2013 for the most complex end-of-life situations. The majority of regions now have at least one USP;

- 424 mobile palliative care teams (PMSCs) in 2015. The PMSCs (including regional resource teams for pediatric palliative care ERRSPP) are multi-disciplinary and multi-disciplinary teams attached to a health facility, who travel to the bedside and to caregivers, at the request of the latter to provide expertise and achieve by companionship dissemination of the palliative culture.

The Palliative Home Care organization has developed significantly (HAD, SSIAD, networks, and private medicine) and is a priority of the 2015-2018 plan.

Palliative care in HAD represents nearly 28,000 patients in 2014 and more than one million days for an average stay of about 22 days (48% of them died at home, 42% were transferred in conventional institution, the average age of these patients is 71 years, 4% of the days were performed in nursing homes or 38,000 days).

It should be recognized that, despite significant results achieved through the implementation of palliative care measures, efforts to reduce inequalities in access to palliative care must be maintained and expanded.

8) *Comment les soins palliatifs sont-ils assurés, en relation avec les soins de longue durée décrits plus haut ?*

La prise en charge palliative s'inscrit dans une offre adaptée aux besoins des patients. Elle peut se faire :

- **en établissement de santé**
 - **en lit identifié en soins palliatifs (LISP)**. Ceux-ci sont au nombre de 5 040 au sein de services non totalement dédiés aux soins palliatifs mais confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents
 - **en unité de soins palliatifs (USP)** pour les situations les plus complexes de fin de vie. Véritables services d'hospitalisation d'environ 15 lits, les 139 USP sont également des lieux de recherche et de formation des soignants. La majorité des régions dispose désormais d'au moins une USP.
 - **en lien avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou une équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)**. Les 430 EMSP et les ERRSPP sont des équipes pluri-professionnelles rattachées à un établissement de santé qui se déplacent au lit des patients et auprès des soignants, à la demande de ces derniers, pour apporter une expertise. Les EMSP interviennent également dans les structures et services médico-sociaux, en particulier au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- **en hospitalisation à domicile** : l'organisation de soins palliatifs s'est développée de manière significative à domicile. En effet, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet de dispenser des soins non réalisables par des professionnels de ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques à des personnes nécessitant des soins continus et l'attention d'une équipe médicale complète (infirmier, rééducateur, assistant social, psychologue, diététicien...).
- **à domicile** : hors HAD, le maintien à domicile des personnes malades qui le désirent peut se faire, sous certaines conditions, par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou par des professionnels libéraux (médecins, infirmiers...). Mais aussi par un réseau de santé qui coordonne l'ensemble des acteurs de la prise en charge afin de conserver le lien nécessaire entre eux. Chaque année, cela concerne environ 20 000 patients (5 000 par réseau polyvalent, 16 000 par réseau de soins palliatifs, 1 500 par réseau de cancérologie).

Que ce soit dans les unités hospitalières, les établissements médico-sociaux ou au domicile des patients, la priorité est à la diffusion et à l'appropriation d'une **démarche palliative** partout où elle est nécessaire, pour garantir l'accompagnement au plus proche du patient.

Au sein des unités de soins longue durée, des LISP peuvent être reconnus.

Palliative care is part of an offer tailored to the needs of patients. It can be done:

- in a health facility
- in bed identified in palliative care (LISP). There are 5,040 of these in services that are not totally dedicated to palliative care but face life or frequent deaths.
- in palliative care unit (USP) for the most complex end-of-life situations. A true hospitalization service of approximately 15 beds, the 139 USP are also places of research and training for caregivers. The majority of regions now have at least one USP.
- in connection with a mobile palliative care team (PMSC) or a regional pediatric palliative care resource team (PPRRM). The 430 PMSCs and PPRRs are multi-professional teams attached to a health facility that travel to the bedside and to caregivers, at their request, to provide expertise. PMSCs are also involved in medico-social structures and services, particularly in institutions housing dependent elderly people (EHPAD).
- In-home hospitalization: the palliative care organization has developed significantly at home. In fact, home-based care (HAD) makes it possible to provide care that can not be performed by city professionals because it is too complex, too intense or too technical for people in need of continuous care and the attention of a complete medical team (nurse, reeducator, social worker, psychologist, dietitian ...).
- at home: excluding HAD, the home care of sick people who wish it can be done, under certain conditions, by a home nursing service (SSIAD) or by liberal professionals (doctors, nurses ...). But also by a health network that coordinates all actors in care in order to maintain the necessary link between them. Each year, this concerns approximately 20,000 patients (5,000 per multipurpose network, 16,000 per palliative care network, 1,500 per oncology network).

Que ce soit dans les unités hospitalières, les établissements médico-sociaux ou au domicile des patients, la priorité est à la diffusion et à l'appropriation d'une démarche palliative partout où elle est nécessaire, pour garantir l'accompagnement au plus proche du patient.

Au sein des unités de soins longue durée, des LISP peuvent être reconnus.

9) *Existent-ils de bonnes pratiques pour les soins de longue durée et les soins palliatifs ? Quelles conclusions peut-on en tirer d'après la perspective des droits humains ?*

Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) a été créé auprès du ministère des Solidarités et de la Santé par le décret du 5 janvier 2016 pour cinq ans. Il a pour missions de contribuer à **une meilleure connaissance des conditions de vie des personnes âgées et des soins palliatifs mis en place**, et de **contribuer à l'amélioration des pratiques d'accompagnement des personnes âgées**. L'objectif étant de tendre vers un renforcement du respect des droits des personnes âgées et de leur dignité.

Des recommandations de bonnes pratiques ont été publiés par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) sur la démarche palliative en ESMS et à domicile.

La haute autorité de santé (HAS) travaille en 2018 sur des fiches « points clés » pour la mise en œuvre à domicile et en établissement d'une sédation profonde, ainsi que sur des recommandations de bonne pratique sur la sédation profonde et continue (2019).

La HAS a publié plusieurs documents sur les soins palliatifs :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731882/fr/soins-palliatifs

The National Center for Palliative and End-of-Life Care (CNSPFV) was created by the Ministry of Solidarity and Health by the decree of January 5, 2016 for five years. Its mission is to contribute to a better knowledge of the living conditions of the elderly and palliative care put in place, and to contribute to the improvement of the practices of accompaniment of the elderly. The aim is to strive for greater respect for the rights of older people and their dignity.

Recommendations of good practice have been published by the National Agency for the Evaluation and Quality of Social and Medico-Social Institutions and Services (ANESM) on the palliative approach in ESMS and at home.

The High Authority for Health (HAS) is working in 2018 on "key points" cards for home-based and in-house sedation implementation, as well as on good practice recommendations on deep and continuous sedation (2019).).

HAS has published several documents on palliative care:

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731882/fr/soins-palliatifs