

Un Atlas national pour décrire les conditions de l'accompagnement de la fin de vie

Thomas Gonçalves

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts

Le Centre National Fin de vie – Soins palliatifs

Le Centre National Fin de Vie – Soins Palliatifs a pour missions de contribuer :

1. A une meilleure connaissance des soins palliatifs et des conditions de la fin de vie. A cette fin :
 - En qualité de centre de ressources, il recueille, exploite et rend publiques des ressources statistiques, épidémiologiques et documentaires
 - En qualité d'observatoire, il produit des expertises indépendantes, et étayées par les données scientifiques
2. A la diffusion des dispositifs relatifs aux directives anticipées et à la désignation des personnes de confiance, de la démarche palliative et des pratiques d'accompagnement. A cette fin :
 - En qualité de centre de référence, il informe et communique sur ces dispositifs, démarches et pratiques en direction du grand public, des professionnels des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie et des représentants de la société civile
 - En qualité de centre de dialogue et d'espace de débat, il contribue à l'animation du débat sociétal et éthique et à la réflexion sur l'intégration des soins palliatifs dans les parcours de santé et l'intégration de la fin de vie dans les parcours de vie

L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie



- Idée initiale : produire une version française de l'Atlas, inspiré de l'Atlas européen et de sa déclinaison par pays, publié en 2013.
- 3 éditions publiées à ce jour : 2018, 2020 et 2023.

L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

- Comité de pilotage : oriente et donne son avis sur le contenu
- Contextes différents :
 - 2018 : recensement des données existantes en un unique document
 - 2020 : approfondir les données de la première édition (focus sur les personnes âgées)
 - 2023 : outil politique et décisionnel, virage numérique via Atlasanté



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

La population française augmente et vieillit

68 millions d'habitants (+15% en 30 ans)

1 personne sur 10 est âgée de 75 ans ou plus
(espérance de vie à la naissance : hommes : 79 ans ;
femmes : 85 ans)

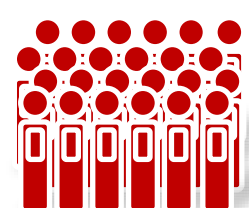
De plus en plus de décès chaque année en France

650 000 décès, soit 100 000 décès de plus
depuis 30 ans

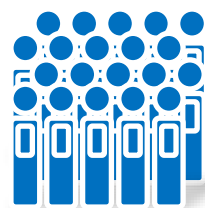
70% des personnes décédées avaient **75 ans**
ou plus

L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

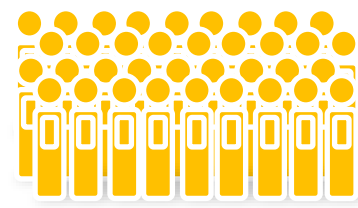
Causes initiales de décès



28%
cancers



24%
maladies
cardiovasculaires



48%
autres causes

Plus de 50% des Français décèdent d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire

Chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, les maladies cardiovasculaires deviennent la première cause de décès, devant le cancer

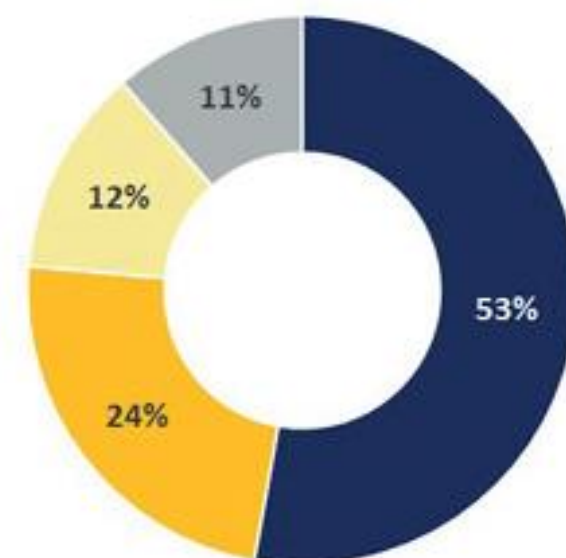
Lieux de décès

Établissement hospitalier ou clinique privée

Maison de retraite/EHPAD

Domicile

Autre (1)



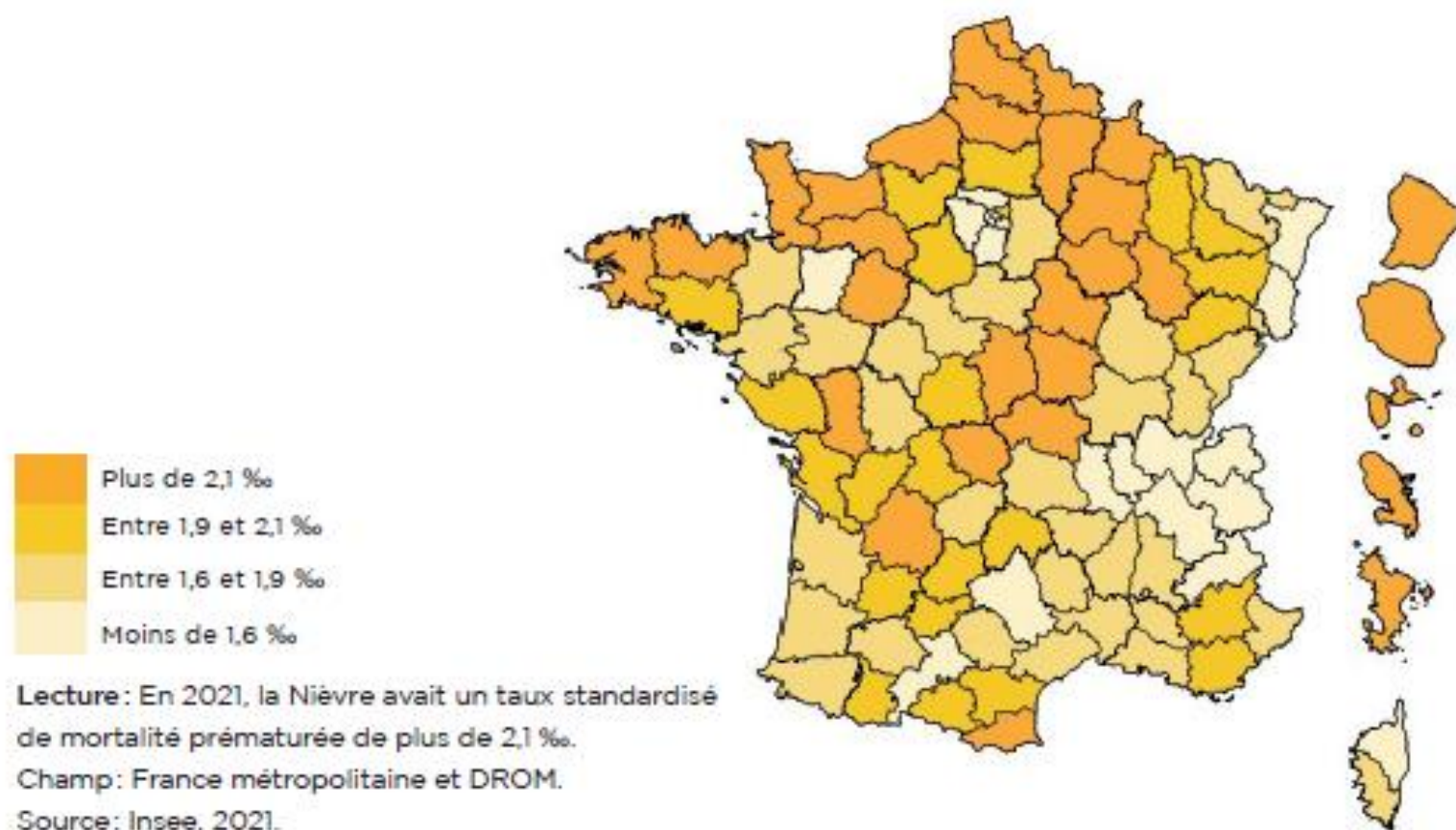
Plus de 50% des Français décèdent à l'hôpital

Chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, la part des décès à domicile et en Ehpad augmente

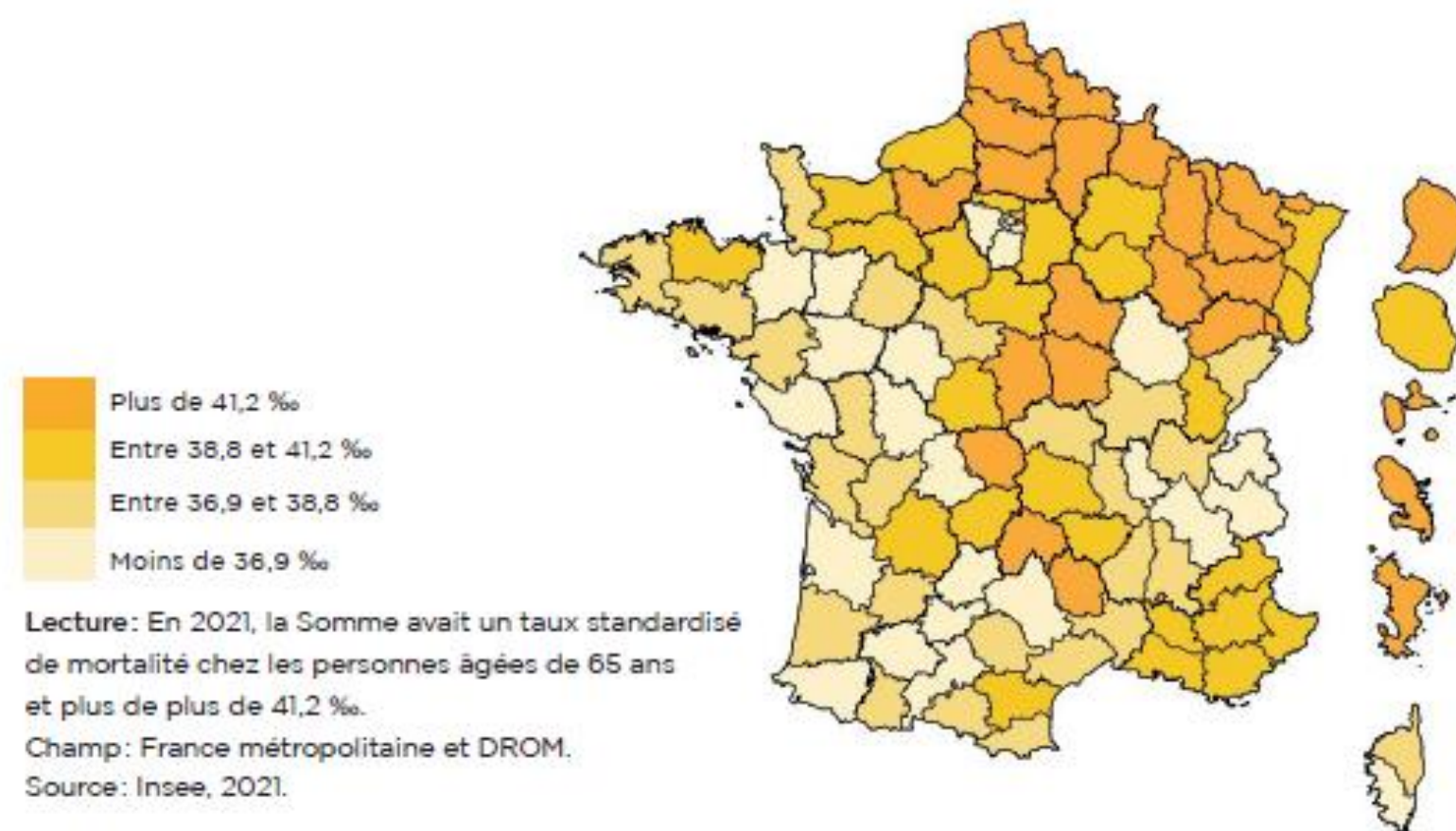
L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

Taux de décès standardisés

Taux standardisé de mortalité des 0-64 ans (prématurée) en 2021

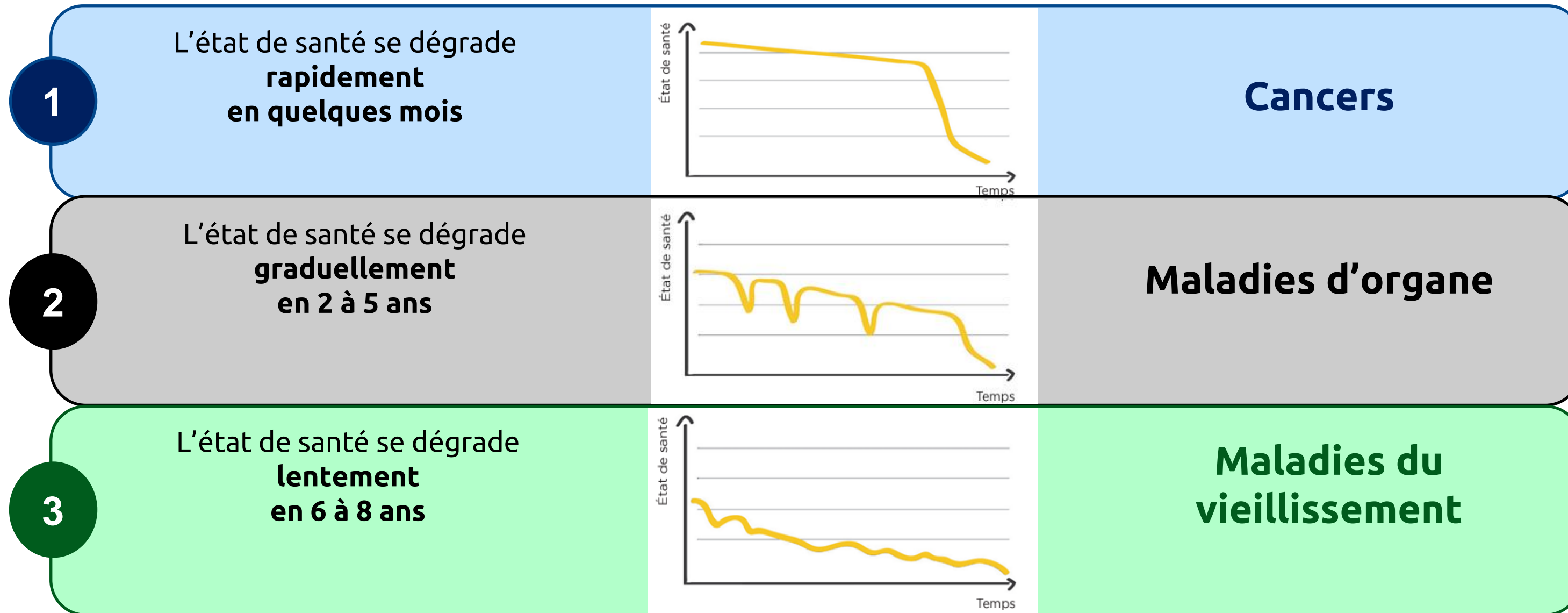


Taux standardisé de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 2021



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

Des fins de vie : 3 trajectoires principales



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

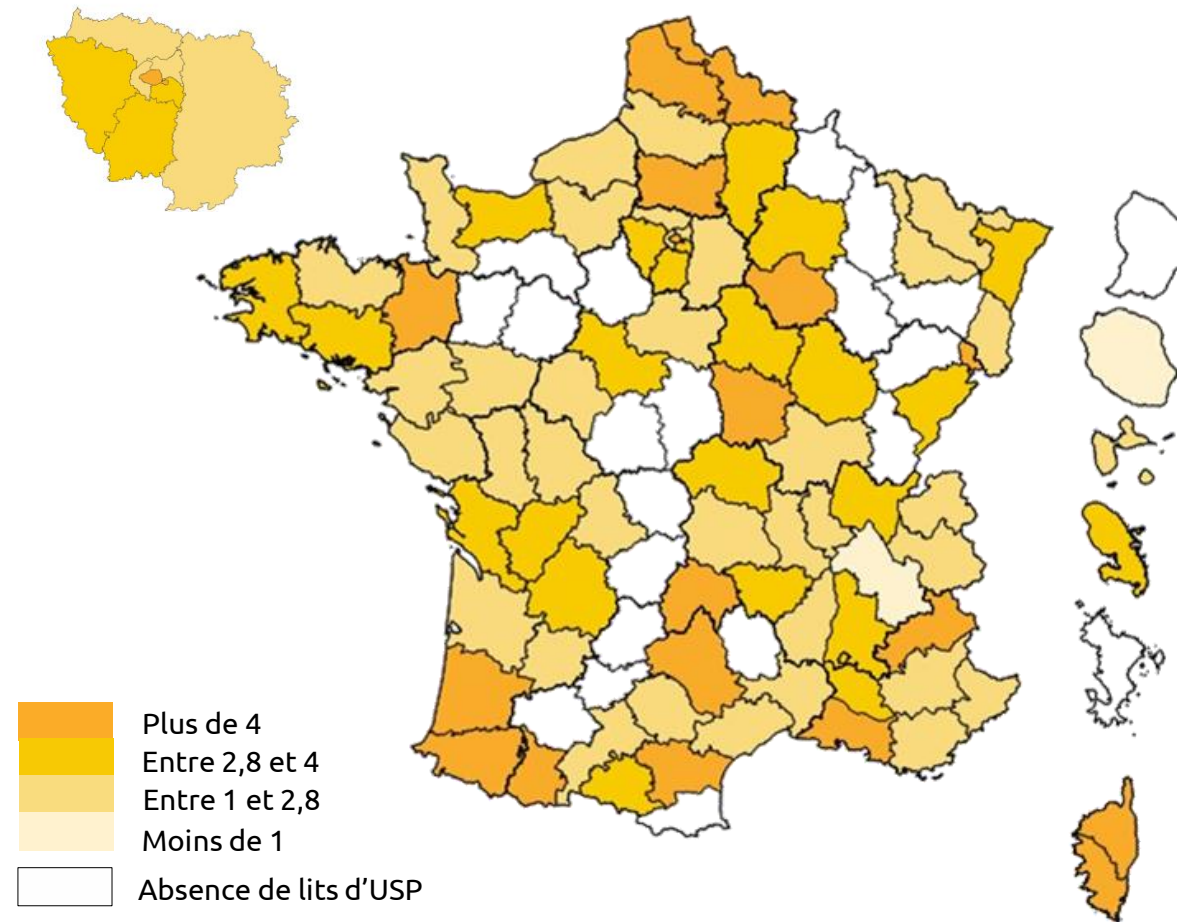
Les lits en unités de soins palliatifs (USP)

1 980 lits dans 171 USP

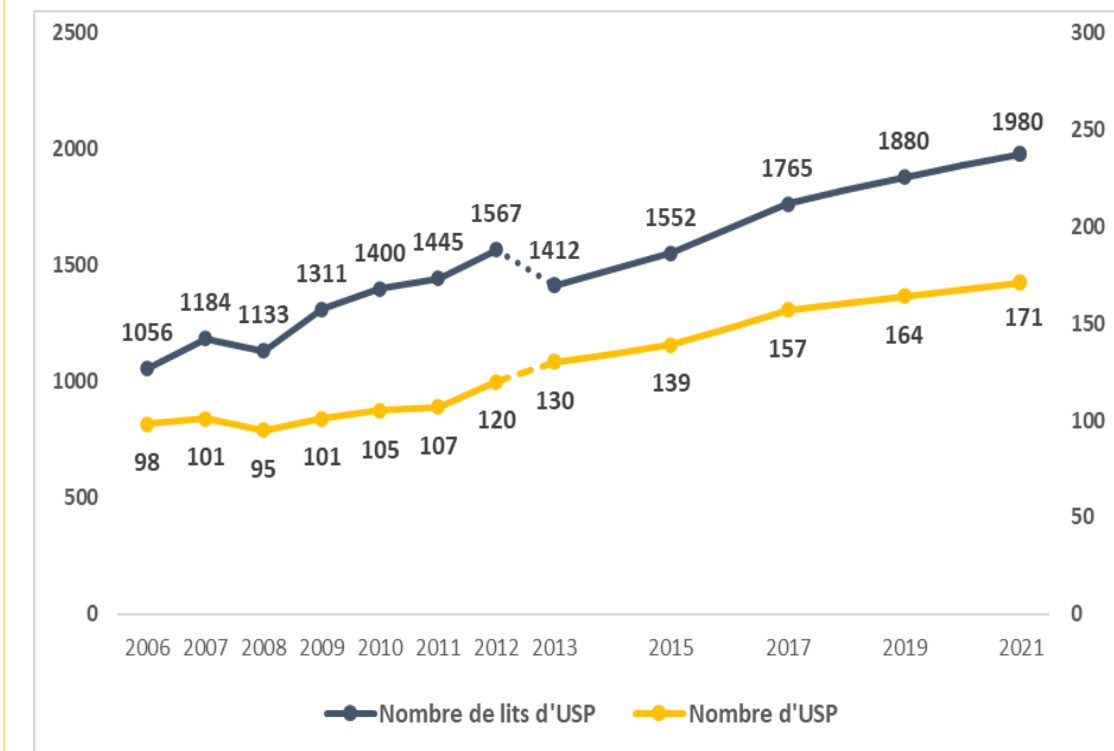
**3 lits d'USP
pour 100 000 habitants**

**21 départements ne disposent pas d'USP
en France en 2021**

Nombre de lits d'USP pour 100 000 habitants



Evolution du nombre de lits d'USP entre 2006 et 2021



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

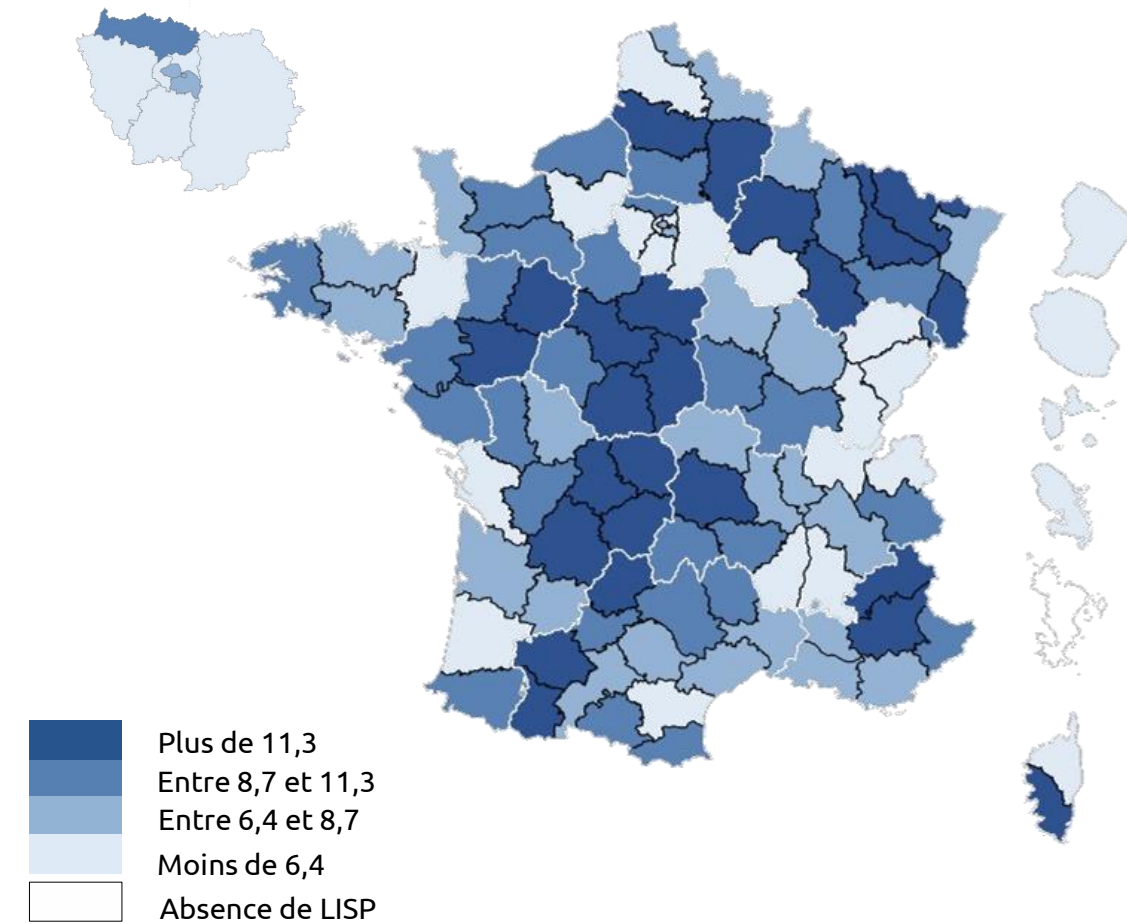
Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

5 566 LISP dans 904 établissements

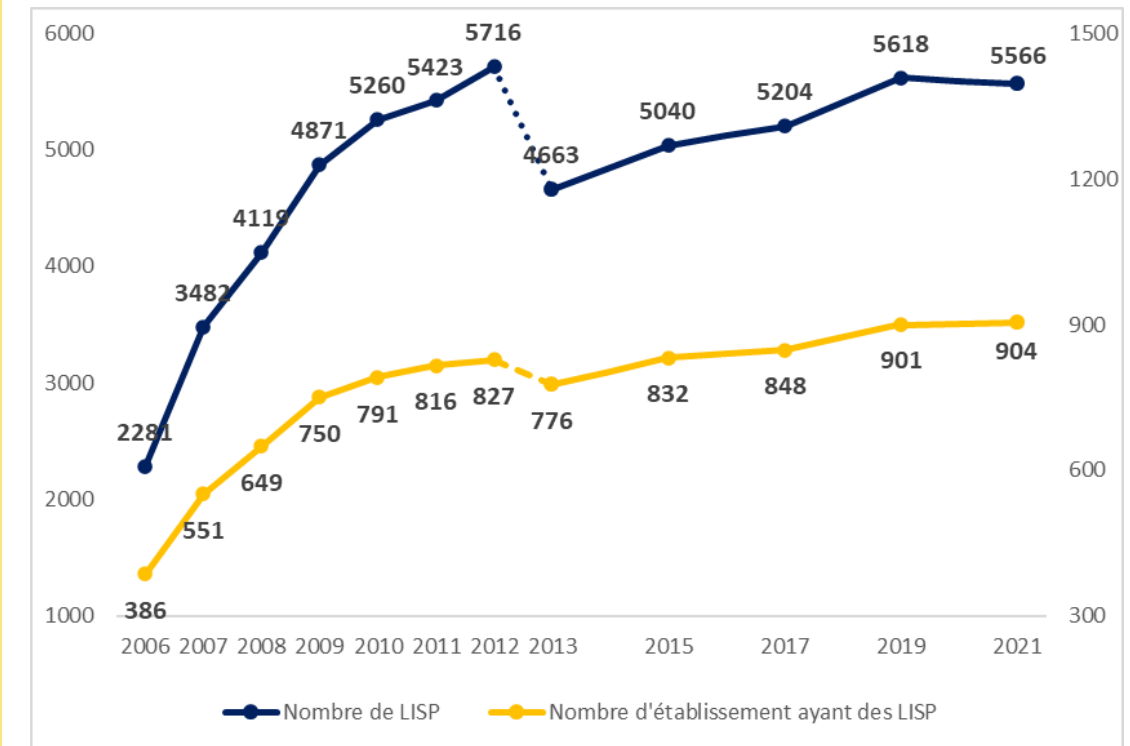
8 LISP pour 100 000 habitants

Seul Mayotte ne dispose pas de LISP sur le territoire français

Nombre de LISP pour 100 000 habitants



Evolution du nombre de LISP entre 2006 et 2021



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

Les lits hospitaliers de soins palliatifs

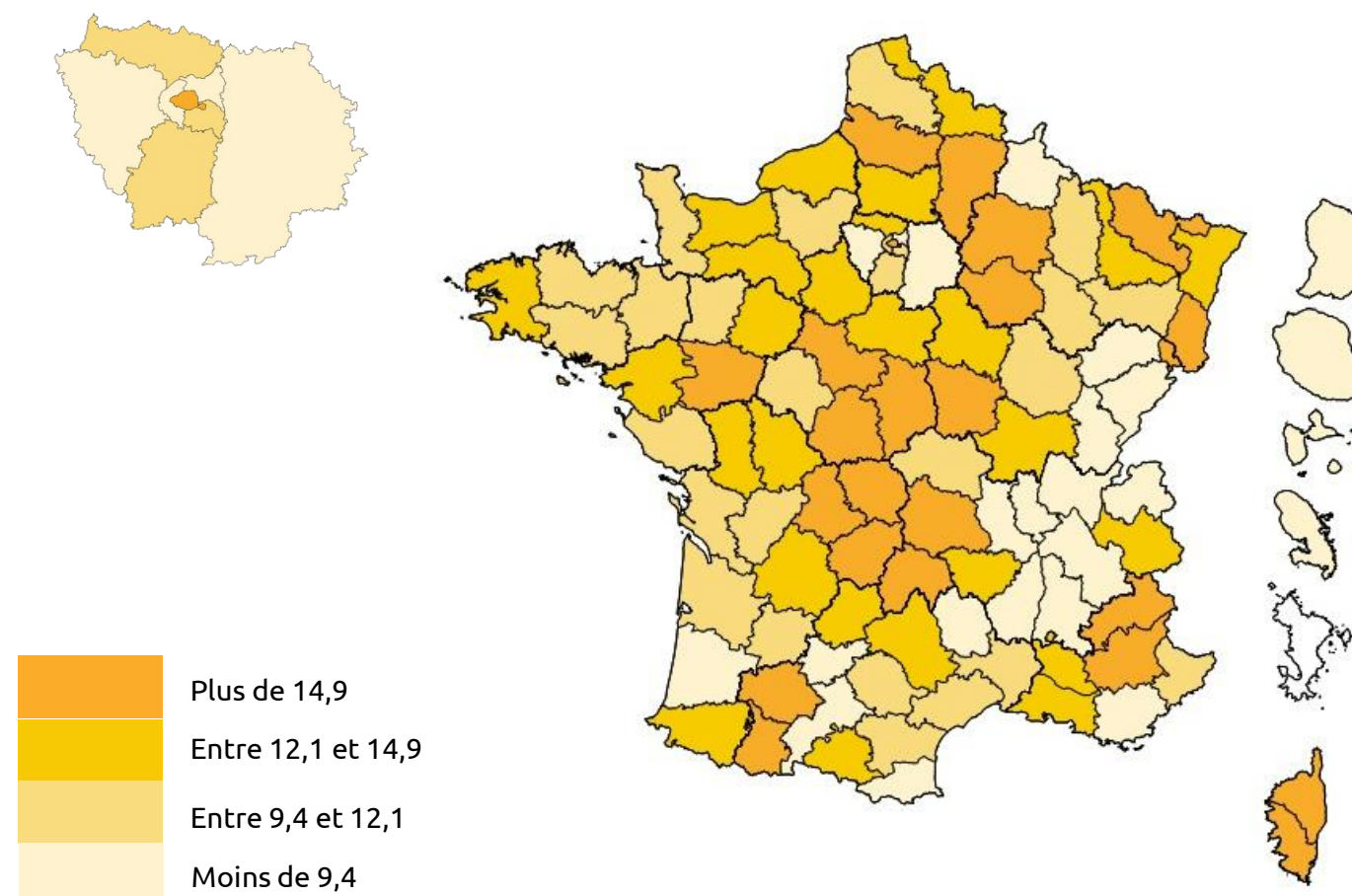
7 546 lits

11 lits pour 100 000 habitants

Mayotte est le seul département qui ne possède pas de lits de soins palliatifs

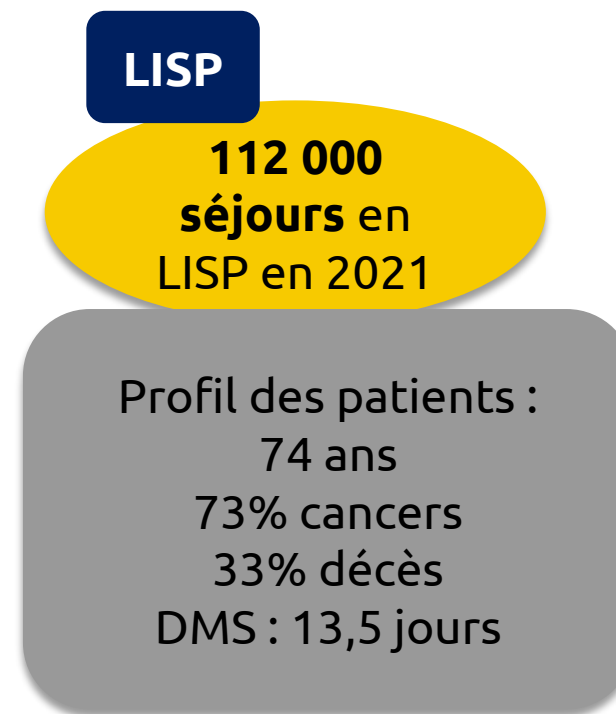
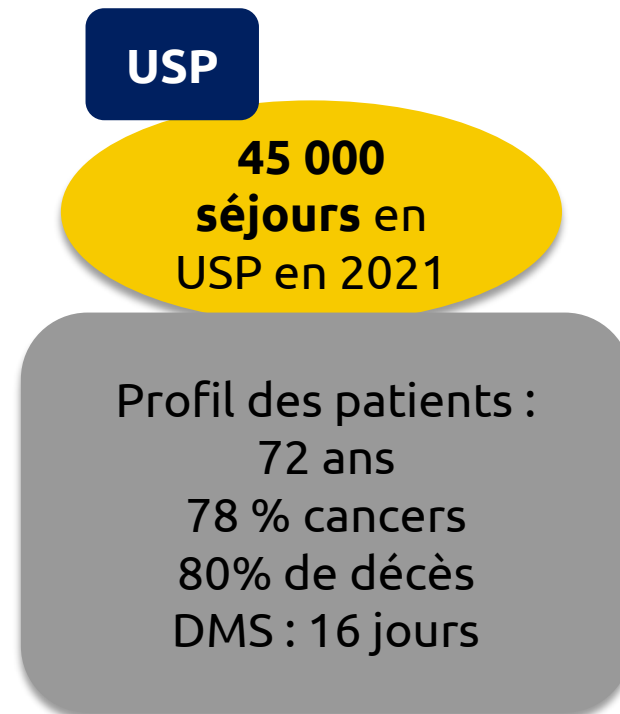
MAIS l'ensemble des départements disposent de structures hospitalières de prise en charge palliative

Nombre de lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

Prise en charge USP et LISP



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

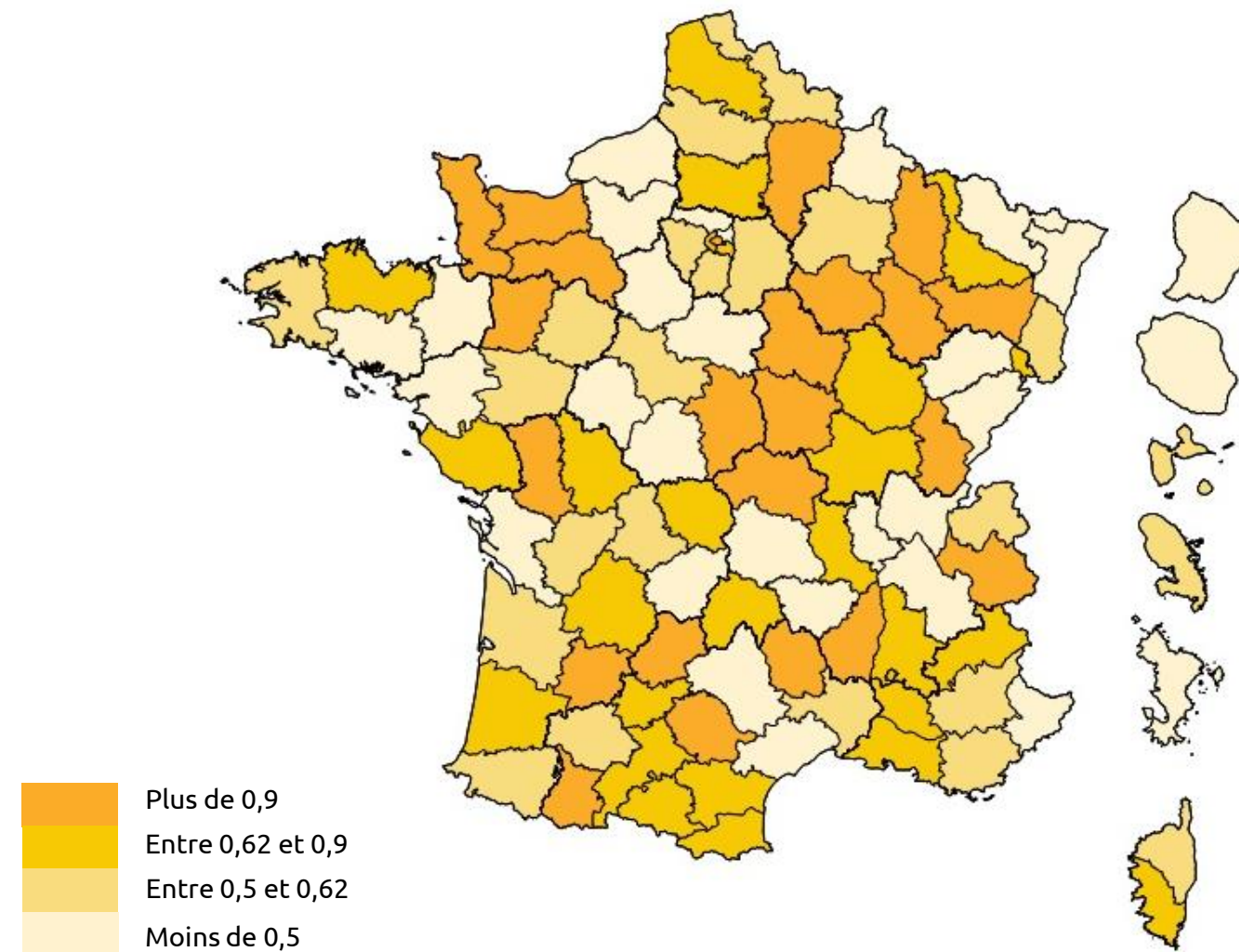
Prise en charge mixte domicile / hôpital

420 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) en 2021

23 équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) en 2021

La Réunion est le seul département d'outremer qui possède une ERRSPP.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

Prise en charge à domicile via l'HAD

74 400 séjours SP en HAD
en 2021

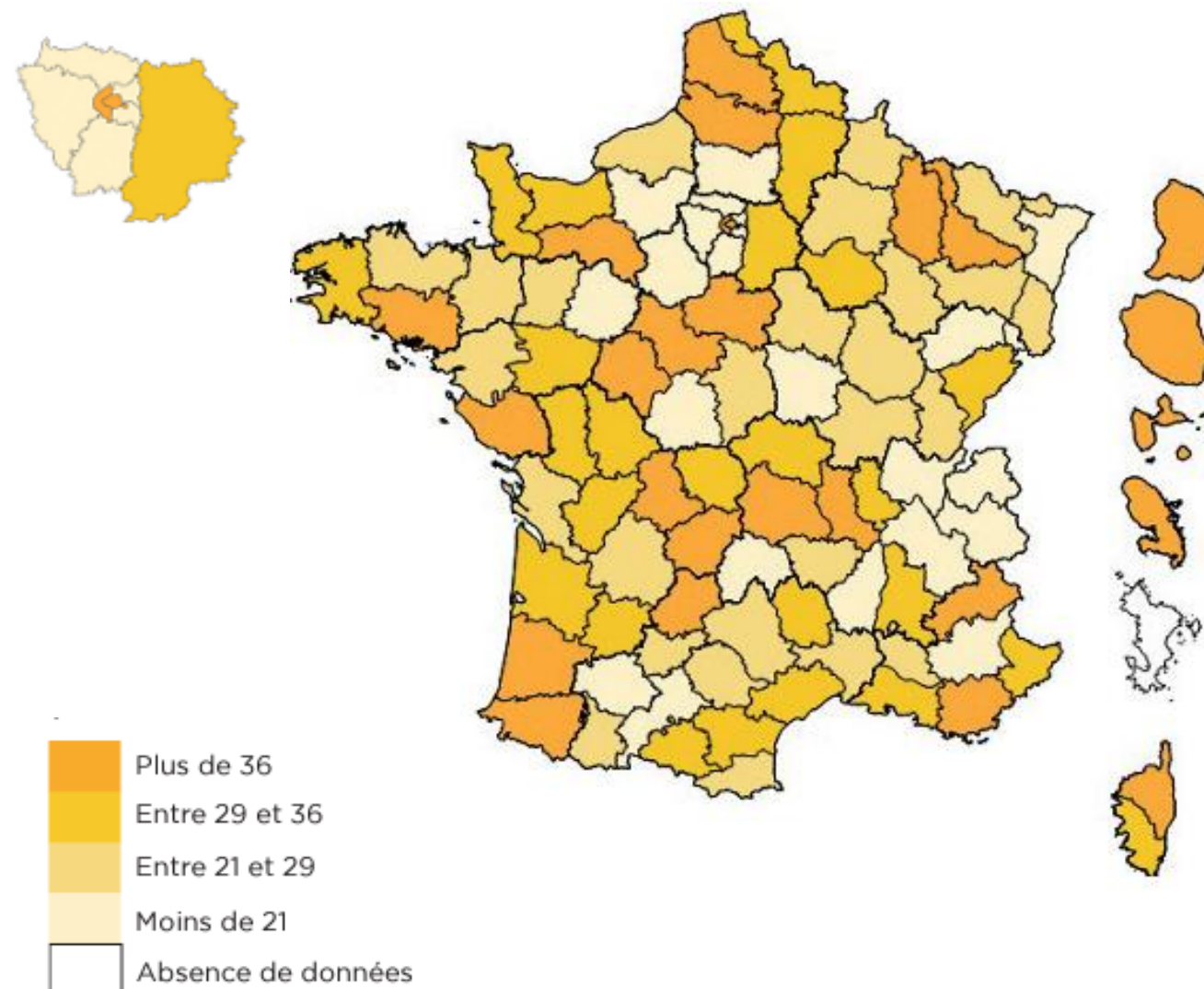
45 000 patients ont bénéficié de
soins palliatifs en HAD

HAD

89 %

des personnes décédées en HAD
ont reçu une prise en charge
palliative au cours de l'année
précédant le décès

Taux d'équipement en HAD pour 100 000 habitants



L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

Prise en charge en EHPAD

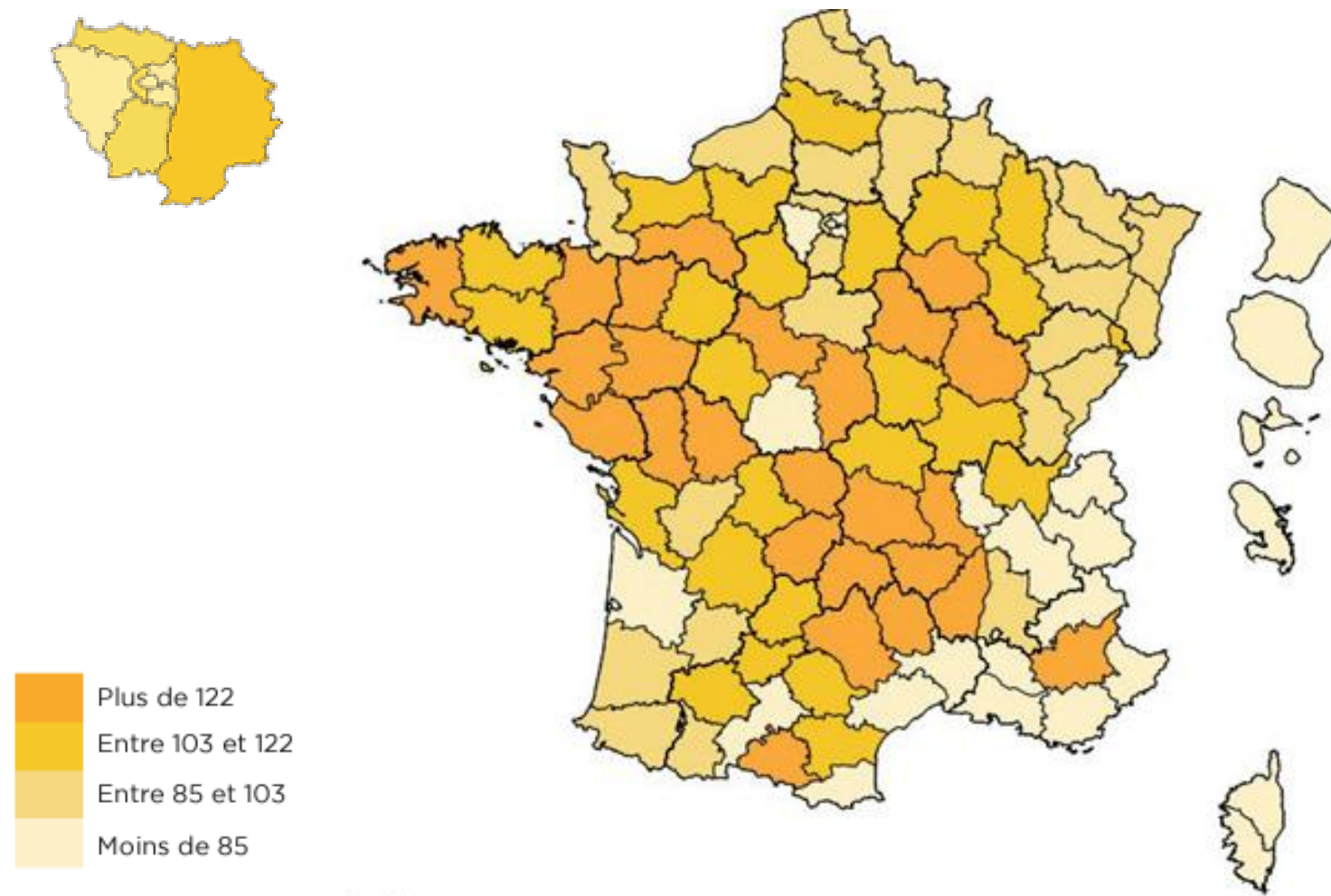
**150 000 décès de résidents
d'Ehpad
en 2019**

23% ont lieu à l'hôpital

**25% des Ehpad ont au moins un
membre du personnel formé aux
soins palliatifs**

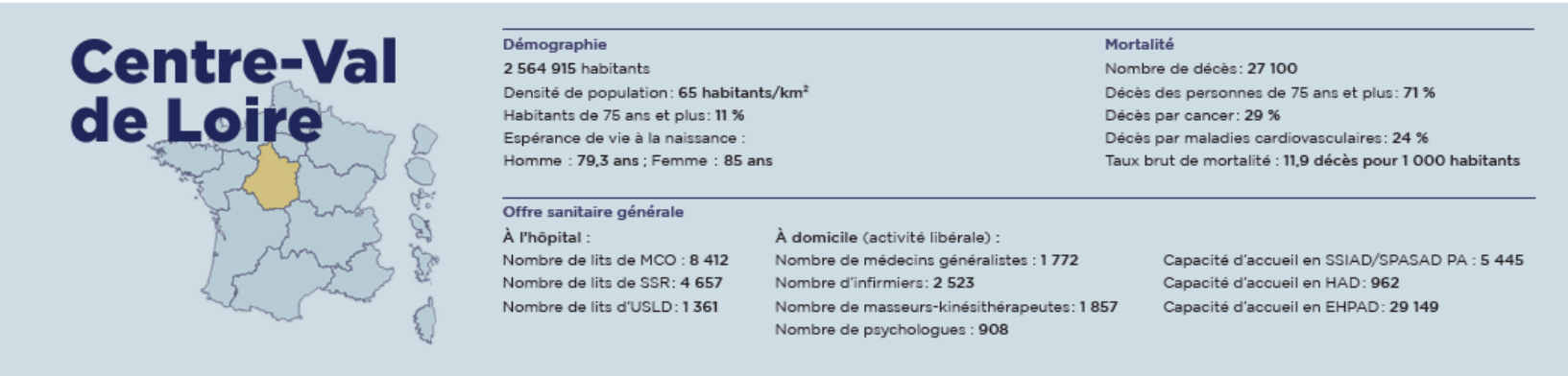
**66% ont une convention avec une
EMSP**

Taux d'équipement en EHPAD pour 1000 habitants âgés de 75 ans ou plus

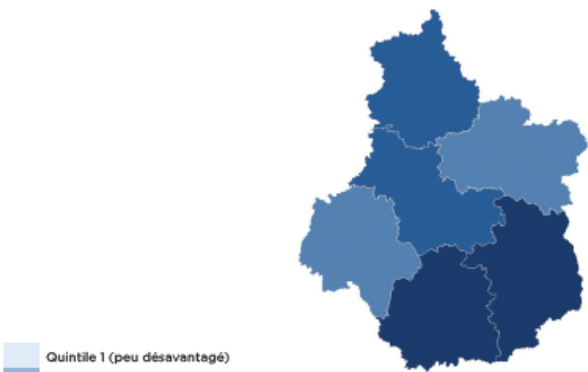


L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie

Déclinaison en pages régionales

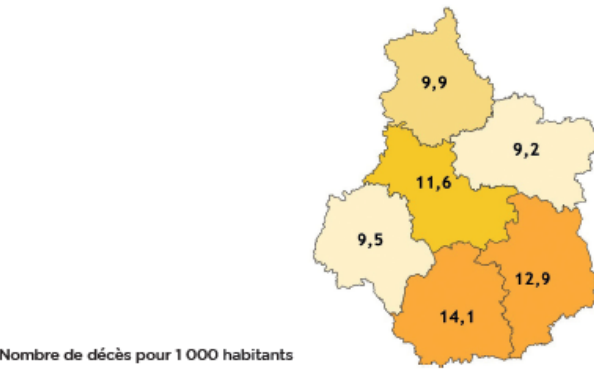


Indice de désavantage social (2015)



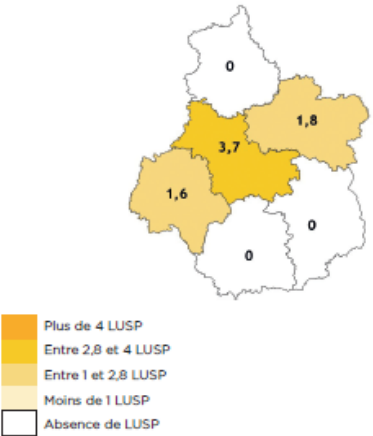
Lecture: Le département du Cher appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



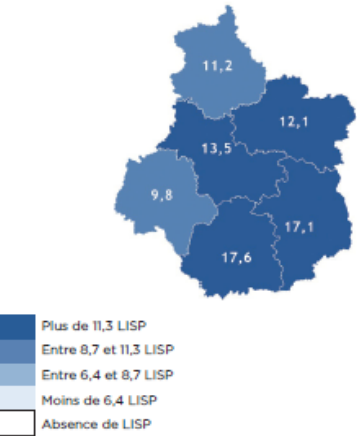
Lecture: En 2019, l'Indre avait un taux brut de mortalité de 14,1 décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il n'y a pas de LUSP dans le Cher.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 17,1 LISP pour 100 000 habitants dans le Cher.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 3 EMSP dans le Cher.
Source: Drees, SAE 2021.

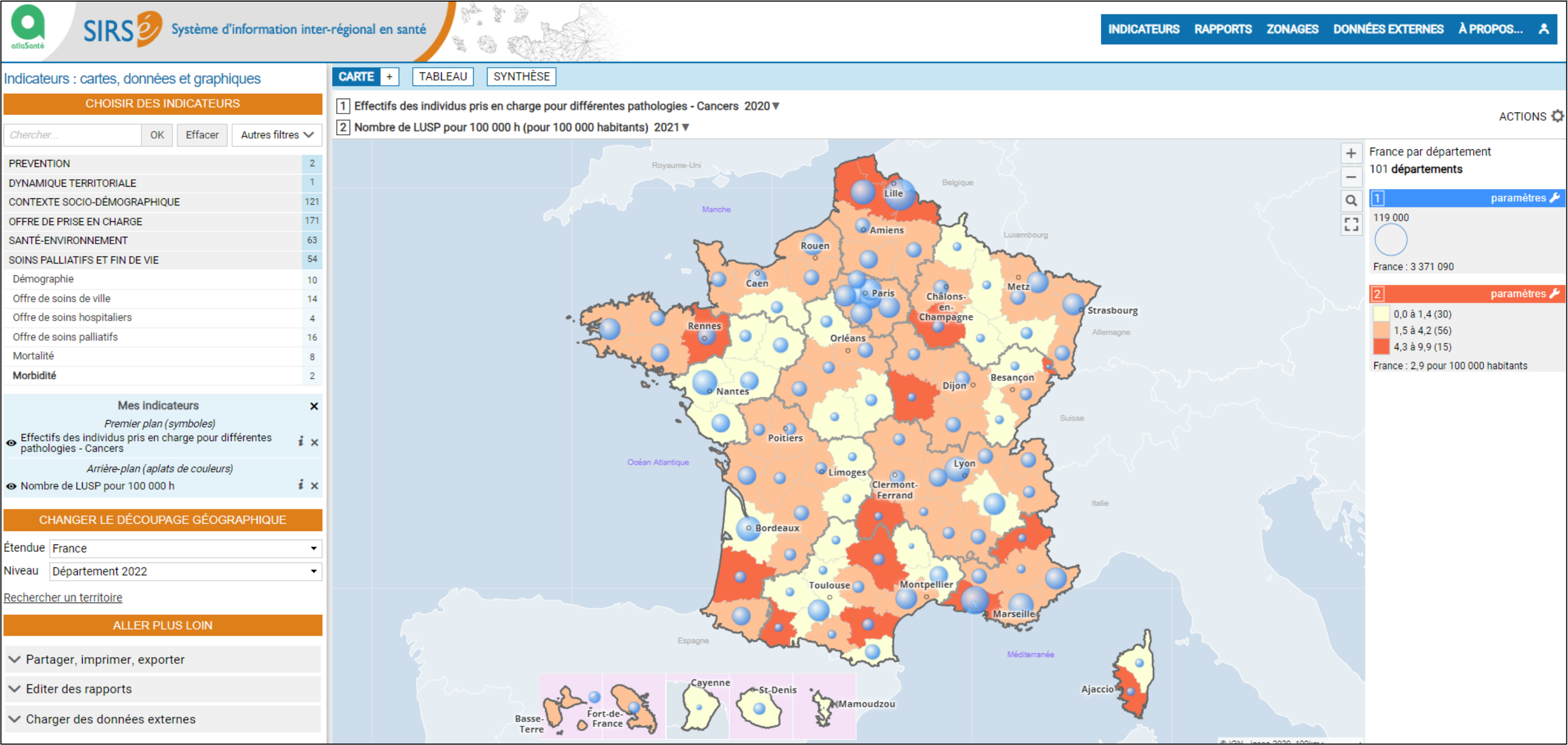
Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	27 100	29 %	24 %	3	34	324 (63)	40	13 + 1 ERRSPP
Cher	3 912	30 %	25 %	0	0	51 (11)	7	3
Eure-et-Loir	4 287	29 %	23 %	0	0	48 (2)	5	2
Indre	3 098	27 %	27 %	0	0	38 (9)	8	1
Indre-et-Loire	5 771	30 %	22 %	1	10	60 (4)	6	3
Loir-et-Cher	3 823	29 %	25 %	1	12	44 (12)	6	2
Loiret	8 229	30 %	24 %	1	12	83 (25)	10	2

Forces, limites et perspectives

- Compilation de données sur les soins palliatifs et la fin de vie en un seul espace
- Décrit les besoins et l'offre en soins palliatifs
- Permet d'alimenter les politiques en matière de soins palliatifs et de fin de vie
- La remontée des données n'est pas optimale (accès, années de référence)
- Manque de données (activité, ETP, inégalités sociales)
- Peu d'interprétation des données présentées dans l'Atlas
- Outil numérique avec AtlaSanté
- Partenariats pour avoir un accès plus rapide aux données
- Explorer des populations plus spécifiques (handicap, pédiatrie, populations vulnérables)

ATLASANTE



Forces, limites et perspectives

- Compilation de données sur le sujet en un seul espace
- Décrit les fins de vie mais peu les parcours de soins (et donc pas les besoins)
- La remontée des données n'est pas optimale (accès, années de référence)
- Manque de données (activité, ETP, inégalités sociales)
- Peu d'interprétation des données présentées dans l'Atlas
- Outil numérique avec AtlaSanté
- Partenariats pour avoir un accès plus rapide aux données
- Explorer des populations plus spécifiques (handicap, pédiatrie, populations vulnérables)

Conclusion

- Passage d'un outil de présentation des données existantes à un outil décisionnel
- Cadre de la fin de vie qui est évolutif : structurel et politique
- Travail sur les données en cours, dans le but de mieux documenter les fins de vie.

Merci pour votre attention



www.parlons-fin-de-vie.fr

t.goncalves@spfv.fr

contact@spfv.fr

#SFSP2023