

Les Soins Palliatifs : Enjeux économiques et sociaux

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût
... Y compris en fin de vie

Dr Eric KARIGER (Paris)

La culture et la médecine palliative en EHPAD

Une expertise à consolider pour des coûts évités au service de la qualité

Dr Monique GIRARD (Paris)

Session CNMC5 – jeudi 21 mai 2026

Indicateurs généraux de démographie : Une population vieillissante

Structure de la population française par âges

(en %)	- de 20 ans	20 à 59 ans	60 ans ou +	Dont 75 ans ou +
1946	29,5	54,4	16,0	3,4
1991	27,7	53,2	19,0	6,6
2010	24,8	52,6	22,6	8,8
2025	22,9	49,1	28,1	10,7

Note : 1946 (France métropolitaine hors Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle) ;
1991 et 2010 (France hors Mayotte) ; 2025 (France)



Sources: Insee | Population par sexe et groupe d'âges (données annuelles 2025) ; Tableaux de l'économie française (Édition 2019) – Population par âge

Indicateurs généraux de démographie :

Une population vieillissante mais encore en croissance



Sources : Insee | Population par sexe et groupe d'âges en 2025 ; D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole

Indicateurs généraux de démographie :

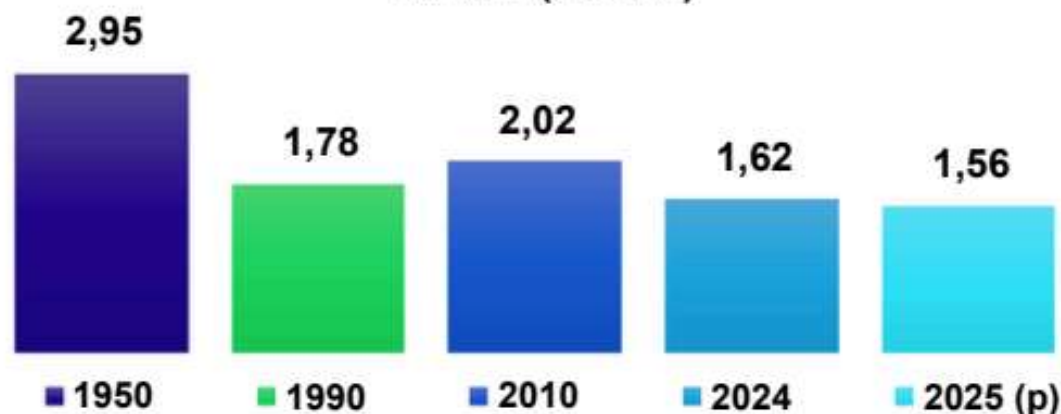
Une natalité en berne

Natalité

- L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) :

Définition : cet indicateur mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme au cours de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

ICF en 1950, 1990, 2010 (France métropolitaine), 2024 et 2025 (France)

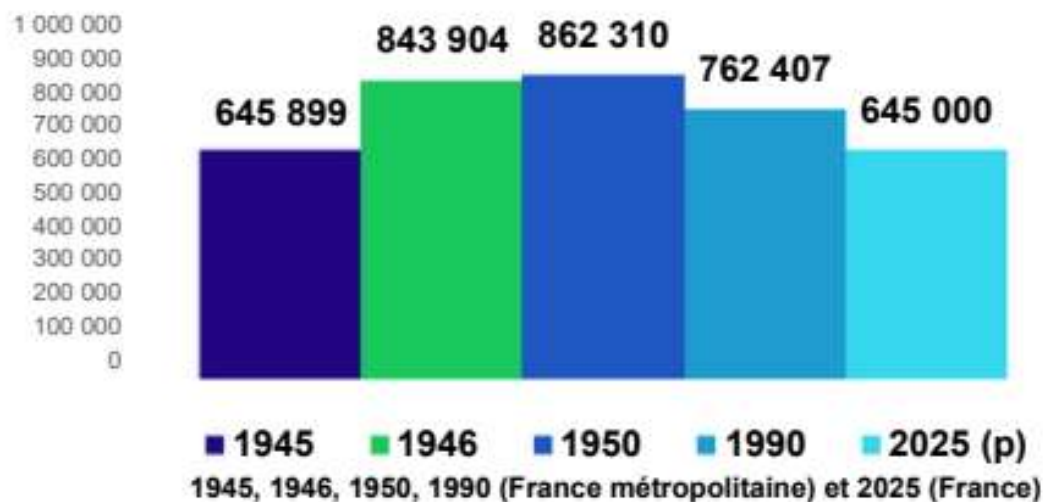


Sources : Insee | [Indicateur conjoncturel de fécondité en 2024](#) ; [Indicateur conjoncturel de fécondité – France métropolitaine](#) ; [Bilan démographique 2025](#)

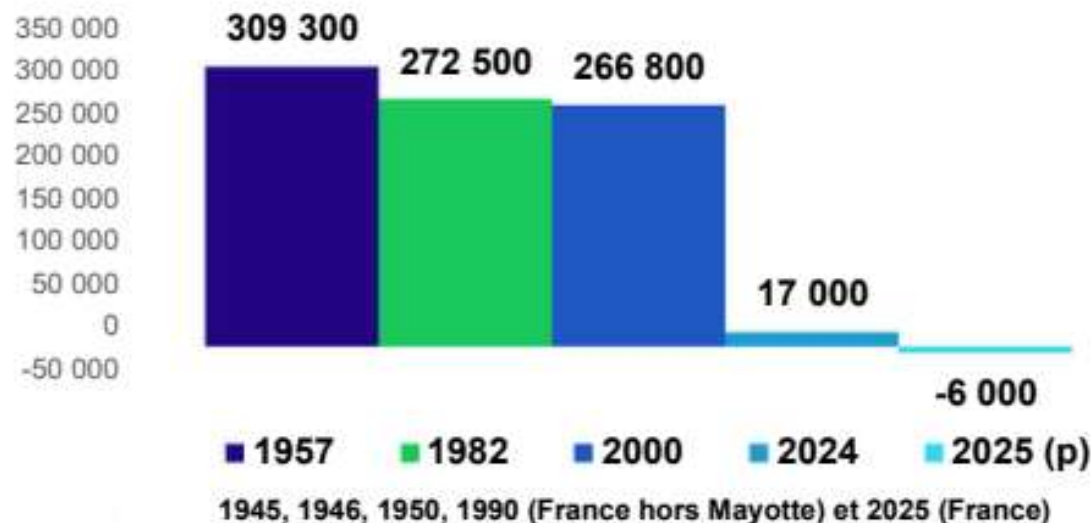
Indicateurs généraux de démographie :

Une natalité en berne

- **Le nombre de naissances :**



- **Le solde naturel** (*nombre de naissances – nombre de décès*) :



Sources : Insee | [Démographie – Naissances vivantes – France métropolitaine](#) ; [Bilans démographiques 2023 et 2025](#)

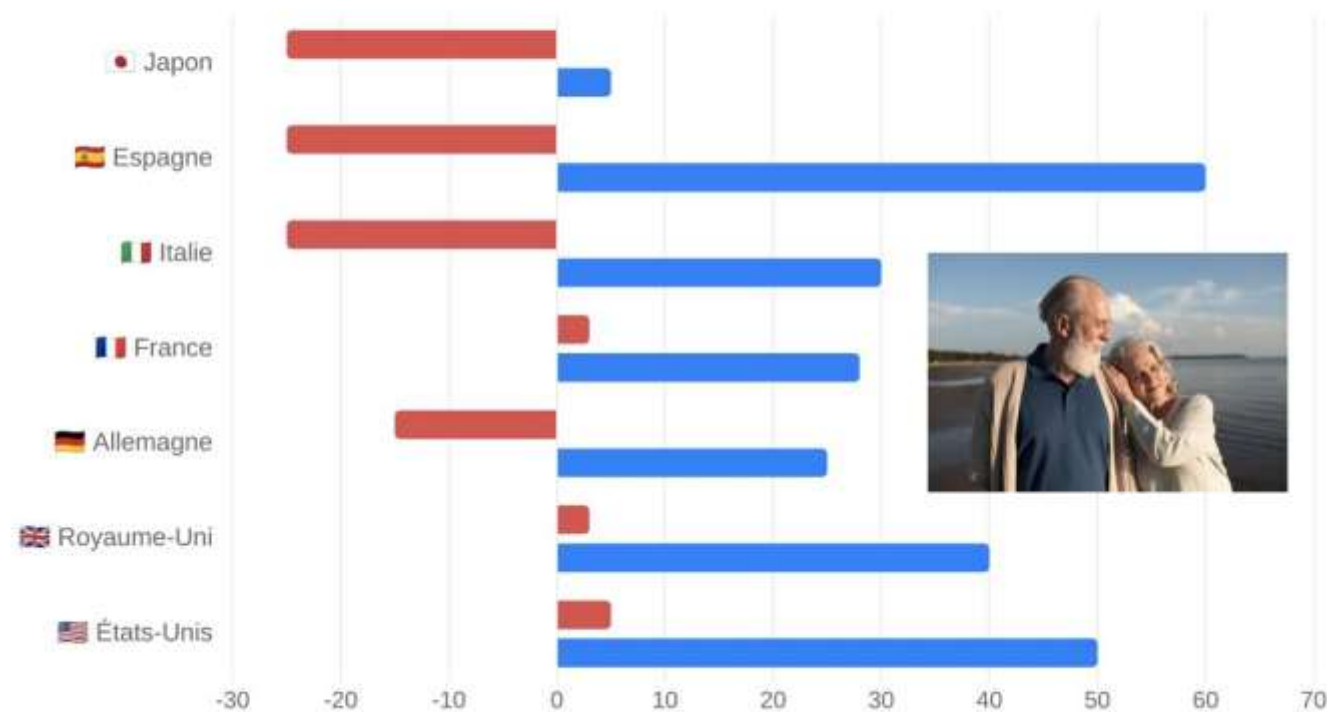
Indicateurs généraux de démographie :

Une population active légèrement positive ... mais bien insuffisante pour absorber l'augmentation des 65 ans et +

Évolution de la population d'ici 2050

Par tranche d'âge, en %

■ Ceux qui cotisent (15-64 ans) ■ Ceux qui perçoivent (65 ans et +)

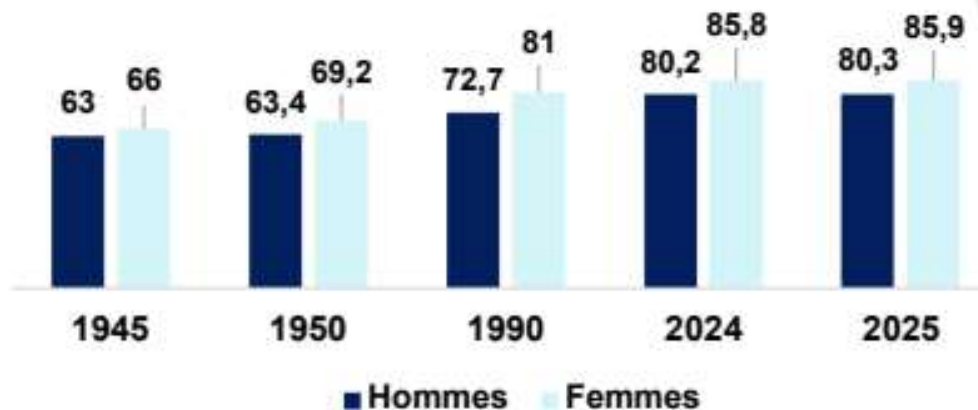


Source : J.P. Morgan Asset Management / Nations Unies, World Population Prospects

Indicateurs généraux de santé

Espérances de vie

Espérances de vie à la naissance en 1945, 1950, 1990 (France métropolitaine), 2024 et 2025 (France)



Définition : l'espérance de vie à la naissance consiste à observer fictivement la durée de vie d'une génération fictive en lui appliquant les conditions de mortalité par âge de l'année d'observation.

L'espérance de vie à la naissance, qui était encore d'environ 66 ans pour les femmes et 63 ans pour les hommes en 1945, atteint **85,8 ans pour les femmes et 80,2 ans pour les hommes en 2024**. D'après le dernier bilan démographique de l'Insee, **elle a augmenté de 0,1 an en 2025** (respectivement 85,9 ans et 80,3 ans).

Par ailleurs, entre 2008 et 2024, l'**espérance de vie en bonne santé (/sans incapacité) à 65 ans** a connu une augmentation de +1 an et 9 mois pour les femmes comme pour les hommes. **En 2024, elle se situe à 11,8 ans pour les femmes et 10,5 ans pour les hommes.**

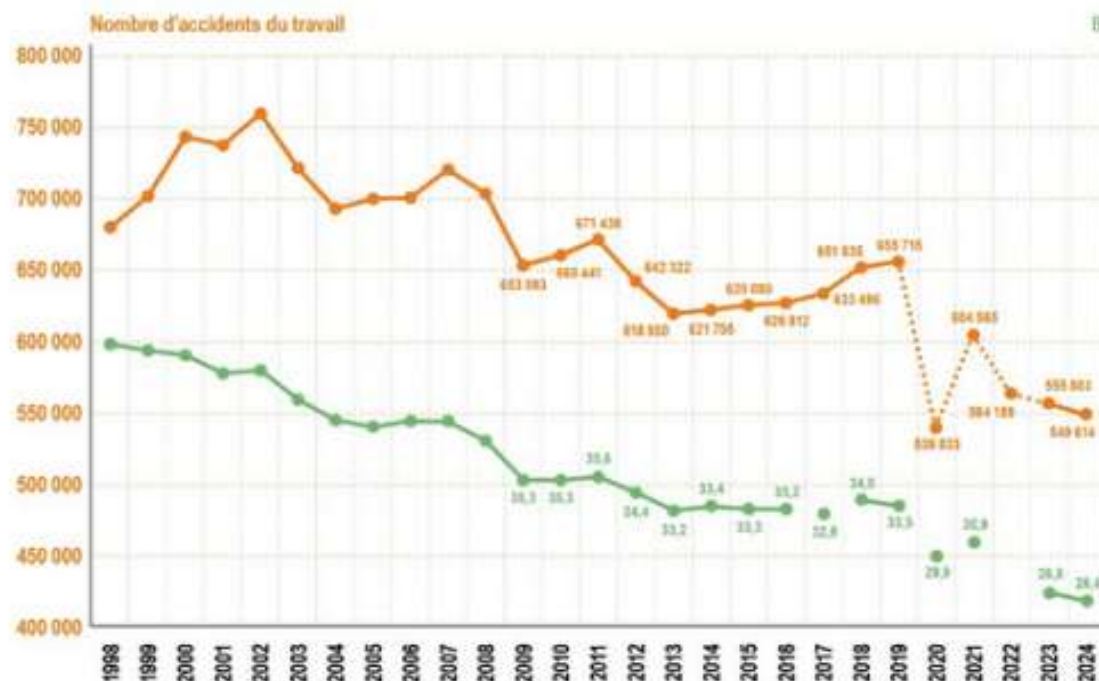
Sources : Insee | [Espérance de vie à divers âges ; Tableaux de l'économie française \(Édition 2018\) – Espérance de vie - Mortalité](#) ; Drees | [L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,8 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2024](#)

Indicateurs généraux de santé

La réduction du nombre d'accidents du travail (AT)

En 2024, **549 614 AT** ont donné lieu à un arrêt de travail (régime général), soit **26,4 pour 1000 salariés en 2024** (contre 117,8 pour 1000 en 1955). Alors que les effectifs salariés augmentent depuis 2021, les AT diminuent, avec en 2024 des effectifs salariés qui sont les plus élevés de la décennie alors que les AT sont les moins nombreux.

Évolution du nombre d'AT et de leur fréquence pour 1 000 salariés sur la période 1998-2024



Régime général : 8,6 millions de salariés recensés en 1955 contre 20,8 millions en 2024.

Le nombre d'accidents du travail a été divisé par deux en 80 ans, alors que la population active augmentait de moitié.

La Sécurité sociale a accompagné une diminution consistante de ces accidents du travail.

Source : *Petit Éloge de la Sécurité sociale* d'Alain Fassin, *Ouvrage de Julien Damon, SciencesPo LesPresses*

Indicateurs généraux de santé

(> moyenne européenne = 3,3‰)

La diminution de la mortalité infantile

Définition : le taux de mortalité infantile correspond au rapport entre le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'1 an et le nombre d'enfants nés vivants.

UN CONSIDÉRABLE PROGRÈS HUMAIN SUR 80 ANS, DES PRÉOCCUPATIONS QUI REMONTENT ACTUELLEMENT

Mortalité infantile en 1949

51,9‰

Mortalité infantile en 2024

4,1‰



Indicateurs généraux de santé

L'évolution du taux de pauvreté

Définition (OCDE) : le taux de pauvreté correspond à la proportion de personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté, c'est-à-dire à la moitié du revenu médian de la population totale.

	1970	1996	2022	2023
Taux de pauvreté (hors revenus financiers et prestations hors champ*)	18,2%	15,7%	15,9%	16,8%
Taux de pauvreté (en prenant en compte les revenus financiers et prestations hors champ*)		14,3%	14,4%	15,4%

*AAH, PAJE, AEEH et ASF

Source : Insee | Niveau de vie et pauvreté en 2023 ; L'essentiel sur... la pauvreté

L'évolution du taux de pauvreté se caractérise par une dynamique préoccupante. Il a diminué depuis les années 1970 mais atteint aujourd'hui **un point haut depuis le milieu des années 1990**. En 2023, **15,4% de la population vivaient sous le seuil de pauvreté** (contre 14,4% en 2022), soit 9,8 millions de personnes, son plus haut niveau depuis 1996.

Indicateurs généraux de santé : Accroissement des inégalités

- L'écart d'espérance de vie entre les 5% des hommes les plus aisés et les 5% les moins aisés atteint 13 ans en France.
- Par ailleurs, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est en baisse en 2023, à 63,6 ans chez les hommes et 64,2 ans pour les femmes.
- Depuis 2005, 100% de la hausse de l'espérance de vie des femmes s'est accompagnée d'années vécues en mauvaise santé en France. Ce mauvais résultat est plus marqué dans les classes populaires.

Indicateurs macroéconomiques de protection sociale

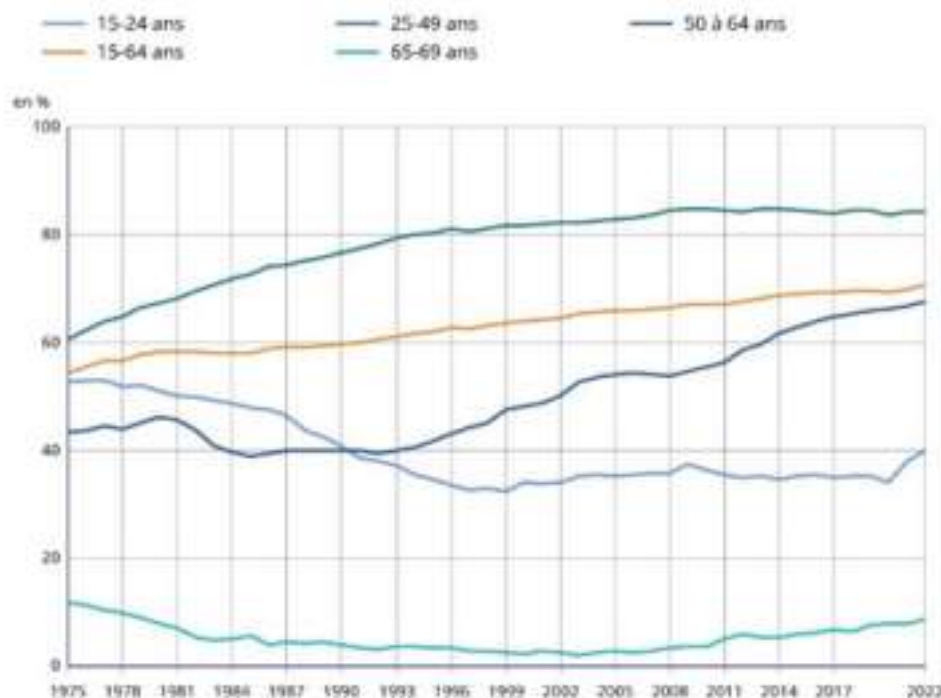
Rapports démographiques (ratios cotisants/retraités)

Régimes de base	Cotisants	Retraités	Rapport démographique
1975	20,9 millions	6,9 millions	3,00
2005	26,3 millions	13,3 millions	1,98
2010	26,8 millions	15,1 millions	1,78
2023	30,4 millions	17,2 millions	1,77

Sources: Insee | Cotisants, retraités et rapport démographique tous régimes ; La Commission des comptes de la Sécurité sociale | rapport 1980

Indicateurs macroéconomiques de protection sociale

L'évolution du taux d'activité des femmes selon l'âge entre 1975 et 2022 (%)



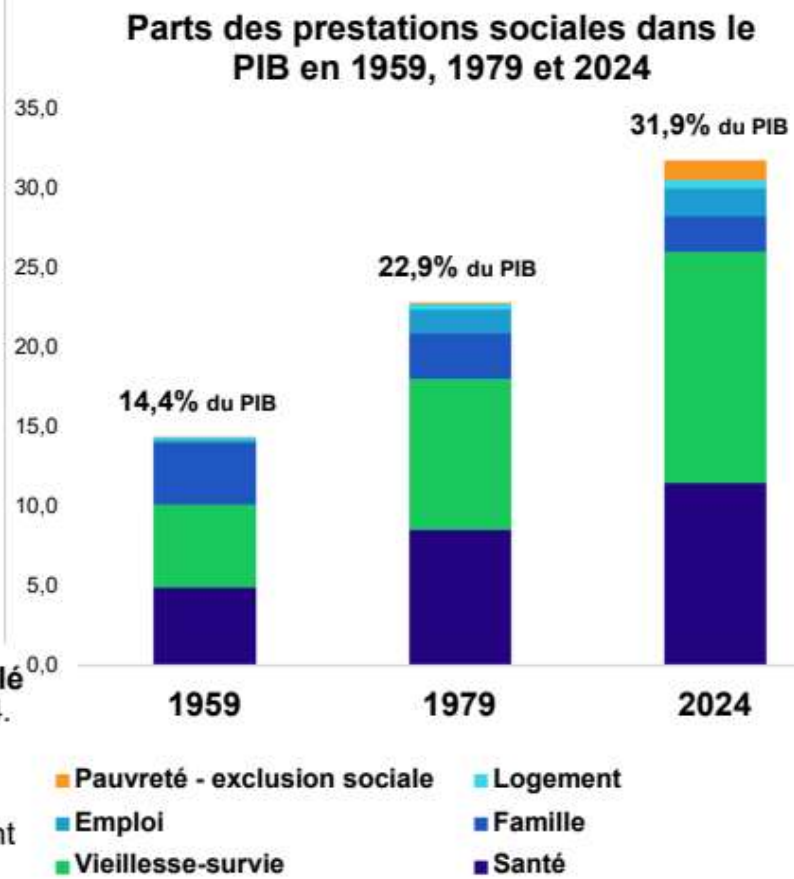
	Femmes (15-64 ans)
1975	54,5%
2000	64,0%
2022	70,7%

Source : Insee, *Emploi, chômage, revenus du travail* (Édition 2023)

Entre 1975 et 2022, le taux d'activité des femmes de 15 à 64 ans est passé de **54,5% à 70,7%**.

Indicateurs macroéconomiques de protection sociale : Evolution des dépenses

%duPIB	1959	1979	2024
Santé	4,9	8,5	11,5
<i>Dont Maladie</i>	3,4	6,4	9,5
<i>Dont Invalidité</i>	0,8	1,0	1,8
<i>Dont Accidents du travail-maladies professionnelles</i>	0,8	1,0	0,2
Vieillesse-survie	5,2	9,5	14,6
Famille	3,9	2,9	2,3
Emploi	0,2	1,5	1,8
Logement	0,1	0,4	0,5
Pauvreté-exclusion sociale	0,1	0,1	1,2
Total des prestations	14,4	22,9	31,9



La part des prestations sociales dans le PIB a plus que doublé entre 1959 et 2024, passant de 14,4% en 1959 à 31,9%* en 2024.

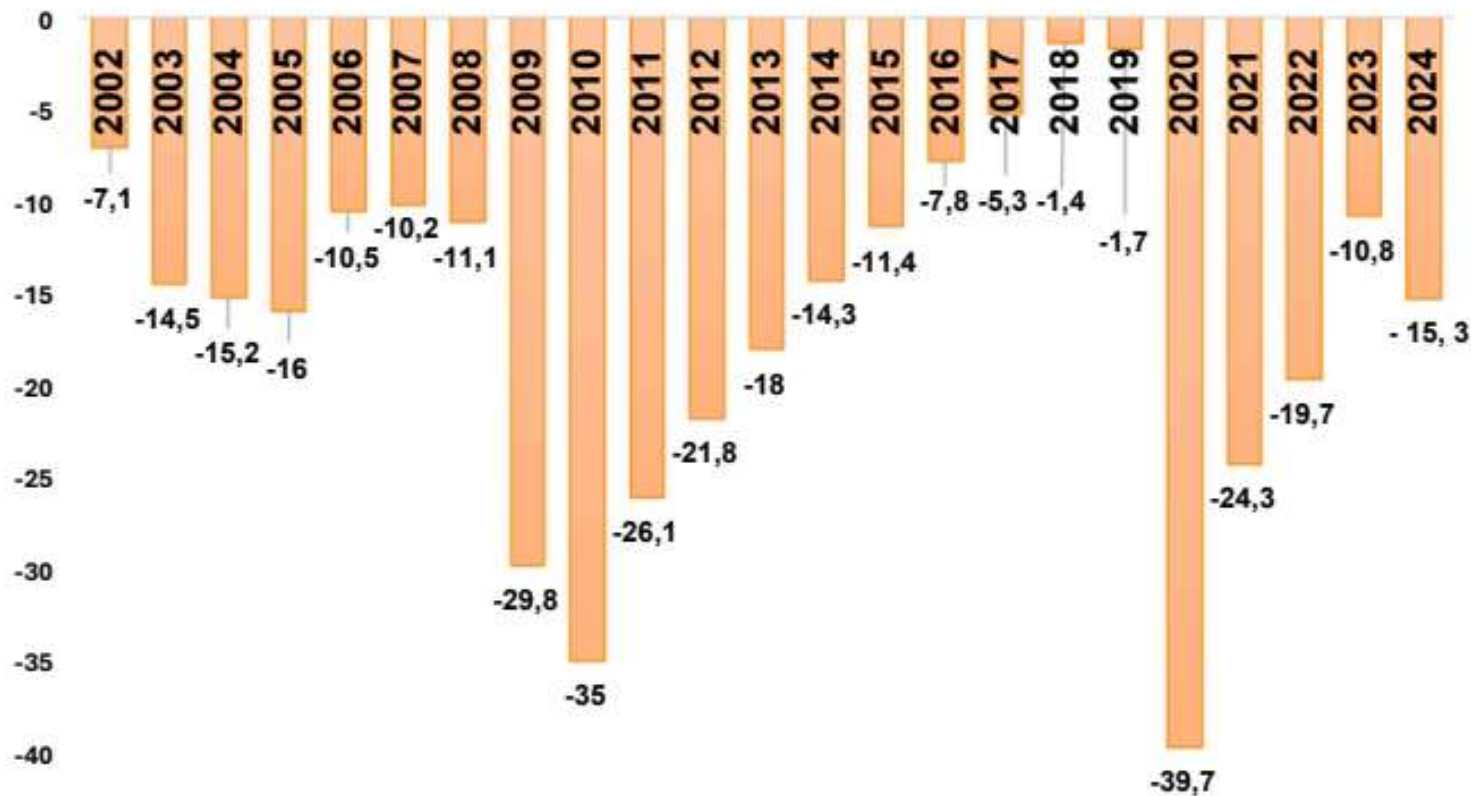
La part du domaine d'intervention « Santé » est passée de 4,9% en 1959 à 11,5% en 2024 et celle du domaine « Vieillesse-survie », de 5,2% à 14,6%. La part du domaine « Famille » a quant à elle diminué sur la même période (de 3,9% à 2,3%).

*Dépenses de protection sociale 2024 = 932,5 Md€ / PIB 2024 (euros courants) = 2919,9 Md€

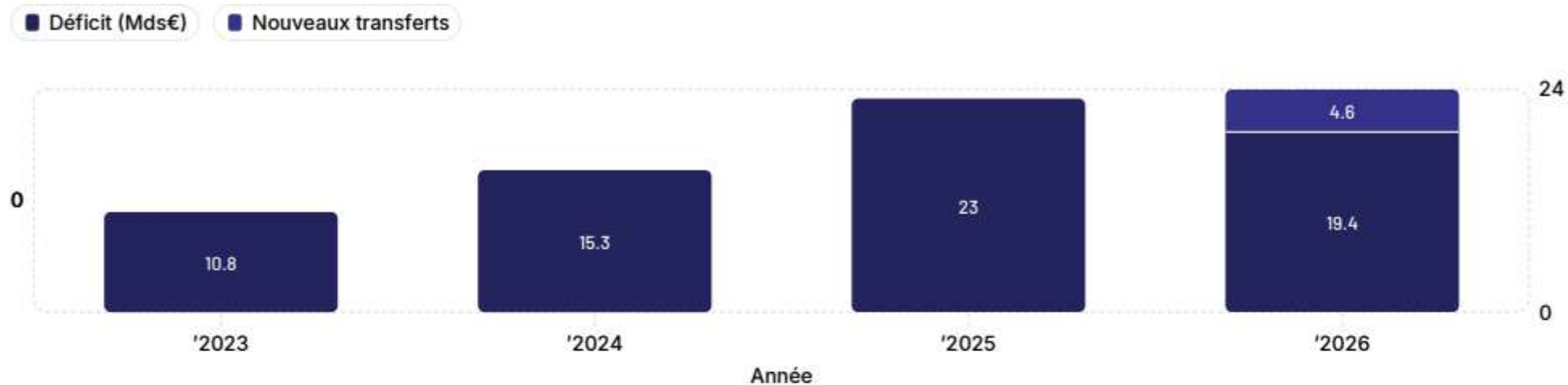
Sources : [Drees | Les dépenses de protection sociale depuis 1959 : La protection sociale en France et en Europe en 2024 \(Édition 2025\)](#).

Indicateurs macroéconomiques de protection sociale : Déficit chronique de la SS

Depuis 2002, les régimes de base de la Sécurité sociale (et Fonds de solidarité vieillesse – FSV) ont continuellement été déficitaires. Le solde était quasiment revenu à l'équilibre en 2019 (-1,7 Md€) avant l'apparition de la crise sanitaire de la Covid-19 en 2020, année à laquelle la Sécurité sociale a enregistré un déficit record de près de 40 Md€.



Indicateurs macroéconomiques de protection sociale : Déficit chronique de la SS



Maladie : -17,2 Mds€

Principale source du déficit –
représente 75% du déficit
total

Vieillesse : -6,3 Mds€

Malgré la réforme des retraites

AT-MP : -0,5 Mds€

Accidents du travail et
maladies professionnelles

**Autonomie : -0,3
Mds€**

Seule la branche Famille reste
excédentaire (+0,8 Mds€) en
raison de la baisse de la
natalité

Indicateurs macroéconomiques de protection sociale : Déficit chronique de la SS

Des concessions majeures du Gouvernement

Une forte dégradation des équilibres

01

Objectif initial du PLFSS

Déficit cible : 17,5 Mds€ pour 2026 (vs 23 Mds€ en 2025).

Mesures prévues : gel des prestations sociales, économies de 11,1 Mds€ dont ONDAM à +1,6%.

Déficit maladie visé : -12,5 Mds€ /
Vieillesse : -3 Mds€

02

Concessions accordées à l'Assemblée

Mesures de redressement réduites de 11,1 Mds€ à seulement 4,7 Mds€.

Concessions sur les recettes et les dépenses sous pression des groupes de gauche.

ONDAM relevé à +3,1% (au lieu de +1,6%), soit 274,4 Mds€ de dépenses maladie.

03

Résultat budgétaire final

Déficit affiché : 19,4 Mds€ (dont 4,6 Mds€ de transferts État → Sécu).

Déficit réel hors nouveau transferts : 24 Mds€ (supérieur à 2025).

Trajectoire à venir : accumulation de plus de 100 Mds€ de dette sociale d'ici 2029 selon la Cour des comptes.

Indicateurs macroéconomiques sociale :

Restes à charge invisible : malades chroniques

Proportion et montant annuel moyen des RACIDLS et RAC par type	Population concernée		Montant annuel en euros (N=3 100)	
	n	%	Moyenne	+/-
Restes à charge invisibles des dépenses liées à la santé				
Médecine complémentaire et santé mentale	1 991	64,2	310	614,4
Petit matériel médical	1 693	54,6	87,8	283,5
Alimentaire et activité physique	1 648	53,1	256,6	604,9
Transport	1 512	48,8	138,2	420,1
Dits « de confort »	1 317	42,5	113,9	331,3
Adaptation de l'environnement	610	19,7	324,5	2 112,9
Autre*	516	16,5	167,4	907,5
Accompagnement humain	488	15,7	177,1	851,6
Administratif	477	15,4	55	338,3
Gros matériel médical	270	8,7	94,8	831,1
Total des restes à charge invisibles des dépenses liées à la santé			1 557,9	3 149,4
Restes à charge				
Médicaments prescrits, mais non remboursés	2 014	67,8	159,5	450,7
Médicaments non prescrits et non remboursés	2 050	66,1	134,4	356,4
Total des restes à charge			293,9	667,1

Indicateurs macroéconomiques :

Dettes publiques = Un financement à bout de souffle

- **« Nous finançons les retraites et la santé des boomers ; Quand la France emprunte sur dix ans, elle paie 3,7% d'intérêts, et quand nous émettons 10 milliards d'euros, nous payons en intérêts 370 millions d'euros »** a-t-il développé ; La trajectoire n'est **« pas soutenable »**. Eric LOMBARD Ancien Ministre de l'économie
- **« La dette c'est l'esclavage des plus jeunes »,** déclarait-il en août 2025, jugeant que **« les générations du baby-boom, qui ont beaucoup fait marcher le pays, ne peuvent pas se désintéresser de la situation qui est faite aux jeunes Français »**. François BAYROU, Ancien 1^{er} Ministre
- **« Un tel niveau d'endettement social représente une menace existentielle pour le financement solidaire de notre protection sociale, i.e. la protection de chaque citoyen face aux principaux risques sociaux »**. Frédéric BIZARD, Economiste

Indicateurs macroéconomiques :

Dette publique = Un financement à bout de souffle

- L'OCDE indique une **non pertinence de 20% des actes**,
- On devrait être à **plus de 50 milliards de dépenses inutiles**.
- En réduisant le pourcentage à 10% d'actes indus on atteint 25 milliards auxquels on peut ajouter une somme de 5 milliards d'arrêts de travail non pertinents.

TOTAL : au minimum 30 MILLIARDS de perte qui pourraient servir à combler le déficit national très rapidement si la non pertinence était chassée comme il se doit.

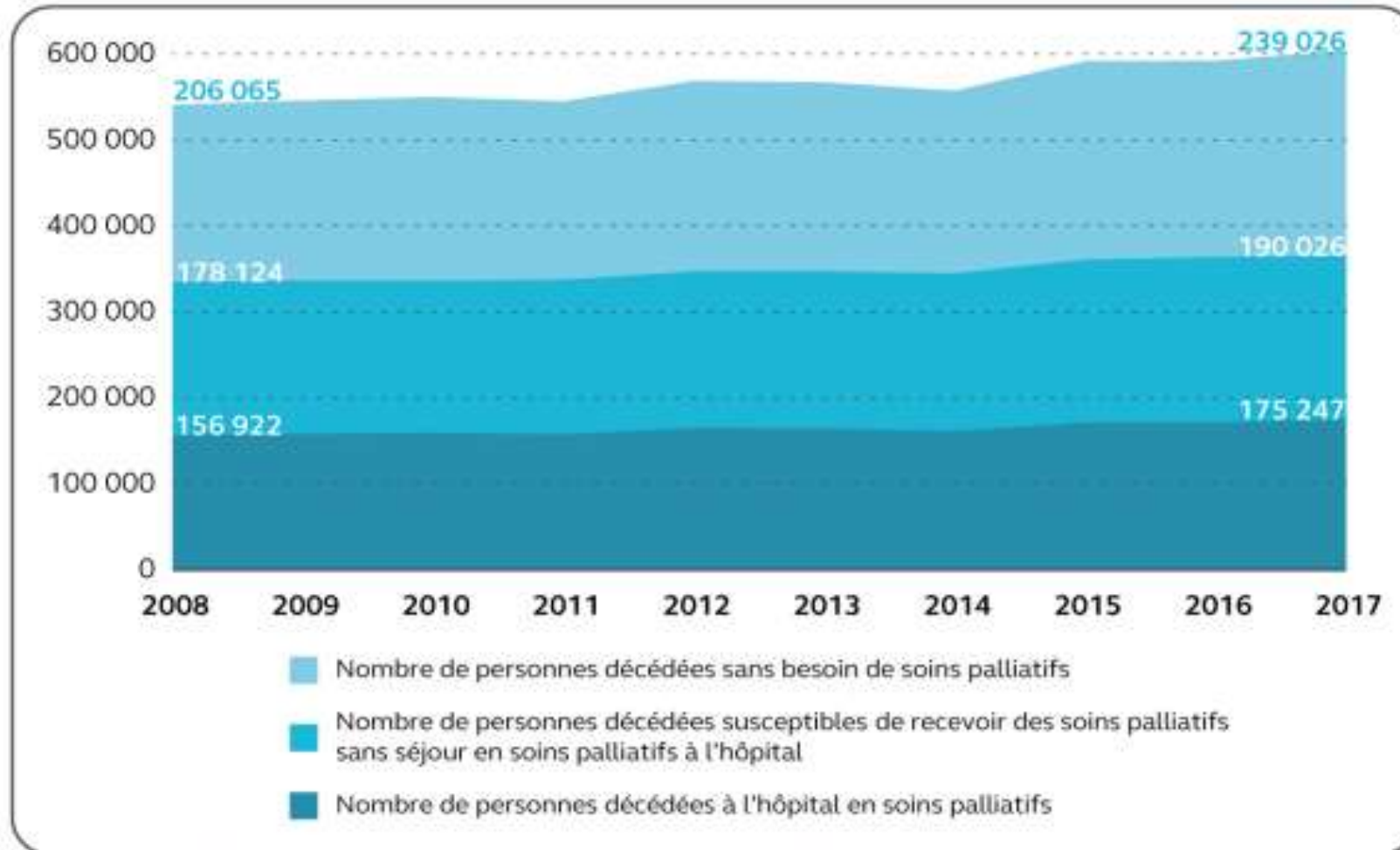
Accompagnement et Soins Palliatifs

30 ans de combat

- NON ABANDON
- NON SOUFFRANCE
- REJET DE L'OBSTINATION DERAISONNABLE
 - Y COMPRIS HYDRATATION ET NUTRITION ENTERALE OU PARENTERALE
- SPCMJD dans des conditions bien définies
- DIRECTIVES ANTICIPEES CONTRAIGNANTES
- **VOLONTES DU RESIDENT +++**
« L'homme est condamné à être libre » JP Sartre
 - > PC
 - >Témoignage de la famille et des proches
- LIMITES DE L'INTERDIT DE DONNER LA MORT ?

Accompagnement et Soins Palliatifs

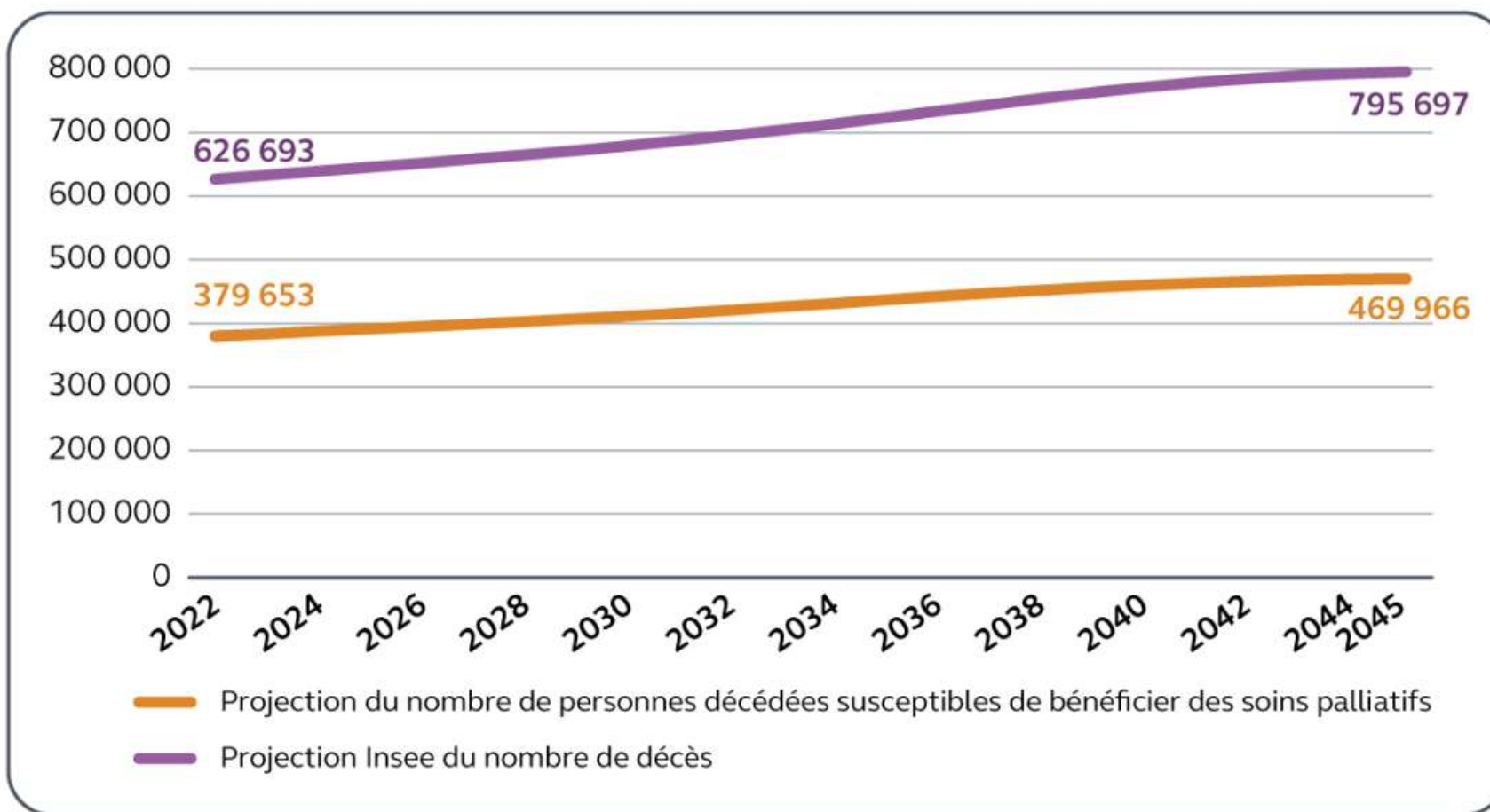
Evaluation des besoins sur la période 2008 -2017



Source : Cour des comptes, à partir des données du CépiDC (INSERM), personnes de plus de 18 ans, France entière

Accompagnement et Soins Palliatifs

Graphique n° 3 : projection du besoin estimé de prises en charge palliatives (2022-2045)



Source : CépiDC (INSERM) et INSEE, personnes de plus de 18 ans, calcul Cour des comptes (Dnum).
 France entière

Accompagnement et Soins Palliatifs : Coûts dernière année de vie

- Pour 2025, environ 31 000 € par personne décédant dans l'année, soit un total de 20 Mrds € par an (soit 10% de la dépense publique de consommation de soins et biens médicaux).
 - A cette somme s'ajoute un reste à charge moyen de 3 100 €
- le coût total : **près de 35 000 euros par personne** décédant dans l'année.

Accompagnement et Soins Palliatifs : Coûts exclusivement liés à la fin de vie

- L'estimation actualisée de dépenses publiques s'élève à environ 11 Mrds €, **soit 17 200 € par personne.**
- A ce montant un **reste à charge de 1 800 €** (10% du total) est à ajouter, ainsi que des dépenses sociales et d'accompagnement à domicile ou en Ehpad qui peuvent être particulièrement élevées.
- **Les dépenses de fin de vie sont surtout de nature « active », i.e. curatives et non palliatives, et croissantes dans le temps, avec un pic le dernier mois.**

Accompagnement et Soins Palliatifs : Coûts dernière année de vie

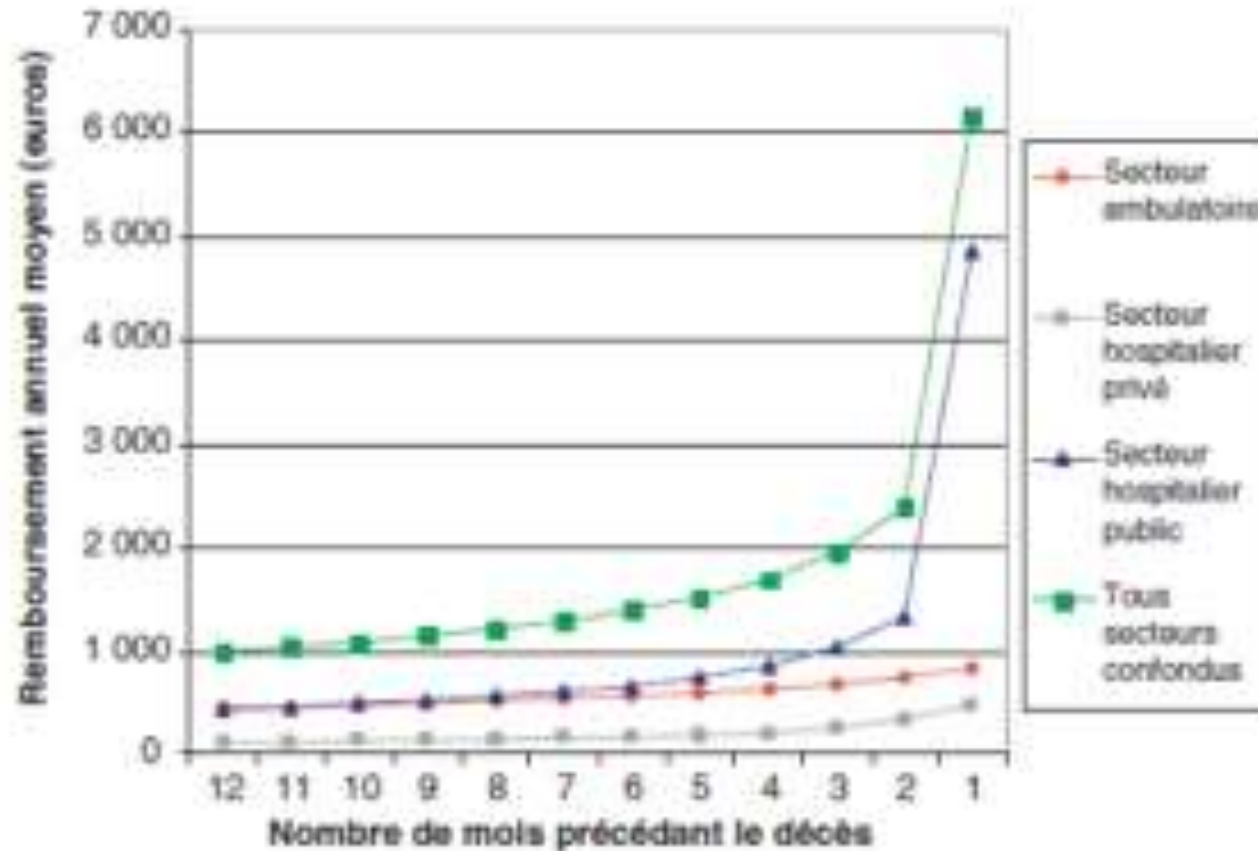


Fig. 1. Dépenses moyennes mensuelles en fonction du secteur et du numéro de mois. Note : les mois ont été numérotés de 1 à 12, 1 correspondant au mois du décès, 2 au mois précédant le décès, etc.
SNIIRAM-PMSI, Régime Général (hors SLM).

Accompagnement et Soins Palliatifs

Tableau n° 6 : coûts induits par les créations de solutions de prise en charges en soins palliatifs à horizon 2046

<i>Type de solutions</i>	Dépenses 2021	Estimations dépenses 2028	Estimation dépenses 2033	Estimation dépenses 2046
<i>Coûts séjours USP</i>	271 232 771	284 794 410	298 356 048	333 616 308
<i>Coûts séjours MCO</i>	31 338 401	32 905 321	34 472 241	38 546 233
<i>Coûts séjours en SMR</i>	12 183 966	12 793 164	13 402 363	14 986 278
<i>Coûts séjours en LISP</i>	268 866 008	269 475 206	270 084 405	271 668 320
Total	583 621 146	599 968 101	616 315 056	658 817 140

Source : calculs Cour des comptes à partir des dépenses publiques constatées. En euros 2021

Accompagnement et Soins Palliatifs

Le **coût des soins palliatifs en France** dépend beaucoup

- du lieu de prise en charge (hôpital, domicile, EHPAD)
- de la couverture (Sécurité sociale + mutuelle).

Mais il faut bien distinguer deux choses :

- le **coût réel des soins** (souvent élevé)
- le **reste à charge pour le patient** (souvent faible grâce à la prise en charge publique)

Accompagnement et Soins Palliatifs

À l'hôpital (unités de soins palliatifs)

Le coût réel est élevé :

environ **1 000 € / jour** en unité de soins palliatifs dans certains établissements

parfois plus de **1 300 € / jour** en hospitalisation traditionnelle

Exemple global : un séjour palliatif peut être facturé autour de **8 000 € pour quelques jours**

Accompagnement et Soins Palliatifs

À domicile (soins palliatifs à domicile / HAD)

Deux cas :

a) Visites médicales

Environ **60–70 € par visite**

b) Hospitalisation à domicile (HAD)

Coût réel : **150 à 200 € / jour**

inclut : soins infirmiers, matériel médical, médicaments, suivi médical

Accompagnement et Soins Palliatifs

En EHPAD ou structures médico-sociales

Les soins palliatifs sont intégrés aux soins classiques mais il reste :

- **hébergement (souvent 2 000 à 4 000 €/mois)**
- **dépendance (APA possible)**

Accompagnement et Soins Palliatifs

Tout ce qui n'est pas économique n'est pas éthique

QUESTIONNEMENT

- Dans un pays très endetté, est-il souhaitable de consacrer 10% des dépenses publiques de santé à la lutte contre la mort, plutôt qu'à l'enfance, à l'éducation ou à la précarité ?
- Toutes les valeurs humaines – dont la vie en bonne santé et l'affection de ses proches – peuvent être évaluées en termes monétaires. **La vraie question est donc de savoir quelle somme les individus sont prêts à consacrer pour préserver ces valeurs ?**

Accompagnement et Soins Palliatifs

Tout ce qui n'est pas économique n'est pas éthique

QUESTIONNEMENT

- La **valeur collective** des derniers mois de vie ne se limite pas aux préférences individuelles.
- **Elle inclut le chagrin des proches, les liens sociaux et affectifs, dépassant ainsi la simple notion de coûts des soins.**
- Si les dépenses élevées de soins en fin de vie étant inférieures aux préférences collectives, elles sont économiquement justifiées.
- L'économiste ne devrait pas avoir d'objections avec à ce niveau de dépenses, sauf à chercher **à optimiser l'utilisation de ces ressources rares.**

Accompagnement et Soins Palliatifs

Tout ce qui n'est pas économique n'est pas éthique

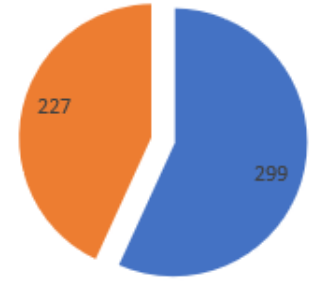
QUESTIONNEMENT

- Sacrifions-nous sciemment l'avenir des jeunes au profit de nos aînés ? Choix gérontocratiques ?
- Le coût des intérêts de la dette (75M€) dépasse le budget de l'Education
- Peut-on continuer à financer le présent par le déficit tout en demandant à la jeunesse de porter seule le poids de la transition climatique et de la crise du logement ?
- Qui doit payer ?

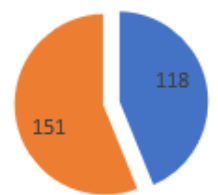


Aide Médicale à Mourir : Un enjeu éthique ? économique ? Politique ?

ASSEMBLEE NATIONALE 577 Députés - 526 EXPRIMES
25 février 2026
56,8 % FAVORABLES
51,9 % des Députés inscrits



SENAT 348 Sénateurs - 269 EXPRIMES
12 mai 2026
56,1 % DEFAVORABLES
43% des Sénateurs inscrits



■ POUR ■ CONTRE

— —

LOI

“aide à mourir”

(Euthanasie/Suicide assisté)

— AU —

SÉNAT

○

	29 avril : examen en commission des affaires sociales	38
	11-13 mai : débat en séance	

Aide Médicale à Mourir : Un enjeu Ethique ? Economique ? Politique ?

Plusieurs courants : Les Validistes, Les Eligibles, Les invisibles...

En France, on entend beaucoup les positions binaires rendant le débat très clivant :

- Conservateurs/progressistes à l'image de nos deux chambres législatives
- L'Eglise de France versus les non religieux
- Les Professionnels de Soins Palliatifs et la SFAP versus les autres professionnels de santé, certains courants philosophiques

Réponses tout aussi caricaturales :

- Les pro/les anti
- Délit d'entrave, Délit d'incitation, Délit de non assistance à personne en danger

Aide Médicale à Mourir : Un enjeu Ethique ? Economique ? Politique ?

Enquête de la SFGG : Des résultats apaisés

Questionnaire anonyme en ligne à l'ensemble des 1 600 adhérents de la SFGG, médecins gériatres et professionnels non médicaux de la gérontologie. 471 réponses entre novembre et décembre 2024, dont 90 % provenaient de médecins.

Les questions portaient sur :

- la connaissance du cadre législatif actuel entourant à la fin de vie : les lois Leonetti et Claeys-Leonetti ;
- les évolutions souhaitées de ce cadre ;
- l'impact professionnel anticipé du nouveau texte de loi ;
- la perception du débat public ;
- le rôle attendu de la SFGG dans ce débat.

Aide Médicale à Mourir : Un enjeu Ethique ? Economique ? Politique ?

Enquête de la SFGG : Des résultats apaisés

- 27 % souhaitent le maintien du cadre législatif actuel,
- **42 % rejettent toutes les formes d'AMM**
- **Environ un quart des répondants se disent ouverts** à une possible évolution du droit, mais sous conditions strictes, en privilégiant très nettement le suicide assisté encadré par une équipe médicale (26 %), tandis que seuls 7 % pourraient envisager l'euthanasie.

Globalement, cela traduit une position éthique importante : **la volonté d'accompagner, sans franchir le seuil symbolique de l'acte létal.**

Des inquiétudes fortes sont également présentes :

- Près de 1 gériatre sur 2 (48 %) déclare qu'il invoquerait sa clause de conscience si la loi changeait ;
 - 1 sur 4 (24 %) pourrait même quitter définitivement son poste pour des raisons éthiques.
- C'est un signal d'alerte : tout changement législatif aurait un impact humain majeur dans les équipes et il faudrait alors accompagner cette évolution : formation, soutien, respect de la pluralité des consciences.

Aide Médicale à Mourir : Un enjeu Ethique ? Economique ? Politique ?

Enquête de la SFGG : Des résultats apaisés

- **Retours des patients**, des demandes le plus souvent ambivalentes : peur de souffrir, de perdre son autonomie, d'être un fardeau pour les proches.
- Beaucoup de gériatres soulignent que **la demande de mort s'atténue dès qu'un accompagnement palliatif adéquat est mis en place.**
- **Un élément éthique majeur émerge** : dans de nombreux cas, les demandes proviennent davantage des familles que des patients eux-mêmes, posant la question du consentement véritable.
- **Gériatres heurtés par le débat public qui brouille les messages** : il associe la vieillesse à la perte de dignité, ce qui heurte profondément la vision des gériatres, pour qui la fin de vie n'est pas nécessairement synonyme de souffrance extrême : les patients âgés ont encore des projets, des liens, des désirs.

Aide Médicale à Mourir : Un enjeu Ethique ? Economique ? Politique ?

Enquête de la SFGG : Des résultats apaisés

Quels messages la SFGG souhaite-t-elle porter au vu de ces résultats ?

- Le message principal : **nécessité de nuance et de pédagogie.**
- La société ne peut pas réduire la fin de vie à une question de mort choisie : c'est d'abord **une question de soins, d'accompagnement, de solidarité.**
- **Les gériatres ne refusent pas le débat**, bien au contraire : 7 professionnels sur 10 souhaitent que la SFGG participe activement à la discussion.

Ils appellent cependant à une approche encadrée, éthique et protectrice des plus vulnérables.

Concrètement :

- **Systematiser l'évaluation palliative avant toute demande d'AMM,**
- **Garantir un avis collégial,**
- **Protéger les personnes atteintes de troubles cognitifs ou de grande dépendance**
- **Surtout renforcer la formation et la culture du soin jusqu'au bout de la vie. La gériatrie a toute légitimité pour porter une parole responsable : *une parole qui ne nie pas la souffrance, mais qui rappelle que la dignité ne disparaît jamais.***

 Open access |   | Research article | First published online March 4, 2026

Specialist palliative care improves patient experience, reduces bed days and saves money: An economic modelling study of home- and hospital-based care

[Peter May](#)  , [Elham Nikram](#) , ..., and [Fliss E. M. Murtagh](#)   [View all authors and affiliations](#)

Modélisation décisionnelle démontrant que les soins palliatifs spécialisés en Angleterre (à domicile et à l'hôpital) ont permis d'économiser :

- 817 millions de livres sterling sur les dépenses du système de santé ;
- environ 7 900 livres sterling par personne (à domicile) ;
- environ 6 500 livres sterling par personne (à l'hôpital) ;
- 1,5 million de journées d'hospitalisation ;
- d'augmenter l'espérance de vie ajustée en fonction de la qualité ;
- et d'accompagner plus de 20 000 personnes en fin de vie hors de l'hôpital.

**MIEUX ACCOMPAGNER LA FIN DE LA VIE
= UNE OPPORTUNITE MEDICO-ECONOMIQUE & ETHIQUE**

Accompagnement et Soins Palliatifs

EN CONCLUSION :

SORTIR DU DILEMME ETHIQUE



L'argument financier n'est pas recevable pour s'opposer au développement des SP comme à une réflexion sur l'AMM

Mieux dépenser, moins dépenser, c'est :

- Offrir des soins conformes aux données actuelles de la science : Condamner l'obstination déraisonnable
- Favoriser une véritable alternative palliative domiciliaire (domicile/EHPAD) en phase avancée ou terminale ; démedicaliser la fin de vie, mieux graduer les soins.
- Redonner leur place au patient/résident/Acteur, aux proches et aux représentants de la cité (bénévoles)...

... Renforcer une culture et une médecine palliative en EHPAD !

Pour aller plus loin

- Les soins palliatifs : une offre de soins à renforcer ; Cour des Comptes - Juillet 2023
- Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie
Fondopol.org – janvier 2025
- Parcours d'information sur la fin de vie – Convention citoyenne – CESE
décembre 2022
- Revue générale du droit médical - Les 10 ans de la loi du 2 février 2016 -
numéro 98 – mars 2026
- 80 ans de données économiques, démographiques et financières SS – Ed
2026 – EN3S

Les Soins Palliatifs : Enjeux économiques et sociaux

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût
... Y compris en fin de vie

Dr Eric KARIGER (Paris)

La culture et la médecine palliative en EHPAD

Une expertise à consolider pour des coûts évités au service de la qualité

Dr Monique GIRARD (Paris)

Session CNMC5 – jeudi 21 mai 2026

L'EHPAD

- ☀️ L'EHPAD est un **véritable lieu de vie**,
- 🏠 mais également **un lieu de soins**, que certains voudraient « complexes »
- 👤 et, le plus souvent, un **lieu de fin de vie**.

Cette réalité impose aux professionnels une **réflexion** éthique, humaine et organisationnelle **permanente**.

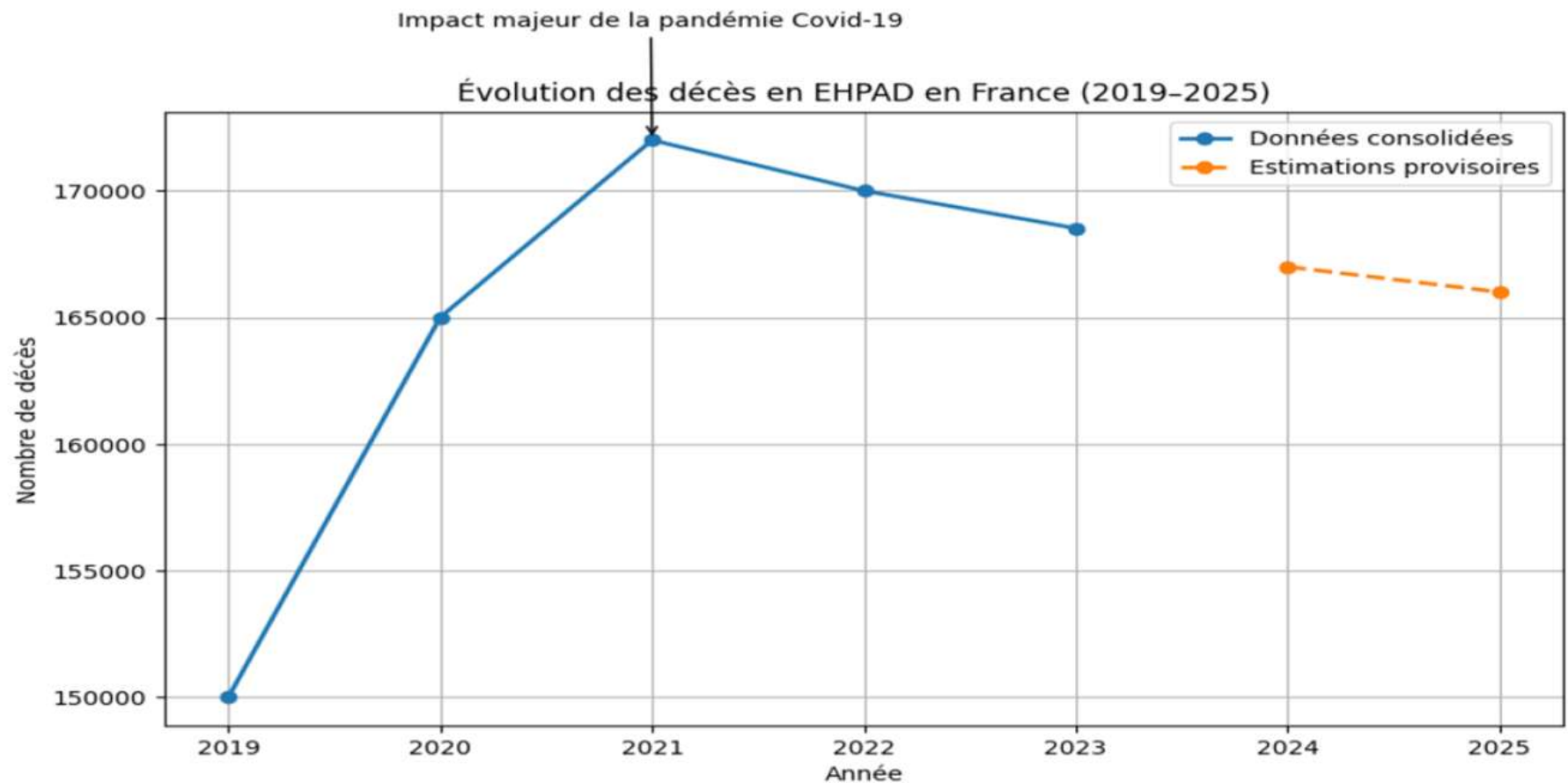
L'EHPAD est confronté à plusieurs enjeux

- ✦ **préserver la qualité de vie malgré la dépendance**
- ✦ **prévenir les ruptures de parcours**
- ✦ **éviter les hospitalisations inadaptées**
- ✦ **accompagner les situations complexes**
- ✦ **et surtout garantir une fin de vie digne et apaisée**
- ✦ **...**

Évolution des décès en EHPAD en France (2019–2025)

Ce document présente une synthèse graphique de l'évolution du nombre de décès en EHPAD en France entre 2019 et 2025. Les données jusqu'en 2023 correspondent à des données consolidées issues des publications de la DREES, de l'INSEE et des enquêtes EHPA. Les années 2024 et 2025 correspondent à des estimations construites à partir des tendances observées après la période Covid-19 et des données provisoires disponibles.

Année	Décès	Statut des données
2019	150 000	Consolidé
2020	165 000	Consolidé
2021	172 000	Consolidé
2022	170 000	Consolidé
2023	168 519	Consolidé
2024	167 000	Estimation
2025	166 000	Estimation



Sources :

- DREES : enquêtes EHPA et publications relatives aux établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- INSEE : statistiques démographiques et mortalité des personnes âgées.
- Publications 2025-2026 relatives à la perte d'autonomie et à la population accueillie en EHPAD.

Environ **26 % des décès** en France surviennent chez des résidents d'EHPAD, soit plus de 168 000 personnes en 2023. (données DREES consolidées)

Dans **82 %** des cas, le décès a lieu dans l'établissement.

Les soins palliatifs progressent mais seuls **11 %** des EHPAD disposent d'un infirmier de nuit en permanence

Lorsqu'une infirmière est présente 24 heures sur 24, la probabilité de décéder lors d'une hospitalisation est plus faible.

Lorsque l'Ehpad connaît des difficultés de recrutement, elle est plus élevée.

La démarche palliative devient alors non pas une exception, mais une compétence centrale de l'institution.

Cette évolution nécessite une **véritable transformation culturelle des pratiques professionnelles.**



La médecine palliative en EHPAD : une culture
du soin, mais pas que !

Parler aujourd'hui de culture et de médecine palliative en EHPAD

revient à **interroger profondément** notre conception :

- ✍ du **soin**,
- ✍ de la **dignité, du respect, du consentement**,
- ✍ Et de l'**accompagnement** des personnes âgées jusqu'au **terme de leur vie**.

La culture palliative en EHPAD

ne se résume pas à la prise en charge de la douleur, ni au simple accompagnement des derniers jours.

Elle constitue une culture du soin, une démarche particulière, singulière, mais également globale, commune et cohérente.

Pour et avec le résident, sa famille, ses proches et les équipes.

1. Reconnaître la personne avant la maladie

La médecine palliative en EHPAD **replace le résident au centre du soin.**

Le résident n'est pas uniquement porteur d'une pathologie ou d'une dépendance.

Il possède une histoire, des valeurs, des « idées », une culture, des croyances, des habitudes, des liens affectifs, une identité sociale et culturelle, une famille...

Accompagner une personne en fin de vie suppose donc de tenter de s'approcher au plus près de :

- 🚶 son parcours de vie
- 🚶 ses souhaits
- 🚶 ses peurs
- 🚶 sa manière d'envisager la maladie et la mort
- 🚶 ses références spirituelles ou religieuses
- 🚶 ses besoins relationnels, les enjeux familiaux
- 🚶 ...

Cette **approche individualisée** est au cœur du **projet de vie** et du **projet de fin de vie**.

2. Soulager sans abandonner



La définition de référence actuellement utilisée par l'OMS, issue de la révision de 2002 et toujours reprise dans les documents récents de l'OMS, est la suivante :

« Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles.

Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. »

L'OMS précise également que les soins palliatifs

- ☛ soulagent la douleur et les autres symptômes pénibles
- ☛ **considèrent la mort comme un processus normal**
- ☛ n'entendent ni accélérer ni retarder la mort
- ☛ intègrent les dimensions psychologiques et spirituelles
- ☛ soutiennent les proches et les aidants
- ☛ reposent sur une approche interdisciplinaire
- ☛ peuvent être instaurés précocement, en association avec des traitements curatifs

La Loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016

le principe de non-abandon, est clairement affirmé à travers plusieurs dispositions du Code de la santé publique.

« Tout mettre en œuvre pour soulager sans jamais abandonner. »

article L1110-5 du Code de la santé publique pour le droit à une fin de vie digne et à l'accès aux soins palliatifs.

« Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté »

3. Travailler en interdisciplinarité



La culture palliative ne peut exister sans **travail collectif**

Chacun possède une place et une vision essentielle :

Médecin coordonnateur, médecins traitants, infirmiers, aides-soignants, psychologues, cadres de santé, kinésithérapeutes, animateurs, agents hôteliers, administratifs, bénévoles, HAD, équipes mobiles de soins palliatifs...

La qualité de l'accompagnement du résident et de ses proches dépend largement de la qualité de la communication entre professionnels.

La culture palliative est également une culture institutionnelle.

Elle interroge l'ambiance de l'établissement, la qualité relationnelle en équipes, le respect du rythme des résidents et la place accordée à l'écoute et à la parole...



La culture palliative est également une culture institutionnelle.

Cela suppose :

- 📊 du **temps**
- 📊 de la **formation**
- 📊 du **soutien aux équipes**
- 📊 une **réflexion éthique**
- 📊 et un **management fondé sur le sens du soin**

Les difficultés rencontrées en EHPAD



1. La difficulté à identifier l'entrée en phase palliative

Chez la personne âgée, l'évolution est souvent progressive et fluctuante.

Les trajectoires de fin de vie sont moins prévisibles que dans certaines pathologies.

Il existe donc parfois des retards dans

- 🕒 l'anticipation (repérage, prescriptions anticipées personnalisées...)
- 🕒 les discussions collégiales (éthique...)
- 🕒 la réflexion sur les objectifs de soins (arrêt des traitements, sédations...)
- 🕒 ou la « discussion » sur des directives anticipées (non obligatoires).

2. Les tensions émotionnelles des équipes



Accompagner la fin de vie de manière répétée expose les professionnels à une forte charge émotionnelle.

Les soignants peuvent ressentir

- ☹ de l'impuissance
- ☹ de la culpabilité
- ☹ de l'épuisement
- ☹ ou un sentiment d'échec.

La culture palliative implique donc également une **culture du soutien des équipes**.

Les temps de parole, les débriefings, l'analyse des pratiques et la formation sont indispensables.

3. Les difficultés avec les familles



Les familles vivent souvent des situations complexes

- ❏ culpabilité
- ❏ anxiété
- ❏ incompréhension
- ❏ conflits autour des décisions
- ❏ difficulté à accepter l'évolution de la maladie.

Le dialogue et l'anticipation restent les meilleurs outils pour prévenir les tensions.

Le rôle central du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur possède un rôle stratégique dans le développement de la culture palliative en EHPAD

- ❏ la diffusion des bonnes pratiques gériatriques
- ❏ la formation des équipes
- ❏ l'organisation des procédures et les prescriptions anticipées personnalisées (en lien avec le méd T quand il existe)
- ❏ la coordination avec les équipes mobiles de soins palliatifs et l'HAD – partenariats
- ❏ la réflexion éthique
- ❏ la sécurisation des parcours de soins
- ❏ et la prévention des hospitalisations évitables.

Il contribue également à **structurer une véritable politique institutionnelle** de l'accompagnement de la fin de vie. (Projet d'établissement)

Seuls **15% des médecins coordonnateurs seraient titulaires d'un DU de Soins Palliatifs** (chiffre repris par le Centre National des soins palliatifs et de la fin de vie, mais difficile à étayer...)

Vers une culture palliative durable en EHPAD

Développer une culture palliative ne consiste pas uniquement à former les équipes à des techniques médicales.

Il s'agit d'un **véritable projet institutionnel** fondé sur une grande quantité de valeurs :

- 🏔 Le respect de la dignité intrinsèque à chaque humain
- 🏔 l'écoute, le regard, la présence
- 🏔 la collégialité, la pluriprofessionnalité
- 🏔 la personnalisation du soin, le sens du soin
- 🏔 le respect des choix et des valeurs
- 🏔 l'humanité, la solidarité, l'équité...

La **FNEHAD** publie régulièrement des données sur l'activité d'Hospitalisation à Domicile (HAD), **notamment en EHPAD**, où les soins palliatifs représentent aujourd'hui le principal mode de prise en charge.

<https://www.fnehad.fr/publications/?utm>

En 2024 :

- 🏠 environ **184 500 patients** ont été pris en charge en HAD en France
- 🏠 cela représente plus de **7,6 millions de journées HAD**
- 🏠 les **soins palliatifs** constituent le **premier motif de prise en charge en HAD**
- 🏠 ils représentent près de **2,2 millions de journées**, soit **28,7 % de toute l'activité HAD**
- 🏠 cette activité est en augmentation de **+8,5 % par rapport à 2023**

<https://www.fnehad.fr/chiffres-cles/?utm>

Les données FNEHAD montrent une croissance importante des prises en charge **HAD en EHPAD** depuis plusieurs années, avec une **accélération récente**

- ➔ forte hausse du recours à l'HAD en EHPAD après la crise Covid
- ➔ progression particulièrement marquée des prises en charge
 - ✦ de **soins palliatifs**,
 - ✦ de **fin de vie**,
 - ✦ de **traitements complexes**,
 - ✦ et de **nursing lourd**

La FNEHAD souligne que **les soins palliatifs** sont aujourd'hui un des principaux moteurs du **développement de l'HAD en EHPAD**

**Le débat actuel autour de la fin de vie et de
l'accès aux soins palliatifs donne une
résonance particulière à la question de la
culture palliative en EHPAD**

Adopté par l'Assemblée nationale le mercredi 25 février 2026, le texte a été **transmis au Sénat pour une deuxième lecture.**

Il a été adopté sans modification par la commission des affaires sociales le 29 avril puis en séance publique le **11 mai 2026.**

La proposition de loi est donc définitivement adoptée par le Parlement.



La proposition de loi redéfinit la notion de soins palliatifs et la remplace par celle, plus englobante, « de **l'accompagnement et des soins palliatifs**, qui ont pour objectif d'offrir une prise en charge globale de la personne malade afin de préserver sa dignité, sa qualité de vie et son bien-être ».

- ⌄ Elle crée pour cela des organisations territoriales dédiées à l'accompagnement et aux soins palliatifs, pilotées par les agences régionales de santé (ARS).
- ⌄ Le texte vise également à **mettre en place un droit opposable aux soins palliatifs**, en rendant les ARS garantes de l'effectivité de ce droit et en créant une voie de recours devant la juridiction administrative. **(non conservé par les sénateurs)**
- ⌄ Par ailleurs, le texte crée une **nouvelle catégorie d'établissement social ou médico-social (ESMS) dénommée « maison d'accompagnement et de soins palliatifs »**, intermédiaire entre le domicile et l'hôpital, qui accueillerait et accompagnerait les personnes en soins palliatifs et leur entourage.
- ⌄ Il comporte aussi **plusieurs mesures d'amélioration des modalités d'utilisation et d'accès aux directives anticipées**, afin de faciliter et de systématiser leur utilisation.
- ⌄ Enfin, le texte détaille **les crédits attribués aux mesures nouvelles résultant de la mise en place de la stratégie décennale des soins d'accompagnement** annoncée par le Gouvernement et prévoit une **loi de programmation des soins palliatifs et d'accompagnement tous les cinq ans**. **(non conservé par les sénateurs)**

Les apports du Sénat

Les sénateurs ont inscrit dans la loi **la mise en place d'une stratégie nationale pluriannuelle**. À cet égard, **ils ont doublé les crédits alloués à cette stratégie** pour la période 2026-2034, mais toutefois **supprimé les dispositions relatives à la mise en place d'une loi de programmation pluriannuelle**.

Ils ont également précisé **le rôle des missions des maisons d'accompagnement et de soins palliatifs** en indiquant que ces maisons offrent un accueil aux proches aidants ainsi qu'aux proches endeuillés. Ces maisons ont aussi vocation à **prendre le relai de l'hébergement du domicile** pour les personnes relevant d'une prise en charge palliative ne pouvant être poursuivie à domicile.

Les sénateurs ont **renforcé les modalités de participation des établissements d'HAD dans les nouvelles organisations territoriales relatives aux soins palliatifs**

Rétabli l'article relatif à la **formation initiale et continue des professionnels**, en élargissant les dispositions de la loi Claeys-Leonetti à l'ensemble des professionnels du secteur médico-social et de la santé mentale.

Les sénateurs ont en revanche **supprimé le droit opposable à l'accompagnement et aux soins palliatifs**, ils ont estimé qu'il ne revenait pas au juge mais au Gouvernement et au Parlement d'impulser une politique ambitieuse pour les soins palliatifs.

Il y a quelques jours, le Sénat a adopté définitivement la proposition de loi visant à renforcer l'égal accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement. Notamment :

- 🔔 le renforcement de la formation des professionnels
- 🔔 une meilleure organisation territoriale des soins palliatifs
- 🔔 le développement des structures d'accompagnement
- 🔔 et une stratégie nationale durable autour de la fin de vie.

Ce contexte législatif rejoint directement les enjeux des EHPAD.

La loi rappelle implicitement que les soins palliatifs ne doivent pas être réservés aux unités spécialisées ou aux services hospitaliers.

Ils doivent **irriguer l'ensemble des lieux de vie et de soins,**
notamment les EHPAD

C'est précisément ici qu'intervient la notion de culture palliative.



Conclusion



Une idée fondamentale de la culture palliative est que
**La qualité d'une société se mesure aussi à la manière
dont elle accompagne ses plus vulnérables jusqu'au
terme de leur vie.**

« Le dialogue est l'arme des hommes libres »

Nelson Mandela

