

# ATLAS

des soins palliatifs  
et de la fin de vie  
en France

DEUXIÈME ÉDITION  
2020

# Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France

Deuxième édition  
2020

# Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France

Deuxième édition - 2020

## Auteurs principaux

François Cousin

Thomas Gonçalves

## Sous la responsabilité de:

Brahim Bouselmi

Sandrine Bretonnière

Véronique Fournier

## Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV)

35 rue du Plateau - CS 20004 - 75958 Paris Cedex 19 (France)

Téléphone: + 33 -1 53 72 33 00

E-mail: [contact@spfv.fr](mailto:contact@spfv.fr)

Site Internet: [www.parlons-fin-de-vie.fr](http://www.parlons-fin-de-vie.fr)

## Réalisation

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

Couverture et pictogrammes: Agence de communication « Parties prenantes »

Les reproductions de textes, graphiques, cartographies ou tableaux sont autorisées à condition d'en mentionner la source et les auteurs comme ci-après.

L'intégration du présent document sur un site Internet est soumise à autorisation du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, le renvoi vers la version en ligne est autorisé.

Copyright © 2020 CNSPFV

Dépôt légal : 10/2020

ISBN: 978-2-9561977-8-2

ISSN: 2647-7637

## Pour citer ce document:

Cousin F., Gonçalves T. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France: Deuxième édition - 2020 - Paris: Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2020, 104 pages.

L'Atlas est disponible en libre accès en version numérique sur le site: [www.parlons-fin-de-vie.fr](http://www.parlons-fin-de-vie.fr), rubrique « Nos publications ».

---

Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative





# Table des matières

---

## 01 CONTEXTE

---

Pourquoi un Atlas ?	11
Historique	12
Les plans nationaux de soins palliatifs	14
Les enjeux concernant la fin de vie	15
Atlas 2020 : De nouveaux indicateurs et focus	17

## 02 DÉMOGRAPHIE, OFFRE SANITAIRE GÉNÉRALE & MORTALITÉ

---

Démographie :	
- En population générale	20
- Personnes âgées de 75 ans et plus	21
Offre sanitaire générale :	
- En population générale	22
- Personnes âgées de 75 ans et plus	23
Mortalité :	24
- Lieux de décès	25
- Causes initiales de décès	26
- Cancers et maladies de l'appareil circulatoire	27
- Personnes âgées de 75 ans et plus	28
Modélisation des trajectoires de fin de vie	29

## 03 SOINS PALLIATIFS

---

Les lits de soins palliatifs	32
L'activité dans les USP et les LISP	34
Les EMSP	35
Les ressources humaines en soins palliatifs	36

---

## 04 PARCOURS DE FIN DE VIE

Fin de vie à l'hôpital	40
Fin de vie à domicile et en EHPAD	41
Lieux de décès par département	42

## 05 PROFILS RÉGIONAUX

Auvergne-Rhône-Alpes	44
Bourgogne-Franche-Comté	46
Bretagne	48
Centre-Val de Loire	50
Corse	52
Grand Est	54
Hauts-de-France	56
Île-de-France	58
Normandie	60
Nouvelle-Aquitaine	62
Occitanie	64
Pays de la Loire	66
Provence-Alpes-Côte d'Azur	68
Guadeloupe	70
Guyane	72
La Réunion	74
Martinique	76
Mayotte	78
France – Profil national	80

## 06 ANNEXES

Accès aux opioïdes et aux benzodiazépines	84
Méthodologie	86
Table des sources	93
Le CNSPFV	99
Auteurs et collaborateurs	101

# Lecture de l'Atlas

## Une nouvelle mise en page

La mise en page de l'Atlas a été repensée afin d'offrir au lecteur une compréhension facilitée des indicateurs présentés. Des pictogrammes guident la lecture permettant d'accéder au contenu souhaité plus rapidement.

### Les pictogrammes



Informations clés



Données concernant la **population générale**



Focus sur les **personnes âgées de 75 ans et plus**



Distinction **femme-homme**



**Contenus supplémentaires** permettant d'approfondir la compréhension des données présentées

## Liste de sigles utilisés :

### **ADMD :**

Association pour le droit de mourir dans la dignité

### **ARS :**

Agence régionale de santé

### **ATIH :**

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

### **AVC :**

Accident vasculaire cérébral

### **CCNE :**

Comité consultatif national d'éthique

### **CépiDc :**

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

### **CHU :**

Centre hospitalier universitaire

### **CIM :**

Classification internationale des maladies

### **CNAM :**

Caisse nationale de l'assurance maladie

### **CNIL :**

Commission nationale de l'informatique et des libertés

### **DGOS :**

Direction générale de l'offre de soins

### **DMS :**

Durée moyenne de séjour

### **Drees :**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

### **DROM :**

Département et région d'outre-mer

### **EHPAD :**

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

### **EMSPP :**

Equipe mobile de soins palliatifs

### **ERRSPP :**

Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques

### **ETP :**

Equivalent temps plein

### **FAM :**

Foyer d'accueil médicalisé

### **HAD :**

Hospitalisation à domicile

### **HAS :**

Haute autorité de santé

### **Ined :**

Institut national d'études démographiques

### **Insee :**

Institut national de la statistique et des études économiques

### **Inserm :**

Institut national de la santé et de la recherche médicale

### **JALMALV :**

Fédération jusqu'à la mort accompagner la vie

### **LISP :**

Lit identifié de soins palliatifs

### **LUSP :**

Lit en unité de soins palliatifs

### **MAS :**

Maison d'accueil spécialisée

### **MCO :**

Médecine, chirurgie, obstétrique

### **PMSI :**

Programme de médicalisation des systèmes d'information

### **SAE :**

Statistique annuelle des établissements de santé (enquête)

### **SFAP :**

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

### **Sniiram :**

Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

### **SNDS :**

Système national des données de santé

### **SSR :**

Soins de suite et de réadaptation

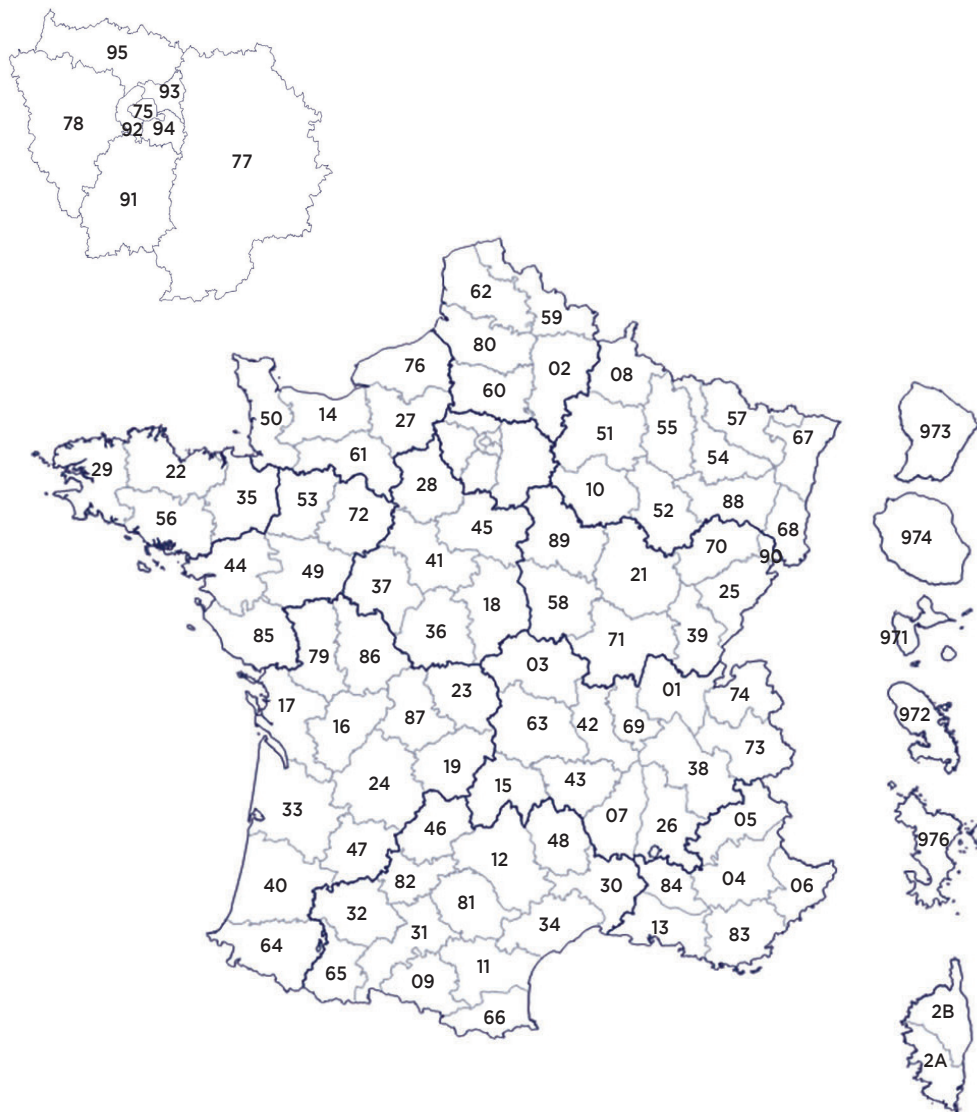
### **USLD :**

Unité de soins de longue durée

### **USP :**

Unité de soins palliatifs

## Carte de France



## France métropolitaine

- 01 Ain
- 02 Aisne
- 03 Allier
- 04 Alpes-de-Haute-Provence
- 05 Hautes-Alpes
- 06 Alpes-Maritimes
- 07 Ardèche
- 08 Ardennes
- 09 Ariège
- 10 Aube
- 11 Aude
- 12 Aveyron
- 13 Bouches-du-Rhône
- 14 Calvados
- 15 Cantal
- 16 Charente
- 17 Charente-Maritime
- 18 Cher
- 19 Corrèze
- 2A Corse-du-Sud
- 2B Haute-Corse
- 21 Côte-d'Or
- 22 Côtes d'Armor
- 23 Creuse
- 24 Dordogne
- 25 Doubs
- 26 Drôme
- 27 Eure
- 28 Eure-et-Loir
- 30 Gard
- 31 Haute-Garonne
- 32 Gers
- 33 Gironde

- 34 Hérault
- 35 Ille-et-Vilaine
- 36 Indre
- 37 Indre-et-Loire
- 38 Isère
- 39 Jura
- 40 Landes
- 41 Loir-et-Cher
- 42 Loire
- 43 Haute-Loire
- 44 Loire-Atlantique
- 45 Loiret
- 46 Lot
- 47 Lot-et-Garonne
- 48 Lozère
- 49 Maine-et-Loire
- 50 Manche
- 51 Marne
- 52 Haute-Marne
- 53 Mayenne
- 54 Meurthe-et-Moselle
- 55 Meuse
- 56 Morbihan
- 57 Moselle
- 58 Nièvre
- 59 Nord
- 60 Oise
- 61 Orne
- 62 Pas-de-Calais
- 63 Puy-de-Dôme
- 64 Pyrénées-Atlantiques
- 65 Hautes-Pyrénées
- 66 Pyrénées-Orientales
- 67 Bas-Rhin
- 68 Haut-Rhin
- 69 Rhône
- 70 Haute-Saône
- 71 Saône-et-Loire
- 72 Sarthe
- 73 Savoie
- 74 Haute-Savoie
- 75 Paris
- 76 Seine-Maritime
- 77 Seine-et-Marne
- 78 Yvelines
- 79 Deux-Sèvres
- 80 Somme
- 81 Tarn
- 82 Tarn-et-Garonne
- 83 Var
- 84 Vaucluse
- 85 Vendée
- 86 Vienne
- 87 Haute-Vienne
- 88 Vosges
- 89 Yonne
- 90 Territoire de Belfort
- 91 Essonne
- 92 Hauts-de-Seine
- 93 Seine-Saint-Denis
- 94 Val-de-Marne
- 95 Val-d'Oise

## DROM

- 971 Guadeloupe
- 972 Martinique
- 973 Guyane
- 974 La Réunion
- 976 Mayotte





# 01

---

## Contexte

Pourquoi un Atlas ?	11
Historique	12
Les plans nationaux de soins palliatifs	14
Les enjeux concernant la fin de vie	15
Atlas 2020 : De nouveaux indicateurs et focus	17



# Pourquoi un Atlas ?

---

**D**e quoi et où meurent les Françaises et Français ? Quelle est l'offre sanitaire globale mais aussi plus spécifiquement de soins palliatifs aujourd'hui en France ? Quel est le profil des patients pris en charge dans les unités de soins palliatifs ? Quelle est la part des personnes âgées de 75 ans et plus dans les statistiques de mortalité ? Quelles sont leurs particularités ? Observe-t-on des différences géographiques concernant toutes ces données ?

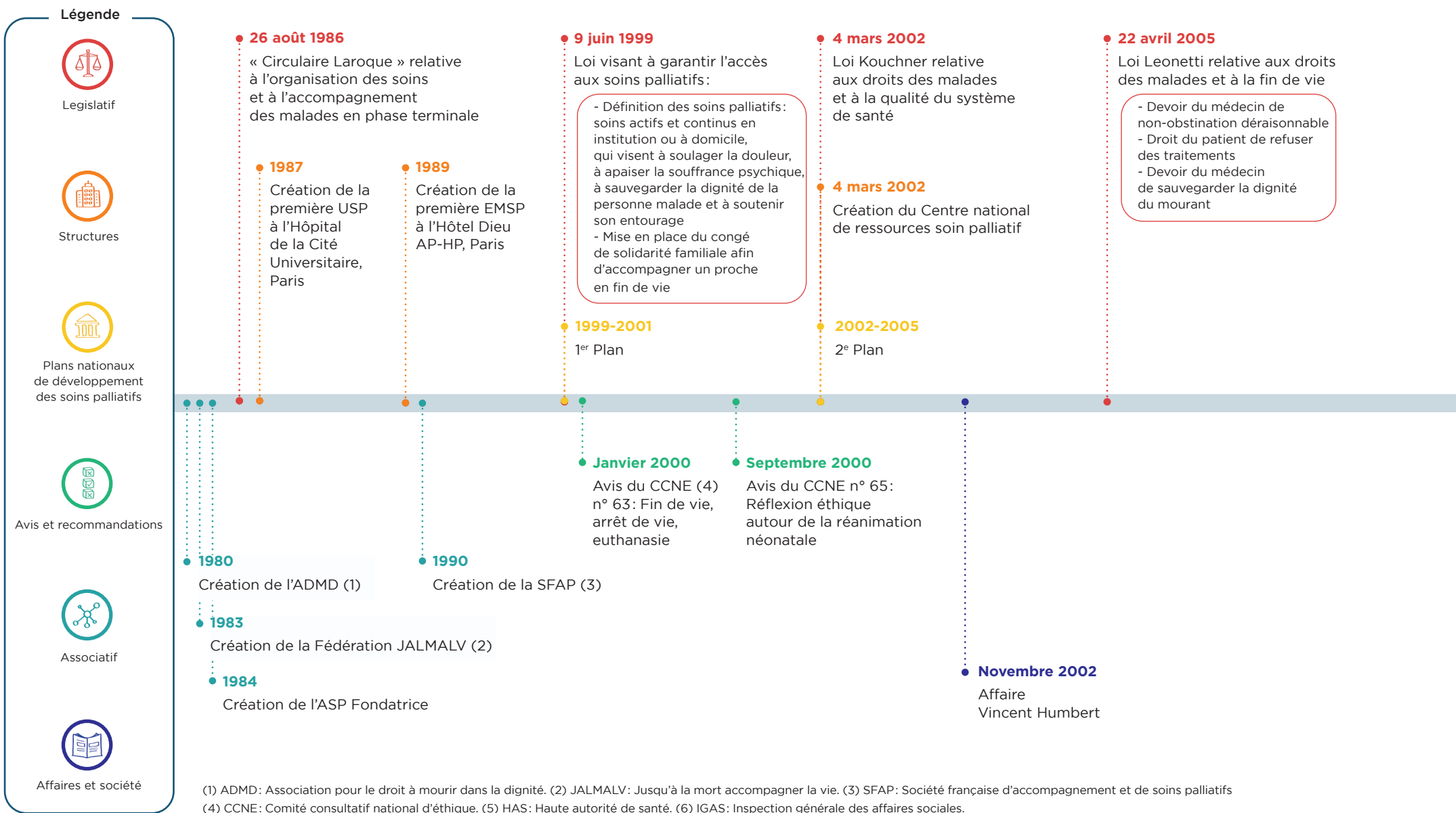
Cet Atlas national a vocation à répondre à ces multiples questions pour aider le lecteur à appréhender les enjeux et les réalités de l'accompagnement de la fin de vie et de la place des soins palliatifs en France aujourd'hui. Il rassemble des données démographiques, sanitaires qui sont analysées le plus finement possible pour mettre en lumière les spécificités départementales en termes d'offre sanitaire mais aussi de besoins des patients dans leurs trajectoires de fin de vie.

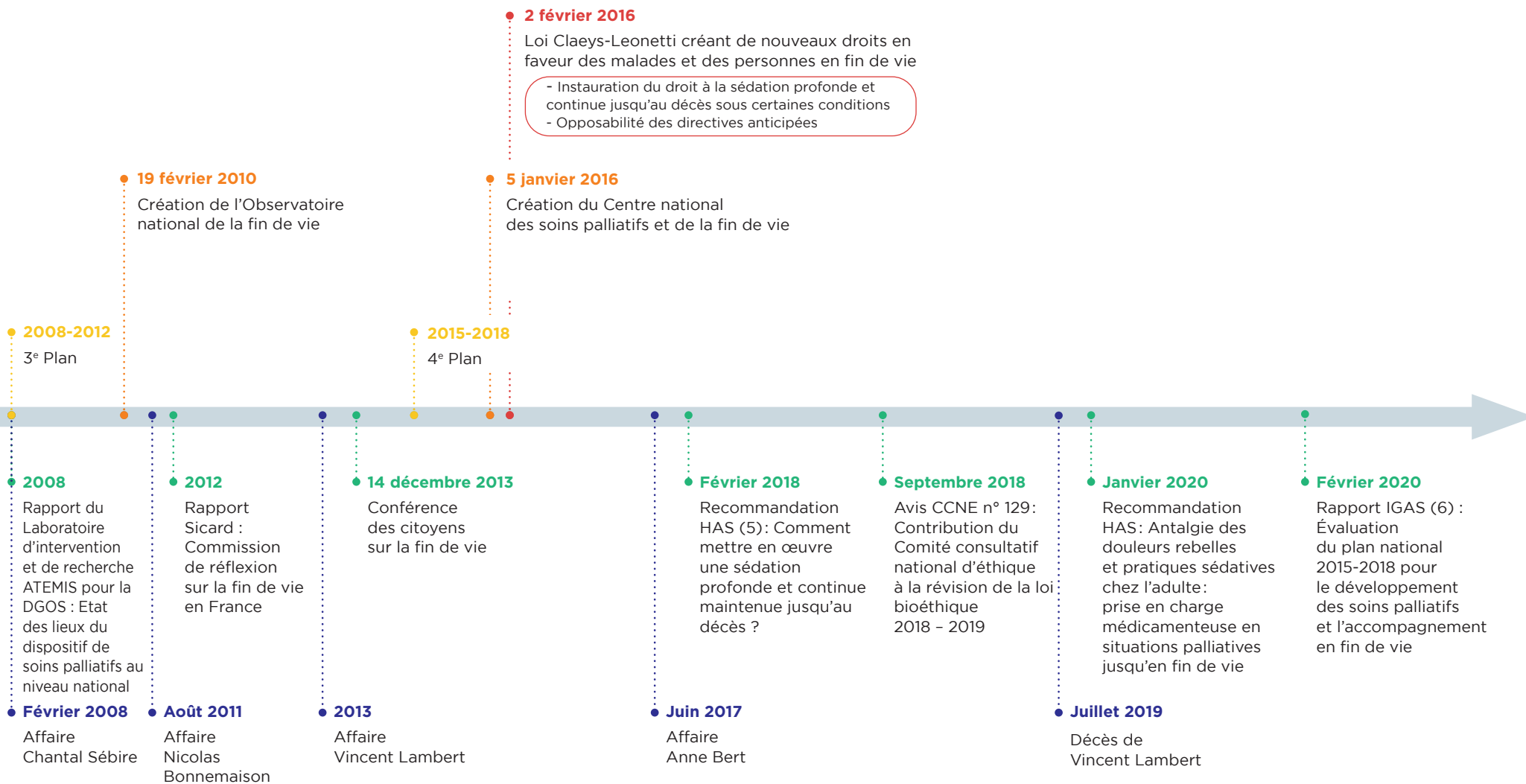
L'Atlas mobilise des indicateurs renouvelés<sup>1</sup> et s'inscrit dans une temporalité qui permet de visualiser le développement et la transformation de l'offre sanitaire et des besoins des patients en regard de cette offre. Ce travail de mise en perspective a pour objectif de permettre aux acteurs de politique publique de s'emparer des différentes problématiques liées à l'accompagnement de fin de vie et d'adapter, de remodeler les dispositifs existants et les politiques de santé pour être au plus près des besoins des patients.

---

<sup>1</sup> Un premier *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie* a été publié par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie en 2018.

# Historique





# Les plans nationaux de soins palliatifs



Depuis la fin des années 1990, **quatre plans** visant à développer les soins palliatifs ont été successivement mis en œuvre en France afin de mettre en place une dynamique palliative et d'améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie.

## 1 Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001

Dans le cadre de ce plan, le choix a été fait de privilégier le développement des **EMSP** (84 EMSP en 1998 ; 265 en 2001) au sein des établissements plutôt que les unités fixes (74 USP en 1998 ; 92 en 2001). Les équipes mobiles ont pour objectif de faciliter l'intégration et la pratique des soins palliatifs par l'ensemble des services concernés par la prise en charge de patients nécessitant un accompagnement en fin de vie.

## 2 Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005

Les agences régionales d'hospitalisation avaient pour mission de renforcer les moyens en personnel. Il a également été décidé qu'en 2005, chaque région devait être dotée de 10 lits d'USP au sein du CHU ou de l'établissement de référence régional. L'importance de poursuivre le développement des EMSP a été soulignée, tout comme la nécessité que chaque service ayant une activité de soins palliatifs soit doté de lits identifiés de soins palliatifs (**LISP**).

## 3 Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012

Ce programme figurait parmi les trois priorités présidentielles en matière de santé. La création de nouvelles unités a été inscrite dans les schémas régionaux de l'offre de soins pour **améliorer le maillage territorial**. Les USP se sont développées sur l'ensemble du territoire (90 USP en 2007 ; 122 en 2012). De nouvelles EMSP ont été créées (337 EMSP en 2007 ; 418 en 2012) et les équipes existantes renforcées. Les LISP ont également été développés (3060 LISP en 2007 ; 5057 en 2012).

## 4 Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018

Elaboré dans le contexte de préparation de la loi Claeys-Leonetti, le plan 2015-2018 a permis une **progression de l'offre de soins palliatifs** (139 USP en 2015 ; 157 en 2017 - 5072 LISP en 2015 ; 5189 en 2017 - 379 EMSP en 2015 ; 426 en 2017), mais **le maillage territorial au niveau national reste inégal**.



[ 1 ] Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001

[ 2 ] Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005

[ 3 ] Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_de\\_developpement\\_des\\_soins\\_palliatifs\\_2008\\_2012.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf)

[ 4 ] Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215\\_-\\_plabe56.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf)

# Les enjeux concernant la fin de vie

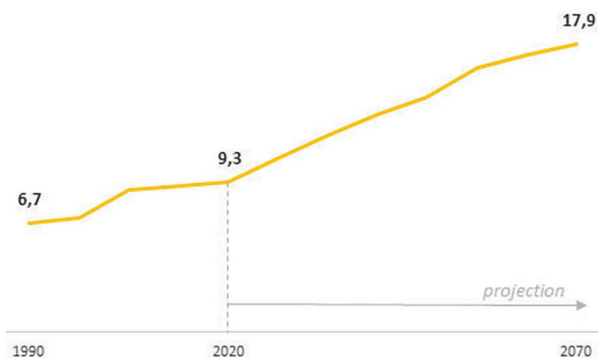
L'évolution démographique est principalement marquée par le **vieillessement de la population française**. Il s'accompagne d'une **augmentation du nombre de décès, des maladies chroniques, des cancers et de la polymorbidité**, ce qui impacte la façon d'accompagner et de prendre en charge la fin de vie.

## Vieillessement de la population

**Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus devrait doubler d'ici 2070.**

La part des personnes âgées de 75 ans et plus a progressé de 2,4 % au cours de ces vingt dernières années, atteignant aujourd'hui près de 10 % de la population. Selon les projections de l'Insee, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, la France comptera près de **18 % de personnes âgées de 75 ans et plus au 1<sup>er</sup> janvier 2070**. Après 2040, la part des 75 ans et plus augmentera plus modérément.

Projection de la population âgée de 75 ans et plus à l'horizon 2070 (en %)



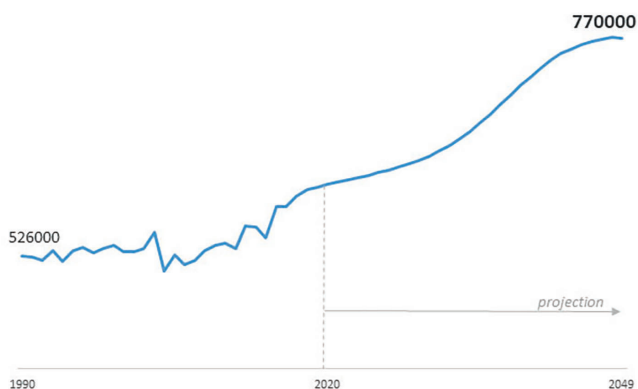
Source: Insee Première n° 1619, novembre 2016

## Augmentation du nombre de décès

**En 2017, le nombre de décès a franchi la barre des 600 000 par an. Il devrait dépasser les 750 000 d'ici 2050.**

L'arrivée d'un grand nombre de personnes issues du *baby-boom* à des âges de forte mortalité entraîne une augmentation du nombre de décès depuis le début des années 2010.

Projection du nombre de décès à l'horizon 2050



Source: Pison G., Toulemon L. Le nombre de décès va augmenter en France dans les prochaines années. *Population & Sociétés* 2016, n°531, 4 p. [en ligne]

## Maladies chroniques et cancers

**Premières causes de décès en France, les cancers et les maladies cardio-vasculaires représentent la moitié des décès.**

L'espérance de vie à la naissance atteint 79,7 ans pour les hommes et 85,6 ans pour les femmes en 2019 en France métropolitaine. Au cours des 60 dernières années, les hommes comme les femmes ont gagné 14 ans d'espérance de vie en moyenne. L'amélioration de la qualité des soins et l'innovation en matière de santé ont joué un rôle majeur **entraînant un changement des causes de décès**. De nos jours, ce sont principalement les maladies chroniques de longue durée qui entraînent la mort: **les cancers, les pathologies liées au vieillissement** (maladies de l'appareil circulatoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, etc.) ainsi que les **polyopathologies**. Par conséquent, les parcours de fin de vie des patients se transforment, nécessitant un accompagnement global et le recours à des soins palliatifs adaptés.

Defossez G et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint-Maurice: *Santé Publique France* 2019, 20 p. [en ligne]





# Atlas 2020 : De nouveaux indicateurs et focus

**D**e nouveaux indicateurs et focus ont été élaborés pour cette deuxième édition à partir de l'analyse affinée de données existantes ainsi que de l'exploration de nouvelles bases de données.

## Nouveaux indicateurs

### Personnes âgées de 75 ans et plus

Les données et indicateurs présentés en population générale sont déclinés pour les personnes âgées de 75 ans et plus lorsque cela est pertinent, afin de mettre en évidence les enjeux spécifiques liés à cette population.

### Déclinaison par département

Les cartographies sont déclinées à l'échelle départementale afin d'affiner les comparaisons territoriales et de mettre en lumière d'éventuelles inégalités.

### Déclinaison par sexe

Certains indicateurs sont présentés par sexe lorsque des différences substantielles existent entre les hommes et les femmes.

### Cancers et maladies cardio-vasculaires

Une nouvelle page détaille des données concernant les deux plus grandes causes de décès en France.

### Mortalité: déclinaison de la cause initiale de décès « Maladies de l'appareil circulatoire »

La catégorie « maladies de l'appareil circulatoire » distingue désormais les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) et les maladies

cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux), les deux causes principales de décès au sein de cette catégorie.

### Analyse des parcours de fin de vie des patients décédés à domicile ou en EHPAD

A partir des bases de données du SNDS, l'Atlas propose une analyse inédite des parcours de personnes qui décèdent en dehors de l'hôpital.

## Nouveaux focus

### Offre et besoins en soins palliatifs

#### → Maillage territorial en USP, LISP et EMSP

L'Atlas cartographie l'offre en soins palliatifs au regard de la population française.

#### → Ressources humaines en USP et EMSP

L'Atlas présente les ressources en médecins, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants et psychologues en USP et en EMSP.

#### → Activité en USP et en LISP

L'Atlas détaille les données sur les séjours et les caractéristiques des patients pris en charge en USP et en LISP

NB: Structures et ressources humaines en soins palliatifs sont également développées dans les profils régionaux.

→ La couleur **orange** signale ces nouveaux indicateurs et focus.



# 02

## Démographie, Offre sanitaire générale & Mortalité

Démographie	
En population générale	20
Personnes âgées de 75 ans et plus	21
Offre sanitaire générale	
En population générale	22
Personnes âgées de 75 ans et plus	23
Mortalité	24
Lieux de décès	25
Causes initiales de décès	26
Cancers et maladies de l'appareil circulatoire	27
Personnes âgées de 75 ans et plus	28
Modélisation des trajectoires de fin de vie	29

### Caractéristiques démographiques de la population française par région en 2019



Régions	Nombre d'habitants	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (répartition de la population des habitants de 75 ans et plus dans les régions)	Densité de population (nombre d'habitants par km <sup>2</sup> )	Espérance de vie à la naissance (en années ; pour les régions : écart à la moyenne nationale)		
				Homme	Femme	
<b>France métropolitaine et DROM</b>	<b>66 977 703</b>	<b>6 282 621</b>	<b>(100 %)</b>	<b>106</b>	<b>79,7</b>	<b>85,6</b>
Auvergne-Rhône-Alpes	8 005 882	757 223	(12 %)	115	0,8	0,3
Bourgogne-Franche-Comté	2 793 333	305 668	(5 %)	58	- 0,8	- 0,6
Bretagne	3 333 720	349 686	(6 %)	123	- 1,0	- 0,4
Centre-Val de Loire	2 565 258	277 176	(4 %)	66	- 0,4	- 0,4
Corse	341 554	38 974	(1 %)	39	0,8	0,8
Grand Est	5 525 291	521 647	(8 %)	96	- 0,7	- 1,0
Hauts-de-France	5 977 437	473 252	(8 %)	188	- 2,2	- 1,8
Île-de-France	12 244 807	842 758	(13 %)	1019	1,7	0,5
Normandie	3 313 340	333 022	(5 %)	111	- 1,4	- 0,7
Nouvelle-Aquitaine	5 986 318	684 978	(11 %)	71	0,0	- 0,1
Occitanie	5 899 209	637 127	(10 %)	81	0,4	- 0,1
Pays de la Loire	3 787 400	371 386	(6 %)	118	0,1	0,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 048 405	568 902	(9 %)	161	0,3	0,0
<b>France métropolitaine</b>	<b>64 821 954</b>	<b>6 161 799</b>	<b>(98 %)</b>	<b>119</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
Guadeloupe	381 294	32 817	(0,5 %)	224	- 3,3	- 0,9
Guyane	283 539	5 624	(0,1 %)	3	- 3,1	- 1,8
La Réunion	857 961	42 796	(0,7 %)	343	- 1,2	- 0,9
Martinique	363 484	37 135	(0,6 %)	322	- 0,9	- 1,3
Mayotte	269 471	2 450	(0,04 %)	721	-	-
<b>DROM</b>	<b>2 155 749</b>	<b>120 822</b>	<b>(2 %)</b>	<b>24</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

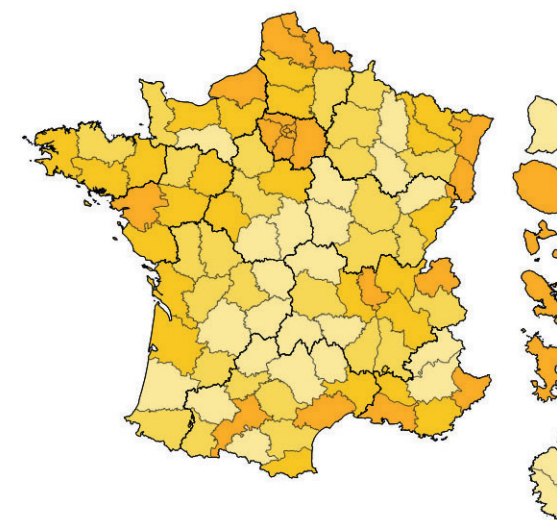
Source : Insee, 2019.



La France compte près de **67 millions d'habitants** en 2019. La densité de population est de **106 habitants au km<sup>2</sup>** avec d'importantes variations entre départements.

Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 2019.

### Densité de population par département en 2019



#### Nombre d'habitants par km<sup>2</sup>



**Lecture :** La Guyane compte moins de 50 habitants par km<sup>2</sup>.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Source : Insee, 2019.

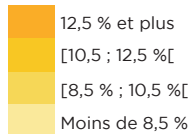
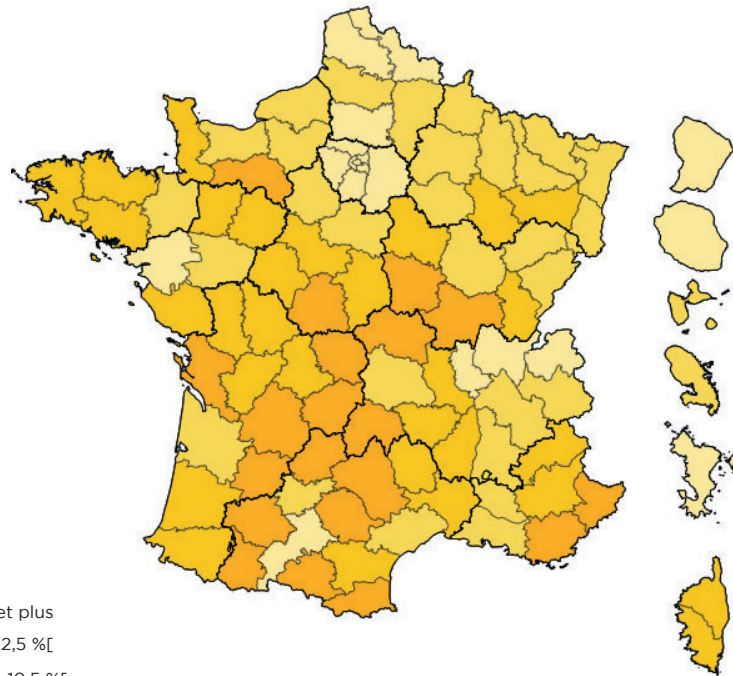


En 2019, **près de 10 %** de la population française est **âgée de 75 ans ou plus**.



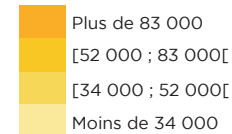
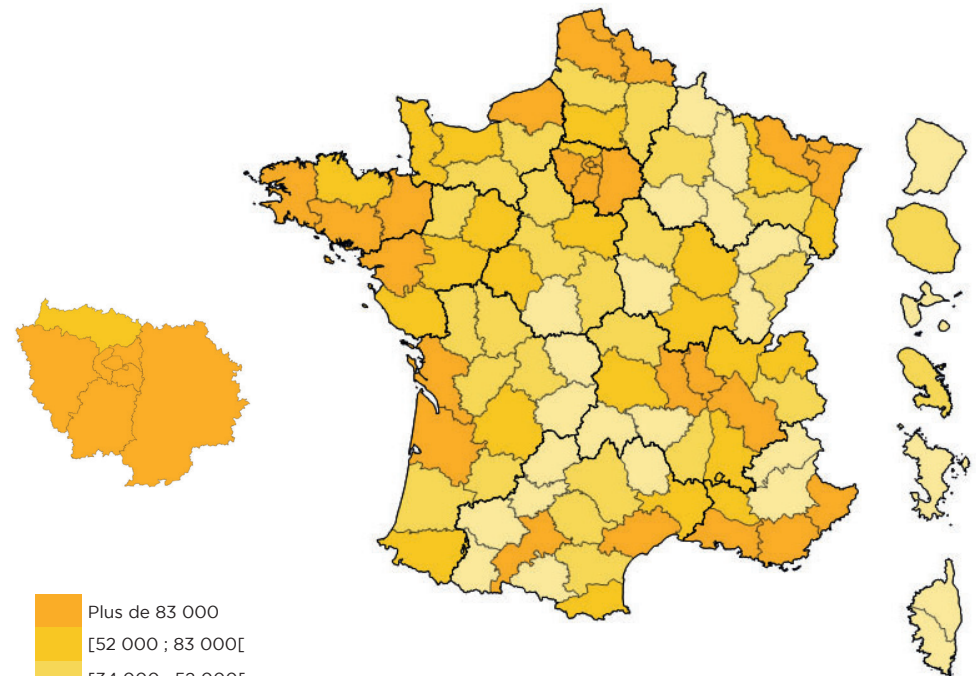
**1,2 %** de la population française est **âgée de 90 ans ou plus** en 2019.

Part des personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2019



**Lecture :** Dans le Nord, la population âgée de 75 ans et plus représente moins de 8,5 % de la population totale du département en 2019.  
Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 2019.

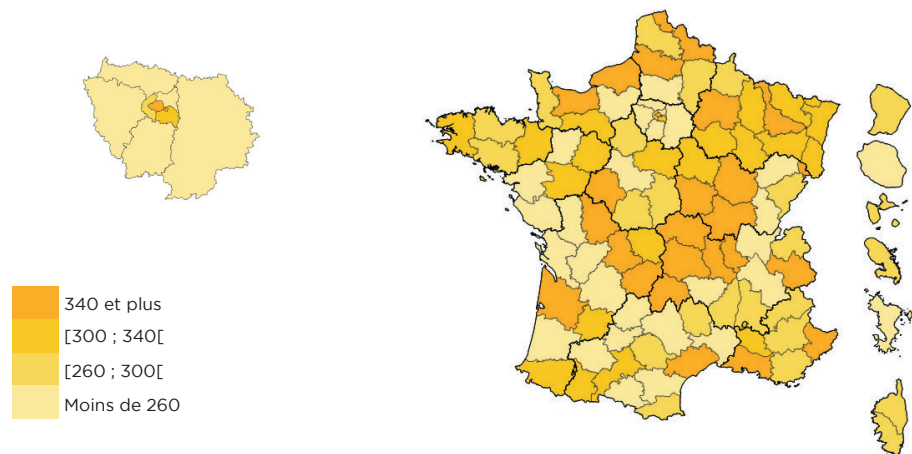
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2019



**Lecture :** Le Pas-de-Calais compte plus de 83 000 habitants âgés de 75 ans et plus en 2019.  
Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 2019.

Des **disparités démographiques** existent à l'échelle départementale sur le territoire français. Globalement, les départements les moins densément peuplés concentrent une plus grande proportion de personnes âgées de 75 ans et plus. Il n'existe pas de grandes disparités selon le sexe.

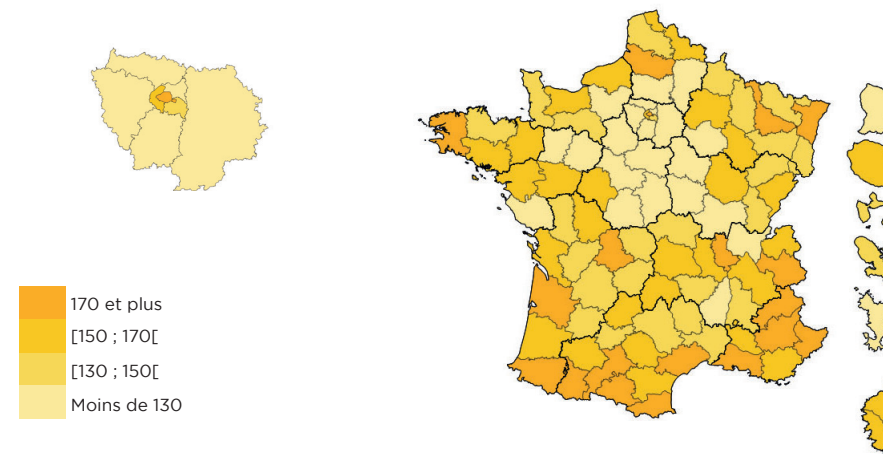
## Nombre de lits de MCO pour 100 000 habitants



**Lecture:** Le département du Val-de-Marne compte entre 300 et 340 lits de MCO pour 100 000 habitants en 2018.

Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Drees, SAE, 2018 ; Insee 2018, exploitation CNSPFV.

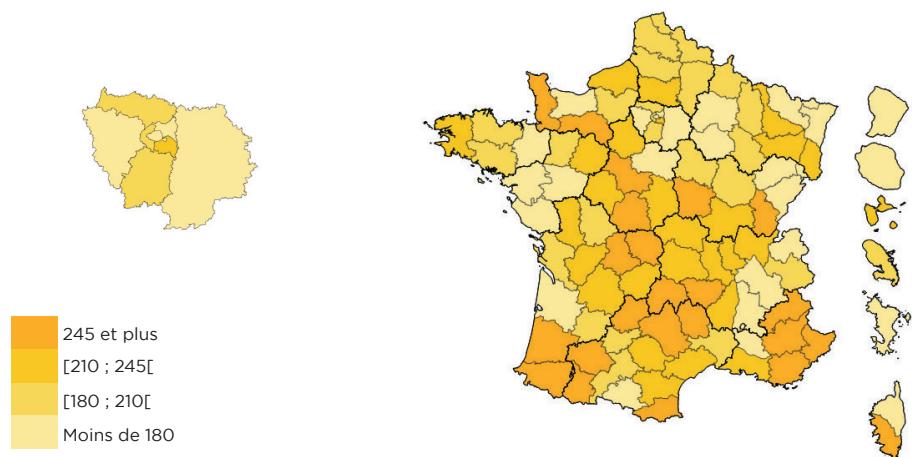
## Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants



**Lecture:** Le département du Val-de-Marne compte entre 130 et 150 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2018.

Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Drees, RPPS 2018 ; Insee 2018 ; exploitation CNSPFV.

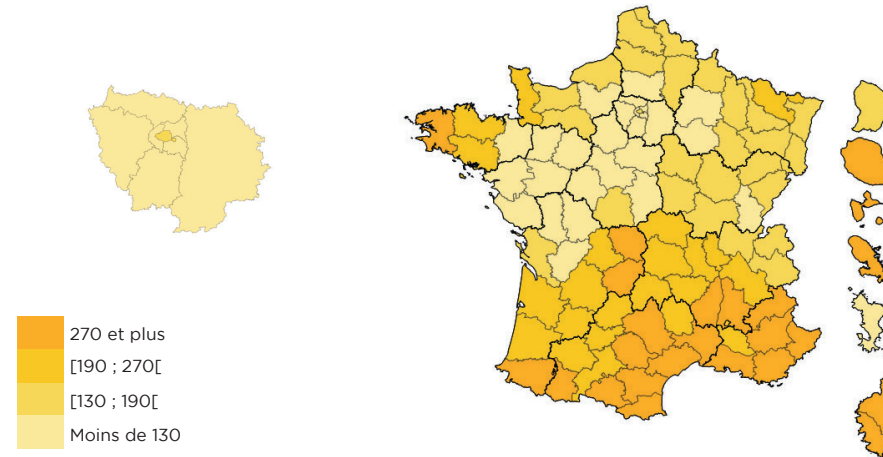
## Nombre de lits de SSR / USLD pour 100 000 habitants



**Lecture:** Le département du Val-de-Marne compte entre 210 et 245 lits de SSR / USLD pour 100 000 habitants en 2018.

Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Drees, SAE, 2018 ; Insee 2018, exploitation CNSPFV.

## Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants

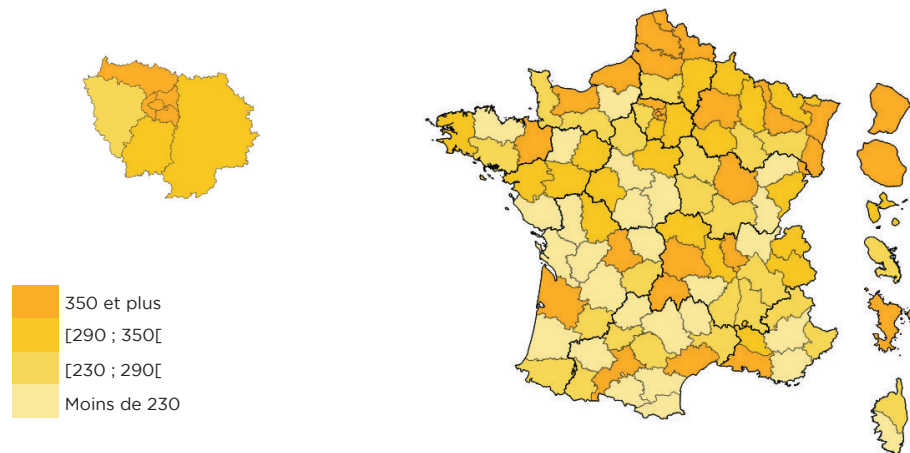


**Lecture:** Le département du Val-de-Marne compte moins de 130 infirmiers libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants en 2018.

Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Drees, Adeli 2018 ; Insee 2018 ; exploitation CNSPFV.



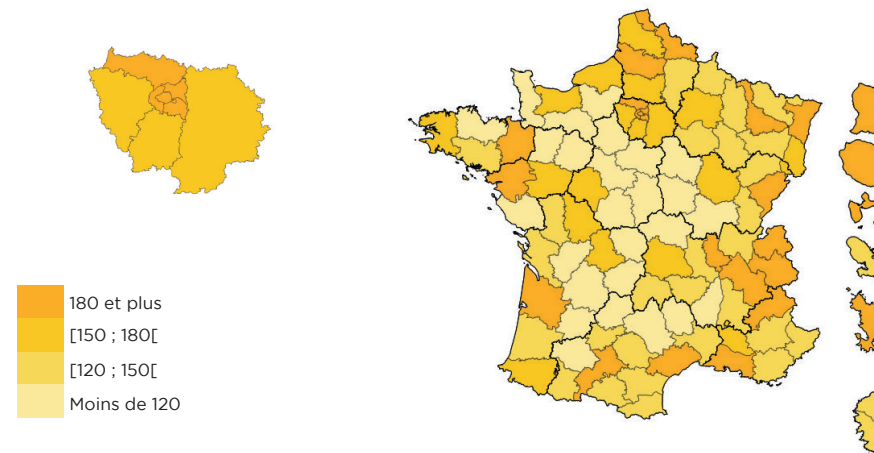
## Nombre de lits MCO pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus



**Lecture :** Le département du Val-de-Marne compte plus de 350 lits de MCO pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus en 2018.

Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Drees, SAE 2018 ; Insee, 2018, exploitation CNSPFV.

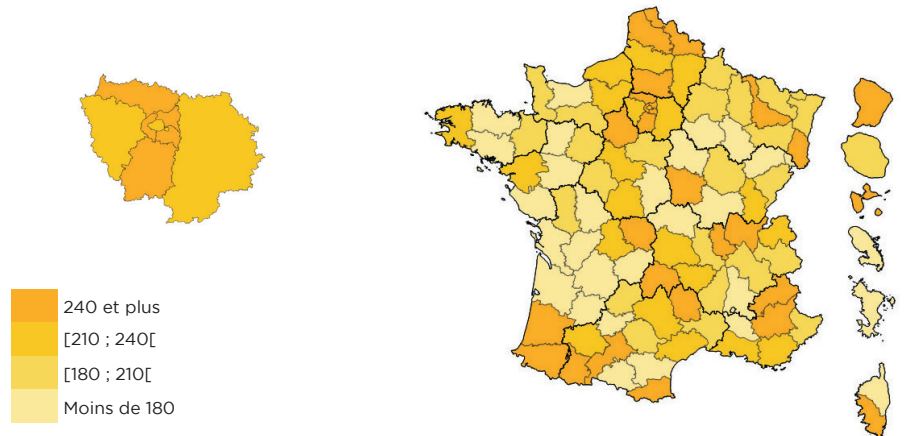
## Nombre de médecins généralistes pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus



**Lecture :** Le département du Val-de-Marne compte plus de 180 médecins généralistes pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus en 2018.

Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Drees, RPPS 2018 ; Insee 2018 ; exploitation CNSPFV.

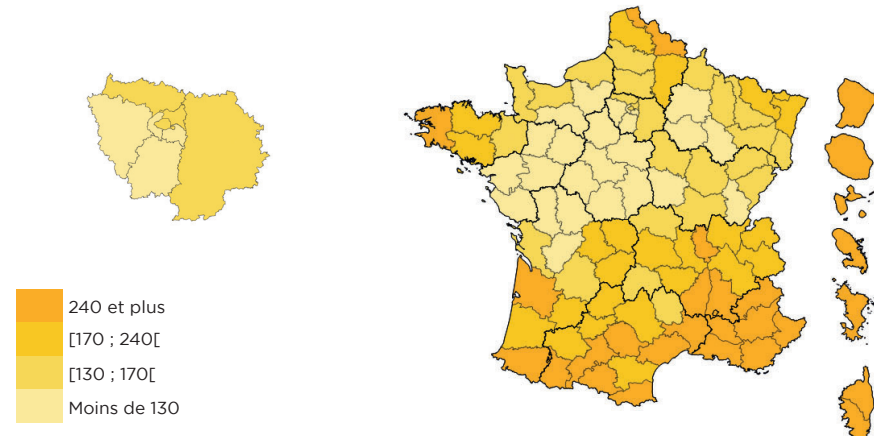
## Nombre de lits de SSR / USLD pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus



**Lecture :** Le département du Val-de-Marne compte plus de 240 lits de SSR / USLD pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus en 2018.

Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Drees, SAE 2018 ; Insee, 2018, exploitation CNSPFV.

## Nombre d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus



**Lecture :** Le département du Val-de-Marne compte moins de 130 infirmiers libéraux ou mixtes pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus en 2018.

Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Drees, Adeli 2018 ; Insee 2018 ; exploitation CNSPFV.

**Méthodologie :** Le nombre de lits est rapporté à 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus car les départements ont en moyenne 60 000 habitants de 75 ans et plus. De plus, les chiffres élevés dans les DROM sont la conséquence d'une population plus jeune et donc d'une part moindre des personnes âgées de 75 ans et plus.



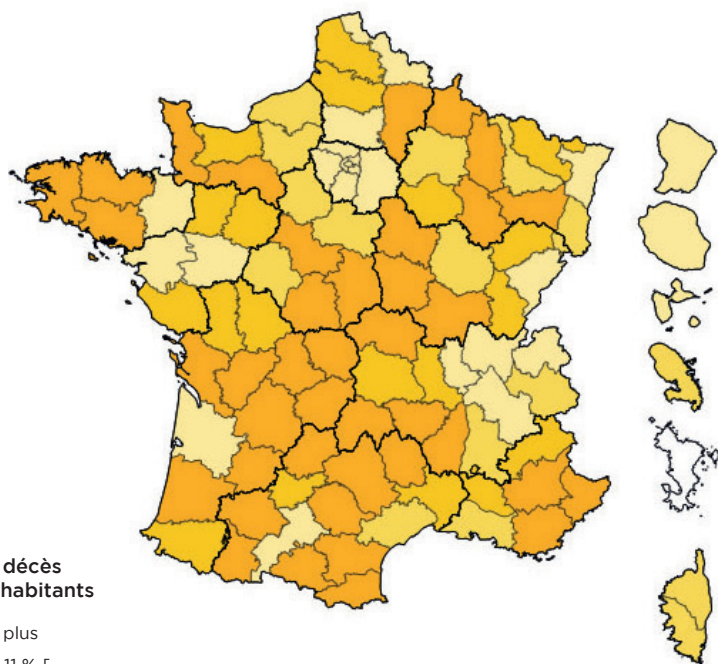
# Mortalité



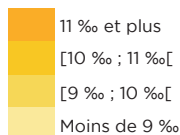
En 2018, **609 648 personnes sont décédées**, soit **9,2 décès pour 1 000 habitants**.

Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Insee, 2018.

## Taux brut de mortalité en population générale en 2018



Nombre de décès pour 1 000 habitants

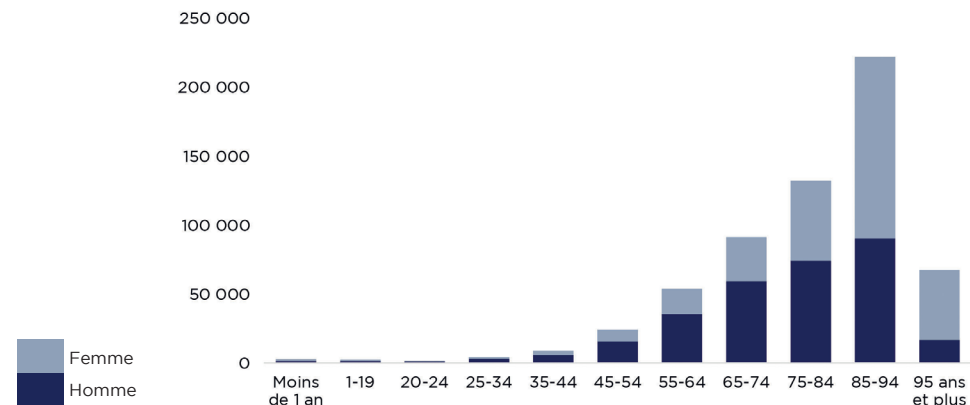


**Lecture:** L'Ain a un taux de mortalité inférieur à 9 ‰, soit moins de 9 décès pour 1000 habitants.  
Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Insee, 2018.

**Méthodologie :** Le taux brut de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

→ Consultez le chapitre *Méthodologie pour en savoir plus.*

## Nombre de décès en 2018, par tranches d'âge et selon le sexe



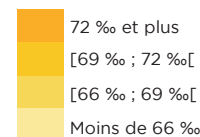
**Lecture:** En 2018, 91 173 personnes âgées de 65 à 74 ans sont décédées, 59 184 hommes et 31 989 femmes.

Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Insee, 2018.

## Taux brut de mortalité chez les personnes âgées de 75 ans et plus en 2018



Nombre de décès pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus



**Lecture:** Le Nord a un taux de mortalité chez les 75 ans et plus supérieur à 72 ‰.

Champ: France métropolitaine et DROM.  
Source: Insee, 2018.

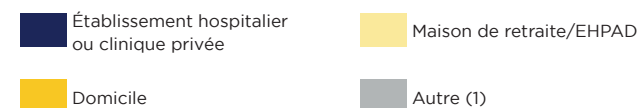
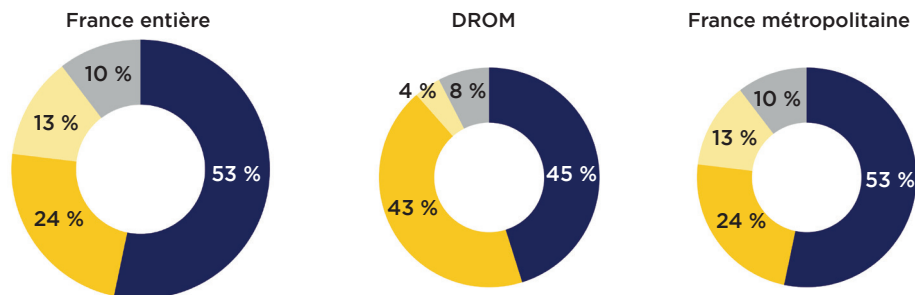




## En 2018, plus de la moitié des décès ont eu lieu en milieu hospitalier.

Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 2018.

### Lieux de décès en 2018



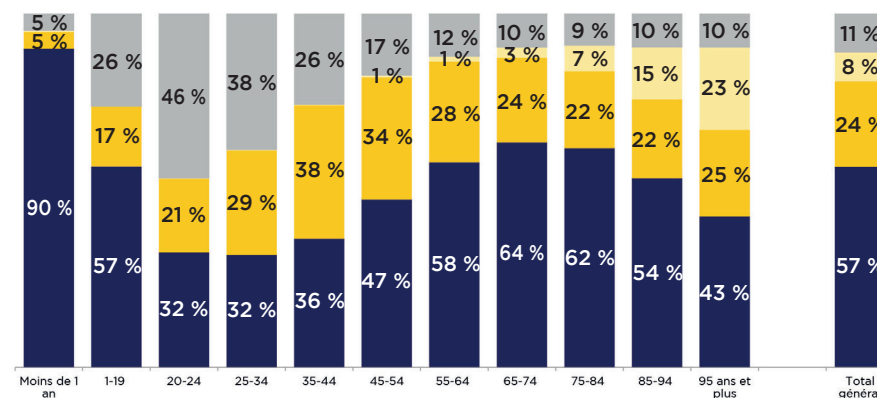
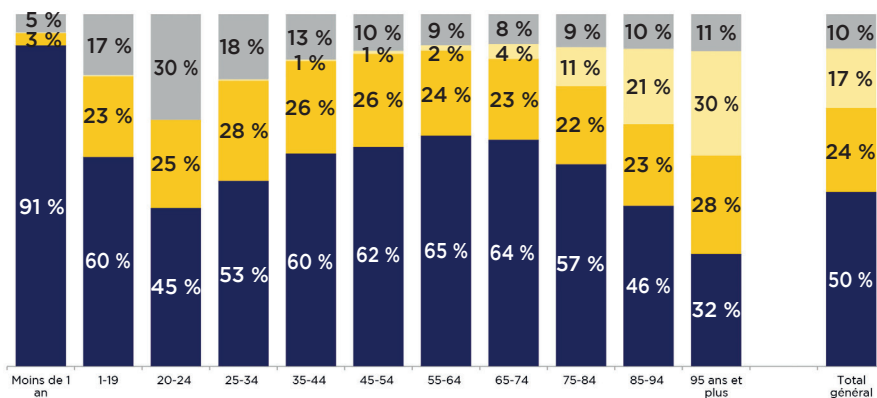
(1) L'item «Autre » regroupe les items « Autre », « Voie publique » et « Non déclaré ».  
Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 2018.

**Lecture :** Parmi les personnes décédées en 2018, 53 % sont décédées à l'hôpital sur la totalité du territoire français.

**Méthodologie :** Les données présentées sont issues des certificats de décès.

→ Consultez le chapitre Méthodologie pour en savoir plus.

### Lieux de décès en 2018, selon l'âge et le sexe



**Lecture :** Parmi les personnes âgées de 45 à 54 ans décédées en 2018, 62 % des femmes sont décédées à l'hôpital contre 47 % des hommes.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Insee, 2018.



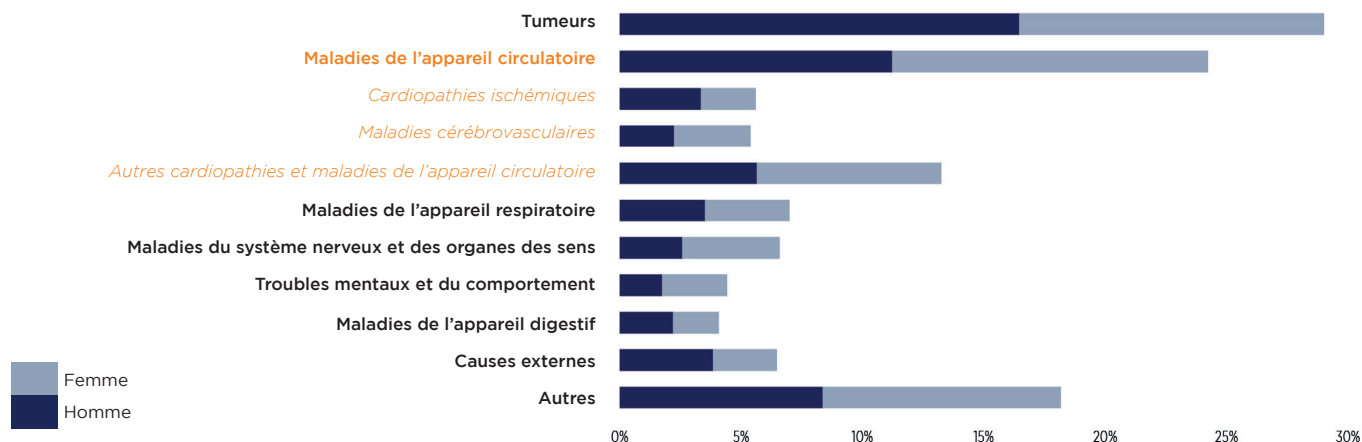
En 2016, les **tumeurs** et les **maladies de l'appareil circulatoire** représentaient les **deux premières causes de décès**. Ces pathologies ont provoqué **plus de la moitié des décès**.

Source : Inserm-CépiDc, 2016.

**Méthodologie** : Ces données sont issues des certificats de décès. Le CepiDc, en charge de l'analyse des causes de décès mentionnées sur ces certificats, se charge d'identifier pour chaque patient, à l'aide d'un algorithme, la pathologie responsable du décès appelée cause initiale de décès. Ce sont ces causes initiales de décès qui sont ici présentées.

→ Consultez le chapitre Méthodologie pour en savoir plus.

## Répartition des décès par cause initiale de décès en 2016, selon le sexe



Lecture : Parmi les personnes décédées en 2016, 29 % sont décédées d'une tumeur, dont 55 % d'hommes.

## Répartition des causes initiales de décès par tranche d'âge

	Moins de 1 an	1 à 4 ans	5 à 14 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 à 94 ans	95 ans et plus
<b>Tumeurs</b>	1 %	13 %	27 %	11 %	17 %	28 %	41 %	49 %	48 %	33 %	18 %	9 %
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	1 %	4 %	5 %	4 %	7 %	11 %	13 %	14 %	17 %	24 %	31 %	33 %
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %	3 %	5 %	5 %	5 %	6 %	6 %	5 %
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	0 %	1 %	1 %	1 %	2 %	2 %	2 %	3 %	4 %	6 %	7 %	6 %
<i>Autres cardiopathies et maladies de l'appareil circulatoire</i>	1 %	3 %	5 %	3 %	4 %	5 %	6 %	6 %	8 %	12 %	18 %	22 %
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	1 %	6 %	5 %	1 %	2 %	2 %	2 %	4 %	5 %	7 %	9 %	10 %
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	4 %	10 %	9 %	4 %	4 %	3 %	3 %	3 %	4 %	8 %	8 %	7 %
<b>Troubles mentaux et du comportement</b>	0 %	0 %	0 %	1 %	3 %	4 %	4 %	3 %	2 %	3 %	6 %	7 %
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	1 %	2 %	1 %	1 %	3 %	5 %	6 %	6 %	5 %	4 %	4 %	3 %
<b>Causes externes</b>	2 %	27 %	25 %	58 %	45 %	27 %	15 %	7 %	5 %	5 %	5 %	5 %
<b>Autres</b>	89 %	39 %	27 %	19 %	20 %	19 %	16 %	14 %	14 %	16 %	20 %	26 %
<b>Total général</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<i>Effectif</i>	2540	464	619	2309	4 117	8 881	24 403	54 858	82 851	138 169	213 069	46 950

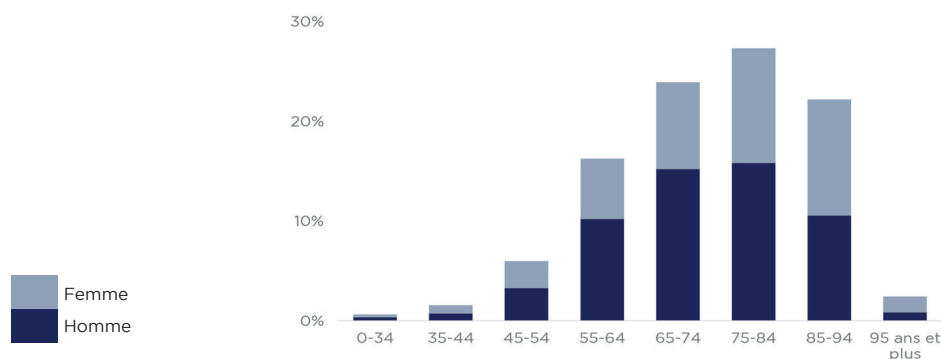
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Les cancers

 **1<sup>ère</sup> cause de décès** en population générale en 2016, avec près d'**un tiers des décès**, soit 171 096 décès.



 **1<sup>ère</sup> cause de décès chez les hommes** en 2016.

Répartition des décès par cancers en 2016, par tranche d'âge selon le sexe



**Lecture:** 27 % des personnes décédées d'un cancer étaient âgées de 75 à 84 ans.

Nombre de décès pour les principaux cancers selon le sexe en 2016

	 Population générale	75 ans et plus	 Population générale	75 ans et plus	
1. Sein	12 427	6 130	1. Poumon	23 222	7 819
2. Poumon	9 348	4 253	2. Prostate	8 721	6 778
3. Colorectal	6 114	3 471	3. Colorectal	6 645	3 864

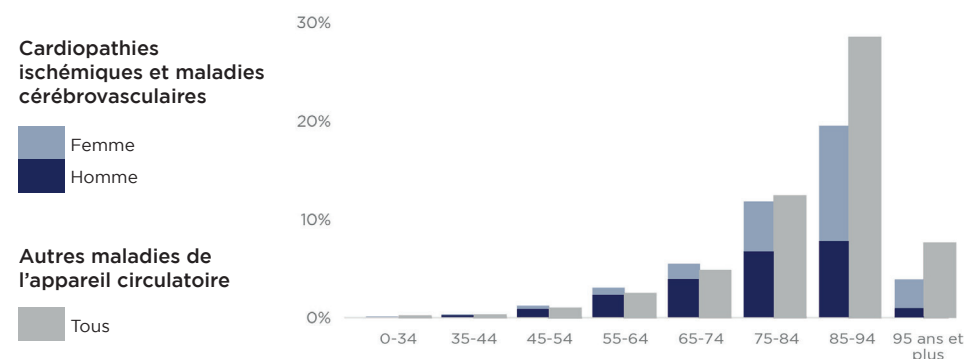
**Lecture:** En 2016, 12 427 femmes sont décédées d'un cancer du sein.

## Les maladies de l'appareil circulatoire

 **2<sup>e</sup> cause de décès** en population générale en 2016, avec près d'**un quart des décès**, soit 143 370 décès.



 **1<sup>ère</sup> cause de décès chez les femmes** en 2016.

Répartition des décès par maladies de l'appareil circulatoire en 2016, par tranche d'âge selon le sexe



**Lecture:** 20 % des personnes décédées d'une cardiopathie ischémique ou d'une maladie cérébrovasculaire avaient entre 85 et 94 ans, 8 % d'hommes et 12 % de femmes.

Nombre de décès pour les principales maladies cardiovasculaires selon le sexe en 2016

	 Population générale	75 ans et plus	 Population générale	75 ans et plus
Maladies cérébrovasculaires (Accidents vasculaires cérébraux)	18 292	16 196	12 936	9 539
Cardiopathies ischémiques (Infarctus du myocarde)	13 118	11 454	19 342	12 213

**Lecture:** En 2016, 18 292 femmes sont décédées de maladies cérébrovasculaires.



En 2016, plus de deux tiers des personnes décédées étaient âgées de 75 ans et plus.

Après 75 ans, la part des décès par cancer diminue et celle des décès par accident vasculaire cérébral et infarctus du myocarde augmente.

Source: Inserm-CépiDc, 2016.

## Répartition des causes initiales de décès des personnes âgées de 75 ans et plus en 2016

	Pour chaque pathologie: part des décès des personnes âgées de 75 ans et plus	Pour l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus: part des décès pour chaque pathologie
Tumeurs	52 %	22 %
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	81 %	29 %
Cardiopathies ischémiques	73 %	6 %
Maladies cérébrovasculaires	82 %	6 %
Autres cardiopathies et maladies de l'appareil circulatoire	84 %	16 %
Maladies de l'appareil respiratoire	82 %	8 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	83 %	8 %
Troubles mentaux et du comportement	83 %	5 %
Maladies de l'appareil digestif	60 %	4 %
Causes externes	53 %	5 %
Autres	73 %	19 %
<b>Total général</b>	69 %	100 %
Effectif	398 188	

**Lecture:** Pour les tumeurs en 2016: 52 % des personnes décédées d'un cancer avaient 75 ans et plus ; 22 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont décédées d'un cancer.

Champ: France métropolitaine et DROM.

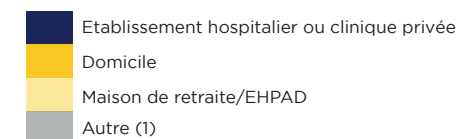
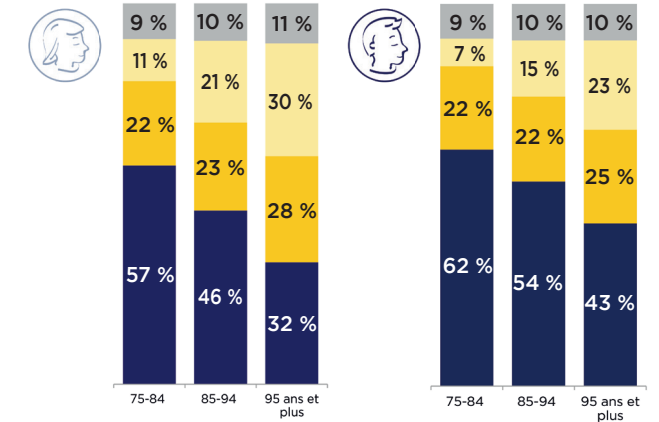
Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.



Plus elles vieillissent, plus les personnes âgées meurent à domicile et en EHPAD.

## Répartition des lieux de décès des personnes âgées de 75 ans et plus par tranche d'âge et par sexe en 2018



(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « voie publique » et « non déclaré ».

**Lecture:** Chez les personnes de 95 ans et plus décédées en 2018, 28 % des femmes et 25 % des hommes sont décédés à domicile.

Champ: France métropolitaine et DROM.

Source: Insee, 2018.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.



11 % des personnes décédées en 2018 étaient âgées de 95 ans et plus. Source: Insee, 2018

# Modélisation des trajectoires de fin de vie



Une modélisation des parcours de la fin de vie est proposée par Murray et al. (2005): **trois trajectoires de patients** y sont définies selon des catégories de pathologies ayant entraîné le décès. Cette modélisation théorique permet d'estimer la proportion de patients s'inscrivant dans l'une ou l'autre de ces trajectoires.

Répartition des patients décédés en 2016 selon la modélisation des trajectoires de fin de vie

## Trajectoire 1 - Déclin rapide

Décès suite à une maladie à évolution progressive, comportant une phase terminale relativement identifiable et rapide (cancers notamment). Le déclin dure souvent quelques années mais la phase terminale est généralement limitée à **quelques mois**.

## Trajectoire 2 - Déclin graduel

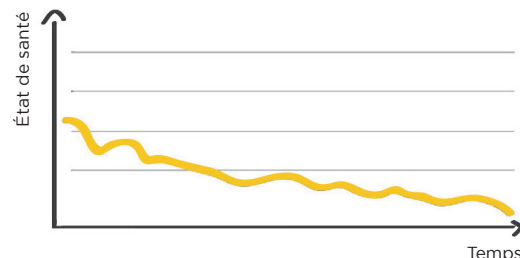
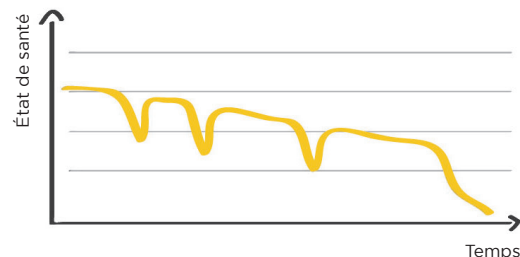
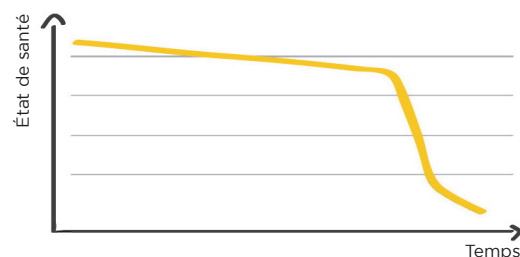
Décès suite à une maladie marquée par un déclin graduel mais ponctuée par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue (défaillances cardiopulmonaires, maladies métaboliques, affections de l'appareil digestif, etc.). Le déclin dure entre **2 et 5 ans** mais la mort est généralement soudaine.

## Trajectoire 3 - Déclin lent

Décès suite à une maladie définie par un déclin graduel et prolongé, typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes atteintes de démence. La période de déclin est variable mais généralement longue, elle peut durer jusque **6-8 ans**.



**La répartition des décès selon la modélisation de fin de vie est restée stable entre 2014 et 2016.** En 2014, 48 % des décès en population générale étaient classés en trajectoire 1, 38 % en trajectoire 2 et 14 % en trajectoire 3\*.



**47 %**  
Soit 170 888  
personnes



**36 %**  
Soit 88 376  
personnes

**37 %**  
Soit 135 175  
personnes

**43 %**  
Soit 104 053  
personnes

**16 %**  
Soit 56 261  
personnes

**21 %**  
Soit 56 060  
personnes

Source: Inserm-CépiDc, 2016.

\* Ravanello A., Rotelli-Bihet L. *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France: Première édition* - 2018. Paris: Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2018, 70 p.



Pour aller plus loin:  
- Murray S.A. et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005, vol. 330, n° 7498, p. 1007-1011.



# 03

---

## Soins palliatifs

Les lits de soins palliatifs	32
L'activité dans les USP et les LISP	34
Les EMSP	35
Les ressources humaines en soins palliatifs	36



# Les lits de soins palliatifs

 En 2019, la France compte près de **7 500 lits hospitaliers de soins palliatifs, soit 2 % des lits hospitaliers** (MCO, SSR et USLD). **Un quart** d'entre eux sont **dans des USP**.

Source : Drees, SAE, 2019.

## Les lits d'unité de soins palliatifs (LUSP)

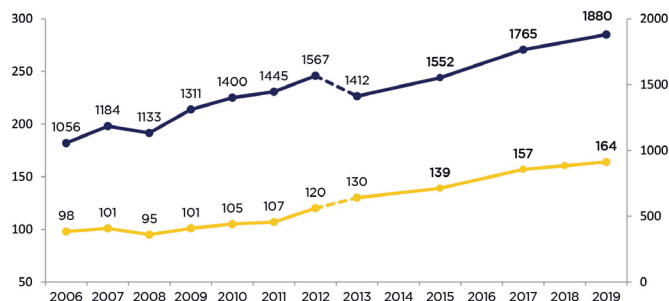
Les unités de soins palliatifs (USP) sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie. Elles se consacrent uniquement aux situations les plus complexes.

## Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) permettent à tous les services hospitaliers confrontés à des décès fréquents de poursuivre la prise en charge des patients jusqu'à leur fin de vie.

Evolution du nombre de LUSP et d'USP entre 2006 et 2019

 En 2019 :  
**1 880 LUSP**  
répartis dans  
**164 USP**

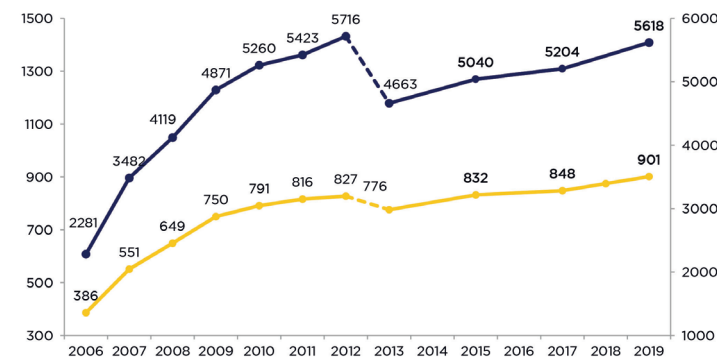


■ Nombre de LUSP  
■ Nombre d'USP

**Lecture :** Il y a 164 USP en France en 2019.  
Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Drees, SAE, 2006 à 2019.  
**NB :** La SAE a connu une refonte en 2013 (cf. Méthodologie pour plus de précisions).

Evolution du nombre de LISP et d'établissements disposant de LISP entre 2006 et 2019

 En 2019 :  
**5 618 LISP**  
répartis  
dans  
**901 établissements**



■ Nombre de LISP  
■ Nombre d'établissements disposant de LISP

**Lecture :** Il y a 901 établissements qui disposent de LISP en France en 2019.  
Champ : France métropolitaine et DROM.  
Source : Drees, SAE, 2006 à 2019.  
**NB :** La SAE a connu une refonte en 2013, (cf. Méthodologie pour plus de précisions).

 **5 % des LUSP** et **23 % des LISP** sont dans des services de soins de suite et de réadaptation (SSR)

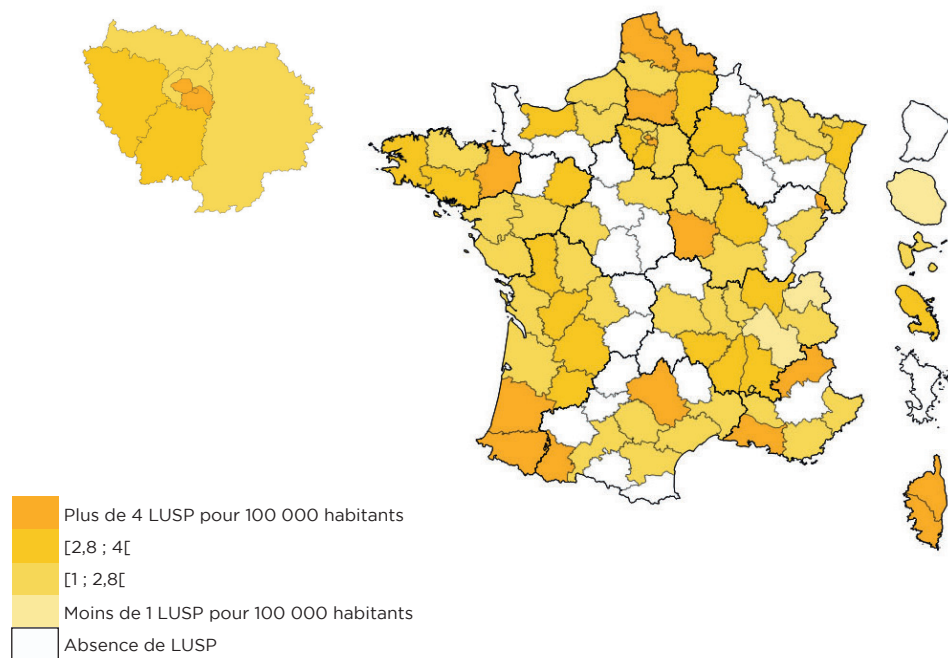
 - Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 25 mars 2008, 22 p. [en ligne]



La France est dotée de **2,8 LUSP** pour 100 000 habitants en 2019

Source: Drees, SAE, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



**Lecture:** Il y a plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants dans le Nord.

Champ: France métropolitaine et DROM.

Source: Drees, SAE, 2019, Insee 2019, exploitation CNSPFV.

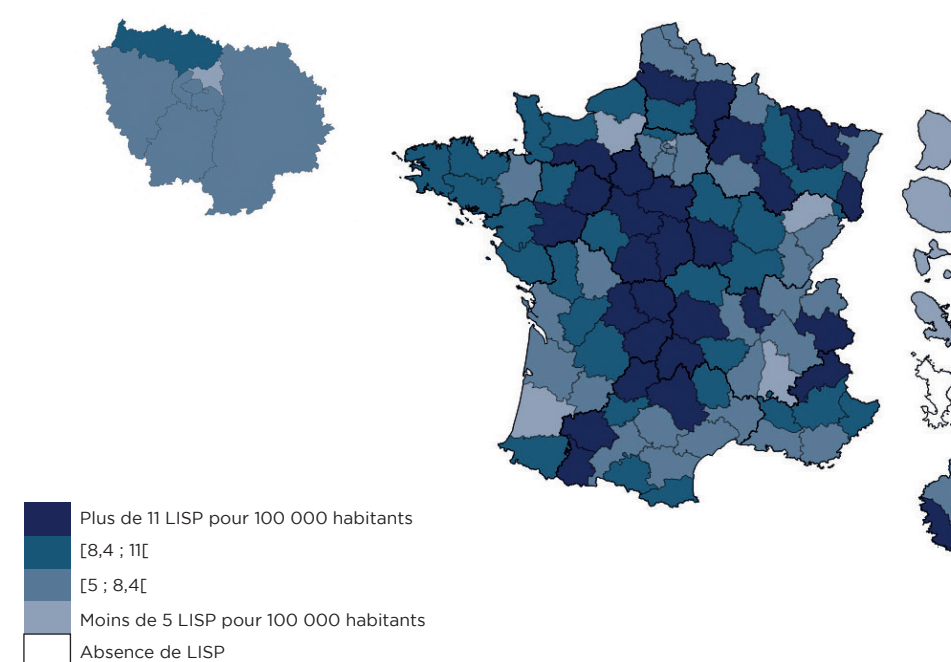
D'importantes disparités géographiques persistent sur le territoire : **26 départements n'ont pas d'USP** et 3 sont insuffisamment dotés au regard de l'objectif national (Plan national 2015-2018), avec moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants.



La France est dotée de **8,4 LISP** pour 100 000 habitants en 2019

Source: Drees, SAE, 2019.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



**Lecture:** La Martinique dispose de moins de 5 LISP pour 100 000 habitants.

Champ: France métropolitaine et DROM.

Source: Drees, SAE, 2019, Insee 2019, exploitation CNSPFV.

Les départements sans USP ont globalement une forte densité en LISP. Par définition, les LUSP et les LISP n'ont pas le même objectif de prise en charge. Des études complémentaires seront nécessaires pour analyser plus finement l'activité et la prise en charge des patients en LISP.




Pour aller plus loin: Cousin F. Ressources en soins palliatifs en France: étude sur les disparités territoriales dans les lits de soins palliatifs en 2017. *Santé publique* (A paraître).

# L'activité dans les USP et les LISP

 **19 %** des patients décédés en milieu hospitalier sont **décédés dans un LUSP (1/3) ou dans un LISP (2/3).**

## Les décès

 **31 712 patients** ont été pris en charge **en LUSP** en 2018 ; **4/5 sont décédés** au cours du séjour.  
**123 047 patients** ont été pris en charge **en LISP** en 2018 ; **1/3 est décédé** au cours du séjour.

Source: ATIH, PMSI, 2018.

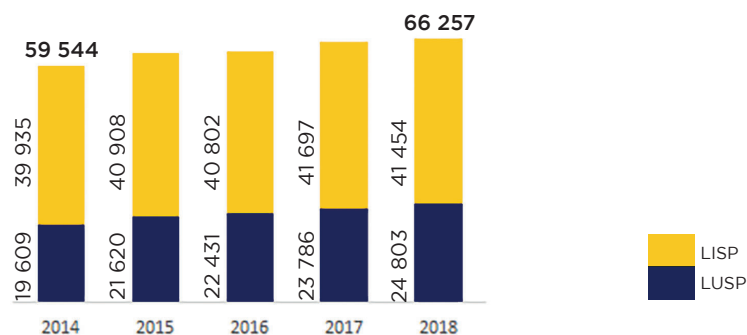
Âge moyen du décès des patients en LUSP et en LISP en 2018

**72,2 ans**  
en LUSP

**74,3 ans**  
en LISP


Source: ATIH, PMSI, 2018.

Evolution du nombre de décès en LUSP et en LISP entre 2014 et 2018



**Lecture:** Entre 2014 et 2018, le nombre de décès a augmenté à la fois en LISP (+ 1519) et en LUSP (+ 5194). Au total, 66 257 personnes sont décédées dans un LISP ou dans un LUSP en 2018.  
 Source: ATIH, PMSI, 2018.

## La prise en charge

 **78 % des séjours en LUSP** en 2015 ont concerné des patients décédés d'un **cancer**.  
**73 % des séjours en LISP** en 2015 ont concerné des patients décédés d'un **cancer**.

Source: SNDS, 2015.

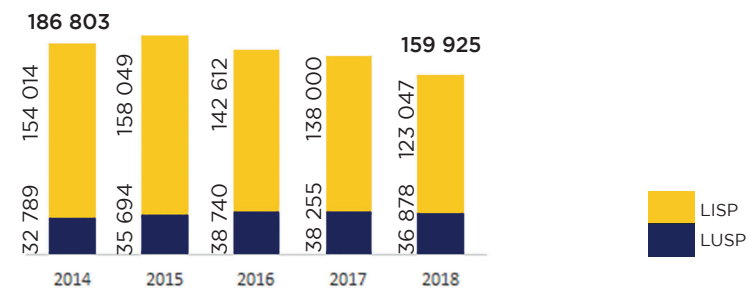
Durée moyenne de séjour (DMS) des patients pris en charge en LUSP et en LISP en 2018

**16,1 jours**  
en LUSP

**13,5 jours**  
en LISP

Source: ATIH, PMSI, 2018.

Evolution du nombre de séjours en LUSP et en LISP entre 2014 et 2018



**Lecture:** Entre 2014 et 2018, le nombre de séjours a augmenté dans les LUSP (+4089) mais diminué dans les LISP (-30 967). En 2018, 159 925 séjours ont été réalisés dans un LISP ou dans un LUSP.  
 Source: ATIH, PMSI, 2018.

# Les EMSP

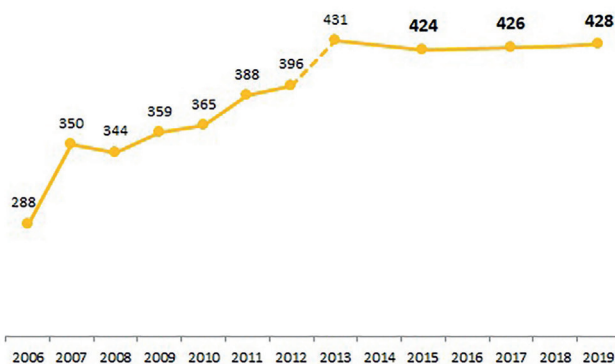


La France compte **428 EMSP**, soit **0,64 EMSP pour 100 000 habitants** en 2019

Source: Drees, SAE, 2019.

Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie au sein des services hospitaliers, des établissements médico-sociaux et à domicile. De plus, les EMSP ont une importante mission de sensibilisation et de formation de l'ensemble professionnel de santé à l'accompagnement de fin de vie.

## Evolution du nombre d'EMSP entre 2006 et 2019



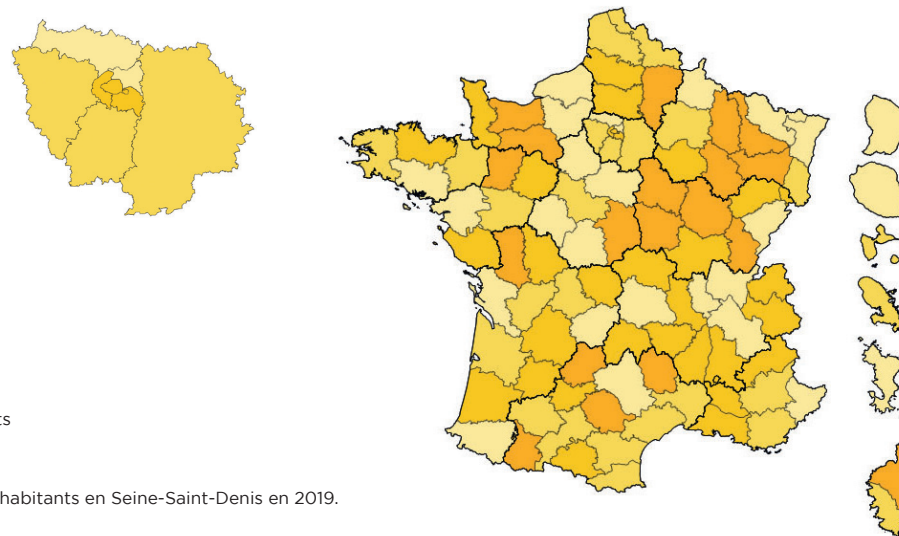
**Lecture:** Il y a 428 EMSP en France en 2019.

Champ: France métropolitaine et DROM.

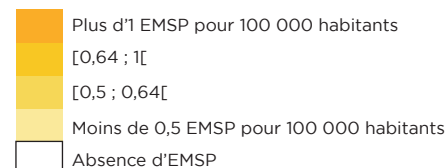
Source: Drees, SAE, 2006 à 2019.

**NB:** La SAE a connu une refonte en 2013 (cf. Méthodologie pour plus de précisions).

## Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants



**Lecture:** Il y a moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis en 2019.

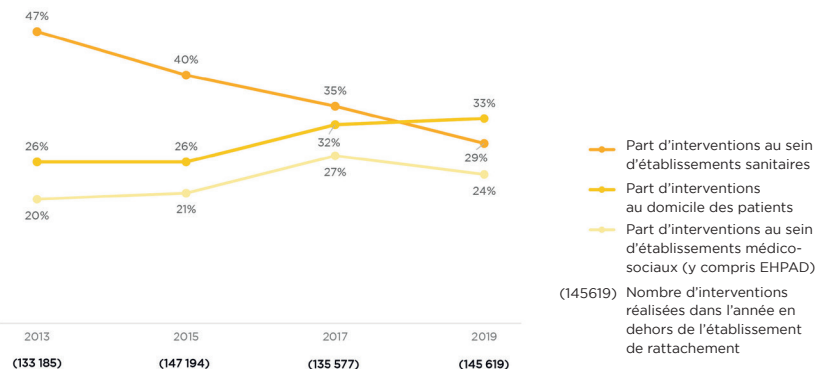
Champ: France métropolitaine et DROM.

Source: Drees, SAE, 2019.

## Répartition du nombre d'interventions des EMSP hors établissement de rattachement entre 2013 et 2019



La part d'interventions hors établissement de rattachement représente **16 %** de la totalité des interventions des **EMSP** en 2019



Les EMSP avaient initialement pour mission d'intervenir au niveau intra-hospitalier. Depuis 2012, elles interviennent également au domicile des patients ainsi que dans des établissements médico-sociaux.

**Lecture:** Les interventions au sein d'établissements médico-sociaux représentent 24% des interventions hors établissement des EMSP en 2019.

Champ: France métropolitaine et DROM.

Source: Drees, SAE, 2006 à 2019.

# Les ressources humaines en soins palliatifs

## Les ressources humaines dans les USP

Nombre d'ETP moyen pour 10 lits d'USP en 2019, par profession

	ETP effectifs	ETP théoriques*
Médecin	1,6	2,5
Cadre de santé	0,5	1
Infirmier	7,2	9
Psychologue	0,5	1
Aide-soignant	6,8	10

## Bénévoles: 8 demi-journées par mois

de temps bénévole d'accompagnement en moyenne par USP\*\*

**Lecture:** En 2019, les USP disposent en moyenne d'1,6 ETP de médecin pour 10 lits d'USP.

Champ: France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Source: Drees, SAE, 2019.

\*ETP recommandés par la circulaire du 25 mars 2008. (Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 25 mars 2008, 22 p. [en ligne])

\*\* Données recueillies sur un mois (octobre 2019).



Les données des ressources humaines dans les USP et EMSP ont été collectées pour la première fois dans l'enquête SAE 2019. En parallèle, le CNSPFV a mené une enquête quantitative et qualitative directement auprès des USP et EMSP, portant sur les structures et ressources humaines en soins palliatifs. Les résultats quantitatifs concordent avec ceux de l'enquête SAE. Le volet qualitatif a permis aux équipes de terrain de s'exprimer sur les difficultés fonctionnelles quotidiennes qu'elles rencontrent.

➔ <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/1ere-enquete-nationale-sur-les-structures-et-ressources-humaines-en-soins-palliatifs/>

## Les ressources humaines dans les EMSP

Nombre d'ETP moyen par EMSP en 2019, par profession

	ETP effectifs
Médecin	1
Cadre de santé	0,1
Infirmier	1,5
Psychologue	0,6

## Bénévoles: 4 demi-journées par mois

de temps bénévole d'accompagnement en moyenne par EMSP\*

**Lecture:** En 2019, les EMSP disposent en moyenne d'1,5 ETP d'infirmier par équipe.

Champ: France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Source: Drees, SAE, 2019.

\* Données recueillies sur un mois (octobre 2019).

### Méthodologie :

- ➔ Les données présentées proviennent des bases administratives de la SAE 2019, c'est-à-dire les données validées par les établissements. Ce sont des données provisoires. Les bases statistiques, conçues à des fins d'études et sur lesquelles des redressements peuvent être effectués, seront disponibles fin 2020.
- ➔ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>
- ➔ Consultez le chapitre *Méthodologie pour en savoir plus.*





# 04

---

## Parcours de fin de vie

Fin de vie à l'hôpital	40
Fin de vie à domicile et en EHPAD	41
Lieux de décès par département	42



# Fin de vie à l'hôpital



En 2018, **plus de la moitié des décès ont eu lieu en milieu hospitalier**, soit 329 553 patients.

Parmi ces patients décédés à l'hôpital, **40 % ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.**

Source: ATIH, PMSI 2018.

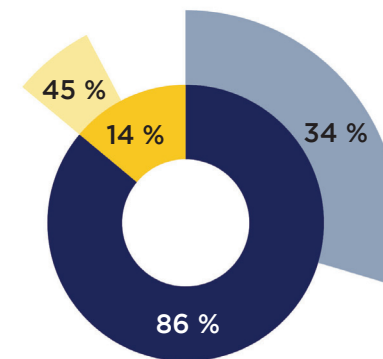
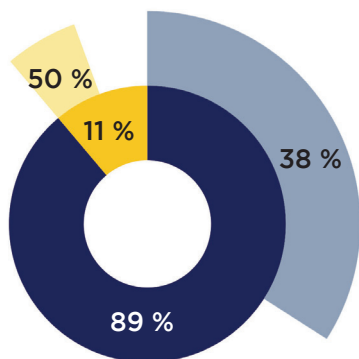


Parmi les personnes décédées en milieu hospitalier en 2018, **près des 2/3 étaient âgées de 75 ans et plus.**

Parmi ces patients de 75 ans et plus décédés à l'hôpital, **36 % ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.**

Source: ATIH, PMSI 2018.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) en 2018 et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus



## Décès hospitaliers



## Codage « soins palliatifs »



### Lecture:

- 86 % des décès hospitaliers des personnes de 75 ans et plus se sont produits en MCO, et 14 % en SSR.

- 34 % des personnes de 75 ans et plus décédées en MCO en reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant le décès et 45 % en SSR.

Champ: France métropolitaine et DROM.

Source: ATIH, PMSI 2018.

### Méthodologie :

- Les décès hospitaliers analysés dans cette page correspondent à l'ensemble des décès en établissements de santé, publics ou privés.
- Les décès en hospitalisation à domicile (HAD) sont comptabilisés dans les décès à domicile (cf. page Fin de vie à domicile et en Ehpad).
- Consultez le chapitre Méthodologie pour en savoir plus sur le codage soins palliatifs.

# Fin de vie à domicile et en EHPAD

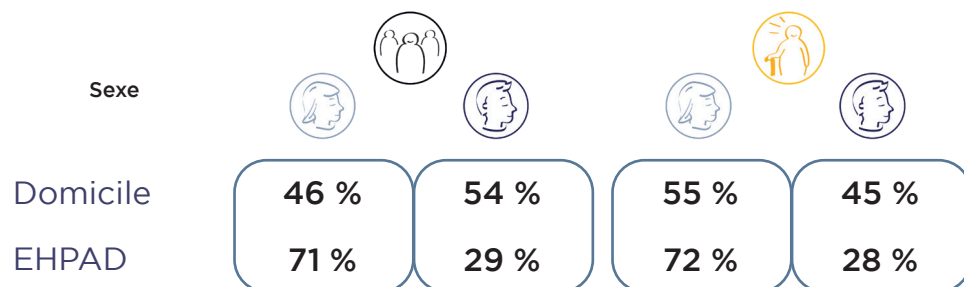
Source: SNDS, 2015 ; exploitation CNSPFV.

 En 2015, **près d'un quart des décès ont eu lieu à domicile.**

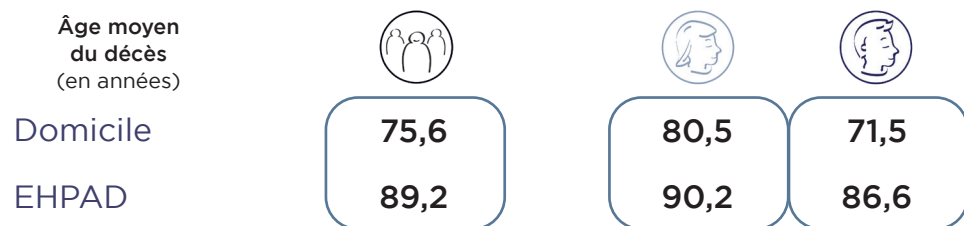
**13 %** des patients décédés à domicile bénéficiaient d'une prise en charge par une **HAD**.

 **61 %** des personnes décédées à domicile avaient 75 ans et plus contre **96 %** en EHPAD.

## Caractéristiques des patients décédés à domicile et en EHPAD en 2015



**Lecture:** Parmi les décès à domicile « en population générale », 46 % étaient des femmes, 54 % des hommes.



**Lecture:** En 2015, l'âge moyen du décès pour les patients décédés à domicile était de 75,6 ans.

## Parcours des personnes décédées à domicile/en EHPAD

**37 %** des personnes décédées à domicile et **44 %** des personnes décédées en EHPAD **ont séjourné au moins une fois à l'hôpital** au cours des 6 derniers mois de leur vie.

En moyenne, ces patients ont fait **2 séjours (24 jours)** au cours de ces 6 mois et sont sortis de l'hôpital **un mois et demi avant leur décès.**

## Prise en charge en ville des patients décédés à domicile et en EHPAD au cours du dernier mois de vie

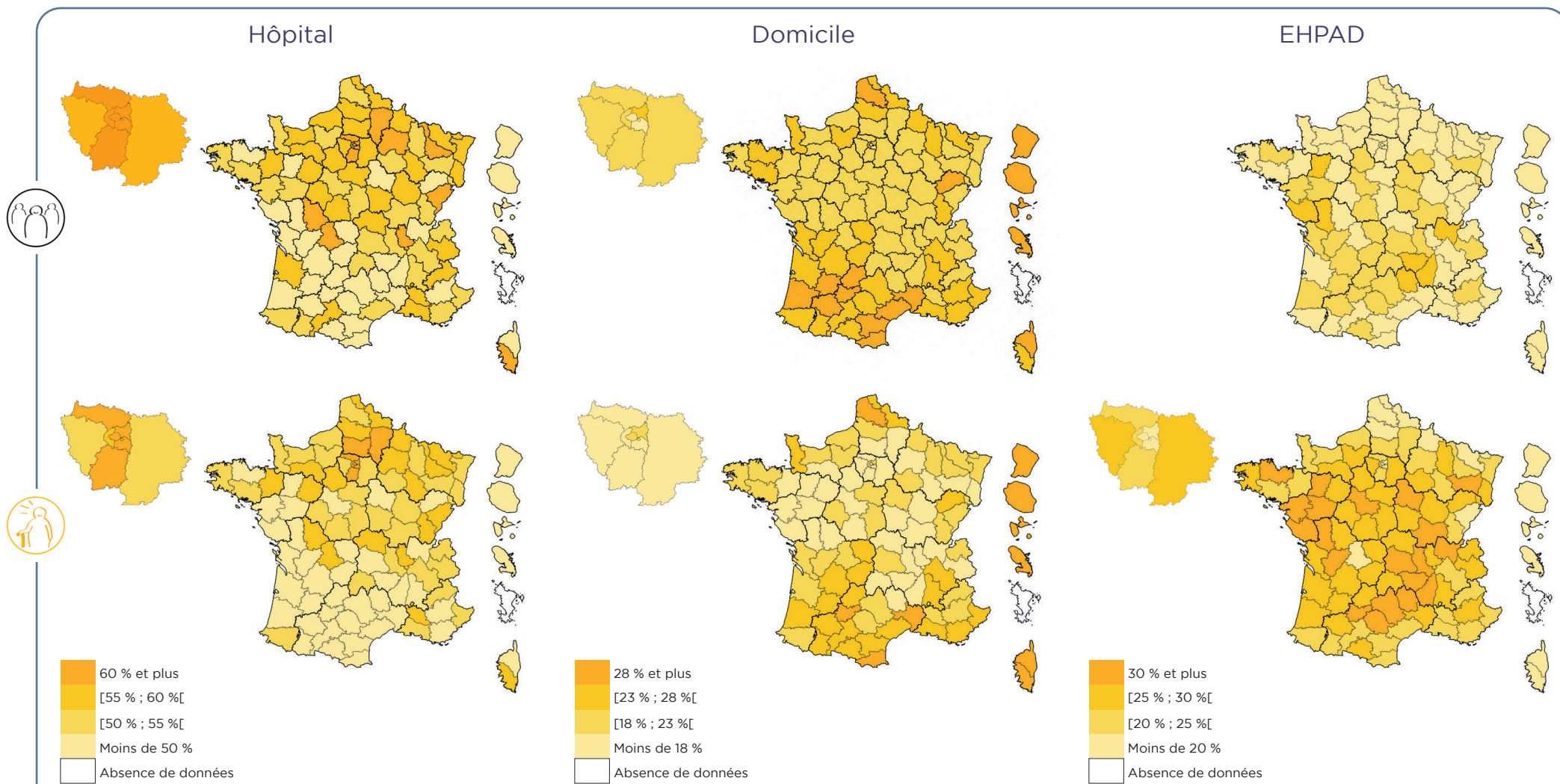
**65 %** des personnes décédées à domicile et **55 %** des personnes décédées en EHPAD **ont vu un médecin généraliste au moins une fois.**

Ces patients ont vu en moyenne **2,6 fois** un médecin généraliste pour ceux décédés à domicile, et **3,1 fois** pour ceux décédés en EHPAD.

**46 %** des personnes décédées à domicile **ont bénéficié d'un acte infirmier.**

# Lieux de décès par département

Part des décès à l'hôpital, à domicile et en EHPAD par département en 2015, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus



**Lecture:** En Gironde, la part des décès à l'hôpital représente entre 55% et 60% des décès en population générale contre moins de 50% chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Source: SNDS, 2015 ; exploitation CNSPFV.

# 05

## Profils régionaux

Auvergne-Rhône-Alpes	44
Bourgogne-Franche-Comté	46
Bretagne	48
Centre-Val de Loire	50
Corse	52
Grand Est	54
Hauts-de-France	56
Île-de-France	58
Normandie	60
Nouvelle-Aquitaine	62
Occitanie	64
Pays de la Loire	66
Provence-Alpes-Côte d'Azur	68
Guadeloupe	70
Guyane	72
La Réunion	74
Martinique	76
Mayotte	78
France – Profil national	80

# Auvergne- Rhône- Alpes



## Démographie

8 005 882 habitants  
 Densité de population : 115 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus : 9 %  
 Espérance de vie : ♂ 80,5 ans ♀ 85,9 ans

## Mortalité

Nombre de décès : 69 021  
 Décès des personnes de 75 ans et plus : 71 %  
 Taux brut de mortalité : 8,7 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin : 1,6  
 Cadre : 0,4  
 Infirmier : 6,7  
 Aide-soignant : 5,9  
 Psychologue : 0,4

## Offre de santé générale

Lits de MCO : 24 474  
 Lits de SSR/USLD : 16 438  
 Médecins généralistes : 12 540  
 Infirmiers libéraux : 16 403

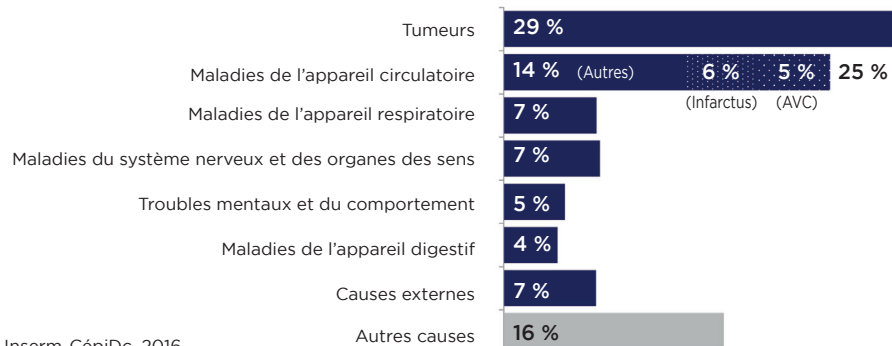
## Offre en soins palliatifs

LUSP : 144 dans 15 unités de soins palliatifs  
 LISP : 702, dont 8 pédiatriques et 134 SSR, répartis dans 106 établissements  
 EMSP : 47  
 Réseaux de soins palliatifs : 4 (données ARS, 2018) et 2 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin : 1,2  
 Cadre : 0,1  
 Infirmier : 1,4  
 Psychologue : 0,5

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

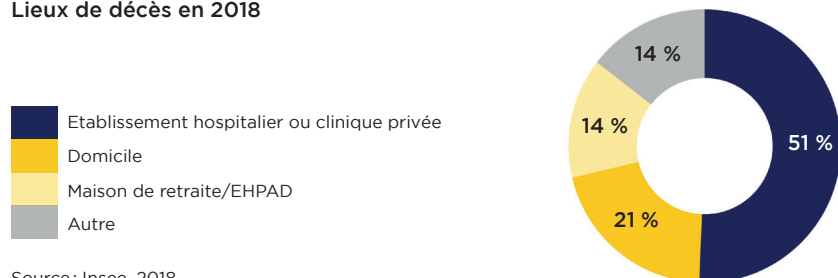


Source : Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture :** Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Auvergne-Rhône-Alpes.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

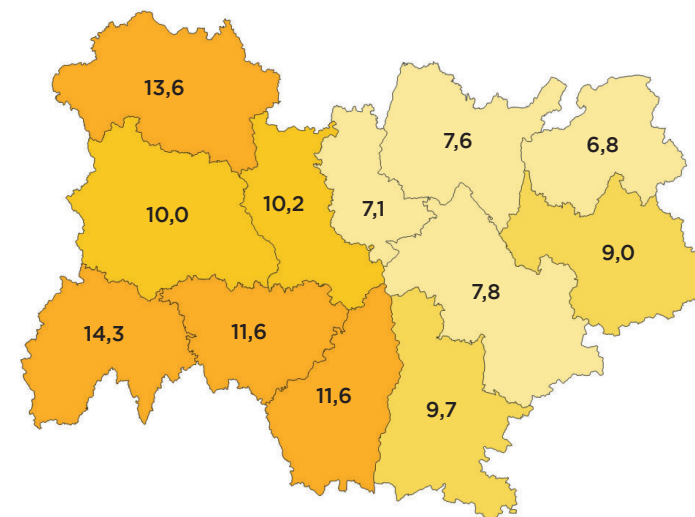


Source : Insee, 2018.

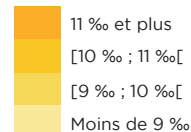
**Lecture :** 51 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



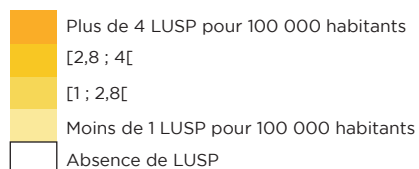
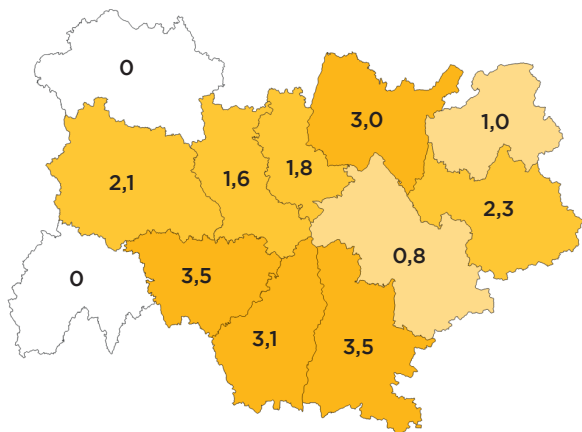
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source : Insee, 2018.

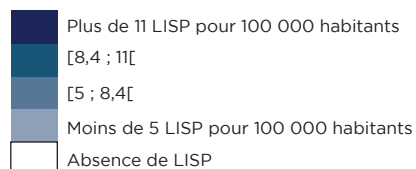
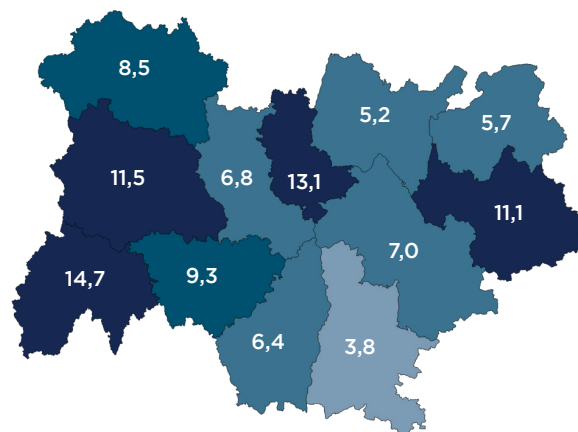
**Lecture :** Il y a 7,1 décès pour 1 000 habitants dans le Rhône.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



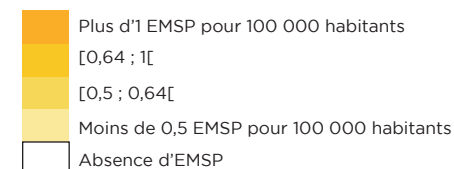
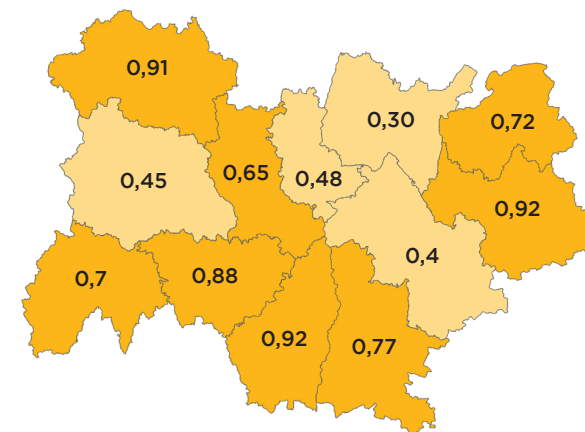
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 1,8 LUSP pour 100 000 habitants dans le Rhône.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



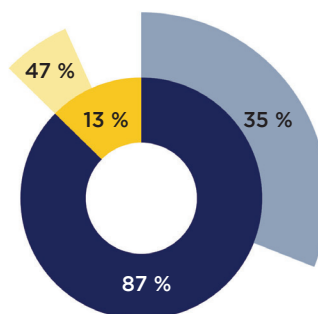
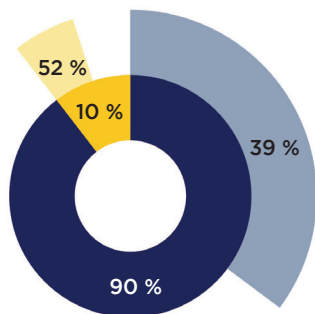
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 13,1 LISP pour 100 000 habitants dans le Rhône.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,48 EMSP pour 100 000 habitants dans le Rhône.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



**Décès hospitaliers**  
 ■ En MCO  
 ■ En SSR

**Codage « soins palliatifs »**  
 ■ En MCO  
 ■ En SSR

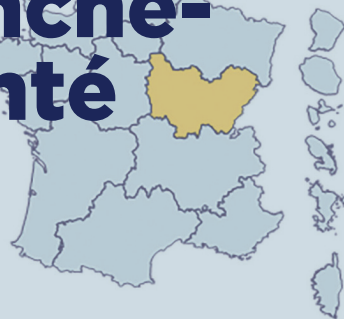
Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 90 % des patients sont décédés en MCO ; 39 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Deux départements **n'ont pas d'USP** :  
 → l'Allier  
 → le Cantal

Deux départements **ont moins de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\* :  
 → l'Isère  
 → la Haute-Savoie

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Bourgogne-Franche-Comté



## Démographie

2 793 333 habitants  
 Densité de population: 58 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 11 %  
 Espérance de vie: ♂ 78,9 ans ♀ 85 ans

## Mortalité

Nombre de décès: 30 092  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 71 %  
 Taux brut de mortalité: 10,9 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: 1,6  
 Cadre: 0,4  
 Infirmier: 7,6  
 Aide-soignant: 7,5  
 Psychologue: 0,8

## Offre de santé générale

Lits de MCO: 9 121  
 Lits de SSR/USLD: 6 019  
 Médecins généralistes: 4 061  
 Infirmiers libéraux: 4 195

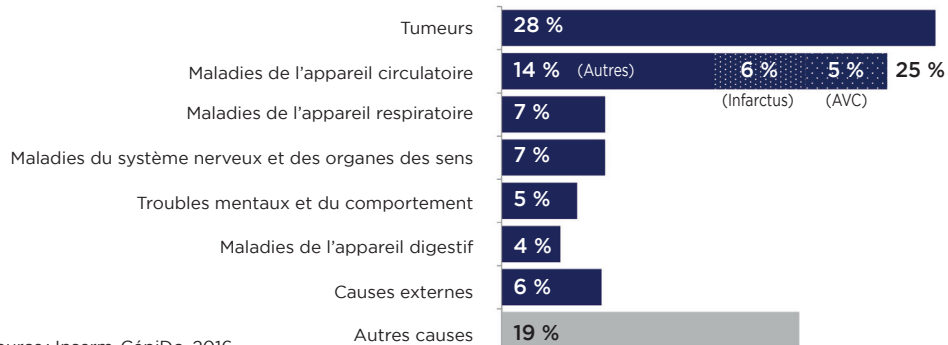
## Offre en soins palliatifs

LUSP: 70 dans 7 unités de soins palliatifs  
 LISP: 217, dont 1 pédiatrique et 18 SSR, répartis dans 51 établissements  
 EMSP: 23  
 Réseaux de soins palliatifs: 0 (données ARS, 2018) et 2 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: 0,9  
 Cadre: 0,1  
 Infirmier: 1,0  
 Psychologue: 0,4

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

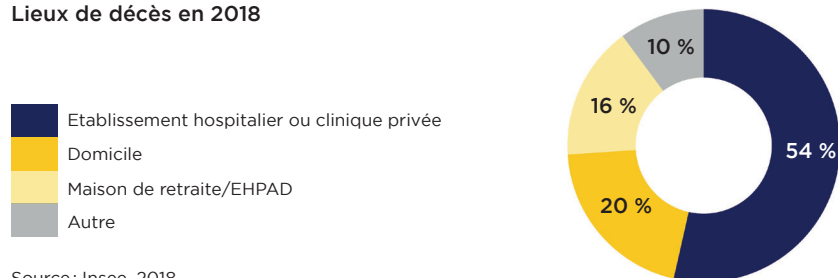


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 28 % des causes initiales de décès en Bourgogne-Franche-Comté.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

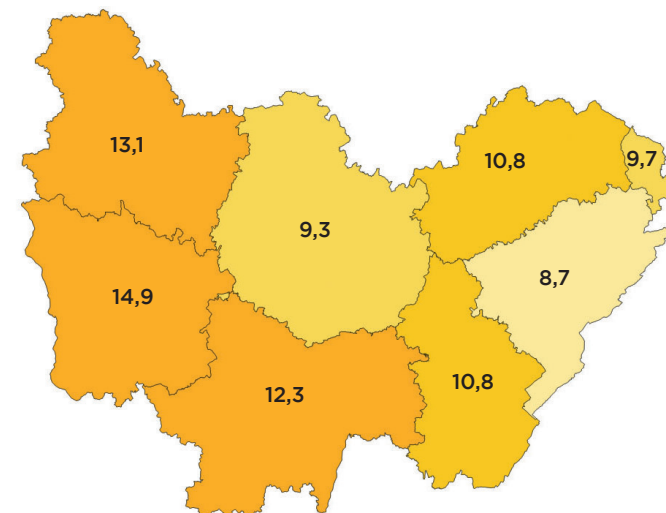


Source: Insee, 2018.

**Lecture:** 54 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



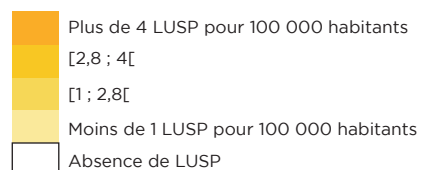
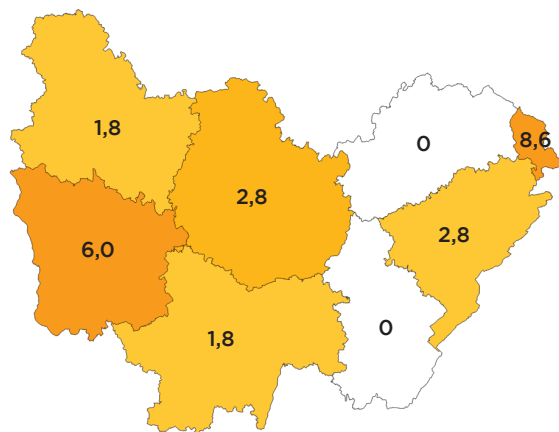
## Nombre de décès pour 1 000 habitants

11 ‰ et plus  
 [10 ‰ ; 11 ‰[  
 [9 ‰ ; 10 ‰[  
 Moins de 9 ‰

Source: Insee, 2018.

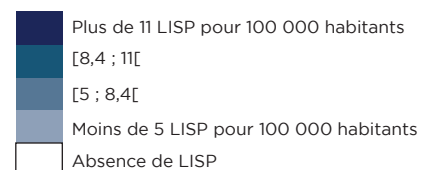
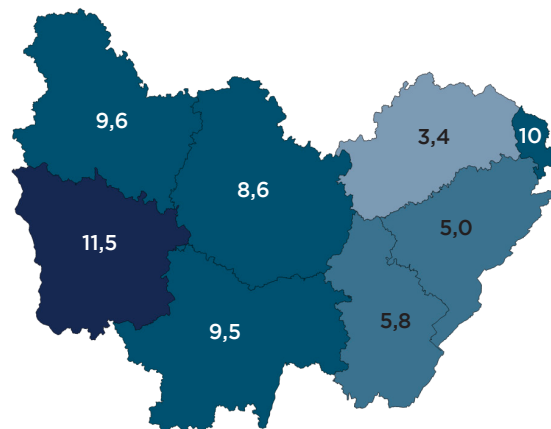
**Lecture:** Il y a 8,7 décès pour 1 000 habitants dans le Doubs.

### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



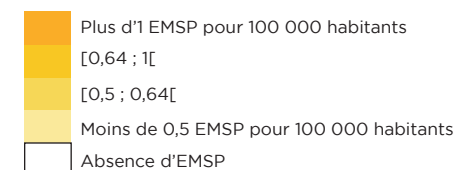
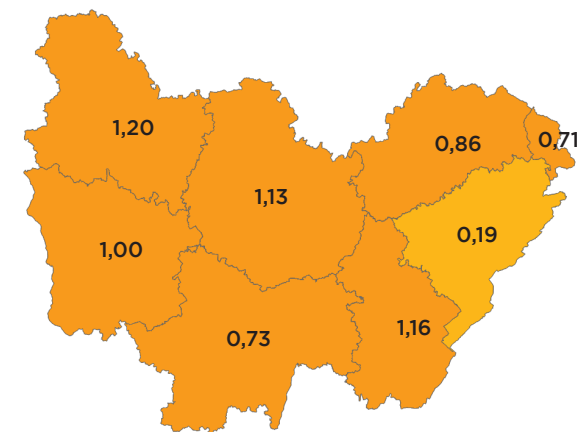
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 6,0 LUSP pour 100 000 habitants dans la Nièvre.

### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



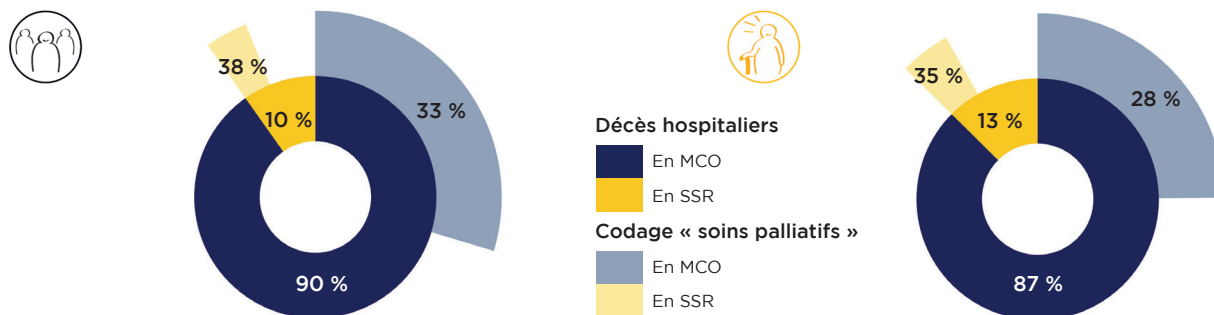
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 11,5 LISP pour 100 000 habitants dans la Nièvre.

### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 1,00 EMSP pour 100 000 habitants dans la Nièvre.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 90 % des patients sont décédés en MCO ; 33 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Deux départements **n'ont pas d'USP** :

- le Jura
- la Haute-Saône

Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018



# Bretagne



## Démographie

3 333 720 habitants  
 Densité de population: 123 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 10 %  
 Espérance de vie: ♂ 78,7 ans ♀ 85,2 ans

## Mortalité

Nombre de décès: 35 532  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 71 %  
 Taux brut de mortalité: 10,6 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: 1,4  
 Cadre: 0,4  
 Infirmier: 8,1  
 Aide-soignant: 7,4  
 Psychologue: 0,4

## Offre de santé générale

Lits de MCO: 10 113  
 Lits de SSR/USLD: 6 626  
 Médecins généralistes: 5 290  
 Infirmiers libéraux: 6 973

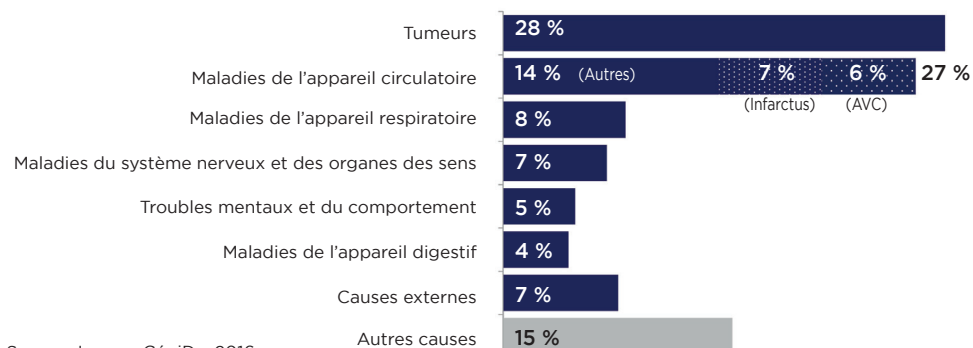
## Offre en soins palliatifs

LUSP: 140 dans 14 unités de soins palliatifs  
 LISP: 271, dont 2 pédiatriques et 41 SSR, répartis dans 50 établissements  
 EMSP: 18  
 Réseaux de soins palliatifs: 1 (données ARS, 2018) et 1 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: 1  
 Cadre: 0,0  
 Infirmier: 1,3  
 Psychologue: 0,5

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

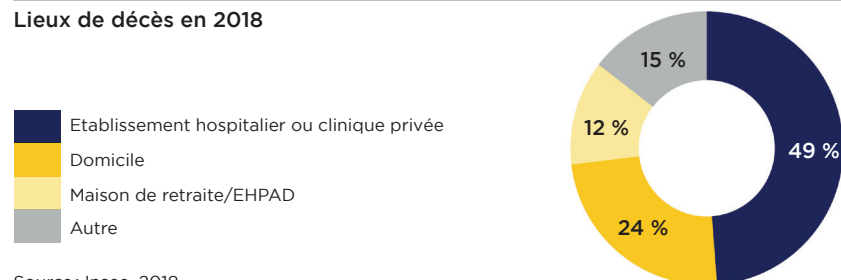


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 28 % des causes initiales de décès en Bretagne.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

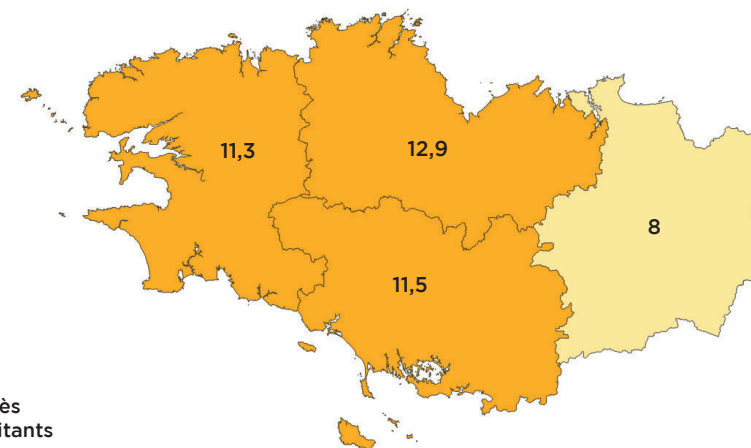


Source: Insee, 2018.

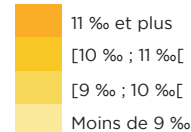
**Lecture:** 49 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



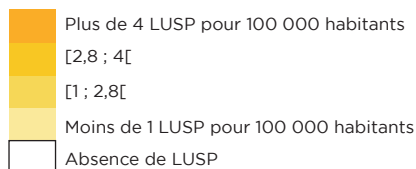
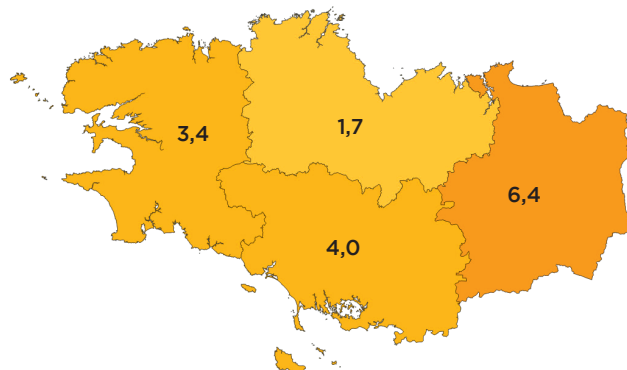
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

**Lecture:** Il y a 8 décès pour 1 000 habitants en Ille-et-Vilaine.

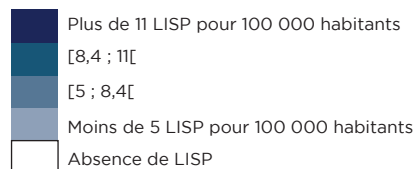
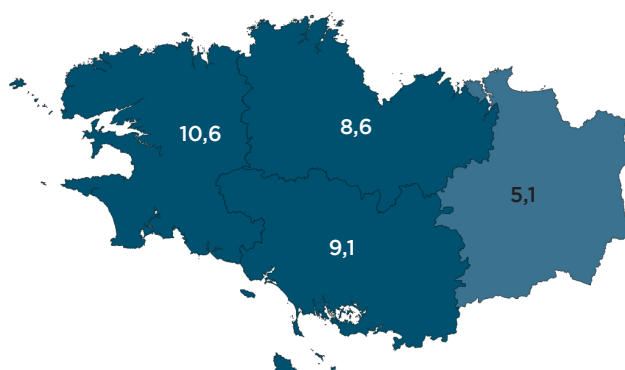
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 3,4 LUSP pour 100 000 habitants dans le Finistère.

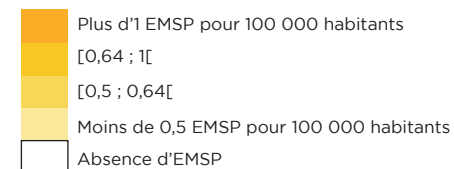
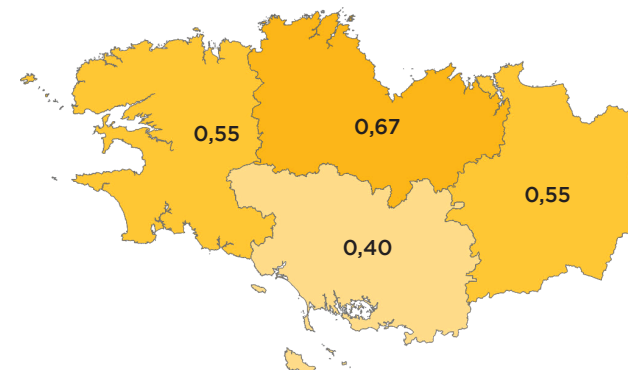
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 10,6 LISP pour 100 000 habitants dans le Finistère.

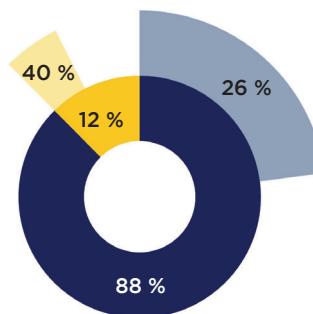
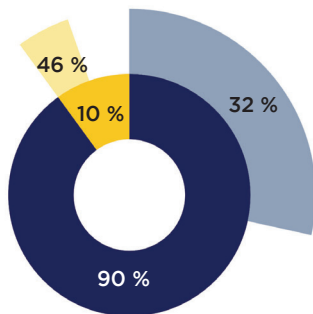
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 0,55 EMSP pour 100 000 habitants dans le Finistère.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Décès hospitaliers

- En MCO
- En SSR

Codage « soins palliatifs »

- En MCO
- En SSR

Source : ATIH, PMSI 2018.

**Lecture :** En population générale, 90 % des patients sont décédés en MCO ; 32 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Tous les départements de Bretagne ont plus de 1 LUSP pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Centre-Val de Loire



## Démographie

2 565 258 habitants  
 Densité de population: **66 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **11 %**  
 Espérance de vie: ♂ **79,3 ans** ♀ **85,2 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **26 861**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **71 %**  
 Taux brut de mortalité: **10,6 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: **2,2**  
 Cadre: **0,6**  
 Infirmier: **7,3**  
 Aide-soignant: **8,2**  
 Psychologue: **0,6**

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **7 657**  
 Lits de SSR/USLD: **5 710**  
 Médecins généralistes: **3 206**  
 Infirmiers libéraux: **2 756**

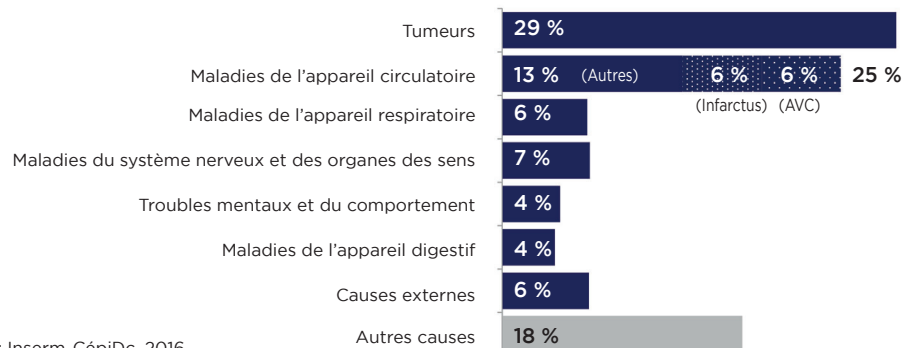
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **22** dans **2** unités de soins palliatifs  
 LISP: **327**, dont **0** pédiatrique et **59** SSR, répartis dans **39** établissements  
 EMSP: **13**  
 Réseaux de soins palliatifs: **1** (données ARS, 2018) et **1** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **1,0**  
 Cadre: **0,1**  
 Infirmier: **2,0**  
 Psychologue: **0,8**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

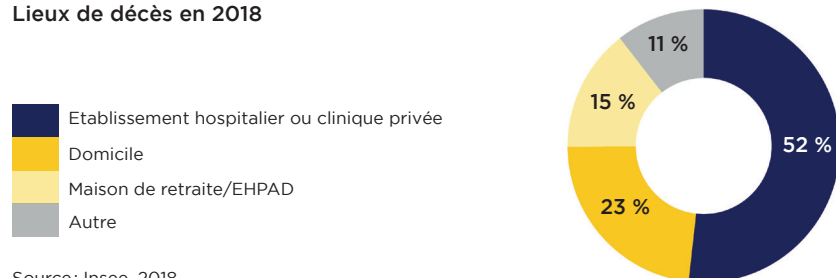


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Centre-Val de Loire.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

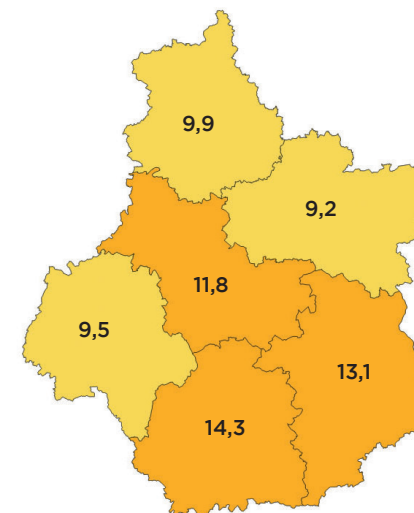


Source: Insee, 2018.

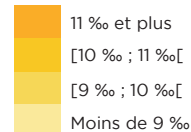
**Lecture:** 52 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



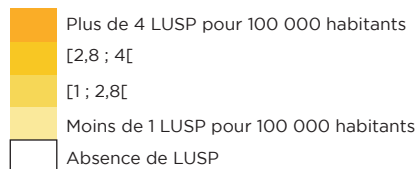
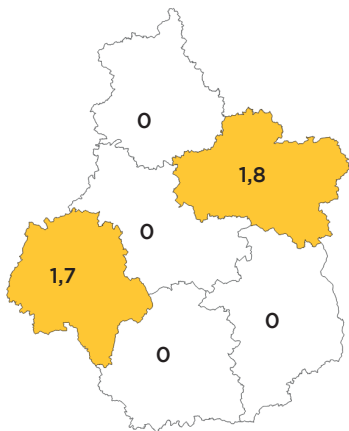
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

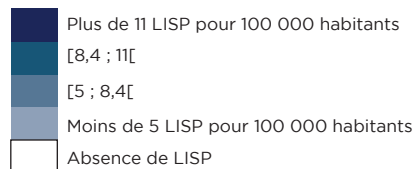
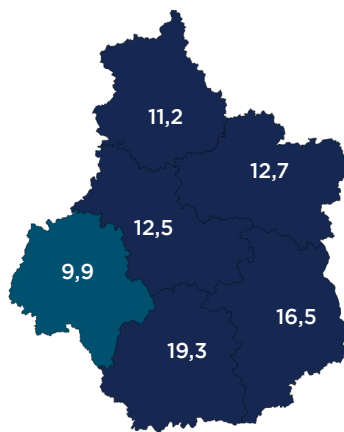
**Lecture:** Il y a 13,1 décès pour 1 000 habitants dans le Cher.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



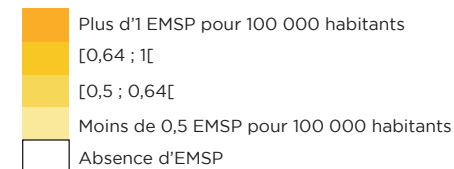
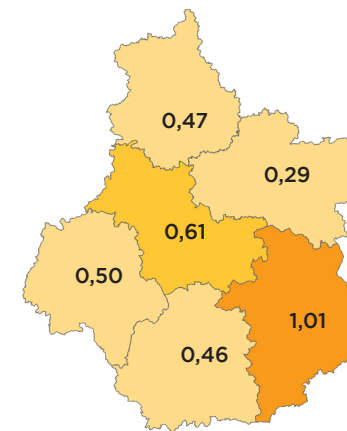
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 1,8 LUSP pour 100 000 habitants dans le Loiret.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



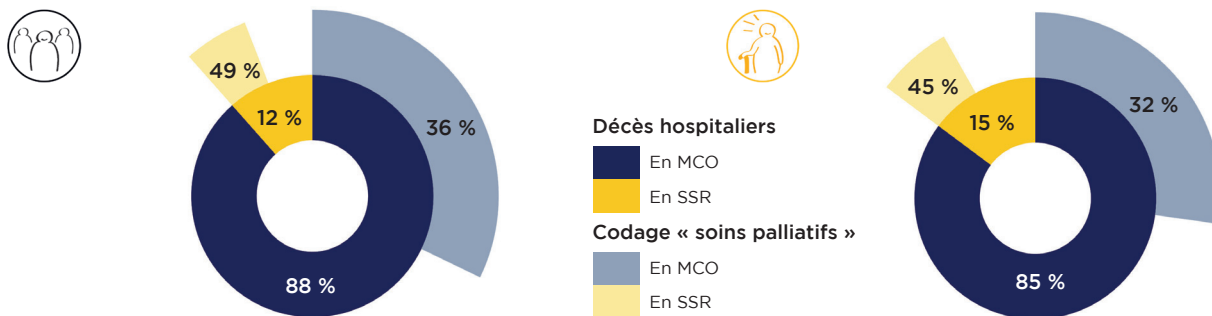
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 12,7 LISP pour 100 000 habitants dans le Loiret.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,29 EMSP pour 100 000 habitants dans le Loiret.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 88 % des patients sont décédés en MCO ; 36 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Quatre départements **n'ont pas d'USP** :

- le Cher
- l'Eure-et-Loir
- l'Indre
- le Loir-et-Cher

Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Corse



## Démographie

341 554 habitants  
 Densité de population: **39 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **11 %**  
 Espérance de vie: ♂ **80,5 ans** ♀ **86,4 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **3 139**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **72 %**  
 Taux brut de mortalité: **9,5 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: **2,5**  
 Cadre: **1,3**  
 Infirmier: **14,0**  
 Aide-soignant: **15,00**  
 Psychologue: **1,3**

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **900**  
 Lits de SSR/USLD: **796**  
 Médecins généralistes: **520**  
 Infirmiers libéraux: **1 602**

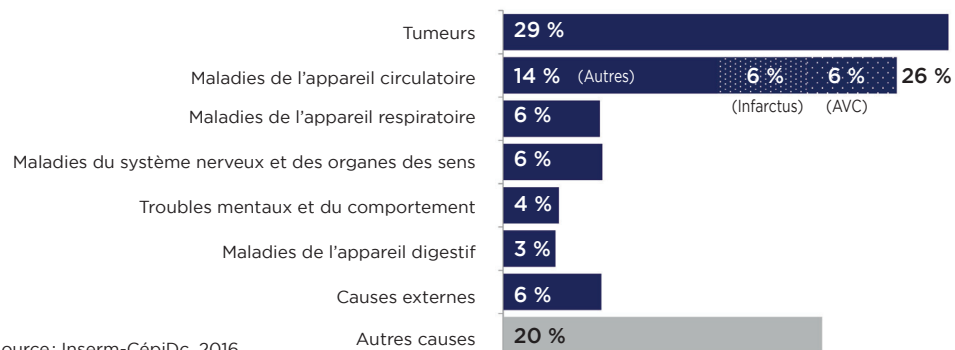
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **20** dans **2** unités de soins palliatifs  
 LISP: **36**, dont **0** pédiatrique et **0** SSR, répartis dans **5** établissements  
 EMSP: **3**  
 Réseaux de soins palliatifs: **1** (données ARS, 2018) et **0** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **1,0**  
 Cadre: **0,4**  
 Infirmier: **0,7**  
 Psychologue: **0,5**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

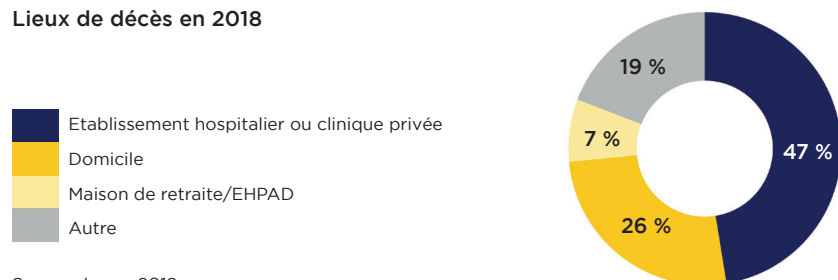


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Corse.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

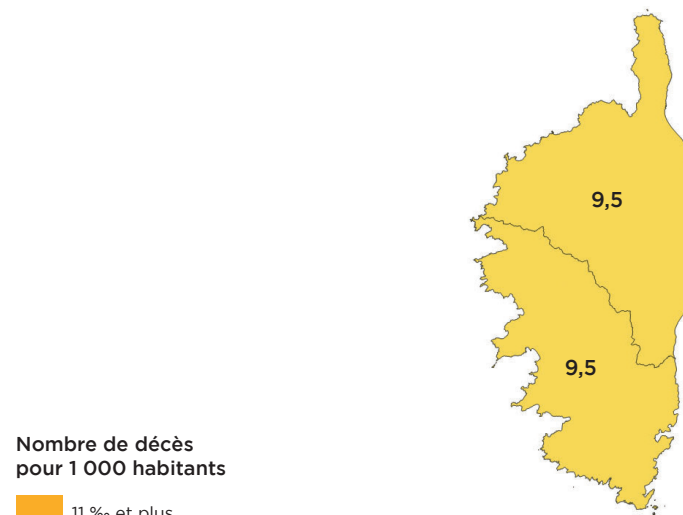


Source: Insee, 2018.

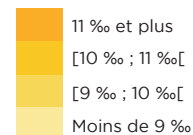
**Lecture:** 47 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



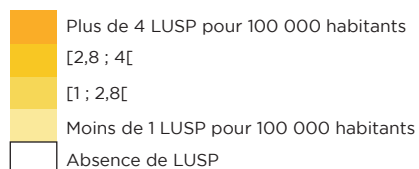
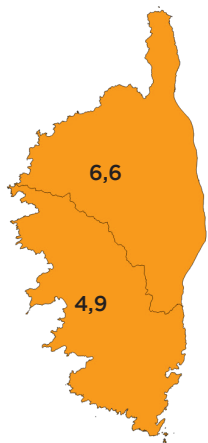
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

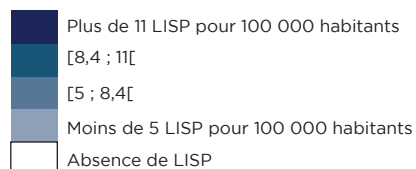
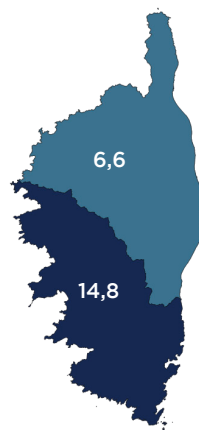
**Lecture:** Il y a 9,5 décès pour 1 000 habitants en Haute-Corse.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



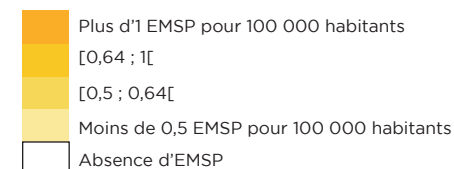
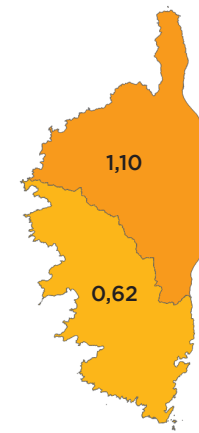
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 6,6 LUSP pour 100 000 habitants en Haute-Corse.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



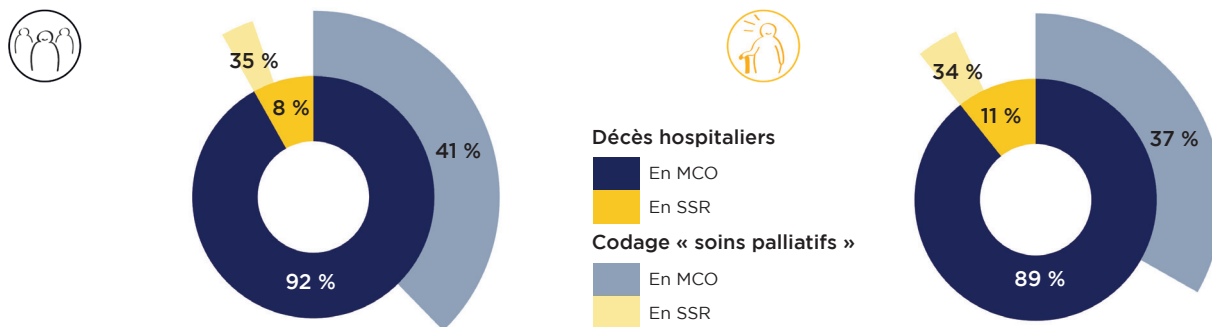
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 6,6 LISP pour 100 000 habitants en Haute-Corse.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 1,10 EMSP pour 100 000 habitants en Haute-Corse.

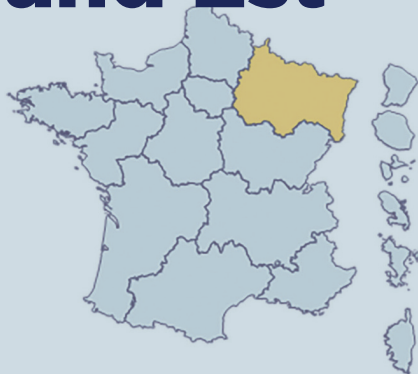
Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 92 % des patients sont décédés en MCO ; 41 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

La Corse du Sud et la Haute-Corse **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*  
 \* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Grand Est



## Démographie

5 525 291 habitants  
 Densité de population: **96 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **9 %**  
 Espérance de vie: ♂ **79 ans** ♀ **84,6 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **53 645**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **69 %**  
 Taux brut de mortalité : **9,7 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: **1,4**  
 Cadre: **0,5**  
 Infirmier: **9,6**  
 Aide-soignant: **7,3**  
 Psychologue : **0,8**

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **18 680**  
 Lits de SSR/USLD: **10 840**  
 Médecins généralistes: **8 357**  
 Infirmiers libéraux : **8 674**

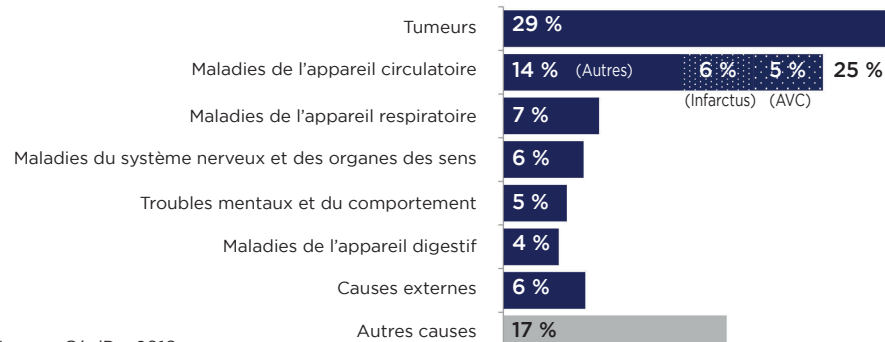
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **118** dans **13** unités de soins palliatifs  
 LISP: **575**, dont **6** pédiatriques et **153** SSR, répartis dans **95** établissements  
 EMSP: **37**  
 Réseaux de soins palliatifs: **4** (données ARS, 2018) et **3** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **1,0**  
 Cadre: **0,1**  
 Infirmier: **1,4**  
 Psychologue : **0,6**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

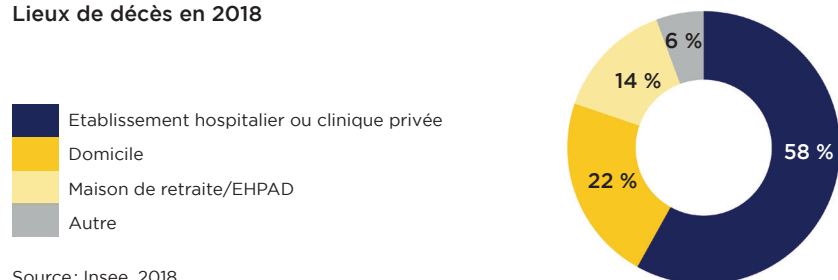


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès dans le Grand-Est.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

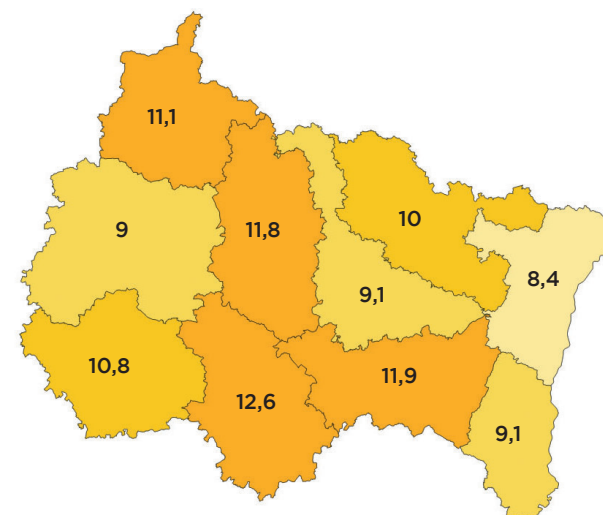


Source: Insee, 2018.

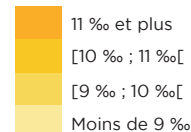
**Lecture:** 58 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



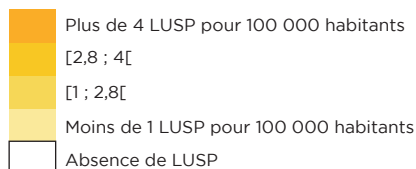
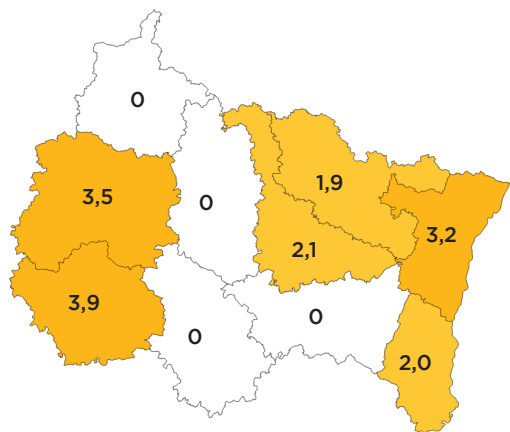
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

**Lecture:** Il y a 8,4 décès pour 1 000 habitants dans le Bas-Rhin.

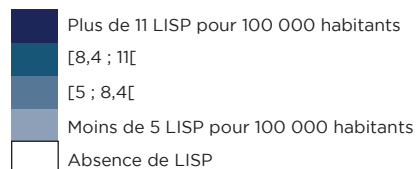
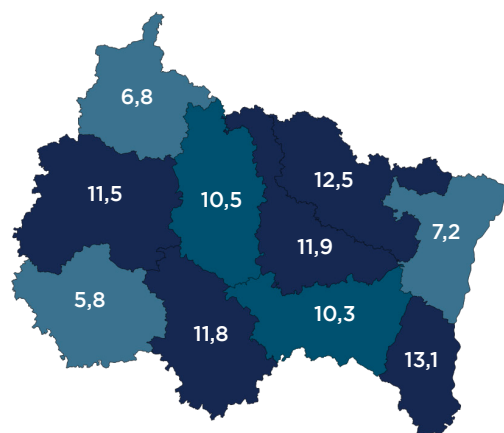
### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture:** Il y a 2,0 LUSP pour 100 000 habitants dans le Haut-Rhin.

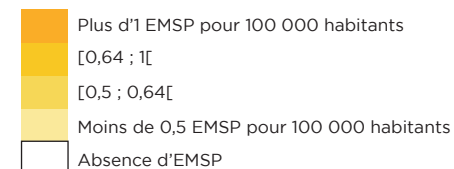
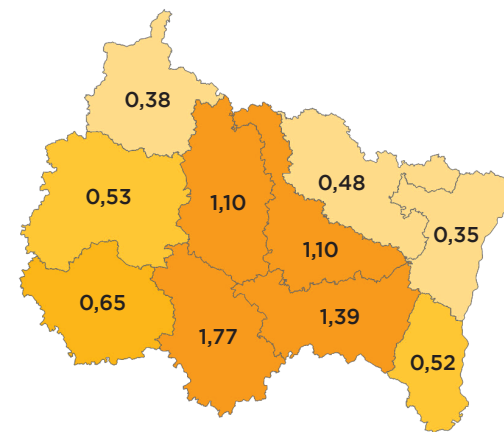
### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture:** Il y a 13,1 LISP pour 100 000 habitants dans le Haut-Rhin.

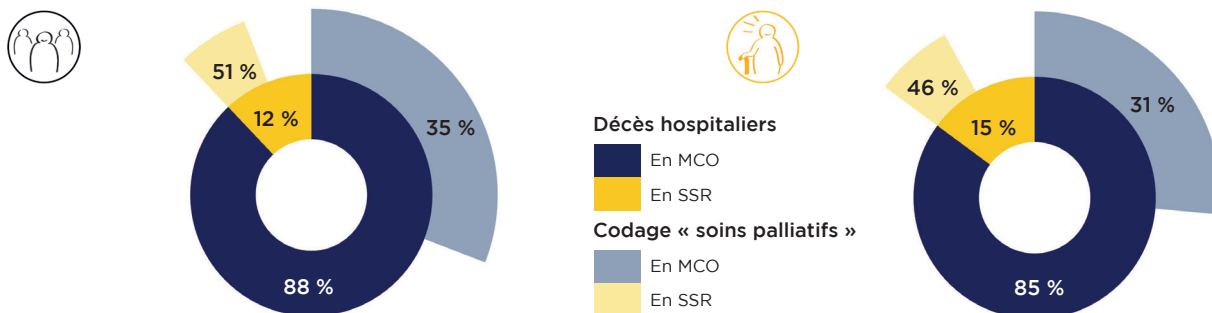
### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture:** Il y a 0,52 EMSP pour 100 000 habitants dans le Haut-Rhin.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source: ATIH, PMSI 2018.

**Lecture:** En population générale, 88 % des patients sont décédés en MCO ; 35 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Quatre départements **n'ont pas d'USP** :

- les Ardennes
- la Haute-Marne
- la Meuse
- les Vosges

Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018



# Hauts-de-France



## Démographie

5 977 437 habitants  
 Densité de population: 188 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 8 %  
 Espérance de vie: ♂ 77,5 ans ♀ 83,8 ans

## Mortalité

Nombre de décès: 56 465  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 64 %  
 Taux brut de mortalité: 9,3 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: 1,8  
 Cadre: 0,5  
 Infirmier: 7,8  
 Aide-soignant: 7,4  
 Psychologue: 0,7

## Offre de santé générale

Lits de MCO: 18 971  
 Lits de SSR/USLD: 11 771  
 Médecins généralistes: 8 868  
 Infirmiers libéraux: 10 186

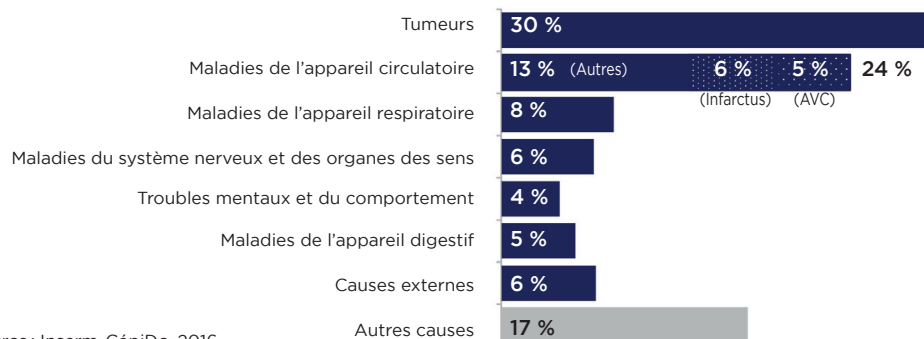
## Offre en soins palliatifs

LUSP: 314 dans 30 unités de soins palliatifs  
 LISP: 448, dont 3 pédiatriques et 138 SSR, répartis dans 78 établissements  
 EMSP: 42  
 Réseaux de soins palliatifs: 16 (données ARS, 2018) et 2 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: 0,8  
 Cadre: 0,1  
 Infirmier: 1,5  
 Psychologue: 0,7

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

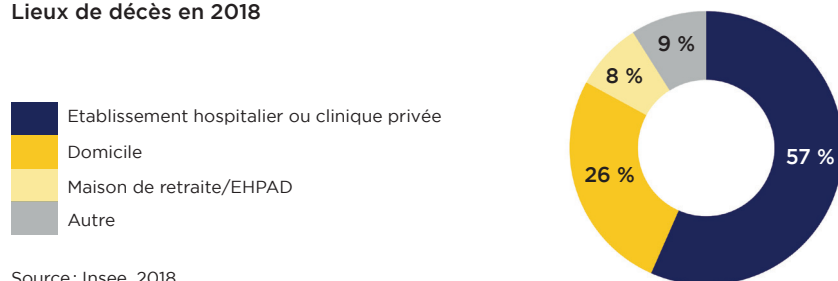


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 30 % des causes initiales de décès en Hauts-de-France.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

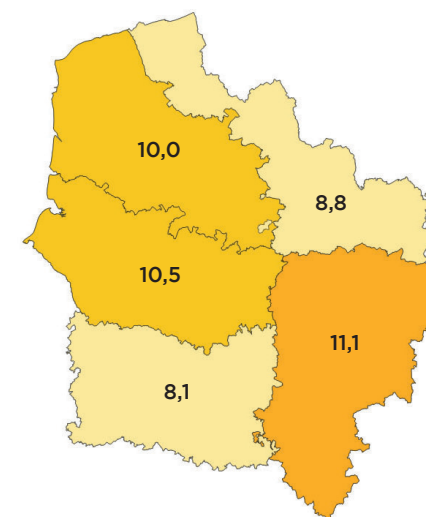


Source: Insee, 2018.

**Lecture:** 57 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



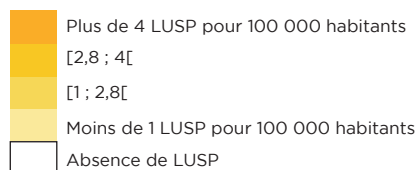
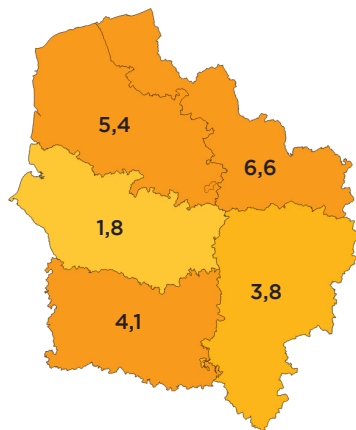
## Nombre de décès pour 1 000 habitants

11 ‰ et plus  
 [10 ‰ ; 11 ‰[  
 [9 ‰ ; 10 ‰[  
 Moins de 9 ‰

Source: Insee, 2018.

**Lecture:** Il y a 8,8 décès pour 1 000 habitants dans le Nord.

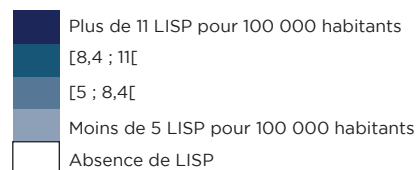
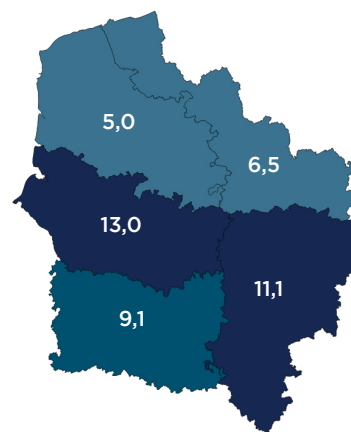
### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 6,6 LUSP pour 100 000 habitants dans le Nord.

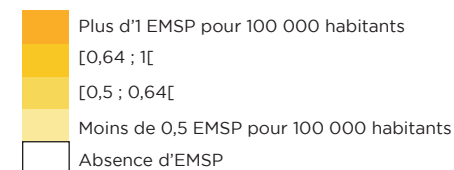
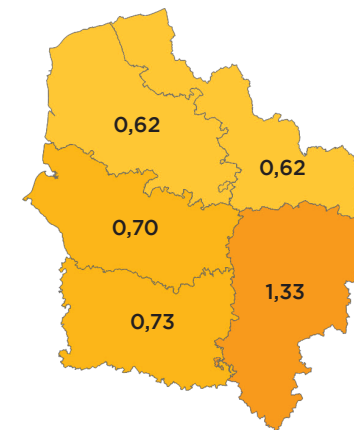
### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 6,5 LISP pour 100 000 habitants dans le Nord.

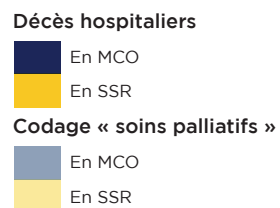
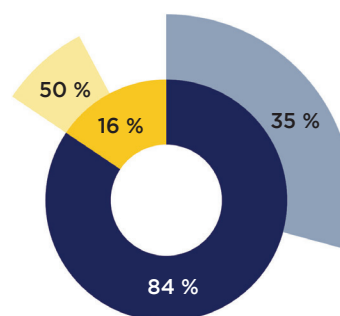
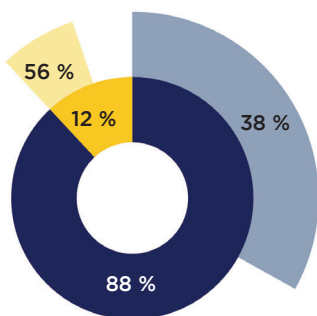
### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 0,62 EMSP pour 100 000 habitants dans le Nord.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.

**Lecture :** En population générale, 88 % des patients sont décédés en MCO ; 38 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Tous les départements des Hauts-de-France **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Île-de-France



## Démographie

12 244 807 habitants  
 Densité de population: 1 019 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 7 %  
 Espérance de vie: ♂ 81,4 ans ♀ 86,1 ans

## Mortalité

Nombre de décès: 75 571  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 66 %  
 Taux brut de mortalité : 6,1 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: 1,7  
 Cadre: 0,5  
 Infirmier: 6,2  
 Aide-soignant: 6,2  
 Psychologue: 0,3

## Offre de santé générale

Lits de MCO: 35 359  
 Lits de SSR/USLD: 22 045  
 Médecins généralistes: 17 688  
 Infirmiers libéraux: 10 639

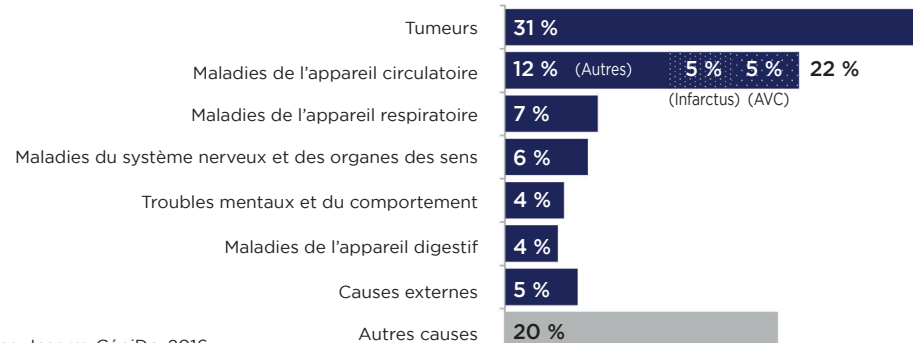
## Offre en soins palliatifs

LUSP: 509 dans 30 unités de soins palliatifs  
 LISP: 781, dont 6 pédiatriques et 91 SSR, répartis dans 90 établissements  
 EMSP: 78  
 Réseaux de soins palliatifs: 21 (données ARS, 2018) et 1 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: 1,1  
 Cadre: 0,1  
 Infirmier: 1,5  
 Psychologue: 0,6

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

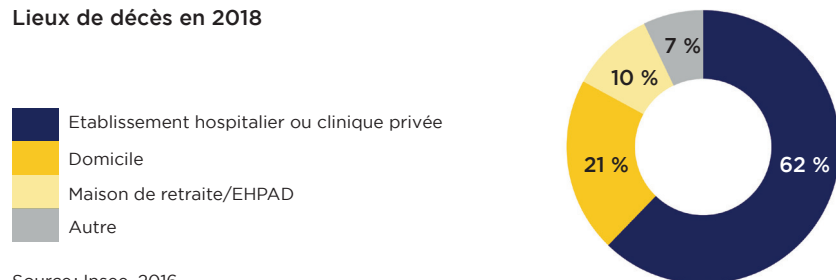


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 31 % des causes initiales de décès en Île-de-France.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

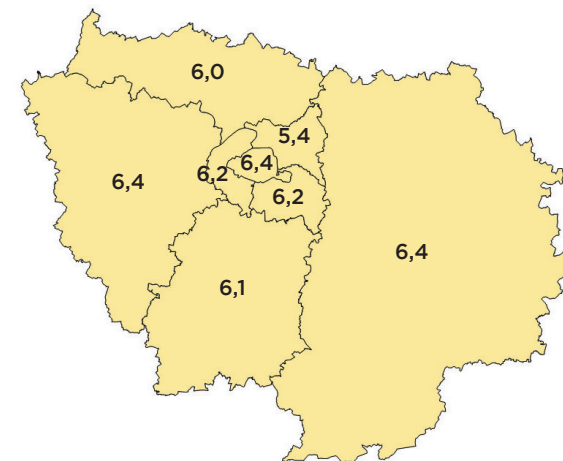


Source: Insee, 2016.

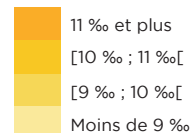
**Lecture:** 62 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



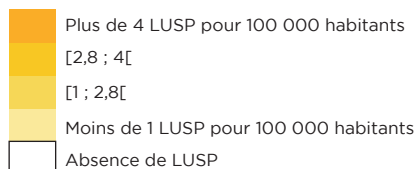
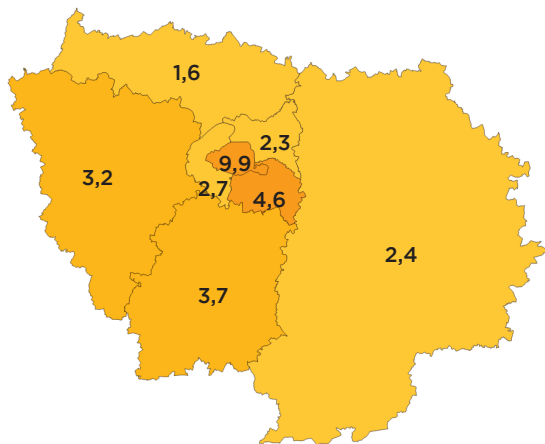
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

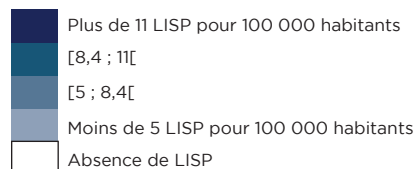
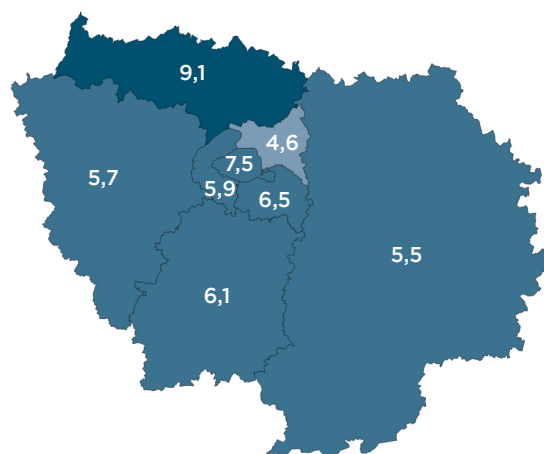
**Lecture:** Il y a 6,4 décès pour 1 000 habitants à Paris.

### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



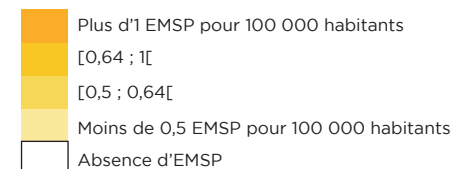
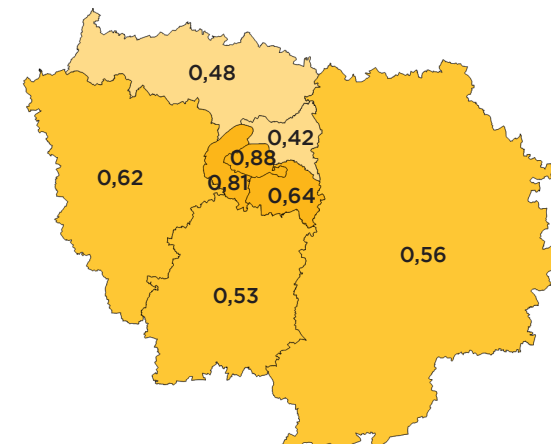
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 9,9 LUSP pour 100 000 habitants à Paris.

### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



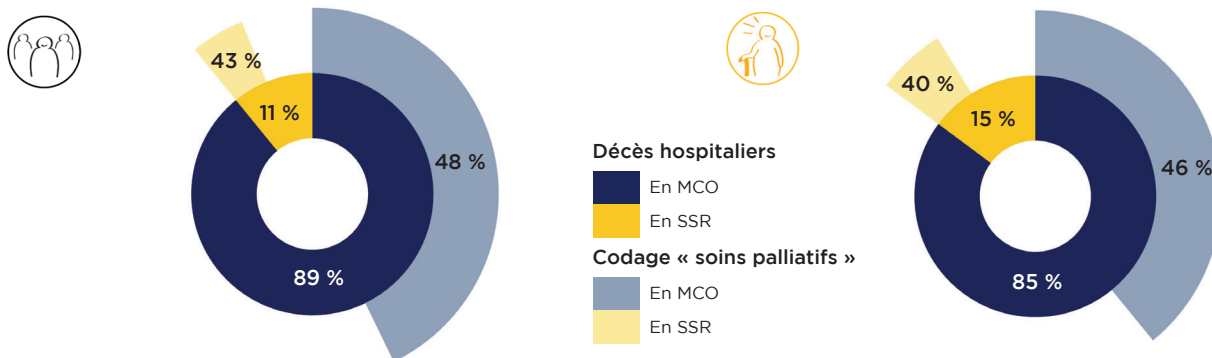
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 7,5 LISP pour 100 000 habitants à Paris.

### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,88 EMSP pour 100 000 habitants à Paris.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 89 % des patients sont décédés en MCO ; 48 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Tous les départements d'Île-de-France ont plus de 1 LUSP pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Normandie



## Démographie

3 313 340 habitants  
 Densité de population : 111 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus : 10 %  
 Espérance de vie : ♂ 78,3 ans ♀ 84,9 ans

## Mortalité

Nombre de décès : 33 202  
 Décès des personnes de 75 ans et plus : 68 %  
 Taux brut de mortalité : 10,4 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin : 1,7  
 Cadre : 0,3  
 Infirmier : 3,1  
 Aide-soignant : 3,2  
 Psychologue : 0,3

## Offre de santé générale

Lits de MCO : 10 231  
 Lits de SSR/USLD : 6 899  
 Médecins généralistes : 4 702  
 Infirmiers libéraux : 4 931

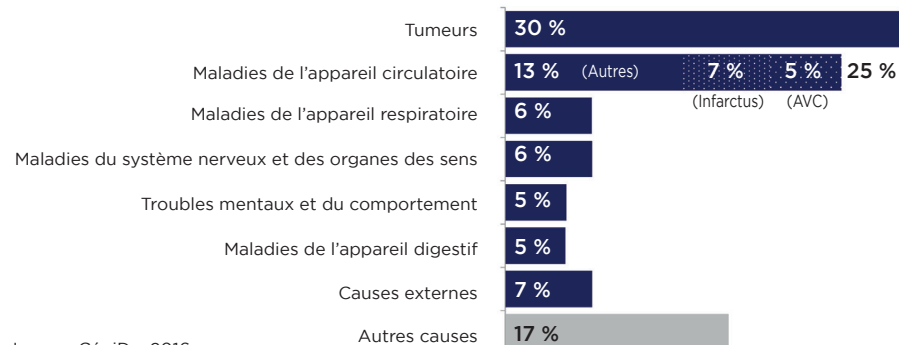
## Offre en soins palliatifs

LUSP : 59 dans 6 unités de soins palliatifs  
 LISP : 291, dont 0 pédiatrique et 48 SSR, répartis dans 50 établissements  
 EMSP : 23  
 Réseaux de soins palliatifs : 4 (données ARS, 2018) et 2 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin : 1,0  
 Cadre : 0,1  
 Infirmier : 1,2  
 Psychologue : 0,8

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

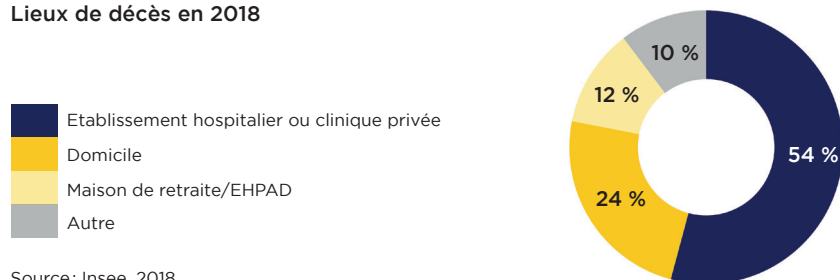


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture :** Les tumeurs représentent 30 % des causes initiales de décès en Normandie.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

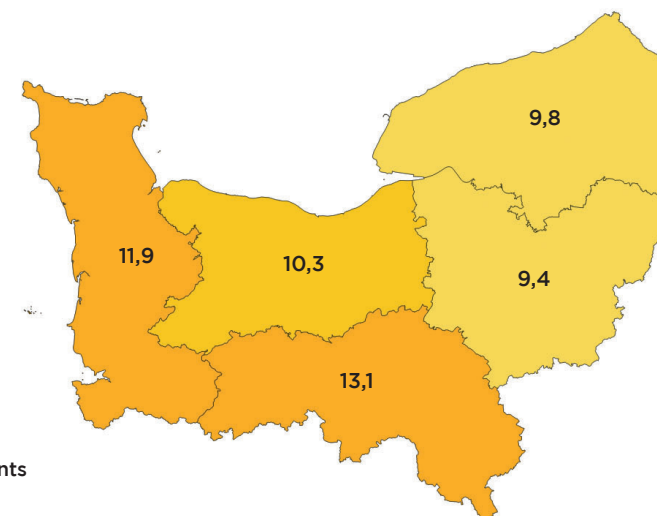


Source: Insee, 2018.

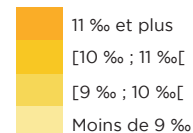
**Lecture :** 54 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



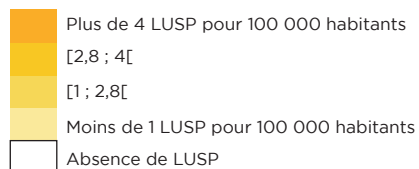
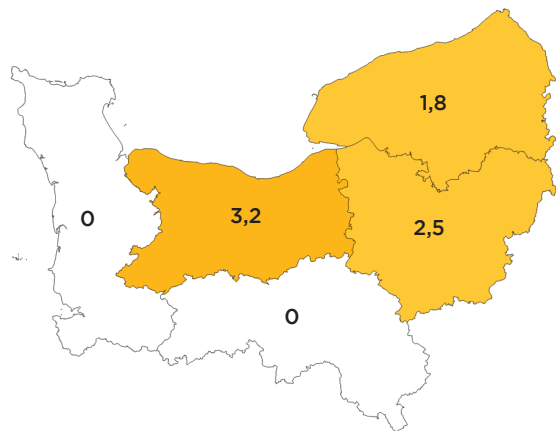
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

**Lecture :** il y a 13,1 décès pour 1 000 habitants dans l'Orne.

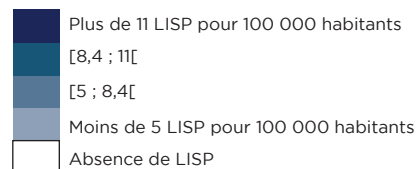
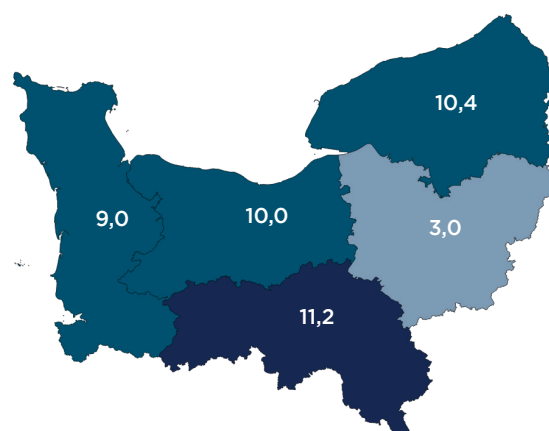
### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 3,2 LUSP pour 100 000 habitants dans le Calvados.

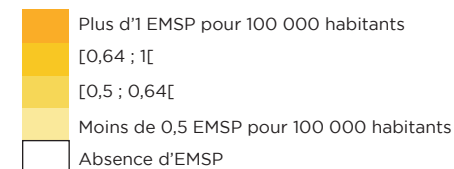
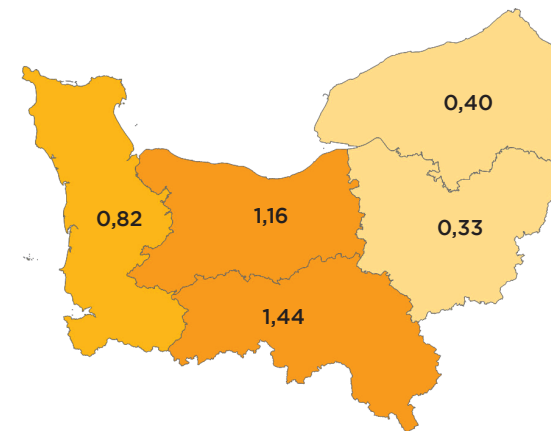
### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 10,0 LISP pour 100 000 habitants dans le Calvados.

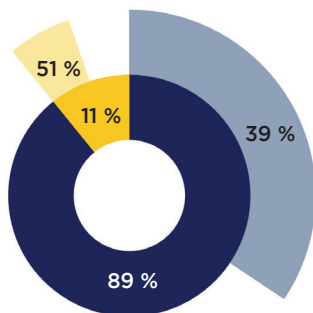
### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 1,16 EMSP pour 100 000 habitants dans le Calvados.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018

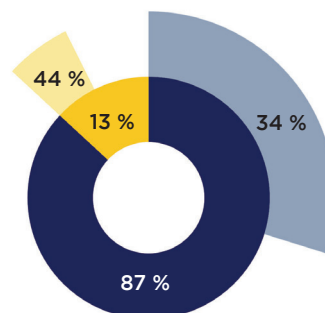


#### Décès hospitaliers

En MCO  
En SSR

#### Codage « soins palliatifs »

En MCO  
En SSR



Source : ATIH, PMSI 2018.

**Lecture :** En population générale, 89 % des patients sont décédés en MCO ; 39 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Deux départements **n'ont pas d'USP :**

→ la Manche

→ l'Orne

Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Nouvelle-Aquitaine



## Démographie

5 986 318 habitants  
 Densité de population: 71 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 11 %  
 Espérance de vie: ♂ 79,7 ans ♀ 85,5 ans

## Mortalité

Nombre de décès: 65 056  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 72 %  
 Taux brut de mortalité: 10,9 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: 1,5  
 Cadre: 0,5  
 Infirmier: 8,6  
 Aide-soignant: 8,1  
 Psychologue: 0,7

## Offre de santé générale

Lits de MCO: 18 294  
 Lits de SSR/USLD: 12 906  
 Médecins généralistes: 9 887  
 Infirmiers libéraux: 12 812

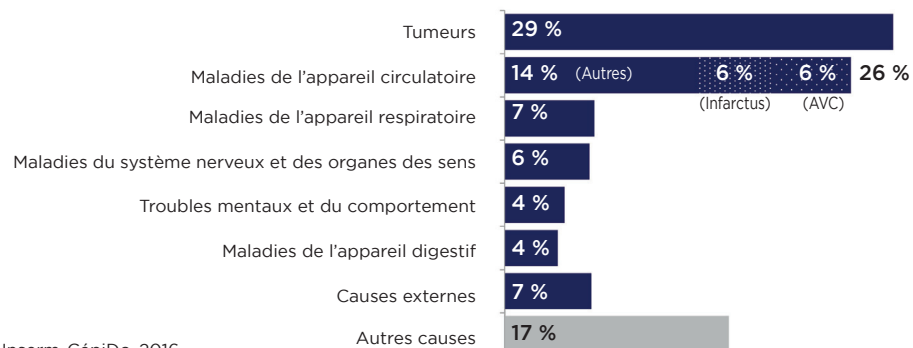
## Offre en soins palliatifs

LUSP: 148 dans 13 unités de soins palliatifs  
 LISP: 547, dont 5 pédiatriques et 102 SSR, répartis dans 90 établissements  
 EMSP: 37  
 Réseaux de soins palliatifs: 0 (données ARS, 2018) et 3 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: 1,0  
 Cadre: 0,1  
 Infirmier: 1,7  
 Psychologue: 0,8

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

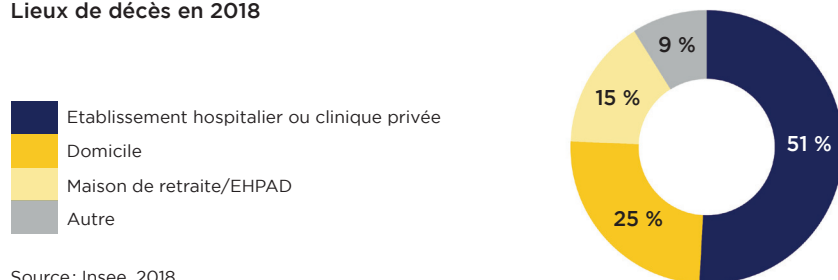


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Nouvelle-Aquitaine.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018



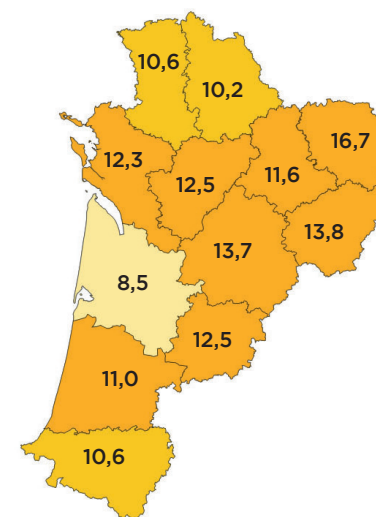
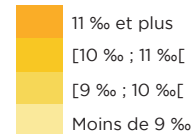
Source: Insee, 2018.

**Lecture:** 51 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018

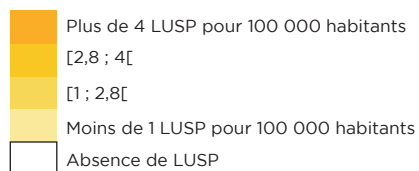
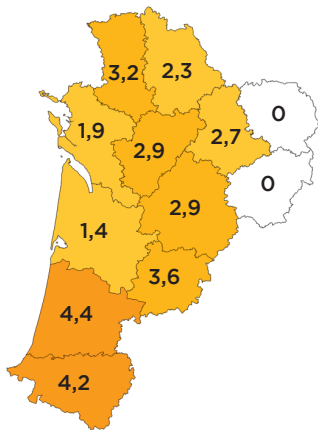
### Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

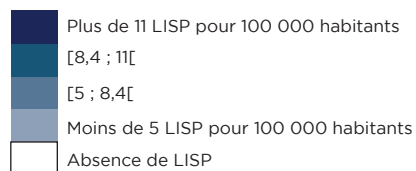
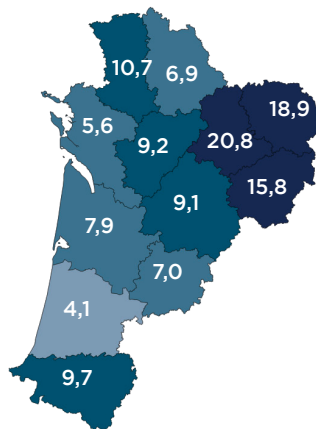
**Lecture:** Il y a 8,5 décès pour 1 000 habitants en Gironde.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



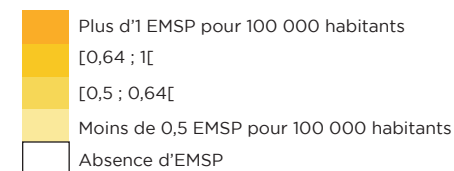
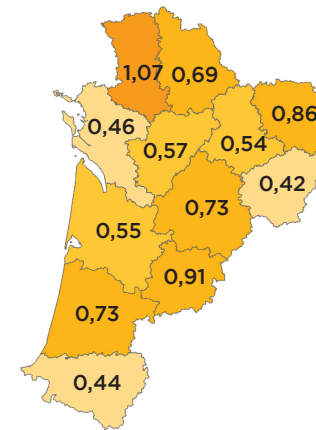
Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture:** Il y a 1,4 LUSP pour 100 000 habitants en Gironde.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



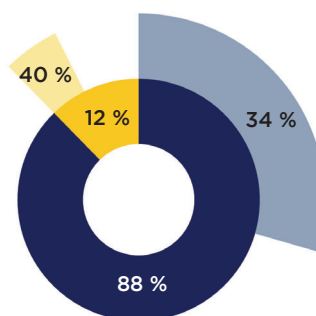
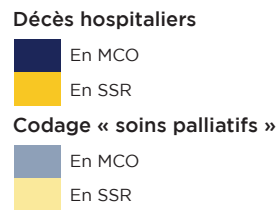
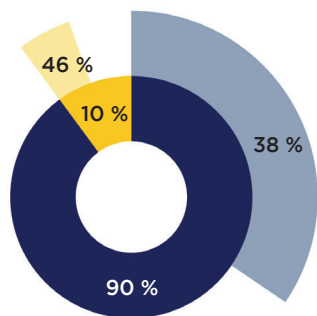
Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture:** Il y a 7,9 LISP pour 100 000 habitants en Gironde.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture:** Il y a 0,55 EMSP pour 100 000 habitants en Gironde.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source: ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture:** En population générale, 90 % des patients sont décédés en MCO ; 38 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Deux départements **n'ont pas d'USP** :

- la Corrèze
- la Creuse

Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018



# Occitanie



## Démographie

5 899 209 habitants  
 Densité de population : **81 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus : **11 %**  
 Espérance de vie : ♂ **80,1 ans** ♀ **85,5 ans**

## Mortalité

Nombre de décès : **59 630**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus : **72 %**  
 Taux brut de mortalité : **10,1 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin : **1,5**  
 Cadre : **0,8**  
 Infirmier : **8,8**  
 Aide-soignant : **8,6**  
 Psychologue : **0,7**

## Offre de santé générale

Lits de MCO : **17 426**  
 Lits de SSR/USLD : **14 071**  
 Médecins généralistes : **9 865**  
 Infirmiers libéraux : **17 555**

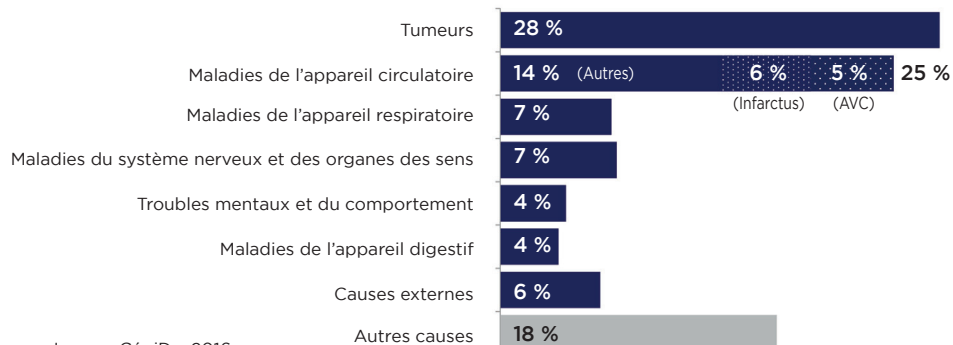
## Offre en soins palliatifs

LUSP : **100** dans **11** unités de soins palliatifs  
 LISP : **552**, dont **9** pédiatriques et **164** SSR, répartis dans **110** établissements  
 EMSP : **41**  
 Réseaux de soins palliatifs : **16** (données ARS, 2018) et **2** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin : **1,0**  
 Cadre : **0,1**  
 Infirmier : **1,4**  
 Psychologue : **0,6**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

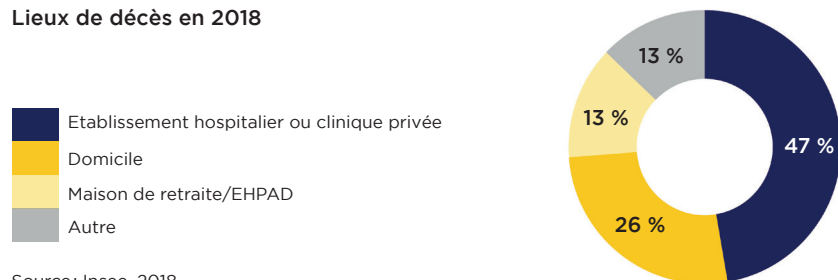


Source : Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture :** Les tumeurs représentent 28 % des causes initiales de décès en Occitanie.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

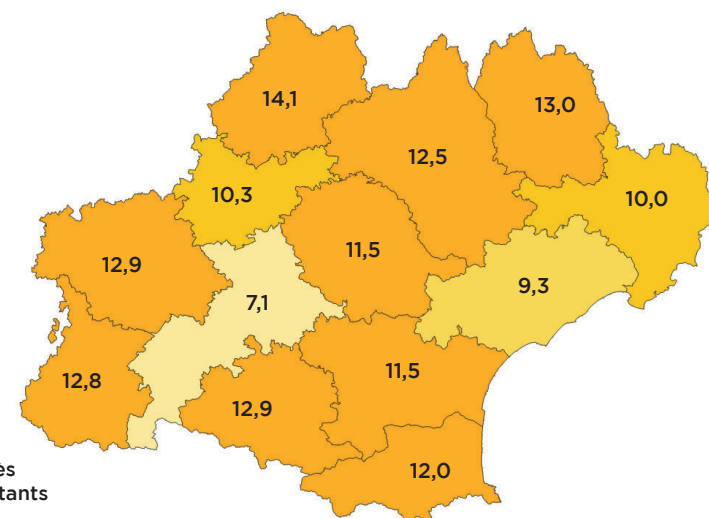


Source : Insee, 2018.

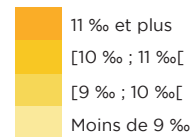
**Lecture :** 47 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB :** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



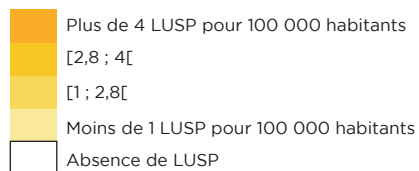
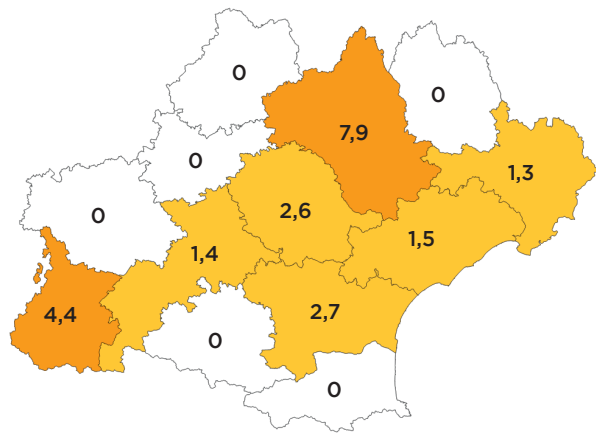
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source : Insee, 2018.

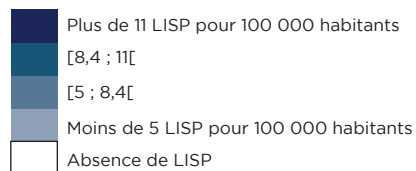
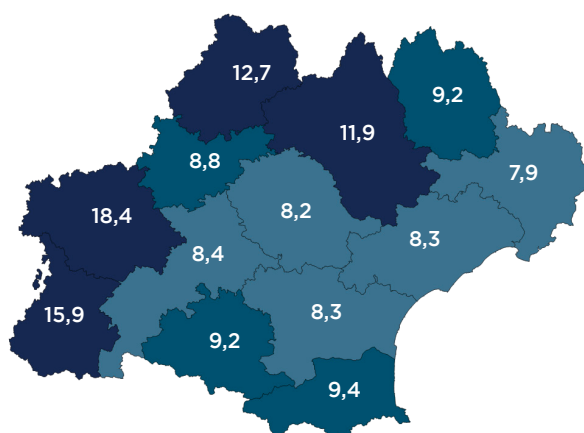
**Lecture :** il y a 7,1 décès pour 1 000 habitants en Haute-Garonne.

### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



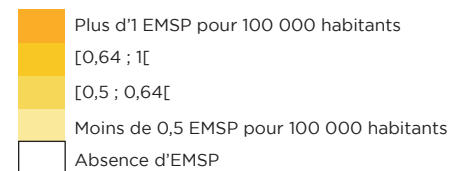
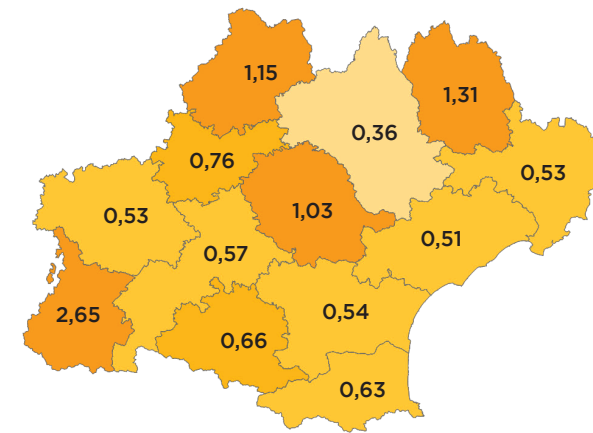
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 1,5 LUSP pour 100 000 habitants dans l'Hérault.

### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



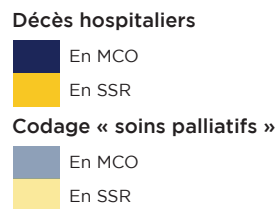
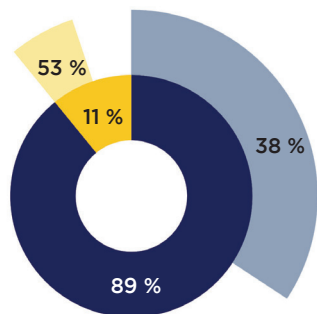
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 8,3 LISP pour 100 000 habitants dans l'Hérault.

### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,51 EMSP pour 100 000 habitants dans l'Hérault.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 89 % des patients sont décédés en MCO ; 38 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

### Six départements n'ont pas d'USP :

- l'Ariège
- le Gers
- le Lot
- la Lozère
- les Pyrénées-Orientales
- le Tarn-et-Garonne

Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Pays de la Loire



## Démographie

3 787 400 habitants  
 Densité de population: 118 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 10 %  
 Espérance de vie: ♂ 79,8 ans ♀ 86 ans

## Mortalité

Nombre de décès: 34 800  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 71 %  
 Taux brut de mortalité: 9,2 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: 1,4  
 Cadre: 0,3  
 Infirmier: 3,1  
 Aide-soignant: 3,0  
 Psychologue: 0,2

## Offre de santé générale

Lits de MCO: 10 180  
 Lits de SSR/USLD: 6 855  
 Médecins généralistes: 5 445  
 Infirmiers libéraux: 3 924

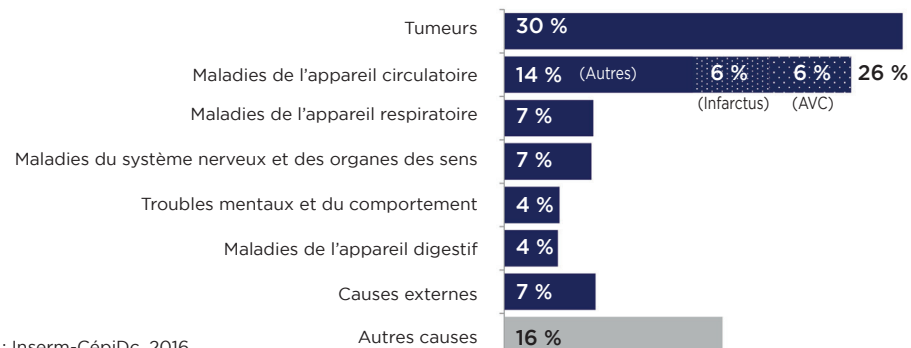
## Offre en soins palliatifs

LUSP: 56 dans 5 unités de soins palliatifs  
 LISP: 432, dont 12 pédiatriques et 162 SSR, répartis dans 64 établissements  
 EMSP: 25  
 Réseaux de soins palliatifs: 0 (données ARS, 2018) et 1 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: 0,9  
 Cadre: 0,1  
 Infirmier: 1,9  
 Psychologue: 0,6

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

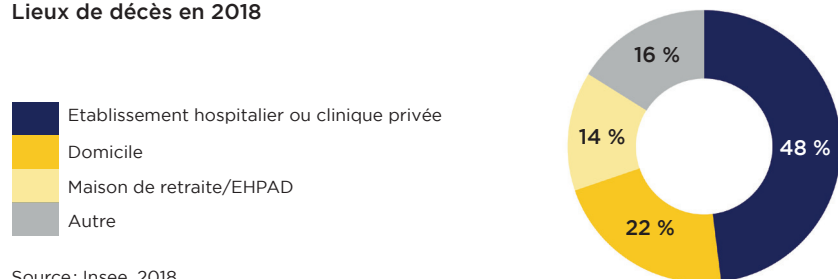


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 30 % des causes initiales de décès du Pays de la Loire.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

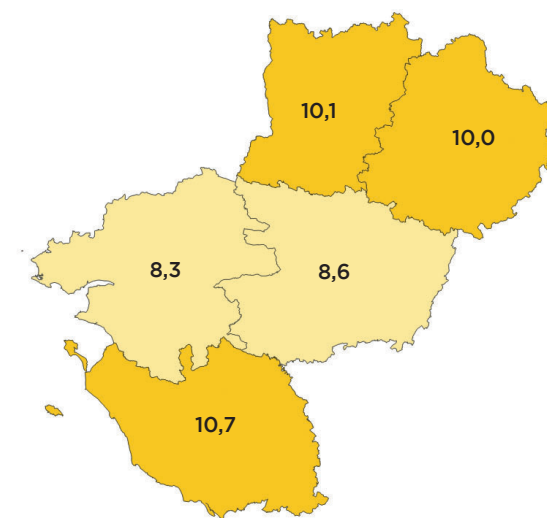


Source: Insee, 2018.

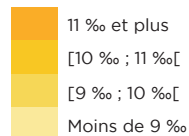
**Lecture:** 48 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



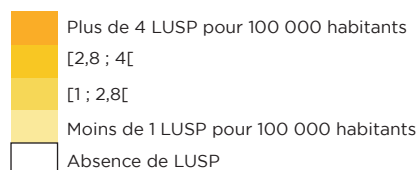
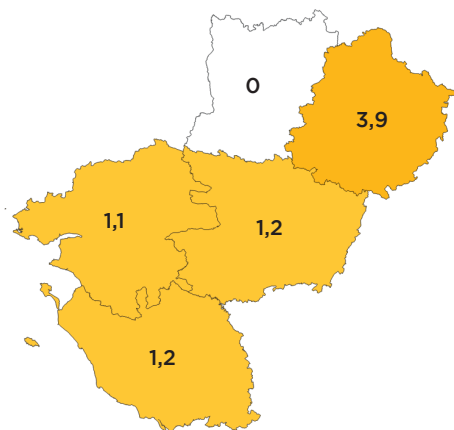
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

**Lecture:** Il y a 8,6 décès pour 1 000 habitants dans le Maine-et-Loire.

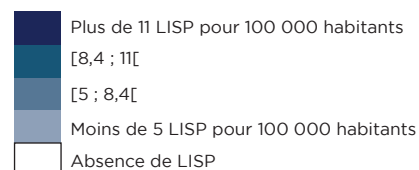
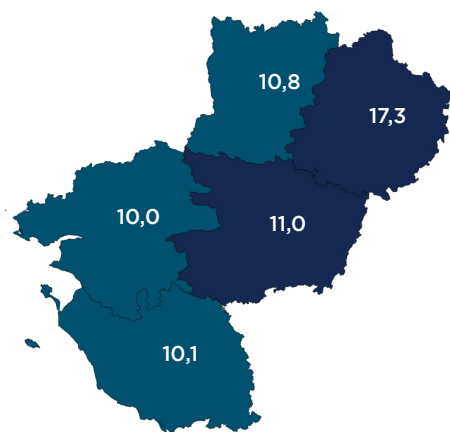
### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 1,1 LUSP pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique.

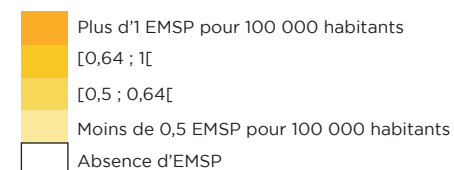
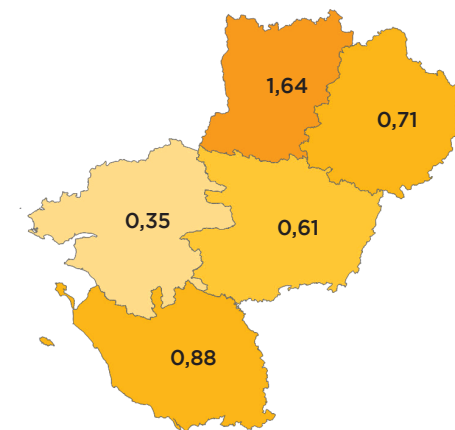
### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 10,0 LISP pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique.

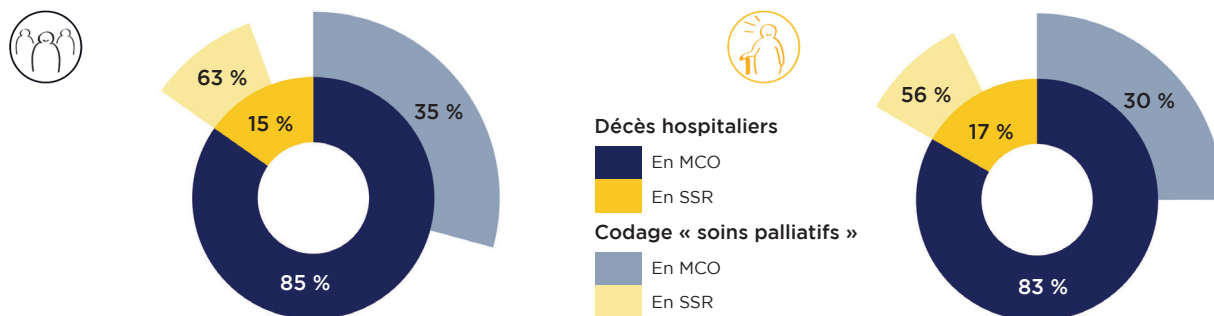
### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture :** Il y a 0,35 EMSP pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.

**Lecture :** En population générale, 85 % des patients sont décédés en MCO ; 35 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Un département **n'a pas d'USP** :  
→ la Mayenne  
Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Provence-Alpes-Côte d'Azur



## Démographie

5 048 405 habitants  
 Densité de population: 161 hab./km<sup>2</sup>  
 Habitants de 75 ans et plus: 11 %  
 Espérance de vie: ♂ 80 ans ♀ 85,6 ans

## Mortalité

Nombre de décès: 50 758  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 73 %  
 Taux brut de mortalité: 10,2 ‰

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: 1,6  
 Cadre: 0,5  
 Infirmier: 6,0  
 Aide-soignant: 5,8  
 Psychologue: 0,5

## Offre de santé générale

Lits de MCO: 17 107  
 Lits de SSR/USLD: 13 075  
 Médecins généralistes: 9 032  
 Infirmiers libéraux: 16 801

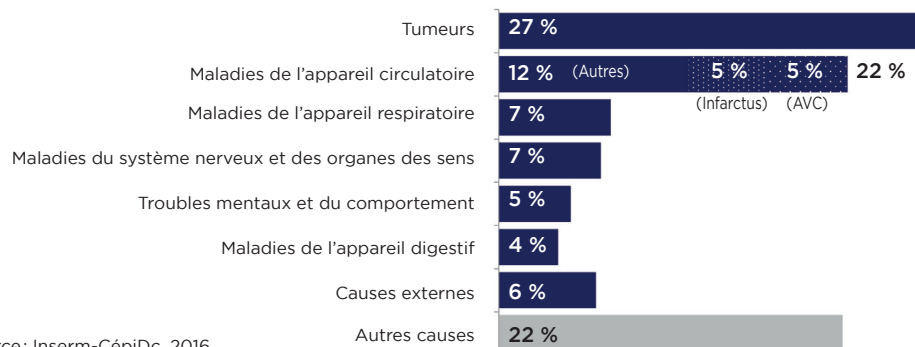
## Offre en soins palliatifs

LUSP: 153 dans 13 unités de soins palliatifs  
 LISP: 386, dont 7 pédiatriques et 155 SSR, répartis dans 64 établissements  
 EMSP: 32  
 Réseaux de soins palliatifs: 8 (données ARS, 2018) et 1 ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: 1,3  
 Cadre: 0,2  
 Infirmier: 1,7  
 Psychologue: 0,7

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

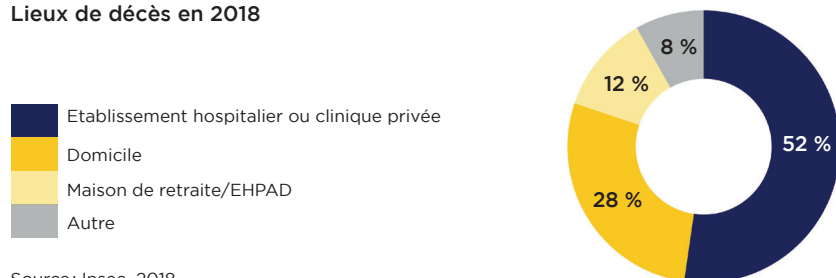


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 27 % des causes initiales de décès en Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

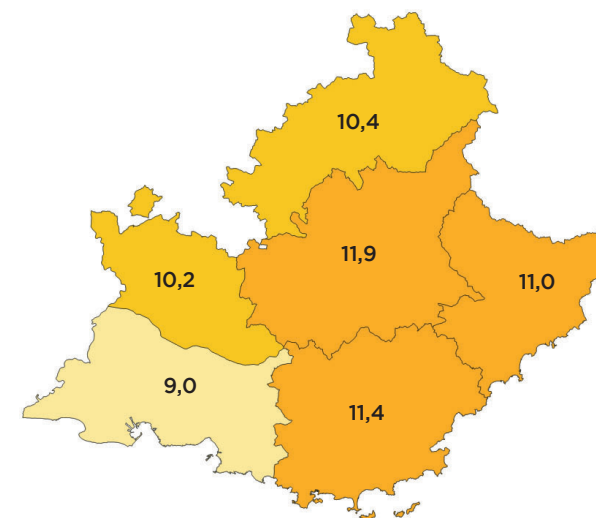


Source: Insee, 2018.

**Lecture:** 52 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



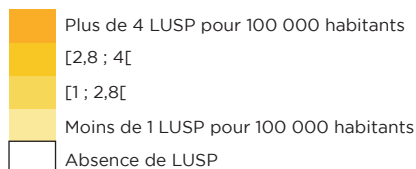
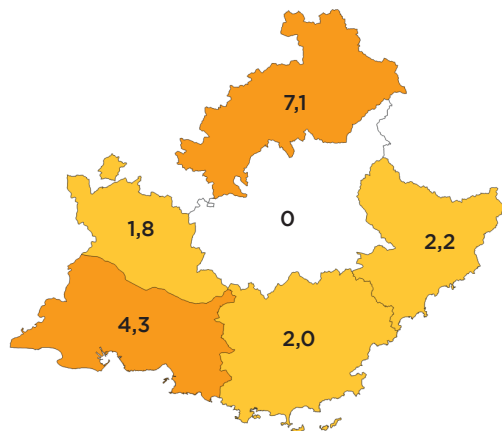
## Nombre de décès pour 1 000 habitants

11 ‰ et plus  
 [10 ‰ ; 11 ‰[  
 [9 ‰ ; 10 ‰[  
 Moins de 9 ‰

Source: Insee, 2018.

**Lecture:** Il y a 9 décès pour 1 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

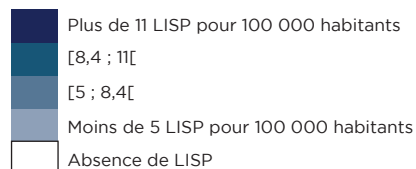
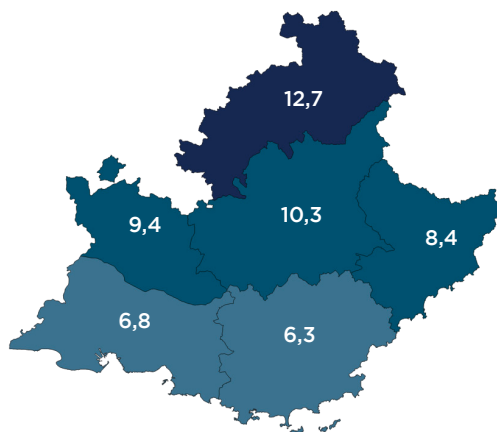
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture:** Il y a 4,3 LUSP pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

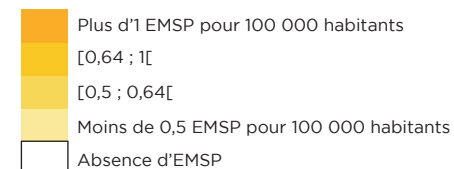
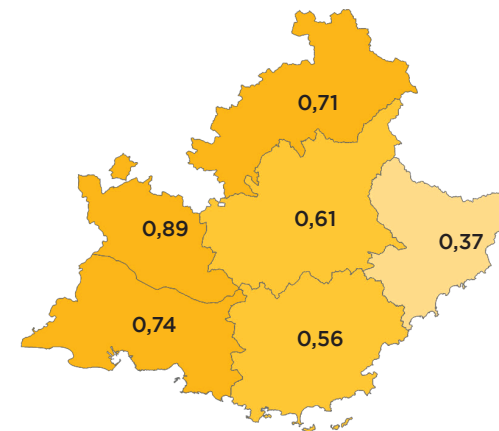
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture:** Il y a 6,8 LISP pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

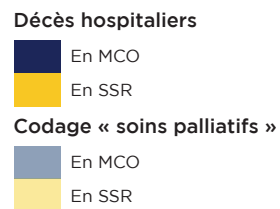
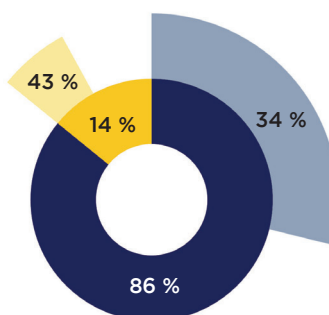
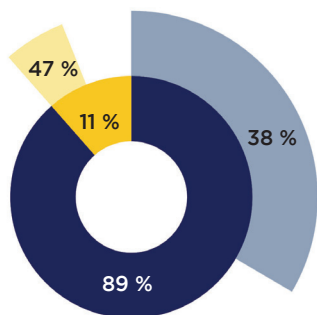
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources: Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.

**Lecture:** Il y a 0,74 EMSP pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source: ATIH, PMSI 2018.

**Lecture:** En population générale, 89 % des patients sont décédés en MCO ; 38 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Un département **n'a pas d'USP** :  
 → les Alpes-de-Haute-Provence  
 Les autres départements **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Guadeloupe



## Démographie

381 294 habitants  
 Densité de population: **224 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **9 %**  
 Espérance de vie: ♂ **76,4 ans** ♀ **84,7 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **3 258**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **62 %**  
 Taux brut de mortalité : **8,9 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: **2,90**  
 Cadre: **1,00**  
 Infirmier: **10,00**  
 Aide-soignant: **13,00**  
 Psychologue : **1,00**

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **1 097**  
 Lits de SSR/USLD: **848**  
 Médecins généralistes: **577**  
 Infirmiers libéraux : **1 757**

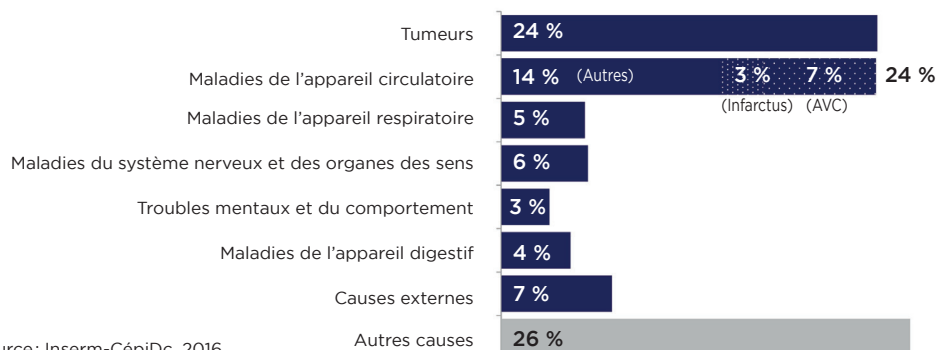
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **10** dans **1** unités de soins palliatifs  
 LISP: **15**, dont **0** pédiatrique et **10** SSR, répartis dans **1** établissement  
 EMSP: **2**  
 Réseaux de soins palliatifs: **0** (données ARS, 2018) et **0** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **1,00**  
 Cadre: **0,00**  
 Infirmier: **2,50**  
 Psychologue : **0,90**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

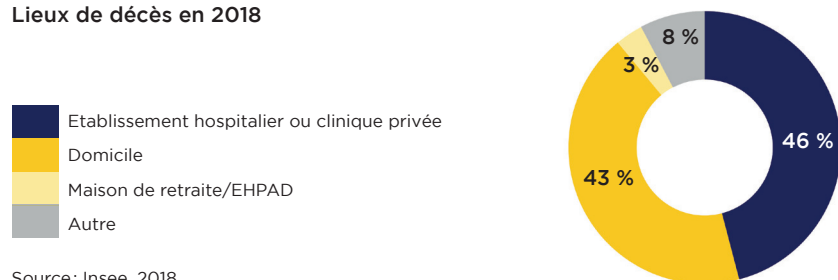


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 24 % des causes initiales de décès en Guadeloupe.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

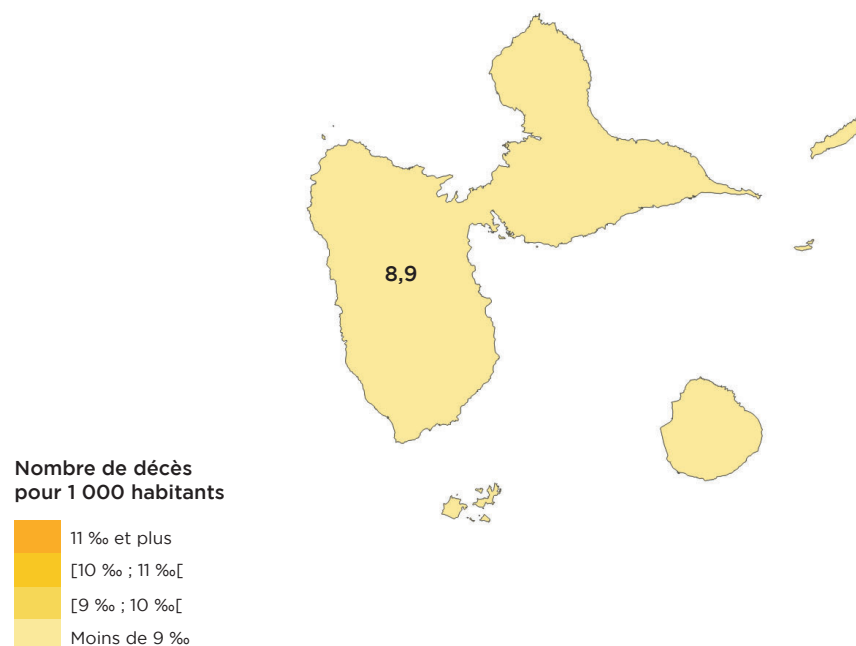


Source: Insee, 2018.

**Lecture:** 46 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

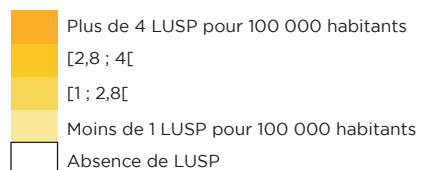
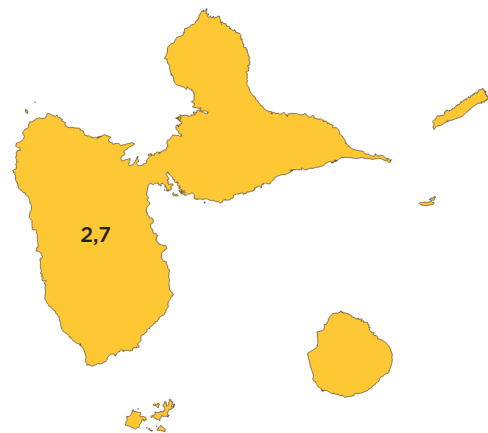
## Taux brut de mortalité en 2018



Source: Insee, 2018.

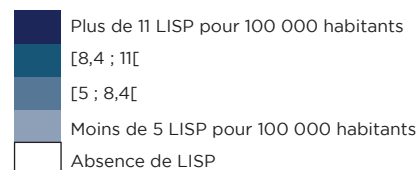
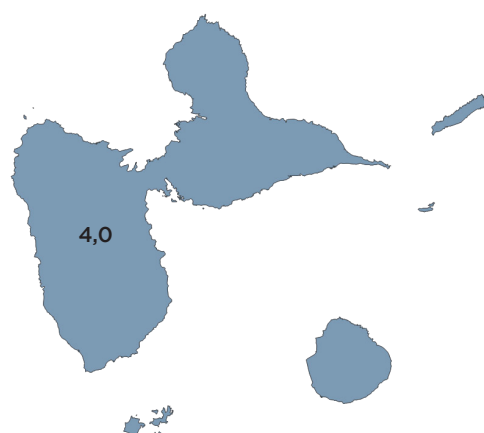
**Lecture:** il y a 8,9 décès pour 1 000 habitants en Guadeloupe.

### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



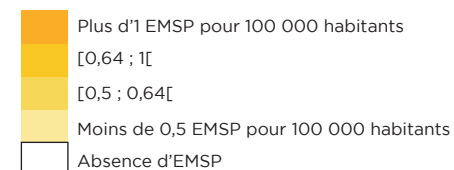
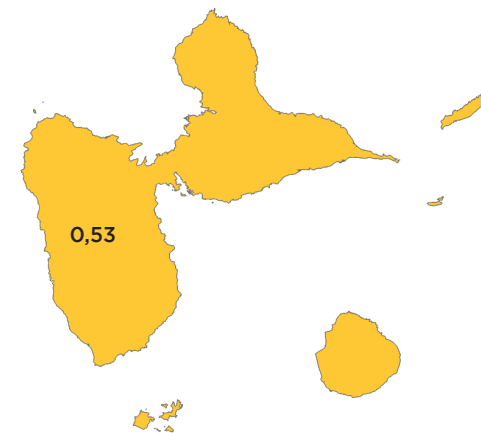
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 2,7 LUSP pour 100 000 habitants en Guadeloupe.

### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



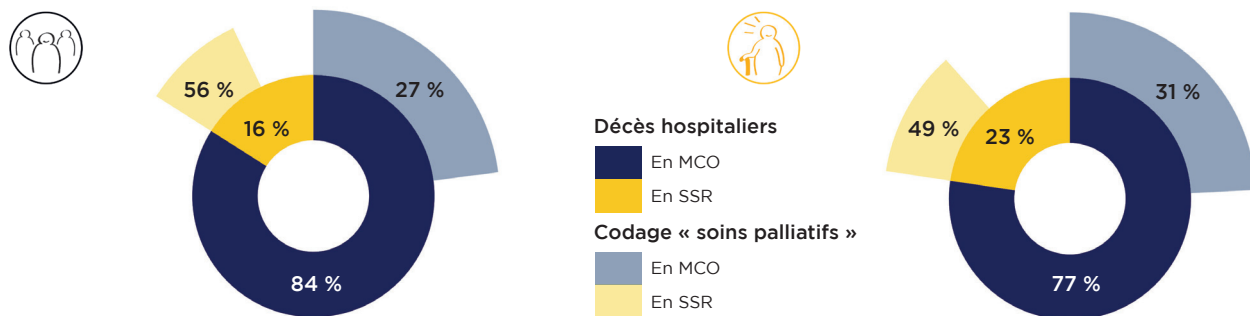
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 4,0 LISP pour 100 000 habitants en Guadeloupe.

### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,53 EMSP pour 100 000 habitants en Guadeloupe.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



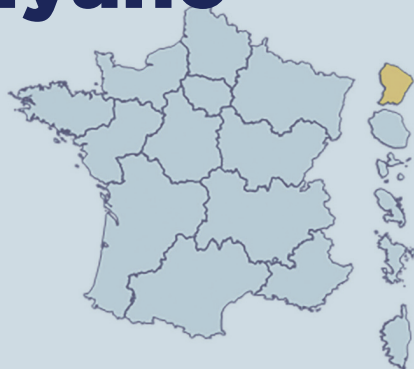
Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 84 % des patients sont décédés en MCO ; 27 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

La Guadeloupe a plus de 1 LUSP pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018



# Guyane



## Démographie

283 539 habitants  
 Densité de population: **3 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **2 %**  
 Espérance de vie: ♂ **76,6 ans** ♀ **83,8 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **899**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **34 %**  
 Taux brut de mortalité: **3,5 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: -  
 Cadre: -  
 Infirmier: -  
 Aide-soignant: -  
 Psychologue: -

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **747**  
 Lits de SSR/USLD: **175**  
 Médecins généralistes: **358**  
 Infirmiers libéraux: **366**

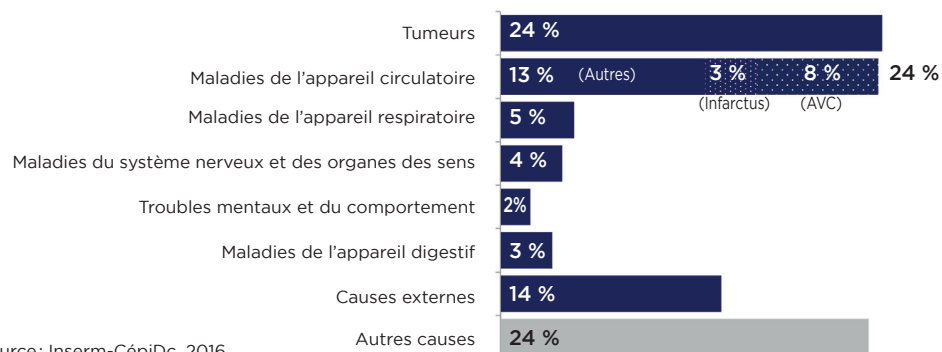
## Offre en soins palliatifs

LUSP: Absence d'USP  
 LISP: **9**, dont **0** pédiatrique et **0** SSR, répartis dans 1 établissement  
 EMSP: **1**  
 Réseaux de soins palliatifs: **0** (données ARS, 2018) et **0** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **1,0**  
 Cadre: **0,0**  
 Infirmier: **2,0**  
 Psychologue: **0,7**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

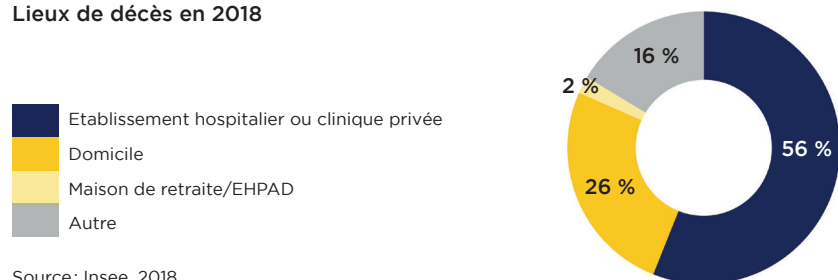


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 24 % des causes initiales de décès en Guyane.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

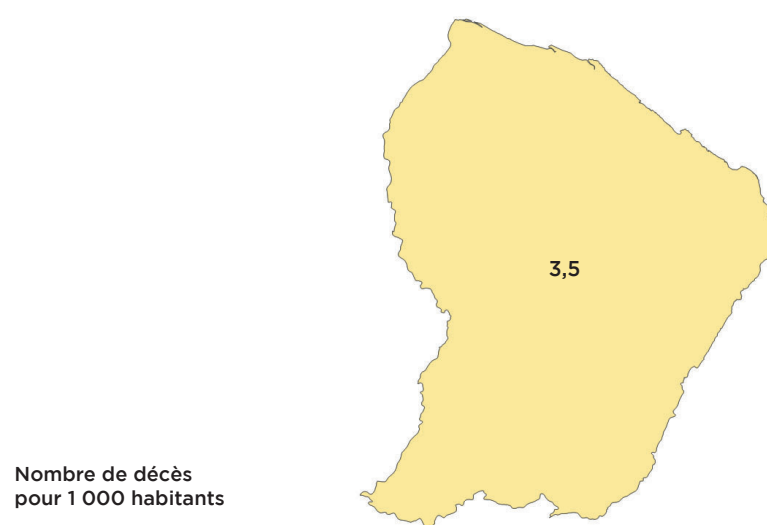


Source: Insee, 2018.

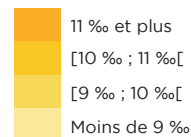
**Lecture:** 56 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



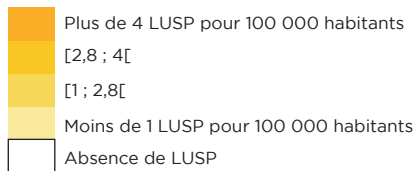
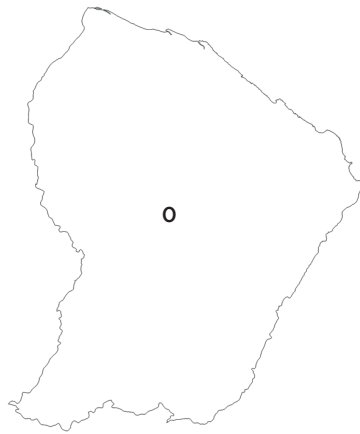
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

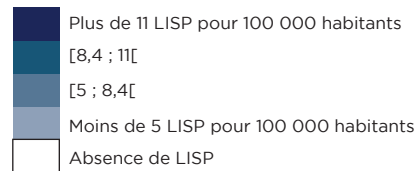
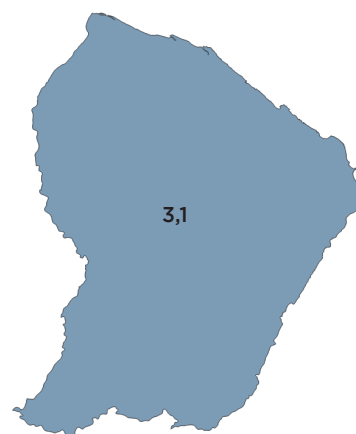
**Lecture:** il y a 3,5 décès pour 1 000 habitants en Guyane.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



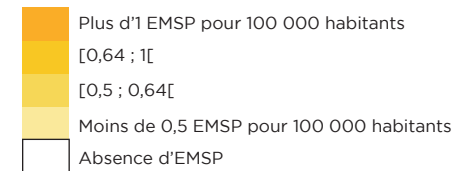
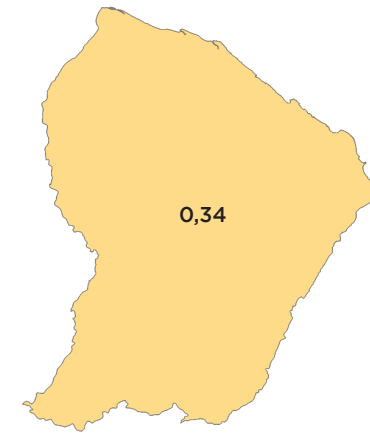
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il n'y a pas de LUSP en Guyane.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



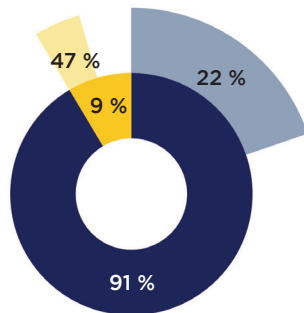
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 3,1 LISP en Guyane.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,34 EMSP pour 100 000 habitants en Guyane.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018

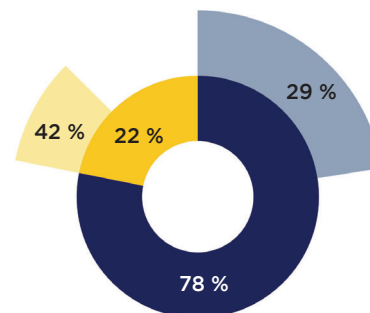


Décès hospitaliers

- En MCO
- En SSR

Codage « soins palliatifs »

- En MCO
- En SSR



Source : ATIH, PMSI 2018.

**Lecture :** En population générale, 91 % des patients sont décédés en MCO ; 22 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

La Guyane n'a pas d'USP.

# La Réunion



## Démographie

857 961 habitants  
 Densité de population: **343 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **5 %**  
 Espérance de vie: ♂ **78,5 ans** ♀ **84,7 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **5 011**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **53 %**  
 Taux brut de mortalité: **5,6 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: **1,7**  
 Cadre: **0,0**  
 Infirmier: **7,2**  
 Aide-soignant: **7,2**  
 Psychologue: **0,0**

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **2 076**  
 Lits de SSR/USLD: **896**  
 Médecins généralistes: **1 422**  
 Infirmiers libéraux: **2 454**

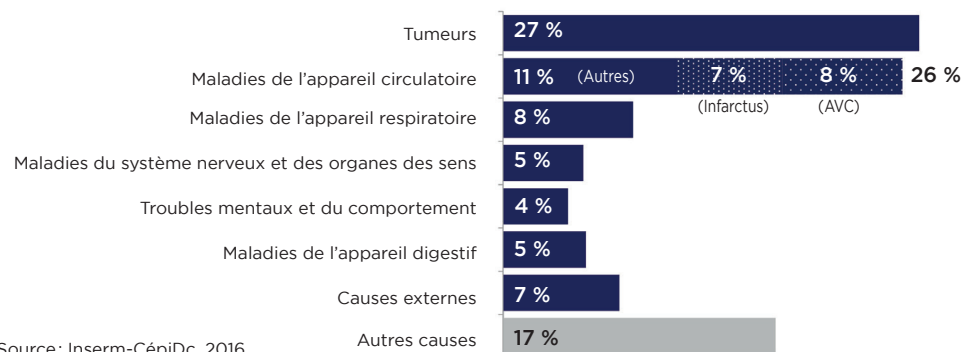
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **6** dans **1** unité de soins palliatifs  
 LISP: **16**, dont **0** pédiatrique et **2** SSR, répartis dans **4** établissements  
 EMSP: **3**  
 Réseaux de soins palliatifs: **0** (données ARS, 2018) et **0** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **1,8**  
 Cadre: **0,0**  
 Infirmier: **2,00**  
 Psychologue: **1,2**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

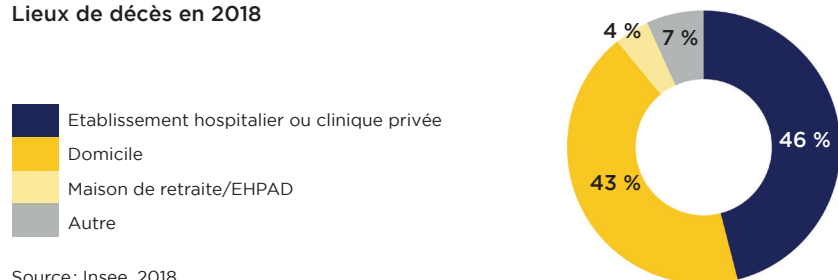


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 27 % des causes initiales de décès à La Réunion.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

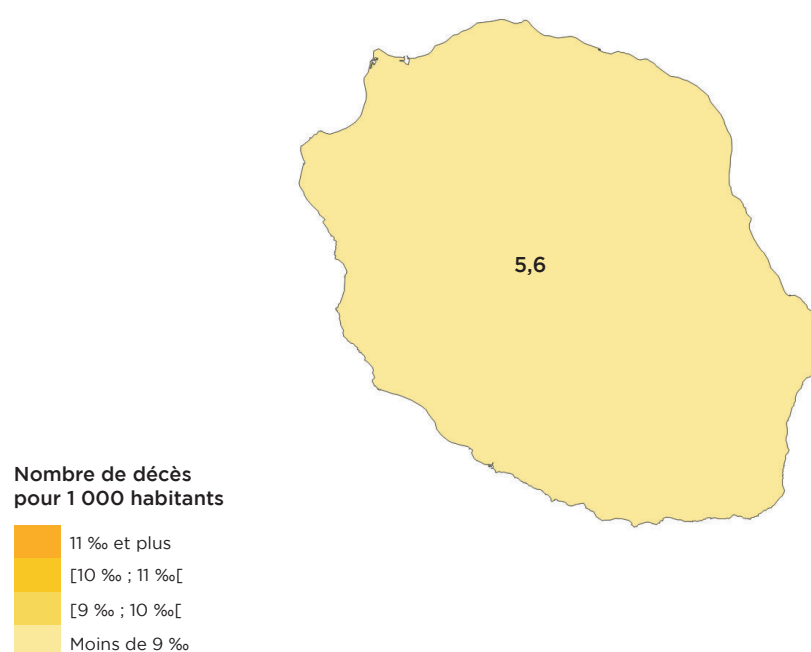


Source: Insee, 2018.

**Lecture:** 46 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

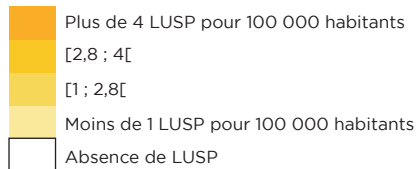
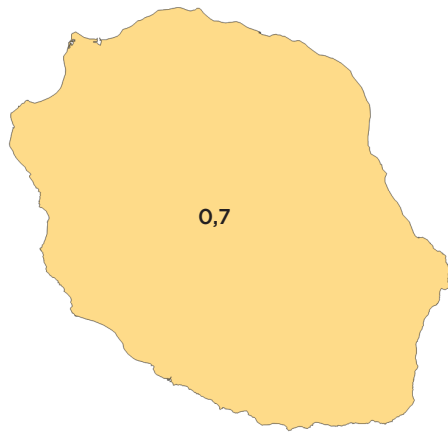
## Taux brut de mortalité en 2018



Source: Insee, 2018.

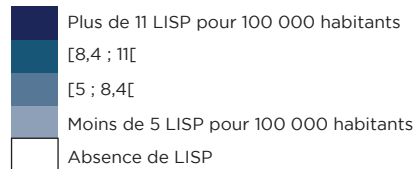
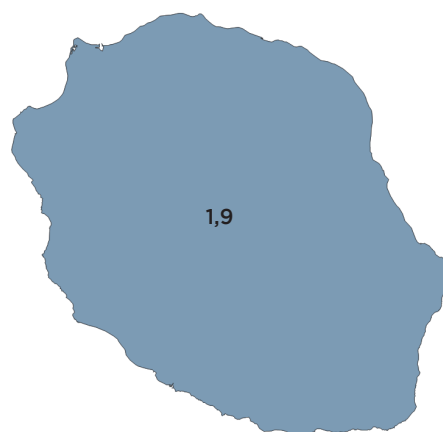
**Lecture:** Il y a 5,6 décès pour 1 000 habitants à La Réunion.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



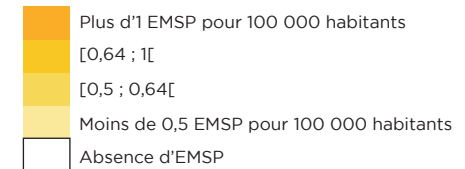
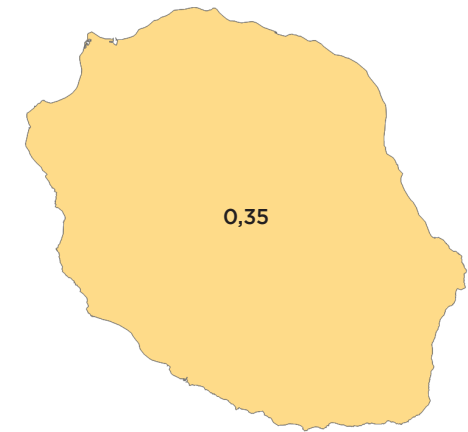
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,7 LUSP pour 100 000 habitants à La Réunion.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



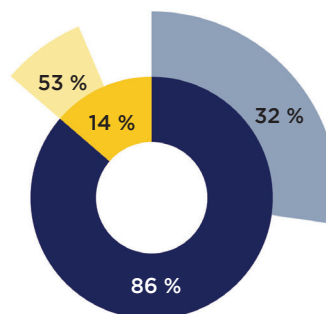
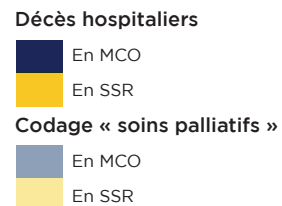
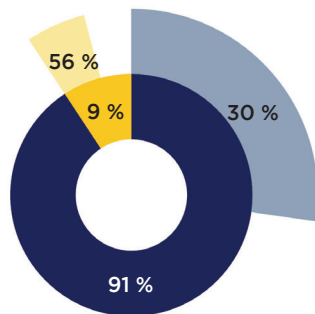
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 1,9 LISP pour 100 000 habitants à La Réunion.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,35 EMSP pour 100 000 habitants à La Réunion.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 91 % des patients sont décédés en MCO ; 30 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

**La Réunion a moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants\***

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Martinique



## Démographie

363 484 habitants  
 Densité de population: **322 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **10 %**  
 Espérance de vie: ♂ **78,8 ans** ♀ **84,3 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **3 292**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **65 %**  
 Taux brut de mortalité: **9,6 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: **2,5**  
 Cadre: **0,5**  
 Infirmier: **12,6**  
 Aide-soignant: **14,2**  
 Psychologue: **0,6**

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **997**  
 Lits de SSR/USLD: **661**  
 Médecins généralistes: **528**  
 Infirmiers libéraux: **1 588**

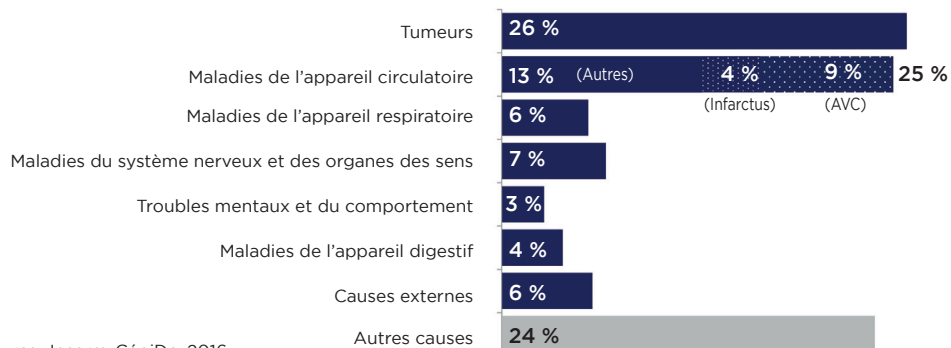
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **11** dans **1** unité de soins palliatifs  
 LISP: **13**, dont **0** pédiatrique et **4** SSR, répartis dans **3** établissements  
 EMSP: **2**  
 Réseaux de soins palliatifs: **1** (données ARS, 2018) et **0** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **0,9**  
 Cadre: **0,4**  
 Infirmier: **1,0**  
 Psychologue: **0,8**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

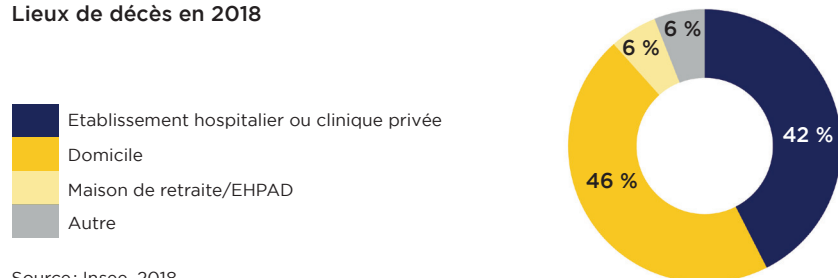


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 26 % des causes initiales de décès en Martinique.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

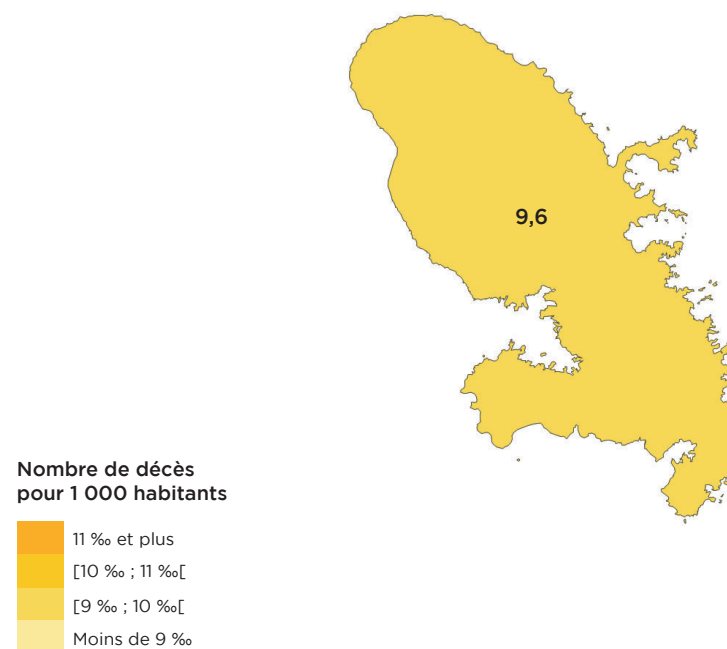


Source: Insee, 2018.

**Lecture:** 42 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



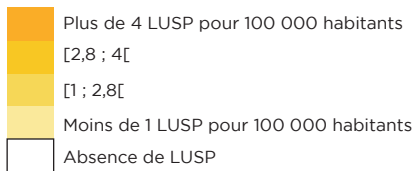
Source: Insee, 2018.

**Lecture:** il y a 9,6 décès pour 1 000 habitants en Martinique.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019

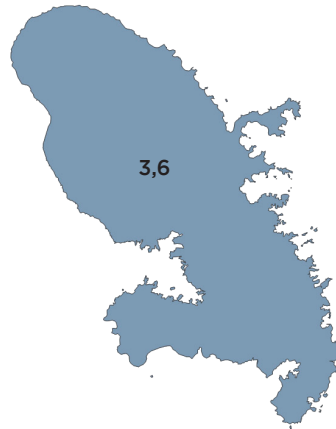


3,1

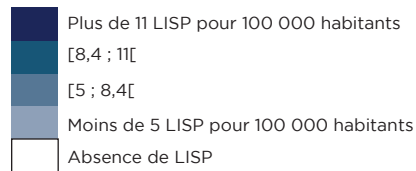


Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 3,1 LUSP pour 100 000 habitants en Martinique.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019

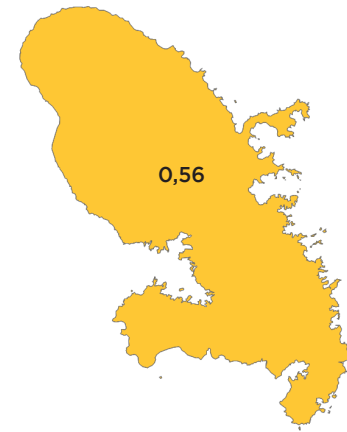


3,6

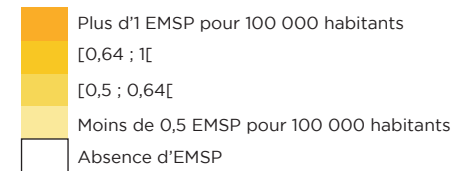


Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 3,6 LISP pour 100 000 habitants en Martinique.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019

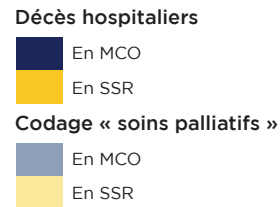
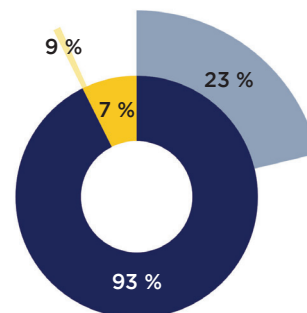
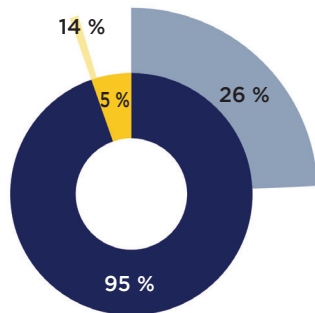


0,56



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,56 EMSP pour 100 000 habitants en Martinique.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 95 % des patients sont décédés en MCO ; 26 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

La Martinique a plus de 1 LUSP pour 100 000 habitants\*

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

# Mayotte



## Démographie

269 461 habitants  
 Densité de population: **721 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **1 %**  
 Espérance de vie: **Absence de données**

## Mortalité

Nombre de décès: **758**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **29 %**  
 Taux brut de mortalité: **Absence de données**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: -  
 Cadre: -  
 Infirmier: -  
 Aide-soignant: -  
 Psychologue: -

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **352**  
 Lits de SSR/USLD: **0**  
 Médecins généralistes: **120**  
 Infirmiers libéraux: **205**

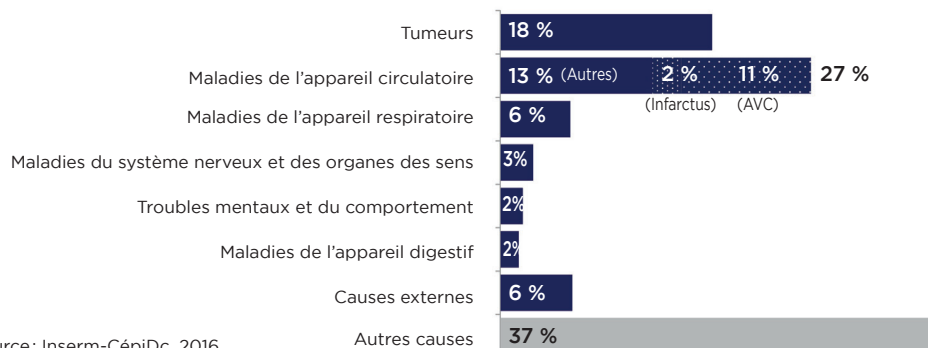
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **0** dans **0** unité de soins palliatifs  
 LISP: **0**, dont **0** pédiatrique et **0** SSR,  
 répartis dans **0** établissements  
 EMSP: **1**  
 Réseaux de soins palliatifs: **0** (données ARS, 2018)  
 et **0** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **2,0**  
 Cadre: **1,0**  
 Infirmier: **1,0**  
 Psychologue: **0,0**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

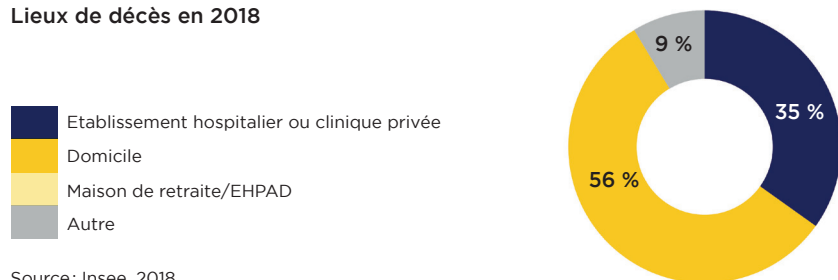


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 18 % des causes initiales de décès à Mayotte.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018



Source: Insee, 2018.

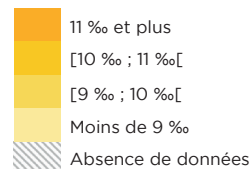
**Lecture:** 35 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



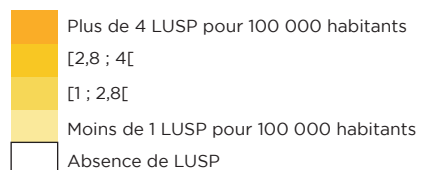
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

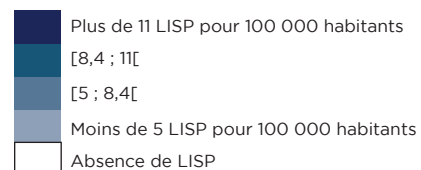
**Lecture:** Absence de données.

### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



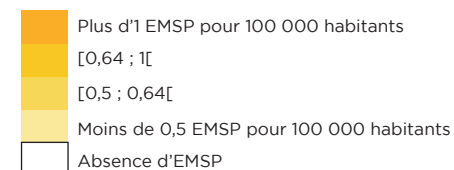
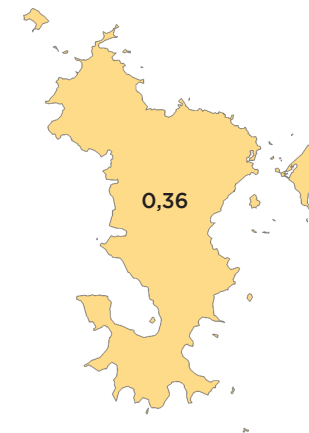
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il n'y a pas de LUSP à Mayotte.

### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



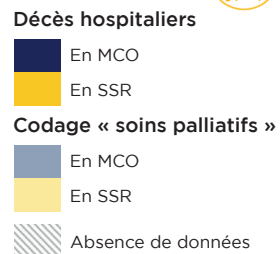
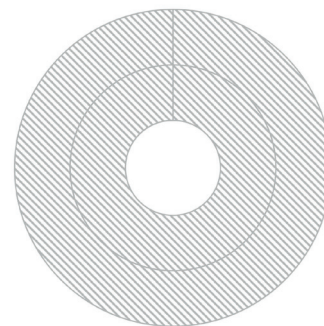
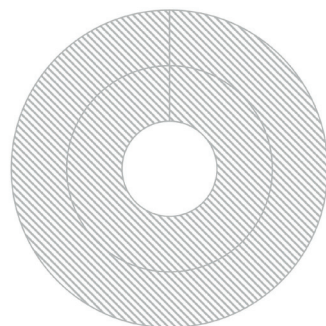
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il n'y a pas de LISP à Mayotte.

### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Source : CNSPFV 2020.  
**Lecture :** Il y a 0,36 EMSP pour 100 000 habitants à Mayotte.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** Absence de données à Mayotte.

**Mayotte n'a ni USP, ni LISP**



# France



## Démographie

66 977 703 habitants  
 Densité de population: **106 hab./km<sup>2</sup>**  
 Habitants de 75 ans et plus: **9 %**  
 Espérance de vie: ♂ **79,7 ans** ♀ **85,6 ans**

## Mortalité

Nombre de décès: **607 516**  
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **69 %**  
 Taux brut de mortalité: **9 ‰**

## ETP moyen en USP (pour 10 lits)

Médecin: **1,6**  
 Cadre: **0,5**  
 Infirmier: **7,2**  
 Aide-soignant: **6,8**  
 Psychologue: **0,5**

## Offre de santé générale

Lits de MCO: **203 782**  
 Lits de SSR/USLD: **136 631**  
 Médecins généralistes: **102 466**  
 Infirmiers libéraux: **123 821**

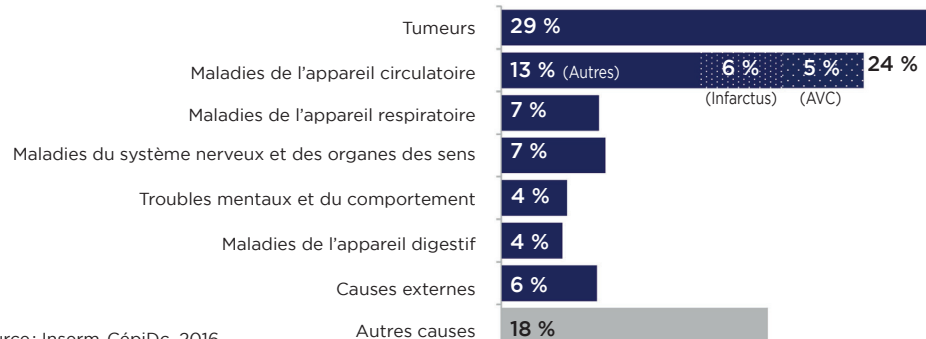
## Offre en soins palliatifs

LUSP: **1 880** dans **164** unités de soins palliatifs  
 LISP: **5 618**, dont **63** pédiatriques et **1277** SSR, répartis dans **901** établissements  
 EMSP: **427**  
 Réseaux de soins palliatifs: **77** (données ARS, 2018) et **22** ERRSPP (données FERRSPP, 2020)

## ETP moyen en EMSP

Médecin: **1,0**  
 Cadre: **0,1**  
 Infirmier: **1,5**  
 Psychologue: **0,6**

## Répartition des décès selon la cause initiale en 2016

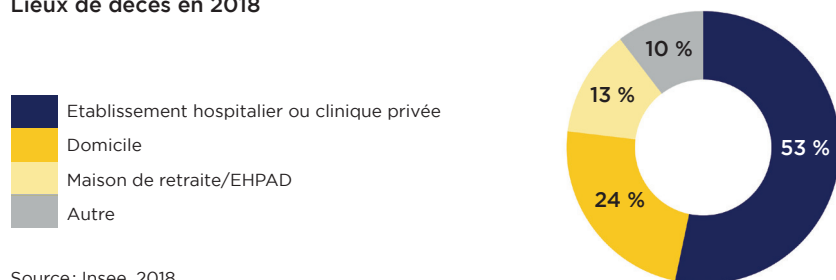


Source: Inserm-CépiDc, 2016.

**Lecture:** Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en France.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Lieux de décès en 2018

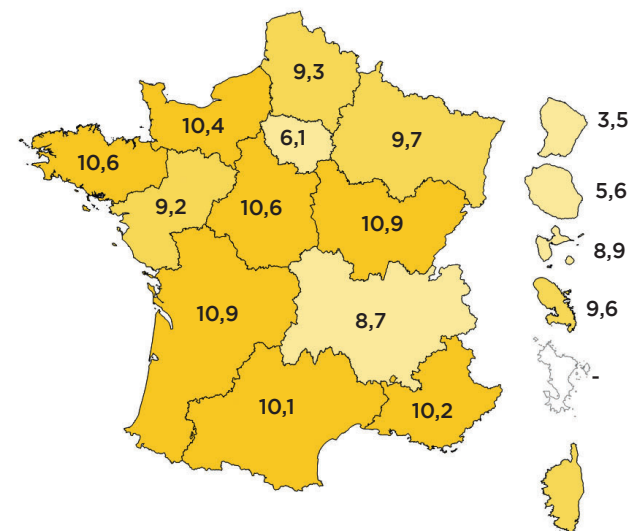


Source: Insee, 2018.

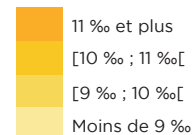
**Lecture:** 53 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.

**NB:** Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

## Taux brut de mortalité en 2018



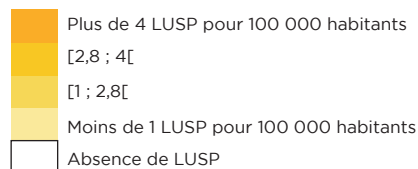
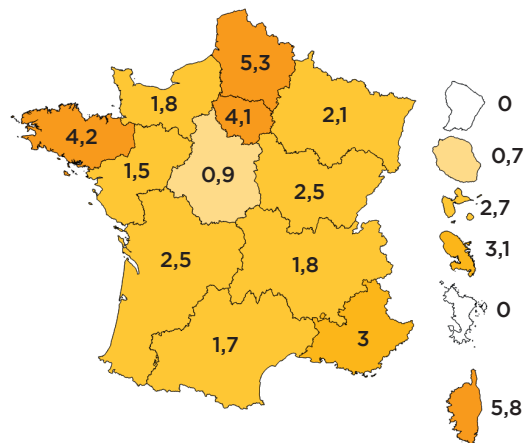
## Nombre de décès pour 1 000 habitants



Source: Insee, 2018.

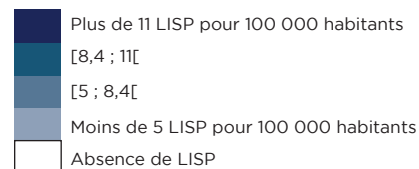
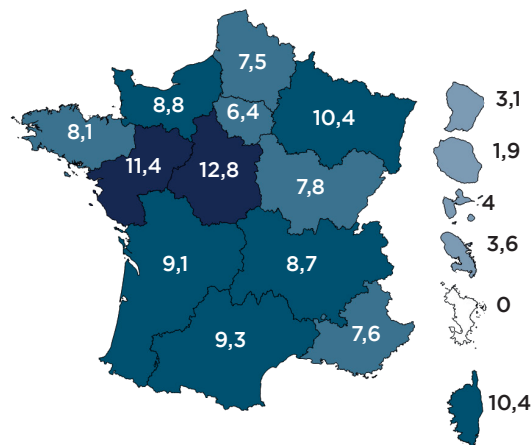
**Lecture:** il y a 6,1 décès pour 1 000 habitants dans l'Île-de-France

### Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



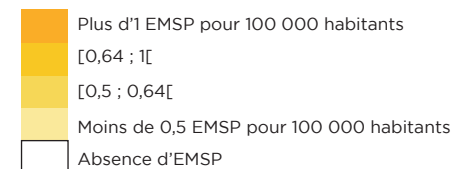
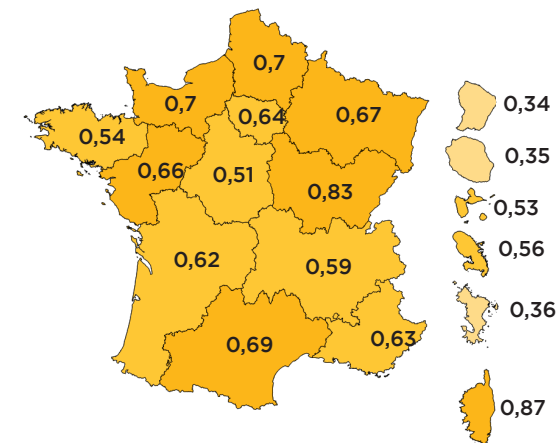
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 4,2 LUSP pour 100 000 habitants en Bretagne.

### Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



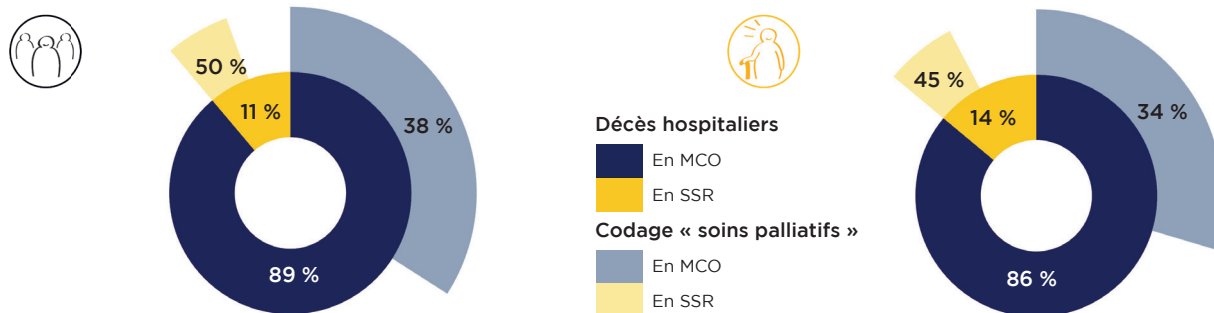
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y 11,4 LISP pour 100 000 habitants en Pays de la Loire.

### Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.  
**Lecture :** Il y a 0,34 EMSP pour 100 000 habitants en Guyane.

### Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus, en 2018



Source : ATIH, PMSI 2018.  
**Lecture :** En population générale, 89 % des patients sont décédés en MCO ; 38 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

En France métropolitaine, une région **a moins de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\* :  
 → le Centre-Val de Loire

Dans les DROM, la Réunion **a moins de 1 LUSP** pour 100 000 habitants\*

La Guyane et Mayotte **n'ont pas d'USP**

\* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018



# 06

---

## Annexes

Accès aux opioïdes et aux benzodiazépines	<b>84</b>
Méthodologie	<b>86</b>
Table des sources	<b>93</b>
Le CNSPFV	<b>99</b>
Auteurs et collaborateurs	<b>101</b>

# Accès aux opioïdes et benzodiazépines

---

Existe-t-il des règles de prescription et de délivrance d'opioïdes en France ?

Oui, pour les opioïdes stupéfiants.

Description des règles de prescription des opioïdes non stupéfiants

Prescription sur une ordonnance classique.

Description des règles de prescription des opioïdes stupéfiants (morphine, oxycodone, fentanyl, sufentanil, hydromorphine, péthidine, méthadone) en France

Prescription sur une ordonnance sécurisée non renouvelable: mention en toutes lettres du nombre d'unités thérapeutiques par prise, du nombre de prises et du dosage, l'interdiction de chevauchement d'ordonnances sauf mention expresse du prescripteur.

La durée maximale de prescription est de 7, 14 ou 28 jours.

Description des règles de délivrance des opioïdes en France

La délivrance de certains opioïdes stupéfiants doit être fractionnée par période de 3, 7 à 14 jours, sauf mention expresse du prescripteur « délivrance en une seule fois ».

Qui peut prescrire des opioïdes en France ?

Tout prescripteur à l'exception de certains opioïdes dont la prescription est réservée aux médecins exerçant en milieu hospitalier et/ou spécialités.

La codéine est-elle disponible en accès libre ?

Non, uniquement sur ordonnance.

Médicaments	Mode d'administration	Prescription	Disponibilité	
			À l'hôpital	En ville
<b>Médicaments opioïdes stupéfiants</b>		<b>Sur ordonnance sécurisée</b>		
<b>Morphine</b>	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
<b>Fentanyl</b>	Per os /nasal	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Transdermique	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	<b>Non</b>
<b>Sufentanil</b>	Per os	Médecin hospitalier / limitée à 3 jours	Oui	<b>Non</b>
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	<b>Non</b>
<b>Hydromorphone</b>	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
<b>Oxycodone</b>	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
<b>Péthidine</b>	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 7 jours	Oui	Oui
<b>Méthadone</b>	Per os sirop	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 14 jours	Oui	Oui
	Per os gélule	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 28 jours	Oui	Oui
<b>Médicaments opioïdes non stupéfiants</b>		<b>Liste I</b>		
<b>Tramadol</b>	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Initiale semestrielle par médecin hospitalier	Oui	Oui
<b>Codéine</b>	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
<b>Médicaments benzodiazépines</b>		<b>Liste I</b>		
<b>Diazépam</b>	Per os	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
<b>Midazolam</b>	Injectable	Tout prescripteur	Oui	<b>Non*</b>
<b>Clonazépam</b>	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Initiale annuelle par neurologue et pédiatre sur ordonnance sécurisée / limitée à 12 semaines	Oui	Oui

Sources : Code de santé publique, Vidal, ANSM, Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.

\* Accessible uniquement par rétrocession hospitalière. Dans un communiqué de presse du 10 février 2020, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, précise qu'elle permettra d'ici 4 mois la dispensation en ville du midazolam injectable aux médecins qui prennent en charge des patients en fin de vie à leur domicile. A l'heure où nous publions l'Atlas, le midazolam n'est toujours pas disponible en ville.

# Méthodologie

## Organisation du projet

Ce deuxième Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie en France met à jour certains indicateurs présentés dans la première édition de l'Atlas afin de mettre en évidence leurs évolutions. Il approfondit également la compréhension de la fin de vie des Français en présentant les nouveaux indicateurs et focus suivants :

- Personnes âgées de 75 ans et plus
- Déclinaison par sexe
- Déclinaison départementale sur les représentations cartographiques
- Cancers et maladies cardio-vasculaires
- Déclinaison des maladies de l'appareil circulatoire en trois sous-catégories : cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires et autres cardiopathies et maladies de l'appareil circulatoire
- Analyse des parcours de fin de vie des patients décédés à domicile ou en EHPAD
- Offre et activité en soins palliatifs : maillage territorial en USP, LISP et EMSP ; ressources humaines en USP et EMSP ; activité en USP et en LISP.

Le comité de pilotage constitué lors de la première édition de l'Atlas a été reconduit pour l'élaboration de cette deuxième édition. Il réunit des représentants des grandes institutions scientifiques, qui sont dépositaires de données sur le sujet pouvant apporter leur soutien et leur expertise dans son élaboration, la tutelle et un membre du Conseil d'orientation stratégique du CNSPFV :

- L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)
- La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)
- Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc)
- La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)
- L'Institut National d'Études Démographiques (Ined)
- La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
- La Société française d'accompagnement palliatifs (SFAP).

## Les données présentées

L'Atlas est issu d'un travail de recueil de données qui allie exploitation, valorisation et création d'indicateurs. Les données présentées se déclinent de la manière suivante :

- Exploitation de données déjà existantes et déjà publiées ;
- Valorisation de données déjà collectées mais non encore publiées ;
- Construction d'indicateurs inédits par l'exploitation de données existantes ;
- Exploitation de nouvelles bases de données telles que le Système national des données de santé (SNDS).

Le recueil de données existantes a été réalisé en interne. Elles sont essentiellement issues d'enquêtes nationales récurrentes ainsi que du recensement de données administratives. Ces données publiques sont en accès libre. Il est important de souligner que les données sont collectées, analysées et consolidées par les institutions (Insee, CépiDc, ATIH, Drees, etc.)

sur des temporalités différentes. Par conséquent, les dernières données disponibles ne portent pas toute sur la même année. Par exemple, les données issues de la Drees concernent majoritairement l'année 2019 ; celles de l'ATIH et de l'Insee l'année 2018 ; celles de CépiDc l'année 2016 ; celles du SNDS l'année 2015.

La valorisation de données déjà collectées mais non encore publiées a été pensée et réalisée en collaboration avec les différents instituts de recueil de données (Drees, Inserm-CépiDc, ATIH) représentés au sein du comité de pilotage. Des demandes d'extractions spécifiques ont été formulées aux institutions concernées.

## Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI permet de rassembler les informations relatives aux moyens de fonctionnement et à l'activité des établissements de santé publics et privés. Les données recueillies intègrent notamment les pathologies et les modes de prise en charge. Elles permettent, à méthodologie constante, de pouvoir disposer de données sur l'évolution des prises en charge dans le temps. Néanmoins, il est important de rappeler que les informations produites sont principalement utilisées pour le financement des établissements de santé et pour l'organisation de l'offre de soins.

## Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc)

Le CépiDc est un laboratoire de l'Inserm, il a essentiellement pour missions de produire annuellement la statistique des causes médicales de décès en France

---

en collaboration avec l'Insee, de diffuser les données et de réaliser des études et recherches sur les causes médicales de décès.

#### **Le Système national des données de santé (SNDS)**

Le SNDS constitue une avancée considérable pour analyser la santé de la population. Il regroupe à l'heure actuelle les données du Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram), du PMSI et du CépiDc.

Le SNDS a pour finalité la mise disposition de ces données afin de favoriser les études, recherches ou évaluations présentant un caractère d'intérêt public et contribuant à l'une des finalités suivantes :

- L'information sur la santé
- La mise en œuvre des politiques de santé
- La connaissance des dépenses de santé
- L'information des professionnels et des établissements sur leurs activités
- L'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale
- La surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaire.

Pour cette deuxième édition de l'Atlas, un protocole a été élaboré par le CNSPFV pour obtenir une extraction des données du SNDS afin d'étudier les données de fin de vie au domicile. Une convention a été signée le 4 octobre 2018 entre le CNSPFV et la CNAM pour l'exploitation de ces données.

La loi du 24 juillet 2019 a créé la Plateforme des données de santé, appelée également Health Data Hub. Désormais, les données du SNDS sont acces-

sibles via cette plateforme, pour tous les porteurs de projet contribuant à l'intérêt public, sous réserve de validation du projet d'étude par un comité indépendant (CESREES) et par la CNIL.

Pour aller plus loin :

<https://www.atih.sante.fr/>

<https://www.cepidc.inserm.fr/>

<https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil>

<https://www.health-data-hub.fr/>

#### **La Statistique annuelle des établissements (SAE)**

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est l'une des principales sources de données sur les établissements de santé (hôpitaux publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées). Elle est réalisée chaque année par la Drees et produit deux types de données : (1) une base « administrative » restituant les déclarations des établissements ; (2) une base « statistique » traitant la non-réponse totale et partielle et destinée aux études.

La SAE a pour objet de caractériser de façon précise les établissements (structures, capacités, équipements des plateaux techniques et personnels) ainsi que l'activité réalisée par type d'activité ou de discipline d'équipement. Elle a aussi pour objet de recueillir des indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et sur le suivi des activités de soins soumises à autorisation.

Il s'agit d'une enquête administrative exhaustive obligatoire menée auprès de tous les établissements de santé de France métropolitaine et dans les DROM.

Les données portant sur les services et structures de soins palliatifs étaient recueillies tous les ans entre 2004 et 2012. Depuis 2013, le recueil de ces données est réalisé une année sur deux. L'Atlas présente les données 2019. Pour certains calculs, il a été réalisé des estimations sur l'année 2014. A noter qu'en 2013, la SAE a connu une refonte. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013. Ainsi, les évolutions annuelles présentées dans la partie « Soins palliatifs » sont donc à interpréter avec prudence comme l'indique les pointillés sur les graphiques.

En 2019, les données sur les ressources humaines en USP et EMSP ont été collectées pour la première fois par la SAE. Cela résulte d'une demande du CNSPFV à la Drees. Cette demande a été retenue par le comité de pilotage de l'enquête SAE et les données sont présentées dans cette édition de l'Atlas.

L'Atlas cartographie les dotations en soins palliatifs (USP, LISP et EMSP) sur le territoire. Nous avons choisi de présenter le nombre de LUSP rapporté à 100 000 habitants car le dernier plan soins palliatifs prévoyait d'atteindre au moins 1 LUSP pour 100 000 habitants. En l'absence d'objectifs énoncés concernant les LISP et les EMSP, nous avons choisi d'harmoniser les indicateurs et ainsi de rapporter le nombre de LISP et d'EMSP à 100 000 habitants également.

Les données présentées proviennent des bases administratives de la SAE 2019, c'est-à-dire les données validées par les établissements. Ce sont des données



provisoires. Les bases statistiques, conçues à des fins d'études et sur lesquelles des redressements peuvent être effectués, ne sont pas disponibles à l'heure où nous publions cet Atlas. Elles devraient être disponibles fin novembre 2020.

Pour aller plus loin sur la refonte de la SAE: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>

Pour aller plus loin: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-refonte-de-l-enquete-sae-en-2014>

#### Estimation des besoins en soins palliatifs

Estimer finement les besoins en soins palliatifs parmi les personnes malades est complexe. L'estimation de la population décédée ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs, dite requérante, présentée dans le premier Atlas n'est pas renouvelée dans cette deuxième édition car sa méthodologie de calcul ne tient pas compte du stade d'avancement de la pathologie des patients inclus et a donc tendance à surestimer les besoins réels en soins palliatifs au sein de la population (Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 2014;28:49-58.). Pour exemple, avec cette méthode, un patient diabétique est considéré comme requérant dès lors que le diagnostic de sa patholo-

gie est posé. En réalité, il est difficile de savoir si un patient diabétique aura besoin de soins palliatifs, et si c'est le cas, à quel moment de son parcours il sera opportun d'initier cette prise en charge palliative.

Dans cet Atlas, nous avons choisi d'approcher les besoins en soins palliatifs en présentant deux indicateurs issus de données quantifiables : (1) L'ensemble des personnes décédées, décliné par âge, sexe et cause initiale de décès ; (2) l'ensemble des patients ayant reçu un codage soins palliatifs Z51.5 en milieu hospitalier au cours de l'année précédant leur décès. La réalité des besoins d'accompagnement en fin de vie se trouve entre ces deux indicateurs : en plus des patients décédés ayant reçu un codage soins palliatifs, il y a une ceux qui ont bénéficié d'un accompagnement de fin de vie non repérés par le codage et ceux qui en auraient eu besoin mais qui n'en n'ont pas bénéficié.

#### Estimation du nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge palliative via le système d'information hospitalier

Il est à noter que la notion de fin de vie n'est pas retranscrite par le système d'information hospitalier. Elle est indirectement identifiée par le décès et le codage « Soins palliatifs » (Z51.5) associés à un séjour (en diagnostic principal ou associé). Il est donc difficile de connaître le nombre de personnes en fin de vie ou ayant bénéficié de soins palliatifs à l'hôpital. Le travail d'estimation réalisé ici ne permet pas de décrire la réalité de la fin de vie à l'hôpital, mais de présenter les données statistiques disponibles et restituant partiellement les parcours de fin de vie.

Du point de vue de l'Assurance maladie, pour que le codage « Soins palliatifs » (Z51.5) soit légitime il faut :

- Que la maladie soit à un stade avancé (pronostic vital engagé)
- Que la prise en charge soit multidisciplinaire (médecin et infirmier plus au moins une autre profession: psychologue, psychiatre, diététicien, travailleur social, kinésithérapeute, ergothérapeute)
- Qu'elle associe au moins trois « soins de support » (soulagement de la douleur, accompagnement de la souffrance psychique, soins de nursing, traitement des autres symptômes, prise en charge nutritionnelle, prise en charge de kinésithérapie, prise en charge sociale). Il est important de garder à l'esprit que l'estimation réalisée comporte certaines limites et l'analyse des données doit être faite avec prudence:
- L'activité de soins déclarée par les établissements sert de base de calcul aux ressources allouées à l'hôpital, elle peut donc être sujette à différentes stratégies de codage. En effet, les données du PMSI ont avant tout un enjeu économique lié à la tarification.
- Les données d'activité hospitalière sont de nature déclarative et ne retranscrivent donc que ce qui est enregistré. De plus, le PMSI est dépendant de la plus ou moins bonne traçabilité des informations dans les dossiers médicaux à partir desquels les codages sont réalisés.
- Si des patients décédés et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs n'ont pas réalisé un séjour codé « soins palliatifs », cela ne signifie pas nécessairement qu'ils n'en ont pas bénéficié. Ils peuvent en avoir bénéficié sans que cette activité ait été codée.

---

- Les données recueillies ne permettent pas d'obtenir des indications sur les besoins et la lourdeur des prises en charge retranscrites dans la base de données et ne permettent pas non plus de juger de la qualité des soins dispensés.

- Cette estimation a été réalisée sur l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus et décédée en établissements hospitaliers en 2018 (MCO et SSR), à partir des données d'activité hospitalières traitées et fournies par l'ATIH.

#### Modélisation des trajectoires de fin de vie

Dans la littérature internationale, une modélisation des trajectoires de fin de vie est proposée par Murray et al. (2005) : trois parcours de patients y sont définis selon des catégories de pathologies. Cette modélisation permet d'estimer sur une échelle globale la proportion de patients s'inscrivant dans l'une ou l'autre trajectoire de fin de vie mais elle ne rend pas possible l'identification des trajectoires individuelles des patients et leurs besoins spécifiques en matière d'accompagnement en fin de vie.

- **La trajectoire 1** correspond à une évolution progressive et à une phase terminale facilement identifiable et rapide (cancers notamment). Le déclin dure souvent quelques années mais la phase terminale est généralement limitée à quelques mois.

- **La trajectoire 2** est caractérisée par un déclin graduel, ponctué par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue (défaillances

pulmonaires, maladies métaboliques, affections de l'appareil digestif, etc.). Le déclin dure entre 2 et 5 ans mais la mort est généralement soudaine.

- **La trajectoire 3** est définie par un déclin graduel et prolongé, typique des personnes âgées et fragiles, polyopathologiques ou des personnes atteintes de démence. La période de déclin est variable mais généralement longue, elle peut durer jusqu'à 6-8 ans.

L'estimation a été réalisée par le CépiDc sur l'ensemble de la population décédée en 2016 (dernières données disponibles) âgée de 18 ans et plus, quel que soit le lieu de décès, à partir des données issues des certificats de décès (voir tableau page 92).

Pour aller plus loin : [Murray SA et al. Illness trajectories and palliative care. \*BMJ\* 2005, vol. 330, n° 7498, p. 1007-1011. \[en ligne\]](#)

#### Activité des USP et des LISP

Les données d'activité en USP et en LISP ont été travaillées avec l'ATIH. Extraites sur l'année 2018 et recueillies sur l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus, ces données portent sur :

- Effectif des séjours et des décès en USP / en LISP entre 2014 et 2018
- Durée moyenne de séjour (DMS) comprenant un passage en USP / en LISP (en nuitées)
- Effectif des décès
- Moyenne d'âge des patients décédés en USP / en LISP.

En complément, l'analyse des données du SNDS a permis d'étudier les pathologies des personnes prises en charge en USP et en LISP.

#### Parcours de fin de vie à domicile et en EHPAD

L'étude sur les parcours de fin de vie des personnes décédées à domicile et en EHPAD a été réalisée par le biais de l'extraction de données du SNDS.

Il convient de rappeler que l'étude porte sur les bénéficiaires du régime général de l'Assurance Maladie, qui prend en charge la majorité de la population : les travailleurs salariés ainsi que toute personne bénéficiant de droit au titre de la résidence (protection universelle maladie). Les travailleurs indépendants, rattachés à ce régime depuis le 1er janvier 2018, ne font pas partis de cette étude.

L'identification du nombre de patients décédés à domicile et en EHPAD a été réalisée à partir de la base de données des causes de décès fournie par le CépiDc de l'année 2015, dernière année disponible sur le SNDS au moment de l'analyse. Une cartographie des lieux de décès a été réalisée pour étudier les disparités géographiques concernant les décès à l'hôpital, à domicile et en EHPAD.

L'analyse des parcours hospitaliers des 6 derniers mois de vie des patients décédés à domicile et en EHPAD a été effectuée à partir des bases PMSI. Ont été inclus les séjours MCO et SSR dont les dates d'entrée ET de sortie à l'hôpital étaient inférieures ou égales à 180 jours avant la date du décès des patients. A partir de ces séjours, le nombre d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation au cours des 6 derniers mois de vie des patients décédés ont été étudiés. Les séjours suivants ont été exclus de l'analyse : séjours

---

dont la date d'entrée était supérieures à 180 jours avant la date de décès, les séjours dont les dates d'entrée et de sortie correspondaient au le même jour.

L'analyse des parcours de soins en ville a été effectuée à partir des bases Sniiram de prestations. Pour identifier les consultations ou visites d'un médecin généraliste, les codes de prestations suivants ont été retenus: 1111, 1112, 1211, 1212. Pour identifier les actes infirmiers, les codes de prestations suivants ont été retenus: 3111, 3112, 3115. Les prestations exécutées dans les 30 jours précédant le décès ont été incluses.

### Points de vigilance sur quelques indicateurs et données présentés

#### Le taux brut de mortalité

Il existe plusieurs indicateurs pour représenter la mortalité. Le taux brut de mortalité est un indicateur qui rapporte le nombre de décès d'une année à la population totale moyenne de cette même année, dans un territoire donné. Nous avons choisi de présenter cet indicateur avec pour objectif d'appréhender les besoins sanitaires relatifs aux personnes décédées dans un territoire donné, en vue d'adapter les politiques publiques sur le sujet à l'échelle de ce territoire. Pour interpréter cet indicateur, il est important de comprendre que celui-ci représente à la fois la mortalité et la structure de la population (âge, sexe, etc.) d'un territoire donné. Pour exemple, un département avec de nombreuses personnes âgées (et donc aux âges de forte mortalité) aura un taux brut de mortalité

plus élevé qu'un département avec le même niveau de mortalité mais ayant une structure de population plus jeune. De ce fait, il permet d'estimer le poids des besoins relatifs à l'accompagnement de fin de vie, vis-à-vis des autres besoins sanitaires au sein même d'un département.

Le taux standardisé de mortalité est quant à lui utilisé pour comparer la mortalité dans des populations différentes. Pour y parvenir, il tient compte des différences de structure de ces populations, notamment d'âge. Son calcul est réalisé à partir du nombre de décès théorique qu'il y aurait sur un territoire étudié si celui-ci avait la même structure d'âge qu'une population de référence. Nous avons choisi de ne pas présenter cet indicateur dans l'Atlas car il nous a semblé moins pertinent pour aider à la décision politique sanitaire à l'échelle territoriale. Pour consulter les taux standardisés de mortalité : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012741>.

#### Les lieux de décès

Les données concernant les lieux de décès présentent certaines limites. Les lieux de décès sont notifiés dans le bulletin 7 et l'avis de décès 7 bis, c'est donc à partir des catégories indiquées dans ces documents que les statistiques d'état civil sont réalisées par l'Insee. Il existe 7 catégories de lieux de décès : « Logement », « Etablissement hospitalier », « Clinique privée », « Hospice, maison de retraite », « Voie ou lieu public », « Autre » et « Non déclaré » (lorsque le lieu de décès n'est pas renseigné).

Il a été choisi de rassembler les décès en « établissement hospitalier » et en « clinique privée » en une seule catégorie « établissement hospitalier ou clinique privée » et de rassembler les décès « Voie ou lieu public », « Autre » et « Non déclaré » dans une seule catégorie « Autre ». De plus, les catégories utilisées nous semblant en partie obsolètes au regard des changements de lieux de décès et de l'évolution de l'offre de prise en charge, nous avons convenu de renommer la catégorie « Hospice, maison de retraite » par « Maison de retraite / EHPAD », et la catégorie « Logement » en « Domicile ».

Cependant, il est important d'interpréter ces catégorisations avec précaution. En effet, cette comptabilisation ne permet pas de distinguer les décès survenus dans les établissements sociaux ou médico-sociaux (tels que les EHPAD, les MAS, les FAM ou encore les CHRS) confondus dans les catégories « Logement », « Hospice, maison de retraite » et « Autre ». L'enquête EHPA 2015 réalisée par la Drees a en effet montré que les décès déclarés à l'état civil comme ayant lieu dans un « hospice ou maison de retraite » représentent environ les 2/3 des décès de résidents d'EHPAD au sein de leur établissement, tels que déclarés par les établissements eux-mêmes (source : Marianne Müller, Delphine Roy (Drees), 2018 ; L'EHPAD dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 ; Etudes et résultats, n° 1094 Drees, novembre). De la même manière, les personnes décédées à domicile dans le cadre d'une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ne sont

---

pas identifiables (probablement confondues dans les catégories « Logement », « Etablissement de santé », « Hospice, maison de retraite » ou « Autre »).

#### **Le circuit d'un certificat de décès: du constat médical aux statistiques publiques**

Les statistiques d'état civil sur les décès sont issues d'une exploitation des informations transmises par les mairies à l'Insee qui s'assure de l'exhaustivité et de la qualité des données avant de produire les fichiers statistiques d'état civil.

En premier lieu, un médecin remplit le certificat de décès comprenant deux parties, l'une administrative, l'autre médicale qu'il clôt. Le certificat est ensuite transmis à la mairie du lieu de décès. La mairie rédige alors deux documents: l'avis de décès 7 bis et le bulletin de décès 7. L'avis 7 bis comporte le nom de la personne décédée et les informations d'état civil qui permettront à l'Insee de mettre à jour le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP). Le bulletin 7 comprend les mêmes informations individuelles sur la personne décédée mais sans les données d'identification de la personne décédée (nom, prénom). La mairie envoie l'avis 7 bis à l'Insee.

Le bulletin 7, accompagné de la partie inférieure du certificat toujours close, est quant à lui transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS ou la délégation territoriale du département selon l'organisation des ARS). Le médecin de l'ARS ouvre le certificat et prend connaissance des causes du décès, contenues dans la partie médicale restée masquée jusqu'alors (dans un contexte de surveillance des causes de décès). Le certificat est ensuite envoyé à l'Inserm toujours accompagné du bulletin 7. Parallèlement à cette procédure, en cas de mort suspecte, le corps est transféré dans un Institut médico-légal qui rédige le certificat médical de décès définitif.

Ce circuit relativement complexe a pour objectif de garantir la confidentialité des causes de décès : l'Insee sait qui est décédé mais ne connaît pas les causes médicales du décès, alors que l'Inserm connaît les causes du décès mais ne sait pas qui est la personne décédée. Dans le cadre d'un certificat papier, le délai pour disposer des données est de 3 semaines à 4 mois. A contrario, les données sont quasi immédiatement disponibles dans le cadre du certificat électronique.

Source: [http://www.certdc.inserm.fr/public\\_view.php?i-hm=102](http://www.certdc.inserm.fr/public_view.php?i-hm=102)

#### **Ressources humaines en USP et en EMSP :**

Le nombre d'ETP moyen pour 10 lits d'USP par profession, le nombre moyen d'ETP par EMSP par profession et le nombre de demi-journées bénévoles par mois ont également été calculés à partir des données issues de la base administrative de la SAE 2019. Les bases statistiques n'étant pas encore disponibles au moment de la sortie de l'Atlas, la Drees nous a indiqué la méthodologie suivante pour analyser les non-réponses. Les USP et les EMSP ayant répondu à au moins un des items concernant les ETP et les demi-journées bénévoles ont été incluses pour le calcul. Pour les 154/164 USP et les 406/428 EMSP incluses, la non-réponse à un item a été considérée comme valant pour zéro (zéro ETP ou zéro demi-journée selon l'item). Il est important d'interpréter la valeur des indicateurs avec précaution. En effet, si certaines structures ont omis de répondre à un ou plusieurs items (c'est-à-dire qu'elles n'ont pas répondu alors qu'elles ont en réalité des ETP ou des demi-journées de bénévoles), les valeurs des indicateurs peuvent sous-estimer les valeurs réelles. Le calcul des indicateurs à l'échelle régionale étant réalisé à partir d'effectifs d'USP et d'EMSP plus faibles, le poids de la non-réponse pourrait accentuer la sous-estimation.

Pathologies et codes CIM10 associés à la modélisation des trajectoires de fin de vie

Libellé	Codes CIM10	Type de trajectoires
Soins palliatifs	Z51.5	-
VIH	B20 à B24	T2
Certaines autres maladies infectieuses	A52.0 à A52.3, A52.7, A81.0, A81.2, B15 à B19	T2
Tumeurs	C00 à C26, C30 à C34, C37 à C41, C43 à C58, C60 à C85, C88, C90 à C97, D00 à D09, D32, D33, D37 à D48, D63.0, G13.0, G13.1, G53.3, G55.0, G63.1, J70.1, M36.0, M36.1, N08.1, N16.1, Z03.1, Z08, Z51.0, Z51.1, Z51.2	T1
Aplasies médullaires et certaines maladies chroniques du sang et des organes hématopoïétiques	D60, D61, D69, D 70, D75.2, D75.8, D86	T2
Diabète	E10 à E14, G59.0, G63.2, H36.0, M14.2, N08.3	T2
Certaines autres maladies endocriniennes	E70 à E72, E75 à E77, E84, E85	T2
Démences (y compris au cours d'autres maladies)	F00, F01, F03, F05, F06, F02	T3
Maladie de Parkinson (nc démence)	G20 à G23	T3
Maladie d'Alzheimer (nc démence)	G30 à G32	T3
Sclérose en plaques (nc démence)	G35 à G37	T3
Affections musculaires et neuro-musculaires	G70 à G73	T3
Certaines autres maladies du système nerveux	G03 à G05, G07, G10 à G12, G47.8, G51.8, G55.1, G60.8, G80 à G83, G90 à G99	T3
Insuffisance cardiaque	I50	T2
Maladies cérébrovasculaires	G46, I60 à I64, I67, I68.8, I69, I65, I66, I68.0 à I68.2	T2
Certaines autres maladies cardio-vasculaires	I23.1 à I23.3, I23.8, I25, I27, I42, I43, I51, I52.0, I70, I73, I74, I79.2, I97.0, I97.1, I97.8, I98.0, I98.1, I98.8	T2
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	J40 à J44, J47, J60 à J62, J66, J80, J84.1, J95.1 à J95.3, J96, J98.0 à J98.4	T2
Insuffisance hépatique	K70 à K77	T2
Certaines autres maladies de l'appareil digestif	K44, K50, K51, K55, K56, K85, K86, K87.1, K90	T2
Certaines maladies de la peau	L30.5, L40 à L42, L44.0, L93, L94.5	T2
Certaines maladies ostéo-articulaires et des muscles	M05, M06, M13, M15, M21, M30 à M35, M40 à M43, M45 à M51, M53, M54, M63.8, M80, M81, M82.0, M82.1, M84.3, M84.4, M86 à M88, M90.7, M96.1	T2
Certaines maladies de l'appareil génito-urinaire	N02 à N05, N11, N12, N13.6, N16.0, N18, N19, N25, N31.2, N31.8, N31.9, N82	T2
Certaines malformations congénitales	Q01 à Q06, Q07.8, Q07.9, Q20 à Q28, Q31, Q33, Q40 à Q45, Q60 à Q68, Q71.4, Q75 à Q79, Q85.0, Q86, Q87, Q89, Q93, Q95 à Q97, Q99	T2
Anomalies de la respiration	R06.0, R06.2 à R06.5, R06.8	T2

Source : ONFV. *Fin de vie : un premier état des lieux*. Paris : ONFV, 2011, 268 p. disponible en ligne.

# Table des sources

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Chapitre de l'Atlas
<b>Démographie</b>							
Nombre d'habitants	National/ Régional	Population totale au 1 <sup>er</sup> janvier 2019	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus	National/ Régional	Population âgée de 75 ans et plus au 1 <sup>er</sup> janvier 2019	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie
Part des personnes âgées de 75 ans et plus	National/ Régional Départemental	Population âgée de 75 ans et plus au 1 <sup>er</sup> janvier 2019 rapporté à la population totale au 1 <sup>er</sup> janvier 2019	Insee, estimation de la population par grande classe d'âge	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
Part des personnes âgées de 90 ans et plus	National	Population âgée de 90 ans et plus au 1 <sup>er</sup> janvier 2019 rapporté à la population totale au 1 <sup>er</sup> janvier 2019	Insee, estimation de la population par grande classe d'âge	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie
Densité de population	National/ Régional Départemental	Effectif de la population d'une zone géographique rapporté à la superficie de cette zone. Les résultats sont exprimés en nombre d'habitants par km <sup>2</sup>	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
Espérance de vie à la naissance	National/ Régional	Durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
<b>Offre sanitaire générale</b>							
Nombre de lits MCO pour 100 000 personnes	Régional	Rapport entre le nombre de lits MCO et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale / Pages régionales
Nombre de lits SSR / USLD pour 100 000 personnes	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de lits SSR / USLD et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale / Pages régionales
Nombre de médecins généralistes pour 100 000 personnes	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de médecins généralistes et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, RPPS ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale
Nombre de médecins généralistes	Régional		Drees, RPPS ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Pages régionales
Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 personnes	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre d'infirmiers libéraux et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, fichier Adeli ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale

Nombre d'infirmiers libéraux	Régional		Drees, Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Pages régionales
Nombre de lits MCO pour 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de lits MCO et la population âgée de 75 ans estimée, multiplié par 10 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale
Nombre de lits SSR / USLD pour 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de lits SSR / USLD et à la population âgée de 75 ans estimée, multiplié par 10 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale
Densité médecins généralistes pour 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de médecin généralistes et la population estimée de 75 ans et plus, multiplié par 10 000	Drees, RPPS ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale
Densité infirmiers libéraux pour 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre d'infirmiers libéraux et la population estimée de 75 ans et plus, multiplié par 10 000	Drees, fichier Adeli ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale
<b>Mortalité</b>							
Nombre de décès	National / Régional		Insee	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Page Mortalité / Pages régionales
Part des décès des personnes âgées de 75 ans et plus	National / Régional		Insee	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Pages régionales
Nombre de décès par sexe et par tranche d'âge	National	Répartition du nombre de décès par sexe et par tranche d'âge	Insee	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Page Mortalité
Taux brut de mortalité	National / Régional / Départemental	Nombre de décès de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année	Insee	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Page Mortalité / Pages régionales
Taux brut de mortalité chez les personnes de 75 ans et plus	Départemental	Nombre de décès des personnes âgées de 75 ans et plus rapporté à la population des personnes âgées de 75 ans et plus moyenne de l'année	Insee	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Page Mortalité
<b>Mortalité: lieux de décès</b>							
Lieux de décès	National / Régional	Le lieu de décès notifié dans les bulletins et avis de décès: « Logement ou domicile » ; « Etablissement hospitalier » ; « Clinique privée » ; « Maison de retraite » ; « Voie ou lieu public » ; « Autre » ; « Non déclaré »	Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Mortalité / Pages régionales
Lieux de décès par tranche d'âge et par sexe	National	Répartition du lieu de décès par tranche d'âge et par sexe	Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Mortalité / Pages régionales

Mortalité: **causes initiales de décès**

Répartition des décès par causes initiales de décès, selon le sexe	National / Régionale	Proportion des décès selon la cause principale (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, maladie du système nerveux et des organes des sens, troubles mentaux et du comportement, maladies de l'appareil digestif, causes externes, autres causes). Calcul: nombre de décès par cause en 2016 rapporté à l'ensemble des décès en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité / Pages régionales
Répartition des décès selon la cause initiale et par âge	National	Répartition des décès selon la cause initiale et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité

Mortalité: **cancers et maladies de l'appareil circulatoire**

Nombre de décès par cancer	National		Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Répartition des décès par cancer par tranche d'âge et par sexe	National	Pourcentage des décès par cancer en 2016 par sexe et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Nombre de décès pour les principaux cancers par sexe	National	Répartition du nombre de décès des principaux cancers par sexe en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Nombre de décès par maladies de l'appareil circulatoire	National	Répartition des décès par maladies de l'appareil circulatoire en 2016 par sexe et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Répartition des décès par maladies de l'appareil circulatoire par tranche d'âge et par sexe	National	Pourcentage des décès par cancer en 2016 par sexe et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Nombre de décès pour les principales maladies de l'appareil circulatoire par sexe	National	Répartition du nombre de décès des principales maladies de l'appareil circulatoire par sexe en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité

Mortalité: **modélisation des trajectoires de fin de vie**

Répartition des patients décédés en 2016 selon la modélisation des trajectoires de fin de vie	National	Pourcentage des décès par trajectoire en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
---	----------	---	---------------	-------------------------------	------	-----------------------	-----------

Mortalité: **personnes âgées de 75 ans et plus**

Part des décès des personnes âgées de 75 ans et plus pour chaque cause initiale de décès	National	Part des décès des personnes de 75 ans et plus pour une cause initiale de décès donnée	Inserm-CépiDc - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Répartition des décès des personnes âgées de 75 ans et plus par cause initiale de décès	National	Répartition des décès pour l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus selon la cause initiale de décès	Inserm-CépiDc - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité



## Soins palliatifs : les lits de soins palliatifs

Nombre d'USP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006 à 2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LUSP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006 à 2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants	National / Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de LUSP et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
ETP en USP rapportés à 10 lits	National / Régional	Nombre d'ETP moyen de médecin, cadre, infirmier, aide-soignant, psychologue et secrétaire au sein des USP rapportés à 10 lits	Drees, enquête SAE - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LISP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'établissements disposant de LISP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LISP pour 100 000 habitants	National / Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de LISP et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales

## Soins palliatifs : les EMSP

Nombre d'EMSP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants	National / Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de EMSP et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs
Répartition des interventions des EMSP selon le lieu	National	Nombre d'interventions par lieu (établissement sanitaire, domicile du patient, établissements médico-sociaux) rapporté à l'ensemble des interventions	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs
ETP en EMSP	National / Régional	Nombre d'ETP moyen de médecin, cadre, infirmier, aide-soignant, psychologue et secrétaire au sein des EMSP	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de réseaux de santé en soins palliatifs	National / Régional		ARS	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales
Nombre de ERRSPP	National / Régional		www.ferrsp.fr	France métropolitaine et DROM	2020	Libre	Pages régionales

## Soins palliatifs : activités des USP et des LISP

Nombre de patients pris en charge dans des lits d'USP (LUSP)	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Nombre de patients pris en charge en LISP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Age moyen du décès en LUSP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Age moyen du décès en LISP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Durée moyenne de séjour en LUSP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Durée moyenne de séjour en LISP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de décès en LUSP	National	Evolution du nombre de décès en LUSP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de décès en LISP	National	Evolution du nombre de décès en LISP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de séjours en LUSP	National	Evolution du nombre de séjours en LUSP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de séjours en LISP	National	Evolution du nombre de séjours en LISP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP

## Fin de vie à l'hôpital

Nombre de décès à l'hôpital	National	Nombre de décès enregistrés en MCO et SSR en 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR)	National	Pourcentage des personnes décédées en MCO et en SSR	SNDS - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales
Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) des personnes âgées de 75 ans et plus	National	Pourcentage des personnes âgées de 75 ans et plus décédées en MCO et en SSR	SNDS - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales

Part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs »	National	Proportion des patients décédés en milieu hospitalier qui ont reçu un codage soins palliatifs selon le lieu : MCO ou SSR	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales
Part des patients âgés de 75 ans et plus décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs »	National	Proportion des patients décédés âgés de 75 ans et plus en milieu hospitalier qui ont reçu un codage « soins palliatifs » selon le lieu : MCO ou SSR	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales

#### Fin de vie à domicile et en Ehpad

Caractéristiques des patients décédés par sexe	National	Répartition du nombre de décès par sexe, à domicile et en EHPAD, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Caractéristiques des patients décédés Âge moyen du décès	National	Moyenne d'âge au moment du décès	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Prise en charge hospitalière en fin de vie	National	Part des personnes décédées à domicile et en EHPAD ayant séjourné au moins une fois à l'hôpital au cours des 6 derniers mois de vie et nombre moyen de séjours	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Prise en charge en ville en fin de vie	National	Part des personnes décédées à domicile et en EHPAD ayant vu un médecin généraliste ou eu un acte infirmier au cours des derniers mois de vie et nombre moyen de consultations pour un médecin généraliste	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie

#### Lieux de décès par département

Part des décès à l'hôpital, à domicile et en EHPAD par département en 2015, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus	Départemental	Pourcentage de décès à l'hôpital, à domicile et en EHPAD par département en 2015, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
--	---------------	--	----------------------------	-------------------------------	------	-----------------------	------------------------

**L**e Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV), émanation du ministère des Solidarités et de la Santé, est chargé de mener à bien trois missions phares :

- 1 informer le grand public et les professionnels sur la législation en vigueur en matière de fin de vie et d'accès aux soins palliatifs
- 2 collecter, analyser et visibiliser les données sur l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs à l'échelle du territoire
- 3 participer au suivi des politiques publiques sur ces thématiques

Le but du Centre national est de promouvoir le dialogue sur les sujets liés aux soins palliatifs et à la fin de vie, dans l'espace public et dans le champ de la médecine en transversalité, c'est-à-dire en favorisant les échanges entre spécialités médicales. Cela signifie ouvrir et décloisonner le débat, mettre à jour les problématiques émergentes dans les domaines des soins palliatifs et de la fin de vie, observer les pratiques liées aux nouveaux droits des patients pour évaluer leur effectivité.

Dans cette perspective, le CNSPFV mène depuis 2016 de multiples actions et travaux : campagnes d'information nationales sur les dispositifs des directives anticipées et de la personne de confiance, débats citoyens en région, groupes de travail sur différents thèmes (directives anticipées, sédation profonde et continue jusqu'au décès, obstination déraisonnable...), enquêtes quantitatives et qualitatives (ressources humaines en structures de soins palliatifs, pratique de la sédation profonde et continue jusqu'au décès...), études approfondies des données portant sur les parcours des personnes en fin de vie, aussi bien en milieu hospitalier qu'en ville, incrémentation régulière et systématique d'une base de données bibliographique internationale. L'Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France est le point d'orgue de nos travaux d'analyse et de collecte des données relatives à la fin de vie.



Décret n° 2016-5 du 5 janvier 2016 portant création du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.



# Auteurs et collaborateurs

---

L'Atlas a été porté et réalisé par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Il s'est appuyé sur un comité de pilotage. Celui-ci a eu pour rôle de participer à la réflexion concernant les données à conserver dans cette deuxième édition et les données à ajouter, d'apporter son soutien technique à la création et à l'optimisation de certains indicateurs et focus et de les mettre à jour avant inclusion. Ce comité de pilotage était principalement constitué de représentants des grandes institutions scientifiques dépositaires de données sur le sujet pouvant apporter soutien et expertise dans l'élaboration de ce projet.

Au nom de l'équipe du projet et du CNSPFV, nous souhaitons exprimer notre gratitude aux organisateurs, institutions, associations et professionnels qui ont permis à cette deuxième édition de l'Atlas de voir le jour.

## Institution :

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie  
35 rue du plateau - CS 20004 - 95958 Paris Cedex (France)

## Principaux auteurs :

François Cousin - CNSPFV, Médecin de santé publique  
Thomas Gonçalves - CNSPFV, Chargé de mission

## Sous la responsabilité de :

Brahim Bouselmi - CNSPFV, Directeur  
Sandrine Bretonnière - CNSPFV, Directrice adjointe scientifique  
Véronique Fournier - CNSPFV, Présidente

## Mise en page par :

Isabelle Pamart - CNSPFV, Graphiste

## Contributeur au sein du CNSPFV :

Caroline Tête - CNSPFV, Documentaliste

## Acteurs ayant participé à la réussite de ce projet :

Les Agences régionales de santé  
L'Institut national de la statistique et des études économiques

## Comité de pilotage

### ATIH

Marlène Bernard - Ingénieur statisticien

### Inserm-CépiDc

Walid Ghosn - Ingénieur d'étude statisticien-épidémiologiste

### CNAM

Philippe Tuppin - Médecin de santé publique, épidémiologiste

### INED

Sophie Pennec - Directrice de recherche

### DGOS

Marie-Laure Sarafinof - Chargée de mission « Soins Palliatifs-Fin de Vie »

### SFAP

Isabelle Marin - Médecin de soins palliatifs

### Drees

Delphine Roy - Cheffe du bureau « handicap, dépendance »  
Marianne Muller - Chargée d'études et d'enquêtes statistiques  
Gaëlle Gateaud - Responsable de l'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements de santé)

# Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

# Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.





**Centre national  
des soins palliatifs et de la fin de vie**

35 rue du Plateau – CS 20004 – 75958 Paris Cedex 19  
01 53 72 33 00 – [contact@spfv.fr](mailto:contact@spfv.fr)  
[www.parlons-fin-de-vie.fr](http://www.parlons-fin-de-vie.fr)

