



ATLAS des soins palliatifs et de la fin de vie en France

PREMIÈRE ÉDITION
2018

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

Première édition
2018

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

Première édition - 2018

Auteurs principaux

Alice Ravanello

Laureen Rotelli-Bihet

Sous la responsabilité de :

Véronique Fournier

Sandrine Bretonnière

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

Site Internet : www.spfv.fr

Réalisation

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, Pôle études et données, Couverture

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 © 2018 CNSPFV

ISBN : 978-2-9561977-3-7

EAN : 9782956197737

Pour citer ce document :

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.

Table des matières

01 INTRODUCTION

Auteurs et collaborateurs	9
À propos du CNSPFV	10
Contexte et objectifs du projet	11
Méthodologie	12
Table des sources	23

02 FOCUS THÉMATIQUES

Sociodémographie	32
Mortalité	34
Offre en soins palliatifs	36
Estimation de la population requérante en soins palliatifs	38
Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage	40
Dépendance	42
Fin de vie en EHPAD	43
Historique	44
Accès aux opioïdes et benzodiazépines	46
Formation et recherche	48

03 PROFILS RÉGIONAUX

Île-de-France	52
Centre-Val de Loire	53
Bourgogne-Franche-Comté	54
Normandie	55
Hauts-de-France	56
Grand Est	57
Pays de la Loire	58
Bretagne	59
Nouvelle-Aquitaine	60
Occitanie	61
Auvergne-Rhône-Alpes	62
Provence-Alpes-Côte d'Azur	63
Corse	64
Guadeloupe	65
Martinique	66
Guyane	67
La Réunion	68
Mayotte	69

Sigles utilisés

ADMD

Association pour le droit de mourir dans la dignité

AGGIR

(Grille) Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

APA

Allocation personnalisée d'autonomie

AP-HP

Assistance publique - Hôpitaux de Paris

ARS

Agence régionale de santé

ATIH

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC

Accident vasculaire cérébral

CARE

(Enquête) Capacités aides et ressources des seniors

CCNE

Comité consultatif national d'éthique

CEPIDC

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CH

Centre hospitalier

CHRS

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU

Centre hospitalier universitaire

CIM

Classification internationale des maladies

CLCC

Centre régional de lutte contre le cancer

CMU-C

Couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNDRSP

Centre national de ressources soin palliatif

CNEFUSP

Collège national des enseignants pour la formation universitaire en soins palliatifs

CNOM

Conseil national de l'ordre des médecins

CNSPFV

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

CREDOC

Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

CSAPA

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DFASM

Diplôme de formation approfondie en sciences médicales

DFGSM

Diplôme de formation générale en sciences médicales

DGOS

Direction générale de l'offre de soins

DIU

Diplôme inter-universitaire

DOM

Départements d'outre-mer

DREES

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

DROM

Département et région d'outre-mer

DU

Diplôme universitaire

EHPA

(Enquête) Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP

Équipe mobile de soins palliatifs

ERRSPP

Équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques

ETP

Équivalent temps plein

FAM

Foyer d'accueil médicalisé

FDEP

French deprivation - Index de désavantage social

FINESS

Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FNORS

Fédération nationale des observatoires de santé

GIR

Groupes iso-ressources

HAD

Hospitalisation à domicile

INED

Institut national d'études démographiques

INPES

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE

Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM

Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSPQ

Institut national de santé publique du Québec

ISSN

International standard serial number

JALMALV

Fédération jusqu'à la mort accompagner la vie

LISP

Lit identifié de soins palliatifs

MAS

Maison d'accueil spécialisée

MCO

Médecine, chirurgie, obstétrique

MSA

Mutualité sociale agricole

ONFV

Observatoire national de la fin de vie

OSAM

Observation de la santé et de l'assurance maladie (sous-direction de la DREES)

OSOL

Observation de la solidarité (sous-direction de la DREES)

PACES

Première année commune aux études de santé

PMI

Protection maternelle et infantile

PMID

PubMed identifier (Identifiant PubMed)

PMSI

Programme de médicalisation des systèmes d'information

PTA

Plateforme territoriale d'appui

RNIPP

Répertoire national d'identification des personnes physiques

RSI

Régime social des indépendants

RSSP

Réseau de santé ayant une activité en soins palliatifs

SAE

(Enquête) Statistique annuelle des établissements de santé

SFAP

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SFAR

Société française d'anesthésie et de réanimation

SFETD

Société française d'étude et de traitement de la douleur

SSR

Soins de suite et de réadaptation

USLD

Unité de soins de longue durée

USP

Unité de soins palliatifs

VQS

(Enquête) Vie quotidienne et santé

WOS

Web of science

01

Introduction

Auteurs et collaborateurs	9
À propos du CNSPFV	10
Contexte et objectifs du projet	11
Méthodologie	12
Table des sources	23

Auteurs et collaborateurs

L'Atlas a été porté et réalisé par le Pôle études et données du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Pour mener à bien ce projet, un comité de pilotage a été constitué. Celui-ci a eu pour rôle de participer à la réflexion concernant les données qui devaient y figurer, d'apporter un soutien technique à la création de certains indicateurs et de les valider avant inclusion. Ce comité de pilotage se voulait opérationnel et 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 organisations, institutions, associations et professionnels qui ont permis à cet Atlas de voir le jour.

Institution

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

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

Principaux auteurs

Alice Ravanello - CNSPFV, Chargée de mission, Pôle études et données

Laureen Rotelli-Bihet - CNSPFV, Chargée de mission, Pôle études et données

Sous la responsabilité de :

Véronique Fournier - Présidente du CNSPFV

Sandrine Bretonnière - Responsable du Pôle études et données

Contributeurs au sein du CNSPFV

Julien Bernard - CNSPFV, Médecin chargé de mission, Pôle études et données

Thomas Gonçalves - CNSPFV, Chargé de mission, Pôle études et données

Mahée Lacourse - CNSPFV, Stagiaire documentaliste, Pôle veille et documentation

Stéphanie Pierre - CNSPFV, Chargée de mission, Pôle études et données

Caroline Tête - CNSPFV, Documentaliste, Pôle veille et documentation

Acteurs ayant participé à la réussite de ce projet

Les Agences Régionales de Santé

La Direction Générale de l'Offre de Soins

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques

Le Conseil national de l'Ordre des médecins

Comité de pilotage

ATIH

Anne Bataillard - Médecin chef de projet, Marlène Bernard - Ingénieure statisticien, Françoise Bourgoïn - Cheffe de service « Réponses aux demandes externes »

CCNE

Régis Aubry - Membre du CCNE, Président de l'espace de réflexion éthique de Bourgogne-Franche-Comté

Inserm-CépiDc

Walid Ghosn - Ingénieur d'étude statisticien-épidémiologiste

CNAMTS

Philippe Tuppin - Médecin de santé publique, épidémiologiste

INED

Sophie Pennec - Directrice de recherche

SFAP

Anne Richard - Ancienne Présidente

DREES

Gaëlle Gateaud - Cheffe du pôle SAE, Bureau « Établissements de Santé », Rémy Marquier - Adjoint au sous-directeur de l'observation de la Solidarité, Delphine Roy, Mahel Bazin et Marianne Muller - Bureau « Handicap-Dépendance »

À propos du CNSPFV

Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie a été créé auprès de la ministre chargée de la Santé et des Affaires sociales le 5 janvier 2016 par décret.

Il résulte de la fusion de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) et du Centre national de ressources soin palliatif (CNDRSP).

Ses missions, telles que stipulées dans le décret, sont les suivantes :

- 1° Contribuer à une meilleure connaissance des conditions de la fin de vie et des soins palliatifs, des pratiques d'accompagnement et de leurs évolutions, ainsi que de l'organisation territoriale de la prise en charge des patients et de leur entourage. À cette fin :
 - a) il mobilise et valorise les dispositifs de collecte et de suivi des données relatives aux soins palliatifs et à la fin de vie, en participant notamment à la diffusion des résultats disponibles par la mise à disposition de ces données ;
 - b) il coordonne des enquêtes et études thématiques, afin de contribuer à l'identification de nouveaux besoins et de promouvoir des axes de recherche en matière de soins palliatifs et de la fin de vie ;
 - c) il favorise les rencontres entre chercheurs et professionnels compétents dans le champ des soins palliatifs et de la fin de vie.
- 2° Participer au suivi des politiques publiques relatives aux soins palliatifs et à la fin de vie.
- 3° Informer le grand public et les professionnels afin de contribuer à la diffusion des connaissances sur la démarche palliative et sur la fin de vie et notamment à

la promotion des dispositifs concernant les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance.

En avril 2016, le CNSPFV se voit doté d'un Conseil d'Orientation Stratégique qui comprend, outre sa présidente, dix-huit membres.

Tous les ans, il remet un rapport d'activité à la ministre chargée de la Santé et des Affaires sociales. Ce dernier est ensuite rendu public.

Le Centre est composé d'une équipe pluridisciplinaire, constituée de professionnels de l'information, de la communication et de la documentation, de statisticiens, de sociologues et de cliniciens (médecins, psychologues).

Son organisation s'articule autour de trois pôles :

- **Pôle études et données** : il mobilise et valorise l'ensemble des données existantes sur la fin de vie et les soins palliatifs. L'Atlas est l'une de ses matérialisations. Le pôle participe également au suivi des politiques publiques sur ces sujets. Des groupes thématiques sont mis en place pour accompagner et suivre la mise en œuvre des politiques relatives à la fin de vie sur le terrain.
- **Pôle communication et information des publics** : il contribue à la diffusion de l'information sur l'ensemble des droits relatifs à la fin de vie et sur l'organisation des soins palliatifs en France. Il participe également au dialogue sur les questions des soins palliatifs et de la fin de vie en faisant se rencontrer le grand public et les professionnels dans des lieux citoyens.

Le CNSPFV a pour missions de :
contribuer à une meilleure connaissance des conditions des soins palliatifs et de la fin de vie ;
participer au suivi des politiques publiques relatives aux soins palliatifs et à la fin de vie.

• **Pôle veille et documentation** : il garantit une veille bibliographique nationale ainsi qu'une veille sur les appels à projets dans les domaines couverts par le CNSPFV. Il met à disposition des publics (professionnels, étudiants, etc.) plusieurs produits documentaires : bases de données, bibliographies, filmographies thématiques, bulletins bibliographiques interactifs.

Pour en savoir plus :

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

Décret n° 2016-451 du 12 avril 2016 modifiant la composition du Conseil d'Orientation Stratégique du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

Contexte et objectifs du projet

L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie répond au constat d'absence d'outil rassemblant l'ensemble des données produites en France sur ce sujet. Il a pour ambition de contribuer à la mise en valeur des données sur la fin de vie et sur les soins palliatifs qui, bien que nombreuses aujourd'hui, sont encore trop peu visibles et trop disparates. L'objectif premier de ce travail a donc été d'identifier les données existantes et de les rassembler de manière à pouvoir les organiser et les rendre accessibles, visibles et claires au sein d'un seul et même document.

L'Atlas a également pour objectif de fournir et de mettre à jour au niveau national et régional des données qui soient fiables et exhaustives sur le développement des soins palliatifs. En facilitant la comparaison des profils régionaux, il permet de faire apparaître des inégalités territoriales (en termes d'accessibilité, de moyens et de besoins) et peut ainsi conduire à la mise en place d'actions ciblées visant à les réduire. Par ailleurs, cet Atlas a aussi pour ambition d'être utile aux acteurs dans le domaine des soins palliatifs et de la fin de vie et plus largement à tout professionnel des champs sanitaire et social. Il peut également constituer un outil pour les équipes de recherche, les décideurs et les politiques, dans le cadre du suivi des politiques publiques.

Ce travail s'inscrit dans une dynamique de long terme puisque l'Atlas a vocation à être réédité tous les deux ans. Il constitue un outil de suivi des politiques publiques et répond ainsi à l'une des missions du CNSPFV.

L'Atlas a pour ambition de contribuer à la mise en valeur des données sur les soins palliatifs et la fin de vie qui sont encore trop peu visibles et trop disparates.

La réalisation de cette première édition a nécessité d'identifier les producteurs de données, d'élaborer des partenariats, de définir le contenu de l'Atlas ainsi que les modalités de recueil des données et de mettre en place les *process* de collecte des différents indicateurs qui seront amenés à être suivis dans le temps. Tout ce travail a permis d'instaurer des bases solides et durables qui faciliteront la réactualisation du contenu de l'Atlas ainsi que la qualité des données présentées dans les éditions suivantes.

Si la première version éditée a pour objectif de compiler les données les plus récentes sur le sujet des soins palliatifs et de la fin de vie, certains manques pourront être relevés. En cela, l'Atlas sera probablement amené à évoluer au fil des éditions. Le CNSPFV souhaite que cet Atlas constitue un outil évolutif ayant toujours pour objectif de répondre aux besoins exprimés par ses destinataires.

Méthodologie

Les grandes étapes du projet

Après le recensement, la lecture et la schématisation des atlas existants au niveau national et international, une première sélection de données et d'indicateurs a pu être réalisée. Parallèlement à ce travail, le Pôle études et données a procédé à l'identification des porteurs de données et des partenaires privilégiés de manière à faciliter le recueil de données.

Ces différents acteurs ont ensuite été invités à intégrer le comité de pilotage opérationnel de ce projet. Il a notamment réuni des représentants des grandes institutions scientifiques dépositaires de données sur le sujet pouvant apporter leur soutien et leur expertise dans son élaboration :

- l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;
- le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc) ;
- la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;
- l'Institut national d'études démographiques (Ined) ;
- la Société française d'accompagnement et de soins 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 par l'exploitation de données existantes.

Le recueil de données existantes a été réalisé par le Pôle études et données du CNSPFV. Elles sont essentiellement issues d'enquêtes nationales récurrentes ainsi que du recensement de données d'activité et de données administratives. Ces données publiques sont en accès libre.

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 représentés au sein du comité de pilotage. Des demandes d'extractions spécifiques ont été formulées aux institutions concernées.

Le recensement des données existantes a permis de présenter de nouveaux indicateurs. Pour certains, le calcul a été réalisé en collaboration avec des membres du comité de pilotage dépositaires des données utiles à leur création.

Les recueils de données exhaustifs

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. 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, géré par la CNAMTS, doit permettre de chaîner les données de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM), des hôpitaux (base PMSI), des causes médicales de décès (base du CépiDc), des données relatives au handicap ainsi qu'un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance Maladie complémentaire. Le chaînage de l'ensemble de ces catégories de données n'est pas encore entièrement effectif. Le système devrait être pleinement opérationnel en 2019.

Les enquêtes nationales

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

L'enquête EHPA recueille des informations sur les caractéristiques et l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte), c'est-à-dire les EHPAD, les logements-foyers, les EHPA non EHPAD, les centres d'accueil de jour pour personnes âgées. Depuis 2003, les structures proposant des soins de longue durée sont également enquêtées.

Initiée en 1985, l'enquête EHPA est actuellement réalisée tous les quatre ans par la DREES. La dernière édition a eu lieu en 2016 et portait sur la situation des établissements en 2015.

Depuis 2011, un volet sur la prise en charge des personnes en fin de vie est intégré à l'enquête.

Ce dernier se compose des questions suivantes :

- L'établissement dispose-t-il de chambres spécifiquement aménagées pour l'accueil des personnes en fin de vie ?
- Existe-t-il un volet « soins palliatifs » dans votre projet d'établissement ?
- Des protocoles, procédures et/ou référentiels liés à la fin de vie sont-ils formalisés et mis en œuvre ?

- Parmi les membres du personnel, combien possèdent un diplôme universitaire (DU) ou inter-universitaire (DIU) de soins palliatifs ?

- Une convention a-t-elle été passée avec une association de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs ?

Des éléments contextuels issus de l'enquête ont également été exploités et apparaissent dans la partie « Dépendance » :

- Y a-t-il au moins un professionnel présent sur place 24h/24 et 7j/7 ?

- Si oui, en général, combien de personnes sont présentes (réponse établie par type de professionnel : aides-soignants ou aides médico-psychologiques, infirmiers, autres personnes) ?

Des traitements statistiques spécifiques ont été réalisés pour certaines questions :

- La variable « Effectif du personnel possédant un DU ou DIU de soins palliatifs » comprend des taux de non-réponse avoisinant 15 % en 2011 et 2015. La non-réponse à cette question varie en fonction du statut juridique de l'établissement : taux de réponse moindre parmi les EHPAD hospitaliers. De ce fait, la non-réponse a été redressée en tenant compte de la répartition des réponses selon la catégorie juridique de l'établissement.

- Les données sur la continuité de l'accompagnement ont fait l'objet d'un traitement de la non-réponse. Si un infirmier au moins était présent la nuit le week-end, la nuit la semaine et en journée le week-end,

il a été considéré qu'un infirmier au moins était présent 24h/24 dans l'établissement. Cette variable comprenait alors 13,5 % de non-réponse. Une partie des valeurs manquantes ont été considérées comme équivalentes à des valeurs nulles (appui sur le taux de remplissage de cette partie du questionnaire). Les autres ont été redressées en tenant compte de la répartition des données des répondants selon la catégorie d'établissements.

Pour en savoir plus : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>

L'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux

L'enquête Aide sociale recueille des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels de ces collectivités et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale. Elle porte plus spécifiquement sur les aides aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance ainsi que l'aide aux personnes en situation de précarité.

Il s'agit d'une remontée administrative exhaustive, demandée à l'intégralité des conseils départementaux en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM).

Elle est réalisée par la DREES tous les ans depuis 1984. La dernière enquête réalisée porte sur l'année 2015.

Cette enquête se compose de trois volets :

- les bénéficiaires et les personnels de l'aide sociale départementale ;

- la protection maternelle et infantile (PMI) ;
- les dépenses d'aide sociale départementale.

Le premier volet donne notamment des informations concernant les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées et plus particulièrement l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ces données sont en partie présentées dans la page thématique « Dépendance » du présent Atlas.

Pour en savoir plus : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/article/l-enquete-aide-sociale-aupres-des-conseils-departementaux>

La Statistique annuelle des établissements (SAE)

La 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 produit deux types de données :

- une base « administrative » restituant les déclarations des établissements ;
- une base « statistique » traitant la non-réponse totale et partielle et destinée aux études.

Elle a pour objet de caractériser de façon précise les établissements ainsi que l'activité réalisée. 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 départements d'outre-mer (DOM).

Cette enquête est réalisée chaque année par la DREES. 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 2015.

Pour certains calculs, il a été réalisé des estimations sur l'année 2014. À 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 page « Offre en soins palliatifs » sont donc à interpréter avec prudence comme l'indiquent les pointillés sur les graphiques.

Pour en savoir plus 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-refonte-de-l-enquete-sae-en-2014>

Les données recueillies auprès des établissements de santé portent principalement sur : les évolutions juridiques des structures ; les modes de coopération inter-hospitalière, avec des médecins et autres professionnels de santé non hospitaliers et avec des services sociaux et médico-sociaux ; des indicateurs de suivi des politiques nationales ; les capacités d'accueil et l'activité réalisée par type d'activité et par disciplines d'équipement regroupées ; l'équipement, l'activité et le personnel du plateau technique ; les interruptions volontaires de grossesse ; l'équipement, l'activité et le personnel des principales activités

de soins soumises à autorisation ; les effectifs, qu'il s'agisse des personnels médicaux salariés ou libéraux, des internes, des sages-femmes, des personnels non médicaux et des emplois aidés.

Pour en savoir plus : <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>

L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS)

L'enquête VQS s'intéresse aux conditions de vie des personnes âgées, à leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et aux aides qu'elles reçoivent.

Elle vise à mieux connaître l'état de santé des seniors et des personnes vivant avec eux, à disposer d'informations dans chaque département et à permettre de sélectionner l'échantillon de l'enquête CARE « seniors » en logements ordinaires (réalisée en 2015).

L'enquête interroge 210 000 logements dits « ordinaires » dans lesquels habite au moins un individu âgé de 60 ans et plus. L'ensemble des départements français, hors Mayotte, sont représentés. Les logements-foyers ou résidences services sont inclus dans le champ de l'enquête ; les collectivités (maisons de retraite, EHPAD, foyers, prisons, hôpitaux, etc.) et habitations mobiles (mariniers, sans-abri, etc.) en sont exclues.

Elle a été réalisée par la DREES en partenariat avec l'INSEE, en deux temps : par courrier et Internet entre septembre et novembre 2014 puis par téléphone

par un enquêteur auprès des non-répondants entre novembre 2014 et février 2015.

Le questionnaire comprend 24 questions et se structure autour de trois axes :

- l'état de santé général ;
- les restrictions sur les activités de la vie quotidienne ;
- les aides.

Pour en savoir plus : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care> et <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1279#consulter>

L'enquête VQS permet notamment d'établir une répartition de la population par groupe d'autonomie. Pour cela, un score décrivant le degré de handicap a été construit à partir des réponses au questionnaire VQS : selon que la modalité représente l'absence de limitation, une faible limitation, une limitation moyenne ou une forte limitation. Le score final est compris entre 0 et 100. Les quatre groupes VQS sont ensuite construits à l'aide de ces scores et de l'âge. Le groupe I correspond aux personnes les plus autonomes et le groupe IV aux personnes les plus dépendantes. Les seuils ont été définis afin d'obtenir une distribution homogène dans chaque groupe.

Groupes VQS

	60 -79 ans	80 ans et plus	Groupe
Score VQS	[0 - 7]	[0 - 9]	Groupe I : Personnes déclarant n'avoir aucune difficulté
	[8 - 23]	[10 - 34]	Groupe II : Personnes déclarant avoir quelques difficultés
	[24 - 39]	[35 - 59]	Groupe III : Personnes déclarant avoir plusieurs difficultés
	[40 - 100]	[60 - 100]	Groupe IV : Personnes déclarant avoir de nombreuses difficultés

Estimation de la population susceptible de bénéficier de soins palliatifs

Il n'existe, jusqu'à présent, que très peu d'éléments pour apprécier le degré d'adéquation entre le niveau d'offre en soins palliatifs existant et l'ampleur des besoins potentiels. C'est pourquoi il a été jugé indispensable d'intégrer un indicateur d'estimation de la population requérante en soins palliatifs. Cet indicateur vise à répondre à deux questions :

- Combien de personnes ont besoin de soins palliatifs ?
- Combien de personnes bénéficient réellement d'une prise en charge en soins palliatifs ?

Différents modèles d'estimation de la population décédée ayant pu relever de soins palliatifs ont déjà été élaborés au niveau international (cf. tableau page 18). Ils sont basés sur une liste de maladies graves dont l'issue est généralement prévisible (Mc Namara et al., 2005, Australie ; Institut National de Santé Publique de Québec, 2006, Canada ; Rosenwax, 2005,

Australie ; Van der Velden, 2009, Suisse ; Hasselaar et al., 2010, Pays-Bas ; Higginson et al., 1997, UK ; Gomez-Batiste et al., 2012, Espagne ; Murtagh et al., 2014, UK).

Pour l'Atlas, il a été décidé de présenter cet indicateur à partir de la méthode d'estimation de la population requérante en soins palliatifs développée par l'Observatoire national de la fin de vie en 2011 dans son rapport « Fin de vie : un premier état des lieux ». Celle-ci est tirée d'un modèle d'estimation issu de travaux de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce modèle a initialement été construit par une équipe pluridisciplinaire d'épidémiologistes et de médecins en soins palliatifs de l'INSPQ. Il consiste en une liste de maladies dont le décès est généralement prévisible, constituée à partir des codes CIM10 des causes médicales de décès (Classification internationale des maladies - publiée par l'Organisation mondiale de la Santé - cf. tableau page 17).

Cette estimation a été réalisée à deux niveaux :

- sur l'ensemble de la population décédée en 2014 (dernières données disponibles) âgée de 18 ans et plus, quel que soit le lieu de décès, à partir de la cause initiale de décès produite et fournie par le CépiDc, cette donnée est issue du certificat de décès rédigé par le médecin depuis lequel sont appliquées les règles et directives de la Classification internationale des maladies ;
- sur l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus et décédée en établissements hospitaliers en 2016 (MCO, HAD et SSR), à partir des données d'activités hospitalières traitées et fournies par l'ATIH.

Données recueillies pour l'estimation en population générale

En population générale, le repérage de la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs est rendu possible grâce aux données issues des certificats de décès. Ces données sont mises à disposition par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) attaché à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les données disponibles à ce jour datent de 2014.

Données recueillies pour l'estimation en établissements hospitaliers

En établissements hospitaliers, le repérage de la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs est possible grâce aux données d'activité du système d'information hospitalier (PMSI) mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ces données ont pour objectif de décrire l'activité de soins d'un hôpital. Elles sont recueillies tous les ans et ont l'avantage d'être exhaustives, disponibles à moindre coût et à intervalles rapprochés. Elles permettent aussi, à méthodologie constante, de disposer de données sur l'évolution des prises en charge dans le temps. Elles retracent le parcours du patient, ses pathologies et les traitements qui lui ont été administrés. Elles permettent également d'estimer le nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge palliative grâce au codage Z51.5 « Soins palliatifs » en diagnostic principal ou associé.

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 » associés à un séjour (en diagnostic principal ou associé). Il est donc difficile de connaître précisément le nombre de personnes « en fin de vie » à l'hôpital. Le travail d'estimation réalisé ici ne permet donc pas de décrire la réalité de la fin de vie en établissement de santé, mais de comprendre la façon dont les données statistiques disponibles restituent cette réalité.

Du point de vue de l'Assurance Maladie, pour que le codage « Soins palliatifs » soit légitime, il faut : 1) que la maladie soit à un stade avancé (pronostic vital engagé), 2) que la prise en charge soit multidisciplinaire (médecin et infirmier plus au moins une autre profession : psychologue, psychiatre, diététicien, travailleur social, kinésithérapeute, ergothérapeute) et 3) 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. En ce sens, les données du PMSI ont avant tout un enjeu économique lié à la tarification.

- Les données d'activités hospitalières 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 desquelles les codages sont réalisés.

- Les codages en soins palliatifs ne sont pas forcément toujours utilisés de manière pertinente et peuvent varier selon les pratiques. 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.

Identification de trajectoires de fin de vie

À la suite de l'élaboration du modèle d'estimation de la population susceptible de bénéficier d'une prise en charge palliative, des recherches ont été menées pour caractériser plus finement cette population à travers trois types de trajectoires de fin de vie.

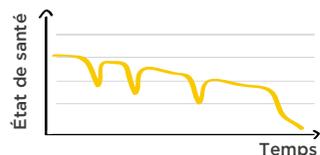
Ces trajectoires sont également déterminées par les causes de décès.

Elles correspondent chacune à des stratégies spécifiques de prise en charge des personnes en fin de vie.

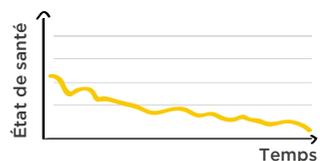
- La trajectoire 1 correspondant à une évolution progressive et à une phase terminale facilement identifiable (cancers notamment).



- La trajectoire 2 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.).



- La trajectoire 3 définie par un déclin graduel et prolongé, typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes atteintes de démence.



Référence : Murray S., Kendall M., Boyd K., Sheikh A. *Illness trajectories and palliative care*, BMJ 2005, vol. 330, n° 7498, p. 1007-1011. Disponible en ligne.

Pathologies et codes CIM10 associés à l'estimation de la population susceptible de bénéficier de soins palliatifs

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.

Comparatif de modèles d'estimation de la population décédée ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs

Auteur	Méthode	Groupe de patient ou types de pathologies incluses
Higginson (1997)	Sélection de causes de décès associées à la prévalence de ces maladies	Tous les cancers ; Maladies du système circulatoire, du système respiratoire, du foie et de la cirrhose chronique, du système nerveux et des organes sensoriels (y compris la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et la méningite), les troubles cognitifs et les maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques et immunitaires.
Rosenwax et al. (2005)	Sélection de 10 causes de décès. Etablit 3 estimations : 1. Estimation basse : nombre de décès relatifs à 10 causes spécifiques. 2. Estimation moyenne : ensemble des décès qui ont eu lieu à l'hôpital dont la cause de décès est identique à la pathologie identifiée au cours de l'année précédant le décès. 3. Estimation haute : toutes les causes de décès exceptées les intoxications, les blessures et les décès maternels, néonataux ou périnataux.	Tous les cancers ; Certaines maladies du système nerveux, de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif (I500, I501, I509, I111, I130, I132, N180, N188, N189, N102, N112, N120, N131, I132, K704, K711, K721, K729, J40, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J439, J440, J441, J448, J449, G122, G20, G10, G300, G301, G308, G309, B20-B24).
Gómez-Batiste (2012)	75 % de l'ensemble des décès. Considère également ce qui suit : - Prévalence des patients atteints d'une maladie chronique avancée, avec un pronostic vital limité (multiplié par la taille de la population) ; - Prévalence de la pluripathologie et de la dépendance chez les personnes âgées (≥65 ans). - Prévalence de la démence (≥65 ans) ; - Prévalence des personnes âgées vivant dans des maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées (≥65 ans).	Toutes les causes de décès ; Patients atteints de maladie chronique avancée et pronostic vital limité ; Personnes âgées atteintes de démences ; Personnes âgées vivant en maison de retraite médicalisées ou non médicalisées.
Murtagh (2014)	Sélection de causes de décès principales et associées afin d'estimer les comorbidités. Etablit 4 estimations : 1. Nombre de décès dus à des causes spécifiques ; 2. Estimation basée sur l'estimation basse de Rosenwax et al. (2005) en incluant les cas de décès hospitalisés dont la cause principale est similaire à la pathologie identifiée l'année précédant le décès et les cas de causes associées de maladie d'Alzheimer, de démences, sénilité, insuffisance rénale chronique ; 3. Inclusion de tous les décès dont les causes principales ou associées apparaissent dans la liste utilisée dans la première estimation ; 4. Estimation maximale proposée par Rosenwax et al. (2005).	Tous les cancers (C00-C97) ; Autres causes de décès que les cancers (I00-I52, I60-I69, N17,N18, N28, C64, I12, I13, K70-K77, J06-J18, J20-J22, J40-J47 et J96, G10, G20, G35, G122, G903, G231, F01, F03, G30, R54, B20-B24).
Institut National de Santé Publique du Québec (2006)	Inclusion de toutes les personnes décédées d'une maladie chronique dont le décès était probablement prévisible. La liste des causes de ces décès a été établie par un comité consultatif à partir des travaux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre à laquelle ont été ajoutés le diabète et les démences. Analyse réalisée à partir du modèle des trois trajectoires de fin de vie décrites par Lunney et al., Murray et al. et Murtagh et al. (2005).	Z51.5, B20-B24, A52.0-A52.3, A52.7, A81.0, A81.2, B15-B19, C00-C26, C30-C34, C37-C41, C43-C58, C60-C85, C88, C90-C97, D32, D33, D37-D48, D60, D61, E10-E14, E70-E72, E75-E77, E84, F00, F01, F03, F05, F06, G20-G23, G30-G32, G35-G37, G70-G73, G03-G05, G07, G10-G12, G47.8, G51.8, G55.1, G60.8, G80-G83, G90-G99, I50, I60-I64, I67, I68.8, I69, I23.1-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, J40-J44, J47, J60-J62, J66, J80, J84.1, J95.1-J95.3, J96, J98.0-J98.4, K70-K77, K44, K50, K51, K55, K56, K85, K86, K87.1, K90, L30.5, L40-L42, L44.0, L93, L94.5, M05, M06, M13, M15, M21, M30-M35, M40-M41, M45-M51, M53, M54, M63.8, M80, M81, M82.0, M82.1, M84.3, M84.4, M86-M88, M90.7, M96.1, N0.2-N0.5, n11, N12, N13.6, N16.0, N18, N19, N25, N31.2, N31.8, N31.9, N82, Q01-Q06, Q07.8, Q07.9, Q20-Q28, Q31, Q33, Q40-Q45, Q60-Q68, Q71.4, Q75-Q79, Q85.0, Q86, Q87, Q89-Q93, Q95-Q97, Q99, R06.0, R06.2-R06.5, R06.8
Observatoire national de la fin de vie (2011)	Reprise du modèle d'estimation proposé par l'Institut National de Santé Publique du Québec avec quelques ajustements : ajout des carcinomes, des démences de la maladie de Parkinson ou de la sclérose en plaques.	Liste identique à celle de l'Institut National de Santé Publique du Québec complétée par : D00-D09, 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, D69, D70, D75.2, D75.8, D86, G59.0, G63.2, H36.0, M14.2, N08.3, E85, F02, G46, I65, I66, I68.1, I68.2

Source : Murtagh F.E., Bausewein C., Verne J., Groeneveld E.I., Kaldri Y.E., Higginson I.J. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med* 2014, vol. 28, n°1, p. 49-58 ; traduction CNSPFV. - Les références citées dans le tableau sont disponibles dans l'article source.

Point sur quelques indicateurs et données présentés

Indicateur de désavantage social (FDep)

Le FDep (French Deprivation index) est un indicateur géographique en population générale du désavantage social spécifiquement adapté aux études de santé sur la population française. La notion de désavantage social y est considérée comme un cumul de privations matérielles et sociales à l'échelle géographique.

Il est construit à partir de données agrégées Insee issues du recensement et des revenus fiscaux de la population en 2013 :

- taux de chômage dans la population active de 15 à 64 ans ;
- taux d'ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans ;
- taux de bacheliers dans la population non scolarisée des plus de 15 ans ;
- revenu médian déclaré par unité de consommation.

Ce score est issu de la 1^{ère} composante principale (68,5 % de la variance totale expliquée) d'une analyse en composante principale pondérée sur la population de ces quatre variables.

Cette méthodologie est appliquée à l'échelle de la commune. Le score régional est calculé à partir de la moyenne pondérée sur la population du score à l'échelle communale. Enfin, les quintiles de désavantage social sont pondérés par la population afin d'obtenir des catégories ordonnées ayant des effectifs de populations homogènes.

Pour en savoir plus : Rey G., Jougl E., Fouillet A., Hémon D. Ecological Association between a Deprivation Index and Mortality in France over the Period 1997 - 2001: Variations with Spatial Scale, Degree of Urbanicity, Age, Gender and Cause of Death. BMC Public Health 2009, vol. 9, n° 33, 12 p. Disponible en ligne.

Décès domiciliés

La partie « Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage » présente la part des patients décédés domiciliés dans la région susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie et la part des patients décédés susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, SSR ou HAD).

Afin de mieux identifier les besoins en soins palliatifs et non l'offre en soins palliatifs, les calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé. Autrement dit, ce n'est pas la région dans laquelle le patient décédé a été pris en charge qui est retenue mais celle dans laquelle il habitait.

Les cartes de dotation en lits d'unités de soins palliatifs rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs confrontent quant à elles le besoin et l'offre en soins palliatifs au sein de chaque région et département.

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 6 catégories de lieux de décès : « Logement », « Établissement hospitalier », « Clinique privée », « Hospice, maison de retraite », « Voie ou lieu public » et « Autre ». Ainsi, à ce jour, il n'est pas possible de distinguer 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 ». 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 repérables (voire même elles aussi confondues dans les catégories « Logement », « Établissement de santé », « Hospice, maison de retraite » ou « Autre »). Les catégories utilisées aujourd'hui semblent donc en partie obsolètes au regard des changements de lieux de décès et de l'évolution de l'offre de prise en charge.

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. Il est ensuite transmis à la mairie du lieu de décès qui 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 (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?ihm=102

Réalisation de la bibliométrie

La bibliométrie : qu'est-ce que c'est ? Pour quoi faire ?

La bibliométrie permet de quantifier et de cartographier la science, grâce aux publications scientifiques qui sont cataloguées et indexées dans des bases de données bibliométriques. Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés en fonction des champs disponibles dans la base de données employée (pays de publication, origine des auteurs, année de publication, revues de publication, nombre de citations, catégories et mots-clés, etc.). À ce jour, les bases de données bibliométriques les plus utilisées pour la bibliométrie sont Web of Science (WOS) et Scopus. Dans le domaine de la santé, il est fréquent de lancer, dans un premier temps, une requête dans la base de données bibliographique PubMed afin de profiter de la précision de son vocabulaire contrôlé (MeSH), avant de faire une requête dans WOS à partir d'une liste des identifiants des notices (PMID).

L'extraction des notices bibliographiques

La requête PubMed a été lancée le 18 juillet 2017 à 12 h 34 (heure française) permettant de capter 48 983 notices bibliographiques entre 2005 et 2016. Cette requête est élaborée en anglais, elle conjugue vocabulaire contrôlé, vocabulaire libre et nom de revues.

Les requêtes contenant les 48 983 identifiants issus de PubMed (PMID) ont été lancées dans la base de données WOS le 21 juillet 2017. Cette opération a permis

d'identifier 32 835 notices, tous types de publications confondus. Ainsi, 67 % des notices bibliographiques captées dans PubMed ont pu être extraites de WOS.

Parmi ces notices, 29 986 correspondent à des publications d'articles, de livres, de chapitres de livres, d'analyses de bases de données, d'articles de discussion, de matériel éditorial, d'actes de colloques et de revues de la littérature. Ces notices constituent la base de données exploitée.

• Vocabulaire contrôlé utilisé :

Advance Care Planning[mh] OR Advance Directives[mh] OR Advance Directive Adherence[mh] OR Attitude to Death[mh] OR Bereavement[mh] OR Euthanasia[mh] OR Hospices[mh] OR Hospice and Palliative Care Nursing[mh] OR Mortuary Practice[mh] OR Palliative Care[mh] OR Palliative Medicine[mh] OR Resuscitation Orders[mh] OR Right to Die[mh] OR Suicide, Assisted[mh] OR Terminal Care[mh] OR Thanatology[mh]

• Vocabulaire libre ajouté :

«continuous deep sedation»[TIAB] OR «palliative sedation»[TIAB] OR «terminal sedation»[TIAB]

Le concept de « sédation profonde et continue » n'apparaissant pas dans le vocabulaire contrôlé, ces termes ont ainsi été ajoutés en vocabulaire libre à la requête.

À l'inverse, les autres termes sous-jacents aux thématiques de la fin de vie sont couverts par les descripteurs ; ils n'ont donc pas été ajoutés à la requête en vocabulaire libre. C'est le cas des articles dont le titre ou le résumé contient le terme « end of

life » qui seront forcément captés par l'un des MeSH Terms plus spécifiques ci-dessus. À noter qu'il n'existe pas de MeSH Terms pour le concept de fin de vie.

• Revues spécialisées en soins palliatifs incluses dans la requête :

«Am J Hosp Palliat Care»[TA] OR «Ann Palliat Med»[TA] OR «BMC Palliat Care»[TA] OR «BMJ Support Palliat Care»[TA] OR «Curr Opin Support Palliat Care»[TA] OR «Indian J Palliat Care»[TA] OR «Int J Palliat Nurs»[TA] OR «J Pain Palliat Care Pharmacother»[TA] OR «J Palliat Med»[TA] OR «J Soc Work End Life Palliat Care»[TA] OR «Omega (Westport)»[TA] OR «Palliat Support Care»[TA] OR «Palliat Med»[TA]

Sources : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/table/pubmedhelp.Tn/> ; <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>

Index

MH - MeSH Terms (Medical Subject Headings Terms) : vocabulaire contrôlé faisant partie du thésaurus de référence dans le domaine biomédical, utilisé pour l'indexation et les requêtes dans des bases de données spécifiques comme MEDLINE/PubMed.

TIAB - Title / Abstract : permet d'identifier des mots ou chiffres inclus dans le titre d'une citation, dans le titre de la collection, dans le résumé ou dans les mots-clés.

TA - Journal : permet d'indiquer un journal particulier soit par son titre complet, une abréviation ou un numéro ISSN.

Exploitation des données bibliographiques sur les articles, congrès, thèses et mémoires

Sur les interventions concernant les soins palliatifs, l'accompagnement de fin de vie, la mort et le deuil dans des congrès français et internationaux

Une liste des thématiques connexes à l'accompagnement de fin de vie, aux soins palliatifs, à la mort et au deuil a été élaborée par le Pôle veille et documentation du CNSPFV : oncologie, hématologie, réanimation, neurologie, cardiologie, pneumologie, gériatrie, hospitalisation à domicile, handicap et pédiatrie. Ont ainsi été inclus les congrès organisés par les sociétés savantes françaises et organismes représentant ces thématiques en France d'une part et les congrès organisés par les sociétés savantes internationales et organismes représentant ces thématiques à l'étranger. D'autre part, ont ensuite été extraites les communications orales et écrites des congrès correspondants pour l'année 2016.

• Liste des congrès et organismes retenus en France :
Congrès de pneumologie de langue française ; Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ; Congrès interdisciplinaire des professionnels de gériatrie ; Congrès mondial de gérontologie et gériatrie ; Congrès pédiatrie ; Espace francophone de pneumologie ; Journées de neurologie de langue française ; Journées nationales de l'hospitalisation à domicile ; Salon Handicap, emploi et achats responsables ; Société de réanimation de langue française ; Société française d'hématologie ; Société française de cardiologie ; Société française de gériatrie et gérontologie ; Société française de

neurologie ; Société française de neurologie pédiatrique ; Société française de psycho-oncologie ; Société francophone d'onco-gériatrie.

• Liste des congrès et organismes retenus à l'international :

American Thoracic Society 2016 International Conference ; Conference of the international society of social pediatrics (ISSOP) ; Congrès de l'AFSOS (Association francophone des soins oncologiques de support) ; Congress of the European academy of neurology ; Congress of the European association of cardiology ; Congresso Nazionale ANMCO di Cardiologia ; EHPS (European Health Psychology Society) Conference ; European Hematology Association Congress ; IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics) World Congress of Gerontology and Geriatrics ; International association of hospice and palliative care ; IPOS Annual Meeting ; ISH (International society of hematology) Annual Meeting ; ISTH (International society of thrombosis and haemostasis) Congress ; WFH (World Federation of Hemophilia) Congress ; World Federation of Neurology ; World Research Congress of the European Association for Palliative Care.

Sur les thèses et mémoires portant sur les sujets des soins palliatifs, de l'accompagnement de fin de vie, de la mort et du deuil

Afin d'identifier les thèses et mémoires soutenus en 2016, les bases de données ont été interrogées :

Theses.fr (ABES, Agence bibliographique de l'enseignement supérieur), WorldCat (catalogue international de l'OCLC - Online Computer Library Center) et Palli@Doc (VigiPallia, Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie).

Les mots-clés utilisés ont été les suivants :

« Mort », « Deuil », « Cancer », « Tumeur », « Leucémie »,
« Funérailles », « Fin de vie », « Rites funéraires », « Maladie grave »,
« Enterrement », « Obstination déraisonnable », « Euthanasie »,
« Acharnement thérapeutique », « Suicide assisté », « Suicide
médicalement assisté », « Directives anticipées », « Personne
de confiance », « Cimetière », « Obsèques », « Phase
terminale », « Soins palliatifs », « Limitation de traitement »,
« Arrêt de traitement », « Limitation thérapeutique », « Arrêt
thérapeutique ».

À noter que ce travail ne représente pas l'exhaustivité
des travaux réalisés en 2016. Seuls ceux référencés
dans une base de données ont pu être extraits dans
cette bibliographie.

Table des sources

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Page de l'Atlas
Sociodémographie							
Densité de la population	Régional	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 ² .	Insee, RP2009 et RP2014 exploitations principales en géographie au 01/01/2016	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2014	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie
Espérance de vie à 60 ans (H/F)	Régional	Nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 60 ans (ou durée de survie moyenne à 60 ans), dans les conditions de mortalité à cet âge de l'année considérée.	Insee, statistiques de l'état civil, estimation de population	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie
Indice de désavantage social (FDep)	Départemental	L'indice de désavantage social FDep est composé de quatre variables : le revenu médian par unité de consommation dans le ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage (cf. méthodologie).	Inserm-CépiDc	France métropolitaine	2013	Sur demande du CNSPFV	Sociodémographie (cartographie)
Nombre d'habitants	Régional	Population totale au 1 ^{er} janvier 2016	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2016	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie
Part de bénéficiaires de la CMU-C	Régional	Nombre total d'affiliés à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) par un régime d'Assurance maladie obligatoire (RO) ou par un organisme complémentaire (OC), rapporté à la population totale.	CNAMTS, MSA, RSI - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2016	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie
Part d'habitants âgés de 75 ans et plus	Régional / Départemental	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus rapporté à la population totale.	Insee, estimation de population par grande classe d'âge	France métropolitaine et DROM	2016	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie (données détaillées et cartographies)
Part d'unités urbaines	Régional	L'unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. La part d'unité urbaine correspond au nombre de communes de plus de 2 000 habitants rapporté au nombre total de communes de la région.	Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2014	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie
Superficie	Régional	Surface en km ² .	Insee, RP2009 et RP2014 exploitations principales en géographie au 01/01/2016	France métropolitaine et DROM	2014	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Page de l'Atlas
Professionnels et établissements de santé							
Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de médecins et la population estimée, multiplié par 100 000.	Conseil national de l'Ordre des médecins	France métropolitaine et DROM	2017	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales ; Sociodémographie (données détaillées et cartographie)
Densité d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	Régional / Départemental	Les libéraux regroupent les libéraux exclusifs et les libéraux partiels. Les densités sont calculées à partir des estimations de population fournies par l'Insee. Nombre d'infirmiers libéraux au 1 ^{er} janvier 2014 rapporté à la population des 75 ans ou plus au 1 ^{er} janvier 2014, multiplié par 1 000.	DREES, fichier Adeli ; Insee, estimations de population - Exploitation Fnors (Score santé)	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2014	Libre	Pages régionales ; Sociodémographie (données détaillées et cartographie)
Nombre de Foyers d'accueil médicalisés (FAM)	Régional	Structure d'hébergement accueillant des adultes gravement handicapés ayant besoin d'une assistance pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou d'un suivi médical.	FINESS	France métropolitaine et DROM	Juillet 2017	Libre	Pages régionales
Nombre de lits en établissements de santé	Régional	Capacités d'hospitalisation en MCO, SSR et USLD en établissements de santé (CH, CHU, cliniques), y compris services de santé des Armées et CLCC. Entités géographiques ayant au moins un lit d'hospitalisation complète ou une place d'hospitalisation partielle. Centres de dialyse et de radiothérapie sont exclus.	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	Déc. 2015	Libre	Pages régionales
Nombre de Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	Régional	Structure d'hébergement permanent pour adulte handicapé gravement dépendant dont les capacités de décision et d'action dans les actes de la vie quotidienne sont altérées.	FINESS	France métropolitaine et DROM	Juillet 2017	Libre	Pages régionales
Nombre d'établissements de santé	Régional	Nombre d'entités en MCO, SSR et USLD en établissements de santé (CH, CHU, cliniques), y compris services de santé des Armées et CLCC. Entités géographiques ayant au moins un lit d'hospitalisation complète ou une place d'hospitalisation partielle. Centres de dialyse et de radiothérapie sont exclus.	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	Déc. 2015	Libre	Pages régionales
Services en soins palliatifs							
Dotation en lits de soins palliatifs au regard de la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs	Régional / Départemental	Répartition des régions par quartiles selon le nombre de lits de soins palliatifs (nombre de lits en USP) rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie.	DREES, Enquête SAE ; Inserm-CépiDc - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2014	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs (cartographies)
Nombre de LISP	National / Régional	-	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs
Nombre de LISP pédiatriques	Régional	-	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Pages régionales
Nombre de lits d'USP	Régional	-	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Page de l'Atlas
Nombre de réseaux de santé ayant une activité en soins palliatifs	National / Régional	-	ARS	France métropolitaine et DROM hors Guyane	Juin 2017	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs
Nombre d'EMSP	National / Régional	-	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs
Nombre d'ERRSPP	National	-	Fédération des ERRSPP	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Offre en soins palliatifs
Nombre d'établissements disposant de LISP	National / Régional	-	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006-13; 2015	Libre	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs
Nombre d'établissements disposant d'EMSP	National / Régional	-	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006-13; 2015	Libre	Offre en soins palliatifs
Nombre d'USP	National / Régional	-	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006-13; 2015	Libre	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs
Répartition des interventions des EMSP selon le lieu	National	Nombre d'interventions par lieu (établissement sanitaire, domicile du patient, établissement médico-social) rapporté à l'ensemble des interventions.	DREES, enquête SAE - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte de 2006 à 2013 - inclus Mayotte en 2015	2006-13; 2015	Libre	Offre en soins palliatifs
Autres ressources							
Nombre d'associations de bénévolat d'accompagnement de fin de vie	Régional	-	SFAP	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	Août 2016	Libre	Pages régionales
Nombre de plateformes territoriales d'appui	Régional	-	ARS	France métropolitaine et DROM hors Guyane	Juin 2017	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales ; Offre en soins palliatifs
Nombre de services d'HAD	Régional	L'HAD est une forme d'hospitalisation qui permet d'assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux importants. Elle intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant, qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour.	DREES, Enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Pages régionales
Mortalité							
Cause initiale de décès par tranches d'âge	National	-	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2014	Sur demande du CNSPFV	Mortalité

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Page de l'Atlas
Lieux de décès par tranches d'âge	National	Le lieu de décès notifié dans les bulletins et avis de décès : « Logement ou domicile », « Établissement hospitalier », « Clinique privée », « Maison de retraite », « Voie ou lieu public », « Autre », « Non déclaré ».	Insee, statistiques de l'état civil, estimation de population - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2016	Libre	Mortalité
Nombre de décès	National	-	Insee, statistiques de l'état civil, estimation de population	France métropolitaine et DROM	2016	Libre	Mortalité
Répartition des décès selon la cause initiale	National / Régional	Proportion des décès selon la cause principale (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, maladies 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 2014 rapporté à l'ensemble des décès en 2014	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2014	Libre	Pages régionales ; Mortalité
Répartition des décès selon le lieu de décès	National / Régional	Proportion des décès selon le lieu (établissement hospitalier ou clinique privée, logement, maison de retraite, autre). Calcul : nombre de décès par lieu en 2015 rapporté à l'ensemble des décès en 2015.	Insee, statistiques de l'état civil - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2016	Libre	Pages régionales ; Mortalité
Taux brut de mortalité	National / Régional	Nombre de décès de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année.	Insee, statistiques de l'état civil	France métropolitaine et DROM	2016	Libre	Mortalité (cartographie)
Taux brut de mortalité par tranches d'âge	National	Nombre de décès pour 1 000 personnes de chaque groupe d'âge.	Insee, statistiques de l'état civil, estimation de population - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2016	Libre	Mortalité

Estimation de la population requérante en soins palliatifs en population générale

Estimation de la population décédée à l'âge de 18 ans et plus, susceptible de relever de soins palliatifs par tranches d'âge	National	Cf. Méthodologie	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2014	Sur demande du CNSPFV	Estimation de la population requérante en soins palliatifs
Estimation de la population décédée à l'âge de 18 ans et plus, susceptible de relever de soins palliatifs selon la trajectoire de fin de vie	National	Cf. Méthodologie	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2014	Sur demande du CNSPFV	Estimation de la population requérante en soins palliatifs
Estimation de la population décédée à l'âge de 18 ans et plus, susceptible de relever de soins palliatifs selon le sexe	National	Cf. Méthodologie	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2014	Sur demande du CNSPFV	Estimation de la population requérante en soins palliatifs

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Page de l'Atlas
Estimation du nombre de personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus, susceptible de relever de soins palliatifs	National	Cf. Méthodologie	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2014	Sur demande du CNSPFV	Estimation de la population requérante en soins palliatifs
Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage							
Part des patients adultes décédés en établissement hospitalier (détail global, MCO, HAD, SSR) en 2016 susceptibles d'avoir bénéficié de soins palliatifs	National / Régional	Cf. Méthodologie	ATIH, PMSI MCO, SSR et HAD - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2016	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales ; Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage
Part des patients adultes décédés en établissement hospitalier (détail global, MCO, HAD, SSR) en 2016 ayant été susceptibles de bénéficié de soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR)	National / Régional	Cf. Méthodologie	ATIH, PMSI MCO, SSR et HAD - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2016	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales ; Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage
Âge médian des patients adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs décédés en 2016 et n'ayant eu aucun séjour codé « Soins palliatifs » / des patients ayant eu au moins un séjour codé « Soins palliatifs »	National	-	ATIH, PMSI MCO, SSR et HAD - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2016	Sur demande du CNSPFV	Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage
Nombre moyen de journées d'hospitalisation en 2016 des patients adultes susceptibles de bénéficier de soins palliatifs décédés en 2016 et n'ayant eu aucun séjour codé « Soins palliatifs » / des patients ayant eu au moins un séjour codé « Soins palliatifs »	National	-	ATIH, PMSI MCO, SSR et HAD - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2016	Sur demande du CNSPFV	Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage
Dépendance							
Part de bénéficiaires de l'APA en établissements	National / Régional	Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissements rapporté à la population âgée de 60 ans et plus en établissements (EHPAD, maisons de retraite non-EHPAD et USLD).	DREES, Enquête Aide sociale, Enquête EHPA - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2015	Libre	Dépendance (cartographie)
Part des habitants de 60 ans et plus en situation de dépendance à domicile	National / Régional	Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile et ayant un score VQS supérieur à 40 rapporté à l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile.	DREES, Insee, Enquête VQS - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2014	Libre	Dépendance
Fin de vie en EHPAD							
Nombre de places installées en EHPAD	National	Donnée au 31 décembre de l'année considérée. Nombre total de lits effectivement en état d'accueillir une personne. Sont compris dans les places installées les lits (ou logements) temporairement fermés pour cause de travaux, congé de personnel, etc.	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2015	Libre	Fin de vie en EHPAD

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Page de l'Atlas
Nombre de résidents en EHPAD accueillis	National	Cette donnée correspond à l'ensemble des résidents accueillis au cours de l'année considérée, soit les résidents qui ont été hébergés au moins une nuit dans l'EHPAD au cours de l'année considérée.	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Nombre d'EHPAD	National / Régional	Définition : structures médicalisées ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire. Ils proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée.	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2015	Libre	Pages régionales ; Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD ayant signé une convention avec un réseau de santé en soins palliatifs	National	Donnée au 31 décembre de l'année considérée.	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2011 ; 2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD ayant signé une convention avec une association de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs	National	-	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2011 ; 2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD ayant signé une convention avec une EMSP	National	-	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2011 ; 2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD disposant d'au moins un membre du personnel formé aux soins palliatifs (DU/DIU)	National	-	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2011 ; 2015	Sur demande du CNSPFV	Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD disposant de chambres pour personnes en fin de vie	National	-	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2011 ; 2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD disposant de la présence d'une infirmière 24h/24	National	-	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2015	Sur demande du CNSPFV	Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD disposant de protocoles, procédures et/ou référentiels liés à la fin de vie formalisés et mis en œuvre	National	-	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2011 ; 2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Part d'EHPAD disposant d'un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement	National	-	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2011 ; 2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Part des résidents d'EHPAD décédés au cours d'une hospitalisation	National	Nombre de résidents décédés au cours d'une hospitalisation rapporté à l'ensemble des résidents décédés.	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DRÔM hors Mayotte	2015	Libre	Fin de vie en EHPAD

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Page de l'Atlas
Proportion de résidents d'EHPAD ayant été hospitalisés au moins une fois dans l'année	National	Nombre de résidents hospitalisés au moins une fois dans l'année rapporté à l'ensemble des résidents accueillis au cours de cette même année.	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Proportion de résidents d'EHPAD décédés	National	Nombre de résidents décédés au cours de l'année considérée rapporté à l'ensemble des résidents accueillis au cours de cette même année.	DREES, Enquête EHPA, Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2015	Libre	Fin de vie en EHPAD
Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Régional	Nombre de places installées en EHPAD rapporté au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus.	DREES, Enquête EHPA	France métropolitaine et DROM hors Mayotte	2015	Sur demande du CNSPFV	Fin de vie en EHPAD (cartographie)
Formation et recherche							
Nombre de capacités « Douleur »	National	-	SFETD, Livre Blanc de la douleur	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Formation et recherche
Nombre de médecins formés en capacité douleur	National	Nombre de médecins formés entre 2000 et 2015.	SFETD, Livre Blanc de la douleur	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Formation et recherche
Nombre de DU et de DIU « Douleur »	National	-	SFAR	France métropolitaine et DROM	2017	Libre	Formation et recherche
Nombre de DU et DIU de « Soins palliatifs »	National	-	SFAP, CNEFUSP	France métropolitaine et DROM	2015	Libre	Pages régionales ; Formation et recherche
Nombre de thèses et mémoires soutenus sur le sujet des soins palliatifs, de la fin de vie, de la mort et du deuil	National	-	ABES, WorldCat, Palli@Doc - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2017	Sur demande du CNSPFV	Formation et recherche
Nombre d'heures moyen d'enseignement dédié aux soins palliatifs	National	-	SFAP, CNEFUSP, Enquête nationale sur les enseignements en soins palliatifs	France métropolitaine	2016	Sur demande du CNSPFV	Formation et recherche
Nombre moyen de publications parues sur le sujet des soins palliatifs, de la fin de vie, de la mort et du deuil	National / International	Cf. Méthodologie	Web of Science - Exploitation CNSPFV	International	2005 à 2016	Sur demande du CNSPFV	Formation et recherche
Part des congrès médicaux français ayant consacré une partie de leur communication au sujet des soins palliatifs, de la fin de vie, de la mort et du deuil	National	Cf. Méthodologie	CNSPFV	France métropolitaine	2016	Sur demande du CNSPFV	Formation et recherche
Part des publications associant au moins un auteur français parues à l'étranger	National	Cf. Méthodologie	Web of Science - Exploitation CNSPFV	International	2005 à 2016	Sur demande du CNSPFV	Formation et recherche

02

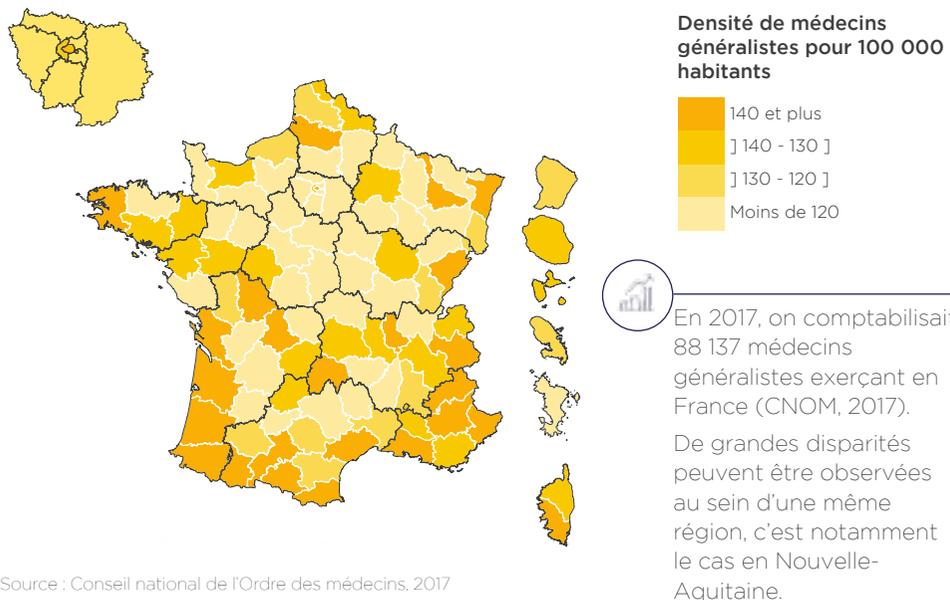
Focus thématiques

Sociodémographie	32
Mortalité	34
Offre en soins palliatifs	36
Estimation de la population requérante en soins palliatifs	38
Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage	40
Dépendance	42
Fin de vie en EHPAD	43
Historique	44
Accès aux opioïdes et benzodiazépines	46
Formation et recherche	48

Sociodémographie

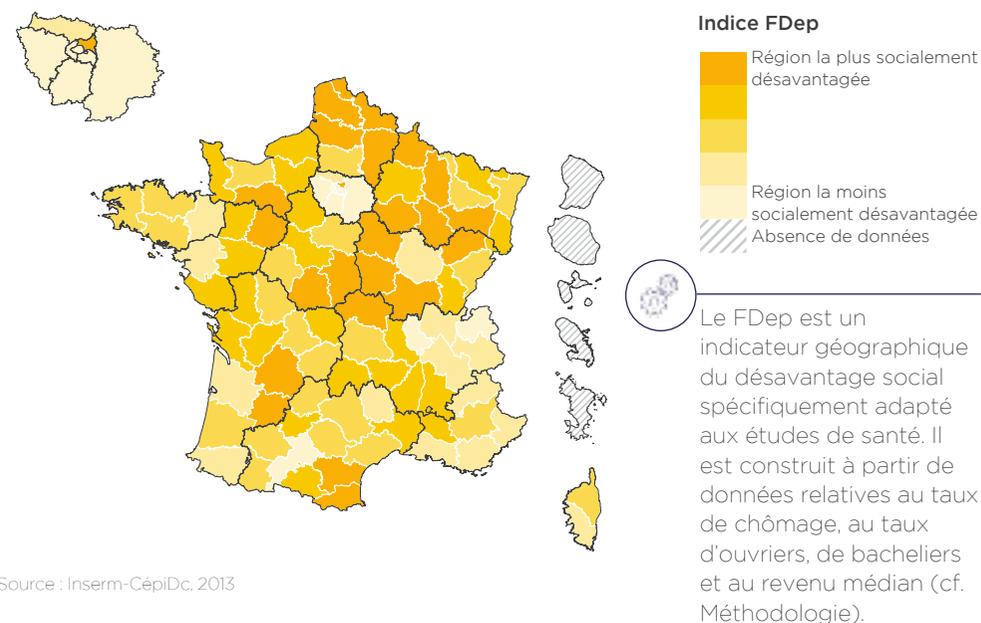
	Nombre d'habitants (Insee, 2016)	Nombre d'habitants de 75 ans et plus (proportion de la population régionale) (Insee, 2016)	Densité de population (nombre d'habitants au km ²) (Insee, 2014)	Superficie en km ² (Insee, 2014)	Part d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants) (Insee, 2014, exploitation CNSPFV)	Espérance de vie à 60 ans (Insee, 2015)		Part de bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, MSA, RSI 2016)	Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants (CNOM, 2017)	Densité d'infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus (DREES, Insee, Fnors 2014)
						Homme	Femme			
Île-de-France	12 142 802	815 836 (7 %)	1001	12 012	50 %	23,9	27,7	7,4 %	124	11
Centre-Val de Loire	2 587 004	272 738 (11 %)	66	39 151	17 %	22,9	27,3	6,7 %	104	9
Bourgogne-Franche-Comté	2 820 150	301 464 (11 %)	59	47 784	10 %	22,7	27,2	6,1 %	124	12
Normandie	3 343 247	323 889 (10 %)	111	29 907	17 %	22,2	27,0	7,2 %	120	13
Hauts-de-France	6 030 309	479 534 (8 %)	188	31 814	23 %	21,1	25,9	10,6 %	126	17
Grand Est	5 558 304	512 770 (9 %)	97	57 433	16 %	22,3	26,5	7,2 %	128	14
Pays de la Loire	3 743 982	358 715 (10 %)	115	32 082	25 %	23,0	27,6	5,5 %	122	9
Bretagne	3 310 341	346 747 (10 %)	120	27 208	28 %	22,5	27,2	4,5 %	133	18
Nouvelle-Aquitaine	5 943 096	666 649 (11 %)	70	84 036	16 %	23,1	27,5	6,6 %	140	16
Occitanie	5 830 166	612 848 (10 %)	79	72 724	16 %	23,4	27,6	9,0 %	139	25
Auvergne-Rhône-Alpes	7 940 652	725 752 (9 %)	112	69 711	27 %	23,3	27,5	5,8 %	135	19
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 024 192	536 354 (11 %)	159	31 400	40 %	23,3	27,4	8,8 %	150	27
Corse	330 354	35 458 (11 %)	37	8 680	9 %	23,5	27,6	5,4 %	141	38
Guadeloupe	395 725	29 778 (8 %)	246	1 628	88 %	23,5	27,4	27,6 %	137	53
Martinique	376 847	33 882 (9 %)	340	1 128	76 %	24,1	27,4	23,4 %	121	40
Guyane	262 527	4 384 (2 %)	3	83 534	45 %	22,0	25,3	36,4 %	126	71
Réunion	850 996	37 081 (4 %)	336	2 504	92 %	21,8	26,2	36,5 %	136	54
Mayotte	235 132	2 212 (1 %)	-	374	88 %	20,5	20,9	-	53	-
France Métropolitaine	64 604 599	5 988 754 (9 %)	118	543 940	20 %	22,9	27,4	7,3 %	130	17
DROM	2 121 227	107 337 (5 %)	-	-	78 %	22,4	25,4	31,9 %	115	50
France entière	66 725 826	6 096 091 (9 %)	104	632 734	20 %	22,9	27,4	8,0 %	130	17

Densité de médecins généralistes par département en 2017



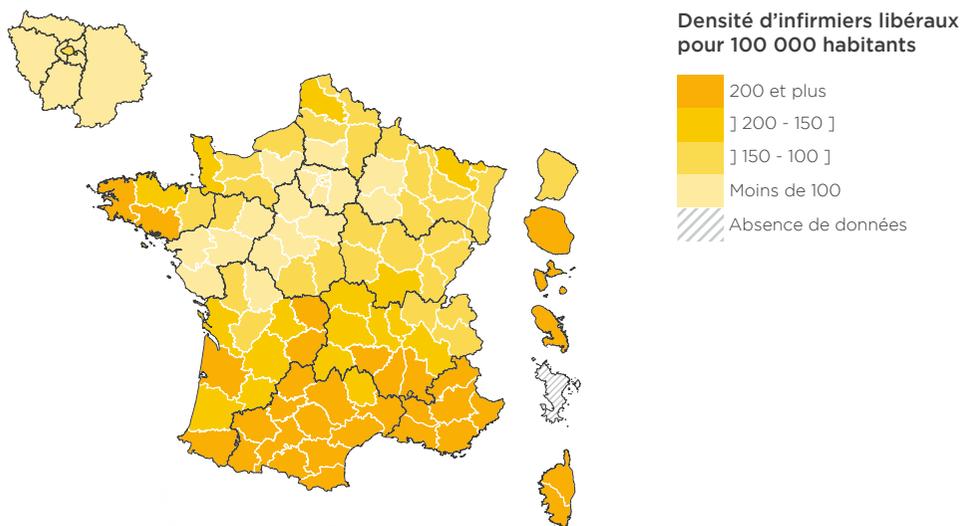
Source : Conseil national de l'Ordre des médecins, 2017

Indice de désavantage social (FDep) par département en 2013



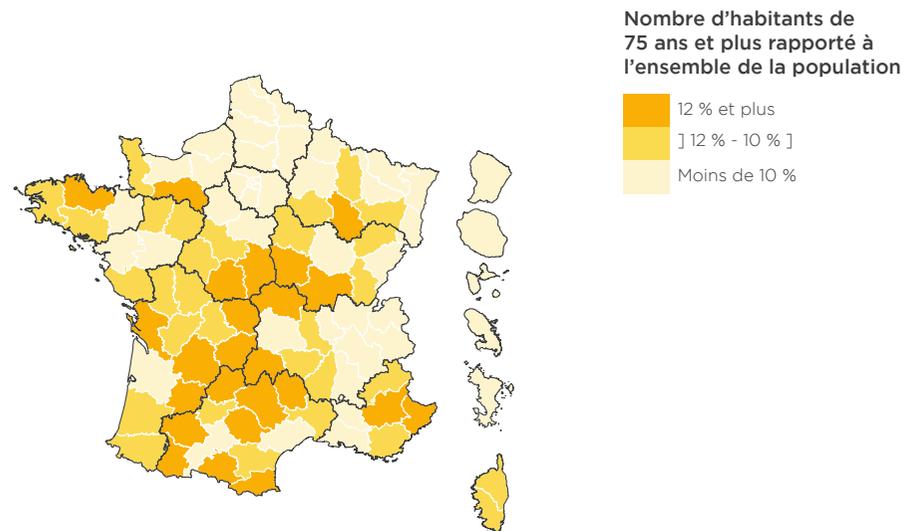
Source : Inserm-CépiDc, 2013

Densité d'infirmiers libéraux par département en 2014



Sources : DREES, Insee, Fnors, 2014

Part de la population âgée de 75 ans et plus par département en 2016



Source : Insee, Estimation de la population, 2016

Mortalité

593 900 décès en France en 2016

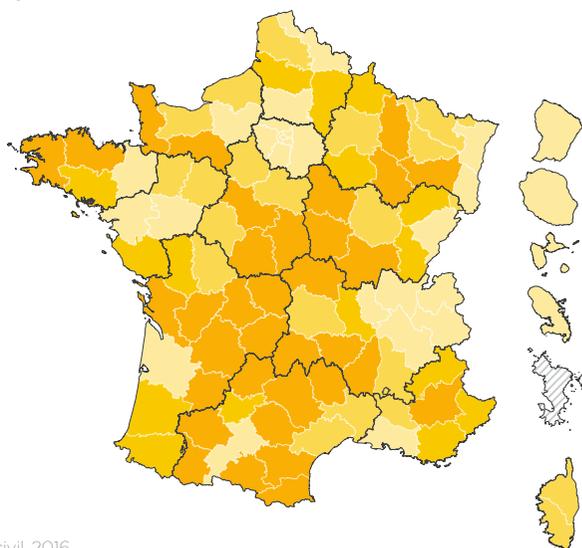
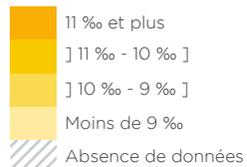
Champ : France métropolitaine et DROM
Source : Insee, statistiques de l'état civil, 2016

En 2016, on comptabilisait
9 décès pour 1 000 habitants

Champ : France métropolitaine et DROM
Sources : Insee, estimation de population 2016 et 2017, statistiques de l'état civil 2016

Taux brut de mortalité par département en 2016

Nombre de décès pour
1 000 habitants

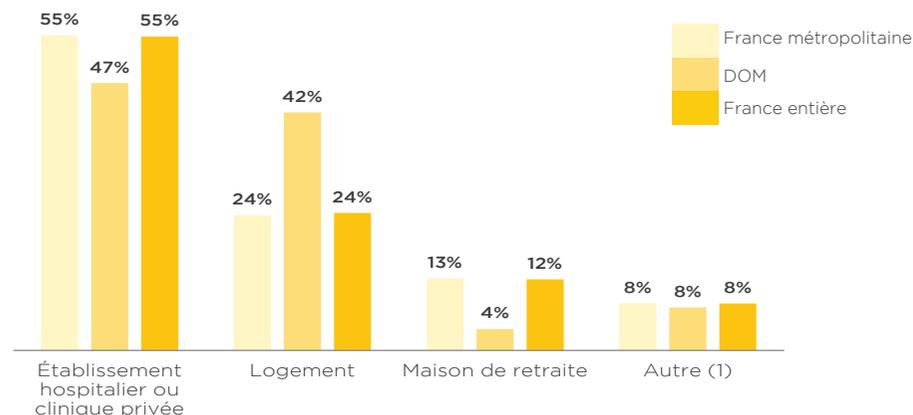


Source : Insee, statistiques de l'état civil, 2016

“ Le nombre de causes de décès augmente avec l'âge, du moins jusqu'à 80 ans. Cela reflète la **complexité des tableaux pathologiques des personnes les plus âgées** avec notamment des comorbidités. ”

Source : Désesquelles A., Gamboni A., Demuru E., réseau Multicause. On ne meurt qu'une fois... mais de combien de causes ? *Population & sociétés* 2016, n° 534, 4 p. Disponible en ligne.

Lieux de décès en 2016



(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré ».

Champ : France métropolitaine et DROM

Source : Insee, statistiques de l'état civil, 2016, exploitation CNSPFV

NB : Les données disponibles ne permettent pas de distinguer les établissements sociaux et médico-sociaux (EHPAD, MAS, FAM) et les personnes décédées à domicile en HAD (cf. Méthodologie).

Lecture : En 2016, 55 % des décès en France métropolitaine ont eu lieu en établissement hospitalier.

Répartition des décès selon la cause initiale

Tumeurs	30,0 %
Maladies de l'appareil circulatoire (AVC, cardiopathies, etc.)	25,1 %
Maladies de l'appareil respiratoire (1)	6,4 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens (Parkinson, Alzheimer, etc.)	6,3 %
Maladies de l'appareil digestif (1)	4,1 %
Troubles mentaux et du comportement (démences liées à la maladie d'Alzheimer, etc.)	4,1 %
Causes externes (accidents, suicides, homicides, etc.)	6,4 %
Autres causes	17,6 %

(1) Hors tumeurs.

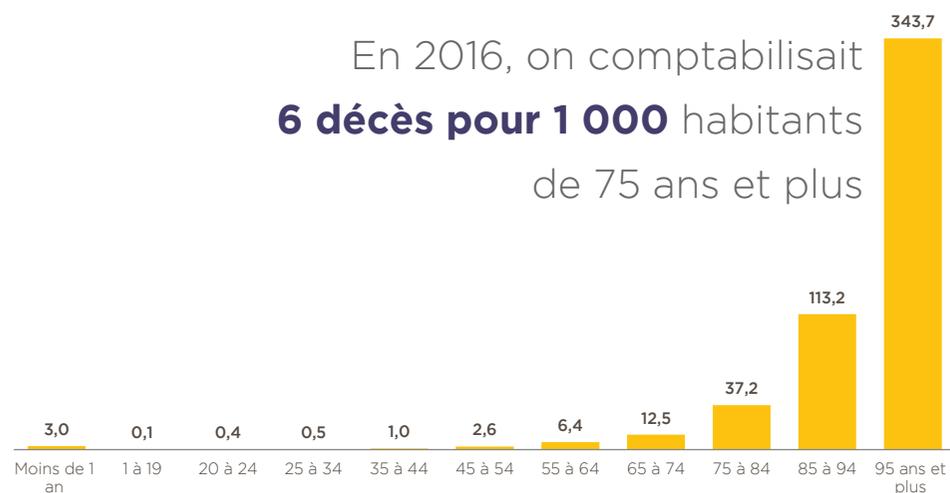
Champ : France métropolitaine et DROM

Source : Inserm-CépiDc, 2014, exploitation CNSPFV

Lecture : En 2014, les décès par tumeur représentaient 30 % de l'ensemble des décès.

Taux brut de mortalité selon l'âge en 2016

En 2016, on comptabilisait
6 décès pour 1 000 habitants
de 75 ans et plus

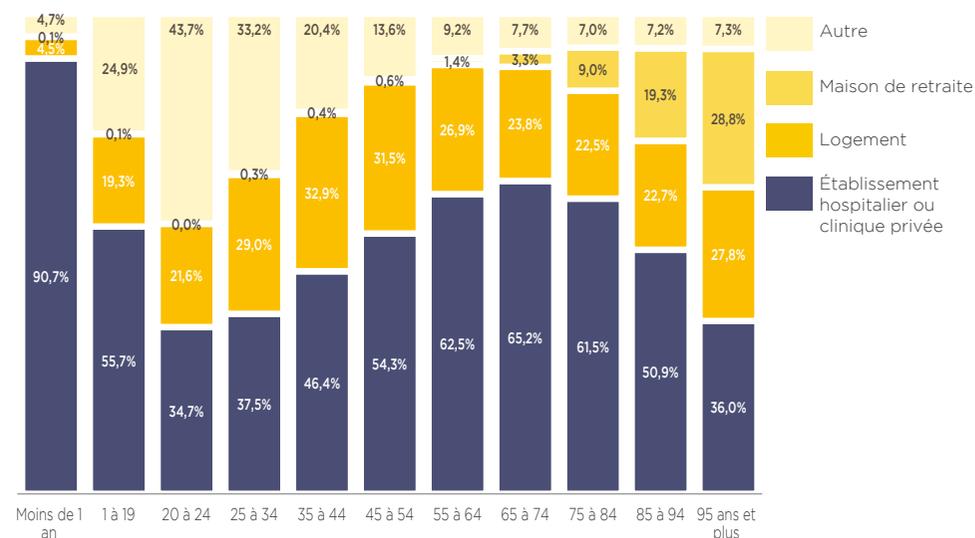


Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte

Sources : Insee, estimation de population 2016 et 2017, statistiques de l'état civil 2016, exploitation CNSPFV

Lecture : En 2016, on comptait 2.6 décès pour 1 000 personnes âgées de 45 à 54 ans.

Lieux de décès selon l'âge en 2016



Champ : France métropolitaine et DROM

Source : Insee, statistiques de l'état civil, 2016, exploitation CNSPFV

NB : Les données disponibles ne permettent pas de distinguer les établissements sociaux et médico-sociaux (EHPAD, MAS, FAM) et les personnes décédées à domicile en HAD (cf. Méthodologie).

Lecture : En 2016, 90,7 % des décès d'enfants de moins de 1 an ont eu lieu en établissement hospitalier.

Répartition des causes initiales de décès selon l'âge en 2014

	Moins de 1 an	1 à 19 ans	20 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
Tumeurs	0,7 %	17,6 %	11,7 %	16,5 %	28,2 %	41,6 %	50,8 %	48,8 %	33,2 %	17,6 %	8,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	1,3 %	4,8 %	4,8 %	6,9 %	10,5 %	12,6 %	14,1 %	17,6 %	25,1 %	32,5 %	34,1 %
Maladies de l'appareil respiratoire	0,9 %	2,0 %	1,4 %	1,4 %	1,8 %	2,2 %	3,3 %	4,9 %	6,9 %	8,0 %	9,1 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3,6 %	7,6 %	3,7 %	4,0 %	3,5 %	2,9 %	2,8 %	3,9 %	7,0 %	8,2 %	6,1 %
Troubles mentaux et du comportement	0,0 %	0,4 %	0,8 %	2,5 %	3,8 %	3,6 %	2,5 %	1,8 %	3,2 %	5,7 %	6,9 %
Maladies de l'appareil digestif	0,2 %	0,8 %	0,9 %	1,9 %	4,3 %	6,7 %	5,9 %	4,7 %	3,9 %	3,5 %	3,1 %
Causes externes	2,3 %	40,9 %	56,1 %	45,6 %	27,7 %	14,8 %	6,8 %	4,7 %	4,5 %	5,0 %	4,9 %
Autres causes	91,0 % (1)	25,9 %	20,5 %	21,1 %	20,2 %	15,6 %	13,8 %	13,6 %	16,1 %	19,5 %	27,4 %
Total général (Effectif)	100,0 % (2 859)	100,0 % (2 211)	100,0 % (1 538)	100,0 % (4 617)	100,0 % (9 952)	100,0 % (27 070)	100,0 % (57 518)	100,0 % (79 342)	100,0 % (151 366)	100,0 % (215 826)	100,0 % (36 368)

(1) 73 % des causes initiales de décès des moins de 1 an se retrouvent dans les catégories des maladies liées à la santé périnatale et à des malformations congénitales.

Champ : France métropolitaine et DROM

Source : Inserm-CépiDc, 2014, exploitation CNSPFV

Lecture : En 2014, les décès par tumeur représentaient 17,6 % de l'ensemble des décès des personnes âgées de 1 à 19 ans.

Offre en soins palliatifs

**139
USP**

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

**5 040
LISP**

Les Lits identifiés en soins palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. Grâce à une valorisation économique et à un renfort de personnel et de formation, les LISP permettent aux services hospitaliers de poursuivre la prise en charge de leurs patients jusqu'à la fin de leur vie.

**424
EMSP**

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 et des établissements médico-sociaux. De plus, les EMSP ont une importante mission de sensibilisation et de formation des professionnels.

**22
ERRSPP**

Les Équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) sont des équipes multidisciplinaires généralement rattachées à un établissement de santé. Leur objectif principal est d'intégrer la démarche palliative dans la pratique des professionnels de santé confrontés à la fin de vie en pédiatrie.

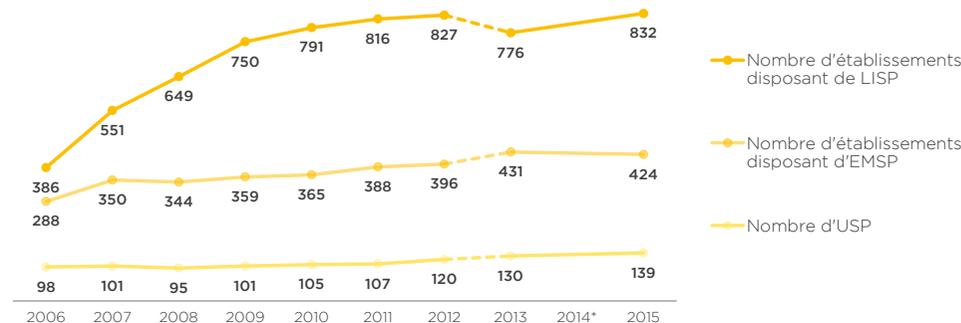
**90
RSSP**

Les Réseaux de santé ayant une activité en soins palliatifs (RSSP) ont une mission de coordination visant à faciliter la prise en charge des patients en fin de vie à domicile.

**38
PTA**

Les Plateformes territoriales d'appui (PTA) sont un dispositif récent visant à apporter un soutien aux professionnels de santé pour la prise en charge de situations complexes sans distinction d'âge ni de pathologie.

Évolution du nombre de structures de soins palliatifs entre 2006 et 2015



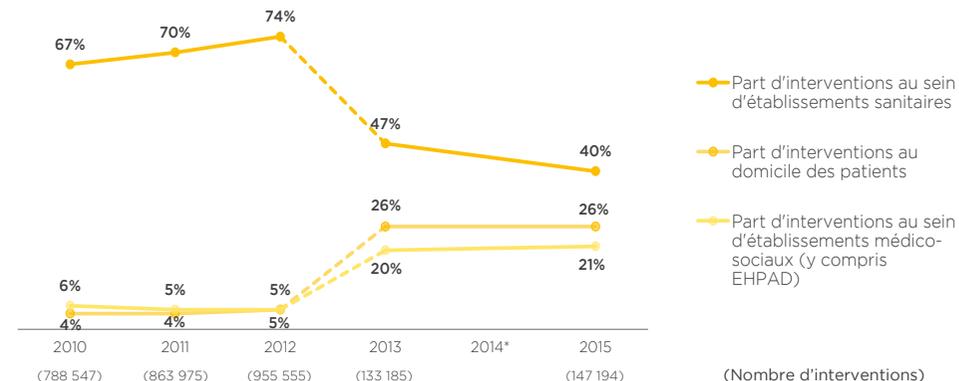
Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2015).

Sources : DREES Enquête SAE, 2006 à 2015, exploitation CNSPFV

* Absence de données en 2014

NB : La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. 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. Celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution. La baisse du nombre d'établissements disposant de LISP observée en 2013 peut notamment être expliquée par cette refonte.

Répartition des interventions des EMSP selon le lieu (établissements sanitaires, médico-sociaux et domicile) de 2010 à 2015



Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2015).

Sources : DREES Enquête SAE, 2010 à 2015, exploitation CNSPFV

* Absence de données en 2014

NB : Le total par année est inférieur à 100 % du fait des valeurs manquantes.

La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. 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. Celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.



La part des établissements hospitaliers disposant de LISP est passée de 14 % en 2006 à 31 % en 2015. Des disparités de dotation apparaissent : en 2015, on comptabilisait entre 1 et 110 LISP par établissement, la médiane se situant à 5. Sur cette même période, le nombre d'USP a augmenté de 42 % et le nombre d'établissements disposant d'une EMSP de 47 %.



Les EMSP avaient initialement pour mission d'intervenir au niveau intra-hospitalier. Depuis 2012, la part des interventions au domicile des patients ainsi qu'en établissement médico-social a augmenté. L'importante baisse des interventions au sein des établissements sanitaires explique cette bascule.

“

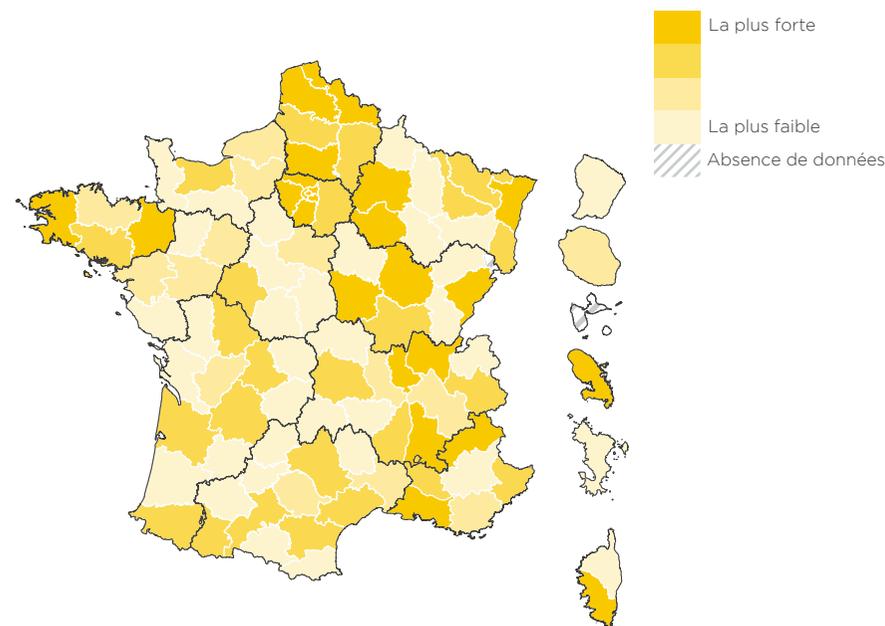
Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé.

L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et les proches.

”

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), 2002

Dotation en lits d'unité de soins palliatifs rapportée à 1 000 personnes décédées et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs par région



Sources : Estimation à partir des données DREES Enquête SAE 2013, 2015 ; CépiDc-Inserm 2014, Exploitation CNSPFV

Un découpage des départements par quartiles a été réalisé en fonction du nombre de lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie. Les plages de couleur indiquent la répartition des départements par quartiles (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24). En 2014, en France, 1 482 lits répartis dans 133 USP ont été dénombrés. En 2014, le nombre médian de lits d'unités de soins palliatifs était de 2 pour 1 000 personnes décédées ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. À titre informatif, il était de 0 pour le département des Alpes de Haute-Provence et de 24 pour le département de Paris.

Pour en savoir plus

Consulter la circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs - http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-04/ste_20080004_0100_0124.pdf

Estimation de la population requérante en soins palliatifs

Sur les 552 530 personnes décédées en 2014 de 18 ans et plus, **343 500 auraient été susceptibles de relever de soins palliatifs**, soit 62,2 % des personnes décédées

Champ : France métropolitaine et DROM

Source : CépiDc-Inserm, 2014

Pour comparaison, en 2011, à partir de ce même modèle, la population requérante en soins palliatifs était estimée à 62 % en France, à 63 % en Belgique et à 70 % au Canada.

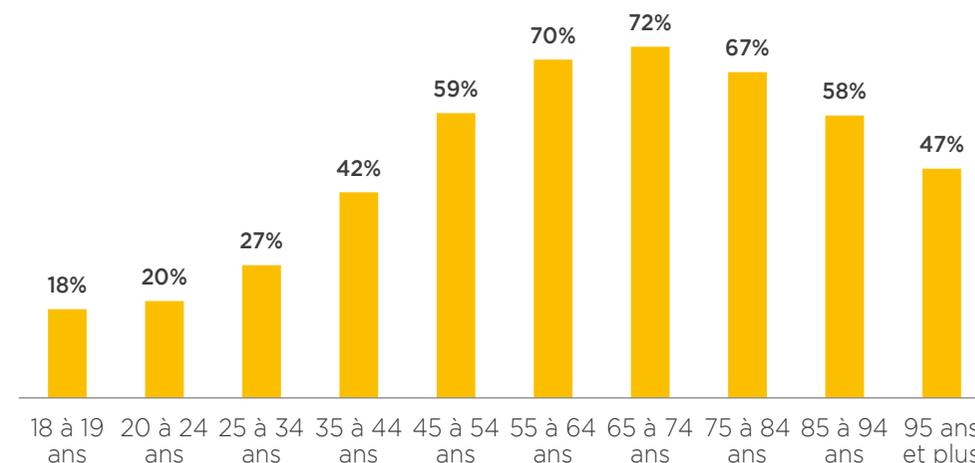
Référence : Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson D.M., Loucka M., Csiko A., Ruiz-Ramos M., Cardenas-Turanzas M., Rhee Y, Teno J, Öhlen J, Deliens L, Houttekier D, Cohen J. Estimating the need for palliative care at the population level: a cross-national study in 12 countries. *Palliat Med* 2017, vol. 31, n° 6, p. 526-536.



Différents modèles d'estimation de la population requérante en soins palliatifs ont été élaborés au niveau international (Rosenwax, 2006 ; Murtagh, 2014 - cf. tableau page 18). Le modèle retenu pour l'estimation en population générale est issu d'une adaptation du modèle proposé par l'ONFV en 2011, lui-même basé sur le modèle proposé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce modèle a été construit par une équipe pluridisciplinaire d'épidémiologistes et de médecins en soins palliatifs de l'INSPQ. Cette estimation est basée sur une liste de maladies dont le décès est généralement prévisible (cf. tableau page 17). Les données sont issues des certificats de décès de l'année 2014 et ont été fournies par le CépiDc-Inserm. La population des moins de 18 ans a été volontairement exclue de l'échantillon d'analyse car la prise en charge en soins palliatifs de la population pédiatrique présente certaines spécificités.

Consulter la méthodologie pour davantage de précisions.

Estimation de la proportion de la population requérante par grandes classes d'âge



Champ : France métropolitaine et DROM

Source : CépiDc-Inserm, 2014

NB : Si la proportion de la population requérante diminue avec l'avancée en âge, cela pourrait en partie s'expliquer par la surreprésentation de cette population au sein de la trajectoire de fin de vie par déclin lent (trajectoire 3 - cf. page 41).

Lecture : En 2014, parmi l'ensemble des personnes décédées entre 18 et 19 ans, 18 % étaient susceptibles de relever de soins palliatifs.

81 ans

c'est l'âge médian des personnes décédées en 2014 qui auraient été susceptibles de relever de soins palliatifs

Champ : France métropolitaine et DROM

Source : CépiDc-Inserm, 2014

Estimation de la population requérante selon le sexe



60,9 %



63,3 %

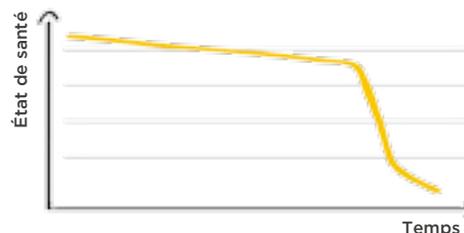
Champ : France métropolitaine et DROM

Source : CépiDc-Inserm, 2014

Lecture : En 2014, parmi l'ensemble des femmes décédées de 18 ans et plus, 60,9 % étaient susceptibles de relever de soins palliatifs.

Trajectoire 1 - Déclin rapide

Décès suite à une maladie à évolution progressive, comportant une phase terminale relativement identifiable (cancers notamment).

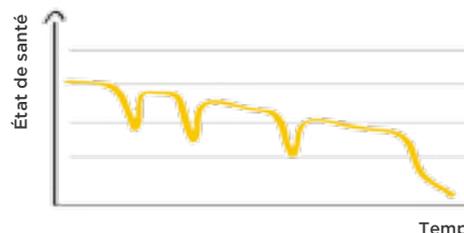


48 %

soit 165 530 personnes

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.).

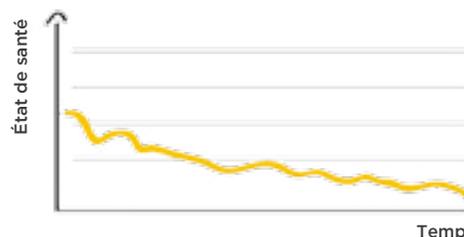


38 %

soit 128 900 personnes

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 avec démence.



14 %

soit 49 060 personnes

Champ : France métropolitaine et DROM

Source : CépiDc-Inserm, 2014

Lecture : En 2014, parmi l'ensemble des personnes décédées qui auraient été susceptibles de bénéficier d'une prise en charge palliative, 49 % ont eu une trajectoire de fin de vie par déclin rapide (trajectoire 1).

Consulter la méthodologie pour davantage de précisions sur les trajectoires de fin de vie.

Soins palliatifs à l'hôpital : estimation et codage



Le modèle d'estimation est identique au modèle retenu en population générale (cf. page 38). En établissement hospitalier, le repérage de cette population est possible grâce aux données d'activité du système d'information hospitalier (PMSI) mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ces données sont recueillies tous les ans et ont l'avantage d'être exhaustives et accessibles. Elles retracent le parcours du patient, ses pathologies et les traitements qui lui ont été administrés. Elles permettent également d'estimer le nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge palliative grâce au codage Z51.5 « Soins palliatifs » en diagnostic principal ou associé. 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 » associés à un séjour. L'estimation réalisée comporte donc certaines limites. En effet, les données d'information hospitalières sont de nature déclarative et ne retranscrivent donc que ce qui est enregistré. Elles sont utilisées pour le financement des établissements de santé et pour la planification de l'offre de soins. L'analyse de ces données doit donc être faite avec prudence.

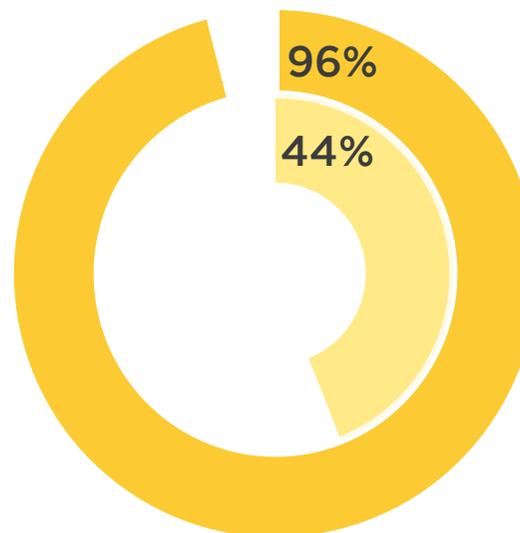
Consulter la méthodologie pour davantage de précisions.



Sur les 333 291 patients adultes décédés en établissement hospitalier (MCO, SSR et HAD) en 2016, 96 % auraient été susceptibles de bénéficier d'une prise en charge palliative, soit 319 045 personnes.

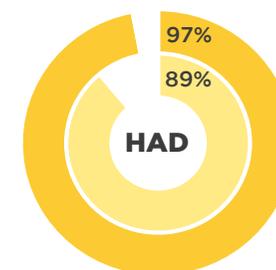
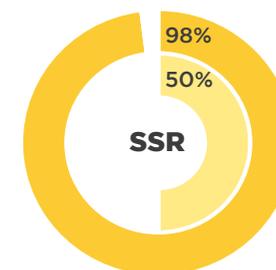
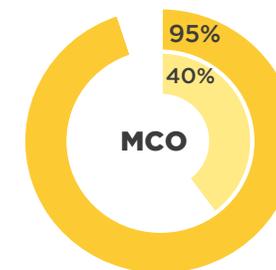
Parmi eux, 44 % ont effectué un séjour identifié, dans le système d'information, comme comportant des soins palliatifs. Il est important de garder à l'esprit que l'estimation présentée ne permet pas de décrire la « réalité » de la fin de vie à l'hôpital. Il est possible que certains patients aient bénéficié d'une prise en charge palliative sans que cette activité ait été notifiée dans le système d'information des données hospitalières.

Prises en charge palliatives des patients adultes décédés en établissement hospitalier au cours de l'année 2016



■ Part des patients adultes décédés en établissement hospitalier en 2016 susceptibles d'avoir bénéficié de soins palliatifs.

■ Part des patients décédés ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).



NB : Le nombre de patients adultes décédés en 2016 était de 278 200 en MCO, de 36 434 en SSR et de 18 657 en HAD.
Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte
Source : ATIH PMSI 2016, MCO, SSR et HAD, exploitation CNSPFV

Caractéristiques des patients adultes décédés susceptibles d'avoir bénéficié d'une prise en charge palliative selon l'accès à un séjour codé « Soins palliatifs »

319 045

..... Patients adultes décédés en établissement hospitalier ayant été susceptibles
de bénéficier de soins palliatifs au cours de l'année 2016

178 474 (56 %)

Patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs décédés en 2016 et n'ayant eu aucun séjour codé « Soins palliatifs ».

(44 %) 140 571

Patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs décédés en 2016 et ayant eu au moins un séjour codé « Soins palliatifs » dans l'année.

..... Âge médian
82 ans **78 ans**

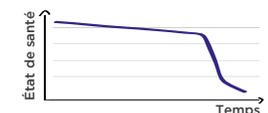
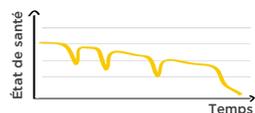
..... Nombre moyen de journées d'hospitalisation en 2016
31 jours **51 jours**

..... Mode d'entrée du séjour du décès (1)
Urgences **Autre service MCO**

..... Unité médicale du décès (1)
Réanimation **Soins palliatifs**
Soins intensifs/Surveillance continue **Oncologie/Hématologie**

..... Diagnostic principal du séjour du décès (1)
Maladies de l'appareil circulatoire **Tumeurs**

..... Trajectoire de fin de vie (1)
Trajectoire 2 **Trajectoire 1**
(cf. Méthodologie)



(1) Les modalités présentées relatives au mode d'entrée du séjour du décès, à l'unité médicale du décès et au diagnostic principal du séjour du décès pour chacune des deux populations correspondent aux modalités principales observées. Autrement dit, elles ne concernent pas 100 % de ces deux populations mais sont les modalités qui en sont les plus représentatives.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte

Source : ATIH PMSI 2016, MCO, SSR et HAD, exploitation CNSPFV

Lecture : Les patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en 2016 et ayant eu au moins un séjour codé « Soins palliatifs » ont été hospitalisés 51 jours en moyenne en 2016, ils ont souvent été transférés d'un autre service lors du séjour du décès, ils sont majoritairement décédés au sein d'une unité de soins palliatifs ou d'un service d'onco-hématologie des suites d'une tumeur et sont principalement représentés au sein de la trajectoire de fin de vie par déclin rapide (trajectoire 1).

Dépendance

En établissement



des personnes âgées de 60 ans et plus en établissement⁽¹⁾ étaient en situation de dépendance en 2015.

(1) Établissements : EHPAD, EHPA et USLD

NB : Au sens de l'APA, soit 517 384 bénéficiaires.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte

Sources : DREES, Enquête Aide sociale 2015, Insee, estimation de la population 2016

À domicile



des personnes âgées de 60 ans et plus à domicile étaient en situation de dépendance en 2014.

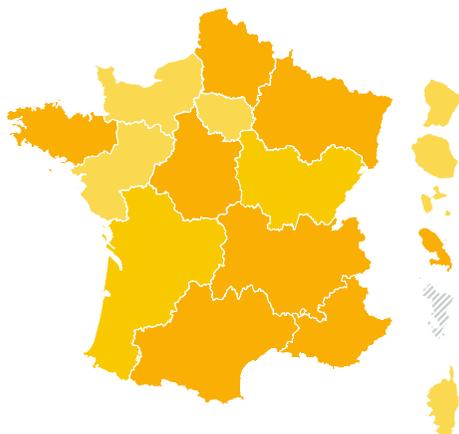
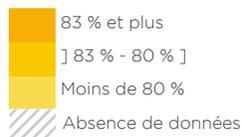
Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte

NB : Au sens des groupes VQS, score supérieur à 40, soit le groupe VQS IV.

Sources : DREES Enquête Vie quotidienne et santé 2014, Insee recensement de la population 2014

Part des bénéficiaires de l'APA en établissement en France en 2015

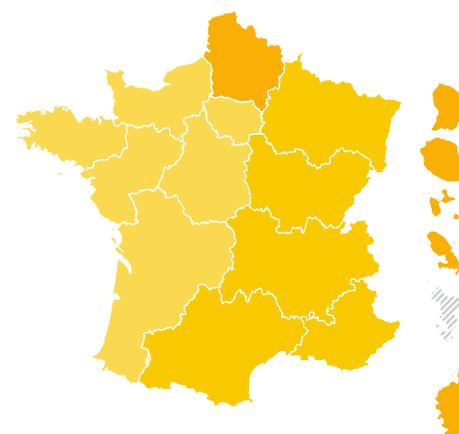
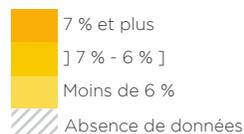
Part des bénéficiaires de l'APA en établissement sur l'ensemble de la population de 60 ans et plus vivant en établissement (USLD, EHPA, EHPAD)



Sources : DREES Enquête Aide sociale 2015, Enquête EHPA 2015, exploitation CNSPFV

Part des habitants de 60 ans en situation de dépendance à domicile en France en 2014

Part des habitants de 60 ans et plus vivant à domicile et appartenant au groupe VQS IV



Sources : DREES Enquête Vie quotidienne et santé 2014, Insee recensement de la population, exploitation CNSPFV



La mesure de la dépendance pour l'attribution de l'APA

En France, la grille AGGIR (Autonomie, gérontologie et groupes iso-ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance d'une personne âgée selon son autonomie physique et psychique. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes (GIR), des plus légers, les GIR 5 et 6, au plus grave, le GIR 1.

Source : www.service-public.fr



La mesure de la dépendance à domicile : le score VQS

Un score décrivant le degré de handicap des personnes âgées de 60 ans et plus a été construit à partir des réponses au questionnaire VQS issu d'une enquête menée par la DREES en partenariat avec l'Insee (cf. Méthodologie). Le groupe I correspond aux personnes les plus autonomes et le groupe IV aux personnes les plus dépendantes.

Pour en savoir plus : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/061016.pdf>

Fin de vie en EHPAD

7 400 EHPAD en France fin 2015 pour 600 380 places

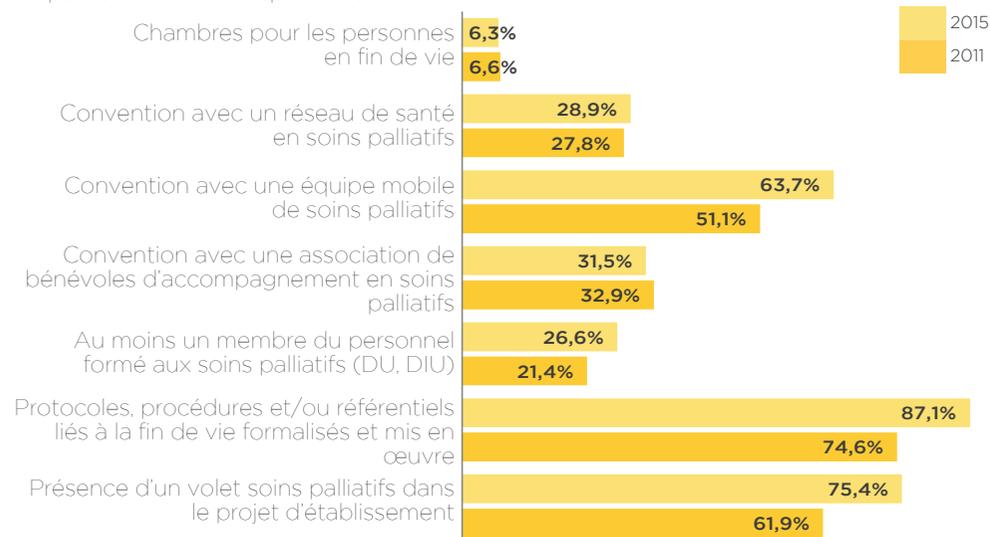
808 935 résidents au cours de l'année 2015, soit 109 en moyenne par établissement

Près d'un résident sur 5 est décédé au cours de l'année 2015

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte
Source : DREES, Enquête EHPA 2015, exploitation CNSPFV

Développement de la culture palliative en EHPAD entre 2011 et 2015

Proportion d'EHPAD disposant de...

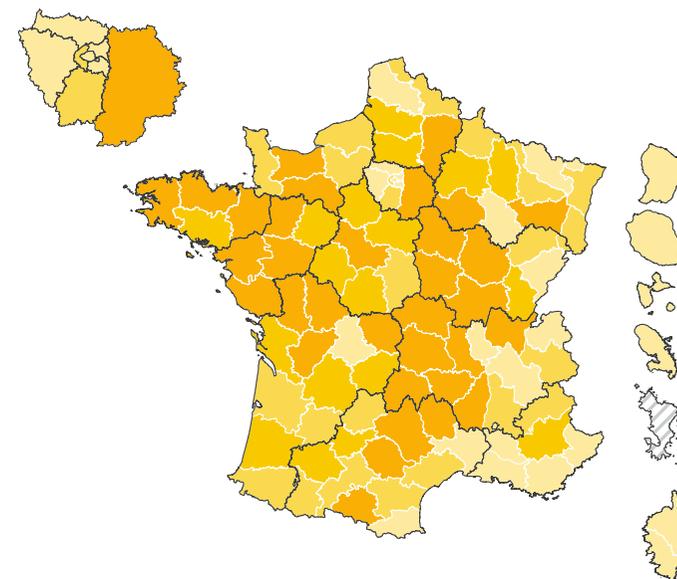


Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte
Source : DREES, Enquête EHPA 2011 et 2015

Lecture : En 2015, 75,4 % des EHPAD avaient un volet soins palliatifs dans leur projet d'établissement, pour 61,9 % en 2011.

Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2015

Nombre de places en EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus



Sources : DREES, Enquête EHPA 2015 ; Répertoire FINESS ; Insee, estimation de la population 2016

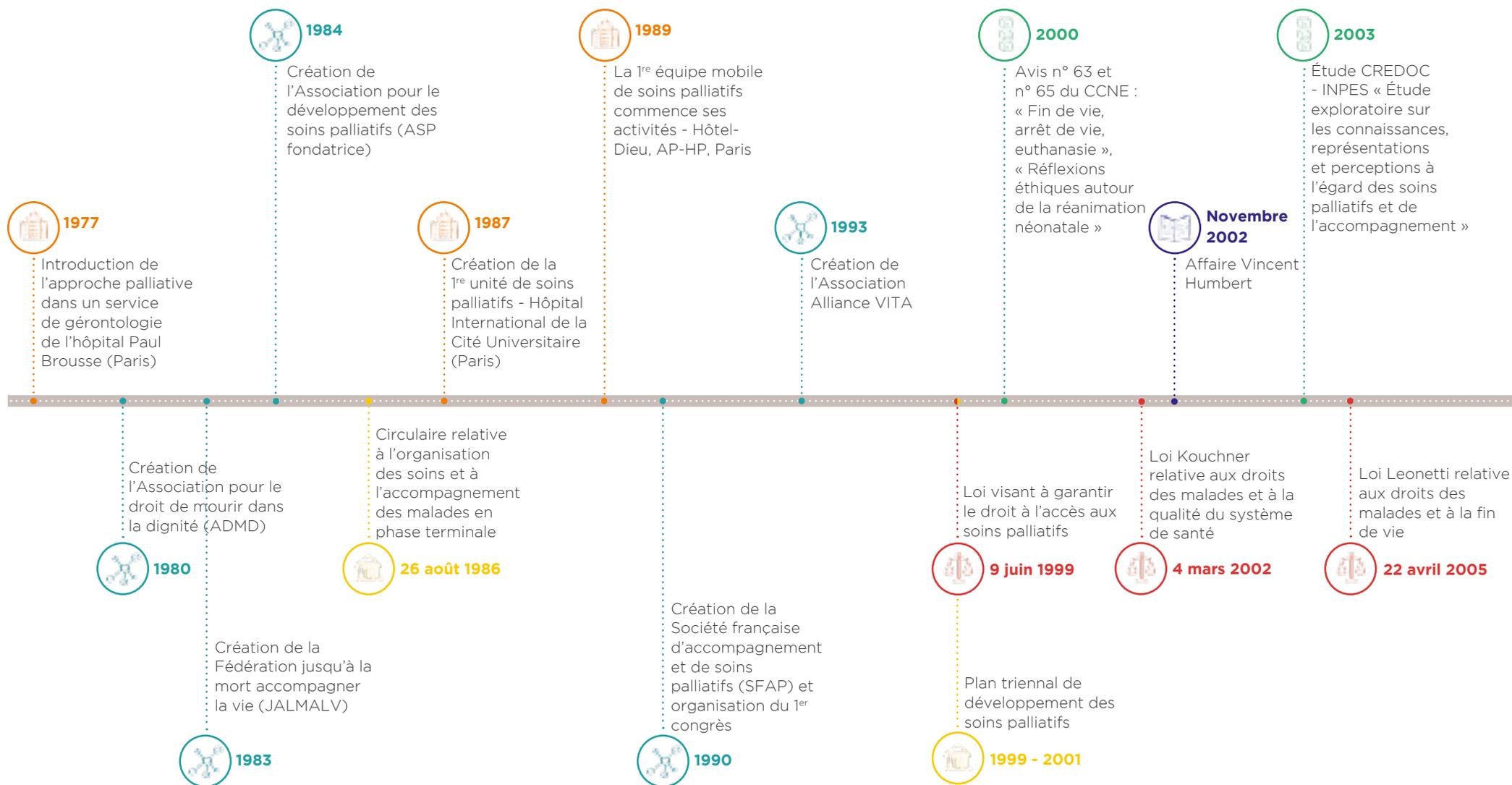
Près d'un EHPAD sur dix disposait de la présence d'une infirmière 24 heures/24.

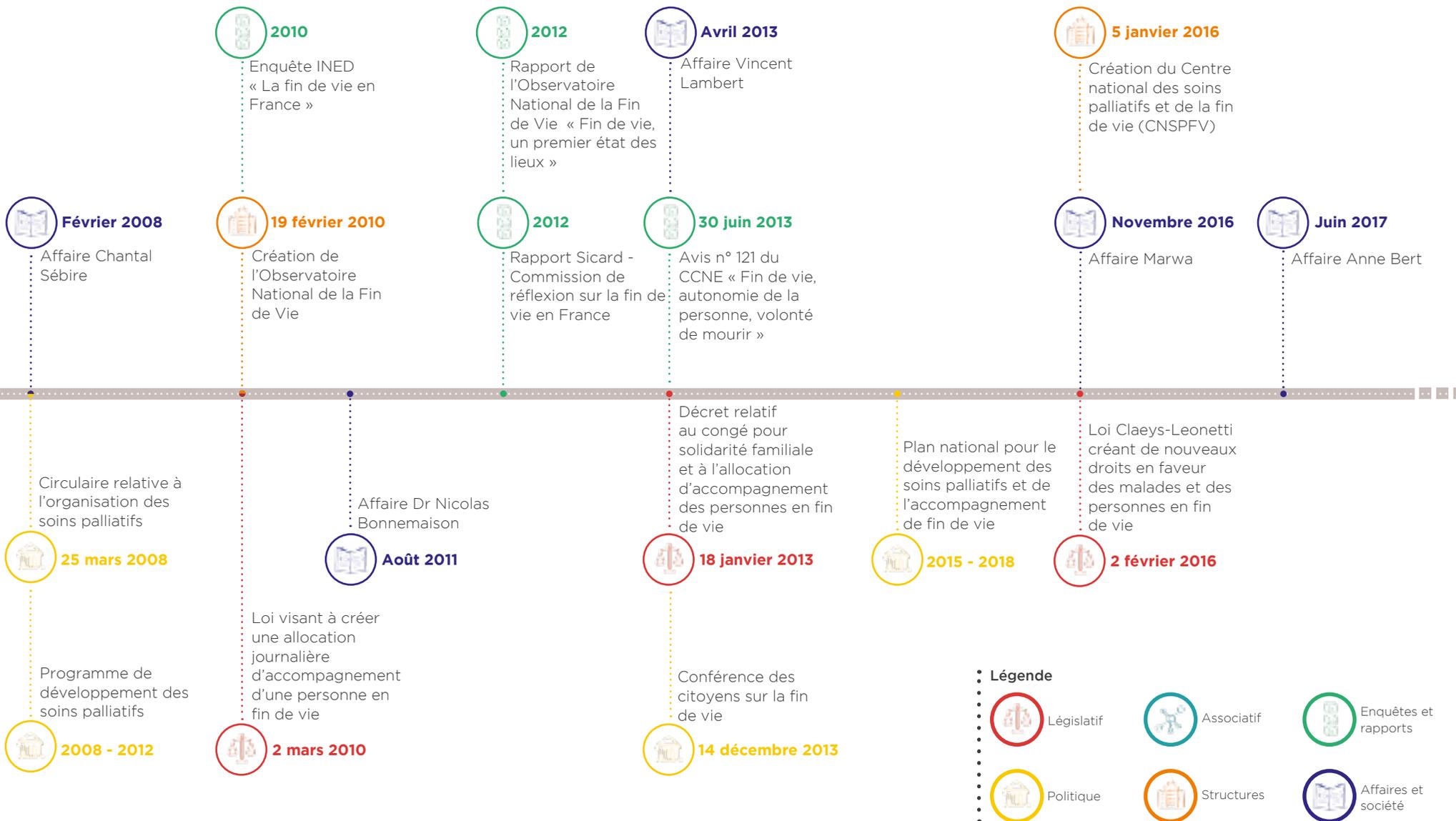
Un tiers des résidents accueillis en 2015 a été hospitalisé au moins une fois.

1 résident sur 4 décédé en 2015 est mort au cours d'une hospitalisation.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte
Source : DREES, Enquête EHPA 2015

Historique





Légende

- Législatif
- Associatif
- Enquêtes et rapports
- Politique
- Structures
- Affaires et société

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, hydromorphone, 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 (cf. tableau page 49).

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 (cf. tableau page 49).

La codéine est-elle disponible en accès libre ?

Non, uniquement sur ordonnance.

Règles de prescription des opioïdes et benzodiazépines en France et disponibilité en ville et à l'hôpital

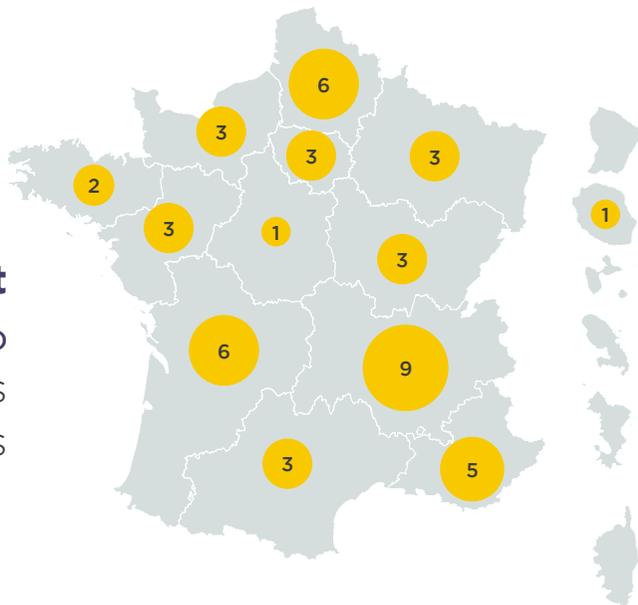
Médicaments	Mode d'administration	Prescription	Disponibilité	
			À l'hôpital	En ville
Médicaments opioïdes stupéfiants		Sur ordonnance sécurisée		
Morphine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
Fentanyl	Per os /nasal	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Transdermique	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	Non
Sufentanil	Per os	Médecin hospitalier / limitée à 3 jours	Oui	Non
	Injectable	Anesthésiste-réanimateur / limitée à 7 jours	Oui	Non
Hydromorphine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
Oxycodone	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
Péthidine	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 7 jours	Oui	Oui
Méthadone	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
Médicaments opioïdes non stupéfiants		Liste I		
Tramadol	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Initiale semestrielle par médecin hospitalier	Oui	Oui
Codéine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
Médicaments benzodiazépines		Liste I		
Diazépam	Per os	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
Midazolam	Injectable	Anesthésiste-réanimateur	Oui	Non
Clonazépam	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

Formation et recherche

L'enseignement en soins palliatifs en France en 2015

**48 DU et
DIU⁽¹⁾**
de soins
palliatifs



(1) Diplôme universitaire, Diplôme Inter-universitaire
Source : SFAP, CNEFUSP, 2015

10,5 heures

d'enseignement⁽¹⁾ en moyenne étaient dédiées
aux soins palliatifs en 2016 (4 heures de plus
qu'en 2013)

(1) Formation médicale initiale, première année commune aux études de santé (PACES), Diplôme de formation générale
en sciences médicales (DFGSM), Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM).

Champ : France métropolitaine

Source : SFAP, CNEFUSP, Enquête nationale sur les enseignements en soins palliatifs, 2016

Enseignement complémentaire

Plus de 20 DU et DIU
douleur en 2017

Champ : France métropolitaine et DROM
Source : SFAP, CNEFUSP, 2015

7 capacités douleur en
2015 et **1 500** médecins
formés depuis 2000

Champ : France métropolitaine et DROM
Source : SFETD, Livre Blanc de la douleur, 2015

La recherche

127 thèses et mémoires sur les sujets des soins
palliatifs, de la fin de vie, de la mort et du deuil
soutenus en 2016

Sources : ABES, WorldCat, Palli@Doc, exploitation CNSPFV, 2017

La fin de vie et les soins palliatifs dans les congrès



En France

1 congrès annuel dédié aux soins
palliatifs organisé par la SFAP

50 % des congrès médicaux⁽¹⁾
organisés en 2016 ont consacré une
partie de leurs communications aux
soins palliatifs, à la fin de vie, à la
mort et/ou au deuil.

(1) 8 sur une sélection de 17 congrès (cf. Méthodologie).
Source : Pôle veille et documentation du CNSPFV, 2017



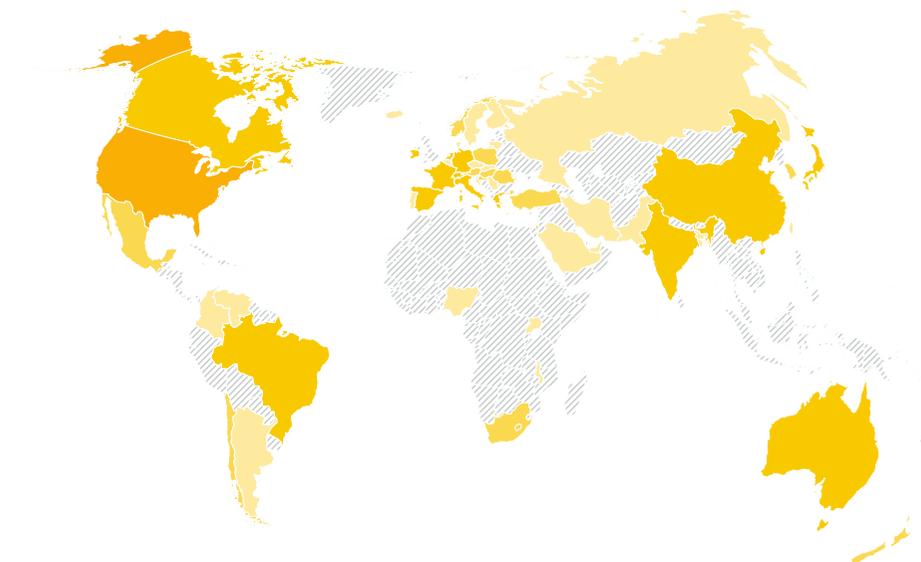
À l'étranger

Participation de Français au sein
des congrès internationaux en
2016 :

- Congress of International association of hospice and palliative care
- World Research Congress of European Association for palliative Care
- Annual World Congress of Psycho-oncology ans Psychosocial Academy
- Congress of the European academy of neurology

Source : Pôle veille et documentation du CNSPFV, 2017

Publications sur les soins palliatifs, la fin de vie, la mort et/ou le deuil selon le pays d'édition



Nombre moyen de publications parues par pays entre 2005 et 2016



Source : Web of Science, exploitation CNSPFV

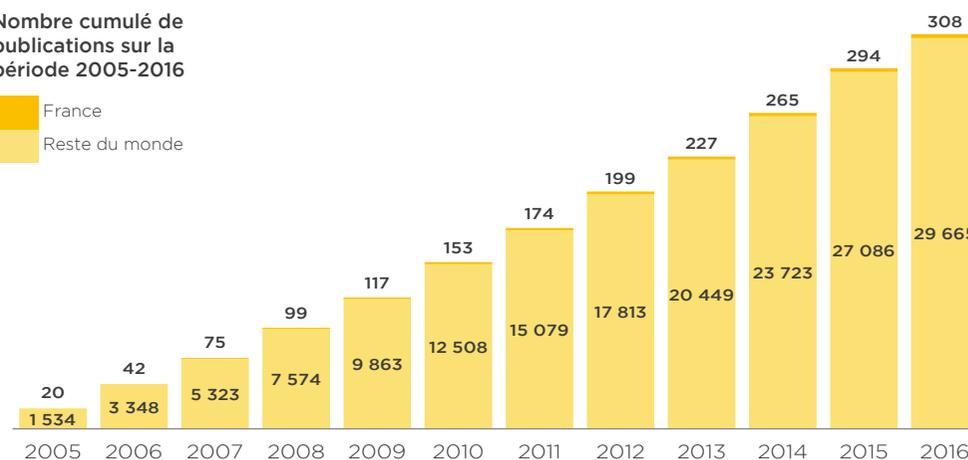
Les États-Unis sont le premier pays éditeur avec 1 551 publications annuelles en moyenne sur la fin de vie, les soins palliatifs, la mort et le deuil sur la période 2005-2016. À titre de comparaison, **en France, 26 publications sont parues en moyenne chaque année.**

Entre 2005 et 2016, sur l'ensemble des 545 publications associant au moins un auteur français, **71 % ont été publiées à l'étranger.**

Évolution du nombre de publications sur les soins palliatifs, la fin de vie, la mort et/ou le deuil dans le monde et en France entre 2005 et 2016

Entre 2005 et 2016, **le nombre de publications** sur la fin de vie, les soins palliatifs, la mort et le deuil **a augmenté chaque année de 28 %** en France et de 31 % dans le reste du monde.

Nombre cumulé de publications sur la période 2005-2016



Source : Web of Science, exploitation CNSPFV

NB : Graphique réalisé à partir de 29 973 références correspondant à des publications d'articles, de livres, de chapitres de livres, d'examens de bases de données, d'articles de discussion, de matériel éditorial, actes de colloques et de revues de la littérature.

Lecture : En 2005, on dénombrait 20 publications en France sur le sujet des soins palliatifs, de la fin de vie, de la mort et/ou du deuil et 1 534 publications dans le reste du monde. En 2016, on dénombrait 308 publications en France cumulées depuis 2005 et 29 665 dans le reste du monde.

03

Profils régionaux

Île-de-France	52
Centre-Val de Loire	53
Bourgogne-Franche-Comté	54
Normandie	55
Hauts-de-France	56
Grand Est	57
Pays de la Loire	58
Bretagne	59
Nouvelle-Aquitaine	60
Occitanie	61
Auvergne-Rhône-Alpes	62
Provence-Alpes-Côte d'Azur	63
Corse	64
Guadeloupe	65
Martinique	66
Guyane	67
La Réunion	68
Mayotte	69



Sociodémographie

12 142 802 habitants
1 001,3 habitants par km²
 Région d'une superficie de **12 012 km²**
50 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
7 % d'habitants de 75 ans et plus
7,4 % de bénéficiaires de la CMU-C

Professionnels et établissements de santé

124 médecins généralistes pour 100 000 habitants
11 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
346 établissements de santé (59 183 lits)
685 établissements pour personnes âgées dépendantes
106 maisons d'accueil spécialisées
130 foyers d'accueil médicalisés

Services en soins palliatifs

28 unités de soins palliatifs (452 lits)
87 établissements ayant des LISP (746 lits dont 2 pédiatriques)
72 équipes mobiles de soins palliatifs
23 réseaux de santé en soins palliatifs

Autres services

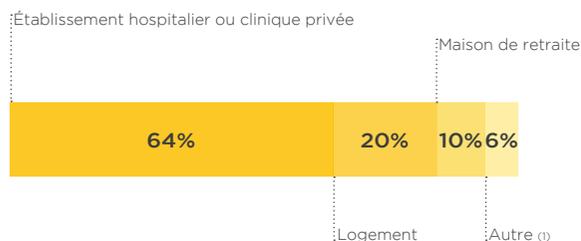
15 services d'hospitalisation à domicile
2 plateformes territoriales d'appui (PTA)
51 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
3 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	32,4 %
Maladies de l'appareil circulatoire	22,0 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,3 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5,9 %
Troubles mentaux et du comportement	4,1 %
Maladies de l'appareil digestif	3,9 %
Causes externes	5,5 %
Autres causes	19,9 %

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

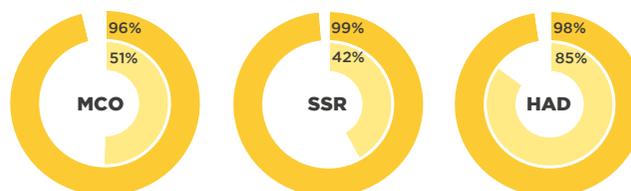
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers

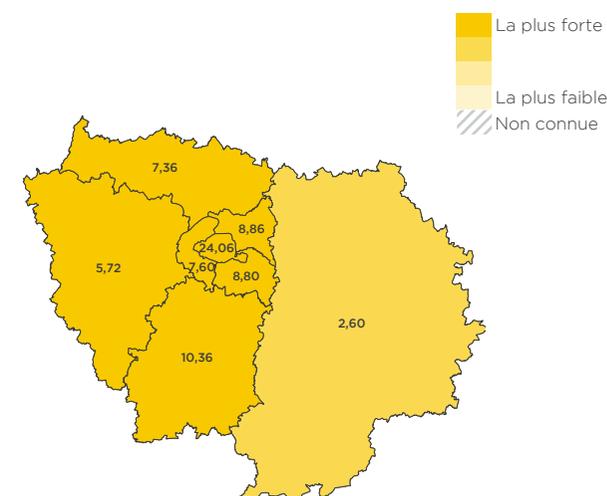


■ Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.
 ■ Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 96 % des patients décédés en MCO originaires d'Île-de-France étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 51 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Centre-Val de Loire



Sociodémographie

2 587 004 habitants
 65,8 habitants par km²
 Région d'une superficie de 39 151 km²
 17 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
 11 % d'habitants de 75 ans et plus
 6,7 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

2 unités de soins palliatifs (22 lits)
 37 établissements ayant des LISP (303 lits dont 0 pédiatrique)
 13 équipes mobiles de soins palliatifs
 1 réseau de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de santé

104 médecins généralistes pour 100 000 habitants
 9 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
 100 établissements de santé (13 905 lits)
 313 établissements pour personnes âgées dépendantes
 27 maisons d'accueil spécialisées
 58 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

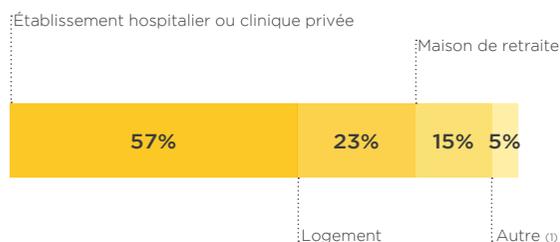
14 services d'hospitalisation à domicile
 6 plateformes territoriales d'appui (PTA)
 7 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
 1 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	29,9 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25,9 %
Maladies de l'appareil respiratoire	5,5 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,2 %
Troubles mentaux et du comportement	4,2 %
Maladies de l'appareil digestif	3,8 %
Causes externes	6,3 %
Autres causes	18,2 %

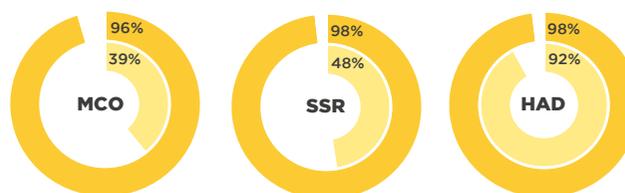
NB : Les résultats étant arrondis, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès



NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.
 (1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers

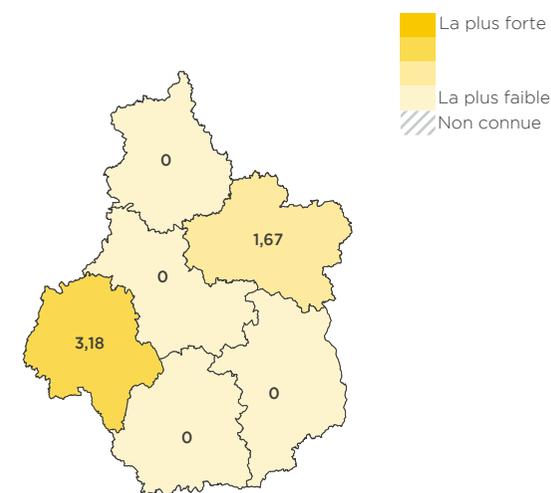


■ Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.
 ■ Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 96 % des patients décédés en MCO originaires du Centre-Val de Loire étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 39 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Bourgogne-Franche-Comté



Sociodémographie

2 820 150 habitants
59 habitants par km²
 Région d'une superficie de **47 784 km²**
10 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
11 % d'habitants de 75 ans et plus
6,1 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

5 unités de soins palliatifs (62 lits)
46 établissements ayant des LISP (198 lits dont 1 pédiatrique)
24 équipes mobiles de soins palliatifs
2 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de santé

124 médecins généralistes pour 100 000 habitants
12 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
141 établissements de santé (15 640 lits)
423 établissements pour personnes âgées dépendantes
31 maisons d'accueil spécialisées
47 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

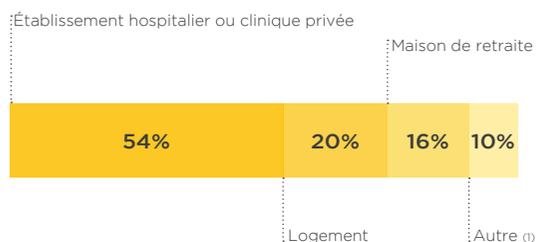
21 services d'hospitalisation à domicile
0 plateforme territoriale d'appui (PTA)
27 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
3 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	29,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25,8 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,0 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,3 %
Troubles mentaux et du comportement	4,4 %
Maladies de l'appareil digestif	4,1 %
Causes externes	6,6 %
Autres causes	17,6 %

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

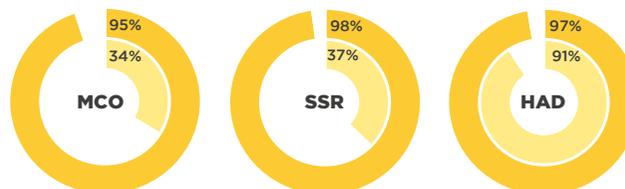
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



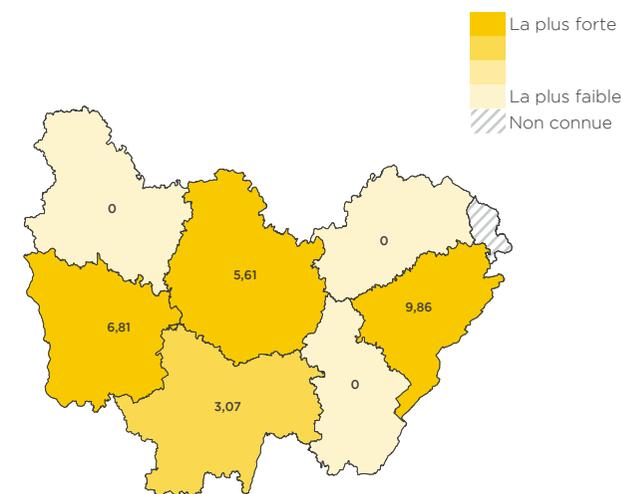
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 95 % des patients décédés en MCO originaires de Bourgogne-Franche-Comté étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 34 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Normandie



Sociodémographie

3 343 247 habitants

111,5 habitants par km²

Région d'une superficie de 29 907 km²

17 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)

10 % d'habitants de 75 ans et plus

7,2 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

4 unités de soins palliatifs (37 lits)

49 établissements ayant des LISP (253 lits dont 0 pédiatrique)

23 équipes mobiles de soins palliatifs

4 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

120 médecins généralistes pour 100 000 habitants

13 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

141 établissements de santé (17 538 lits)

389 établissements pour personnes âgées dépendantes

44 maisons d'accueil spécialisées

46 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

28 services d'hospitalisation à domicile

0 plateforme territoriale d'appui (PTA)

19 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie

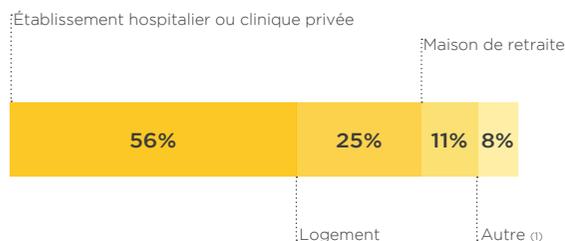
3 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	30,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25,6 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,1 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,1 %
Troubles mentaux et du comportement	4,3 %
Maladies de l'appareil digestif	4,6 %
Causes externes	6,4 %
Autres causes	16,6 %

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

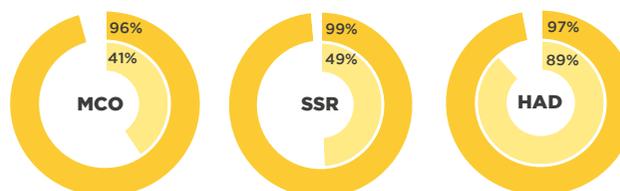
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



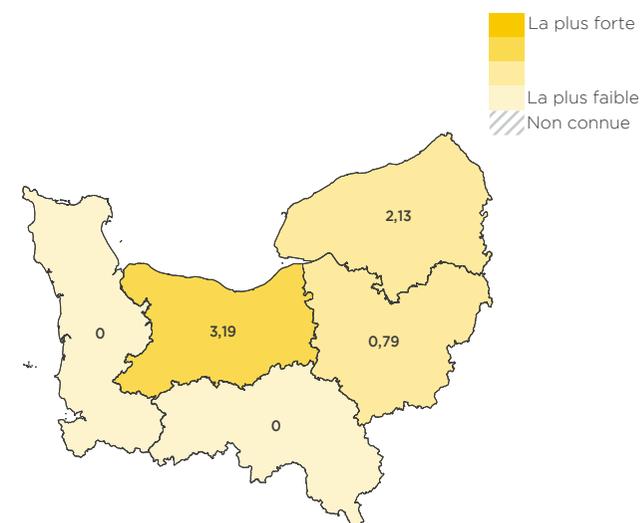
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 96 % des patients décédés en MCO originaires de Normandie étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 41 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Hauts-de-France



Sociodémographie

6 030 309 habitants
188,8 habitants par km²
 Région d'une superficie de **31 814 km²**
23 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
8 % d'habitants de 75 ans et plus
10,6 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

29 unités de soins palliatifs (295 lits)
76 établissements ayant des LISP (444 lits dont 3 pédiatriques)
45 équipes mobiles de soins palliatifs
16 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de santé

126 médecins généralistes pour 100 000 habitants
17 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
219 établissements de santé (31 776 lits)
574 établissements pour personnes âgées dépendantes
61 maisons d'accueil spécialisées
73 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

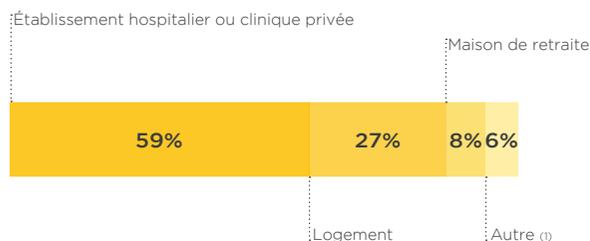
32 services d'hospitalisation à domicile
0 plateforme territoriale d'appui (PTA)
43 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
6 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	30,1 %
Maladies de l'appareil circulatoire	24,2 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,8 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,1 %
Troubles mentaux et du comportement	3,7 %
Maladies de l'appareil digestif	5,2 %
Causes externes	6,6 %
Autres causes	17,4 %

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

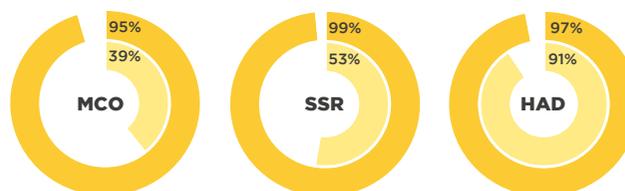
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



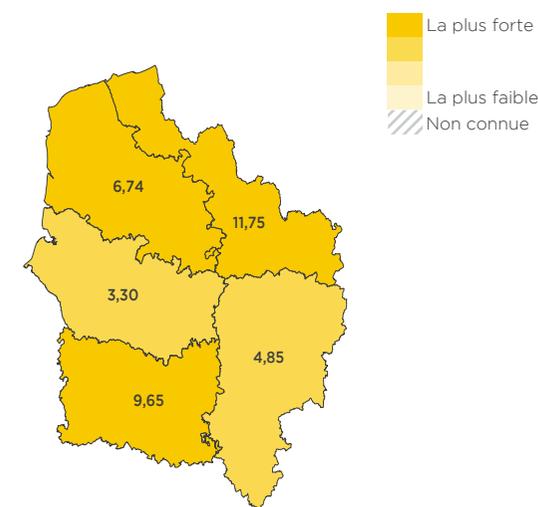
■ Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

■ Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 95 % des patients décédés en MCO originaires des Hauts-de-France étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 39 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



■ La plus forte
 ■ La plus faible
 ▨ Non connue

Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Grand Est



Sociodémographie

5 558 304 habitants
 96,7 habitants par km²
 Région d'une superficie de 57 433 km²
 16 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
 9 % d'habitants de 75 ans et plus
 7,2 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

12 unités de soins palliatifs (113 lits)
 87 établissements ayant des LISP (534 lits dont 4 pédiatriques)
 39 équipes mobiles de soins palliatifs
 2 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

128 médecins généralistes pour 100 000 habitants
 14 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
 264 établissements de santé (30 763 lits)
 605 établissements pour personnes âgées dépendantes
 68 maisons d'accueil spécialisées
 82 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

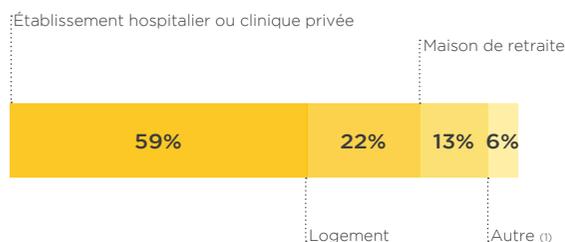
31 services d'hospitalisation à domicile
 4 plateformes territoriales d'appui (PTA)
 25 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
 3 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	30,6 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25,0 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,8 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5,5 %
Troubles mentaux et du comportement	4,2 %
Maladies de l'appareil digestif	4,3 %
Causes externes	6,0 %
Autres causes	17,5 %

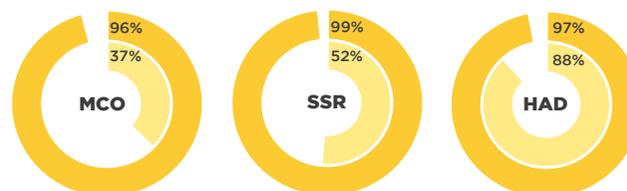
NB : Les résultats étant arrondis, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès



NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.
 (1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers

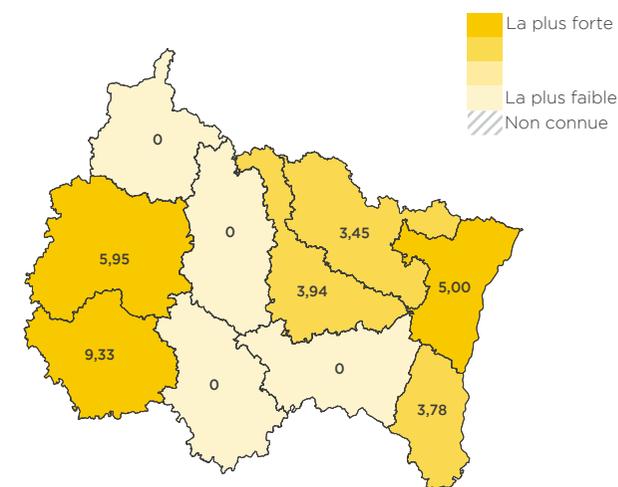


■ Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérant en soins palliatifs.
 ■ Part des patients décédés requérant en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 96 % des patients décédés en MCO originaires du Grand Est étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 37 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Pays de la Loire



Sociodémographie

3 743 982 habitants
115 habitants par km²
 Région d'une superficie de **32 082 km**
25 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
10 % d'habitants de 75 ans et plus
5,5 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

3 unités de soins palliatifs (23 lits)
56 établissements ayant des LISP (343 lits dont 0 pédiatrique)
24 équipes mobiles de soins palliatifs
3 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de santé

122 médecins généralistes pour 100 000 habitants
9 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
145 établissements de santé (17 638 lits)
587 établissements pour personnes âgées dépendantes
45 maisons d'accueil spécialisées
65 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

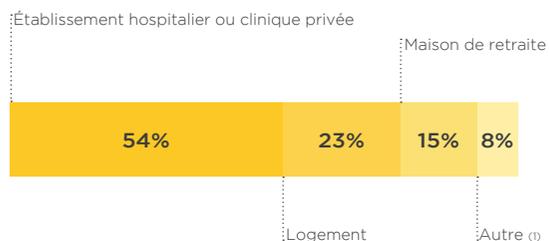
10 services d'hospitalisation à domicile
1 plateforme territoriale d'appui (PTA)
9 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
3 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	31,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	26,1 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,0 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,2 %
Troubles mentaux et du comportement	3,9 %
Maladies de l'appareil digestif	4,2 %
Causes externes	6,8 %
Autres causes	15,5 %

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

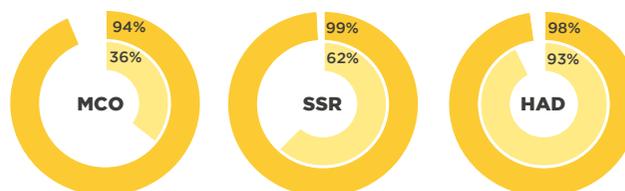
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



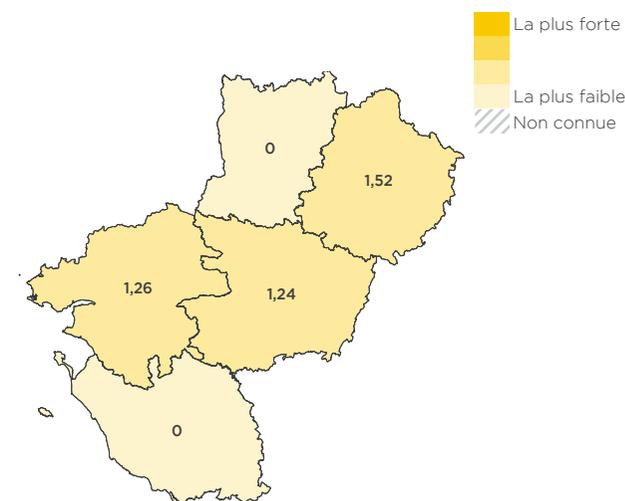
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 94 % des patients décédés en MCO originaires du Pays de la Loire étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 36 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Bretagne



Sociodémographie

3 310 341 habitants

120,4 habitants par km²

Région d'une superficie de 27 208 km

28 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)

10 % d'habitants de 75 ans et plus

4,5 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

12 unités de soins palliatifs (107 lits)

50 établissements ayant des LISP (265 lits dont 2 pédiatriques)

17 équipes mobiles de soins palliatifs

2 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

133 médecins généralistes pour 100 000 habitants

18 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

135 établissements de santé (17 438 lits)

490 établissements pour personnes âgées dépendantes

27 maisons d'accueil spécialisées

75 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

14 services d'hospitalisation à domicile

3 plateformes territoriales d'appui (PTA)

19 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie

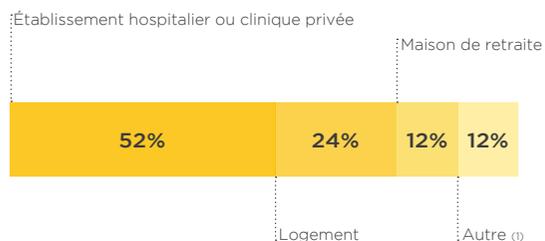
2 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	29,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	27,1 %
Maladies de l'appareil respiratoire	7,2 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,3 %
Troubles mentaux et du comportement	4,4 %
Maladies de l'appareil digestif	4,2 %
Causes externes	7,6 %
Autres causes	13,9 %

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

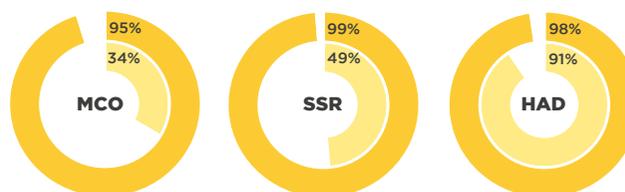
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



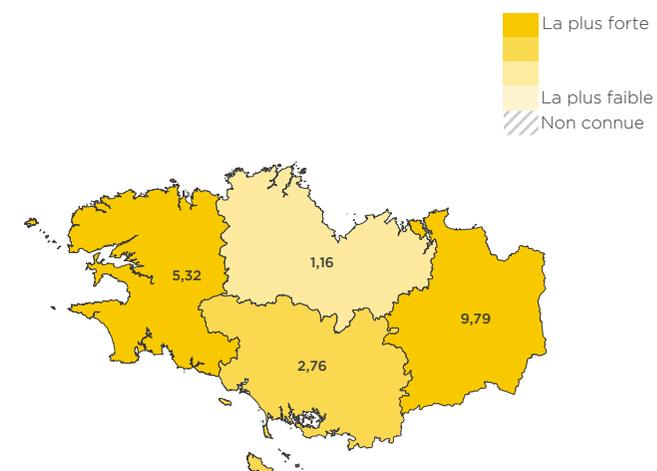
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 95 % des patients décédés en MCO originaires de Bretagne étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 34 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Occitanie



Sociodémographie

5 830 166 habitants

78,8 habitants par km²

Région d'une superficie de 72 724 km²

16 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)

10 % d'habitants de 75 ans et plus

9,0 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

8 unités de soins palliatifs (78 lits)

108 établissements ayant des LISP (525 lits dont 3 pédiatriques)

42 équipes mobiles de soins palliatifs

14 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

139 médecins généralistes pour 100 000 habitants

25 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

283 établissements de santé (31 865 lits)

809 établissements pour personnes âgées dépendantes

84 maisons d'accueil spécialisées

94 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

39 services d'hospitalisation à domicile

4 plateformes territoriales d'appui (PTA)

27 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie

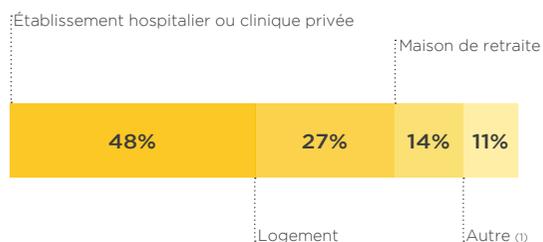
3 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	28,8 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25,8 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,7 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	7,0 %
Troubles mentaux et du comportement	3,7 %
Maladies de l'appareil digestif	3,9 %
Causes externes	6,5 %
Autres causes	17,6 %

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

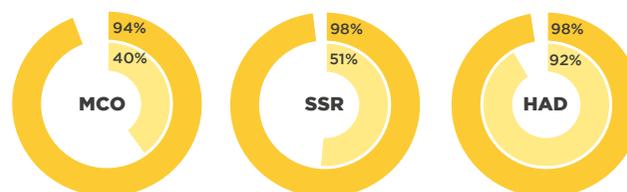
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré ».

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



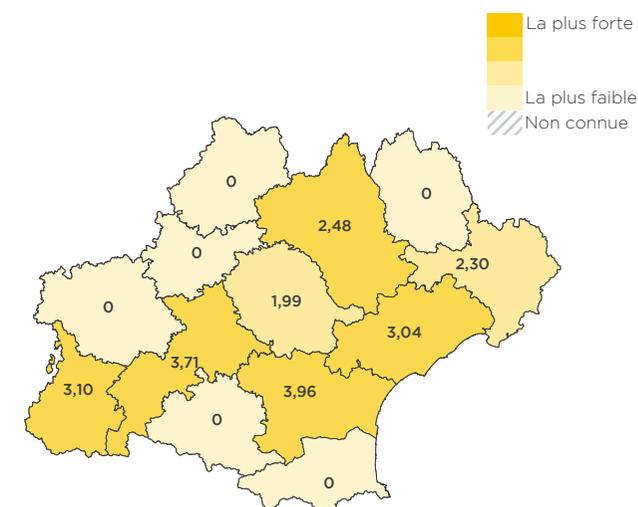
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 94 % des patients décédés en MCO originaires d'Occitanie étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 40 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Auvergne- Rhône- Alpes



Sociodémographie

7 940 652 habitants
112,2 habitants par km²
 Région d'une superficie de **69 711 km²**
27 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
9 % d'habitants de 75 ans et plus
5,8 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

13 unités de soins palliatifs (118 lits)
88 établissements ayant des LISP (611 lits dont 13 pédiatriques)
50 équipes mobiles de soins palliatifs
13 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de santé

135 médecins généralistes pour 100 000 habitants
19 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
338 établissements de santé (41 969 lits)
931 établissements pour personnes âgées dépendantes
64 maisons d'accueil spécialisées
137 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

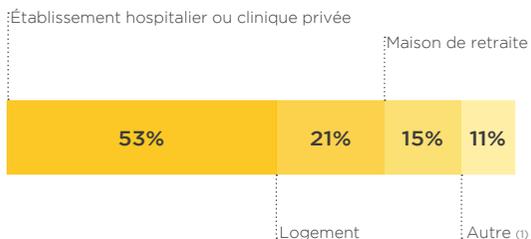
33 services d'hospitalisation à domicile
2 plateformes territoriales d'appui (PTA)
46 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
9 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	30,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25,4 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,1 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,9 %
Troubles mentaux et du comportement	4,2 %
Maladies de l'appareil digestif	4,0 %
Causes externes	6,5 %
Autres causes	16,6 %

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

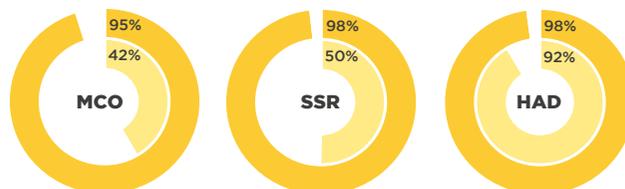
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers

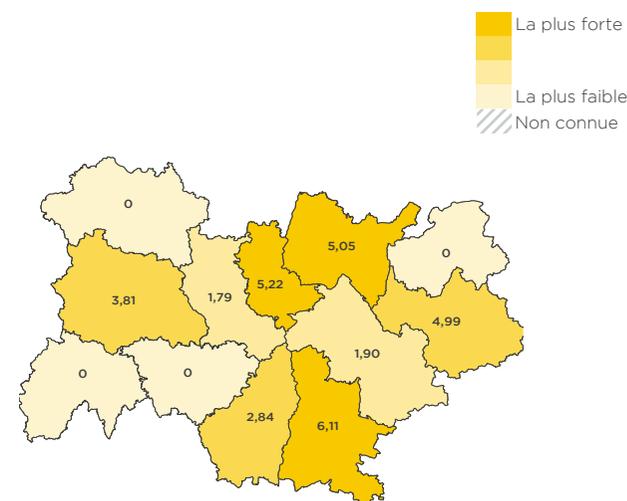


■ Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.
 ■ Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 95 % des patients décédés en MCO originaires d'Auvergne-Rhône-Alpes étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 42 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Sociodémographie

5 024 192 habitants

158,7 habitants par km²

Région d'une superficie de 31 400 km²

40 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)

11 % d'habitants de 75 ans et plus

8,8 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

11 unités de soins palliatifs (129 lits)

50 établissements ayant des LISP (246 lits dont 2 pédiatriques)

28 équipes mobiles de soins palliatifs

8 réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

150 médecins généralistes pour 100 000 habitants

27 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

260 établissements de santé (30 750 lits)

597 établissements pour personnes âgées dépendantes

47 maisons d'accueil spécialisées

72 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

23 services d'hospitalisation à domicile

8 plateformes territoriales d'appui (PTA)

33 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie

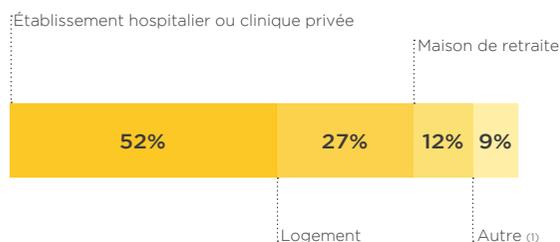
5 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	28,3 %
Maladies de l'appareil circulatoire	24,8 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,8 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,8 %
Troubles mentaux et du comportement	4,2 %
Maladies de l'appareil digestif	3,9 %
Causes externes	6,5 %
Autres causes	18,7 %

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

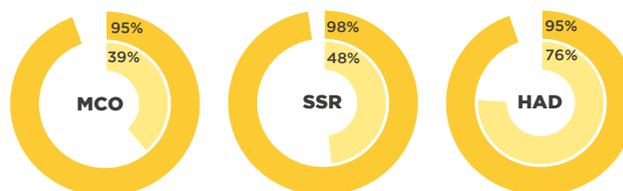
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



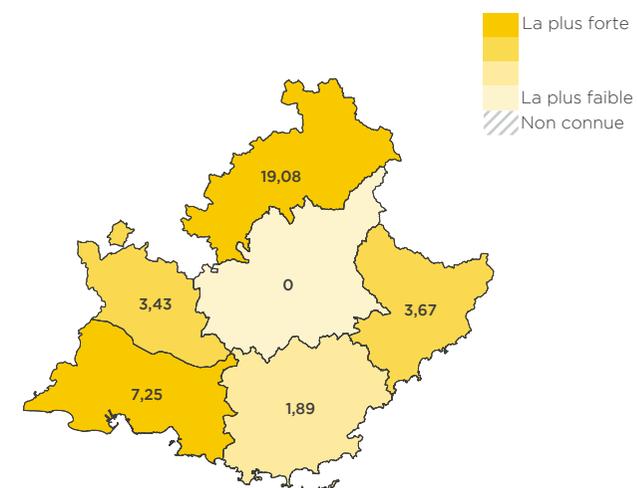
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 95 % des patients décédés en MCO originaires de Provence-Alpes-Côte d'Azur étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 39 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotation en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Corse



Sociodémographie

330 354 habitants
37,4 habitants par km²
 Région d'une superficie de **8 680 km²**
9 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
11 % d'habitants de 75 ans et plus
5,4 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

1 unité de soins palliatifs (10 lits)
6 établissements ayant des LISP (37 lits dont 0 pédiatrique)
4 équipes mobiles de soins palliatifs
1 réseau de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de santé

141 médecins généralistes pour 100 000 habitants
38 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
19 établissements de santé (1 661 lits)
26 établissements pour personnes âgées dépendantes
3 maisons d'accueil spécialisées
5 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

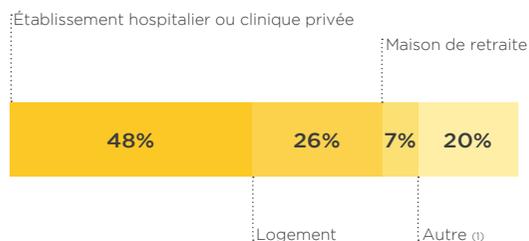
5 services d'hospitalisation à domicile
0 plateforme territoriale d'appui (PTA)
3 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
NC - DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	28,7 %
Maladies de l'appareil circulatoire	26,1 %
Maladies de l'appareil respiratoire	6,6 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5,6 %
Troubles mentaux et du comportement	3,1 %
Maladies de l'appareil digestif	3,6 %
Causes externes	6,0 %
Autres causes	20,3 %

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

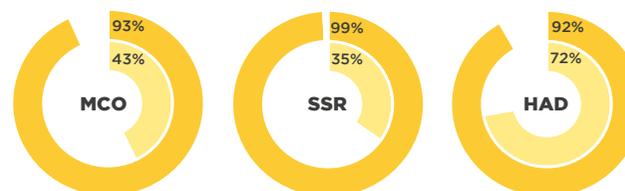
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers

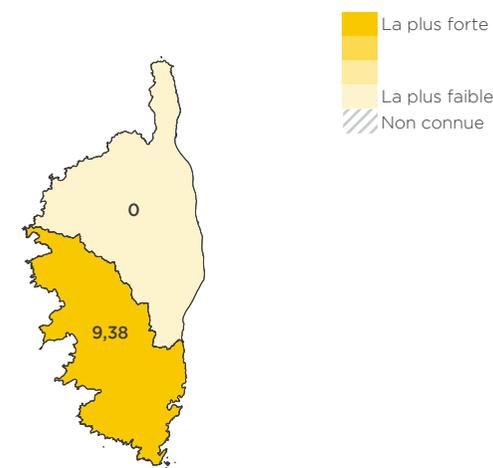


93% Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.
43% Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 93 % des patients décédés en MCO originaires de Corse étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 43 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Guadeloupe



Sociodémographie

395 725 habitants

245,8 habitants par km²

Région d'une superficie de 1 628 km²

88 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)

8 % d'habitants de 75 ans et plus

27,6 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

1 unité de soins palliatifs (NC - lits)

1 établissement ayant des LISIP (10 lits dont 0 pédiatrique)

2 équipes mobiles de soins palliatifs

0 réseau de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

137 médecins généralistes pour 100 000 habitants

53 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

21 établissements de santé (2 101 lits)

20 établissements pour personnes âgées dépendantes

7 maisons d'accueil spécialisées

2 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

9 services d'hospitalisation à domicile

1 plateforme territoriale d'appui (PTA)

1 association bénévole d'accompagnement de fin de vie

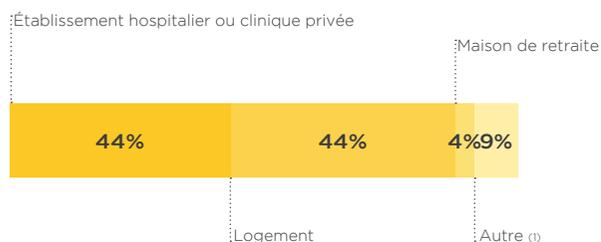
NC - DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	22,1 %
Maladies de l'appareil circulatoire	24,2 %
Maladies de l'appareil respiratoire	5,0 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5,6 %
Troubles mentaux et du comportement	3,0 %
Maladies de l'appareil digestif	4,9 %
Causes externes	6,9 %
Autres causes	28,4 %

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

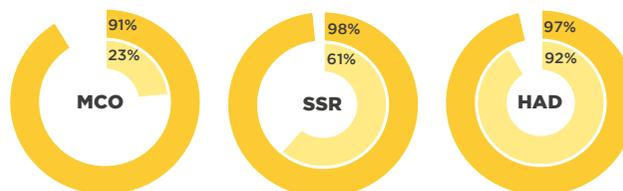
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



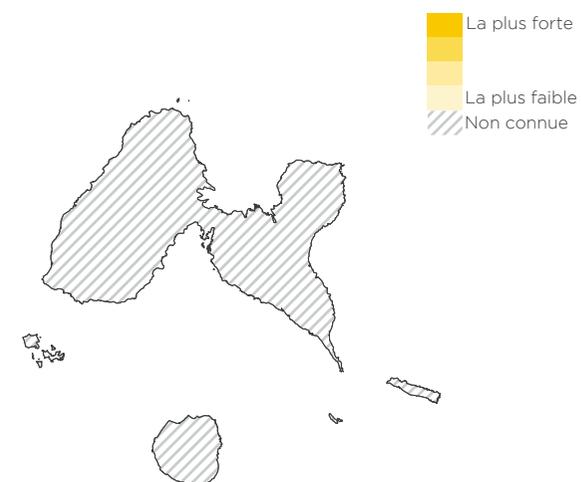
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 91 % des patients décédés en MCO originaires de Guadeloupe étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 23 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Martinique



Sociodémographie

376 847 habitants
340,3 habitants par km²
 Région d'une superficie de **1 128 km²**
76 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
9 % d'habitants de 75 ans et plus
23,4 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

1 unité de soins palliatifs (11 lits)
3 établissements ayant des LISP (9 lits dont 0 pédiatrique)
2 équipes mobiles de soins palliatifs
1 réseau de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de santé

121 médecins généralistes pour 100 000 habitants
40 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
18 établissements de santé (1 889 lits)
21 établissements pour personnes âgées dépendantes
4 maisons d'accueil spécialisées
3 foyers d'accueil médicalisés

Autres services

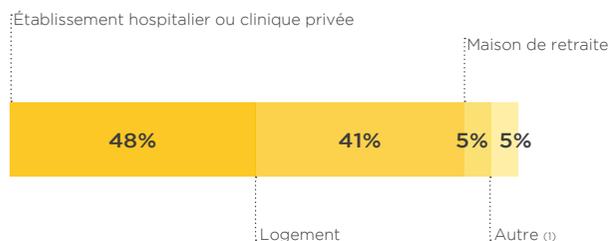
0 service d'hospitalisation à domicile
0 plateforme territoriale d'appui (PTA)
1 association bénévole d'accompagnement de fin de vie
NC - DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	25,2 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25,0 %
Maladies de l'appareil respiratoire	4,6 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	7,9 %
Troubles mentaux et du comportement	2,4 %
Maladies de l'appareil digestif	3,9 %
Causes externes	6,3 %
Autres causes	24,8 %

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

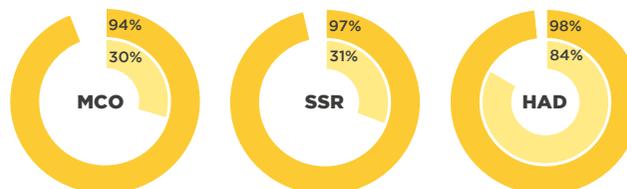
Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



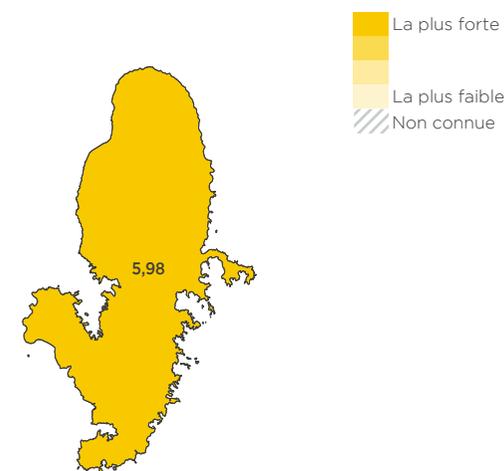
■ Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

■ Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 94 % des patients décédés en MCO originaires de Martinique étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 30 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



■ La plus forte
 ■ La plus faible
 ▨ Non connue

Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Guyane



Sociodémographie

262 527 habitants
3 habitants par km²
 Région d'une superficie de **83 534 km²**
45 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
2 % d'habitants de 75 ans et plus
36,4 % de bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

0 unité de soins palliatifs (0 lit)
1 établissement ayant des LISP (9 lits dont 0 pédiatrique)
1 équipe mobile de soins palliatifs
NC - réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

126 médecins généralistes pour 100 000 habitants
71 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
5 établissements de santé (840 lits)
4 établissements pour personnes âgées dépendantes
2 maisons d'accueil spécialisées
0 foyer d'accueil médicalisé

Autres services

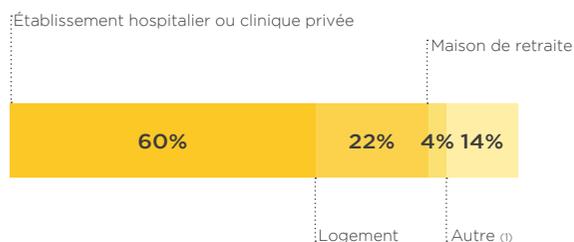
3 services d'hospitalisation à domicile
NC - plateformes territoriales d'appui (PTA)
0 association bénévole d'accompagnement de fin de vie
NC - DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	21,8 %
Maladies de l'appareil circulatoire	20,5 %
Maladies de l'appareil respiratoire	4,1 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	2,6 %
Troubles mentaux et du comportement	2,5 %
Maladies de l'appareil digestif	3,6 %
Causes externes	11,5 %
Autres causes	33,5 %

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

Lieux de décès



NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.
 (1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers

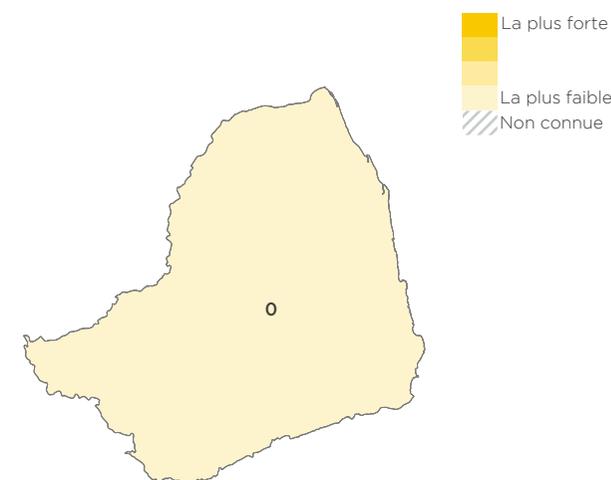


94% Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérant en soins palliatifs.
31% Part des patients décédés requérant en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : Ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 94 % des patients décédés en MCO originaires de Guyane étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 31 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

La Réunion



Sociodémographie

850 996 habitants
336,6 habitants par km²
 Région d'une superficie de **2 504 km²**
92 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)
4 % d'habitants de 75 ans et plus
36,5 % de bénéficiaires de la CMU-C

Professionnels et établissements de santé

136 médecins généralistes pour 100 000 habitants
54 infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus
26 établissements de santé (2 919 lits)
16 établissements pour personnes âgées dépendantes
4 maisons d'accueil spécialisées
7 foyers d'accueil médicalisés

Services en soins palliatifs

1 unité de soins palliatifs (6 lits)
4 établissements ayant des LISP (15 lits dont 0 pédiatrique)
3 équipes mobiles de soins palliatifs
0 réseau de santé en soins palliatifs

Autres services

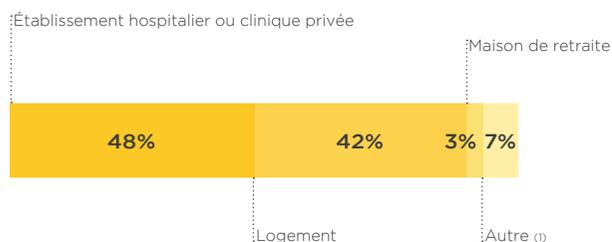
7 services d'hospitalisation à domicile
1 plateforme territoriale d'appui (PTA)
3 associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie
1 DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	28,8 %
Maladies de l'appareil circulatoire	24,1 %
Maladies de l'appareil respiratoire	7,2 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	4,1 %
Troubles mentaux et du comportement	3,8 %
Maladies de l'appareil digestif	4,5 %
Causes externes	7,3 %
Autres causes	20,1 %

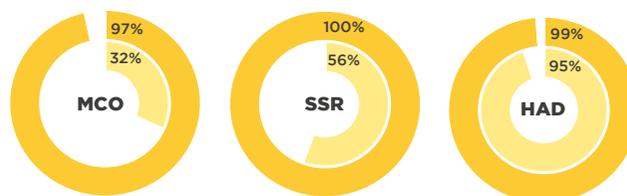
NB : Les résultats étant arrondis, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès



(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



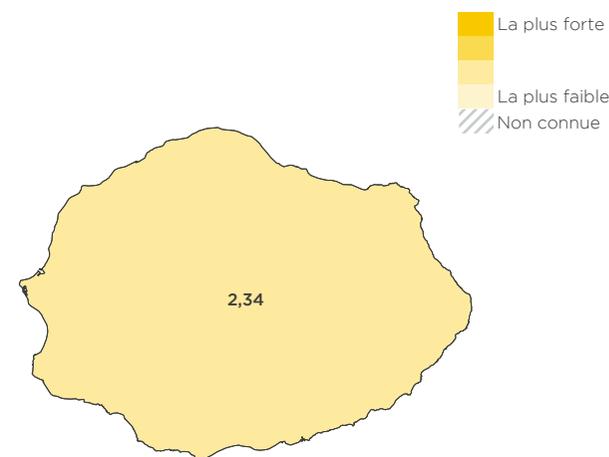
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : 97 % des patients décédés en MCO originaires de La Réunion étaient susceptibles de bénéficier de soins palliatifs. Parmi eux, 32 % ont eu un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour au sein de cette région ou dans une autre quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).

Mayotte



Sociodémographie

235 132 habitants

NC - habitants par km²

Région d'une superficie de 374 km²

88 % d'unités urbaines (communes de plus de 2 000 habitants)

1 % d'habitants de 75 ans et plus

NC - bénéficiaires de la CMU-C

Services en soins palliatifs

0 unité de soins palliatifs (0 lit)

0 établissement ayant des LISP

0 équipe mobile de soins palliatifs

NC - réseaux de santé en soins palliatifs

Professionnels et établissements de sante

53 médecins généralistes pour 100 000 habitants

NC - infirmiers libéraux pour 1 000 personnes de 75 ans et plus

1 établissement de santé (352 lits)

NC - établissements pour personnes âgées dépendantes

1 maison d'accueil spécialisée

0 foyer d'accueil médicalisé

Autres services

0 service d'hospitalisation à domicile

0 plateforme territoriale d'appui (PTA)

NC - associations bénévoles d'accompagnement de fin de vie

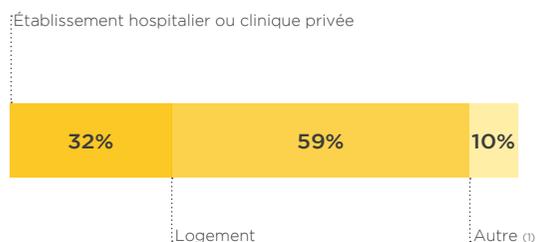
NC - DU/DIU de soins palliatifs

Répartition des décès selon la cause initiale en 2014

Tumeurs	18,0 %
Maladies de l'appareil circulatoire	26,3 %
Maladies de l'appareil respiratoire	5,1 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	2,0 %
Troubles mentaux et du comportement	1,2 %
Maladies de l'appareil digestif	2,2 %
Causes externes	5,9 %
Autres causes	39,2 %

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

Lieux de décès



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

(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « Voie ou lieu public » et « Non déclaré »

Prises en charge palliatives en établissements hospitaliers



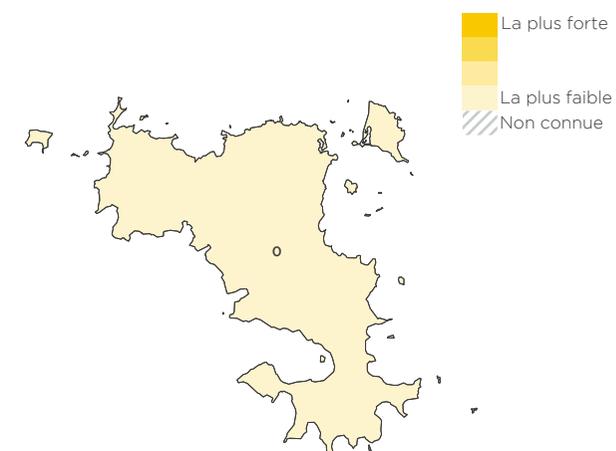
Part des patients décédés domiciliés dans la région et requérants en soins palliatifs.

Part des patients décédés requérants en soins palliatifs et ayant un code « Soins palliatifs » sur leur résumé de séjour quel que soit le champ (MCO, HAD, SSR).

Note : ces calculs ont été réalisés sur la base de la région d'origine du patient décédé et non pas sur la base de la région de prise en charge.

Lecture : Absence de données.

Dotations en lits de soins palliatifs (lits d'USP) rapportée à la population décédée et ayant été susceptible de bénéficier de soins palliatifs (données 2014)



La plus forte
La plus faible
Non connue

Note : Classement national des départements par quartiles en fonction du nombre de lits d'unités de soins palliatifs rapporté à 1 000 personnes décédées à l'âge de 18 ans et plus en 2014 et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs en fin de vie (minimum : 0 ; 1^{er} quartile : 0 ; médiane : 2 ; 3^e quartile : 5 ; maximum : 24).



**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
www.spfv.fr

