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

DEUXIÈME ÉDITION
2020

Fin de vie
Soins Palliatifs
CENTRE NATIONAL

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

Deuxième édition

2020

Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France
Deuxième édition - 2020

Auteurs principaux
François Cousin
Thomas Gonçalves

Sous la responsabilité de :
Brahim Bouselmi
Sandrine Bretonnière
Véronique Fournier

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV)
35 rue du Plateau - CS 20004 - 75958 Paris Cedex 19 (France)
Téléphone : + 33 -1 53 72 33 00
E-mail : contact@spfv.fr
Site Internet : www.parlons-fin-de-vie.fr

Réalisation
Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
Couverture et pictogrammes : Agence de communication « Parties prenantes »

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

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

Copyright © 2020 CNSPFV
Dépôt légal : 10/2020
ISBN : 978-2-9561977-8-2
ISSN : 2647-7637

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

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

Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative

PEFC 10-31-2190 / Certifié PEFC IMPRIM'VERT®

Table des matières

01 CONTEXTE

Pourquoi un Atlas ? 11

Historique 12

Les plans nationaux de soins palliatifs 14

Les enjeux concernant la fin de vie 15

Atlas 2020 : De nouveaux indicateurs et focus 17

02 DÉMOGRAPHIE, OFFRE SANITAIRE GÉNÉRALE & MORTALITÉ

Démographie :

- En population générale 20
- Personnes âgées de 75 ans et plus 21

Offre sanitaire générale :

- En population générale 22
- Personnes âgées de 75 ans et plus 23

Mortalité : 24

- Lieux de décès 25
- Causes initiales de décès 26
- Cancers et maladies de l'appareil circulatoire 27
- Personnes âgées de 75 ans et plus 28

Modélisation des trajectoires de fin de vie 29

03 SOINS PALLIATIFS

Les lits de soins palliatifs 32

L'activité dans les USP et les LISP 34

Les EMSP 35

Les ressources humaines en soins palliatifs 36

04 PARCOURS DE FIN DE VIE

Fin de vie à l'hôpital **40**

Fin de vie à domicile et en EHPAD **41**

Lieux de décès par département **42**

05 PROFILS RÉGIONAUX

Auvergne-Rhône-Alpes **44**

Bourgogne-Franche-Comté **46**

Bretagne **48**

Centre-Val de Loire **50**

Corse **52**

Grand Est **54**

Hauts-de-France **56**

Île-de-France **58**

Normandie **60**

Nouvelle-Aquitaine **62**

Occitanie **64**

Pays de la Loire **66**

Provence-Alpes-Côte d'Azur **68**

Guadeloupe **70**

Guyane **72**

La Réunion **74**

Martinique **76**

Mayotte **78**

France – **Profil national** **80**

06 ANNEXES

Accès aux opioïdes et aux benzodiazépines **84**

Méthodologie **86**

Table des sources **93**

Le CNSPFV **99**

Auteurs et collaborateurs **101**

Lecture de l'Atlas

Une nouvelle mise en page

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

Les pictogrammes



Informations clés



Données concernant la **population générale**



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



Distinction **femme-homme**



Contenus supplémentaires permettant d'approfondir la compréhension des données présentées

Liste de sigles utilisés :

ADMD :
Association pour le droit de mourir dans la dignité

ARS :
Agence régionale de santé

ATIH :
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC :
Accident vasculaire cérébral

CCNE :
Comité consultatif national d'éthique

CépiDc :
Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHU :
Centre hospitalier universitaire

CIM :
Classification internationale des maladies

CNAM :
Caisse nationale de l'assurance maladie

CNIL :
Commission nationale de l'informatique et des libertés

DGOS :
Direction générale de l'offre de soins

DMS :
Durée moyenne de séjour

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

DROM :
Département et région d'outre-mer

EHPAD :
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP :
Equipe mobile de soins palliatifs

ERRSPP :
Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques

ETP :
Equivalent temps plein

FAM :
Foyer d'accueil médicalisé

HAD :
Hospitalisation à domicile

HAS :
Haute autorité de santé

Ined :
Institut national d'études démographiques

Insee :
Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm :
Institut national de la santé et de la recherche médicale

JALMALV :
Fédération jusqu'à la mort accompagner la vie

LISP :
Lit identifié de soins palliatifs

LUSP :
Lit en unité de soins palliatifs

MAS :
Maison d'accueil spécialisée

MCO :
Médecine, chirurgie, obstétrique

PMSI :
Programme de médicalisation des systèmes d'information

SAE :
Statistique annuelle des établissements de santé (enquête)

SFAP :
Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

Sniiram :
Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

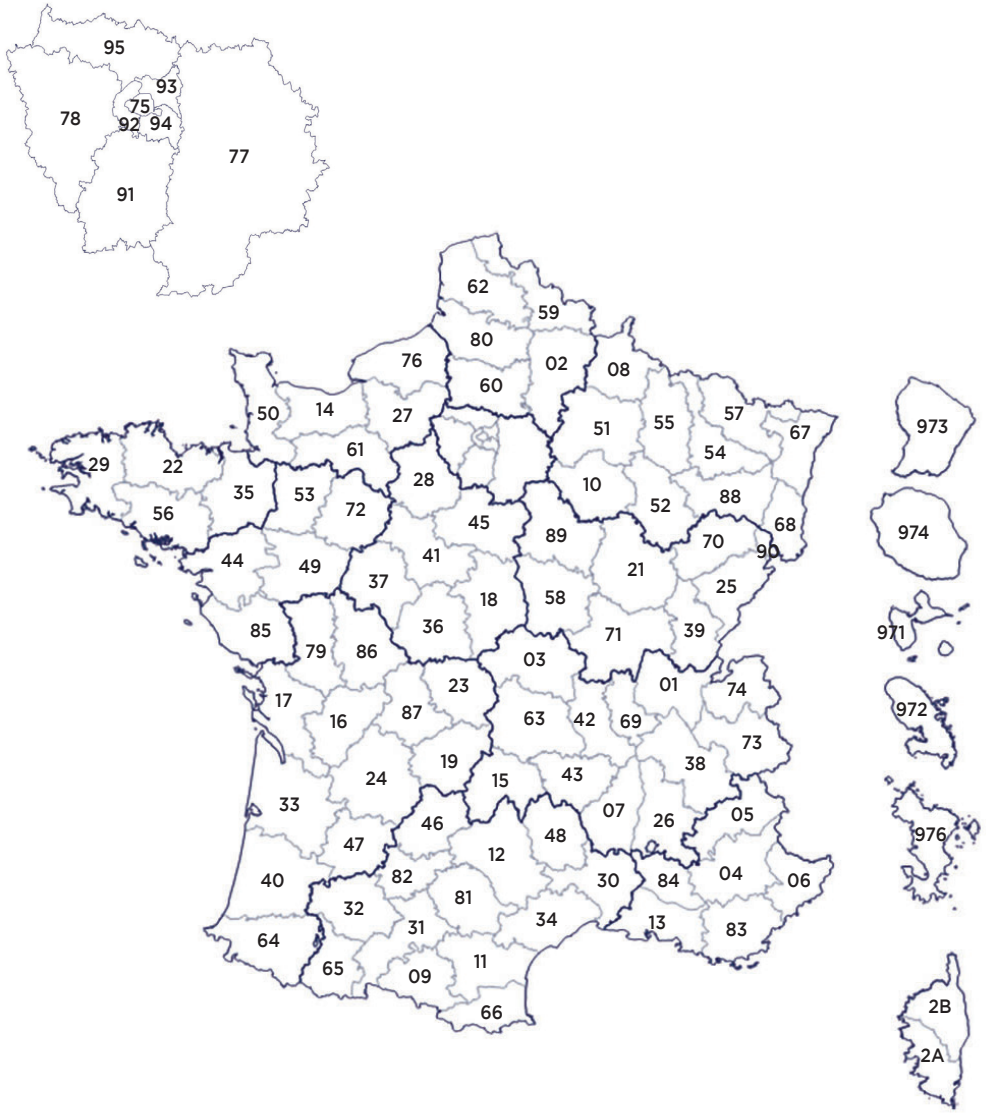
SNDS :
Système national des données de santé

SSR :
Soins de suite et de réadaptation

USLD :
Unité de soins de longue durée

USP :
Unité de soins palliatifs

Carte de France



France métropolitaine

01 Ain
02 Aisne
03 Allier
04 Alpes-de-Haute-Provence
05 Hautes-Alpes
06 Alpes-Maritimes
07 Ardèche
08 Ardennes
09 Ariège
10 Aube
11 Aude
12 Aveyron
13 Bouches-du-Rhône
14 Calvados
15 Cantal
16 Charente
17 Charente-Maritime
18 Cher
19 Corrèze
2A Corse-du-Sud
2B Haute-Corse
21 Côte-d'Or
22 Côtes d'Armor
23 Creuse
24 Dordogne
25 Doubs
26 Drôme
27 Eure
28 Eure-et-Loir
29 Finistère
30 Gard
31 Haute-Garonne
32 Gers
33 Gironde
34 Hérault
35 Ille-et-Vilaine
36 Indre
37 Indre-et-Loire
38 Isère
39 Jura
40 Landes
41 Loir-et-Cher
42 Loire
43 Haute-Loire
44 Loire-Atlantique
45 Loiret
46 Lot
47 Lot-et-Garonne
48 Lozère
49 Maine-et-Loire
50 Manche
51 Marne
52 Haute-Marne
53 Mayenne
54 Meurthe-et-Moselle
55 Meuse
56 Morbihan
57 Moselle
58 Nièvre
59 Nord
60 Oise
61 Orne
62 Pas-de-Calais
63 Puy-de-Dôme
64 Pyrénées-Atlantiques
65 Hautes-Pyrénées
66 Pyrénées-Orientales
67 Bas-Rhin
68 Haut-Rhin
69 Rhône
70 Haute-Saône
71 Saône-et-Loire
72 Sarthe
73 Savoie
74 Haute-Savoie
75 Paris
76 Seine-Maritime
77 Seine-et-Marne
78 Yvelines
79 Deux-Sèvres
80 Somme
81 Tarn
82 Tarn-et-Garonne
83 Var
84 Vaucluse
85 Vendée
86 Vienne
87 Haute-Vienne
88 Vosges
89 Yonne
90 Territoire de Belfort
91 Essonne
92 Hauts-de-Seine
93 Seine-Saint-Denis
94 Val-de-Marne
95 Val-d'Oise

DROM

971 Guadeloupe
972 Martinique
973 Guyane
974 La Réunion
976 Mayotte

01

Contexte

Pourquoi un Atlas ? 11

Historique 12

Les plans nationaux de soins palliatifs 14

Les enjeux concernant la fin de vie 15

Atlas 2020 : De nouveaux indicateurs et focus 17

Pourquoi un Atlas ?

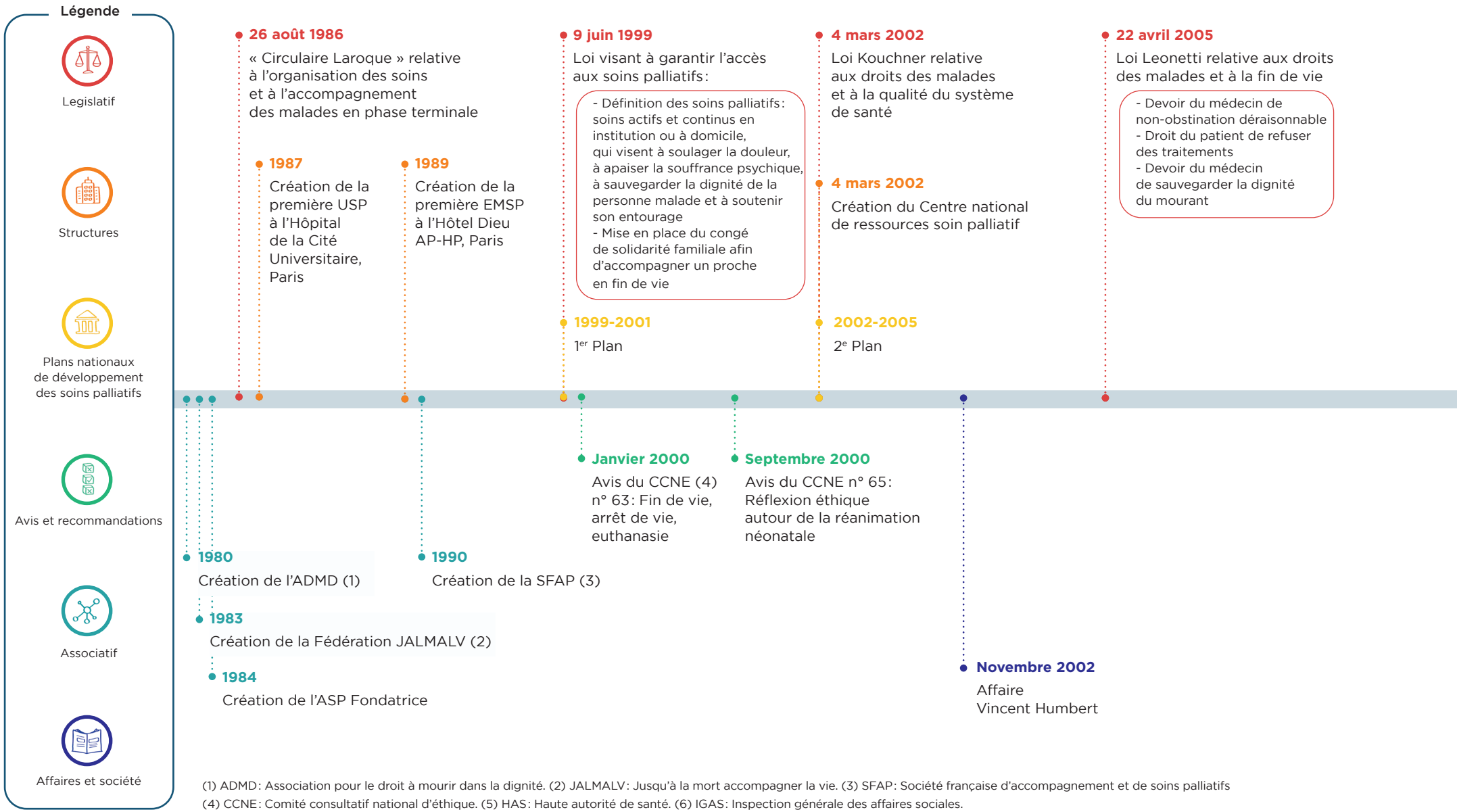
De quoi et où meurent les Françaises et Français ? Quelle est l'offre sanitaire globale mais aussi plus spécifiquement de soins palliatifs aujourd'hui en France ? Quel est le profil des patients pris en charge dans les unités de soins palliatifs ? Quelle est la part des personnes âgées de 75 ans et plus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

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

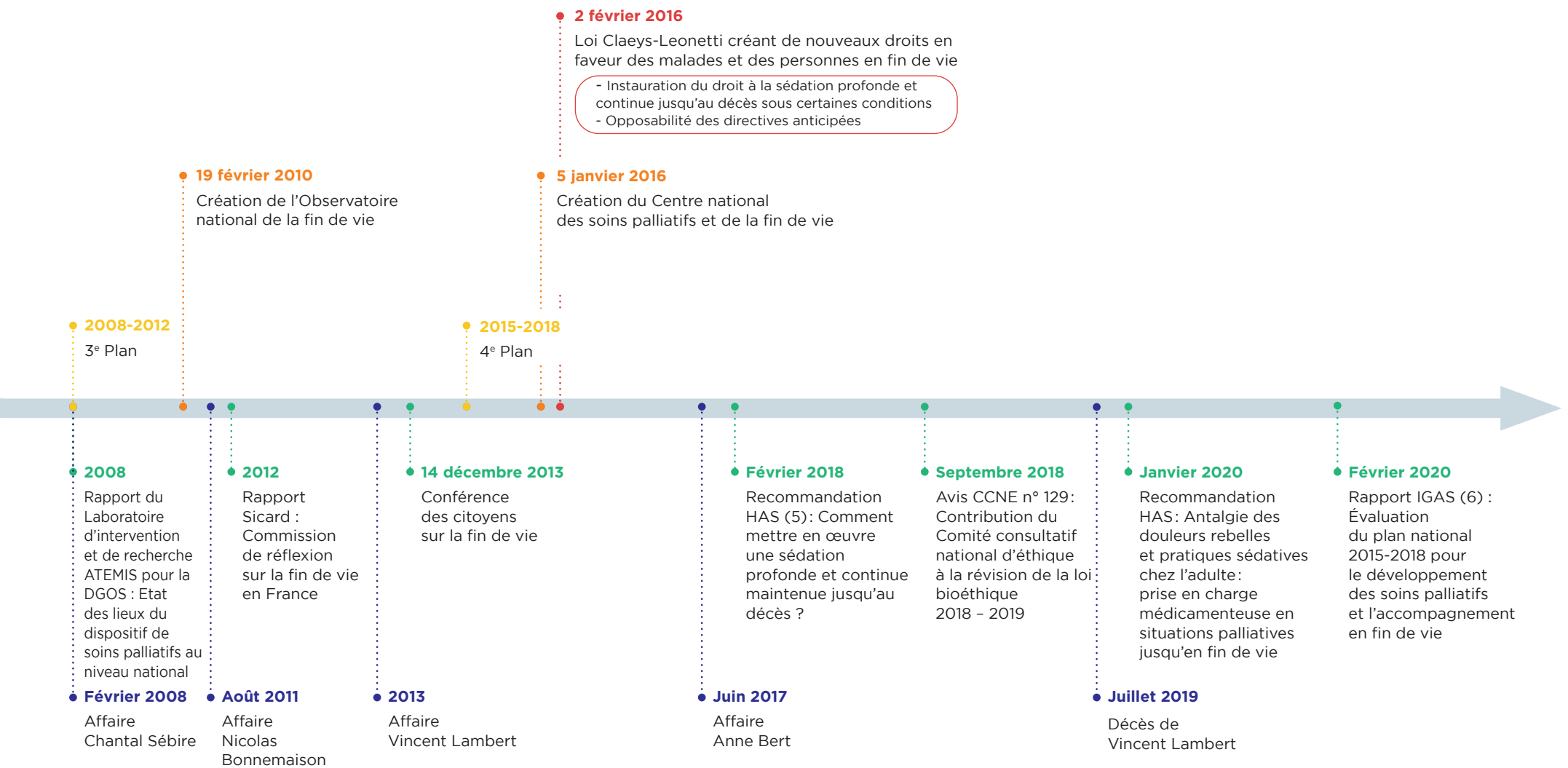
L'Atlas mobilise des indicateurs renouvelés[1] et s'inscrit dans une temporalité qui permet de visualiser le développement et la transformation de l'offre sanitaire et des besoins des patients en regard de cette offre. Ce travail de mise en perspective a pour objectif de permettre aux acteurs de politique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

[1] Un premier *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie* a été publié par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie en 2018.

Historique



(1) ADMD : Association pour le droit à mourir dans la dignité. (2) JALMALV : Jusqu'à la mort accompagner la vie. (3) SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
(4) CCNE : Comité consultatif national d'éthique. (5) HAS : Haute autorité de santé. (6) IGAS : Inspection générale des affaires sociales.


2 février 2016
Loi Claeys-Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Instauration du droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès sous certaines conditions
- Opposabilité des directives anticipées
19 février 2010
Création de l'Observatoire national de la fin de vie
5 janvier 2016
Création du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
2008-2012
3e Plan
2015-2018
4e Plan
2008
Rapport du Laboratoire d'intervention et de recherche ATEMIS pour la DGOS : Etat des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national
Février 2008
Affaire Chantal Sébire
2012
Rapport Sicard : Commission de réflexion sur la fin de vie en France
Août 2011
Affaire Nicolas Bonnemaison
14 décembre 2013
Conférence des citoyens sur la fin de vie
2013
Affaire Vincent Lambert
Février 2018
Recommandation HAS (5) : Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?
Juin 2017
Affaire Anne Bert
Septembre 2018
Avis CCNE n° 129 : Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi bioéthique 2018 – 2019
Janvier 2020
Recommandation HAS : Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie
Juillet 2019
Décès de Vincent Lambert
Février 2020
Rapport IGAS (6) : Évaluation du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie

Les plans nationaux de soins palliatifs

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

1 Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001

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

2 Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005

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

3 Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012

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

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

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

[1] Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001
[2] Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005
[3] Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf
[4] Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf

Les enjeux concernant la fin de vie

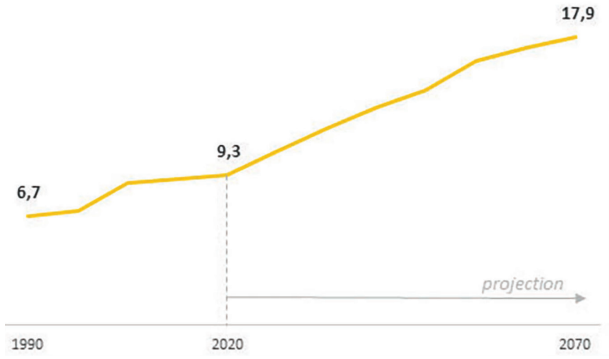
L'évolution démographique est principalement marquée par le **vieillissement de la population française**. Il s'accompagne d'une **augmentation du nombre de décès, des maladies chroniques, des cancers et de la polymorbidité,** ce qui impacte la façon d'accompagner et de prendre en charge la fin de vie.

Vieillissement de la population

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

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

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



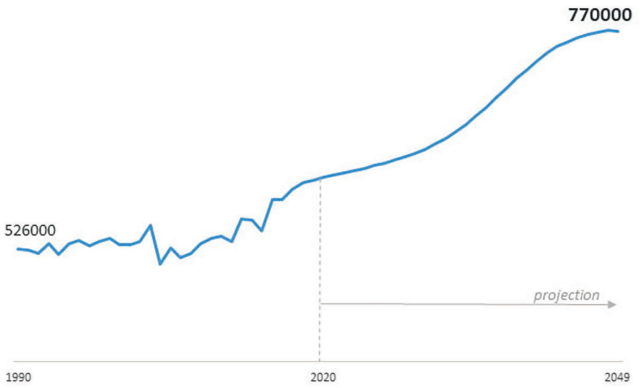
Source : Insee Première n° 1619, novembre 2016

Augmentation du nombre de décès

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

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

Projection du nombre de décès à l'horizon 2050



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

Maladies chroniques et cancers

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

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

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

Atlas 2020 : De nouveaux indicateurs et focus

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

Nouveaux indicateurs

Personnes âgées de 75 ans et plus

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

Déclinaison par département

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

Déclinaison par sexe

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

Cancers et maladies cardio-vasculaires

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

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

La catégorie « maladies de l'appareil circulatoire » distingue désormais les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) et les maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux), les deux causes principales de décès au sein de cette catégorie.

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

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

Nouveaux focus

Offre et besoins en soins palliatifs

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

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

→ **Ressources humaines en USP et EMSP**

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

→ **Activité en USP et en LISP**

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

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

→ La couleur orange signale ces nouveaux indicateurs et focus.

02

Démographie, Offre sanitaire générale & Mortalité

Démographie
- En population générale 20
- Personnes âgées de 75 ans et plus 21

Offre sanitaire générale
- En population générale 22
- Personnes âgées de 75 ans et plus 23

Mortalité 24
- Lieux de décès 25
- Causes initiales de décès 26
- Cancers et maladies de l'appareil circulatoire 27
- Personnes âgées de 75 ans et plus 28

Modélisation des trajectoires de fin de vie 29

Démographie

En population générale

Caractéristiques démographiques de la population française par région en 2019

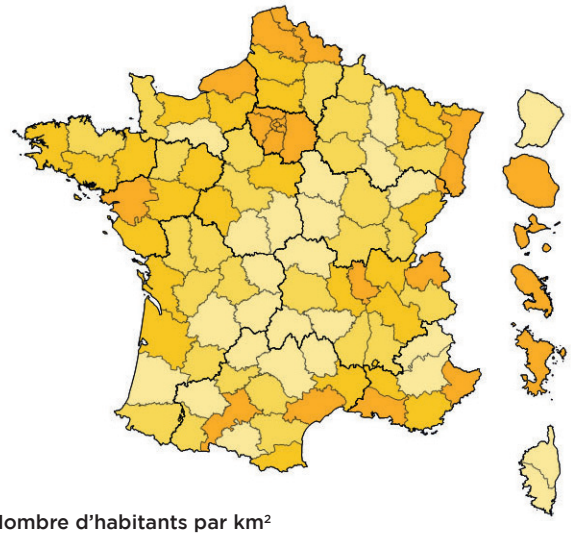
Régions	Nombre d'habitants	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (répartition de la population des habitants de 75 ans et plus dans les régions)		Densité de population (nombre d'habitants par km²)	Espérance de vie à la naissance (en années ; pour les régions : écart à la moyenne nationale)	
					Homme	Femme
France métropolitaine et DROM	**66 977 703**	**6 282 621**	**(100 %)**	**106**	**79,7**	**85,6**
Auvergne-Rhône-Alpes	8 005 882	757 223	(12 %)	115	0,8	0,3
Bourgogne-Franche-Comté	2 793 333	305 668	(5 %)	58	- 0,8	- 0,6
Bretagne	3 333 720	349 686	(6 %)	123	- 1,0	- 0,4
Centre-Val de Loire	2 565 258	277 176	(4 %)	66	- 0,4	- 0,4
Corse	341 554	38 974	(1 %)	39	0,8	0,8
Grand Est	5 525 291	521 647	(8 %)	96	- 0,7	- 1,0
Hauts-de-France	5 977 437	473 252	(8 %)	188	- 2,2	- 1,8
Île-de-France	12 244 807	842 758	(13 %)	1019	1,7	0,5
Normandie	3 313 340	333 022	(5 %)	111	- 1,4	- 0,7
Nouvelle-Aquitaine	5 986 318	684 978	(11 %)	71	0,0	- 0,1
Occitanie	5 899 209	637 127	(10 %)	81	0,4	- 0,1
Pays de la Loire	3 787 400	371 386	(6 %)	118	0,1	0,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 048 405	568 902	(9 %)	161	0,3	0,0
France métropolitaine	**64 821 954**	**6 161 799**	**(98 %)**	**119**	**0,1**	**0,1**
Guadeloupe	381 294	32 817	(0,5 %)	224	- 3,3	- 0,9
Guyane	283 539	5 624	(0,1 %)	3	- 3,1	- 1,8
La Réunion	857 961	42 796	(0,7 %)	343	-1,2	- 0,9
Martinique	363 484	37 135	(0,6 %)	322	- 0,9	- 1,3
Mayotte	269 471	2 450	(0,04 %)	721	-	-
DROM	**2 155 749**	**120 822**	**(2 %)**	**24**	**-**	**-**

Source : Insee, 2019.

La France compte près de **67 millions d'habitants** en 2019. La densité de population est de **106 habitants au km²** avec d'importantes variations entre départements.

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

Densité de population par département en 2019

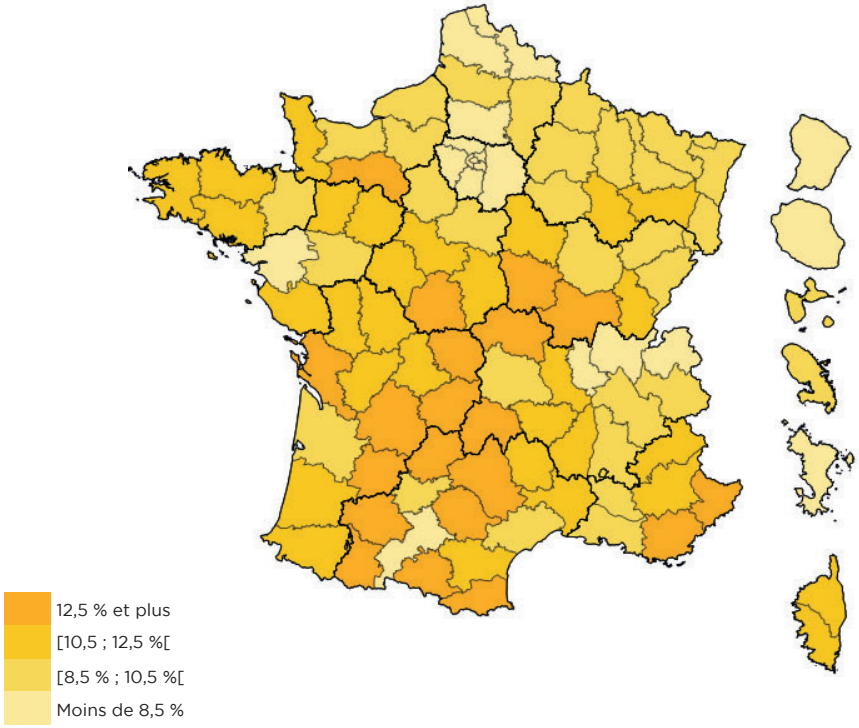


Lecture : La Guyane compte moins de 50 habitants par km².
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 2019.

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

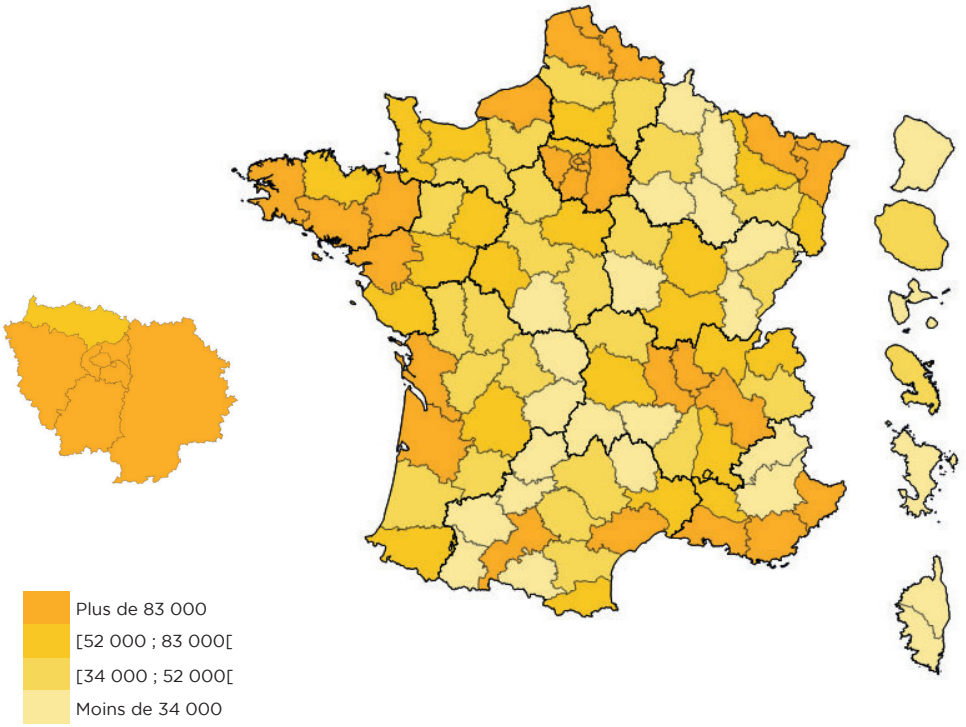
1,2 % de la population française est **âgée de 90 ans ou plus** en 2019.

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



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

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



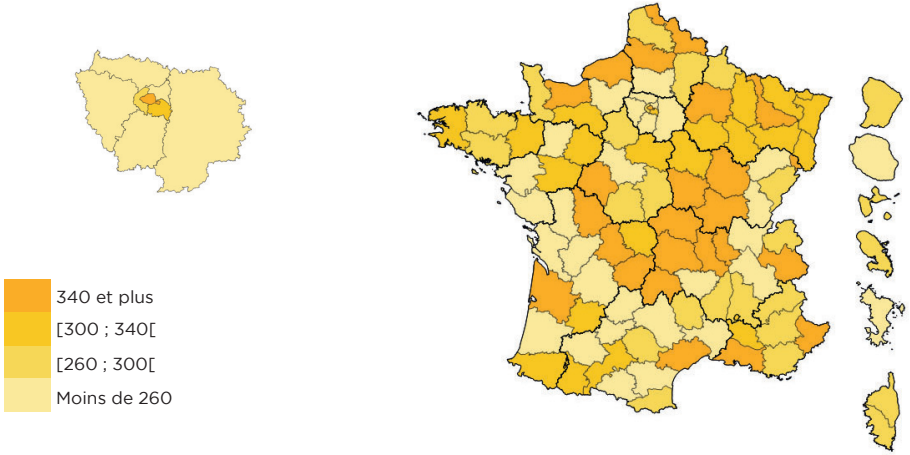
Lecture : Le Pas-de-Calais compte plus de 83 000 habitants âgés de 75 ans et plus en 2019.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 2019.

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

Offre sanitaire générale

En population générale

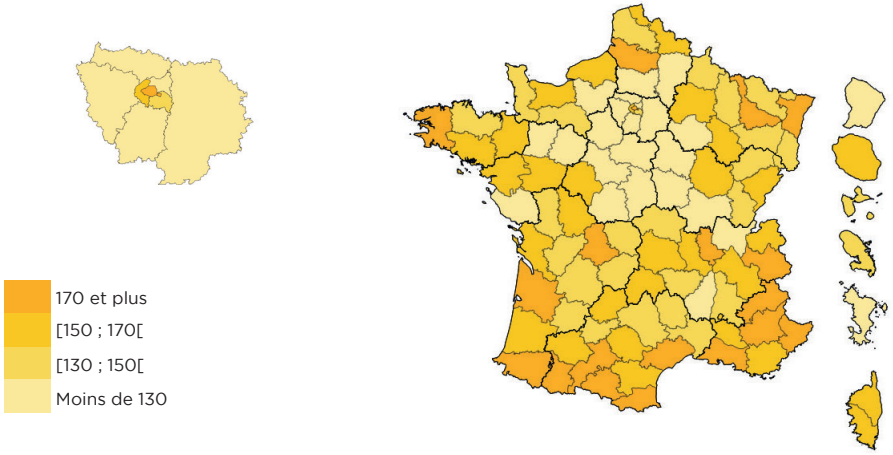
Nombre de lits de MCO pour 100 000 habitants



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

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

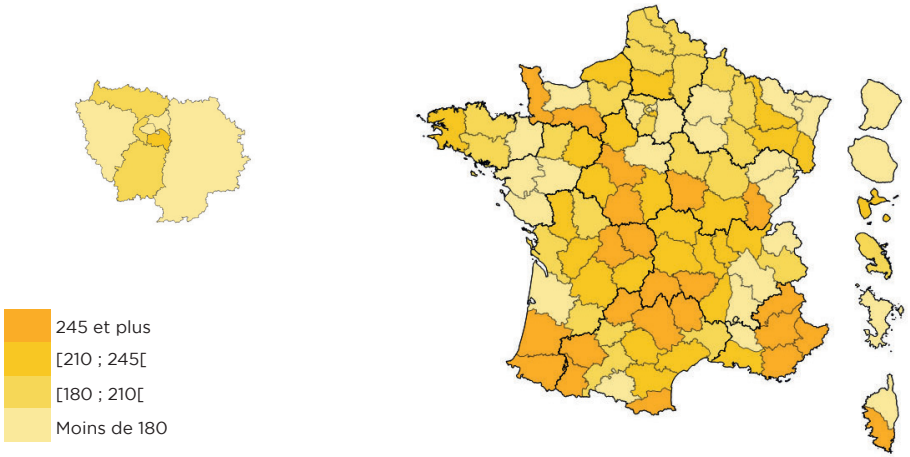
Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants



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

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

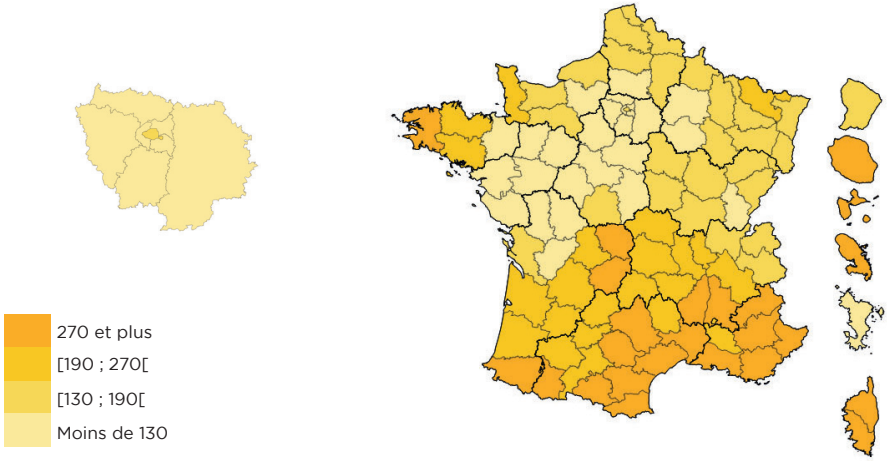
Nombre de lits de SSR / USLD pour 100 000 habitants



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

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

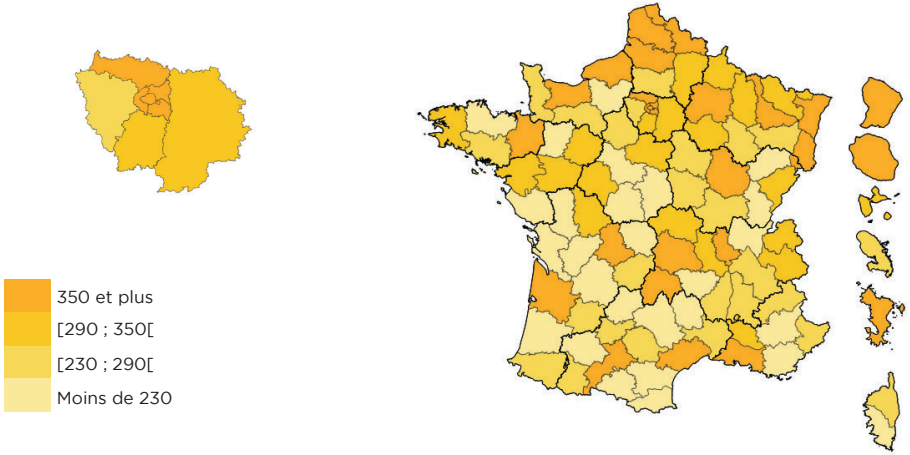
Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants



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

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

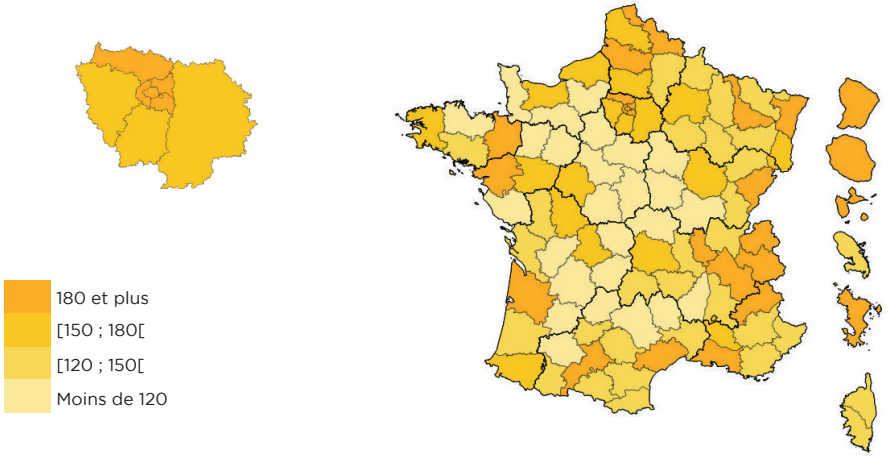
Nombre de lits MCO pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus



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

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

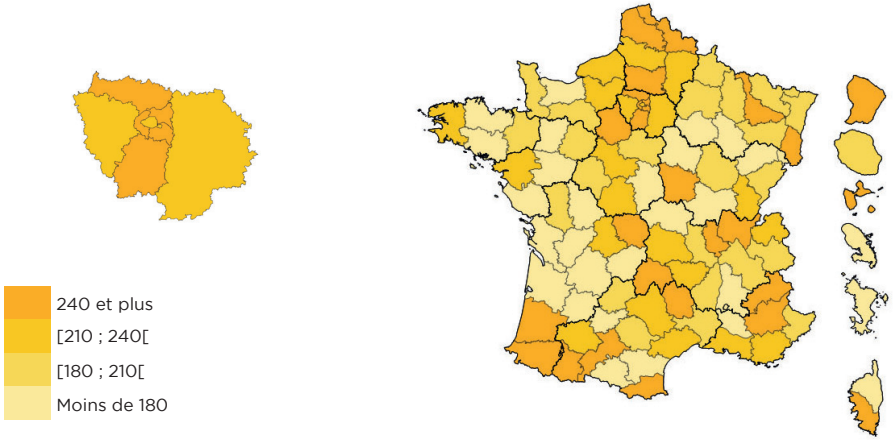
Nombre de médecins généralistes pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus



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

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

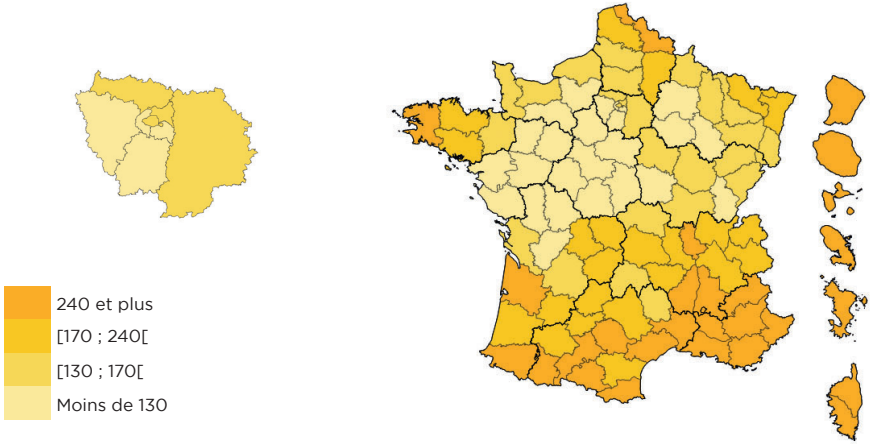
Nombre de lits de SSR / USLD pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus



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

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

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



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

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

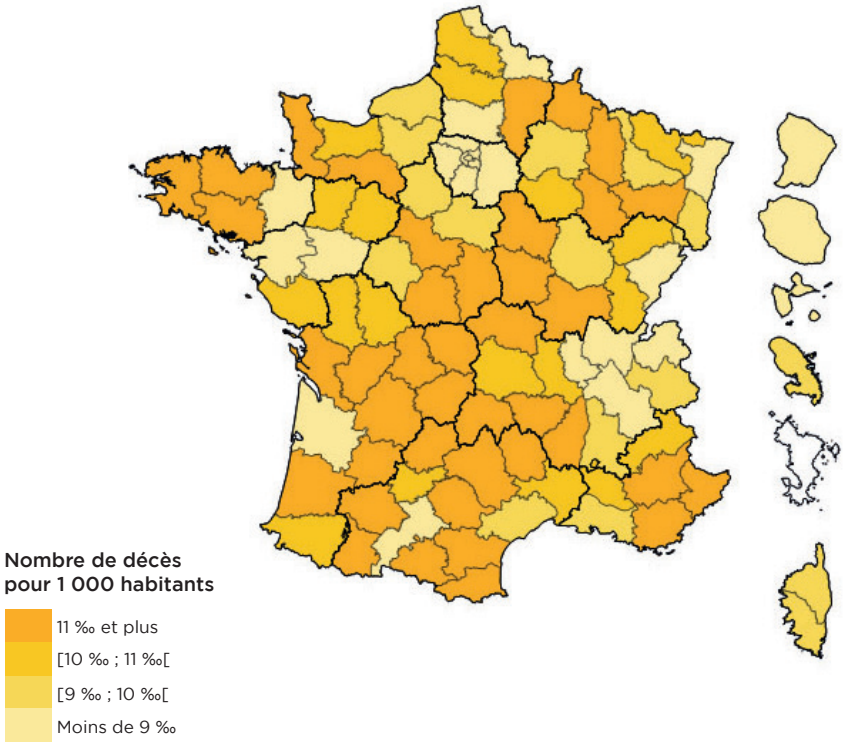
Méthodologie : Le nombre de lits est rapporté à 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus car les départements ont en moyenne 60 000 habitants de 75 ans et plus. De plus, les chiffres élevés dans les DROM sont la conséquence d'une population plus jeune et donc d'une part moindre des personnes âgées de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

Mortalité

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

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

Taux brut de mortalité en population générale en 2018

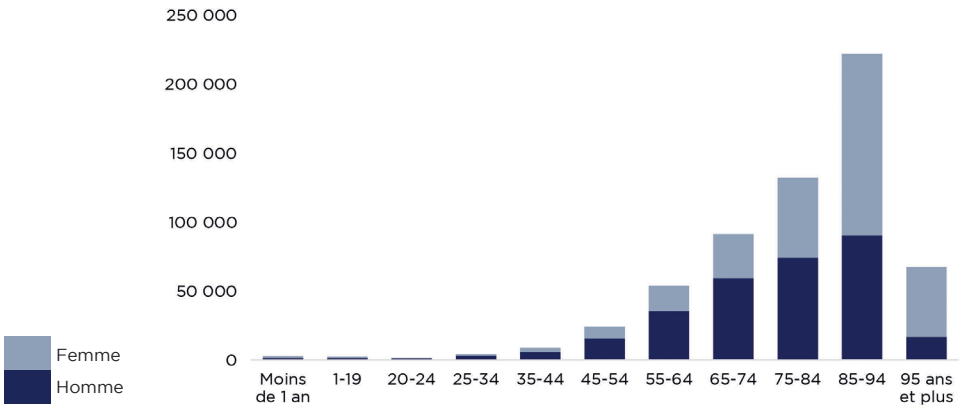


Lecture : L'Ain a un taux de mortalité inférieur à 9 ‰, soit moins de 9 décès pour 1000 habitants.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 2018.

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

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

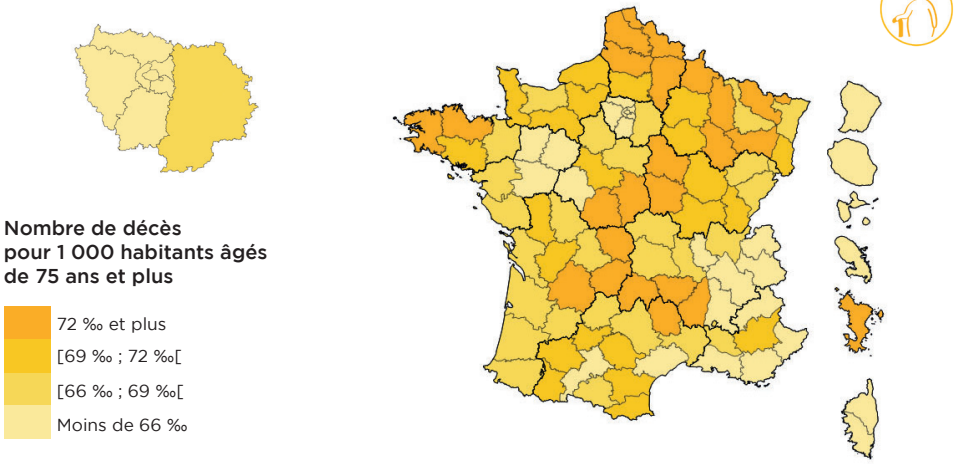
Nombre de décès en 2018, par tranches d'âge et selon le sexe



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

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

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



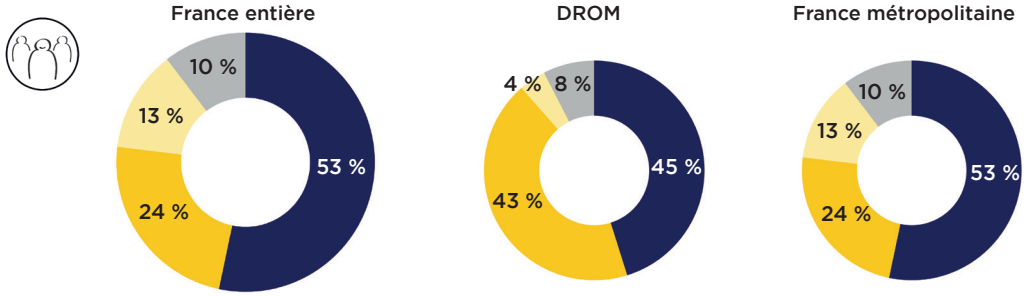
Lecture : Le Nord a un taux de mortalité chez les 75 ans et plus supérieur à 72 ‰.

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

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

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

Lieux de décès en 2018



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

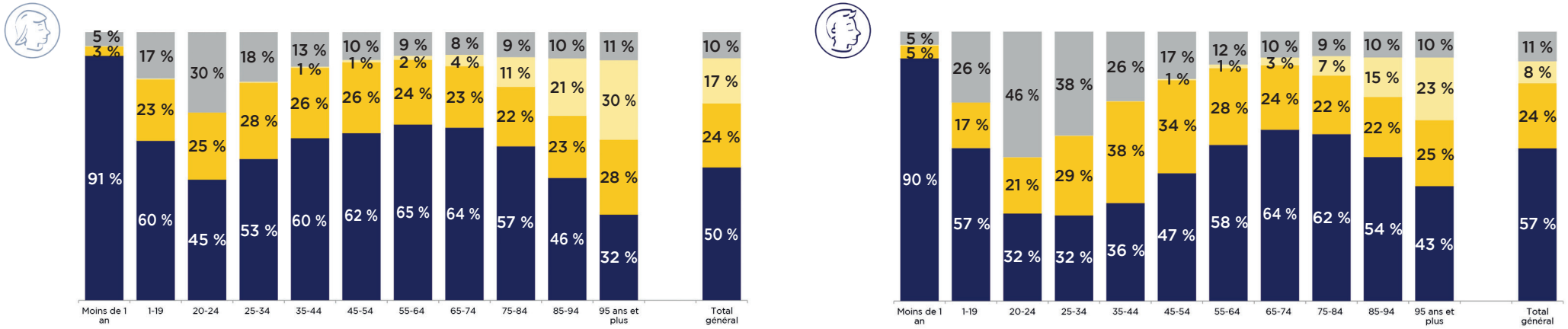
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 2018.

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

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

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

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



Lecture : Parmi les personnes âgées de 45 à 54 ans décédées en 2018, 62 % des femmes sont décédées à l'hôpital contre 47 % des hommes.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peur être différent de 100 %.

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

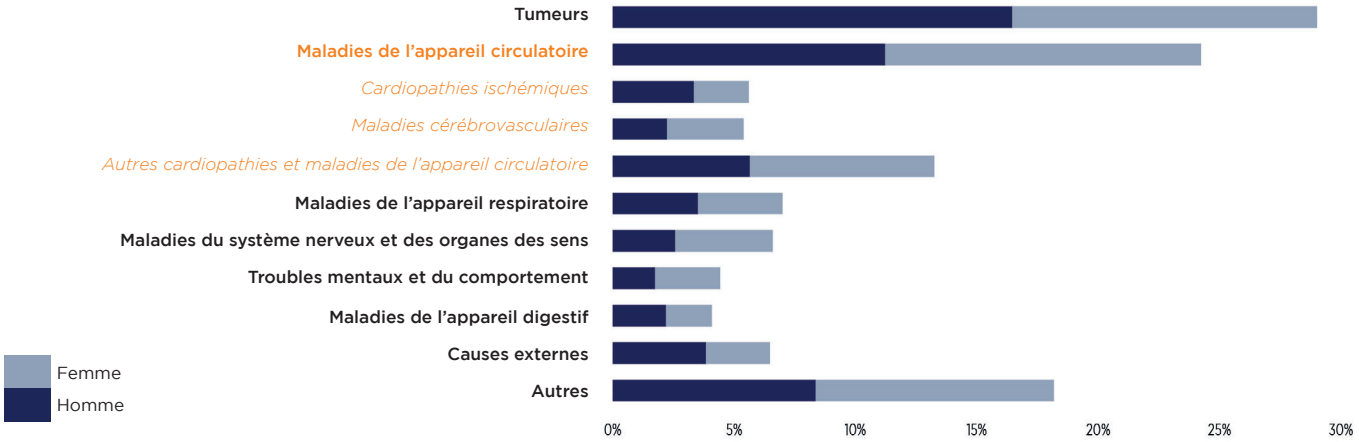
En 2016, les **tumeurs** et les **maladies de l'appareil circulatoire** représentaient les **deux premières causes de décès.** Ces pathologies ont provoqué **plus de la moitié des décès.**

Source : Inserm-CépiDc, 2016.

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

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

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



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

Répartition des causes initiales de décès par tranche d'âge

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

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

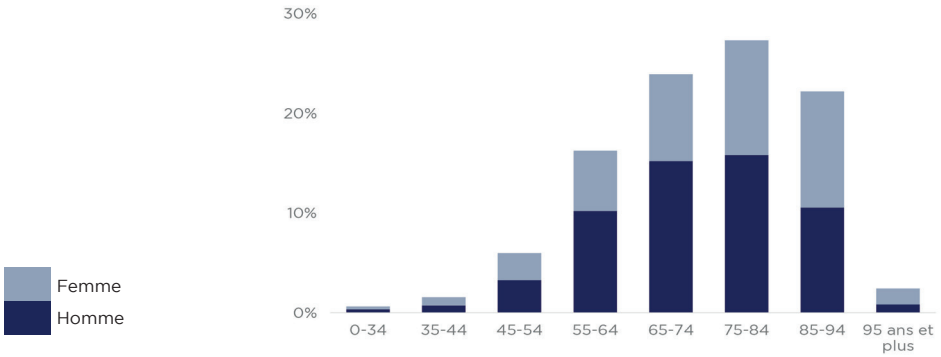
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Inserm-CépiDc, 2016 ; exploitation CNSPFV.

Les cancers

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

1ère cause de décès chez les hommes en 2016.

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



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

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

	Population générale	75 ans et plus
1. Sein	**12 427**	**6 130**
2. Poumon	9 348	4 253
3. Colorectal	6 114	3 471

	Population générale	75 ans et plus
1. Poumon	**23 222**	**7 819**
2. Prostate	8 721	6 778
3. Colorectal	6 645	3 864

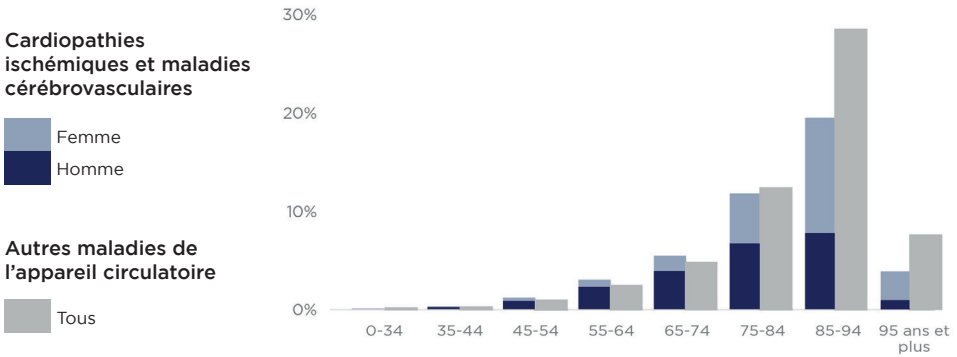
Lecture : En 2016, 12 427 femmes sont décédées d'un cancer du sein.

Les maladies de l'appareil circulatoire

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

1ère cause de décès chez les femmes en 2016.

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



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

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

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

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

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

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

Source : Inserm-CépiDc, 2016.

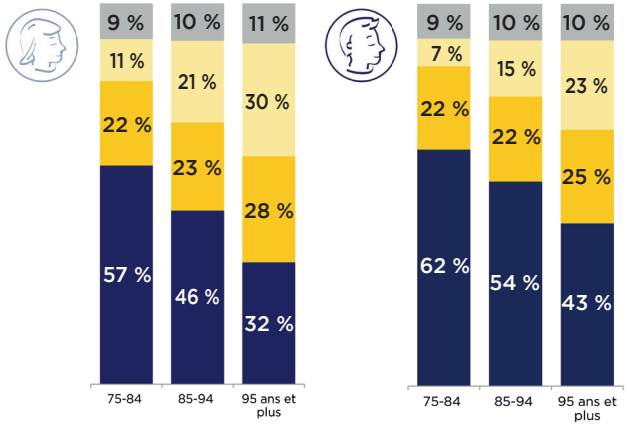
Répartition des causes initiales de décès des personnes âgées de 75 ans et plus en 2016

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

Lecture : Pour les tumeurs en 2016 : 52 % des personnes décédées d'un cancer avaient 75 ans et plus ; 22 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont décédées d'un cancer.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

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

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



(1) L'item « Autre » regroupe les items « Autre », « voie publique » et « non déclaré ».
Lecture : Chez les personnes de 95 ans et plus décédées en 2018, 28 % des femmes et 25 % des hommes sont décédés à domicile.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 2018.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

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

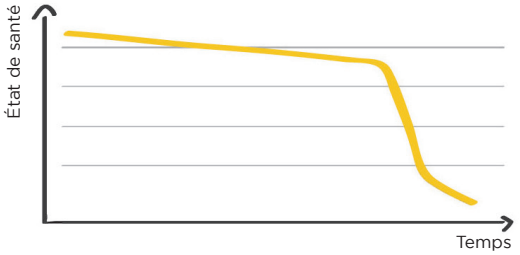
Modélisation des trajectoires de fin de vie

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

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

Trajectoire 1 - Déclin rapide

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

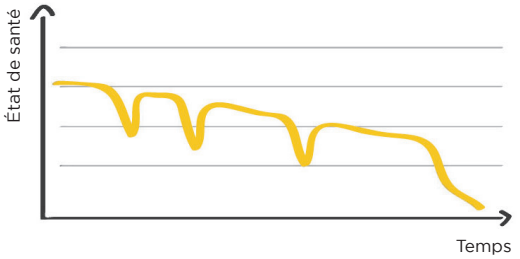


47 %
Soit 170 888 personnes

36 %
Soit 88 376 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.). Le déclin dure entre **2 et 5 ans** mais la mort est généralement soudaine.

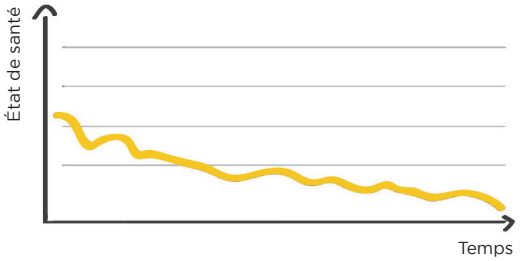


37 %
Soit 135 175 personnes

43 %
Soit 104 053 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 atteintes de démence. La période de déclin est variable mais généralement longue, elle peut durer jusque **6-8 ans**.



16 %
Soit 56 261 personnes

21 %
Soit 56 060 personnes

Source : Inserm-CépiDc, 2016.

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

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

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

03

Soins palliatifs

Les lits de soins palliatifs 32

L'activité dans les USP et les LISP 34

Les EMSP 35

Les ressources humaines en soins palliatifs 36

Les lits de soins palliatifs

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

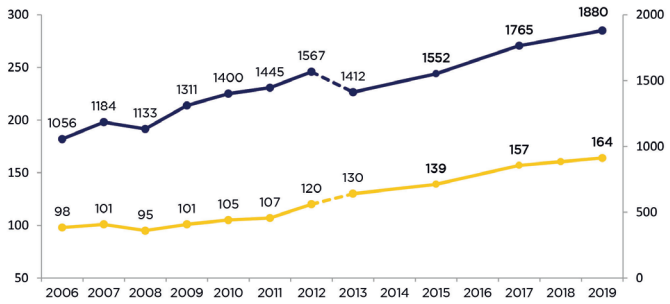
Source : Drees, SAE, 2019.

Les lits d'unité de soins palliatifs (LUSP)

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

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

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



Nombre de LUSP
Nombre d'USP

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

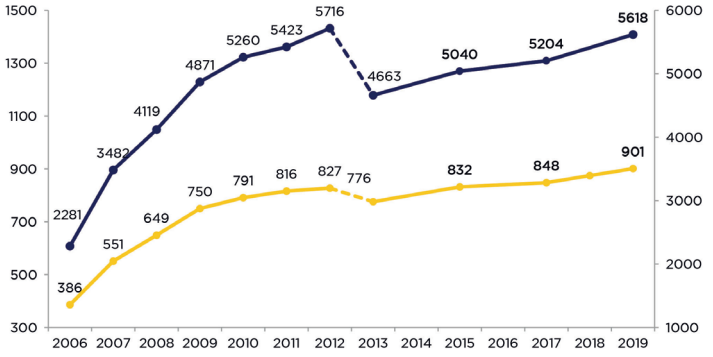
5 % des LUSP et **23 % des LISP** sont dans des services de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

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

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

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



Nombre de LISP
Nombre d'établissements disposant de LISP

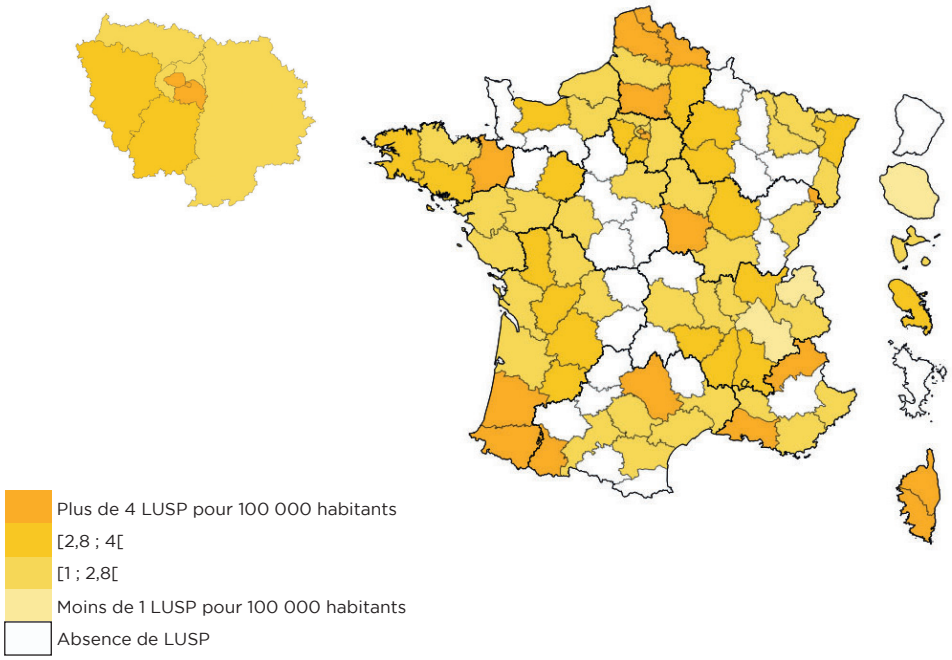
Lecture : Il y a 901 établissements qui disposent de LISP en France en 2019.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Drees, SAE, 2006 à 2019.
NB : La SAE a connu une refonte en 2013, (cf. Méthodologie pour plus de précisions).

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

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

Source : Drees, SAE, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



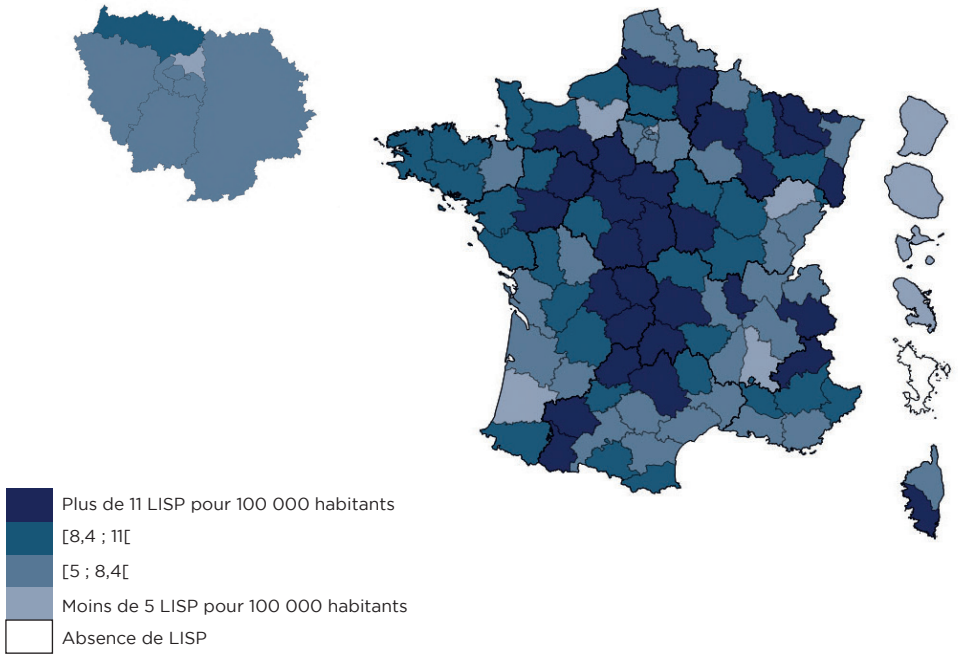
Lecture : Il y a plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants dans le Nord.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Drees, SAE, 2019, Insee 2019, exploitation CNSPFV.

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

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

Source : Drees, SAE, 2019.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Lecture : La Martinique dispose de moins de 5 LISP pour 100 000 habitants.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Drees, SAE, 2019, Insee 2019, exploitation CNSPFV.

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

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

L'activité dans les USP et les LISP

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

Les décès

31 712 patients ont été pris en charge **en LUSP** en 2018 ; **4/5 sont décédés** au cours du séjour.

123 047 patients ont été pris en charge **en LISP** en 2018 ; **1/3 est décédé** au cours du séjour.

Source : ATIH, PMSI, 2018.

La prise en charge

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

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

Source : SNDS, 2015.

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

72,2 ans en LUSP

74,3 ans en LISP

Source : ATIH, PMSI, 2018.

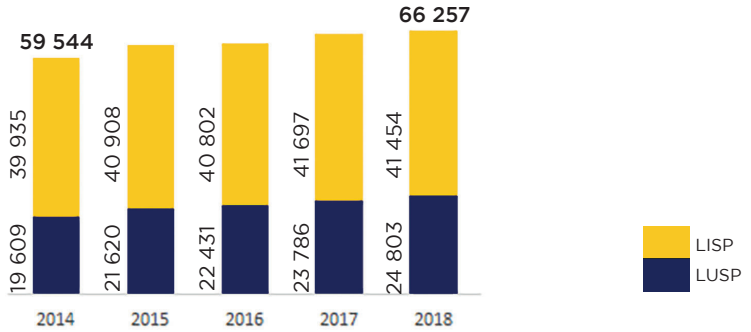
Durée moyenne de séjour (DMS) des patients pris en charge en LUSP et en LISP en 2018

16,1 jours en LUSP

13,5 jours en LISP

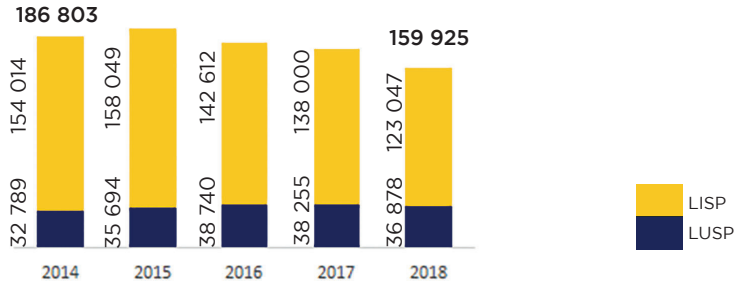
Source : ATIH, PMSI, 2018.

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



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

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



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

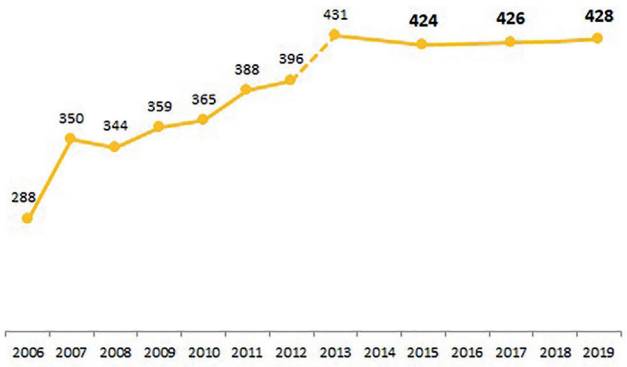
Les EMSP

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

Source : Drees, SAE, 2019.

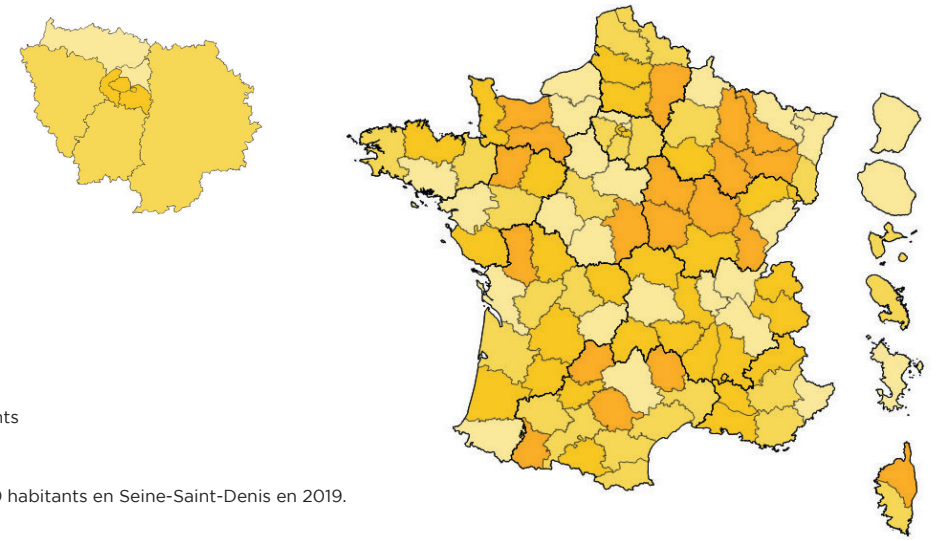
Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie au sein des services hospitaliers, des établissements médico-sociaux et à domicile. De plus, les EMSP ont une importante mission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

Evolution du nombre d'EMSP entre 2006 et 2019



Lecture : Il y a 428 EMSP en France en 2019.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Drees, SAE, 2006 à 2019.
NB : La SAE a connu une refonte en 2013 (cf. Méthodologie pour plus de précisions).

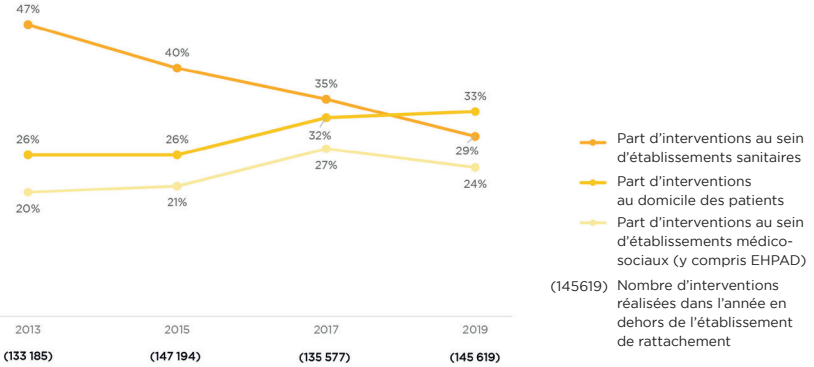
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Lecture : Il y a moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis en 2019.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Drees, SAE, 2019.

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

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



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

Lecture : Les interventions au sein d'établissements médico-sociaux représentent 24% des interventions hors établissement des EMSP en 2019.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Drees, SAE, 2006 à 2019.

Les ressources humaines en soins palliatifs

Les ressources humaines dans les USP

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

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

Bénévoles : 8 demi-journées par mois

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

Lecture : En 2019, les USP disposent en moyenne d'1,6 ETP de médecin pour 10 lits d'USP.
Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.
Source : Drees, SAE, 2019.
*ETP recommandés par la circulaire du 25 mars 2008. (Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. 25 mars 2008, 22 p. [en ligne])
** Données recueillies sur un mois (octobre 2019).

Les données des ressources humaines dans les USP et EMSP ont été collectées pour la première fois dans l'enquête SAE 2019. En parallèle, le CNSPFV a mené une enquête quantitative et qualitative directement auprès des USP et EMSP, portant sur les structures et ressources humaines en soins palliatifs. Les résultats quantitatifs concordent avec ceux de l'enquête SAE. Le volet qualitatif a permis aux équipes de terrain de s'exprimer sur les difficultés fonctionnelles quotidiennes qu'elles rencontrent.
➔ https://www.parlons-fin-de-vie.fr/1ere-enquete-nationale-sur-les-structures-et-ressources-humaines-en-soins-palliatifs/

Les ressources humaines dans les EMSP

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

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

Bénévoles : 4 demi-journées par mois

de temps bénévole d'accompagnement en moyenne par EMSP*

Lecture : En 2019, les EMSP disposent en moyenne d'1,5 ETP d'infirmier par équipe.
Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.
Source : Drees, SAE, 2019.
* Données recueillies sur un mois (octobre 2019).

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

04

Parcours de fin de vie

Fin de vie à l'hôpital 40

Fin de vie à domicile et en EHPAD 41

Lieux de décès par département 42

Fin de vie à l'hôpital

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

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

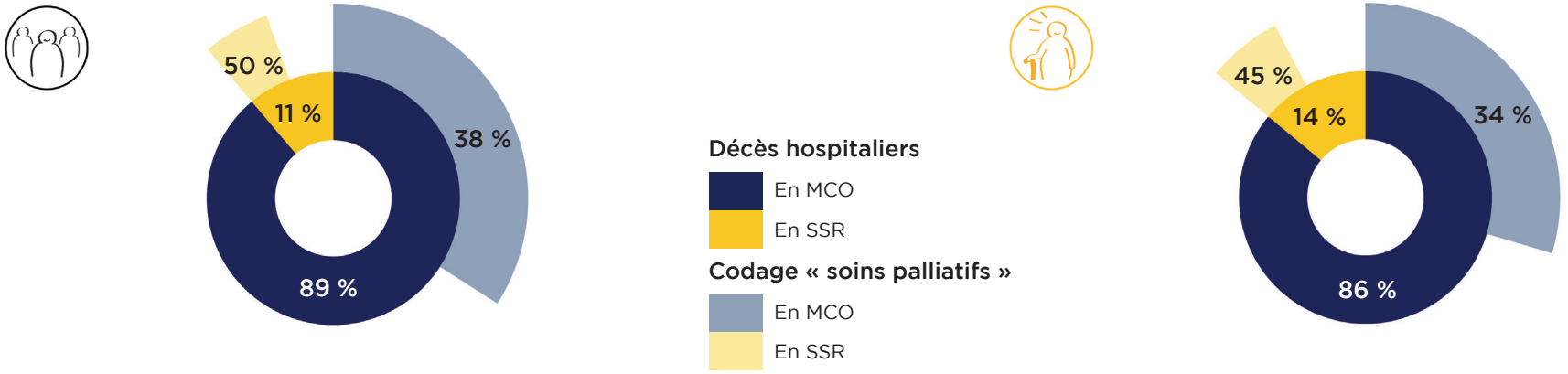
Source : ATIH, PMSI 2018.

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

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

Source : ATIH, PMSI 2018.

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



Lecture :
- 86 % des décès hospitaliers des personnes de 75 ans et plus se sont produits en MCO, et 14 % en SSR.
- 34 % des personnes de 75 ans et plus décédées en MCO en reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant le décès et 45 % en SSR.

Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : ATIH, PMSI 2018.

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

Fin de vie à domicile et en EHPAD

Source : SNDS, 2015 ; exploitation CNSPFV.

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

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

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

Caractéristiques des patients décédés à domicile et en EHPAD en 2015

Sexe

Domicile	46 %	54 %	55 %	45 %
EHPAD	71 %	29 %	72 %	28 %

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

Âge moyen du décès (en années)

Domicile	75,6	80,5	71,5
EHPAD	89,2	90,2	86,6

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

Parcours des personnes décédées à domicile/en EHPAD

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

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

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

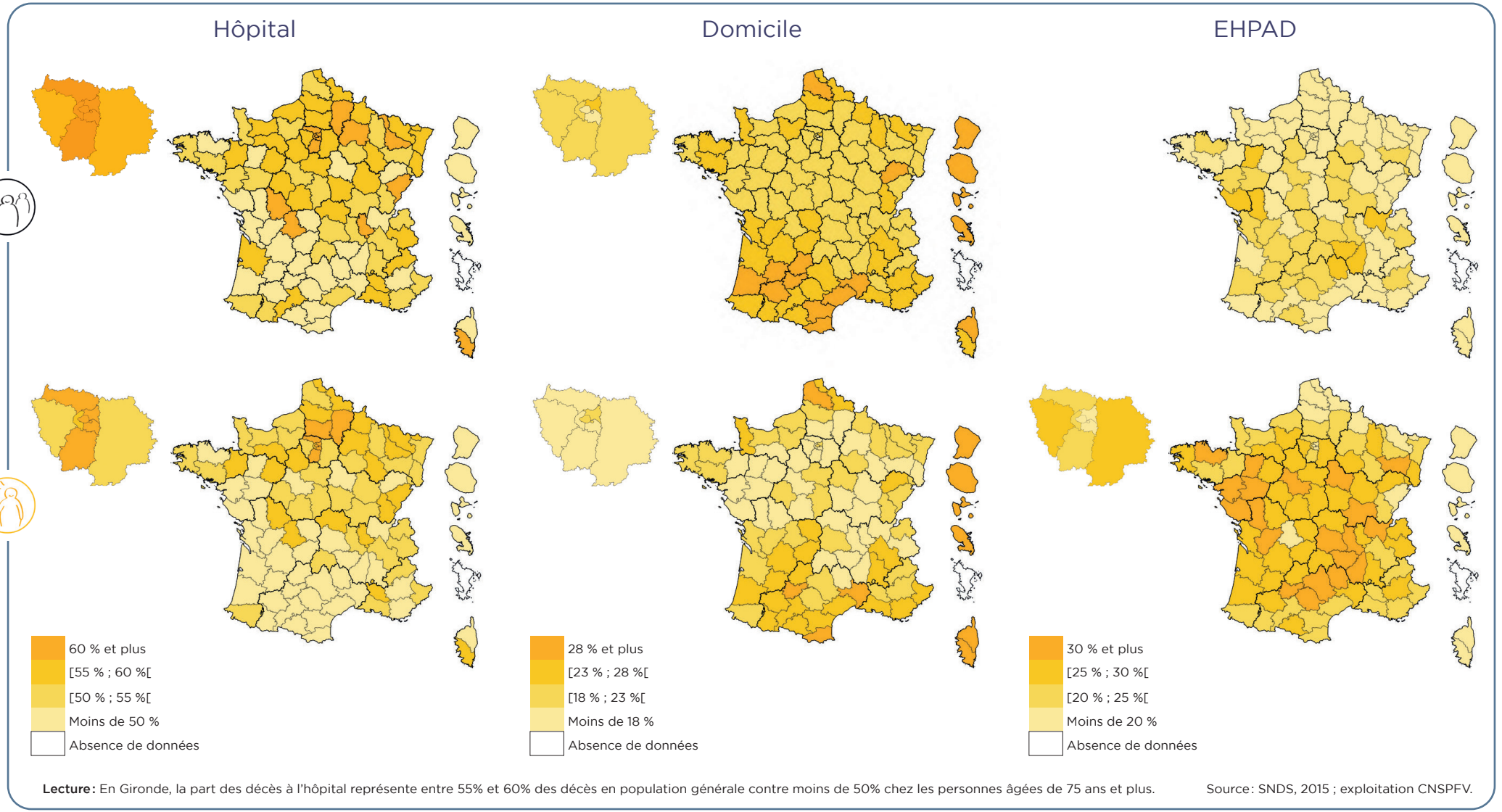
65 % des personnes décédées à domicile
et **55 %** des personnes décédées en EHPAD
ont vu un médecin généraliste au moins une fois.

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

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

Lieux de décès par département

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



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

Source : SNDS, 2015 ; exploitation CNSPFV.

05

Profils régionaux

Auvergne-Rhône-Alpes **44**

Bourgogne-Franche-Comté **46**

Bretagne **48**

Centre-Val de Loire **50**

Corse **52**

Grand Est **54**

Hauts-de-France **56**

Île-de-France **58**

Normandie **60**

Nouvelle-Aquitaine **62**

Occitanie **64**

Pays de la Loire **66**

Provence-Alpes-Côte d'Azur **68**

Guadeloupe **70**

Guyane **72**

La Réunion **74**

Martinique **76**

Mayotte **78**

France – **Profil national** **80**

Auvergne-Rhône-Alpes



Démographie

8 005 882 habitants
Densité de population : **115 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **9 %**
Espérance de vie : ♂ **80,5 ans** ♀ **85,9 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

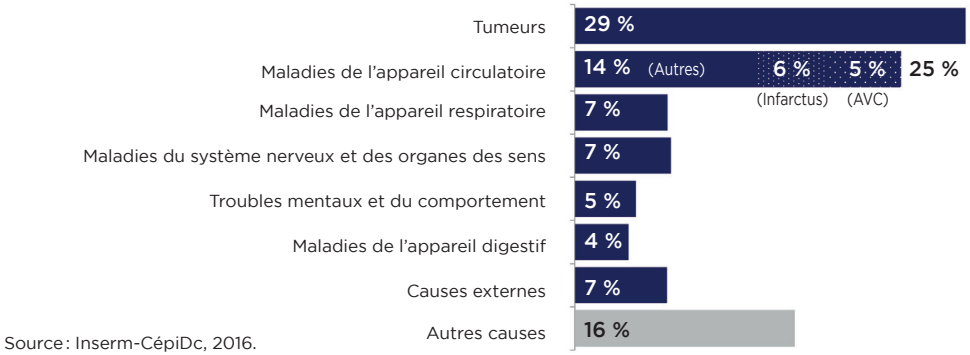
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



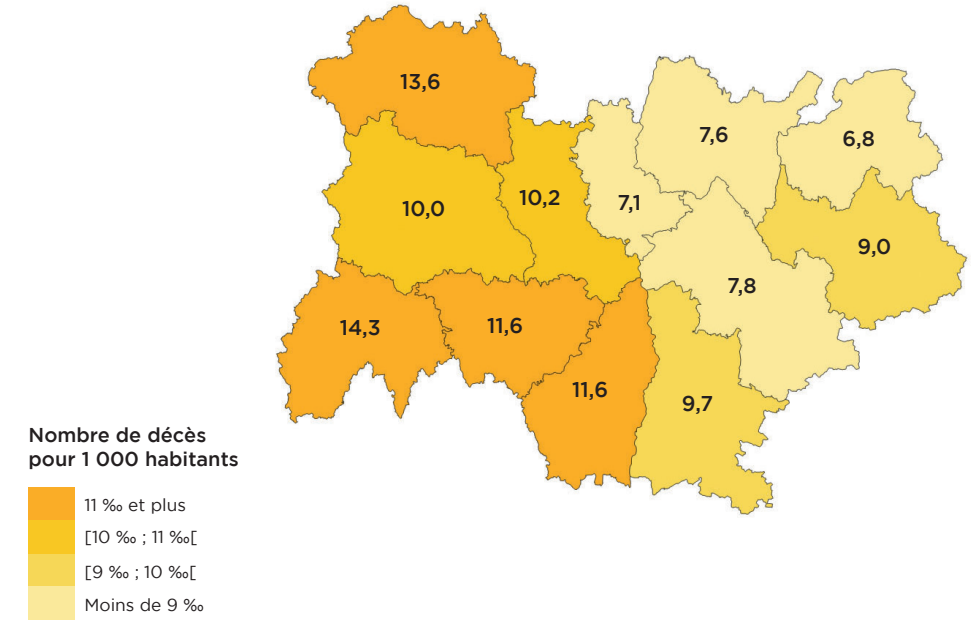
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



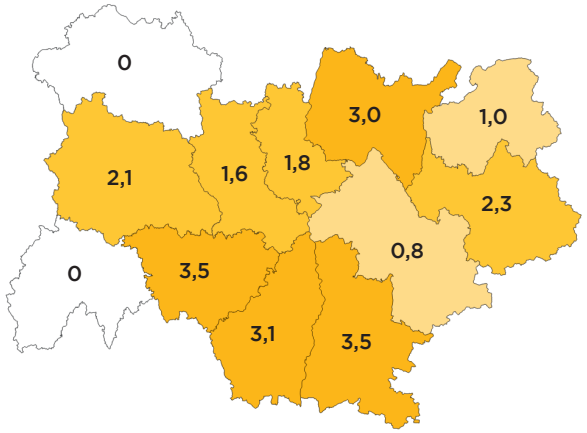
Source : Insee, 2018.
Lecture : 51 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 7,1 décès pour 1 000 habitants dans le Rhône.

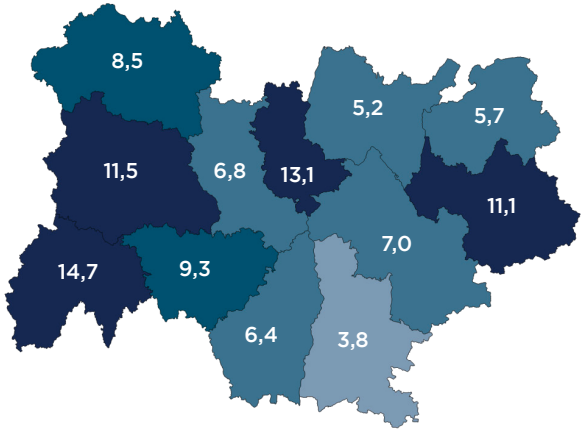
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

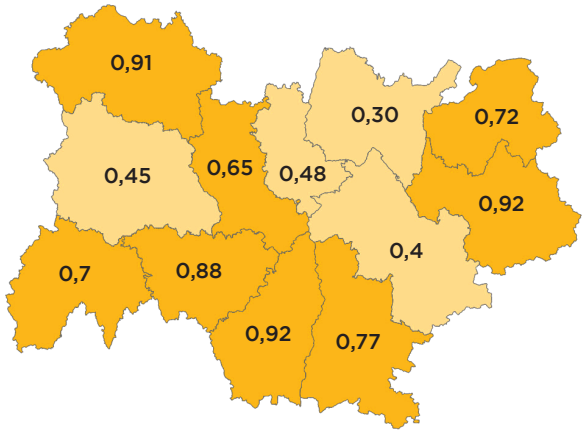
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

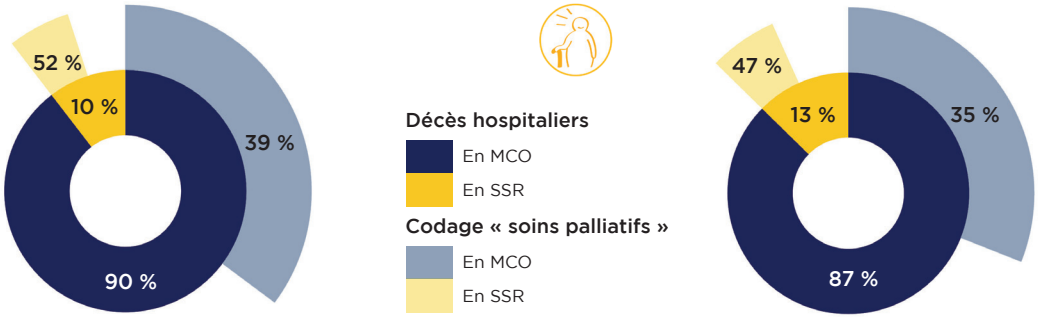
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Bourgogne-Franche-Comté



Démographie

2 793 333 habitants
Densité de population : **58 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **11 %**
Espérance de vie : ♂ **78,9 ans** ♀ **85 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

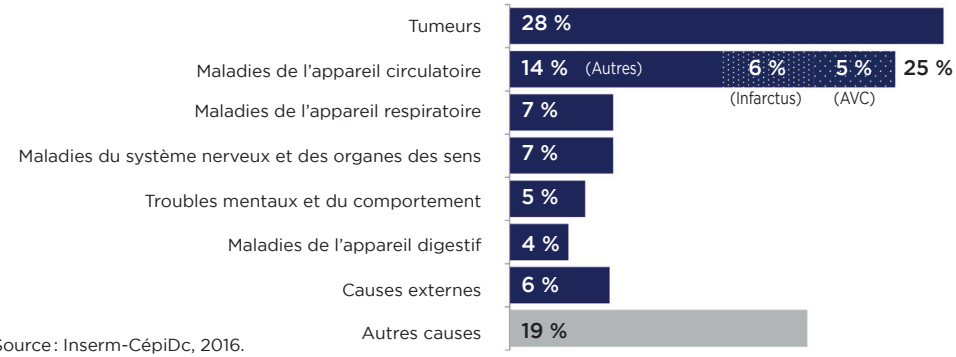
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

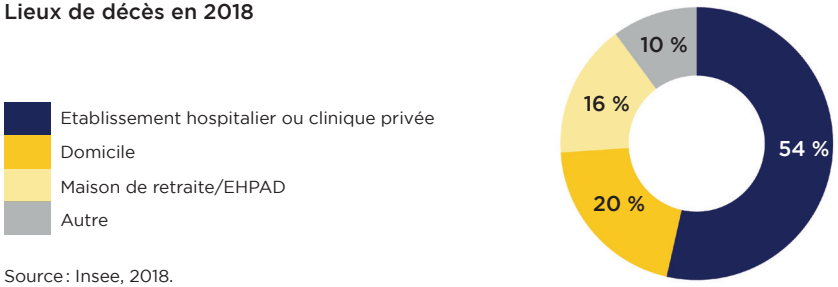
Médecin : **0,9**
Cadre : **0,1**
Infirmier : **1,0**
Psychologue : **0,4**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



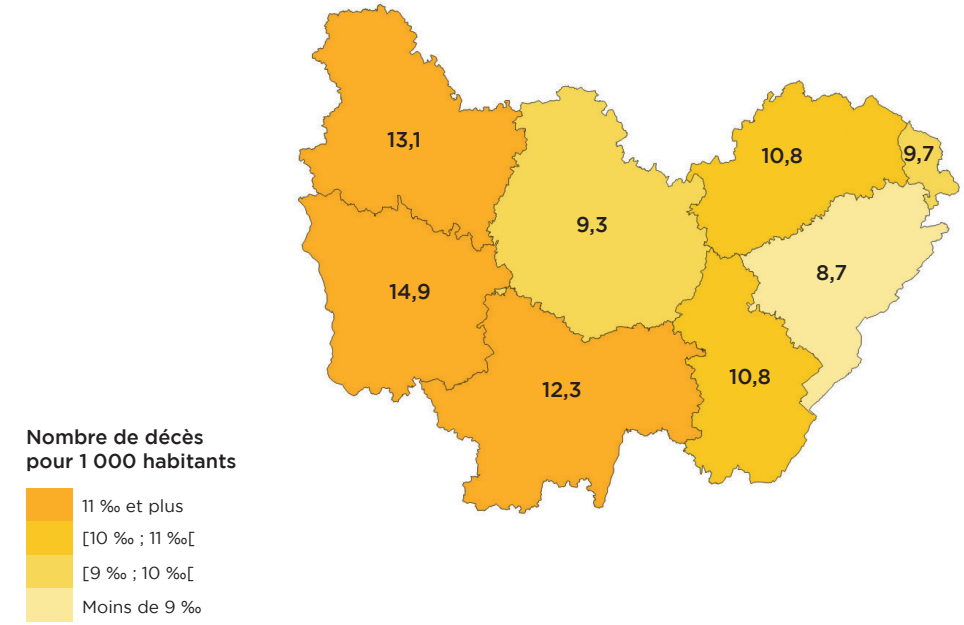
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 28 % des causes initiales de décès en Bourgogne-Franche-Comté.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



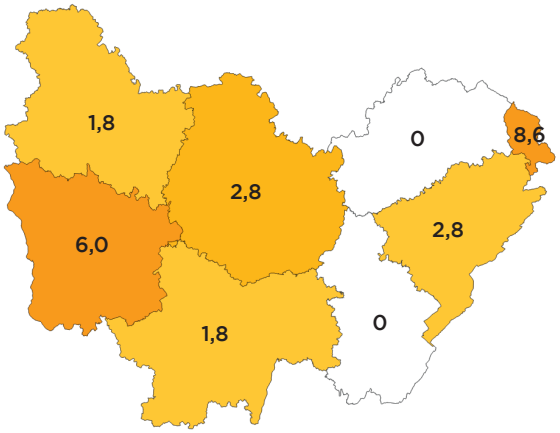
Source : Insee, 2018.
Lecture : 54 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 8,7 décès pour 1 000 habitants dans le Doubs.

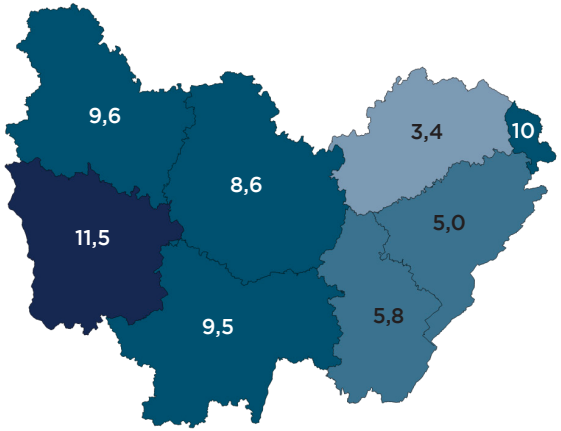
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

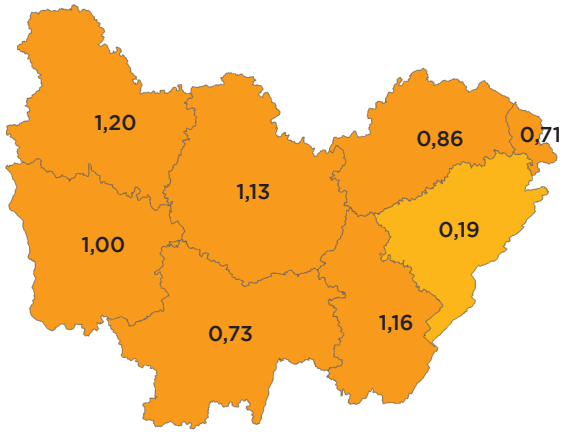
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

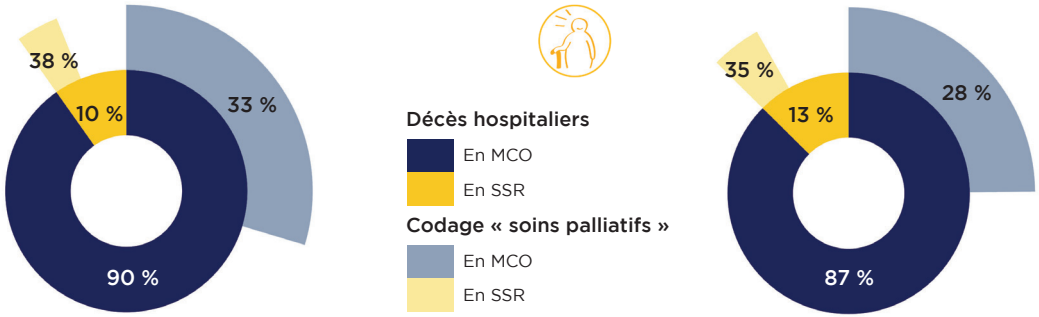
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

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

- le Jura
- la Haute-Saône

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Bretagne



Démographie

3 333 720 habitants
Densité de population : **123 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **10 %**
Espérance de vie : ♂ **78,7 ans** ♀ **85,2 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

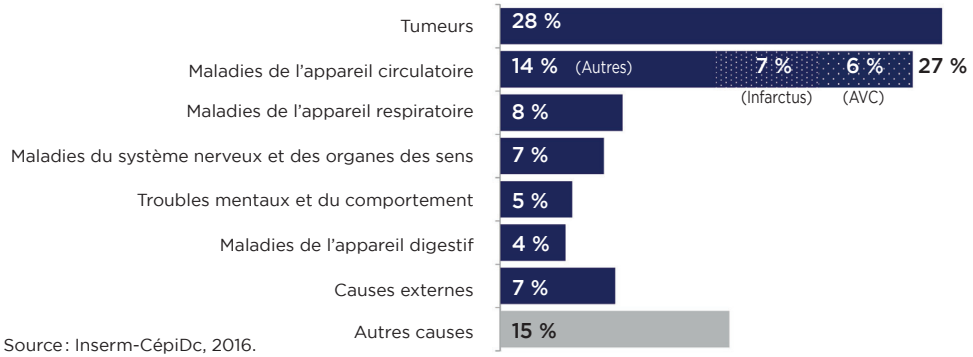
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



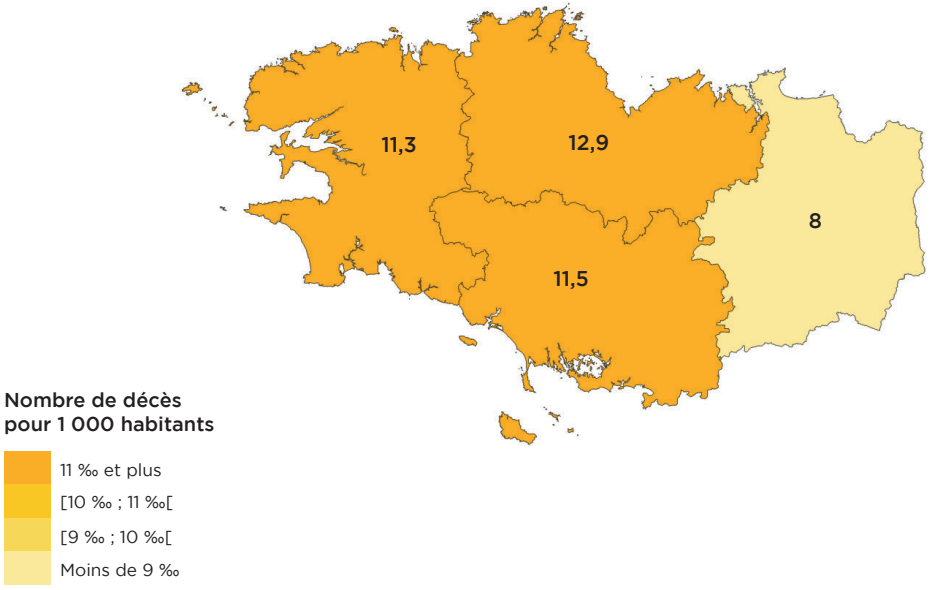
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 28 % des causes initiales de décès en Bretagne.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



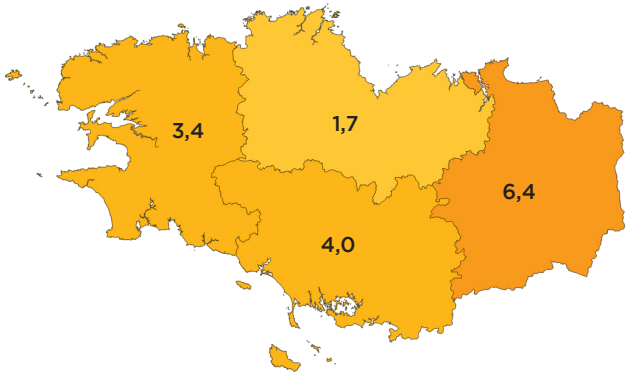
Source : Insee, 2018.
Lecture : 49 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 8 décès pour 1 000 habitants en Ille-et-Vilaine.

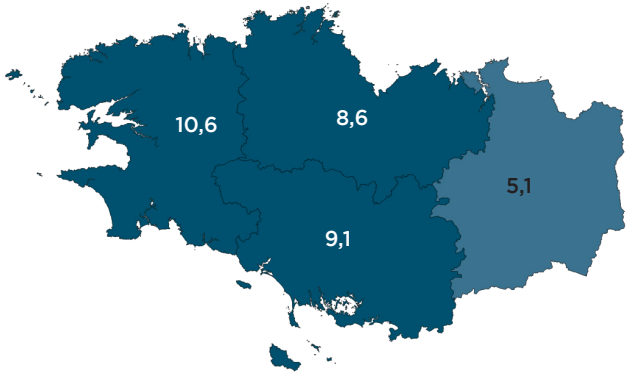
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 3,4 LUSP pour 100 000 habitants dans le Finistère.

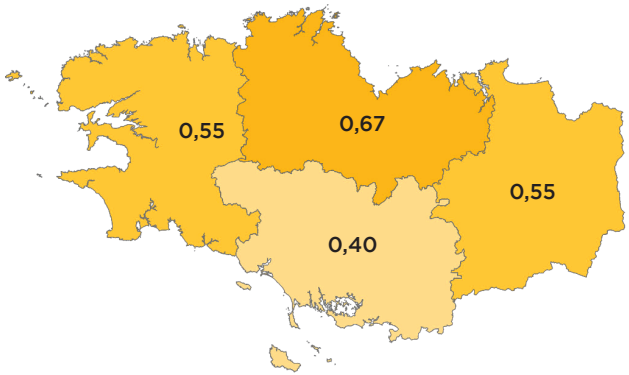
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 10,6 LISP pour 100 000 habitants dans le Finistère.

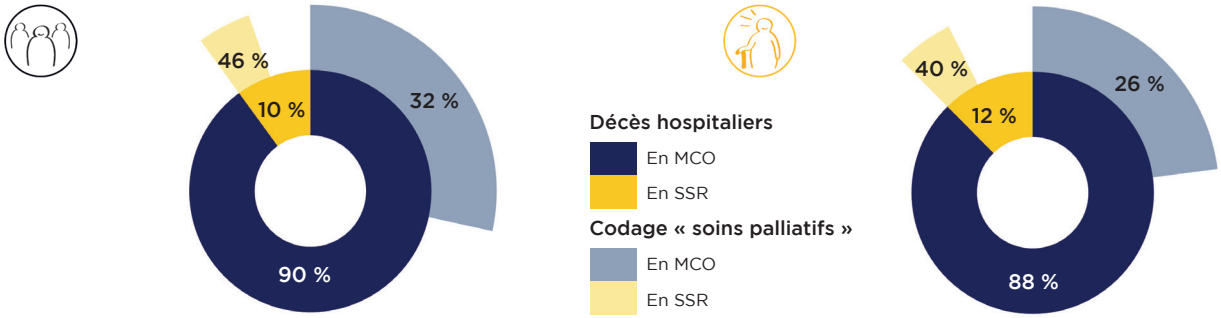
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 0,55 EMSP pour 100 000 habitants dans le Finistère.

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



Source : ATIH, PMSI 2018.
Lecture : En population générale, 90 % des patients sont décédés en MCO ; 32 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Centre-Val de Loire



Démographie

2 565 258 habitants
Densité de population : **66 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **11 %**
Espérance de vie : ♂ **79,3 ans** ♀ **85,2 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

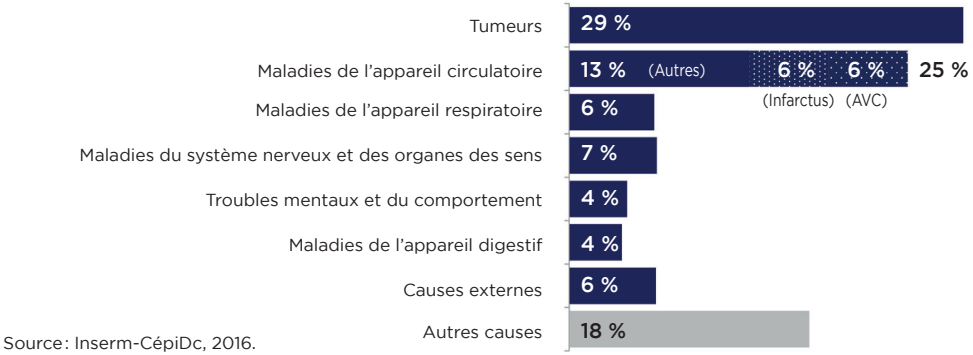
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



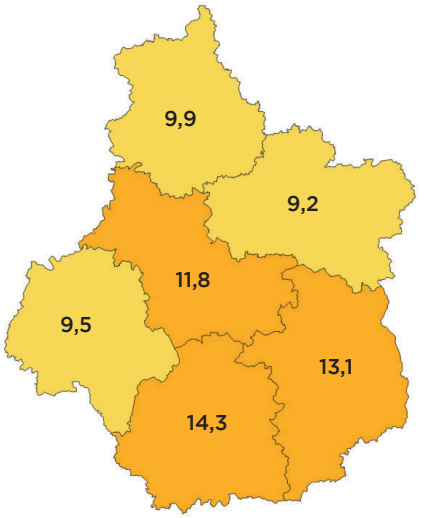
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Centre-Val de Loire.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : 52 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018

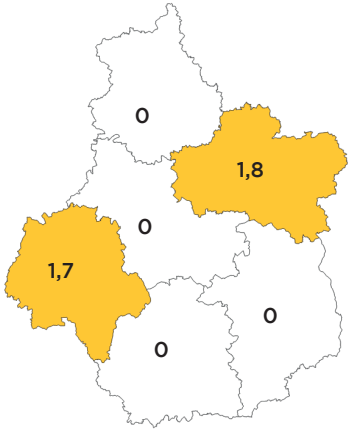


Nombre de décès pour 1 000 habitants

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

Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 13,1 décès pour 1 000 habitants dans le Cher.

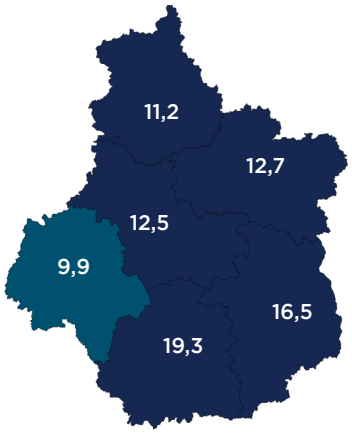
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

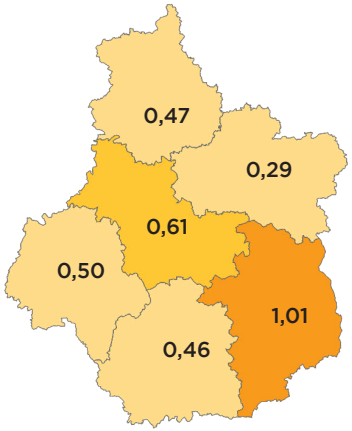
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

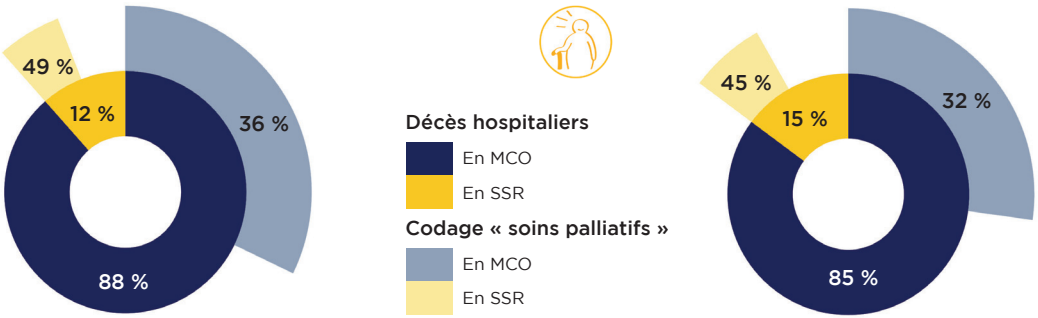
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

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

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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Corse



Démographie

341 554 habitants
Densité de population : **39 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **11 %**
Espérance de vie : ♂ **80,5 ans** ♀ **86,4 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

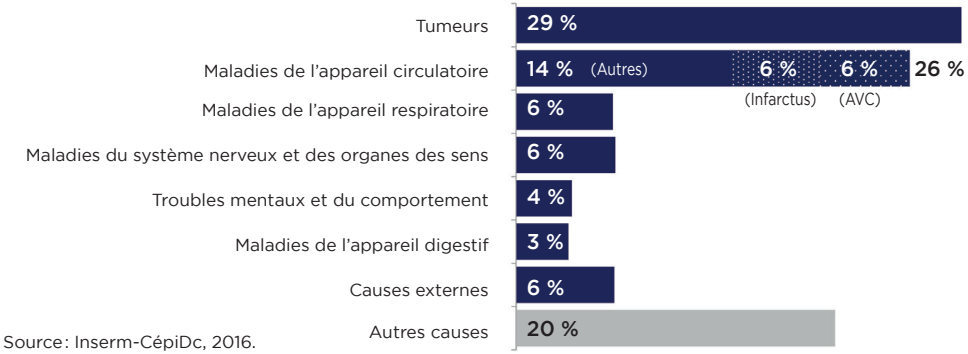
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



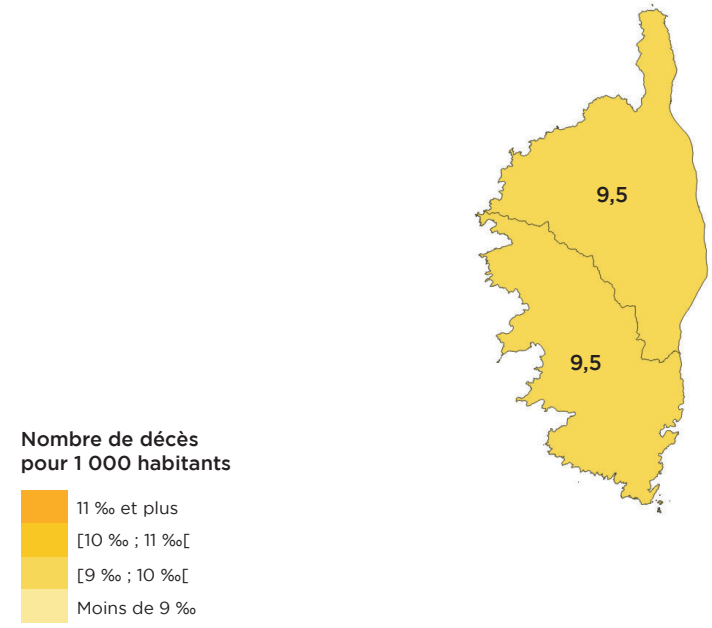
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Corse.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



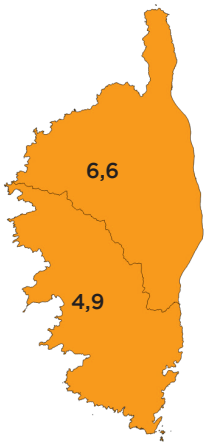
Source : Insee, 2018.
Lecture : 47 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 9,5 décès pour 1 000 habitants en Haute-Corse.

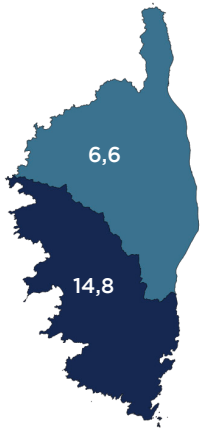
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

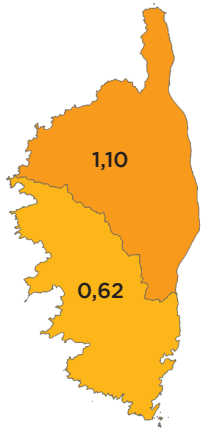
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

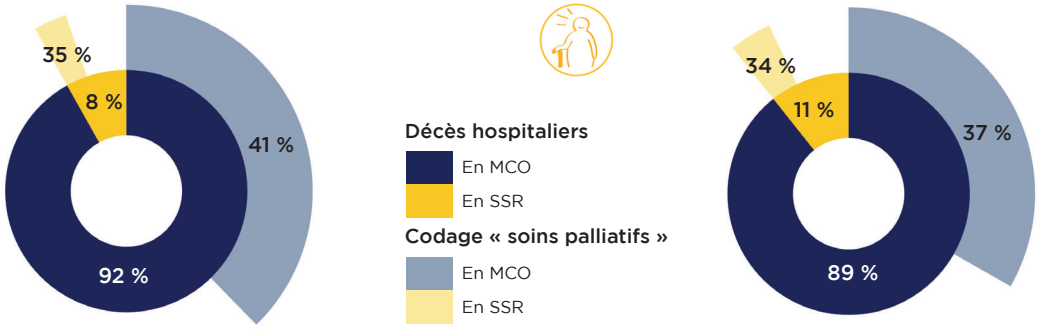
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

La Corse du Sud et la Haute-Corse **ont plus de 1 LUSP** pour 100 000 habitants*

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Grand Est



Démographie

5 525 291 habitants
Densité de population : **96 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **9 %**
Espérance de vie : ♂ **79 ans** ♀ **84,6 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

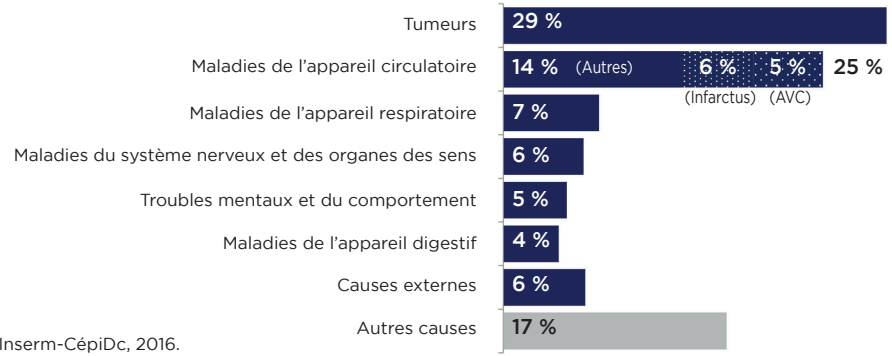
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

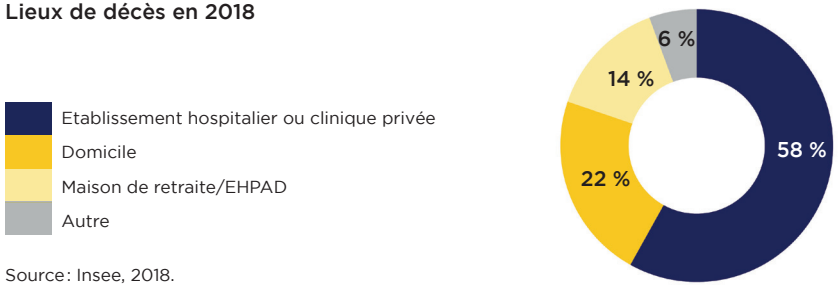
Médecin : **1,0**
Cadre : **0,1**
Infirmier : **1,4**
Psychologue : **0,6**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



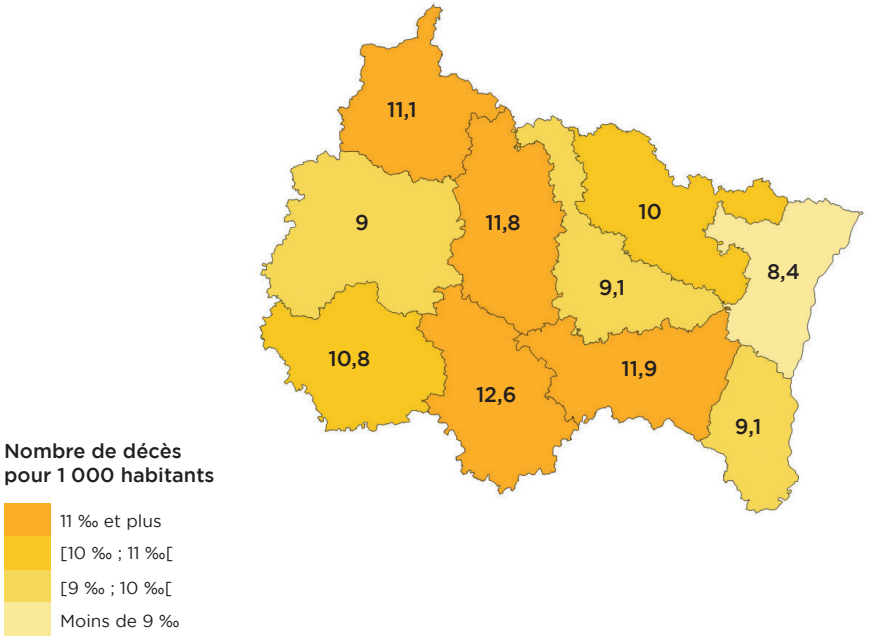
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès dans le Grand-Est.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



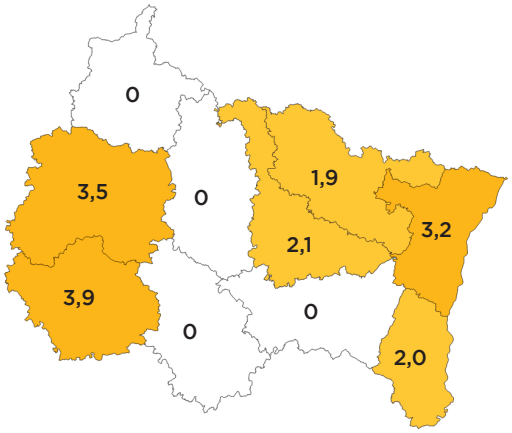
Source : Insee, 2018.
Lecture : 58 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 8,4 décès pour 1 000 habitants dans le Bas-Rhin.

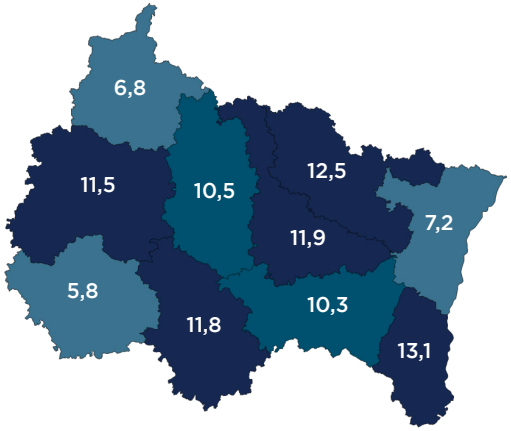
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 2,0 LUSP pour 100 000 habitants dans le Haut-Rhin.

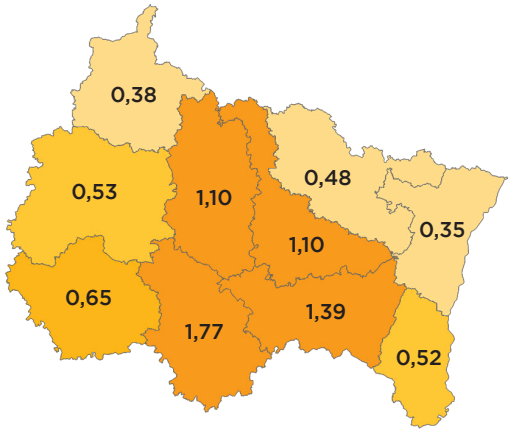
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

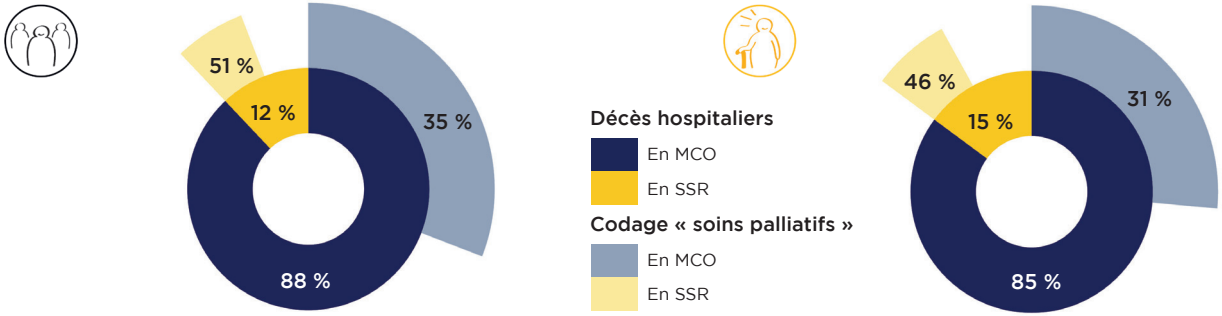
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 0,52 EMSP pour 100 000 habitants dans le Haut-Rhin.

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



Source : ATIH, PMSI 2018.
Lecture : En population générale, 88 % des patients sont décédés en MCO ; 35 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

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

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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Hauts-de-France



Démographie

5 977 437 habitants
Densité de population : **188 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **8 %**
Espérance de vie : ♂ **77,5 ans** ♀ **83,8 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

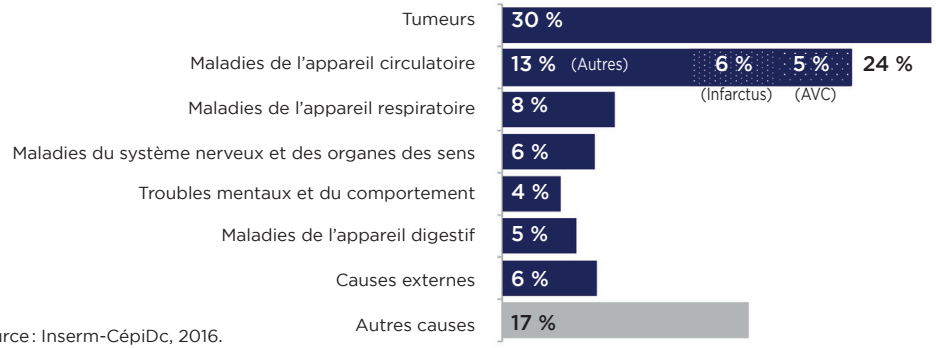
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



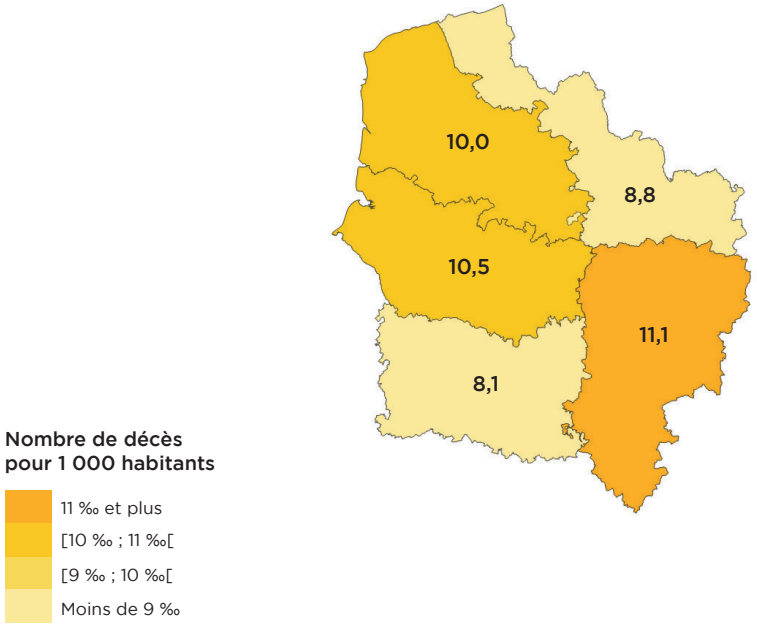
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 30 % des causes initiales de décès en Hauts-de-France.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



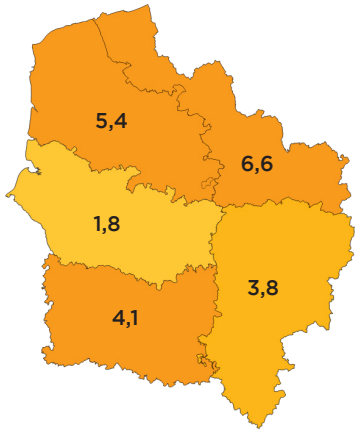
Source : Insee, 2018.
Lecture : 57 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 8,8 décès pour 1 000 habitants dans le Nord.

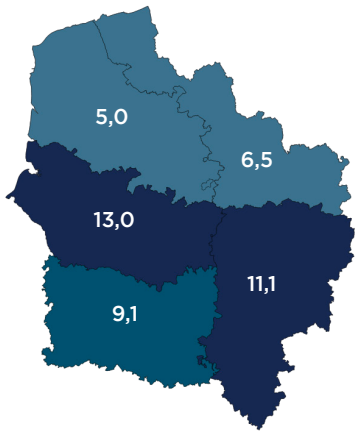
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 6,6 LUSP pour 100 000 habitants dans le Nord.

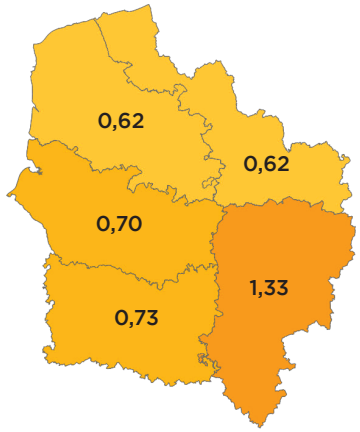
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 6,5 LISP pour 100 000 habitants dans le Nord.

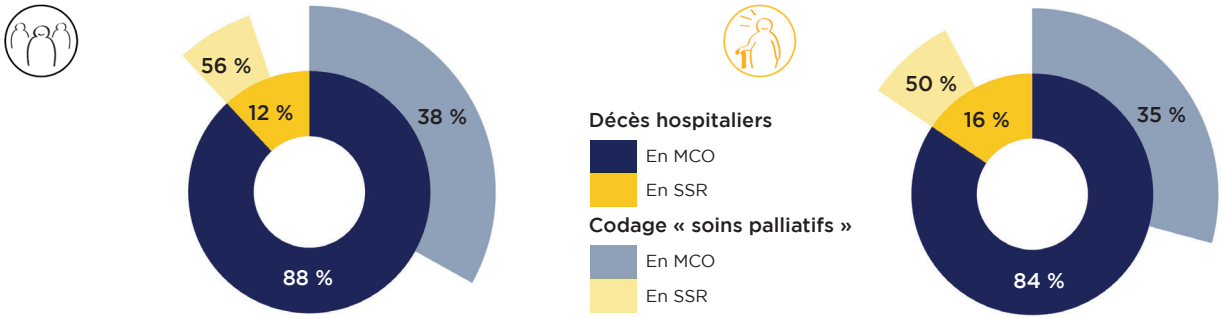
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 0,62 EMSP pour 100 000 habitants dans le Nord.

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



Source : ATIH, PMSI 2018.
Lecture : En population générale, 88 % des patients sont décédés en MCO ; 38 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Île-de-France



Démographie

12 244 807 habitants
Densité de population : **1 019 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **7 %**
Espérance de vie : ♂ **81,4 ans** ♀ **86,1 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

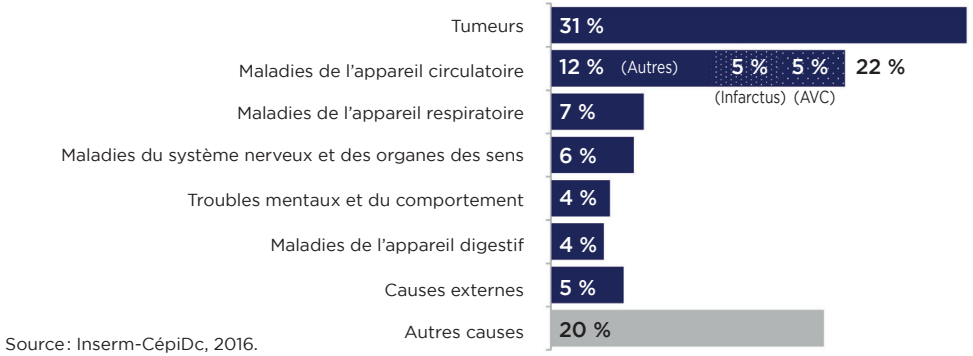
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



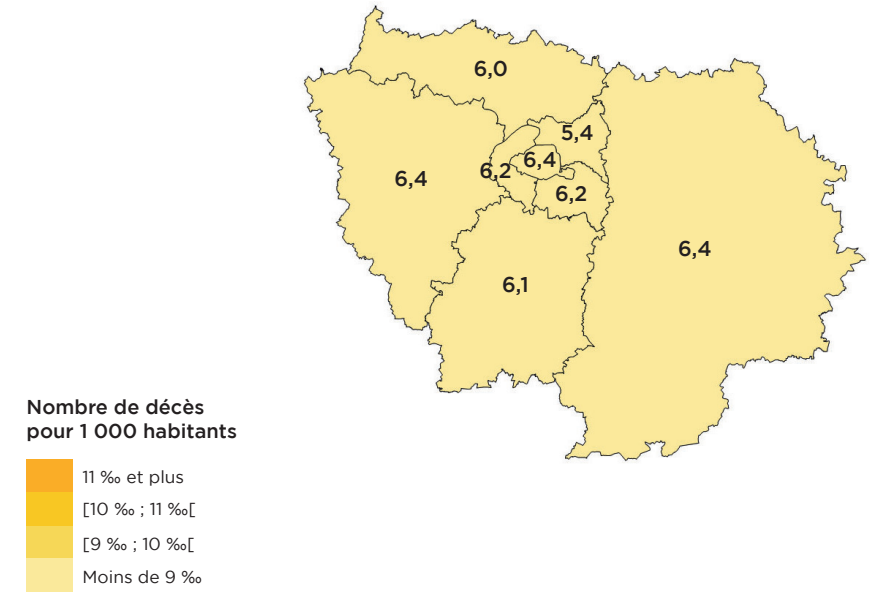
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 31 % des causes initiales de décès en Île-de-France.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



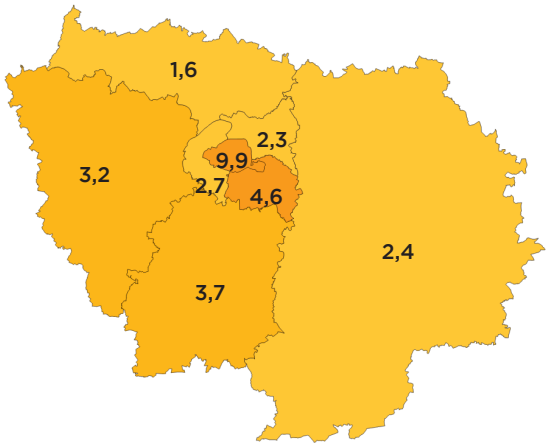
Source : Insee, 2016.
Lecture : 62 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 6,4 décès pour 1 000 habitants à Paris.

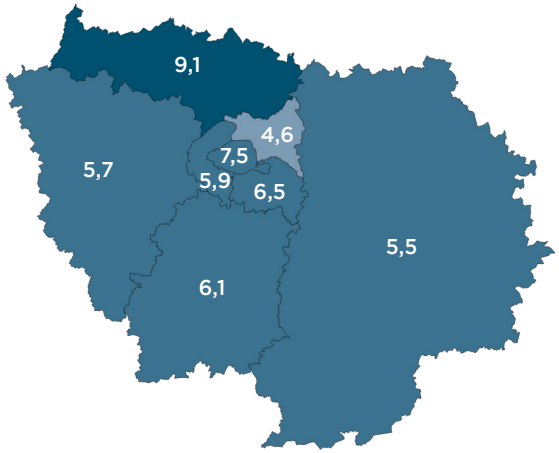
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

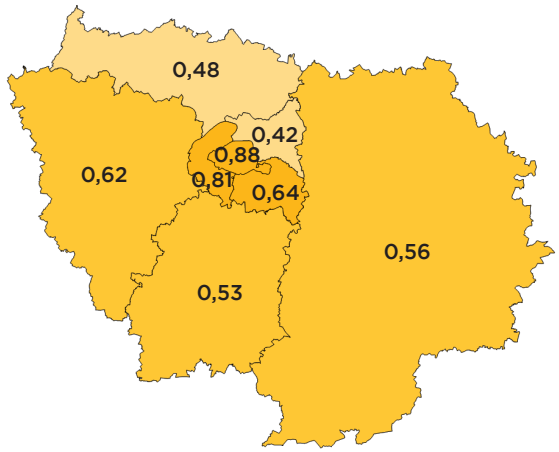
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

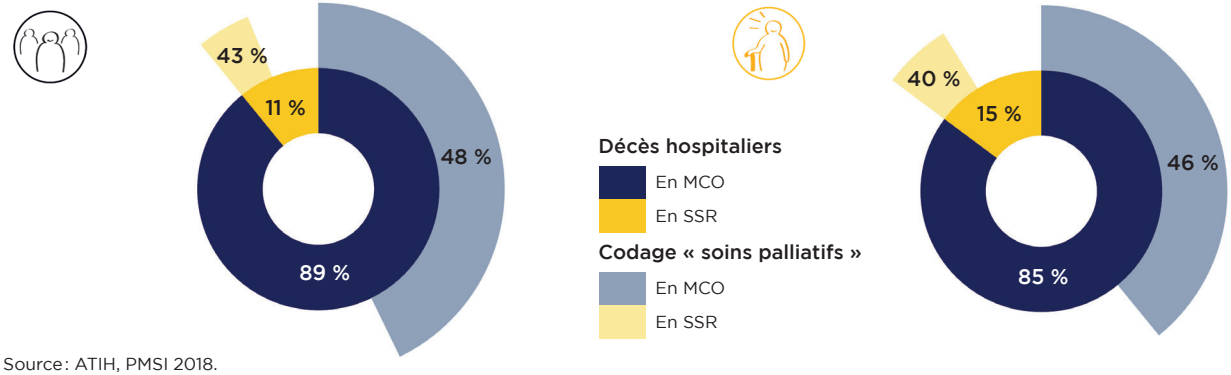
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Normandie



Démographie

3 313 340 habitants
Densité de population : **111 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **10 %**
Espérance de vie : ♂ **78,3 ans** ♀ **84,9 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

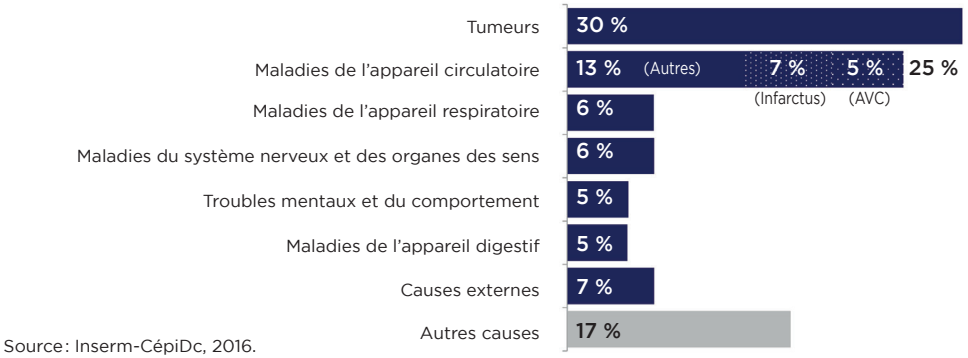
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

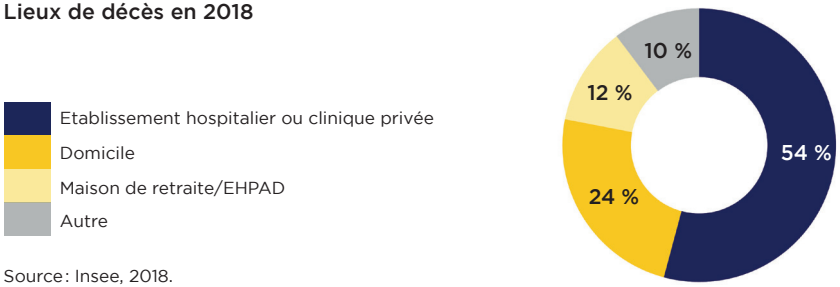
Médecin : **1,0**
Cadre : **0,1**
Infirmier : **1,2**
Psychologue : **0,8**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



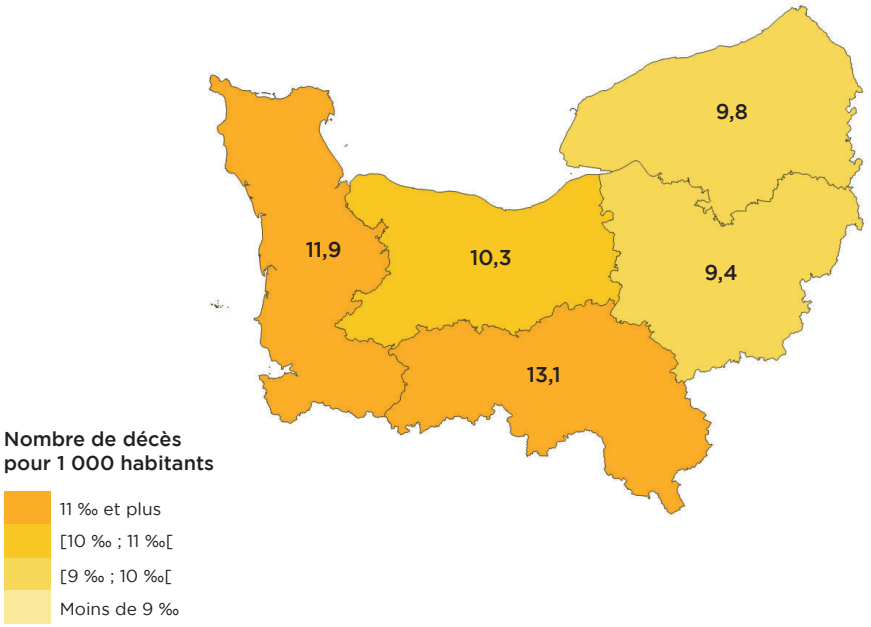
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 30 % des causes initiales de décès en Normandie.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



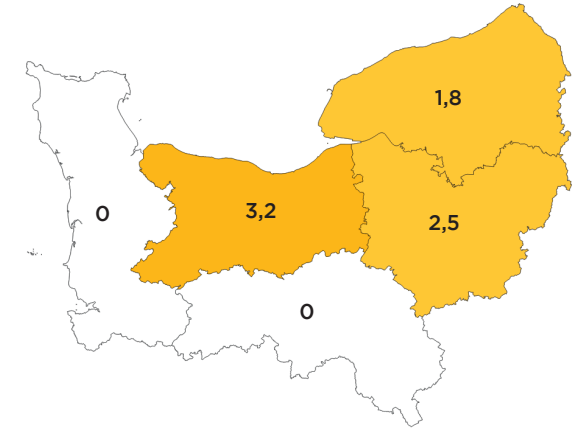
Source : Insee, 2018.
Lecture : 54 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : il y a 13,1 décès pour 1 000 habitants dans l'Orne.

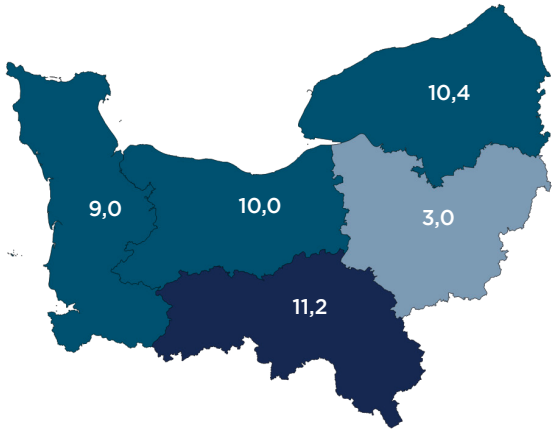
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 3,2 LUSP pour 100 000 habitants dans le Calvados.

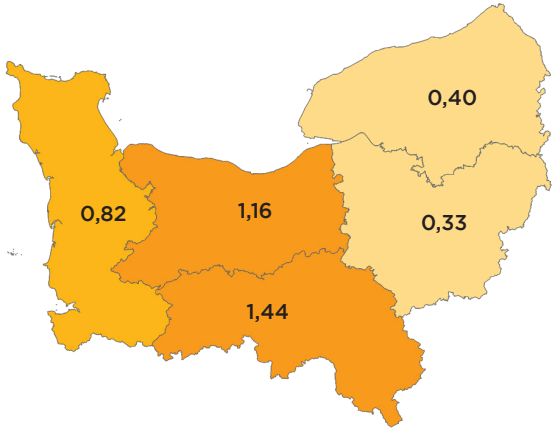
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 10,0 LISP pour 100 000 habitants dans le Calvados.

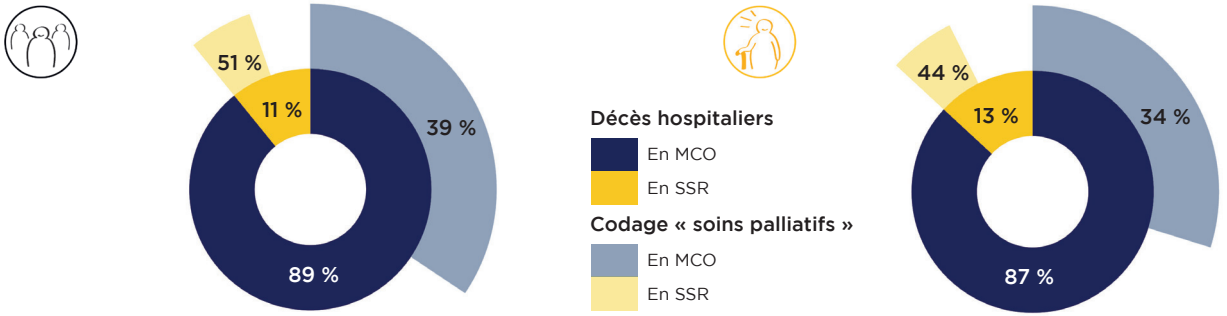
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 1,16 EMSP pour 100 000 habitants dans le Calvados.

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



Source : ATIH, PMSI 2018.
Lecture : En population générale, 89 % des patients sont décédés en MCO ; 39 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

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

- la Manche
- l'Orne

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Nouvelle-Aquitaine



Démographie

5 986 318 habitants
Densité de population : **71 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **11 %**
Espérance de vie : ♂ **79,7 ans** ♀ **85,5 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

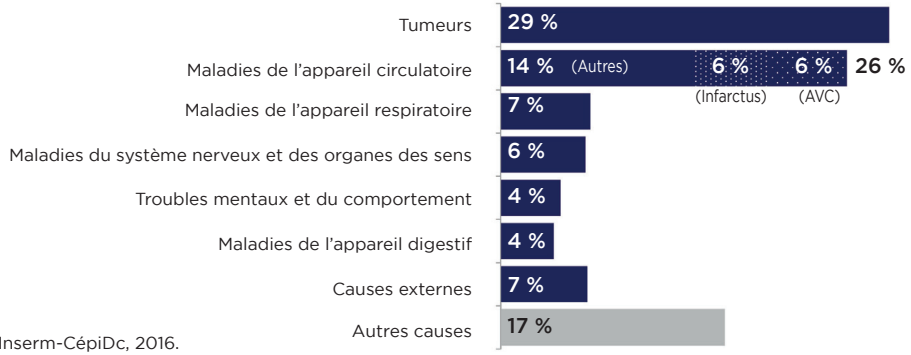
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



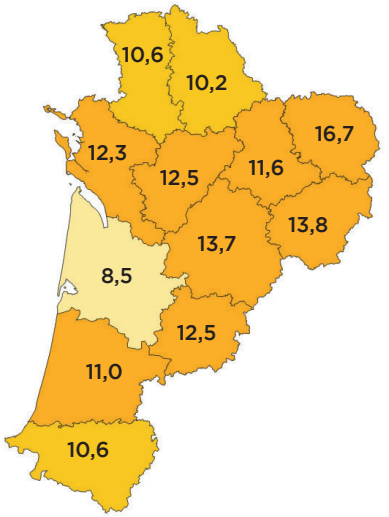
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en Nouvelle-Aquitaine.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : 51 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018

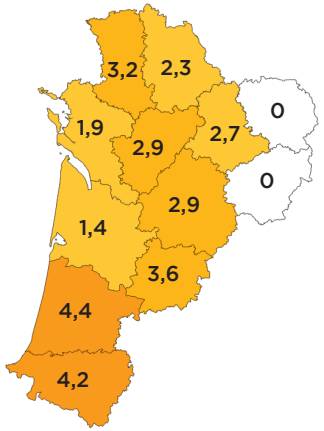


Nombre de décès pour 1 000 habitants

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

Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 8,5 décès pour 1 000 habitants en Gironde.

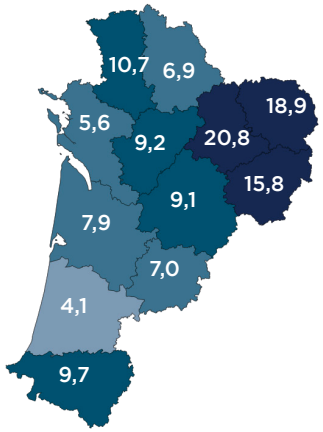
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

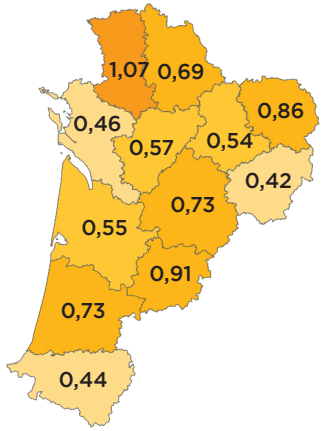
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

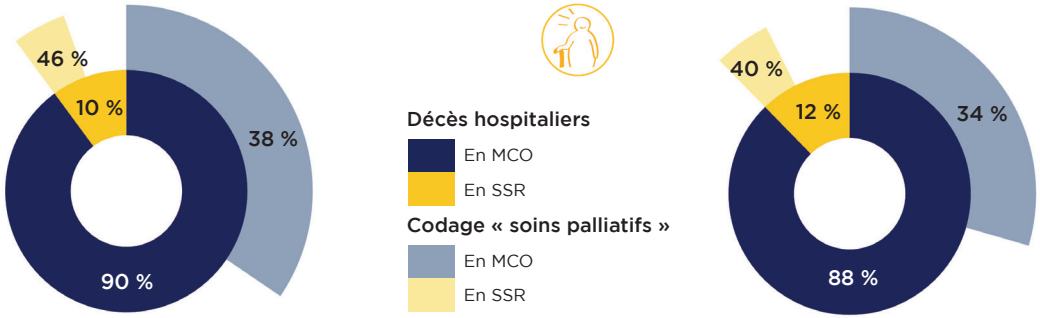
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

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

- la Corrèze
- la Creuse

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Occitanie



Démographie

5 899 209 habitants
Densité de population : **81 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **11 %**
Espérance de vie : ♂ **80,1 ans** ♀ **85,5 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

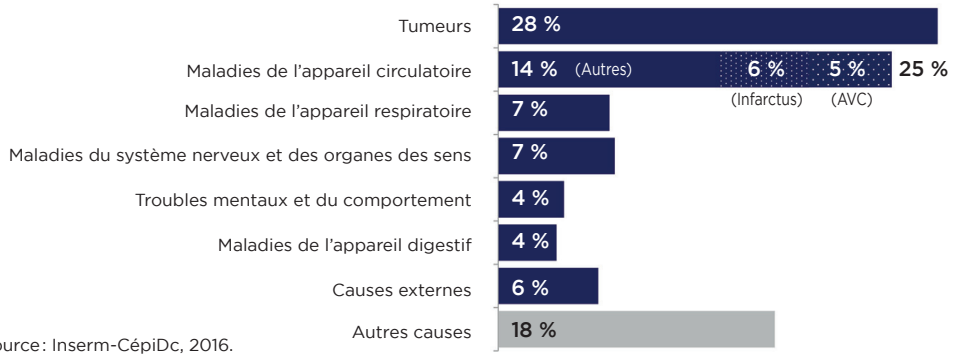
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



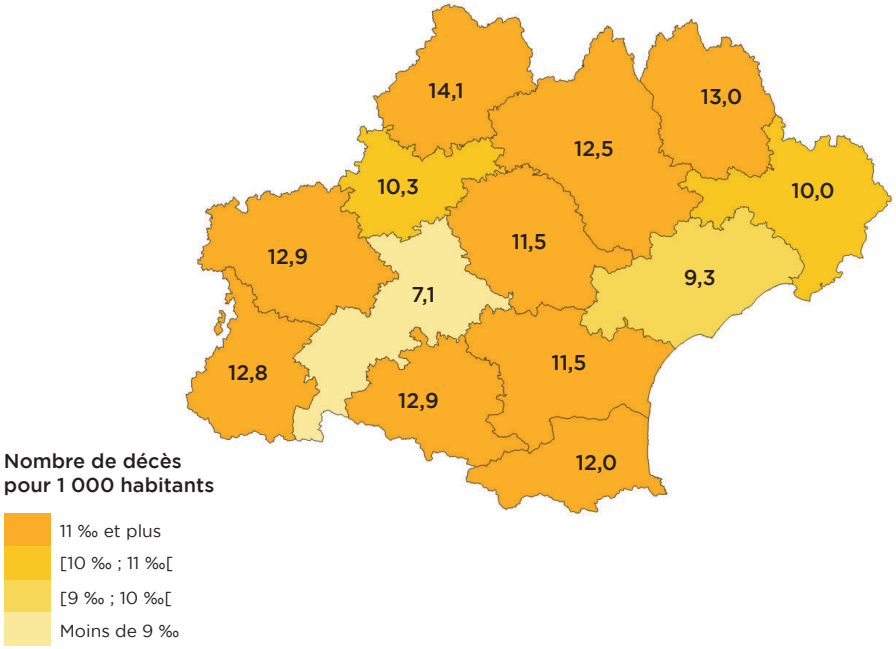
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 28 % des causes initiales de décès en Occitanie.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



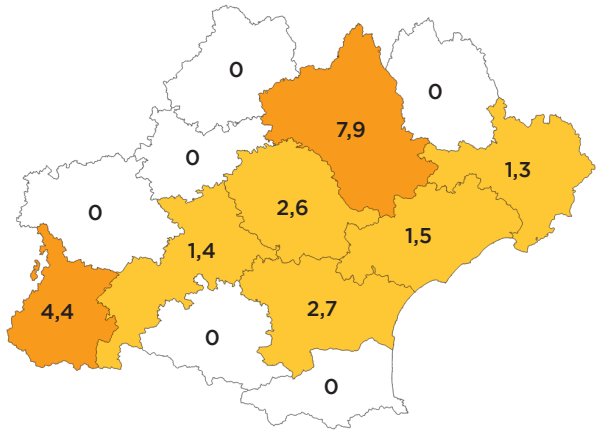
Source : Insee, 2018.
Lecture : 47 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : il y a 7,1 décès pour 1 000 habitants en Haute-Garonne.

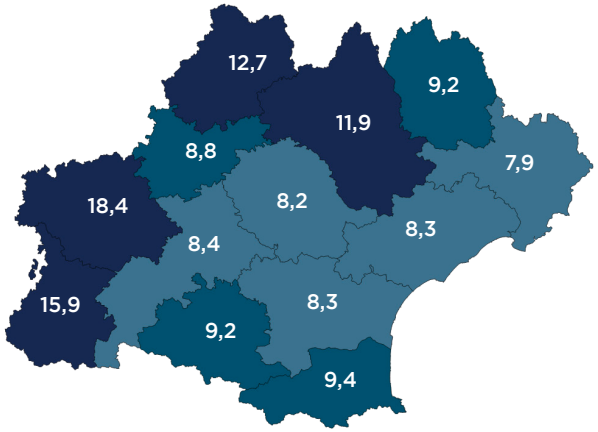
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



- Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
- [2,8 ; 4[
- [1 ; 2,8[
- Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
- Absence de LUSP

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

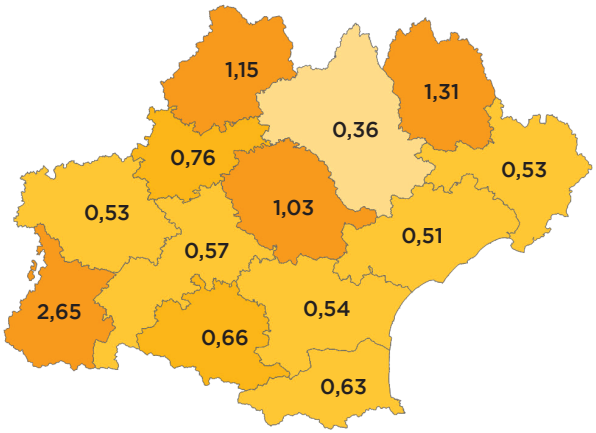
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



- Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
- [8,4 ; 11[
- [5 ; 8,4[
- Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
- Absence de LISP

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

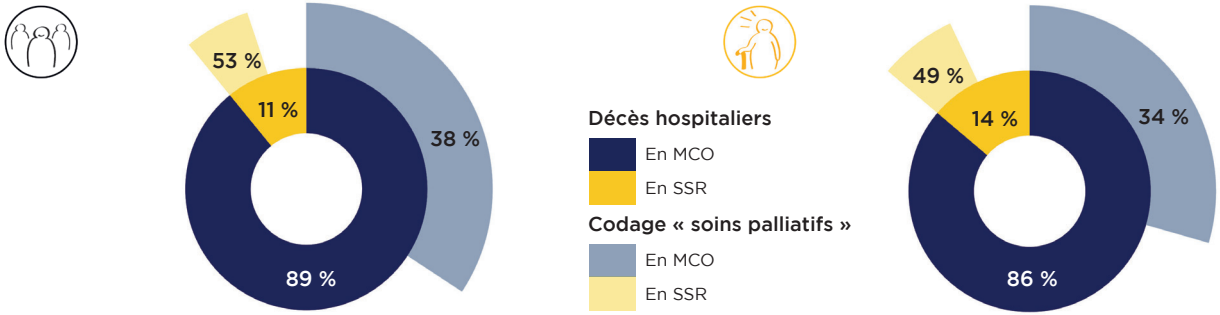
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



- Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
- [0,64 ; 1[
- [0,5 ; 0,64[
- Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
- Absence d'EMSP

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

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



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

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

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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Pays de la Loire



Démographie

3 787 400 habitants
Densité de population : **118 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **10 %**
Espérance de vie : ♂ **79,8 ans** ♀ **86 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

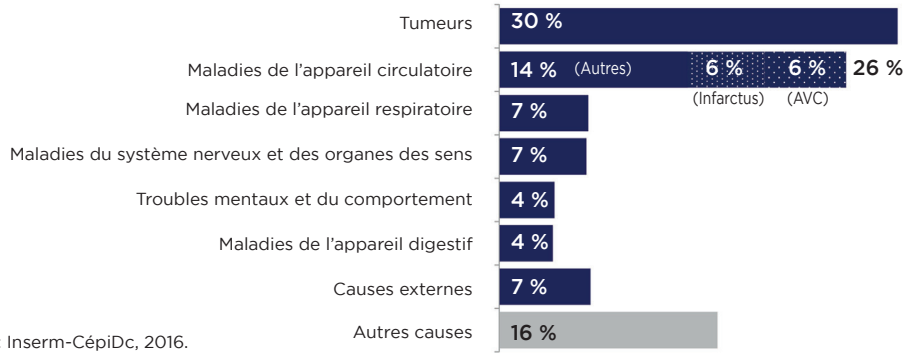
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

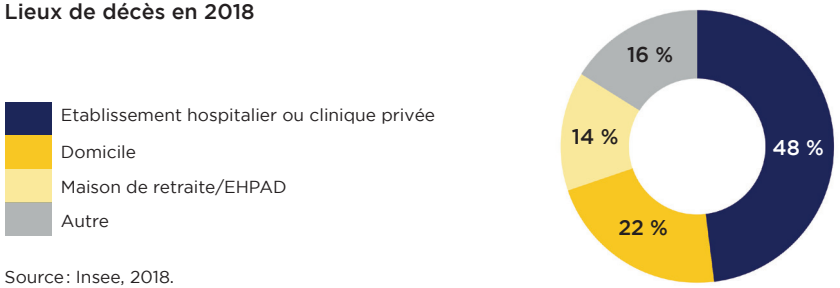
Médecin : **0,9**
Cadre : **0,1**
Infirmier : **1,9**
Psychologue : **0,6**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



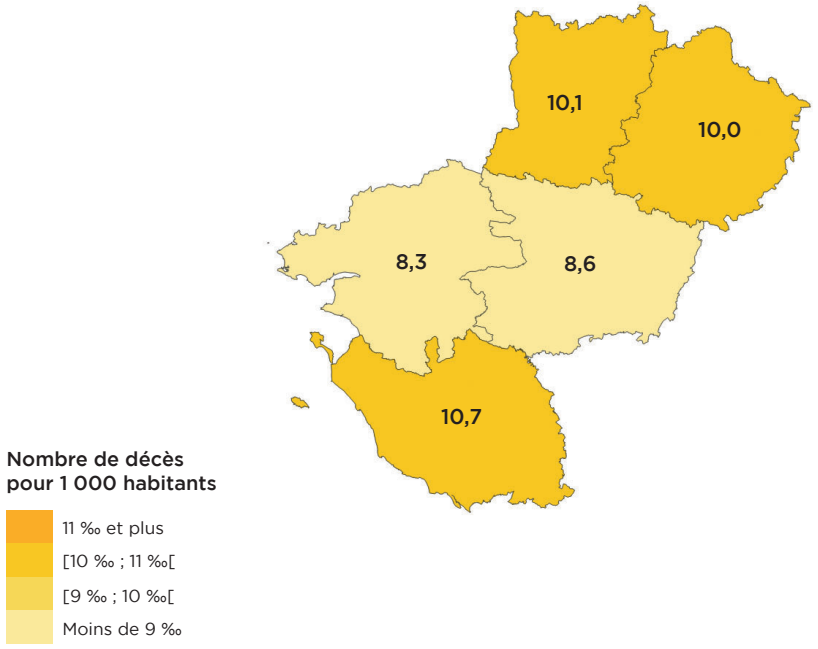
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 30 % des causes initiales de décès du Pays de la Loire.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



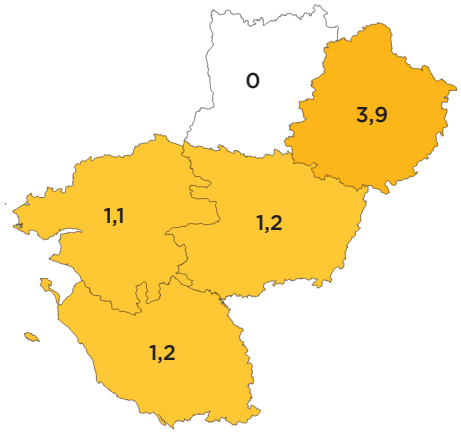
Source : Insee, 2018.
Lecture : 48 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 8,6 décès pour 1 000 habitants dans le Maine-et-Loire.

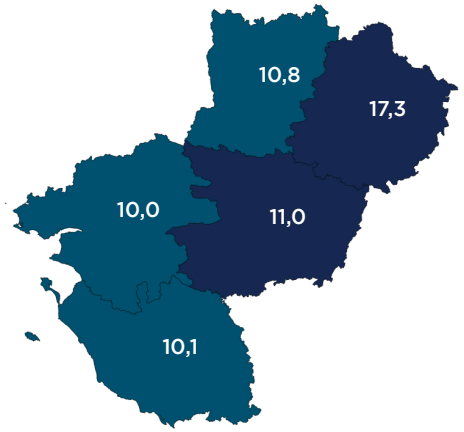
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 1,1 LUSP pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique.

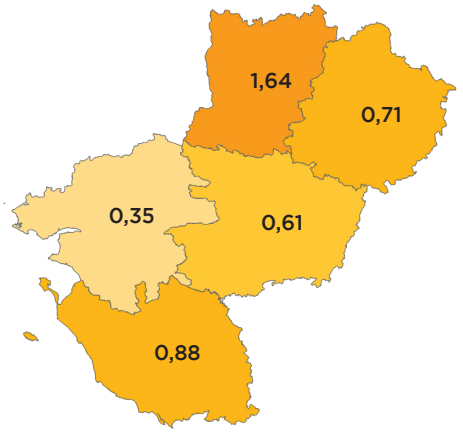
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 10,0 LISP pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique.

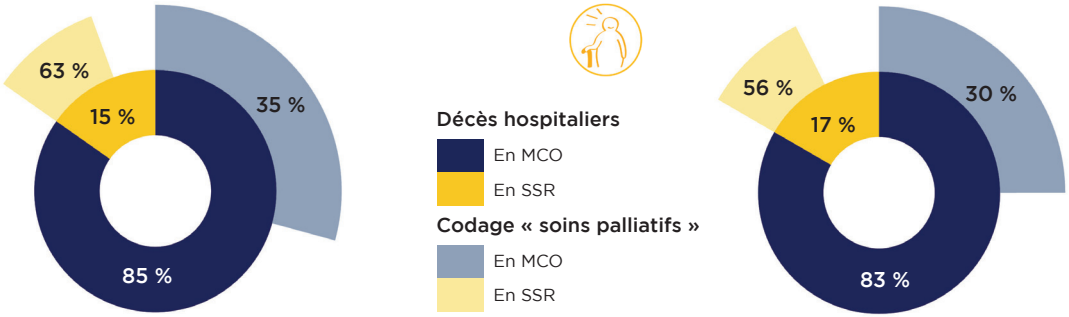
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 0,35 EMSP pour 100 000 habitants en Loire-Atlantique.

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



Source : ATIH, PMSI 2018.
Lecture : En population générale, 85 % des patients sont décédés en MCO ; 35 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

Un département **n'a pas d'USP** :
→ la Mayenne

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Démographie

5 048 405 habitants
Densité de population : **161 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **11 %**
Espérance de vie : ♂ **80 ans** ♀ **85,6 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

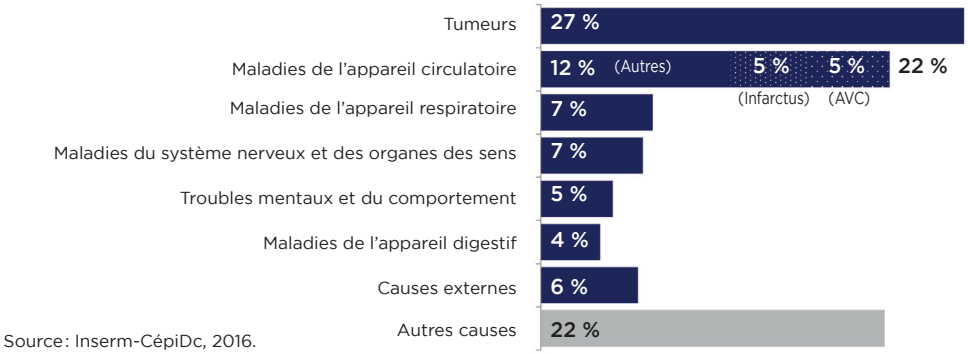
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



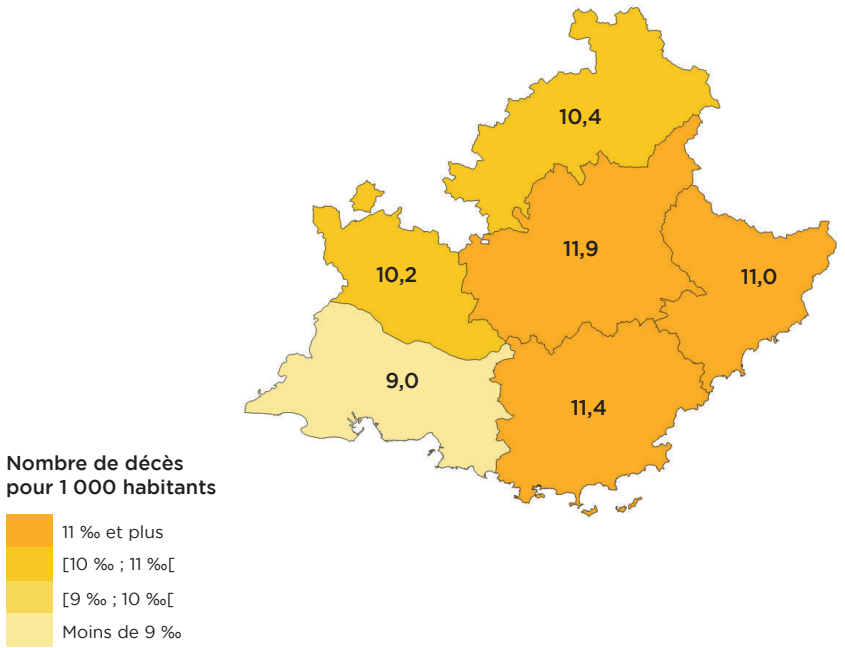
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 27 % des causes initiales de décès en Provence-Alpes-Côte-d'Azur.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



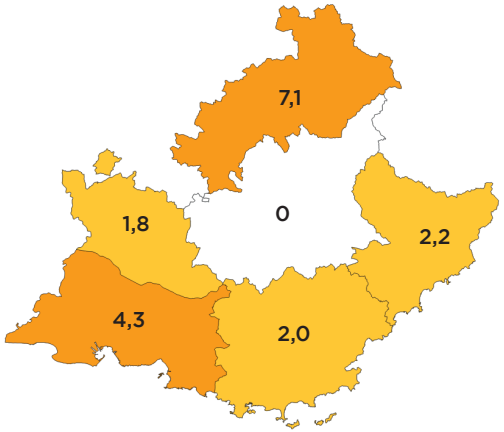
Source : Insee, 2018.
Lecture : 52 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Il y a 9 décès pour 1 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

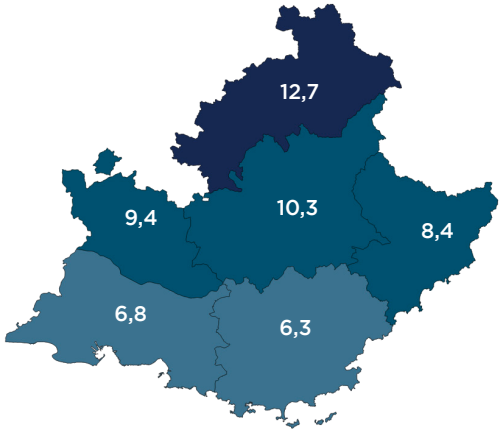
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 4,3 LUSP pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

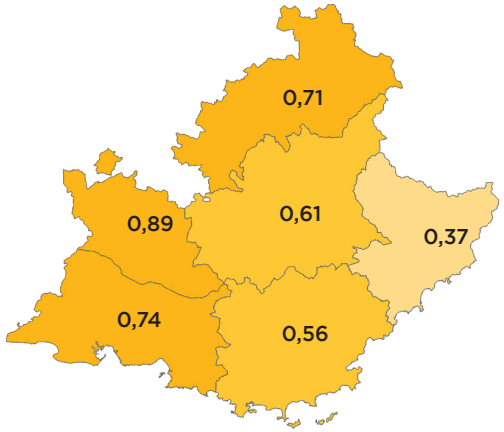
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 6,8 LISP pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

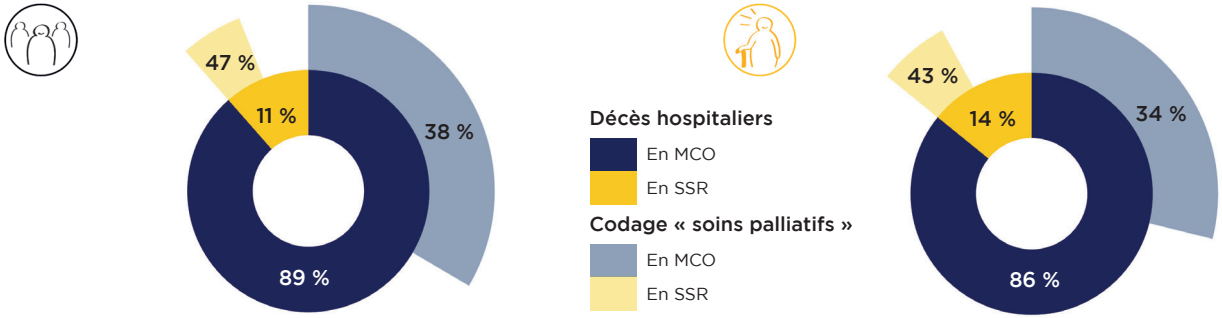
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 0,74 EMSP pour 100 000 habitants dans les Bouches-du-Rhône.

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



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

Un département **n'a pas d'USP** :
→ les Alpes-de-Haute-Provence

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Guadeloupe



Démographie

381 294 habitants
Densité de population : **224 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **9 %**
Espérance de vie : ♂ **76,4 ans** ♀ **84,7 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

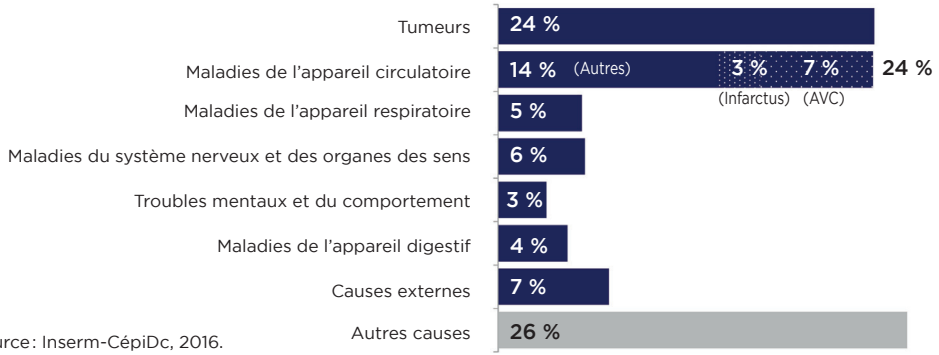
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

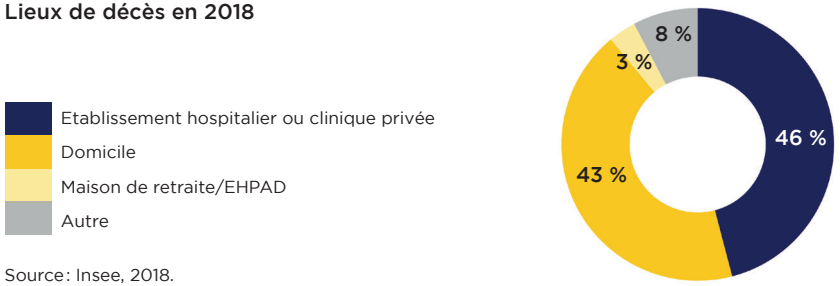
Médecin : **1,00**
Cadre : **0,00**
Infirmier : **2,50**
Psychologue : **0,90**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



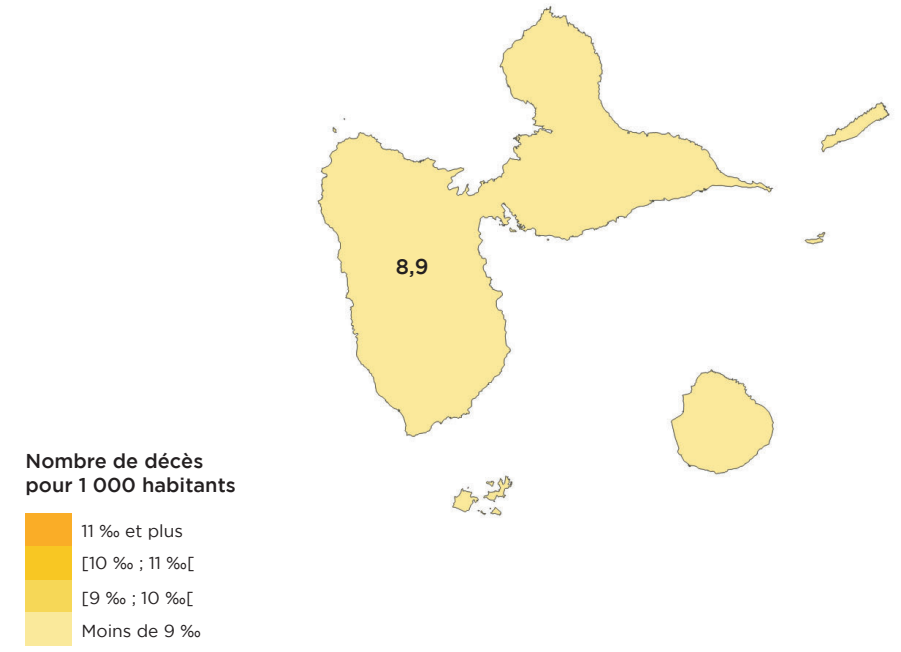
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 24 % des causes initiales de décès en Guadeloupe.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



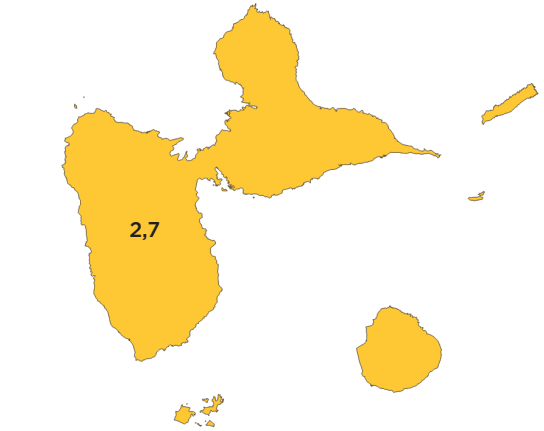
Source : Insee, 2018.
Lecture : 46 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



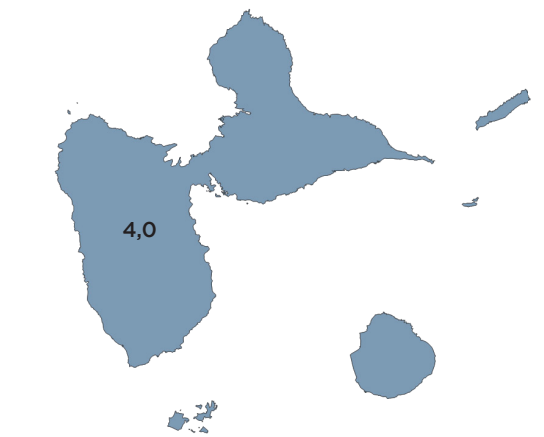
Source : Insee, 2018.
Lecture : il y a 8,9 décès pour 1 000 habitants en Guadeloupe.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



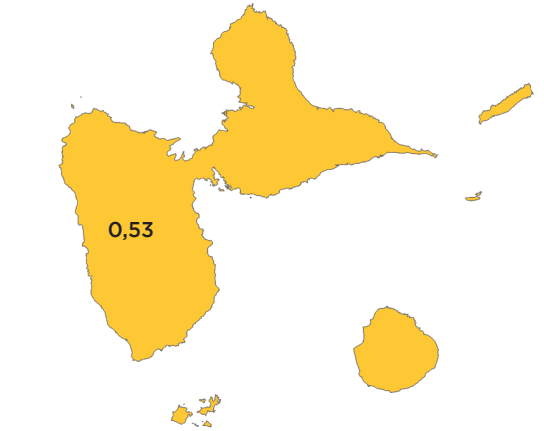
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 2,7 LUSP pour 100 000 habitants en Guadeloupe.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



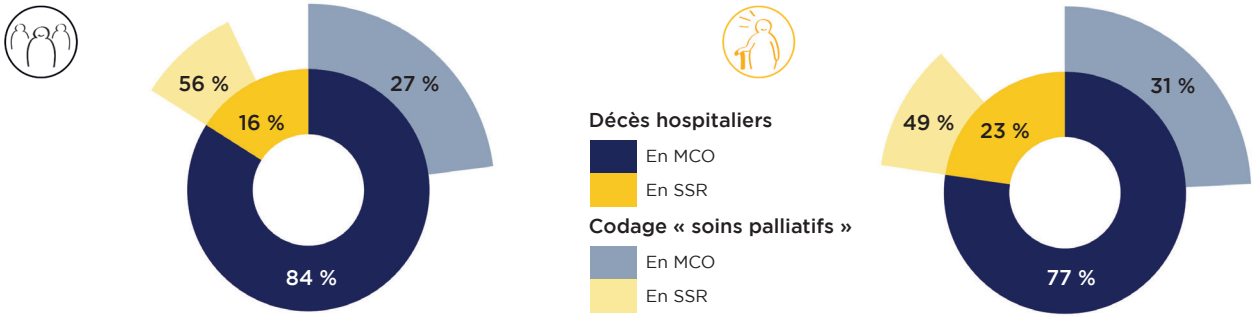
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 4,0 LISP pour 100 000 habitants en Guadeloupe.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



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

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

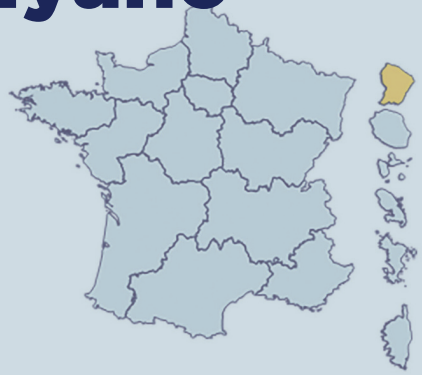


Source : ATIH, PMSI 2018.
Lecture : En population générale, 84 % des patients sont décédés en MCO ; 27 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Guyane



Démographie
283 539 habitants
Densité de population : **3 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **2 %**
Espérance de vie : ♂ **76,6 ans** ♀ **83,8 ans**

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

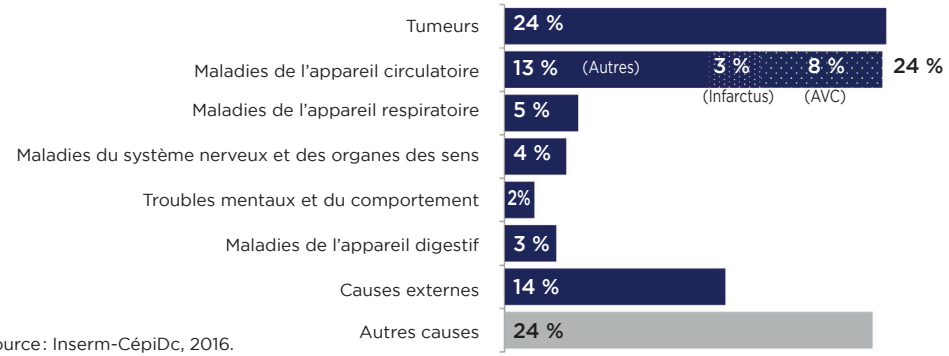
ETP moyen en USP (pour 10 lits)
Médecin : **-**
Cadre : **-**
Infirmier : **-**
Aide-soignant : **-**
Psychologue : **-**

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

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

ETP moyen en EMSP
Médecin : **1,0**
Cadre : **0,0**
Infirmier : **2,0**
Psychologue : **0,7**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



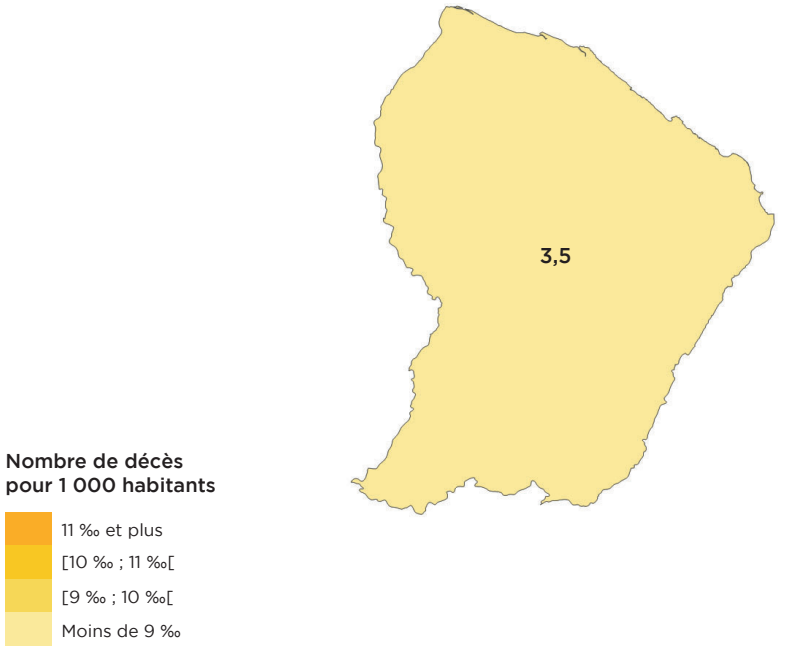
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 24 % des causes initiales de décès en Guyane.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



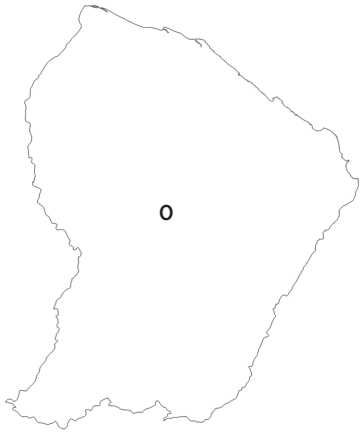
Source : Insee, 2018.
Lecture : 56 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : il y a 3,5 décès pour 1 000 habitants en Guyane.

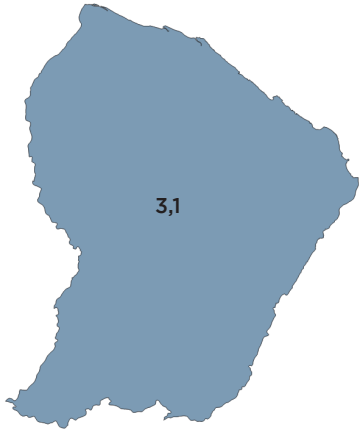
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

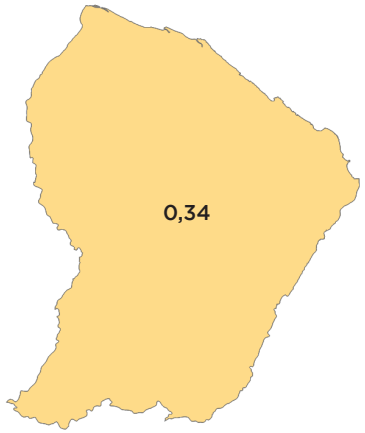
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

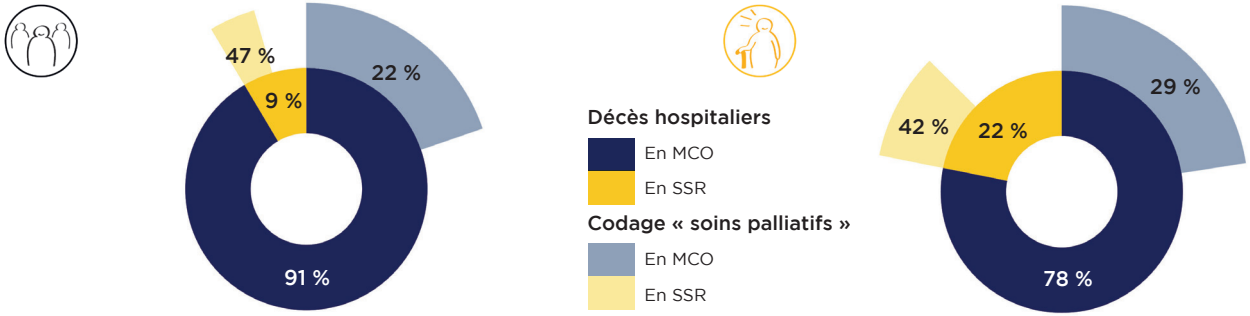
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



Source : ATIH, PMSI 2018.
Lecture : En population générale, 91 % des patients sont décédés en MCO ; 22 % de ces patients décédés en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès.

La Guyane **n'a pas d'USP.**

La Réunion



Démographie

857 961 habitants
Densité de population : **343 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **5 %**
Espérance de vie : ♂ **78,5 ans** ♀ **84,7 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

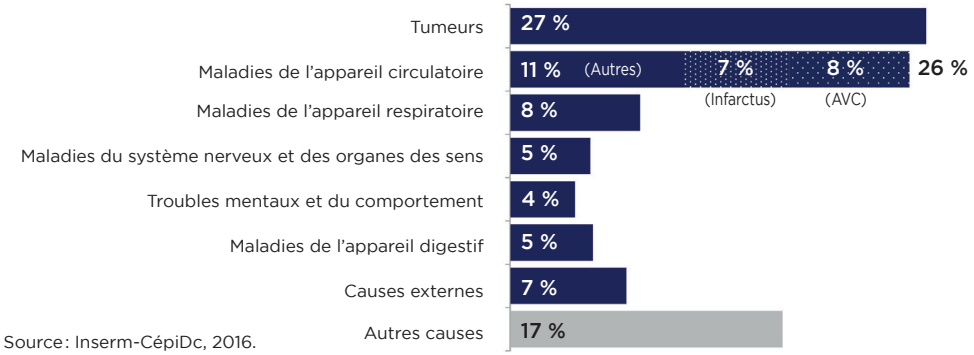
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

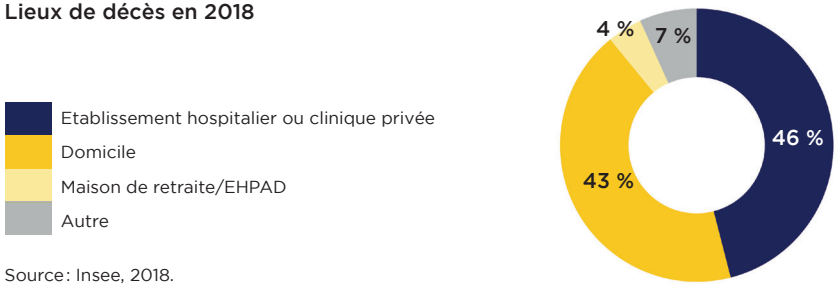
Médecin : **1,8**
Cadre : **0,0**
Infirmier : **2,00**
Psychologue : **1,2**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



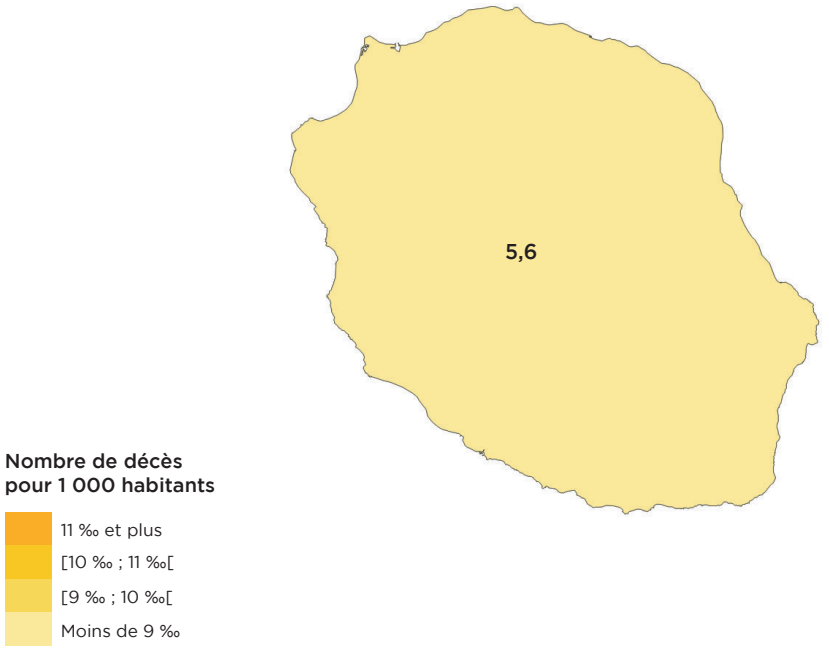
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 27 % des causes initiales de décès à La Réunion.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



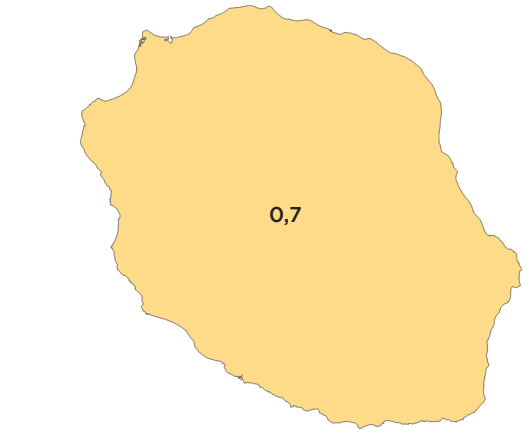
Source : Insee, 2018.
Lecture : 46 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



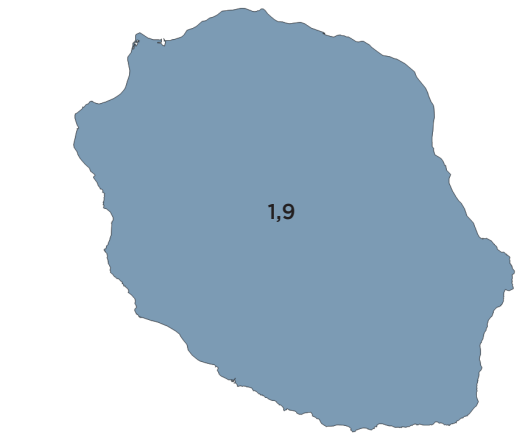
Source : Insee, 2018.
Lecture : il y a 5,6 décès pour 1 000 habitants à La Réunion.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



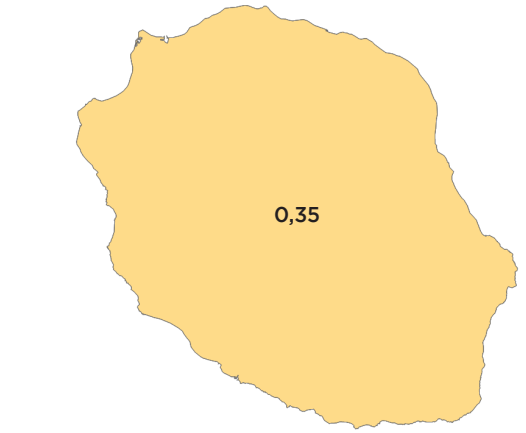
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 0,7 LUSP pour 100 000 habitants à La Réunion.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



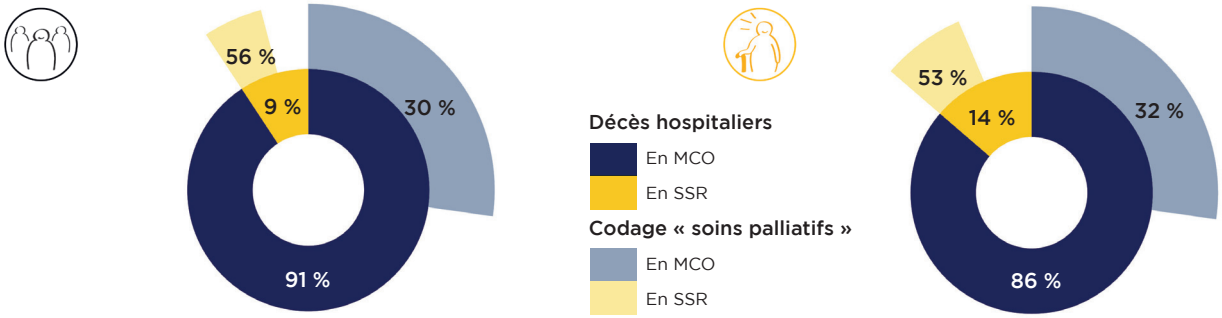
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 1,9 LISP pour 100 000 habitants à La Réunion.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



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

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



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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Martinique



Démographie

363 484 habitants
Densité de population : **322 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **10 %**
Espérance de vie : ♂ **78,8 ans** ♀ **84,3 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

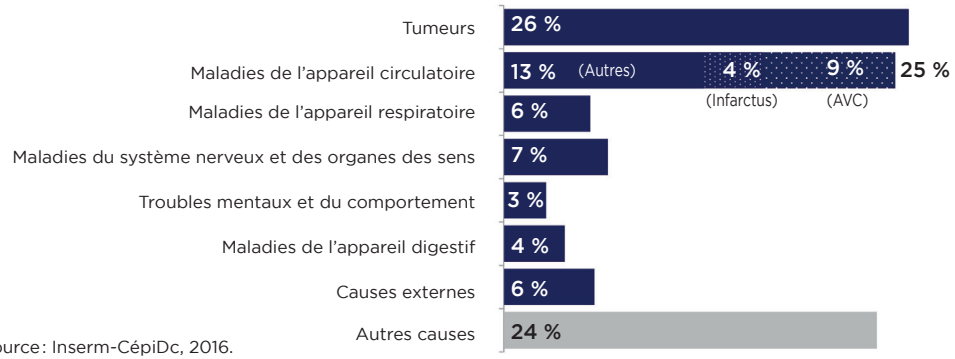
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



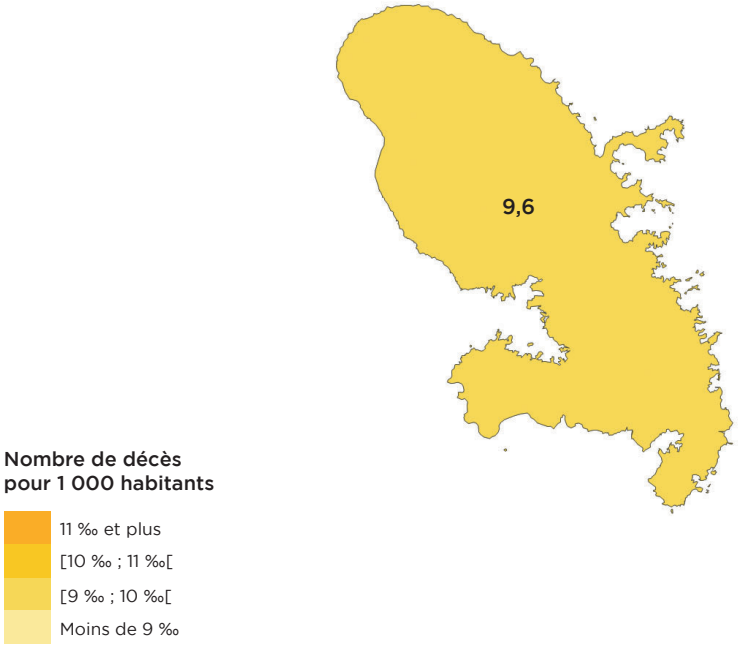
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 26 % des causes initiales de décès en Martinique.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



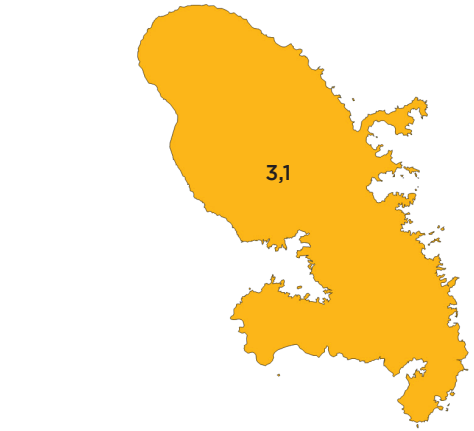
Source : Insee, 2018.
Lecture : 42 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



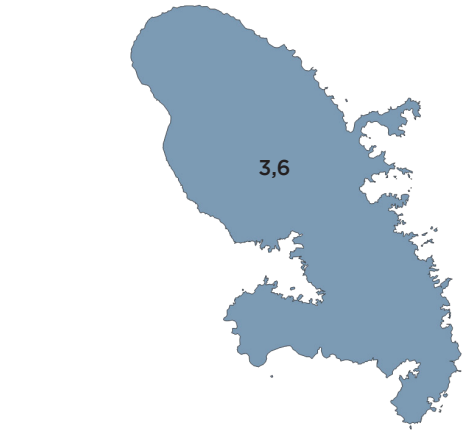
Source : Insee, 2018.
Lecture : il y a 9,6 décès pour 1 000 habitants en Martinique.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



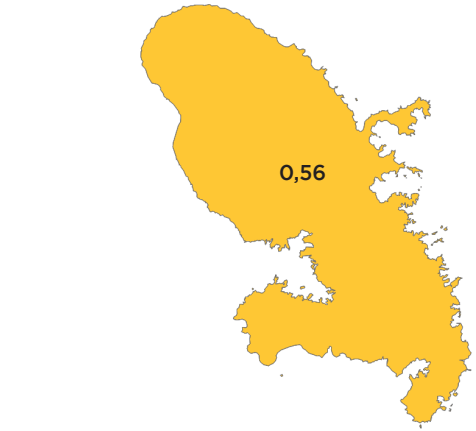
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 3,1 LUSP pour 100 000 habitants en Martinique.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



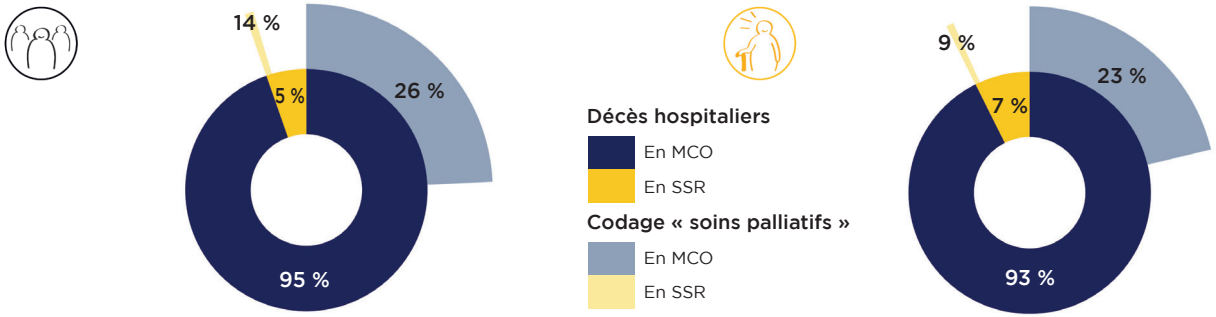
Sources : Drees, enquête SAE 2019 ; Insee, 2019.
Lecture : Il y a 3,6 LISP pour 100 000 habitants en Martinique.

Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



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

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



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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

Mayotte



Démographie

269 461 habitants
Densité de population : **721 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **1 %**
Espérance de vie : **Absence de données**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

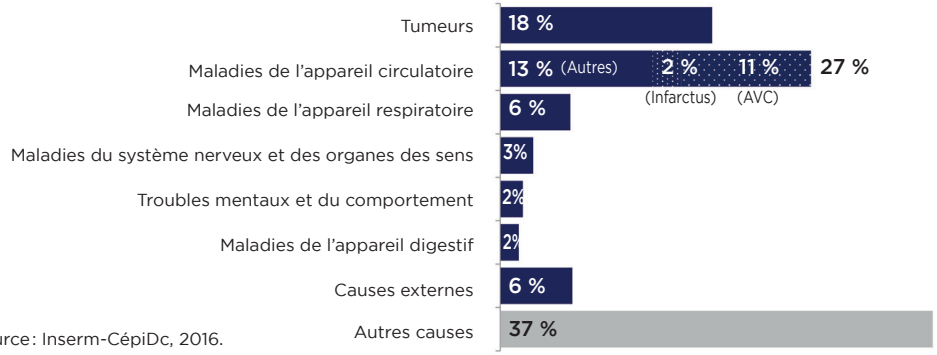
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

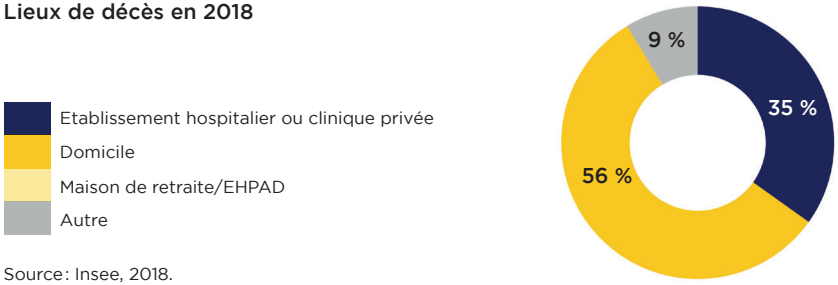
Médecin : **2,0**
Cadre : **1,0**
Infirmier : **1,0**
Psychologue : **0,0**

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



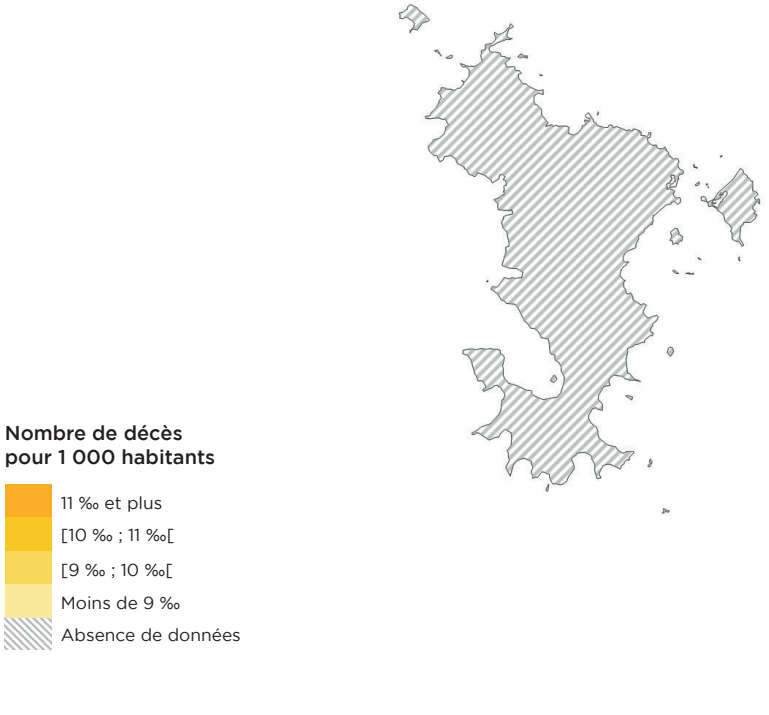
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 18 % des causes initiales de décès à Mayotte.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : 35 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : Absence de données.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

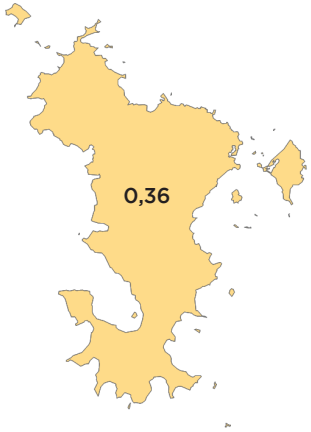
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

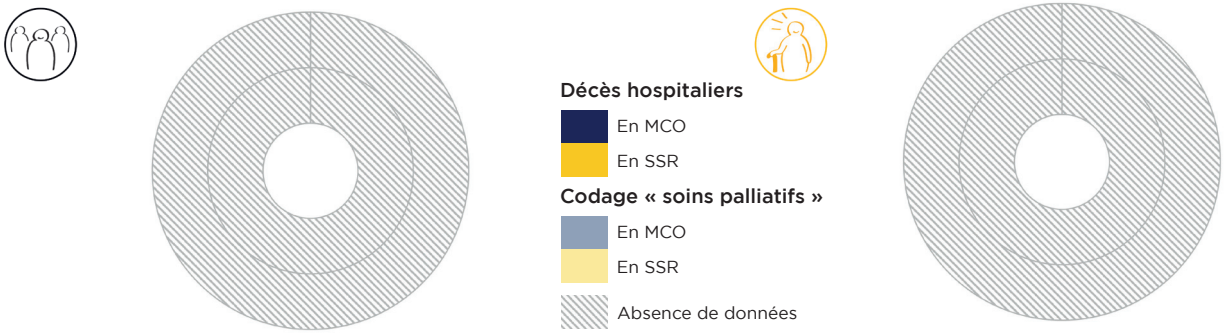
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

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

France



Démographie

66 977 703 habitants
Densité de population : **106 hab./km²**
Habitants de 75 ans et plus : **9 %**
Espérance de vie : ♂ **79,7 ans** ♀ **85,6 ans**

Mortalité

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

ETP moyen en USP (pour 10 lits)

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

Offre de santé générale

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

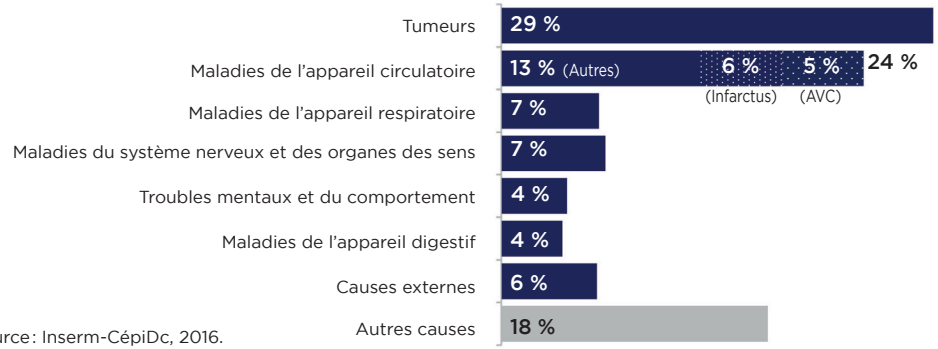
Offre en soins palliatifs

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

ETP moyen en EMSP

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

Répartition des décès selon la cause initiale en 2016



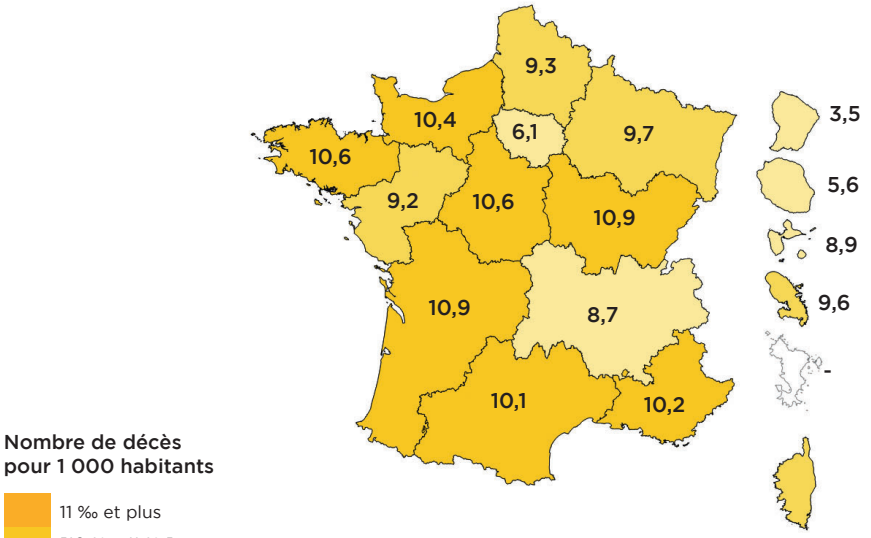
Source : Inserm-CépiDc, 2016.
Lecture : Les tumeurs représentent 29 % des causes initiales de décès en France.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Lieux de décès en 2018



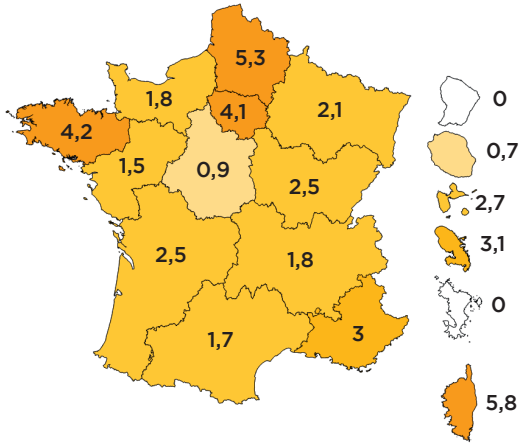
Source : Insee, 2018.
Lecture : 53 % des décès ont eu lieu dans un établissement hospitalier ou une clinique privée.
NB : Les résultats étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

Taux brut de mortalité en 2018



Source : Insee, 2018.
Lecture : il y a 6,1 décès pour 1 000 habitants dans l'Île-de-France

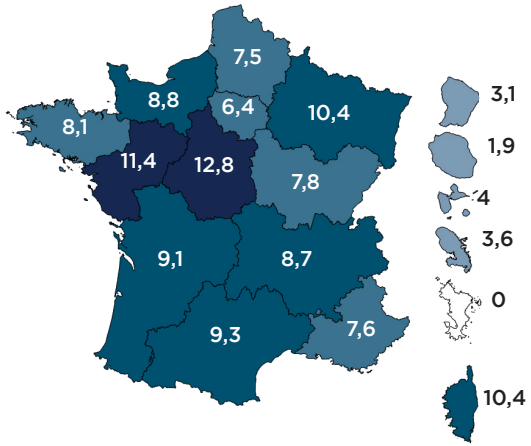
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants
[2,8 ; 4[
[1 ; 2,8[
Moins de 1 LUSP pour 100 000 habitants
Absence de LUSP

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

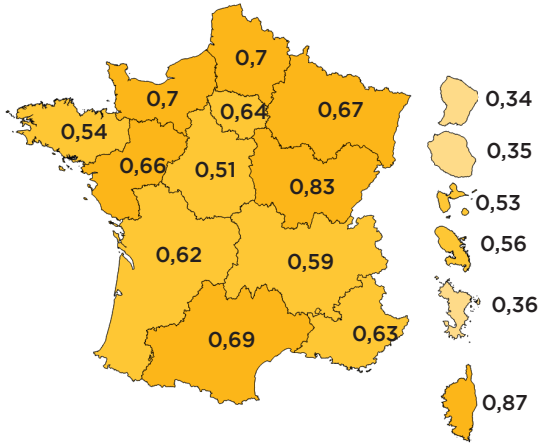
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2019



Plus de 11 LISP pour 100 000 habitants
[8,4 ; 11[
[5 ; 8,4[
Moins de 5 LISP pour 100 000 habitants
Absence de LISP

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

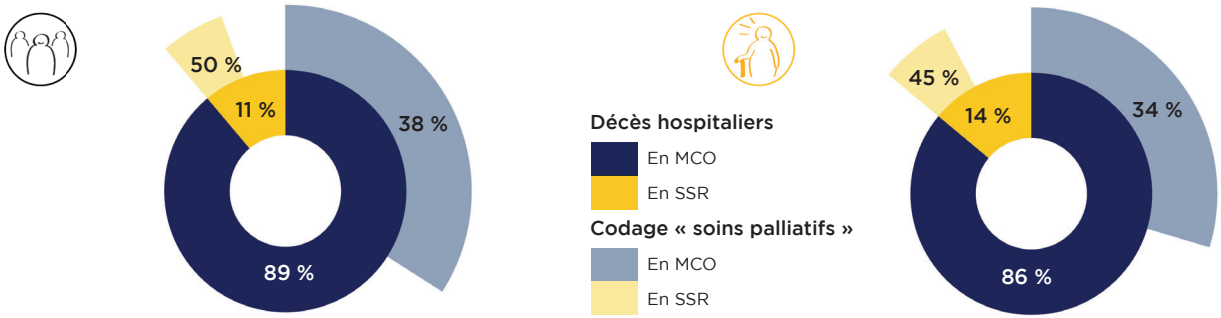
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants en 2019



Plus d'1 EMSP pour 100 000 habitants
[0,64 ; 1[
[0,5 ; 0,64[
Moins de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants
Absence d'EMSP

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

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



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

En France métropolitaine, une région **a moins de 1 LUSP** pour 100 000 habitants* :

→ le Centre-Val de Loire

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

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

* Objectif du Plan soins palliatifs 2015-2018

06

Annexes

Accès aux opioïdes et aux benzodiazépines 84

Méthodologie 86

Table des sources 93

Le CNSPFV 99

Auteurs et collaborateurs 101

Accès aux opioïdes et benzodiazépines

Existe-t-il des règles de prescription et de délivrance d'opioïdes en France ?	Oui, pour les opioïdes stupéfiants.
Description des règles de prescription des opioïdes non stupéfiants	Prescription sur une ordonnance classique.
Description des règles de prescription des opioïdes stupéfiants (morphine, oxycodone, fentanyl, sufentanil, hydromorphine, péthidine, méthadone) en France	Prescription sur une ordonnance sécurisée non renouvelable : mention en toutes lettres du nombre d'unités thérapeutiques par prise, du nombre de prises et du dosage, l'interdiction de chevauchement d'ordonnances sauf mention expresse du prescripteur. La durée maximale de prescription est de 7, 14 ou 28 jours.
Description des règles de délivrance des opioïdes en France	La délivrance de certains opioïdes stupéfiants doit être fractionnée par période de 3, 7 à 14 jours, sauf mention expresse du prescripteur « délivrance en une seule fois ».
Qui peut prescrire des opioïdes en France ?	Tout prescripteur à l'exception de certains opioïdes dont la prescription est réservée aux médecins exerçant en milieu hospitalier et/ou spécialités.
La codéine est-elle disponible en accès libre ?	Non, uniquement sur ordonnance.

Médicaments	Mode d'administration	Prescription	Disponibilité	
			À l'hôpital	En ville
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**
Hydromorphone	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	Tout prescripteur	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.

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

Méthodologie

Organisation du projet

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

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

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

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

Les données présentées

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

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

Le recueil de données existantes a été réalisé en interne. Elles sont essentiellement issues d'enquêtes nationales récurrentes ainsi que du recensement de données administratives. Ces données publiques sont en accès libre. Il est important de souligner que les données sont collectées, analysées et consolidées par les institutions (Insee, CépiDc, ATIH, Drees, etc.) sur des temporalités différentes. Par conséquent, les dernières données disponibles ne portent pas toute sur la même année. Par exemple, les données issues de la Drees concernent majoritairement l'année 2019 ; celles de l'ATIH et de l'Insee l'année 2018 ; celles du CépiDc l'année 2016 ; celles du SNDS l'année 2015.

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

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

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

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

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

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

Le Système national des données de santé (SNDS)

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

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

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

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

La loi du 24 juillet 2019 a créé la Plateforme des données de santé, appelée également Health Data Hub. Désormais, les données du SNDS sont accessibles via cette plateforme, pour tous les porteurs de projet contribuant à l'intérêt public, sous réserve de validation du projet d'étude par un comité indépendant (CESREES) et par la CNIL.

Pour aller plus loin :
https://www.atih.sante.fr/
https://www.cepidc.inserm.fr/
https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil
https://www.health-data-hub.fr/

La Statistique annuelle des établissements (SAE)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estimation des besoins en soins palliatifs

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

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

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

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

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

- Que la maladie soit à un stade avancé (pronostic vital engagé)
- Que la prise en charge soit multidisciplinaire (médecin et infirmier plus au moins une autre profession : psychologue, psychiatre, diététicien, travailleur social, kinésithérapeute, ergothérapeute)
- Qu'elle associe au moins trois « soins de support » (soulagement de la douleur, accompagnement de la souffrance psychique, soins de nursing, traitement des autres symptômes, prise en charge nutritionnelle, prise en charge de kinésithérapie, prise en charge sociale).

Il est important de garder à l'esprit que l'estimation réalisée comporte certaines limites et l'analyse des données doit être faite avec prudence :

- L'activité de soins déclarée par les établissements sert de base de calcul aux ressources allouées à l'hôpital, elle peut donc être sujette à différentes stratégies de codage. En effet, les données du PMSI ont avant tout un enjeu économique lié à la tarification.
- Les données d'activité hospitalière sont de nature déclarative et ne retranscrivent donc que ce qui est enregistré. De plus, le PMSI est dépendant de la plus ou moins bonne traçabilité des informations dans les dossiers médicaux à partir desquels les codages sont réalisés.
- Si des patients décédés et ayant été susceptibles de bénéficier de soins palliatifs n'ont pas réalisé un séjour codé « soins palliatifs », cela ne signifie pas nécessairement qu'ils n'en ont pas bénéficié. Ils peuvent en avoir bénéficié sans que cette activité ait été codée.

• Les données recueillies ne permettent pas d'obtenir des indications sur les besoins et la lourdeur des prises en charge retranscrites dans la base de données et ne permettent pas non plus de juger de la qualité des soins dispensés.
• Cette estimation a été réalisée sur l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus et décédée en établissements hospitaliers en 2018 (MCO et SSR), à partir des données d'activité hospitalières traitées et fournies par l'ATIH.

Modélisation des trajectoires de fin de vie

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

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

• **La trajectoire 2** est caractérisée par un déclin graduel, ponctué par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue (défaillances pulmonaires, maladies métaboliques, affections de l'appareil digestif, etc.). Le déclin dure entre 2 et 5 ans mais la mort est généralement soudaine.

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

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

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

Activité des USP et des LISP

Les données d'activité en USP et en LISP ont été travaillées avec l'ATIH. Extraites sur l'année 2018 et recueillies sur l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus, ces données portent sur :
• Effectif des séjours et des décès en USP / en LISP entre 2014 et 2018
• Durée moyenne de séjour (DMS) comprenant un passage en USP / en LISP (en nuitées)
• Effectif des décès
• Moyenne d'âge des patients décédés en USP / en LISP.

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

Parcours de fin de vie à domicile et en EHPAD

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

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

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

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

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

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

Points de vigilance sur quelques indicateurs et données présentés

Le taux brut de mortalité

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

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

Les lieux de décès

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : http://www.certdc.inserm.fr/public_view.php?ihm=102

Ressources humaines en USP et en EMSP :

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

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

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

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

Table des sources

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Chapitre de l'Atlas
Démographie							
Nombre d'habitants	National/ Régional	Population totale au 1er janvier 2019	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus	National/ Régional	Population âgée de 75 ans et plus au 1er janvier 2019	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie
Part des personnes âgées de 75 ans et plus	National/ Régional Départemental	Population âgée de 75 ans et plus au 1er janvier 2019 rapporté à la population totale au 1er janvier 2019	Insee, estimation de la population par grande classe d'âge	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
Part des personnes âgées de 90 ans et plus	National	Population âgée de 90 ans et plus au 1er janvier 2019 rapporté à la population totale au 1er janvier 2019	Insee, estimation de la population par grande classe d'âge	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie
Densité de population	National/ Régional Départemental	Effectif de la population d'une zone géographique rapporté à la superficie de cette zone. Les résultats sont exprimés en nombre d'habitants par km²	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
Espérance de vie à la naissance	National/ Régional	Durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Démographie/ Pages régionales
Offre sanitaire générale							
Nombre de lits MCO pour 100 000 personnes	Régional	Rapport entre le nombre de lits MCO et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale / Pages régionales
Nombre de lits SSR / USLD pour 100 000 personnes	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de lits SSR / USLD et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale / Pages régionales
Nombre de médecins généralistes pour 100 000 personnes	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de médecins généralistes et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, RPPS ; Insee – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale
Nombre de médecins généralistes	Régional		Drees, RPPS ; Insee – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Pages régionales
Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 personnes	Régional / Départemental	Rapport entre le nombre d'infirmiers libéraux et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, fichier Adeli ; Insee – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Offre sanitaire générale

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

Mortalité : **causes initiales de décès**							
Répartition des décès par causes initiales de décès, selon le sexe	National / Régionale	Proportion des décès selon la cause principale (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, maladie du système nerveux et des organes des sens, troubles mentaux et du comportement, maladies de l'appareil digestif, causes externes, autres causes). Calcul : nombre de décès par cause en 2016 rapporté à l'ensemble des décès en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité / Pages régionales
Répartition des décès selon la cause initiale et par âge	National	Répartition des décès selon la cause initiale et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Mortalité : **cancers et maladies de l'appareil circulatoire**							
Nombre de décès par cancer	National		Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Répartition des décès par cancer par tranche d'âge et par sexe	National	Pourcentage des décès par cancer en 2016 par sexe et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Nombre de décès pour les principaux cancers par sexe	National	Répartition du nombre de décès des principaux cancers par sexe en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Nombre de décès par maladies de l'appareil circulatoire	National	Répartition des décès par maladies de l'appareil circulatoire en 2016 par sexe et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Répartition des décès par maladies de l'appareil circulatoire par tranche d'âge et par sexe	National	Pourcentage des décès par cancer en 2016 par sexe et par tranche d'âge	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Nombre de décès pour les principales maladies de l'appareil circulatoire par sexe	National	Répartition du nombre de décès des principales maladies de l'appareil circulatoire par sexe en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Mortalité : **modélisation des trajectoires de fin de vie**							
Répartition des patients décédés en 2016 selon la modélisation des trajectoires de fin de vie	National	Pourcentage des décès par trajectoire en 2016	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Mortalité : **personnes âgées de 75 ans et plus**							
Part des décès des personnes âgées de 75 ans et plus pour chaque cause initiale de décès	National	Part des décès des personnes de 75 ans et plus pour une cause initiale de décès donnée	Inserm-CépiDc - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité
Répartition des décès des personnes âgées de 75 ans et plus par cause initiale de décès	National	Répartition des décès pour l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus selon la cause initiale de décès	Inserm-CépiDc - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2016	Sur demande du CNSPFV	Mortalité

Soins palliatifs : **les lits de soins palliatifs**							
Nombre d'USP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006 à 2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LUSP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006 à 2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants	National / Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de LUSP et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
ETP en USP rapportés à 10 lits	National / Régional	Nombre d'ETP moyen de médecin, cadre, infirmier, aide-soignant, psychologue et secrétaire au sein des USP rapportés à 10 lits	Drees, enquête SAE - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LISP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'établissements disposant de LISP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LISP pour 100 000 habitants	National / Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de LISP et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Soins palliatifs : **les EMSP**							
Nombre d'EMSP	National / Régional		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'EMSP pour 100 000 habitants	National / Régional / Départemental	Rapport entre le nombre de EMSP et la population estimée, multiplié par 100 000	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs
Répartition des interventions des EMSP selon le lieu	National	Nombre d'interventions par lieu (établissement sanitaire, domicile du patient, établissements médico-sociaux) rapporté à l'ensemble des interventions	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs
ETP en EMSP	National / Régional	Nombre d'ETP moyen de médecin, cadre, infirmier, aide-soignant, psychologue et secrétaire au sein des EMSP	Drees, enquête SAE ; Insee - Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Offre soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de réseaux de santé en soins palliatifs	National / Régional		ARS	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Pages régionales
Nombre de ERRSPP	National / Régional		www.ferrspp.fr	France métropolitaine et DROM	2020	Libre	Pages régionales

Soins palliatifs : **activités des USP et des LISP**							
Nombre de patients pris en charge dans des lits d'USP (LUSP)	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Nombre de patients pris en charge en LISP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Age moyen du décès en LUSP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Age moyen du décès en LISP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Durée moyenne de séjour en LUSP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Durée moyenne de séjour en LISP	National		PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de décès en LUSP	National	Evolution du nombre de décès en LUSP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de décès en LISP	National	Evolution du nombre de décès en LISP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de séjours en LUSP	National	Evolution du nombre de séjours en LUSP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de séjours en LISP	National	Evolution du nombre de séjours en LISP entre 2014 et 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Activité des USP et des LISP
Fin de vie à l'hôpital							
Nombre de décès à l'hôpital	National	Nombre de décès enregistrés en MCO et SSR en 2018	PMSI	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR)	National	Pourcentage des personnes décédées en MCO et en SRR	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales
Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) des personnes âgées de 75 ans et plus	National	Pourcentage des personnes âgées de 75 ans et plus décédées en MCO et en SSR	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales

Part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs »	National	Proportion des patients décédés en milieu hospitalier qui ont reçu un codage soins palliatifs selon le lieu : MCO ou SSR	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales
Part des patients âgés de 75 ans et plus décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs »	National	Proportion des patients décédés âgés de 75 ans et plus en milieu hospitalier qui ont reçu un codage « soins palliatifs » selon le lieu : MCO ou SSR	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2018	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie / Pages régionales
Fin de vie à domicile et en Ehpad							
Caractéristiques des patients décédés par sexe	National	Répartition du nombre de décès par sexe, à domicile et en EHPAD, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Caractéristiques des patients décédés Âge moyen du décès	National	Moyenne d'âge au moment du décès	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Prise en charge hospitalière en fin de vie	National	Part des personnes décédées à domicile et en EHPAD ayant séjourné au moins une fois à l'hôpital au cours des 6 derniers mois de vie et nombre moyen de séjours	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Prise en charge en ville en fin de vie	National	Part des personnes décédées à domicile et en EHPAD ayant vu un médecin généraliste ou eu un acte infirmier au cours des derniers mois de vie et nombre moyen de consultations pour un médecin généraliste	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Lieux de décès par département							
Part des décès à l'hôpital, à domicile et en EHPAD par département en 2015, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus	Départemental	Pourcentage de décès à l'hôpital, à domicile et en EHPAD par département en 2015, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus	SNDS – Exploitation CNSPFV	France métropolitaine et DROM	2015	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie

Le CNSPFV

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

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

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

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

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

Auteurs et collaborateurs

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

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

Institution :

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

Principaux auteurs :
François Cousin – CNSPFV, Médecin de santé publique
Thomas Gonçalves – CNSPFV, Chargé de mission

Sous la responsabilité de :
Brahim Bouselmi – CNSPFV, Directeur
Sandrine Bretonnière – CNSPFV, Directrice adjointe scientifique
Véronique Fournier – CNSPFV, Présidente

Mise en page par :
Isabelle Pamart – CNSPFV, Graphiste

Contributeur au sein du CNSPFV :
Caroline Tête – CNSPFV, Documentaliste

Acteurs ayant participé à la réussite de ce projet :
Les Agences régionales de santé
L'Institut national de la statistique et des études économiques

Comité de pilotage

ATIH
Marlène Bernard – Ingénieur statisticien

Inserm-CépiDc
Walid Ghosn – Ingénieur d'étude statisticien-épidémiologiste

CNAM
Philippe Tuppin – Médecin de santé publique, épidémiologiste

INED
Sophie Pennec – Directrice de recherche

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

SFAP
Isabelle Marin – Médecin de soins palliatifs

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

Notes

Notes

Centre national
des soins palliatifs et de la fin de vie

35 rue du Plateau – CS 20004 – 75958 Paris Cedex 19
01 53 72 33 00 – contact@spfv.fr
www.parlons-fin-de-vie.fr

Fin de vie
Soins Palliatifs
CENTRE NATIONAL