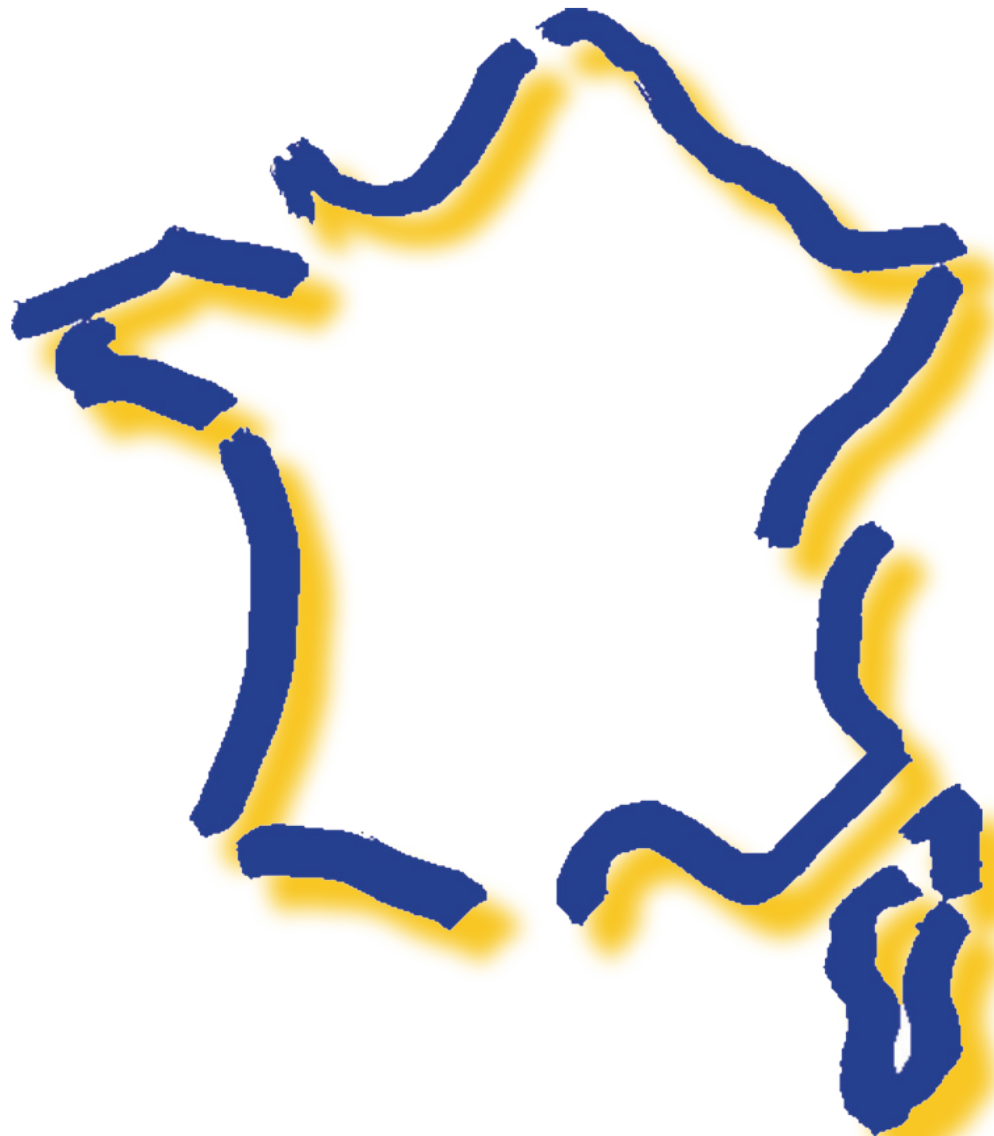


**Fin de vie
Soins Palliatifs**
CENTRE NATIONAL



ATLAS

des soins palliatifs
et de la fin de vie
en France

TROISIÈME ÉDITION
2023



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**MINISTÈRE
CHARGÉ DE L'ORGANISATION
TERRITORIALE ET DES
PROFESSIONS DE SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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

Troisième édition - 2023

Rédacteurs

François Cousin
Thomas Gonçalves

Sous la responsabilité de:

Sarah Dauchy
Giovanna Marsico

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

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

En collaboration avec les services des Agences régionales de santé et les services du ministère de la Santé et de la Prévention.

Données mobilisées et recueillies (voir Méthodologie)

Réalisation

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
Couverture : Isabelle Pamart

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 © 2023 CNSPFV

Dépôt légal : 03/23

ISBN: 978-2-9561977-8-2

ISSN: 2647-7637

Pour citer ce document:

Cousin F., Gonçalves T., Carretier J., Dauchy S., Marsico G. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France: Troisième édition - 2023 - Paris: Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2023, 128 pages.

L'Atlas est disponible en libre accès sur le site www.parlons-fin-de-vie.fr et sur le site du ministère de la santé et de la Prévention <https://sante.gouv.fr/>

Merci à tous les relecteurs de cette 3^{ème} édition.

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

Troisième édition
2023

Table des matières

01 CONTEXTE

Pourquoi un Atlas ?	11
Frise historique sur la fin de vie	12
Les enjeux concernant la fin de vie	14
Le 5 ^e plan soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie	15
Inégalités sociales en santé	16

02 DÉMOGRAPHIE & MORTALITÉ

Démographie	18
Espérance de vie	21
Mortalité	22

03 OFFRE EN SOINS PALLIATIFS

Organisation de l'offre en soins palliatifs	30
À l'hôpital:	
- Offre sanitaire générale	36
- Les lits de soins palliatifs	37
- Les EMSP et les ERRSP	40
À domicile:	
- Offre sanitaire générale	42

04 PARCOURS DE FIN DE VIE

À l'hôpital:	
- Fin de vie à l'hôpital	48
- Fin de vie en USP et en LISP	49
À domicile:	
- Fin de vie en HAD	52
- Fin de vie en EHPAD	54
- Fin de vie en USLD et en résidence autonomie	56

05 PROFILS RÉGIONAUX

Auvergne-Rhône-Alpes	58
Bourgogne-Franche-Comté	60
Bretagne	62
Centre-Val de Loire	64
Corse	66
Grand Est	68
Hauts-de-France	70
Île-de-France	72
Normandie	74
Nouvelle-Aquitaine	76
Occitanie	78
Pays de la Loire	80
Provence-Alpes-Côte d'Azur	82
Guadeloupe	84
Guyane	86
La Réunion	88
Martinique	90
Mayotte	92
France – Profil national	94

06 ANNEXES

Offre en soins palliatifs reconnue par les ARS en 2022	98
Accès aux opioïdes et aux benzodiazépines	102
Recherche sur la fin de vie	104
Méthodologie	105
Table des sources	111
Le Centre National Fin de Vie Soins Palliatifs	123
Auteurs et collaborateurs	125

Lecture de l'Atlas

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

CépiDc:

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHU:

Centre hospitalier universitaire

CNAM:

Caisse nationale de l'assurance maladie

DGOS:

Direction générale de l'offre de soins

Drees :

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

DROM:

Département et région d'outre-mer

EADSP:

Equipe d'appui départementale en soins palliatifs

EHPA:

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées (enquête)

EHPAD:

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP:

Equipe mobile de soins palliatifs

ERRSPP:

Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques

FAM:

Foyer d'accueil médicalisé

FINESS:

Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FNORS:

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

HAD:

Hospitalisation à domicile

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

LAM:

Lit d'accueil médicalisé

LHSS:

Lit halte soin santé

LISP:

Lit identifié de soins palliatifs

LUSP:

Lit en unité de soins palliatifs

MAS:

Maison d'accueil spécialisée

MCO:

Médecine, chirurgie, obstétrique

PA:

Personnes âgées

PMSI:

Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNRV:

Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie

SAE:

Statistique annuelle des établissements de santé (enquête)

SFAP:

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SPASAD:

Services Polyvalent d'Aide et de Soins à domicile

SSIAD:

Services de soins infirmiers à domicile

SSR (prochainement SMR) :

Soins de suite et de réadaptation (Soins Médicaux et de Réadaptation)

USLD:

Unité de soins de longue durée

USP:

Unité de soins palliatifs

01

Contexte

Pourquoi un Atlas ?	11
Frise historique sur la fin de vie	12
Les enjeux concernant la fin de vie	14
Le 5 ^e plan soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie	15
Inégalités sociales en santé	16

Pourquoi un Atlas ?

Fin 2022 : la fin de vie fait l'objet d'un débat national

Le sujet de la fin de vie, de son accompagnement et de la prise en charge palliative a été remis sur le devant de la scène ces dernières années. Tout d'abord, en raison d'une réalité démographique : entre 1960 et 2022, le nombre d'habitants en France est passé de 45,5 millions à 67,8 millions, soit une augmentation de 48 % en 62 ans [1]. Avec l'augmentation de la population et surtout l'augmentation de la part de personnes âgées voire très âgées atteintes de maladies chroniques, la fin de vie est devenue plus longue et nécessite des prises en charge adaptées.

Si l'espérance de vie des Français a considérablement augmenté grâce aux progrès médicaux, l'arrivée des générations de baby-boomers (nés entre 1946 et 1974) à des âges de mortalité potentielle provoque une augmentation du nombre de décès annuels. En parallèle, le profil des personnes qui décèdent en France a évolué : la majorité meurt de plus en plus âgée, de pathologies chroniques telles que le cancer ou les maladies cardio-vasculaires (premières causes de mortalité en France concernant chacune plus du quart des décès). Les profils se complexifient également, car bon nombre de patients sont atteints de plusieurs pathologies au moment de la fin de vie : 47 % des hommes et 36 % des femmes de 75 ans ou plus cumulent au moins deux pathologies [2]. De plus, la pandémie de Covid-19 a mis un coup de projecteur sur cette période qu'est la fin de vie et remis la mort au cœur des discussions.

Dans ce contexte, l'enjeu de l'accompagnement de la fin de vie est primordial. Le lancement en 2021 du Plan national 2021-2024 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie témoigne de la volonté des pouvoirs publics de se saisir pleinement du sujet et de poursuivre et renforcer la prise en soin des personnes mourantes et de leur entourage.

Un débat national sur la question de la fin de vie en France a été lancé à l'automne 2022, peu après la publication

de l'avis n° 139 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE).

Une Convention citoyenne sur la fin de vie a été ouverte par le Conseil Économique, Social et Environnemental réunissant 185 citoyens qui seront amenés à répondre à la question suivante : « Le cadre de l'accompagnement de la fin de vie est-il adapté aux différentes situations rencontrées ou d'éventuels changements devraient-ils être introduits ? ».

Des groupes de travail pilotés par les ministres Agnès Firmin Le Bodo et Olivier Véran se réunissent également afin de permettre aux acteurs de terrain de contribuer au débat national.

Et sur les territoires, les Espaces de Réflexion Éthique organisent des réunions d'information à destination des citoyens.

Le Centre National Fin de vie Soins Palliatifs participe aux travaux indiqués, tant en sa qualité de membre du comité de gouvernance de la Convention citoyenne sur la fin de vie, qu'au titre d'animateur des groupes de travail ministériels. Par ailleurs, le Centre a produit tous les éléments qui composent le parcours d'information à destination des participants, dont l'usage est également prévu au sein des réunions d'information sur les territoires.

La fin de vie est donc un sujet majeur de réflexion à l'heure actuelle.

Une 3^e édition de l'Atlas pour mieux comprendre l'évolution de l'offre et de l'activité en matière d'accompagnement de la fin de vie en France.

Dans ce contexte complexe, afin de permettre l'amélioration des conditions d'accompagnement de la fin de vie, il est impératif de disposer de données permettant d'avoir une vision précise et solide des différentes situations de la fin de vie en France. L'objectif de l'Atlas est de dresser un état des lieux de l'offre et de l'activité en matière de soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie.

La troisième édition de l'Atlas s'inscrit dans le cadre des données d'informations prévues par le 5^{ème} plan de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie 2021 - 2024. Elle présente l'ensemble des données connues sur la fin de vie (voir Méthodologie) et la prise en charge palliative en France. Elle actualise les principaux indicateurs de l'édition précédente et approfondit la connaissance du sujet en proposant de nouveaux indicateurs : espérance de vie, mortalité par pathologie, fin de vie en EHPAD et en HAD, etc. La déclinaison départementale des données permet d'approcher la variabilité territoriale existante. Pour mieux la saisir, il est important d'interpréter ces données en tenant compte des inégalités sociales sous-jacentes et du déploiement hétérogène de l'offre en soins palliatifs en région en fonction des stratégies adoptées par chacune des ARS pour adapter cette offre aux spécificités territoriales.

Cette nouvelle édition souhaite également offrir une plus grande interactivité et une meilleure lisibilité des données en proposant pour la première fois, en collaboration avec AtlaSanté, une version numérique, accessible sous forme géolocalisée sur le site parlons-fin-de-vie.fr.

Cet ouvrage a été réalisé grâce à la collaboration des principaux producteurs de données et le soutien du ministère de la Santé et de la Prévention.

Sources :

[1] Martin M., Rignols E. (Coord.). *Tableaux de l'économie française. Edition 2020*. Montrouge : Insee, 2022, coll. « Insee Références ».

[2] Bagein G., et al. L'état de santé de la population en France. Septembre 2022. *Les dossiers de la Drees 2022*, n°102.



Avis n° 139 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) : <https://www.ccne-ethique.fr/node/529>
Convention citoyenne sur la fin de vie : <https://conventioncitoyennesurlafindevie.lecese.fr/>

Frise historique sur la fin de vie

Légende



Législatif



Offre de soins



Plans nationaux de développement des soins palliatifs



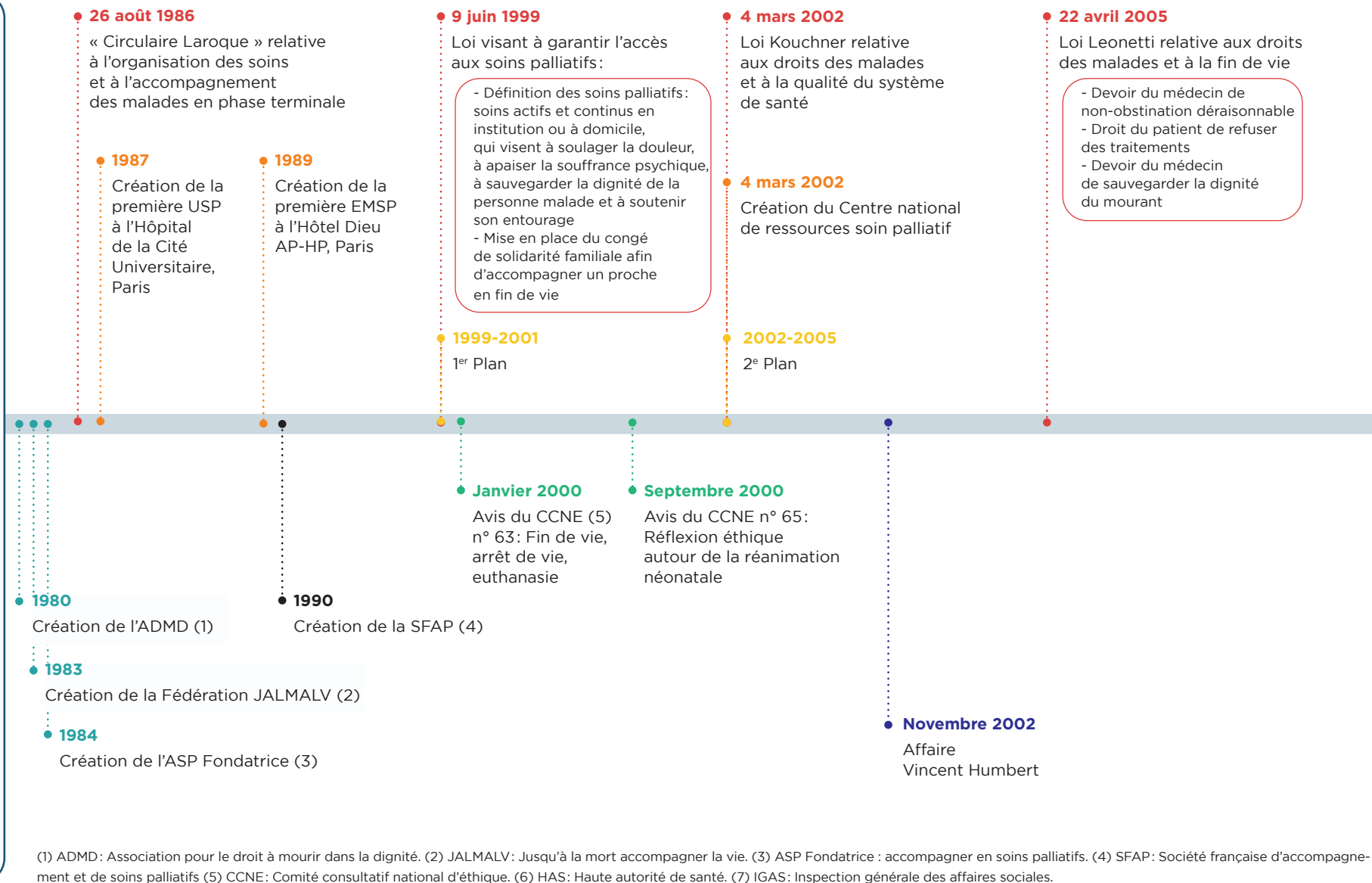
Avis et recommandations

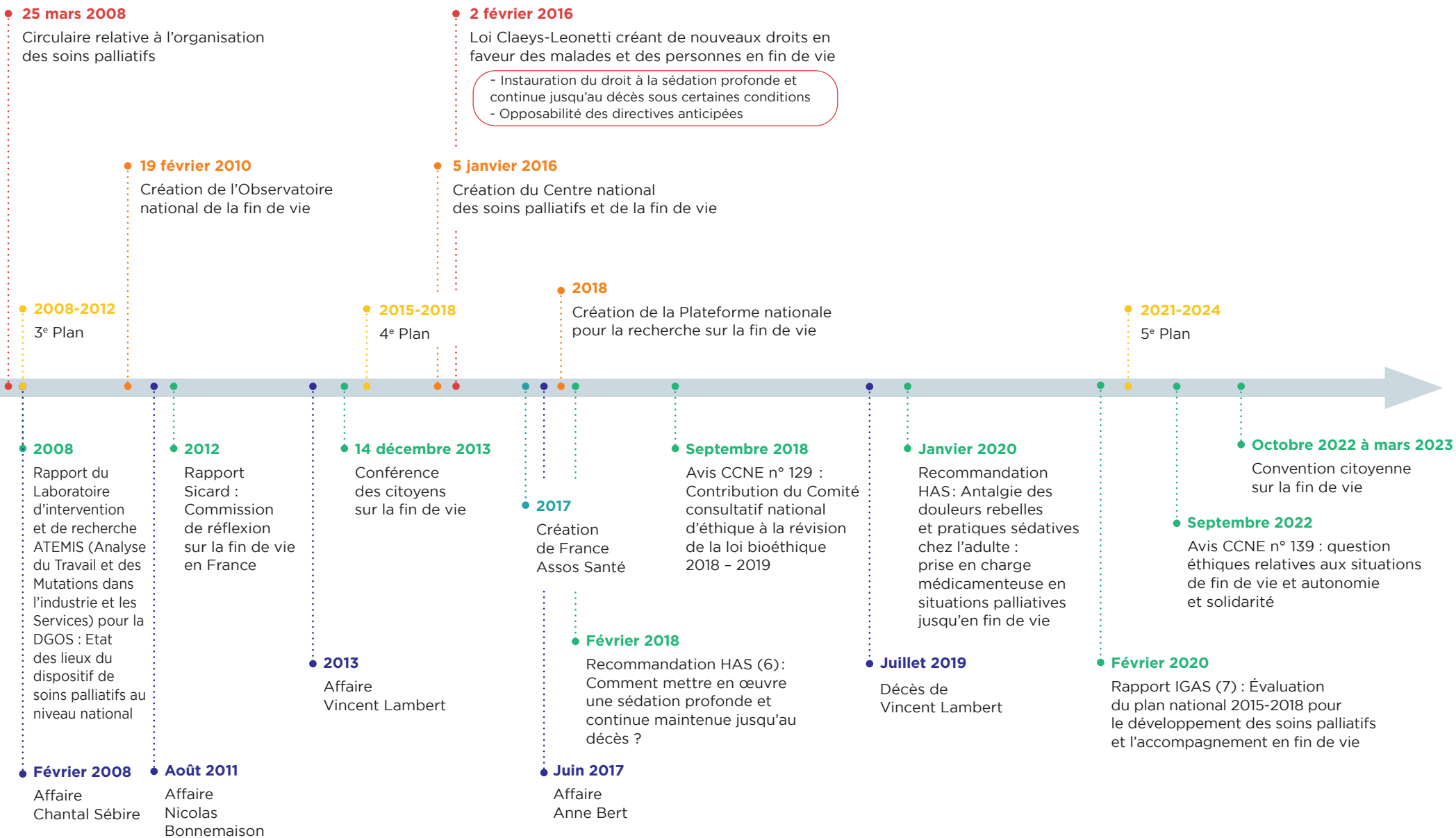


Associatif



Affaires et société





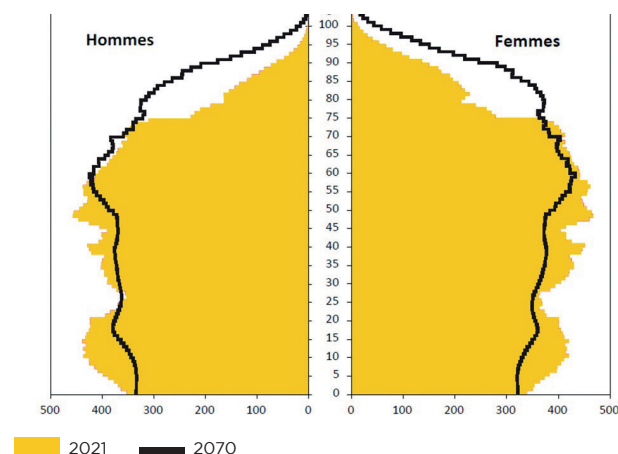
Les enjeux concernant la fin de vie

Les besoins en soins palliatifs et en accompagnement de fin de vie augmentent

Au 1^{er} janvier 2022, la France compte 67,8 millions d'habitants, soit 0,3 % de plus qu'en 2021. L'Insee indique que de 2014 à 2019, la population a augmenté en moyenne de 0,4 % par an. **La croissance démographique française se poursuit.** Au 1^{er} janvier 2070, si les tendances démographiques récentes se prolongeaient, la France compterait 68,1 millions d'habitants, soit 700 000 de plus qu'en 2021.

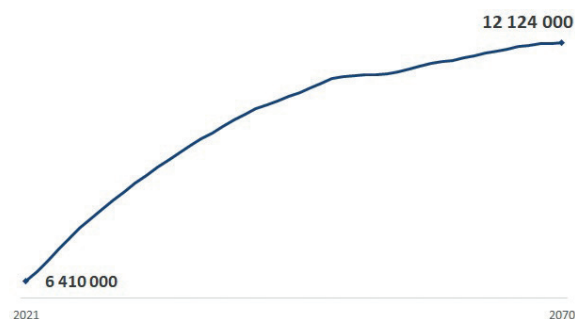
En parallèle, **la population française continue de vieillir.** La part des personnes âgées de 75 ans et plus a en effet doublé au cours de ces 30 dernières années, passant de 3,7 à 6,7 millions entre 1992 et 2022. Selon l'Insee, cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir. Le nombre d'habitants de 75 ans et plus devrait croître de 5,7 millions d'ici 2070.

Pyramide des âges de la France en 2021 et en 2070 selon le scénario central de l'Insee



Le nombre de décès a augmenté de près de 20 % au cours de ces 30 dernières années, ce qui représente près de 100 000 personnes en plus à accompagner en fin de vie. A l'heure actuelle, près de 70 % des décès concernent les personnes âgées de 75 ans et plus. Les besoins d'accompagnement de la fin de vie sont donc très largement en augmentation. Selon les projections de l'Insee, ces besoins ne devraient cesser d'augmenter dans les années à venir, en raison de l'augmentation de la part des personnes âgées.

Projection de l'évolution des personnes âgées de 75 ans et plus entre 2021 et 2070



Et les parcours de fin de vie évoluent

Les parcours de fin de vie évoluent également : les personnes vivent de plus en plus âgées, avec des pathologies multiples. Les fins de vie sont donc aussi hétérogènes, de nombreuses trajectoires de fin de vie existent, en fonction des pathologies des patients (cancers, démences, etc.).

Les lieux de fin de vie sont également pluriels. Malgré un souhait de la population de finir ses jours à domicile, 53 % des Français décèdent à l'hôpital. Cependant, on constate qu'un nombre croissant de Français décèdent aussi à domicile, entendu comme des décès survenant à la maison, en EHPAD, sans oublier les autres structures de prise en charge sociales et médico-sociales.

L'offre en soins palliatifs et en accompagnement de la fin de la vie s'adapte aux besoins

Les pouvoirs publics, conscients de ces évolutions, agissent pour faire évoluer l'offre en soins de la fin de vie afin qu'elle soit effective quel que soit le lieu de la fin de vie. C'est ainsi qu'un 5^e plan de développement des soins palliatifs a été lancé en 2021, afin de poursuivre le renforcement des structures d'accompagnement et d'adapter l'offre aux besoins multiples de la fin de vie. L'objectif est de garantir l'accès aux soins palliatifs sur l'ensemble des territoires en renforçant le maillage de l'offre, en soutenant les organisations en améliorant la coordination des acteurs, notamment entre l'hôpital et le domicile, afin d'optimiser le parcours de prise en charge palliative des patients.



Sources: Papon S. Bilan démographique 2021. La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19. *Insee Première* 2022, n°1889.

Algava E., Blanpain N. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. *Insee Première* 2021, n°1881.

Toulemon L., *et al.* La population française devrait continuer à vieillir d'ici un demi-siècle. *Population et Sociétés* 2022, n°597.

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

Le 5^e plan soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie



Le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie se poursuit avec la mise en œuvre d'un **5^e plan national de 2021 à 2024**. Dans la poursuite de la dynamique des quatre précédents plans nationaux, ce cinquième plan traduit l'engagement de **garantir à tous les citoyens, sur l'ensemble du territoire et dans tous les lieux de vie, l'accès aux soins palliatifs et à une prise en soin graduée, adaptée et de proximité**. Afin d'atteindre cet objectif, le plan vise à améliorer l'information des personnes, à augmenter l'offre de soins palliatifs, à anticiper les traitements dans les parcours de santé, à renforcer la formation en soins palliatifs, à favoriser l'expertise en finançant les travaux de recherche et ainsi, à améliorer les connaissances dans ce domaine.

Les objectifs du 5^e plan reposent sur 3 axes principaux :

Axe 1 : Favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie

Afin que le citoyen puisse exercer ses droits et être pleinement acteur de sa propre fin de vie, le plan prévoit de poursuivre la production et la diffusion d'une **information claire, fiable et objective** à destination de l'ensemble des citoyens.

A cet effet, plusieurs actions sont prévues : réaliser des campagnes nationales d'information, renouveler et mieux faire connaître le CNSPFV, centre de référence, de ressources et d'accompagnement au débat public sur la fin de vie ; développer des dispositifs et outils au service d'une appropriation **anticipée** des droits ; accompagner les **aidants** des personnes en fin de vie et conforter l'intervention des **bénévoles**.

Axe 2 : Conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche

L'objectif est d'étoffer l'offre de **formation**, à la fois des professionnels et des aidants, et de soutenir la **recherche** afin de garantir que chacun soit pris en charge, sur tous les territoires, par des professionnels formés, des médecins et paramédicaux soutenus si besoin par des équipes expertes.

Les actions prévues pour y parvenir sont : structurer la filière universitaire médicale pour former les futurs enseignants en soins palliatifs ; développer la **formation initiale et continue** dans toutes les filières de santé ; proposer des formations spécialisées en soins palliatifs ; accompagner les professionnels souhaitant s'engager dans une reconversion ; **mobiliser la recherche** et partager ses enseignements.

Axe 3 : Définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre de soins palliatifs, en renforçant la coordination avec la médecine et en garantissant l'accès à l'expertise

L'objectif est de permettre à chacun d'être soigné sur son lieu de vie, selon ses souhaits tout en tenant compte de ses besoins dans le cadre d'une **prise en soin coordonnée et adaptée**.

Pour atteindre ces objectifs, les actions suivantes sont déployées : renforcer l'offre hospitalière de soins palliatifs ; structurer la coordination des parcours de soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie (développement de cellules d'animation régionales, d'équipes territoriales en articulation avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ; renforcer les équipes expertes et faciliter leur accès par les acteurs du domicile ; donner de nouvelles marges de manœuvre aux acteurs, à domicile et en EHPAD, et clarifier leur articulation ; répondre aux besoins spécifiques des populations en s'appuyant sur des pratiques professionnelles adaptées et partagées.



Source : Ministère de la santé et de la prévention. *Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Plan national 2021-2024*. Paris : Ministère de la santé et de la prévention, 2022.

Inégalités sociales en santé



Les inégalités sociales en santé correspondent à des **différences d'état de santé entre groupes d'individus liées à des facteurs sociaux**

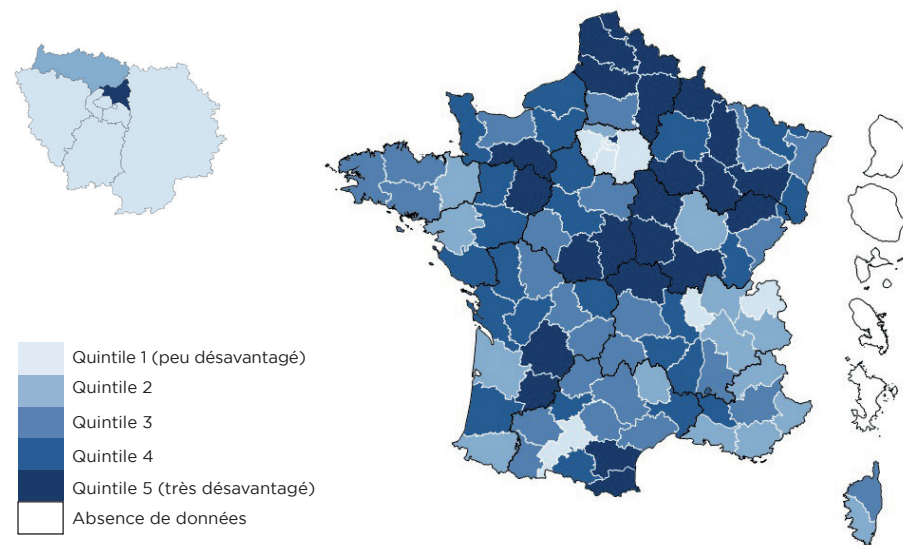
Les inégalités sociales en santé désignent toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles correspondent aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux et leur place dans la hiérarchie sociale, estimée par l'échelle des professions, des revenus ou du niveau d'études. Elles existent au sein de la société selon un gradient social : la plupart des indicateurs de santé (espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, santé perçue, adoption de comportements favorables à la santé, utilisation du système de santé...) se dégradent en allant des catégories sociales les plus favorisées aux plus défavorisées. Ces inégalités sociales de santé sont présentes dès la grossesse et sont observées dès le plus jeune âge [1]. De nombreux facteurs exercent en effet une influence sur la santé. Selon la définition de l'OMS, les facteurs déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». Parmi ces déterminants, il est possible de distinguer :

- les déterminants socio-économiques (l'éducation, les interactions sociales, la politique du logement, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes) ;
- les comportements de santé (consommation de tabac et d'alcool, nutrition), qui ne relèvent pas seulement de la responsabilité individuelle mais dépendent aussi de la catégorie sociale ;
- le système de soins et de prévention médicalisée [2].

L'environnement social conditionne donc en partie l'état de santé. Les déterminants sociaux de santé sont la principale cause d'inégalités sociales en matière de santé. Ces inégalités ont pour conséquence des **différences d'espérance de vie ainsi qu'une probabilité variable d'être atteint d'une maladie en fonction du groupe social auquel on appartient ou du département dans lequel on habite**. On sait par exemple que les personnes les plus aisées ont une meilleure espérance de vie que les personnes aux revenus plus modestes [3].

Ces déterminants sociaux sont à prendre en compte dans l'interprétation des indicateurs de l'Atlas.

Indice de défavorisation sociale (2015)



Lecture : Le département du Nord appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très défavorisé.
Champ : France métropolitaine. Sources: Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Méthodologie : L'indice de défavorisation sociale (FDep) :

Il est construit à partir de données agrégées de l'Insee issues du recensement et des revenus fiscaux de la population en 2015 :

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

La classification de l'indice de défavorisation sociale (FDep) est divisée en quintiles de population (5 catégories) allant du quintile de population le plus favorisé (Q1) au quintile le plus défavorisé (Q5).

NB : Plus de détails dans la partie « Méthodologie ».



Sources :

[1 ; 2] Lang T., Ulrich V. *Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*. Paris : éditions DICOM, 2017.

[3] Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première* 2016, n°1584.

02

Démographie & Mortalité

Démographie	18
Espérance de vie	21
Mortalité	22

Démographie



Au 1^{er} janvier 2022, la France comptait près de **68 millions d'habitants**.
 Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent près de **10 % de la population française**.
 Les personnes âgées de 90 ans et plus représentent **1,4 % de la population française**.

Population par région en 2022 (population totale, population des 75 ans et plus, population des 90 ans et plus) et son évolution depuis 2014

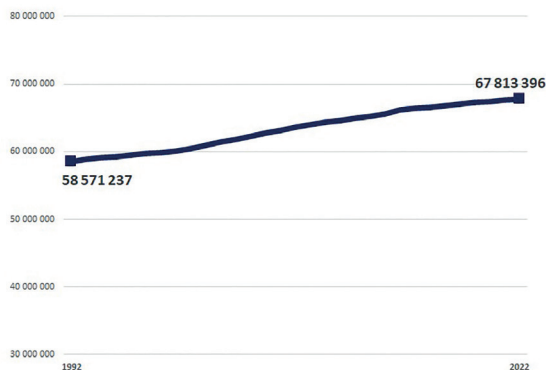
Source : Insee, 2014 à 2022

	Population générale		Population âgée de 75 ans et plus			Population âgée de 90 ans et plus		
	En 2022	Évolution (2014 à 2022)	En 2022	Part au sein de la région	Évolution (2014 à 2022)	En 2022	Part au sein de la région	Évolution (2014 à 2022)
France métropolitaine et DROM	67 813 396	3 %	6 650 289	10 %	11 %	945 127	1,4 %	41 %
Auvergne-Rhône-Alpes	8 153 233	4 %	803 979	10 %	13 %	112 491	1,4 %	42 %
Bourgogne-Franche-Comté	2 785 393	- 1 %	319 418	11 %	7 %	46 254	1,7 %	34 %
Bretagne	3 402 932	4 %	376 187	11 %	11 %	54 668	1,6 %	52 %
Centre-Val-de-Loire	2 564 915	0 %	286 389	11 %	6 %	42 715	1,7 %	35 %
Corse	349 465	8 %	42 139	12 %	25 %	5 206	1,5 %	42 %
Grand Est	5 542 094	0 %	537 151	10 %	7 %	72 732	1,3 %	50 %
Hauts-de-France	5 987 172	0 %	504 711	8 %	6 %	70 018	1,2 %	52 %
Île-de-France	12 395 148	3 %	883 922	7 %	11 %	121 582	1,0 %	33 %
Normandie	3 307 286	- 1 %	347 485	11 %	8 %	49 834	1,5 %	43 %
Nouvelle-Aquitaine	6 081 985	3 %	727 463	12 %	10 %	110 905	1,8 %	39 %
Occitanie	6 053 548	6 %	686 112	11 %	13 %	101 741	1,7 %	43 %
Pays de la Loire	3 873 096	5 %	394 377	10 %	12 %	58 797	1,5 %	45 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	5 131 187	3 %	609 781	12 %	16 %	82 717	1,6 %	32 %
France métropolitaine	65 627 454	2 %	6 519 114	10 %	11 %	929 660	1,4 %	41 %
Guadeloupe	372 939	- 7 %	36 103	10 %	27 %	4 645	1,2 %	35 %
Martinique	350 373	- 9 %	37 627	11 %	15 %	4 793	1,4 %	20 %
Guyane	294 436	17 %	6 649	2 %	62 %	693	0,2 %	56 %
La Réunion	868 846	3 %	48 104	6 %	41 %	5 099	0,6 %	70 %
Mayotte	299 348	34 %	2 692	1 %	29 %	237	0,1 %	0 %
DROM	2 185 942	4 %	131 175	6 %	30 %	15 467	0,7 %	39 %

Évolution de la démographie française entre 1992 et 2022



La population française a augmenté de **15 % en 30 ans.**

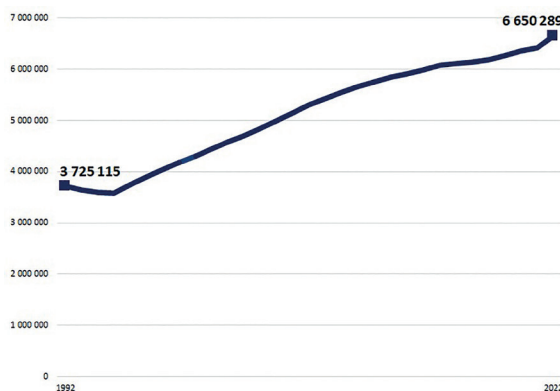


Lecture : La France compte 67 813 396 habitants en 2022.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 1992 à 2022

Évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus entre 1992 et 2022



Le nombre d'habitants âgés de 75 ans et plus a **presque doublé** au cours de ces 30 dernières années (+ 80 %).



Lecture : La France compte 6 650 289 habitants âgés de 75 ans et plus en 2022.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 1992 à 2022



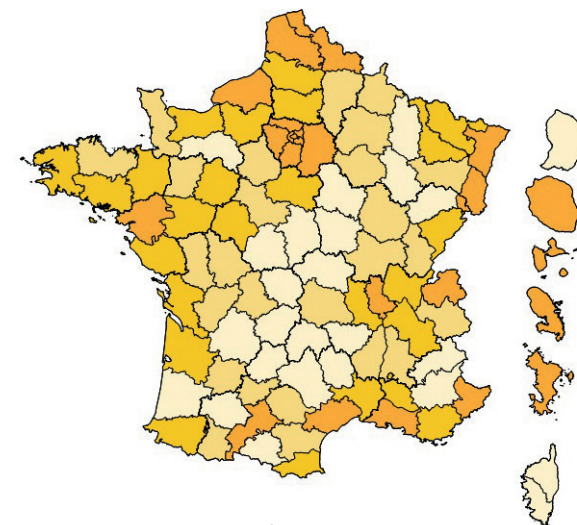
Le nombre d'habitants âgés de 90 ans et plus a **plus que triplé** au cours de ces 30 dernières années.



La densité de population de la France en 2022 est de **119 habitants au km².**

Source : Insee, 2022

Densité de population par département en 2022



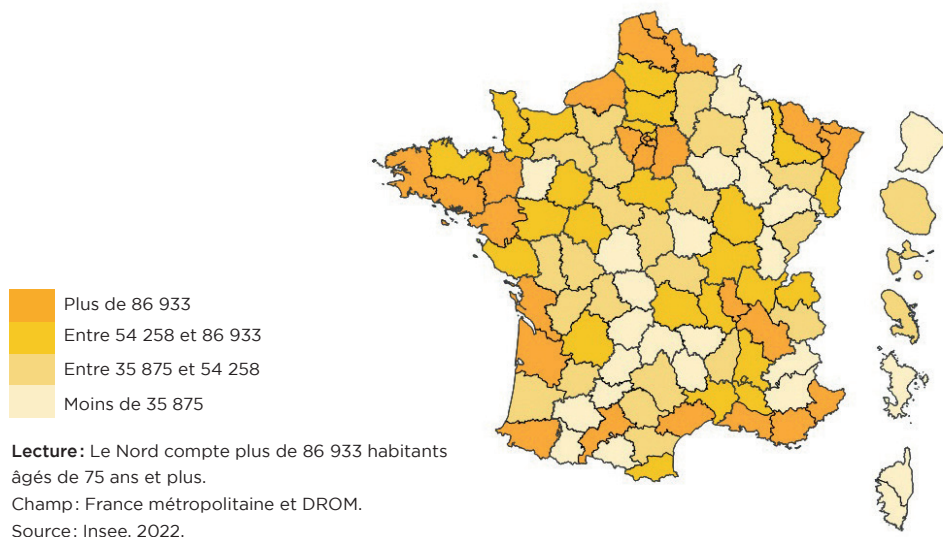
Nombre d'habitants par km²



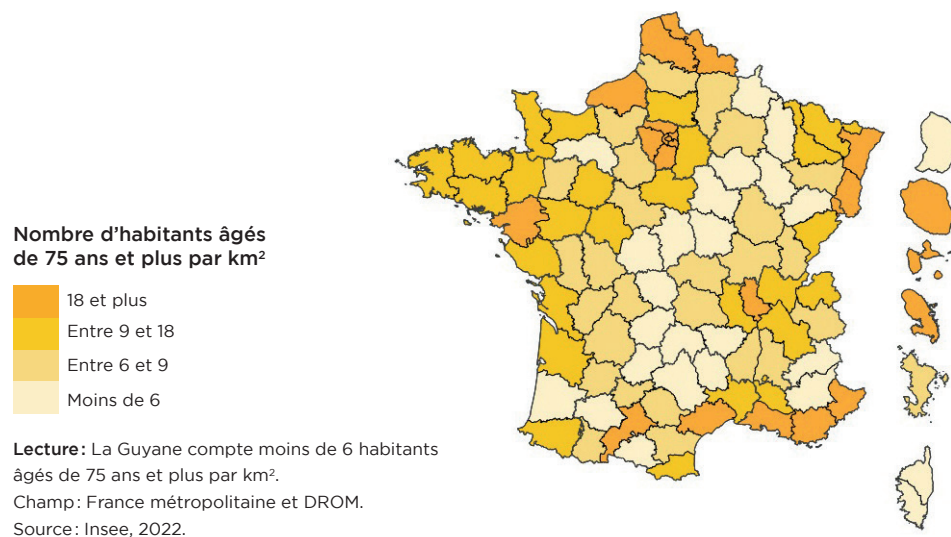
Lecture : La Guyane compte moins de 50 habitants par km².
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Insee, 2022.



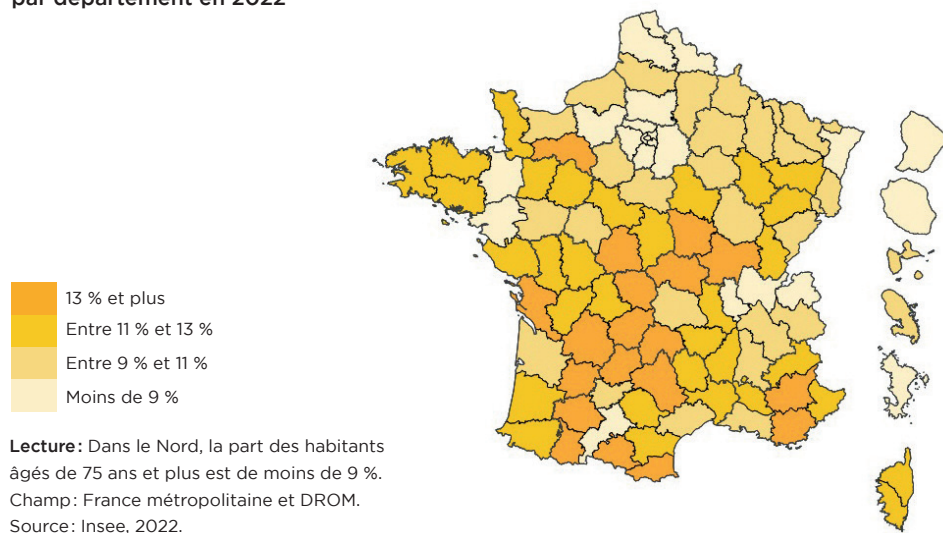
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2022



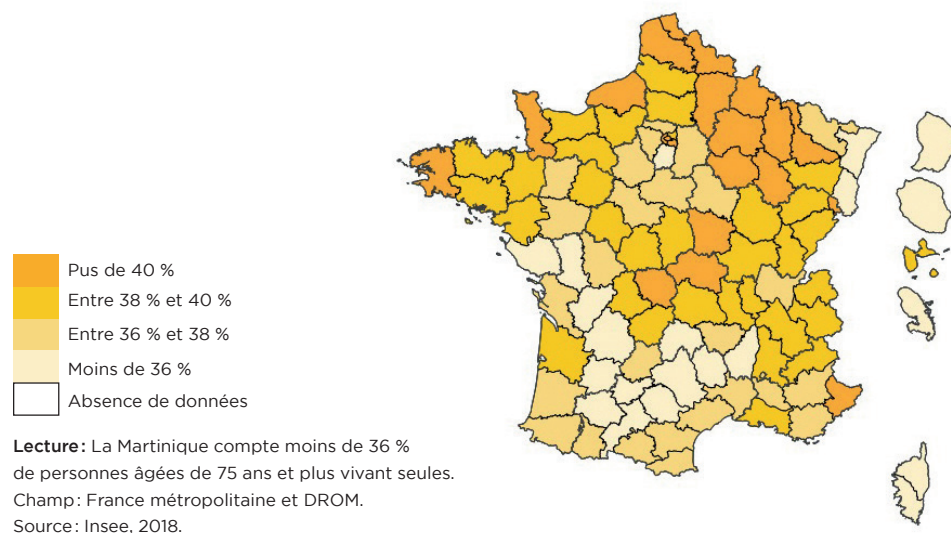
Densité de personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2022



Part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population générale par département en 2022



Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (2018)



Espérance de vie

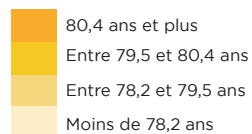


En 2020, l'espérance de vie à la naissance est de :

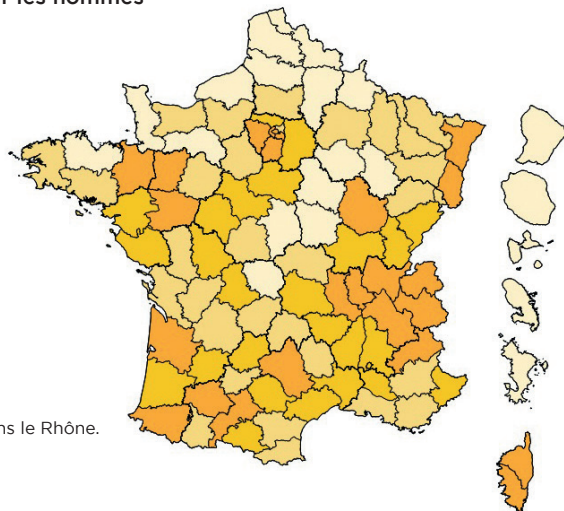
- **85,1 ans pour les femmes**, soit un gain de 3,6 ans entre 1994 et 2020,
- **79,1 ans pour les hommes**, soit un gain de 5,7 ans entre 1994 et 2020.

Source: Insee, 2020

Espérance de vie à la naissance pour les hommes



Lecture: L'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de plus de 80,4 ans dans le Rhône.
Champ: France métropolitaine et DROM.
Source: Insee, 2020.

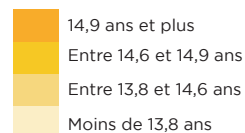


En 2020, l'espérance de vie à 65 ans est de :

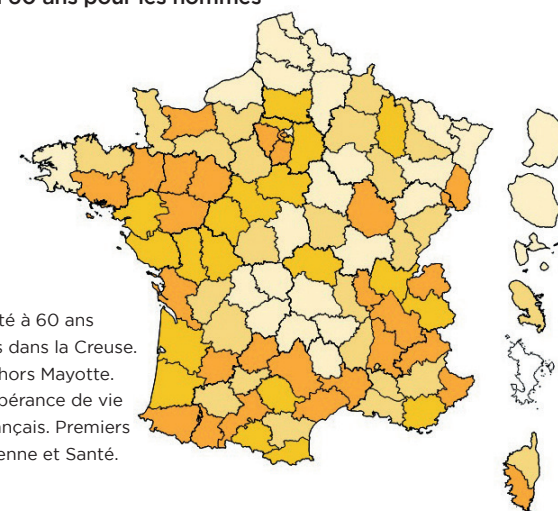
- **23,0 ans pour les femmes**, dont 12,1 ans sans incapacité,
- **18,9 ans pour les hommes**, dont 8,3 ans sans incapacité.

Source: Deroyon, T. 2020.

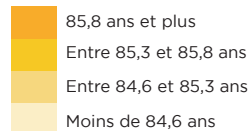
Espérance de vie sans incapacité à 60 ans pour les hommes



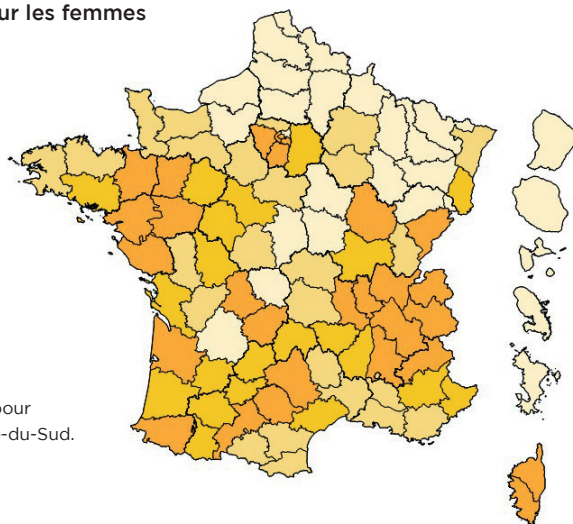
Lecture: L'espérance de vie sans incapacité à 60 ans pour les hommes est de moins de 13,8 ans dans la Creuse.
Champ: France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source: Cruzet M., *et al.* Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français. Premiers résultats à partir de l'enquête Vie Quotidienne et Santé. *Revue Quetelet* 2020, vol. 8, n°1, p. 73-101.



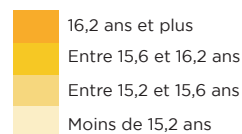
Espérance de vie à la naissance pour les femmes



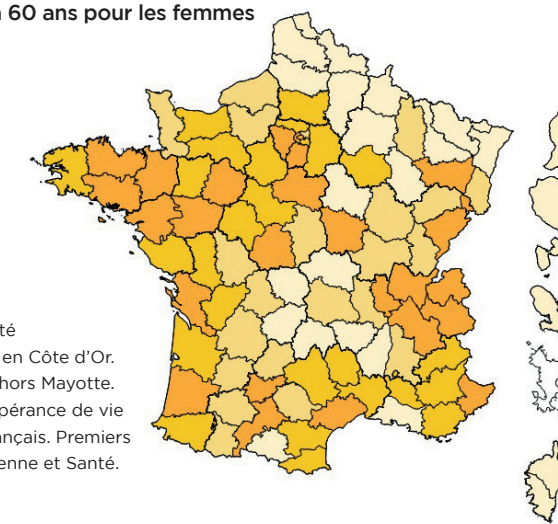
Lecture: L'espérance de vie à la naissance pour les femmes est de 85,8 ans et plus en Corse-du-Sud.
Champ: France métropolitaine et DROM.
Source: Insee, 2020.



Espérance de vie sans incapacité à 60 ans pour les femmes



Lecture: L'espérance de vie sans incapacité à 60 ans pour les femmes est entre 15,2 et 15,6 ans en Côte d'Or.
Champ: France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source: Cruzet M., *et al.* Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français. Premiers résultats à partir de l'enquête Vie Quotidienne et Santé. *Revue Quetelet* 2020, vol. 8, n°1, p. 73-101.



Mortalité

Combien de Français meurent chaque année ?



En 2019, on a recensé plus de 613 200 décès, soit un taux brut de mortalité de près de **9,1 pour 1 000 habitants** :

- 70 % des personnes décédées avaient **75 ans et plus**,

- 30 % des personnes décédées avaient **90 ans et plus**,

Le nombre de décès augmente : 14 % de décès en plus en 30 ans.

Évolution du nombre de décès entre 1982 et 2021



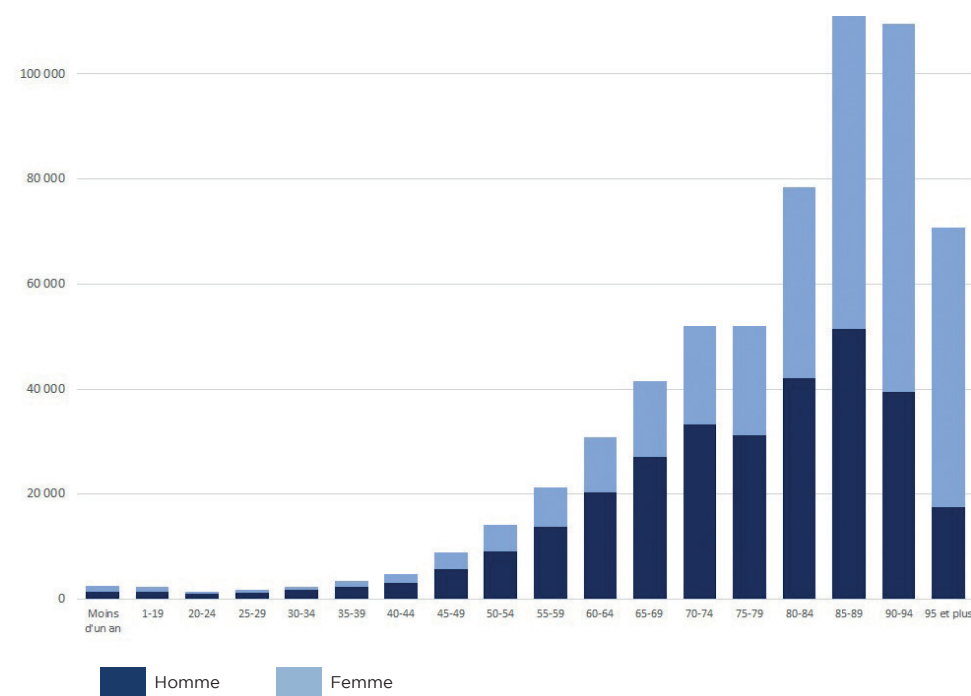
Lecture : Le nombre de décès est passé de 550 724 à 657 000 entre 1982 et 2021.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Source : Insee, 1982 à 2021.

Source : Insee, 2019

Nombre de décès par tranches d'âge selon le sexe en 2019



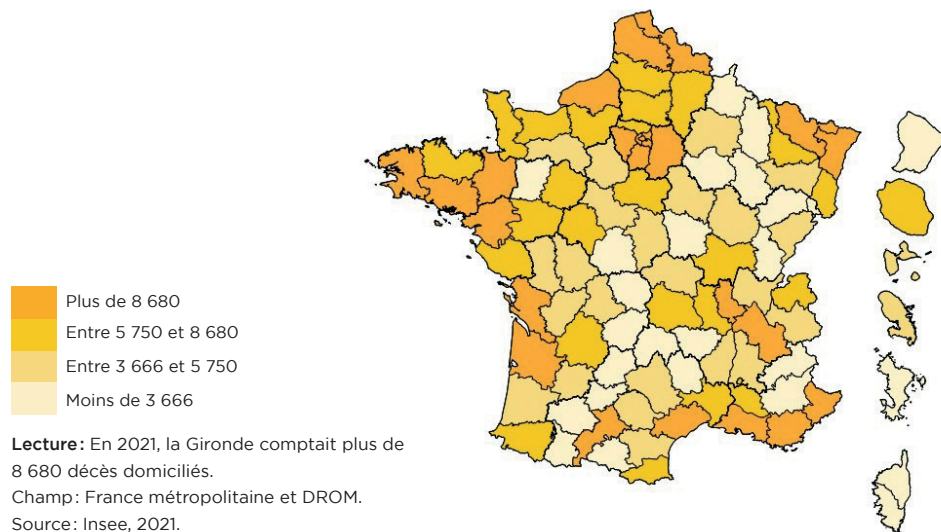
Lecture : En 2019, 78 458 personnes âgées entre 80 et 84 ans sont décédées, 41 990 hommes et 36 468 femmes.

Champ : France métropolitaine et DROM.

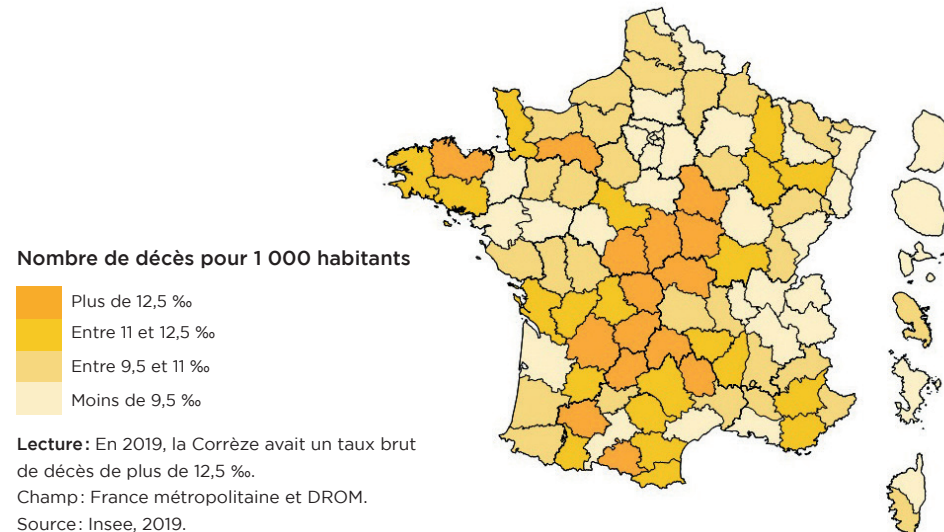
Source : Insee, 2019.

Mortalité

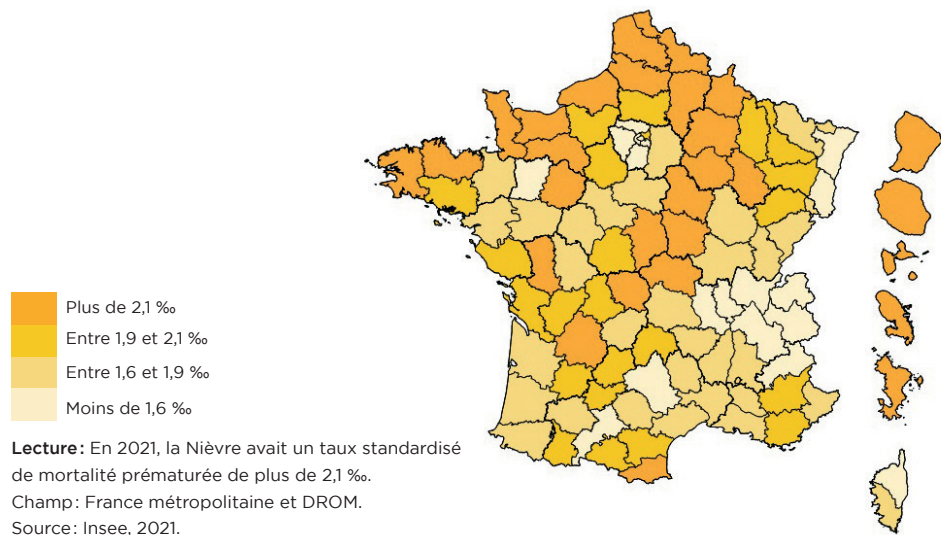
Nombre de décès domiciliés en 2021



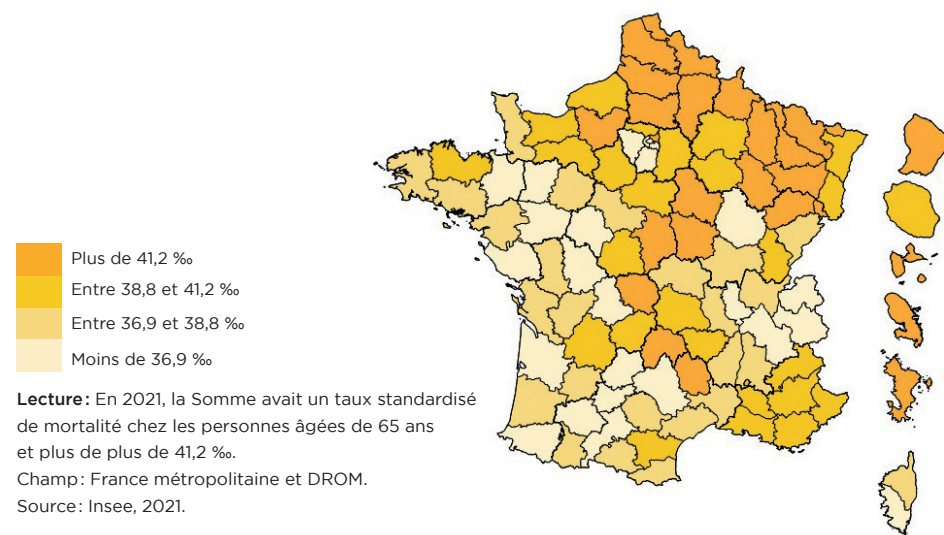
Taux brut de mortalité en 2019



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



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



Où meurent les Français ?



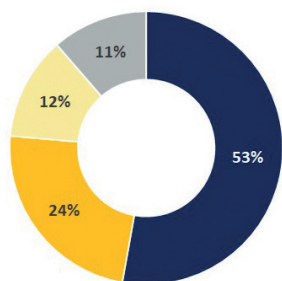
En 2019, 53 % des décès se sont produits en milieu hospitalier (- 5 % depuis 10 ans).

Source : Insee, 2019

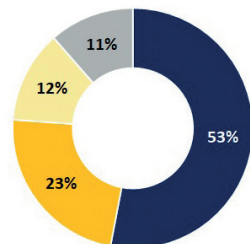
Lieu de décès en 2019



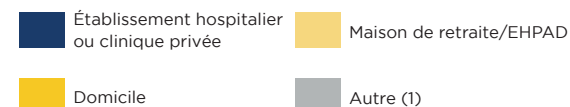
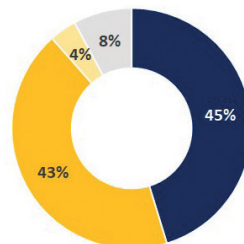
France entière



France métropolitaine



DROM



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

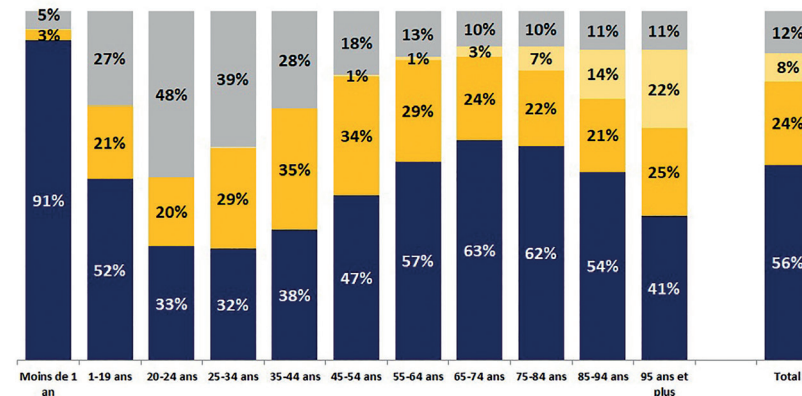
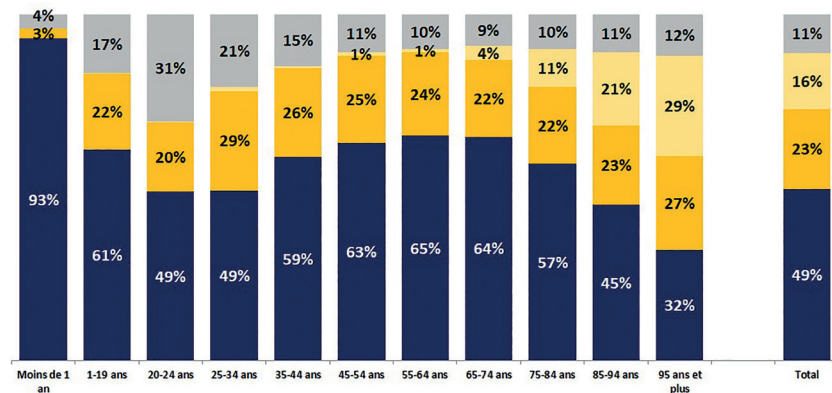
Source : Insee, 2019.

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

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

→ Consultez le chapitre Méthodologie pour en savoir plus.

Lieux de décès en 2019, selon l'âge et le sexe



Lecture : Parmi les personnes âgées de 45 à 54 ans décédées en 2019, 63 % des femmes sont décédées à l'hôpital contre 47 % des hommes.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Source : Insee, 2019.

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

Prévalence des maladies cardiovasculaires, des cancers et des maladies neurodégénératives

 **En 2020**, sur 1 000 personnes :

79 personnes
ont été soignées
pour une maladie cardiovasculaire

51 personnes
ont été soignées
pour un cancer

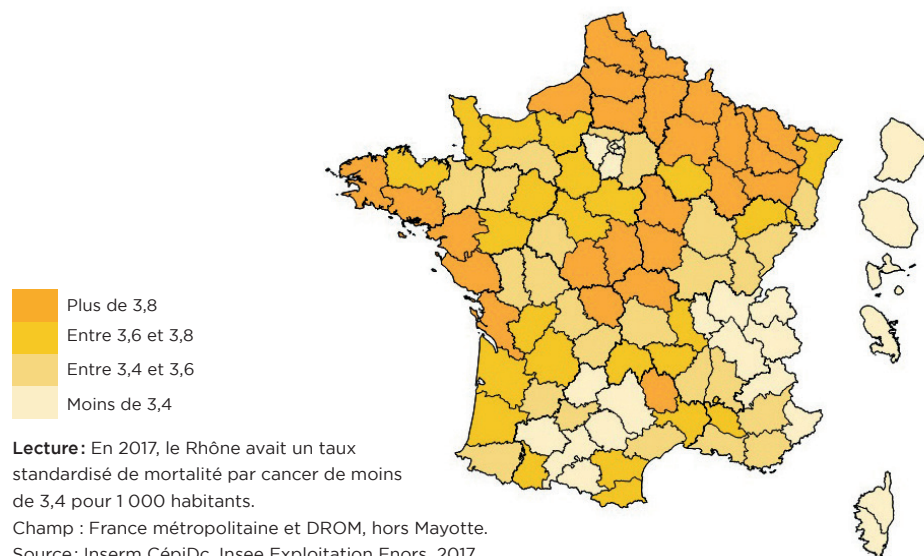
25 personnes
ont été soignées
pour une maladie neurodégénérative

Source: CNAM, 2020.

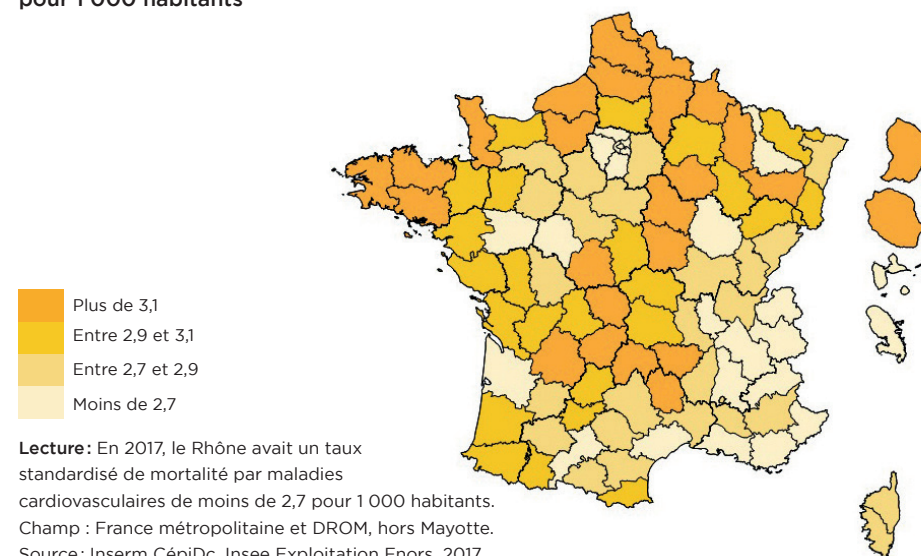
 En 2017, sur 1 000 habitants,
près de **3 personnes sont décédées d'un cancer**

 En 2017, sur 1 000 habitants, plus de **2 personnes sont décédées d'une maladie cardiovasculaire**

Taux standardisé de mortalité par cancer en 2017 pour 1 000 habitants



Taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires en 2017 pour 1 000 habitants



De quoi meurent les Français ?



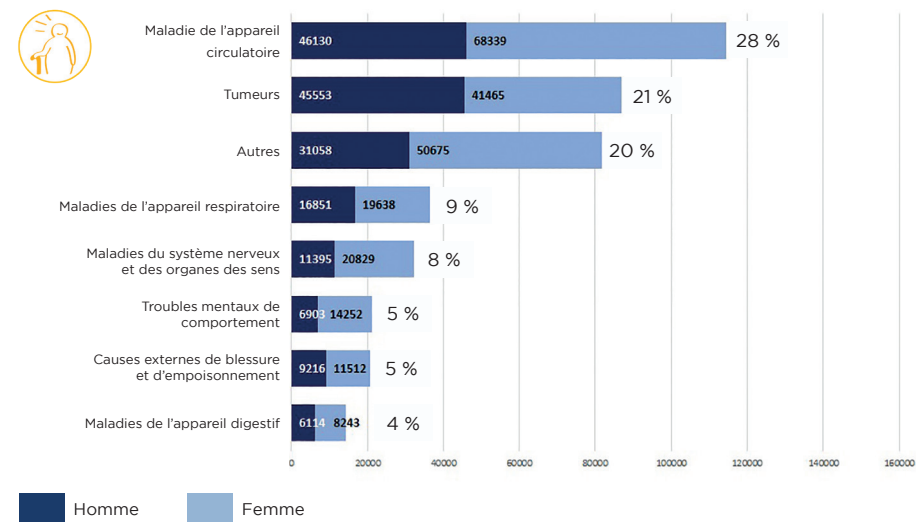
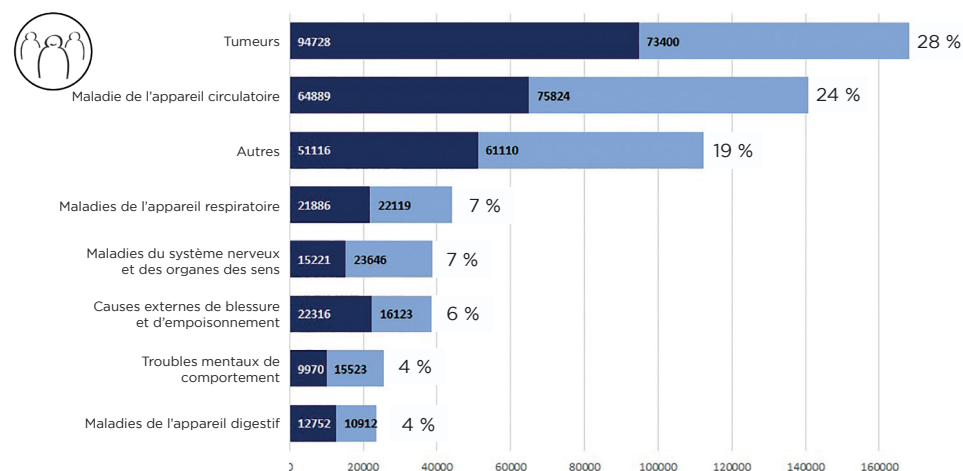
En 2017, la principale cause de décès reste le **cancer** (28 %, soit 168 128 personnes) suivie des **maladies de l'appareil circulatoire** (24 %, soit 140 713 personnes).

Ces deux causes sont **responsables de plus de la moitié des décès en France (52 %)**.



Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, la tendance s'inverse. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès (28 % soit 114 469 personnes) suivies des cancers (21 % soit 87 018 personnes).

Répartition des principales causes initiales de décès en 2017, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus



Lecture : En 2017, les tumeurs ont provoqué 168 128 décès en population générale dont 114 469 décès des personnes âgées de 75 ans et plus.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Source : Inserm CépiDc, 2017.

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

Répartition des causes initiales de décès par tranche d'âge et par sexe en 2017



	Total	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	25 %	1 %	13 %	31 %	18 %	28 %	46 %	54 %	56 %	50 %	31 %	15 %	8 %
Maladies de l'appareil circulatoire	25 %	2 %	6 %	6 %	3 %	7 %	8 %	10 %	10 %	14 %	23 %	31 %	32 %
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	5 %	3 %	19 %	22 %	45 %	29 %	17 %	10 %	6 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Maladies de l'appareil respiratoire	7 %	1 %	3 %	5 %	2 %	2 %	2 %	2 %	4 %	5 %	7 %	9 %	10 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	8 %	3 %	8 %	8 %	6 %	6 %	4 %	3 %	4 %	5 %	9 %	9 %	7 %
Maladies de l'appareil digestif	4 %	1 %	1 %	2 %	1 %	2 %	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %	3 %	3 %
Troubles mentaux et du comportement	5 %	0 %	0 %	1 %	1 %	2 %	3 %	2 %	2 %	2 %	4 %	7 %	8 %
Autres	20 %	90 %	51 %	26 %	23 %	24 %	16 %	14 %	14 %	15 %	18 %	21 %	27 %
Effectif total	298 657	1 180	199	238	633	1 116	2 913	8 557	18 281	30 587	61 003	133 462	40 488



Tumeurs	32 %	1 %	16 %	27 %	10 %	13 %	19 %	33 %	45 %	47 %	34 %	21 %	13 %
Maladies de l'appareil circulatoire	22 %	1 %	5 %	4 %	3 %	6 %	11 %	14 %	15 %	18 %	23 %	29 %	31 %
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	8 %	2 %	30 %	32 %	61 %	51 %	34 %	17 %	8 %	5 %	5 %	6 %	5 %
Maladies de l'appareil respiratoire	7 %	1 %	2 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %	4 %	6 %	8 %	11 %	12 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5 %	2 %	7 %	10 %	5 %	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %	6 %	7 %	5 %
Maladies de l'appareil digestif	4 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %	5 %	7 %	7 %	5 %	4 %	3 %	3 %
Troubles mentaux et du comportement	3 %	0 %	0 %	0 %	1 %	3 %	5 %	4 %	3 %	2 %	3 %	5 %	6 %
Autres	17 %	93 %	38 %	23 %	17 %	22 %	21 %	19 %	15 %	14 %	16 %	19 %	25 %
Effectif total	292 878	1 432	244	343	1 663	2 837	5 754	15 654	35 787	55 944	75 068	85 545	12 607

Lecture : En 2017, 31 % des hommes âgés entre 85 et 94 ans sont décédés d'une maladie de l'appareil circulatoire, contre 29 % chez les femmes du même âge.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Source : Inserm CepiDc, 2017.

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

 Première cause initiale de décès selon la tranche d'âge

03

Offre en soins palliatifs

Organisation de l'offre en soins palliatifs	30
03.1 À l'hôpital	33
Offre sanitaire générale	36
Les lits de soins palliatifs	37
Les EMSP et ERRSPP	40
03.2 À domicile	41
Offre sanitaire générale	42

Organisation de l'offre en soins palliatifs



Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel¹.

Le droit à l'accès aux soins palliatifs est inscrit dans la loi².

La prise en charge palliative est susceptible d'intervenir quel que soit le lieu de vie ou de soins. Elle s'organise, dans l'environnement de la personne malade, avec l'appui de professionnels et d'équipes de soins, à domicile, au sein des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux. L'offre de soins palliatifs est graduée pour s'adapter aux besoins des personnes malades.

À domicile

Le maintien à domicile repose sur la volonté de la personne malade de rester chez elle et la possibilité de son entourage de l'accompagner. La personne malade est suivie par les professionnels de proximité (médecin traitant, infirmier, pharmacien, auxiliaire de vie, etc.), qui peuvent bénéficier de l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs. Sont évalués et anticipés notamment la possibilité de mobilisation de professionnels soignants et d'aide à domicile, les modalités de coordination des professionnels, l'accès à un accompagnement psychologique et social, la mise en lien avec des associations de bénévoles d'accompagnement. Des aides professionnelles, aides à domicile ou auxiliaires de vie, doivent être proposées afin d'éviter l'épuisement des aidants. La mise en œuvre de discussions anticipées et le soutien aux proches aidants sont organisés. Une hospitalisation directe dans un service adapté est proposée lorsque la situation le requiert.

• **Si l'état de santé est stable ou non complexe** : les soins palliatifs sont délivrés par les professionnels de santé habituels. Le médecin traitant assure le suivi médical, en lien avec les infirmiers et les autres acteurs de l'équipe de santé de proximité, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), et les autres médecins référents qui prennent en charge habituellement la personne malade.

• **Si l'état de santé se complexifie** : les professionnels de santé habituels peuvent faire appel aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou aux équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) selon l'âge de la personne malade. Dans des cas complexes nécessitant des soins plus techniques, plus fréquents ou continus, une hospitalisation à domicile (HAD) peut être mise en place.

À l'hôpital

Lorsque l'état de santé de la personne malade le nécessite ou si son environnement de vie ne permet pas le maintien au domicile, il est possible qu'une hospitalisation soit nécessaire :

- **Si l'état de santé est stable ou non complexe** : les soins palliatifs peuvent être délivrés par le service hospitalier qui la prend habituellement en charge (ex : oncologie, cardiologie, pneumologie, néphrologie, neurologie, gériatrie, médecine, etc.). Ces services peuvent faire appel, selon l'âge de la personne malade, à une EMSP ou une ERRSPP, pour obtenir un appui ou des conseils spécialisés.
- **Si l'état de santé nécessite des soins palliatifs renforcés** : la personne malade peut être prise en charge dans un lit identifié de soins palliatifs (LISP).
- **Si l'état de santé est complexe ou nécessite une approche plus experte** : elle peut être transférée dans une unité de soins palliatifs (USP).

Quel que soit le lieu

La prise en charge palliative comprend obligatoirement l'évaluation des besoins de soins et d'accompagnement de la personne et de ses proches, la mise en place d'un projet personnalisé de vie et de soins, le traitement des questions d'ordre éthique, la formation et le soutien des soignants impliqués. La programmation plus précoce des soins palliatifs dans les parcours de santé participe directement de l'amélioration de la prise en charge de cette période de vie.

1. OMS, 2002 2. Code de la santé publique, article L1110-5

Schéma de l'offre graduée de soins palliatifs en France selon l'état de santé de la personne malade, à domicile et à l'hôpital

GRADATION DES SOINS SELON LA SITUATION DE LA PERSONNE MALADE	LIEU DE VIE ET DE SOINS	
	Domicile (prise en charge ambulatoire)	Etablissements de santé avec hébergements
	Domicile privé, maison de répit, établissement social et médico-social (EHPAD, FAM, MAS, lit halte soin santé, lit d'accueil médicalisé, appartement de coordination thérapeutique, etc.) ou autre (prison, etc.)	Etablissement public, privé non lucratif et privé lucratif
Niveau 1 Situation stable et non complexe et/ou nécessitant des ajustements ponctuels	Equipe pluriprofessionnelle de santé de proximité, organisée autour du binôme médecin généraliste et infirmier + Aides à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	Lits en MCO, SSR et USLD +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
Niveau 2 Situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire	Professionnels du niveau 1 + Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* Ou HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	LISP (en MCO et SSR) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
Niveau 3 Situation à complexité médico-psycho-sociale forte /instable	Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* + HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 Ou Professionnels du niveau 2 si coordination et mobilisation au lit du malade effective et médicalisée 24h/24h	USP (en MCO et SSR) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) en prévision du déploiement du projet de vie et de soins au-delà du séjour hospitalier

*Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) à domicile :

- En niveau 1 : avis ponctuel (parcours, expertise)
- En niveau 2 : aide à la coordination/expertise pouvant inclure des visites à domicile auprès de la personne malade
- En niveau 3 : appui en qualité d'expertise

Les structures de soins palliatifs

Ce sont des structures ou dispositifs hospitaliers en capacité d'accomplir une démarche palliative adaptée, en adéquation avec le niveau de complexité requis et en articulation avec l'ensemble des intervenants composant l'équipe interdisciplinaire et pluriprofessionnelle :

L'établissement d'hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne (chez elle ou dans un établissement social ou médico-social : EHPAD, MAS, FAM, LHSS, LAM, etc.). L'HAD dispose des compétences nécessaires pour délivrer une prise en charge palliative à domicile. A défaut, elle s'appuie sur une équipe mobile (EMSP) ou une équipe ressource pédiatrique (ERRSPP). L'HAD peut être prescrite lorsque la personne malade nécessite des soins complexes sur le plan médico-psycho-social, une technicité spécifique, une instabilité médicale particulière ou lorsque la charge en soins est importante. Elle peut intervenir en complément d'un SSIAD. Elle veille à maintenir en son sein l'équipe de soins ordinaires de la personne malade.

Le lit identifié de soins palliatifs (LISP)

Le lit identifié de soins palliatifs (LISP) offre une prise en charge spécialisée en soins palliatifs, dans un service d'hospitalisation fréquemment confronté à des fins de vie mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. L'individualisation de LISP au sein d'un service permet d'apporter des soins palliatifs adaptés grâce à une organisation spécifique et au renforcement des compétences en soins palliatifs des équipes médicales et paramédicales. Les soins médicaux et d'accompagnement sont en général prodigués par les équipes ayant pris en charge les soins liés à la maladie initiale.

L'unité de soins palliatifs (USP)

L'unité de soins palliatifs (USP) est un service dont les lits sont totalement dédiés à la prise en charge palliative et à l'accompagnement de la fin de vie, à la fois lieu de soins et lieu de vie pour la personne malade et ses proches. L'USP accueille de façon temporaire ou permanente des personnes atteintes de maladie grave, évolutive,

mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, lorsque la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ayant des compétences spécifiques ou lorsque les personnes malades ne peuvent plus être suivies à domicile, en établissement médico-social, ou dans leur service hospitalier d'origine. L'USP assure une triple mission de soins, de recherche et de formation des soignants.

Les structures d'appui en expertise palliative

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) se compose de médecins, infirmiers, psychologues, etc., dont le rôle ne réside pas d'abord dans la dispensation de soins mais dans le soutien et l'apport d'expertise auprès des équipes soignantes et des professionnels qui font appel à eux pour prendre en charge des personnes malades en soins palliatifs ou en situation de fin de vie. Elle intervient au sein des services hospitaliers, des établissements sociaux et médico-sociaux ou encore à domicile. Elle peut être rattachée à un établissement de santé ou à une structure territoriale (par exemple, une association portant par ailleurs un Dispositif d'Appui à la Coordination DAC). L'EMSP peut se déplacer à la demande des personnes malades, de leur entourage ou des soignants et intervient ainsi dans les différents lieux de soins et de vie. Du fait de ses missions, elle participe à la sensibilisation des professionnels et à la formation des différents intervenants en soins palliatifs et en accompagnement de la fin de vie.

L'équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)

L'ERRSPP est une équipe multidisciplinaire et interprofessionnelle qui a un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes et des professionnels de soins, à qui elle apporte son expertise en matière de prise en charge palliative des nouveau-nés, enfants et adolescents et de leurs proches, ainsi qu'en matière de gestion des symptômes. L'ERRSPP contribue à l'intégration et à l'anticipation de la démarche palliative dans la pratique de l'ensemble des professionnels confrontés à la fin de vie en pédiatrie. En collaboration avec les équipes référentes, elle intervient à l'échelle régionale et exerce une activité intra et extrahospitalière, incluant les structures médico-sociales et les interventions à domicile. Elle contribue à la formation et à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques.

L'appui territorial de soins palliatifs

L'appui territorial de soins palliatifs est accessible à l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge des personnes relevant d'une démarche palliative à domicile. C'est une organisation s'appuyant sur les ressources territoriales (équipes mobiles de soins palliatifs, HAD, unité de soins palliatifs, médecins formés en soins palliatifs, etc.) et offrant une permanence d'appui et d'expertise téléphonique en semaine et si possible les week-ends et le soir/nuit. L'appui de soins palliatifs offre des conseils thérapeutiques, facilite l'orientation dans le parcours de soin et appuie la collégialité dans les situations aiguës qui le nécessitent.

Les structures de coordination territoriale

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est un dispositif d'information, d'orientation et d'appui à la population et aux professionnels de santé et médico-sociaux pour l'accompagnement des personnes malades en situations complexes, dont les situations palliatives. Créé en 2022, il a vocation à succéder aux réseaux et plateformes territoriales d'appui (PTA). Les DAC aident les professionnels et les orientent vers les personnels et équipes compétents.

Les structures d'animation et de ressources

La cellule d'animation régionale de soins palliatifs

À l'échelle régionale, elle participe à la structuration, à l'organisation et au développement de la filière palliative et de l'accompagnement de la fin de vie. Elle exerce des missions d'élaboration de diagnostics territoriaux et d'amélioration de la lisibilité de l'offre. Elle anime les relations avec les acteurs de soins palliatifs. Elle les mobilise, les fédère et les soutient dans le cadre de leurs activités et de leurs projets de développement des soins palliatifs. Elle contribue ainsi à l'animation de la filière palliative et à la coordination des acteurs. Elle diffuse la culture palliative et participe à l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles. Elle informe sur les soins palliatifs et communique en relai des actions conduites au niveau national.

À l'échelle nationale, les cellules d'animation régionales de soins palliatifs sont identifiées parmi les parties prenantes que les ARS peuvent solliciter pour contribuer aux travaux conduits dans le cadre des plans nationaux de santé publique.

Le Centre national des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

Le Centre national des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie, parmi ses missions, met à disposition du public comme des professionnels, de nombreuses ressources en ligne dont un annuaire de géolocalisation des structures de soins palliatifs et de fin de vie et le présent Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie.

Les structures d'accompagnement

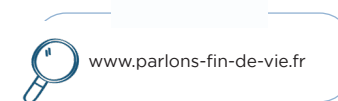
Les bénévoles d'accompagnement

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les forment, peuvent, avec l'accord de la personne malade ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins du domicile, de l'hôpital ou l'Établissement ou service Social ou Médico-Social (ESMS). Ils participent à l'accompagnement et confortent l'environnement psychologique et social de la personne malade et de son entourage.

Les associations représentant les usagers du système de santé

Les représentants d'usagers du système de santé sont missionnés pour faire valoir les droits des personnes et participer à l'élaboration des décisions de santé publique. À ce titre, les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004 relatives aux droits des malades et à la politique de santé publique ont institué, après concertation avec les associations intéressées, un agrément des associations de malades et d'usagers du système de santé³. Les associations d'usagers portent des actions pour faciliter l'accompagnement des patients en fin de vie et leurs proches et forment des représentants d'usagers pour assurer la défense de leurs droits.

3. Code de la santé publique, article L.1114-1 à L.1114-7



03.1

À l'hôpital

Offre sanitaire générale



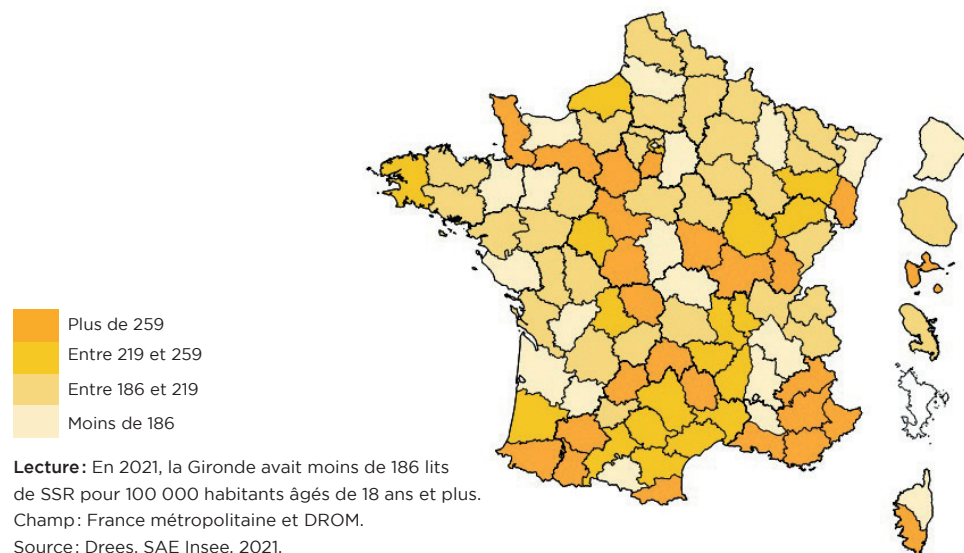
En 2021, la France comptait :

345 lits de MCO pour 100 000 habitants,
soit 195 243 lits

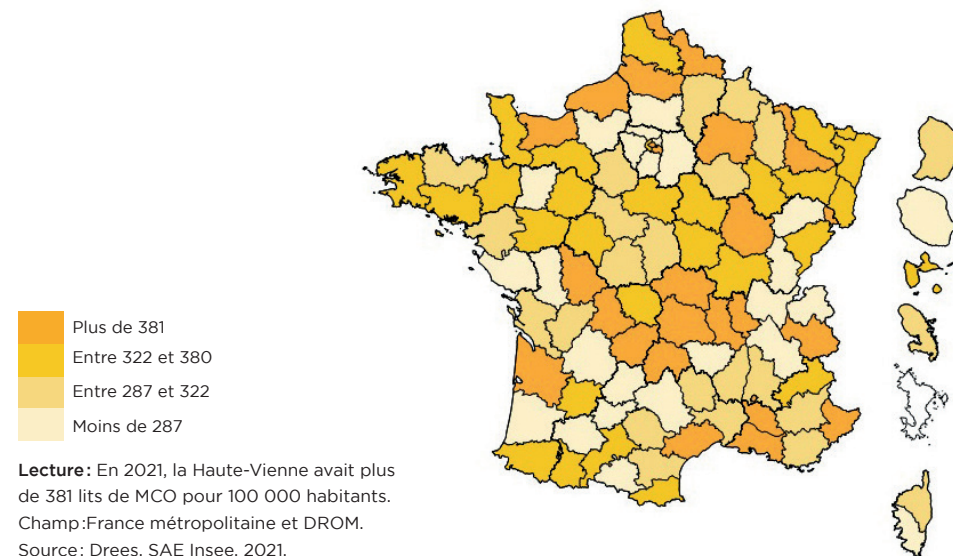
**219 lits de SSR pour 100 000 habitants âgés
de 18 ans et plus,** soit 115 175 lits

**4,8 lits d'USLD pour 1 000 habitants âgés
de 75 ans et plus,** soit 30 263 lits

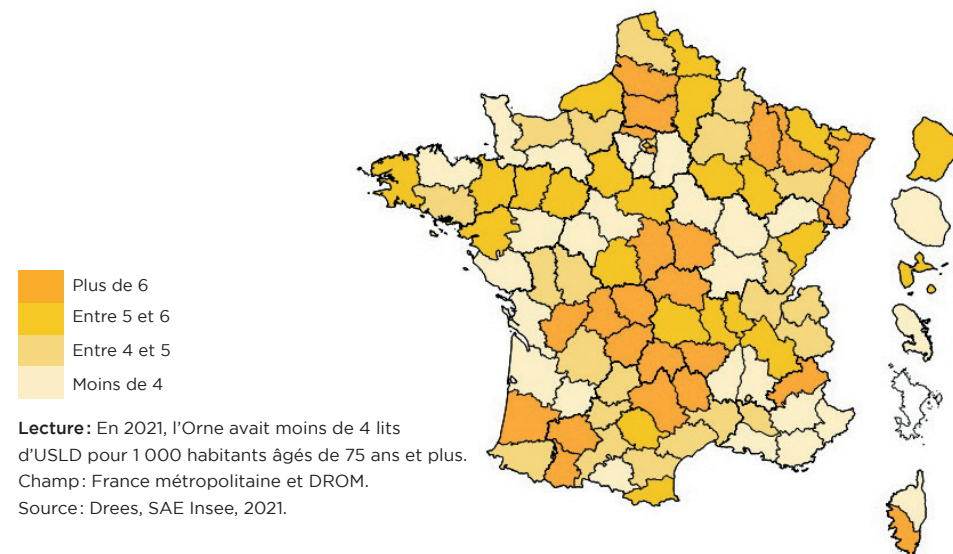
Nombre de lits de SSR pour 100 000 habitants âgés de 18 ans et plus



Nombre de lits de MCO pour 100 000 habitants



Nombre de lits d'USLD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus

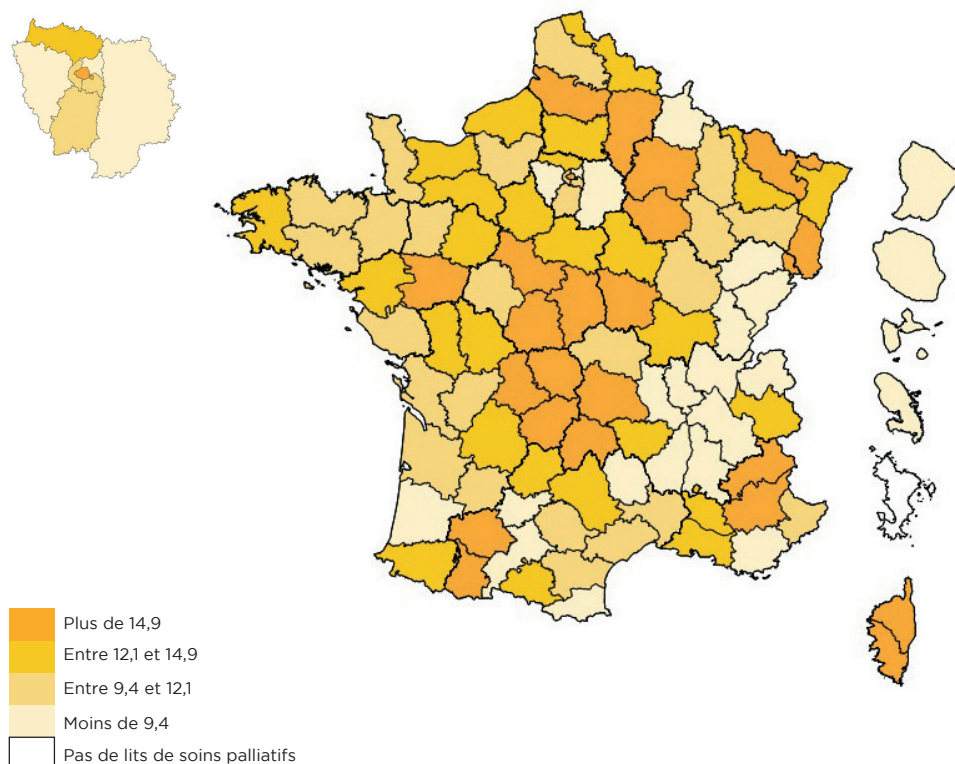


Les lits de soins palliatifs

 Fin 2021, la France comptait **7 546 lits hospitaliers en soins palliatifs**. Un quart d'entre eux sont dans des USP, les autres sont des LISP. Au total, cela représente 11,1 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants.

Sources : Drees, SAE 2021.


Nombre de lits de soins palliatifs (LUSP + LISP) pour 100 000 habitants en 2021



Lecture : Fin 2021, la Creuse avait plus de 14,9 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants

Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

* Mayotte ne dispose pas d'USP mais possède une équipe mobile configurée pour apporter prise en charge et expertise, y compris sur le plan pédiatrique.

 Fin 2021, **l'ensemble des départements français disposait de structures hospitalières dédiées à la prise en charge palliative***.

Les lits de soins palliatifs



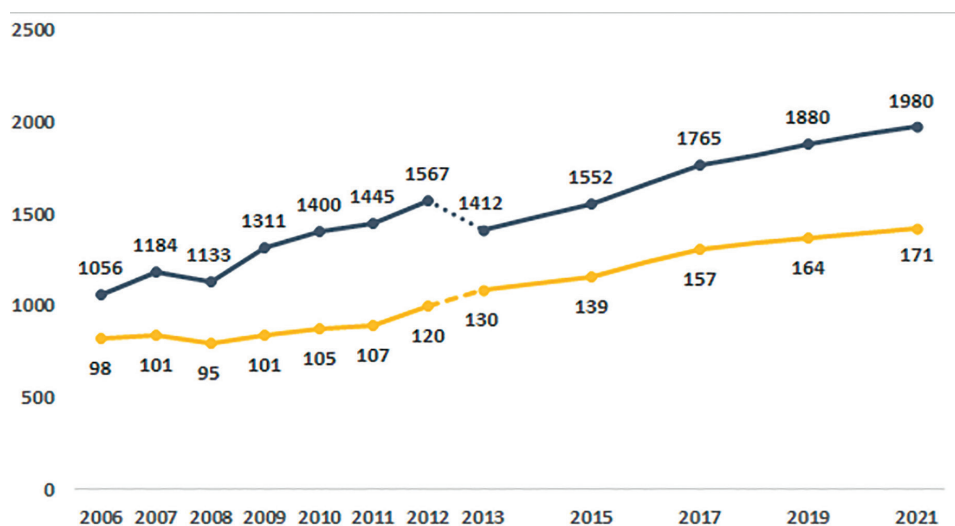
Fin 2021, la France comptait :

171 USP totalisant **1 980 LUSP** : **10 USP** étaient en SSR,

5 566 LISP répartis dans **904 établissements** : **1 lit sur 4** était en SSR.

Sources : Drees, SAE 2021.

Évolution du nombre d'USP et de LUSP entre 2006 et 2021



— Nombre de LUSP — Nombre d'USP

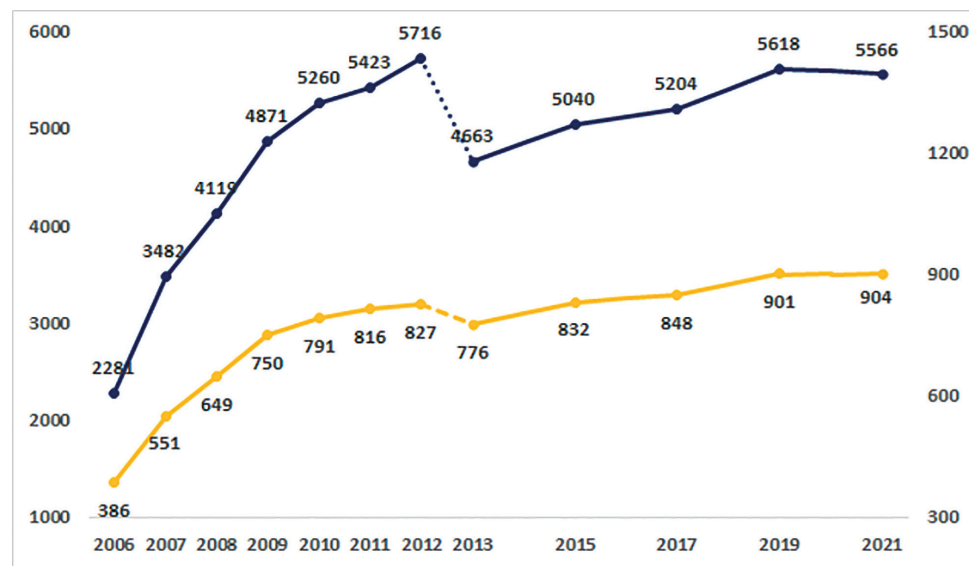
Lecture : Fin 2021, la France comptait 171 USP pour un total de 1 980 lits.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Sources : Drees, SAE 2006 à 2021.

NB : L'enquête SAE a connu une refonte en 2013 (Cf. Méthodologie).

Évolution du nombre de LISP et d'établissements disposant de LISP entre 2006 et 2021



— Nombre de LISP — Nombre d'établissement ayant des LISP

Lecture : Fin 2021, la France comptait 5 566 LISP répartis dans 904 établissements.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Sources : Drees, SAE 2006 à 2021.

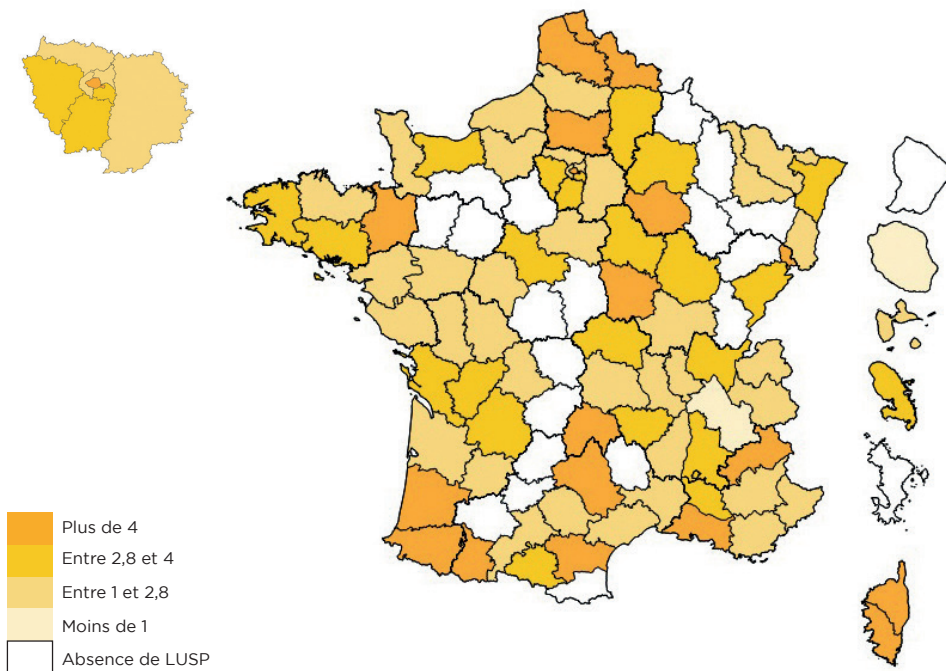
NB : L'enquête SAE a connu une refonte en 2013 (Cf. Méthodologie).



Fin 2021, la France était dotée de **2,9 LUSP** pour 100 000 habitants.

Des disparités territoriales persistent sur le territoire français : **21 départements n'ont pas d'USP** : Ardennes, Cher, Corrèze, Creuse, Eure-et-Loir, Gers, Indre, Jura, Lot, Lozère, Haute Marne, Mayenne, Meuse, Orne, Pyrénées-Orientales, Haute-Saône, Sarthe, Tarn et Garonne, Vosges, Guyane, Mayotte.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants fin 2021



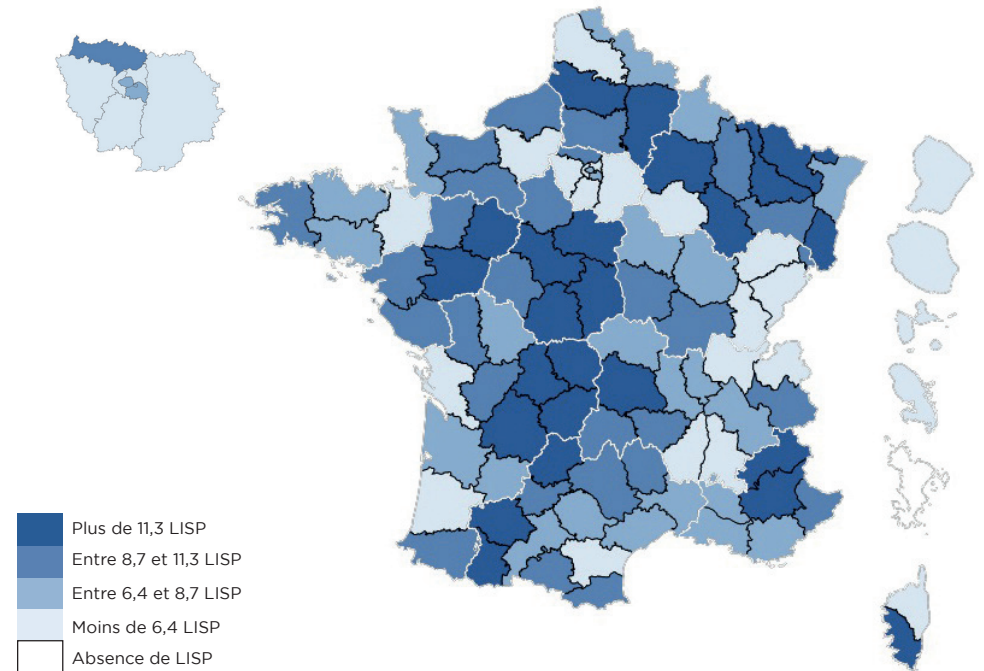
Lecture : Le département de Corse du Sud dispose de plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants.
 Champ : France métropolitaine et DROM.
 Sources : Drees SAE 2021 ; Insee, 2021.



Fin 2021, la France était dotée de **8,2 LISP** pour 100 000 habitants.

Cependant, ces départements ont pour la majorité une offre en LISP bien développée. En effet, 80 d'entre-eux ont une dotation en LISP supérieure ou égale à la moyenne nationale.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants fin 2021



Lecture : Le département du Pas-de-Calais dispose de moins de 6,4 LISP pour 100 000 habitants.
 Champ : France métropolitaine et DROM.
 Sources : Drees SAE 2021 ; Insee, 2021.

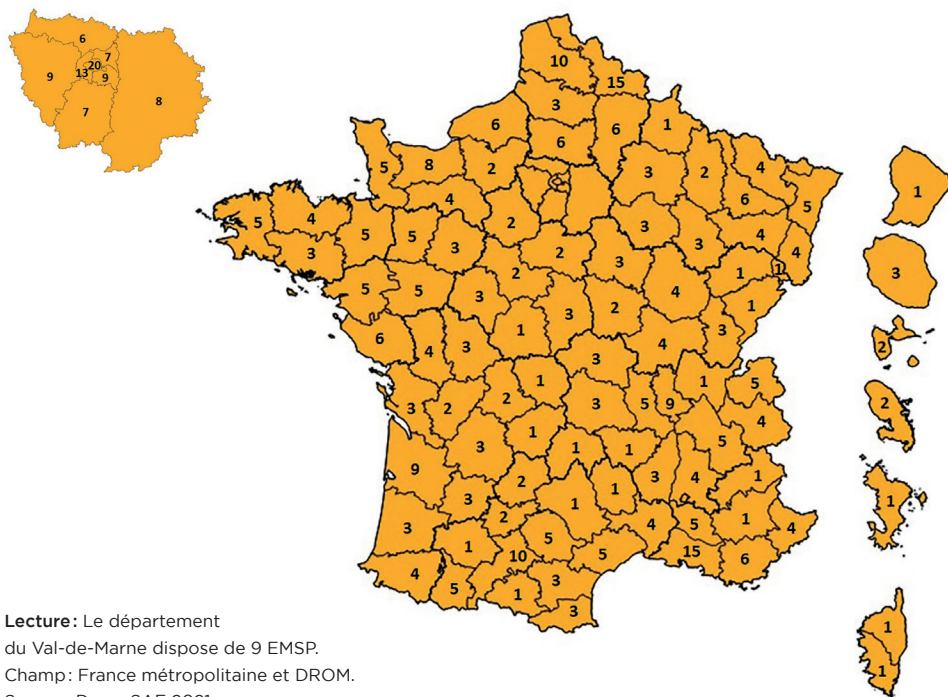
Les EMSP et ERRSPP



Fin 2021, la France comptait **420 EMSP**.

Source : Drees SAE 2021.

Nombre d'EMSP par département fin 2021



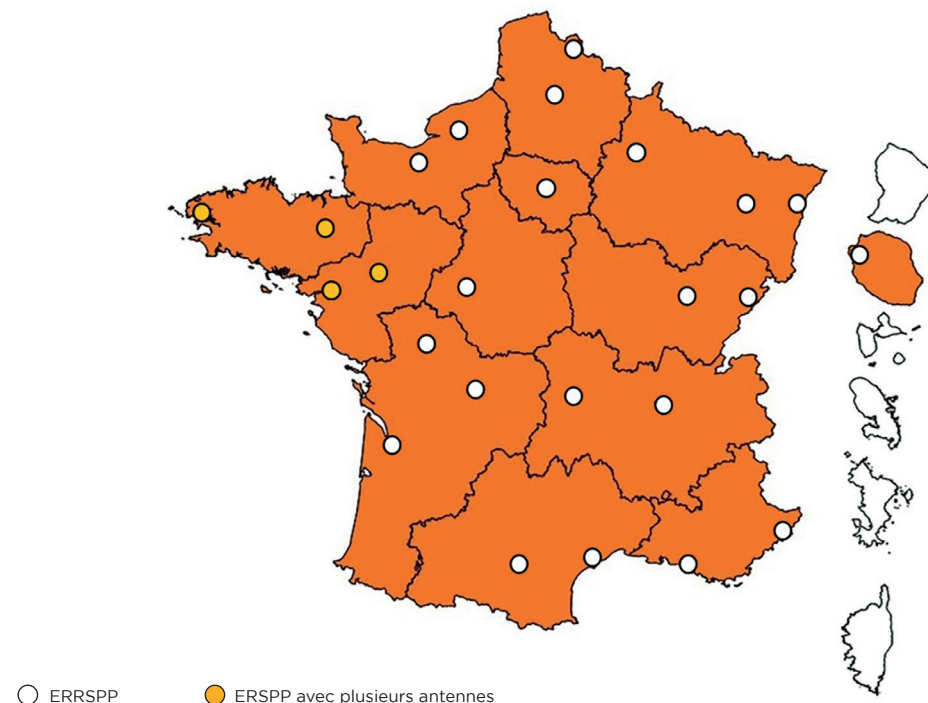
Lecture : Le département du Val-de-Marne dispose de 9 EMSP.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : Drees SAE 2021.



Fin 2021, la France comptait **23 ERRSPP**.

Source : 2SPP, 2022.

Cartographie des ERRSPP en 2022



○ ERRSPP ● ERRSPP avec plusieurs antennes

Lecture : La région Centre Val-de-Loire dispose d'une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques.
Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : 2SPP, 2022.



17 % des interventions des EMSP sont réalisées en dehors de l'hôpital (domicile, EHPAD, etc.), soit **8 % de plus** depuis 2013.

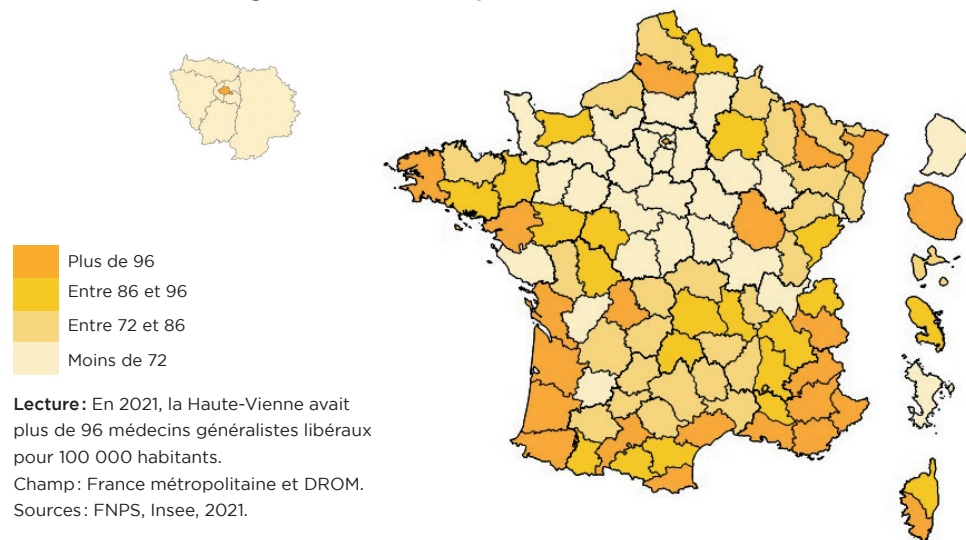
03.2

À domicile

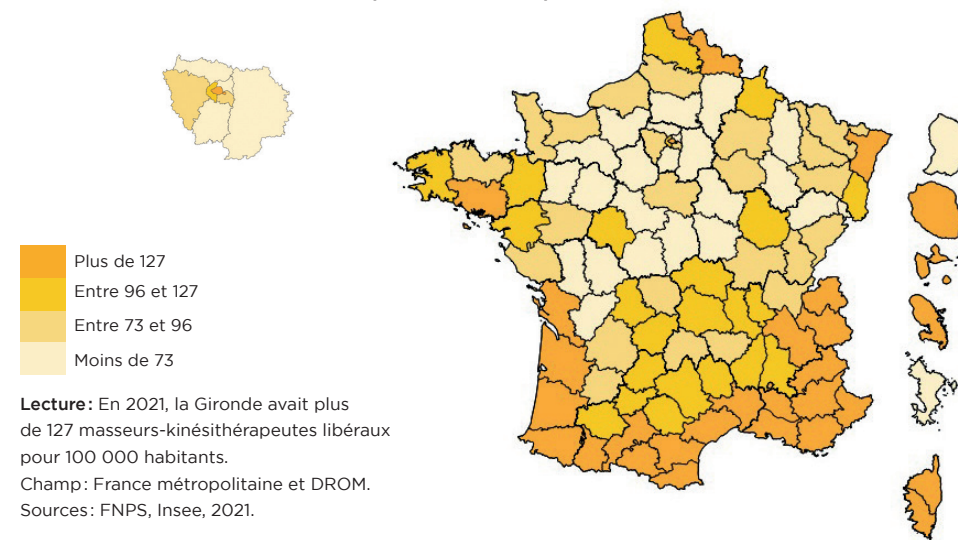


En 2021, en activité libérale, la France disposait de **85 médecins généralistes**, de **152 infirmiers**, de **112 masseurs-kinésithérapeutes** et de **45 psychologues** pour 100 000 habitants.

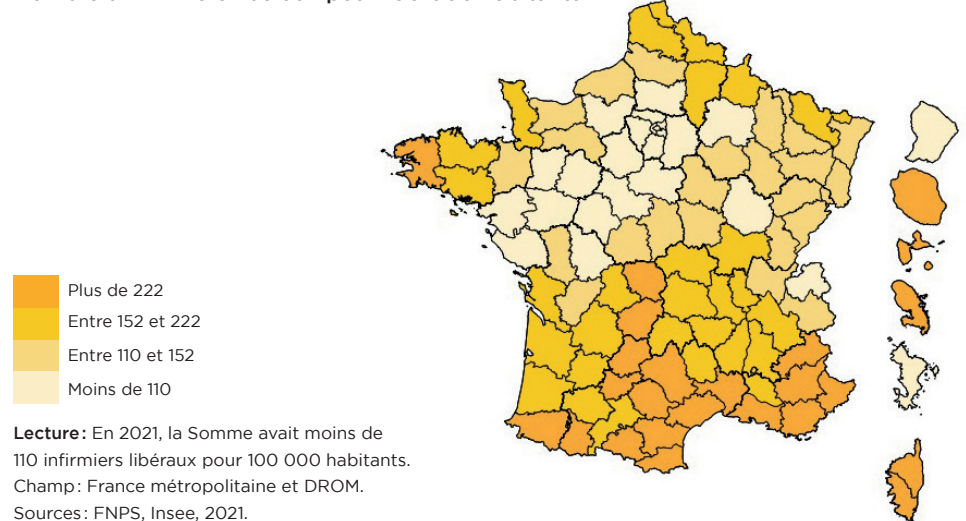
Nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants



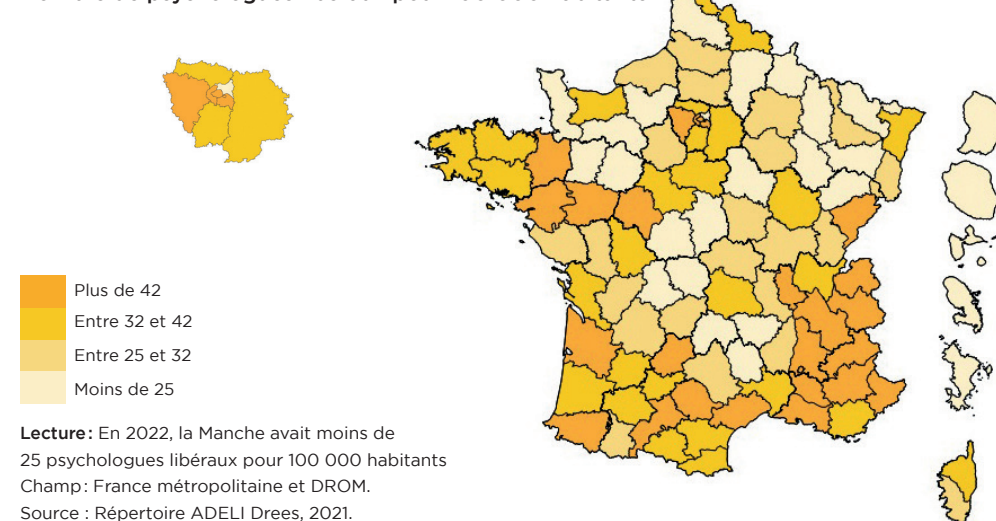
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants



Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants



Nombre de psychologues libéraux pour 100 000 habitants



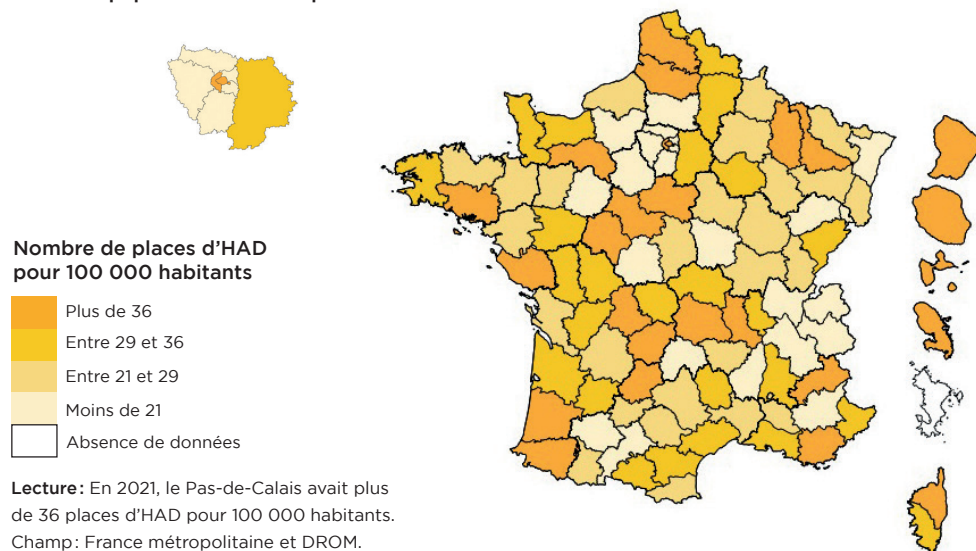


En 2021, la France disposait de :

34 places d'HAD pour 100 000 habitants,

19 places en SSIAD/SPASAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Taux d'équipement en HAD pour 100 000 habitants



Nombre de places d'HAD pour 100 000 habitants

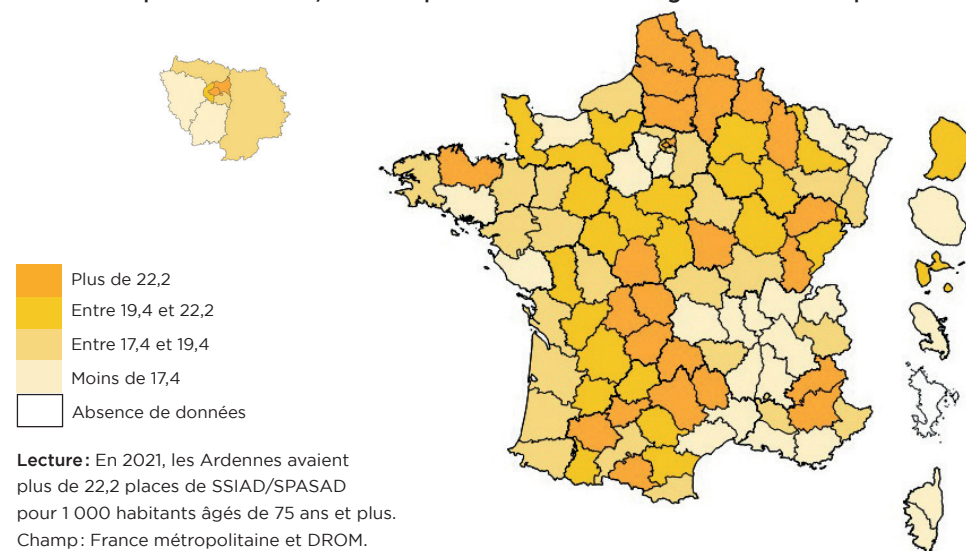
- Plus de 36
- Entre 29 et 36
- Entre 21 et 29
- Moins de 21
- Absence de données

Lecture : En 2021, le Pas-de-Calais avait plus de 36 places d'HAD pour 100 000 habitants.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Sources : Drees, SAE Insee, 2021.

Nombre de places en SSIAD/SPASAD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus



- Plus de 22,2
- Entre 19,4 et 22,2
- Entre 17,4 et 19,4
- Moins de 17,4
- Absence de données

Lecture : En 2021, les Ardennes avaient plus de 22,2 places de SSIAD/SPASAD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus.

Champ : France métropolitaine et DROM.

Sources : Drees, Finess Insee, 2021.

04

Parcours de fin de vie

04.1 À l'hôpital	47
Fin de vie à l'hôpital	48
Fin de vie en LUSP et en LISP	49
04.2 À domicile	51
Fin de vie en HAD	52
Fin de vie en EHPAD	54
Fin de vie en USLD et en résidence autonomie	56

04.1

À l'hôpital

Fin de vie à l'hôpital

Combien de personnes décèdent à l'hôpital (MCO et SSR) ?



En 2019, **53 % des décès se sont produits à l'hôpital**, soit 330 439 personnes.

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

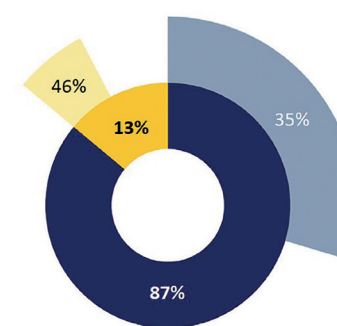
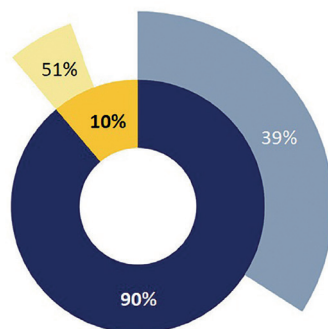


Parmi les personnes décédées en milieu hospitalier en 2019, **près des 2/3 étaient âgées de 75 ans et plus**, soit 206 569 personnes.

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

Source: ATIH, PMSI 2019.

Répartition des décès selon le type d'établissement (MCO et SSR) en 2019 et part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant leur décès, en population générale et chez les personnes âgées de 75 ans et plus



Décès hospitaliers



Codage « soins palliatifs »



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 (voir page Fin de vie en HAD).
- Consultez le chapitre Méthodologie pour en savoir plus sur le codage « soins palliatifs ».

Lecture :

- 87 % des décès hospitaliers des personnes de 75 ans et plus se sont produits en MCO, et 13 % en SSR.
 - 35 % des personnes de 75 ans et plus décédées en MCO ont reçu un codage « soins palliatifs » au cours de l'année précédant le décès et 46 % en SSR.
- Champ : France métropolitaine et DROM.
Source : ATIH, PMSI 2019.

Fin de vie en USP et en LISP

Sources : ATIH, PMSI 2019.

 En 2019, **23 %** des patients décédés en milieu hospitalier sont **décédés dans un LUSP (1/3) ou dans un LISP (2/3)**.

Prise en charge en USP en 2019 :

43 157 séjours ont été effectués en USP, dont **13 % en SSR**.

En moyenne, les séjours ont duré **17,4 jours**.

Au total, **37 189 patients** ont été pris en charge.

Ils étaient en moyenne âgés de **72,7 ans**.

1 patient sur 10 a fait plusieurs séjours.

4 patients sur 5 sont décédés au cours du séjour en USP.

Prise en charge en LISP en 2019 :

138 227 séjours ont été effectués en LISP, dont **11 % en SSR**.

En moyenne, les séjours ont duré **14,7 jours**.

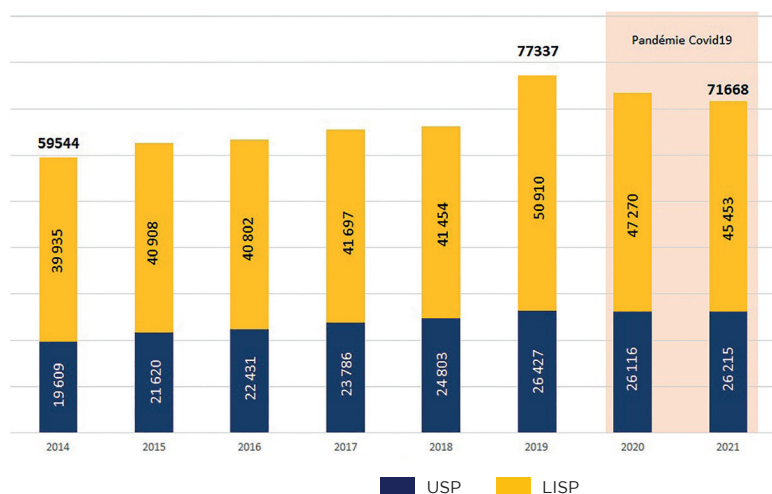
Au total, **114 231 patients** ont été pris en charge.

Ils étaient en moyenne âgés de **71,9 ans**.

14 % des patients ont fait plusieurs séjours.

45 % sont décédés au cours du séjour en LISP.

Évolution du nombre de décès en USP et en LISP entre 2014 et 2021

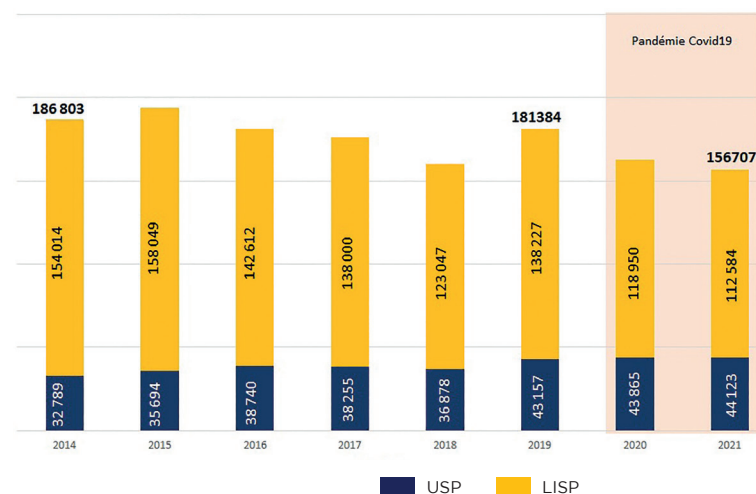


Lecture : En 2019, 26 427 personnes sont décédées en USP et 50 910 en LISP.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Sources : ATIH, PMSI 2014 à 2021.

Évolution du nombre de séjours en LUSP et en LISP entre 2014 et 2021



Lecture : En 2019, il y a eu 43 157 séjours en USP et 138 227 en LISP.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Sources : ATIH, PMSI 2014 à 2021.

04.2

À domicile

Mortalité en HAD :



En 2019,

27 513 patients sont décédés en HAD, soit 5 % de l'ensemble des décès,

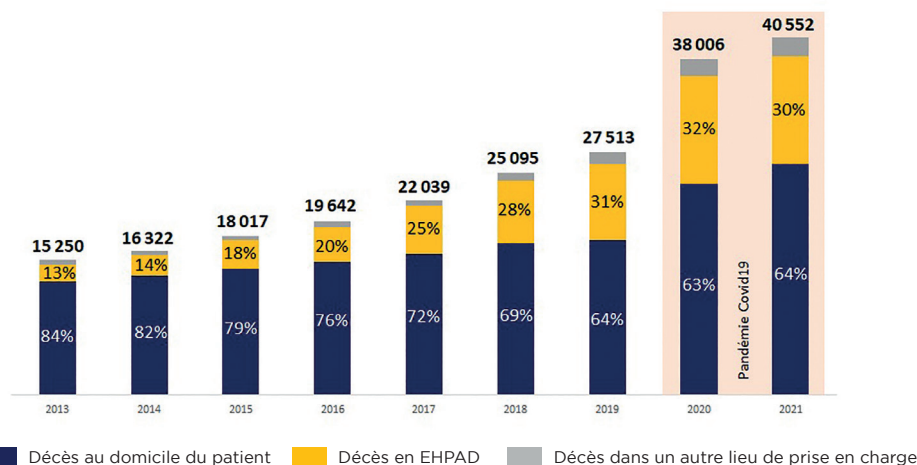
Ces patients sont en moyenne décédés à l'âge de **80 ans** (plus de 2/3 étaient âgés de 75 ans et plus),

La durée moyenne du séjour de décès était de **30,6 jours**

89 % des patients ont reçu des soins palliatifs lors de leur séjour de décès.

Deux patients sur trois étaient pris en charge à leur domicile et un sur trois en EHPAD.

Évolution du nombre de décès en HAD selon le lieu de prise en charge entre 2013 et 2021

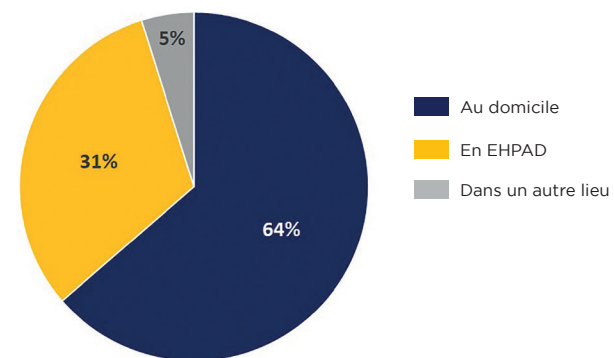


Lecture : En 2019, 27 513 personnes sont décédées en HAD.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Sources : ATIH, PMSI 2013 à 2021.

Répartition des lieux de prise en charge par l'HAD lors des séjours de décès en 2019



Lecture : En 2019, 64 % décès lors d'une prise en HAD ont eu lieu à domicile.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Sources : ATIH, PMSI 2019.

Note méthodologie : On entend par domicile la « résidence personnelle » du patient et par autre lieu l'ensemble des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ex. : lits haltes soins santé, lits d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutique, etc.).

Prise en charge palliative en HAD :



En 2019,

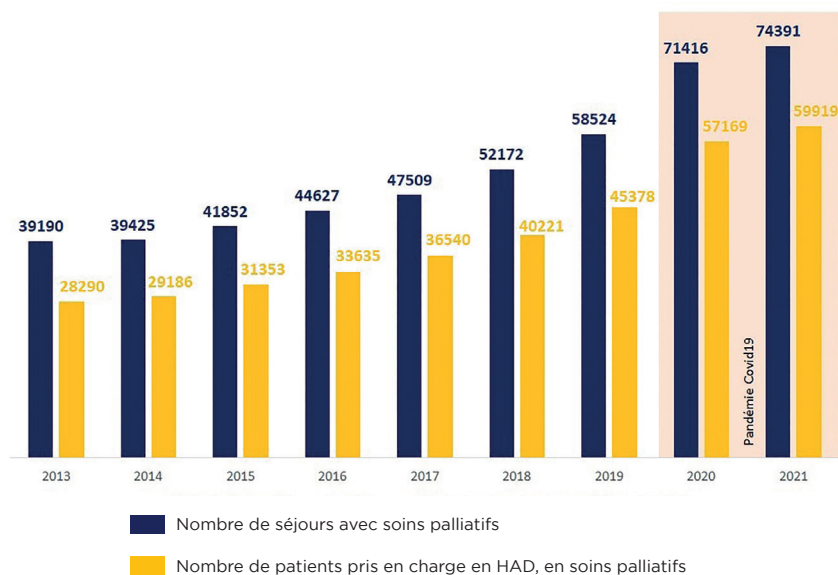
Près d'un tiers de l'activité totale réalisée en HAD concernait une prise en charge palliative, soit **1,9 millions de journées**.

58 524 séjours de soins palliatifs ont été effectués, soit un quart des séjours en HAD (+ 50 % depuis 2013).

Près de la moitié de ces séjours se terminent par un décès.

45 378 patients ont bénéficié de soins palliatifs en HAD (+ 60 % depuis 2013).

Évolution du nombre de séjours avec soins palliatifs et de patients pris en charge en soins palliatifs en HAD entre 2013 et 2021

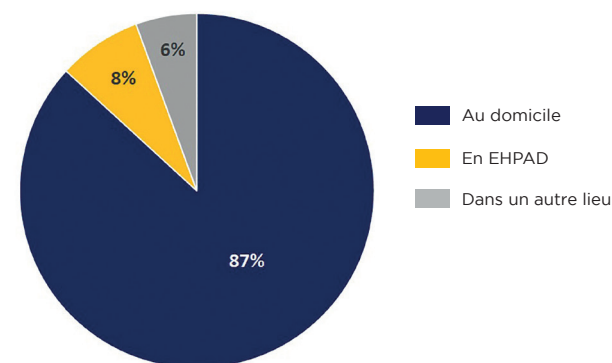


Lecture : En 2019, il y a eu 58 524 séjours avec une prise en charge palliative et 45 378 patients pris en charge en soins palliatifs lors d'une prise en charge en l'HAD

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Sources : ATIH, PMSI 2013 à 2021.

Répartition des lieux de prise en charge par l'HAD lors des séjours de soins palliatifs en 2019



Lecture : En 2019, 87 % des séjours de soins palliatifs en HAD ont eu lieu à domicile et 8 % en EHPAD.

Champ : France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Sources : ATIH, PMSI 2019.

Note méthodologique : Calcul à partir du nombre de journées.

Note méthodologie : On entend par domicile la « résidence personnelle » du patient et par autre lieu l'ensemble des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ex. : lits haltes soins santé, lits d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutique, etc.).

Fin de vie en EHPAD

Source : Drees, enquête EHPA 2019

Champ : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents.

Caractéristiques des résidents en EHPAD

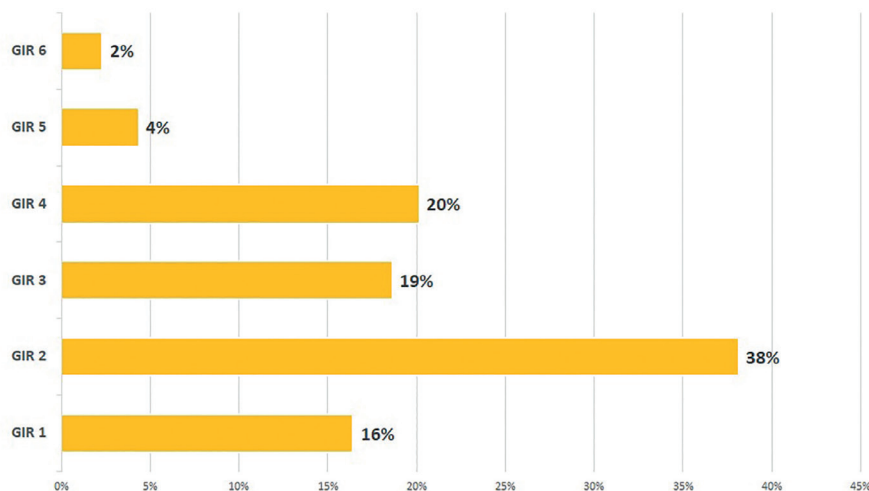
En France, fin 2019 :

- **594 700 personnes résidaient en EHPAD**, soit 0,9 % de la population générale,
- **8 %** des personnes âgées de 75 ans et plus résidaient en EHPAD,
- **29 %** de la population âgée de 90 ans et plus résidaient en EHPAD.

Parmi l'ensemble des résidents en EHPAD :

- **Près des trois quarts** des résidents en EHPAD sont des **femmes**,
- **89 %** étaient âgées de 75 ans et plus,
- **41 %** étaient âgées de 90 ans et plus,
- **39 %** étaient atteints d'une maladie neuro-dégénérative,
- **Plus de la moitié** ont une forte perte d'autonomie.

Répartition des résidents d'EHPAD selon leur GIR



Lecture : En 2019, 16 % des résidents en EHPAD sont dans le groupe iso-ressources 1 (GIR 1), c'est-à-dire en très forte perte d'autonomie.

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

Caractéristiques des EHPAD

Fin 2019, la France disposait de **7 400 EHPAD**, soit une capacité totale d'accueil de **610 500 personnes**.

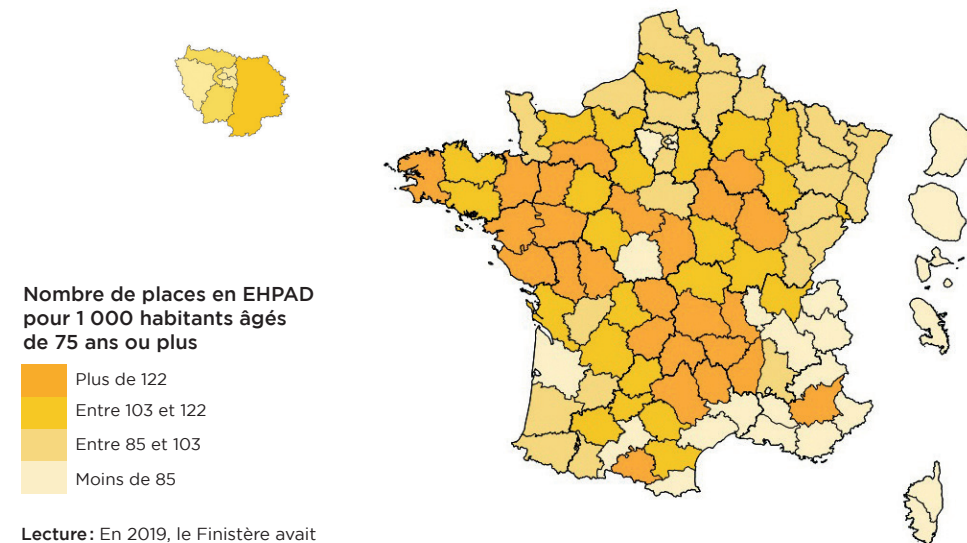
Au total, cela représente une capacité d'accueil de **97 places en EHPAD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus**.



Pour en savoir plus : Balavoine A. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Etudes et résultats, 1237.

<https://drees.solidarités-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-résultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>

Taux d'équipement en EHPAD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus



Lecture : En 2019, le Finistère avait plus de 122 places en EHPAD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus.

Mortalité en EHPAD



En 2019, **158 700 résidents sont décédés**, soit 26 % de l'ensemble des décès :

- 77 % sont réellement décédés au sein d'un EHPAD ;
- 23 % lors d'une hospitalisation ;

34 % des résidents décédés avaient une maladie neuro-dégénérative.

Prise en charge palliative en EHPAD



72 % des EHPAD mettent en place **des prescriptions anticipées personnalisées.**

91 % des établissements informent les résidents sur la possibilité d'être accompagnés **pour rédiger leurs directives anticipées.**

12 % des EHPAD ont au moins un infirmier présent 24h/24 et 7j/7.

Prise en charge palliative en EHPAD par une HAD



En 2019 :

Plus de 140 000 journées de prise en charge palliative ont été effectuées par des établissements d'HAD en EHPAD

Près de 9 000 résidents ont bénéficié d'une prise en charge palliative par un établissement au moment de leur décès

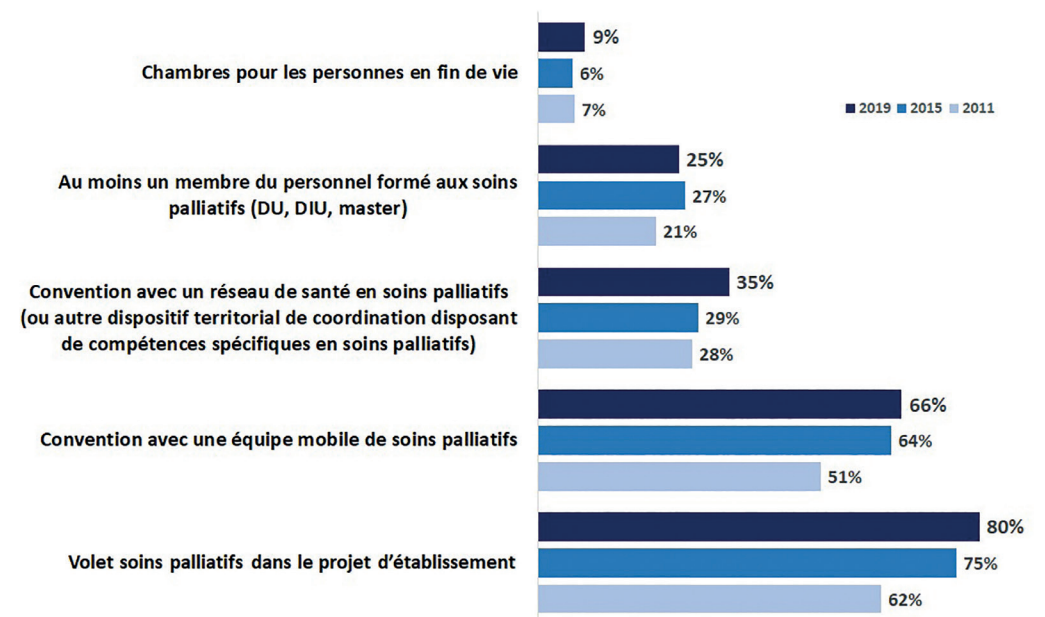
Sources : ATIH, PMSI 2019.



La culture palliative se développe en EHPAD :

- **l'élaboration d'un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement concerne 80 % des EHPAD en 2019** (contre 62 % en 2011) ;
- **Deux tiers des EHPAD ont signé une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs** (contre la moitié en 2011) ;
- Des mesures récentes (PLFSS 2022 et 2023) permettent le **financement d'infirmiers de nuit et ainsi d'assurer la continuité des soins en EHPAD.**

Développement de la culture palliative en EHPAD entre 2011 et 2019



Fin de vie en USLD et en résidence autonomie

En unités de soins longue durée (USLD)

Caractéristiques des patients

En France, au 31 décembre 2019 :

- **29 800 personnes** étaient hospitalisées en USLD.

Parmi l'ensemble des patients en USLD :

- **63 %** étaient des femmes,
- **77 %** étaient âgés de 75 ans et plus,
- **27 %** étaient âgés de 90 ans et plus,
- **80 %** étaient en forte perte d'autonomie (GIR 1 ou 2).

Mortalité



En 2019, **14 000 personnes** sont décédées en USLD, soit **2,3 %** de l'ensemble des décès

Prise en charge de la fin de vie

- **80 %** ont une convention avec une **équipe mobile de soins palliatifs**,
- **39 %** ont une convention avec un **réseau de soins palliatifs**,
- **24 %** des établissements disposent de **chambres pour les personnes en fin de vie**,
- **80 %** ont un **volet soins palliatifs dans le projet d'établissement**,
- **73 %** mettent en place des **prescriptions anticipées personnalisées**,
- **85 %** des établissements **informent** les résidents sur la possibilité **d'être accompagnés pour rédiger leurs directives anticipées**.

En résidence autonomie

Caractéristiques des résidents

En France, au 31 décembre 2019 :

- **99 600 personnes** vivaient dans une résidence autonomie.

Parmi l'ensemble des personnes vivant dans une résidence autonomie :

- **72 %** étaient des femmes,
- **77 %** étaient âgés de 75 ans et plus,
- **24 %** étaient âgés de 90 ans et plus,
- **75 %** des résidents n'avaient pas de perte d'autonomie

Mortalité



En 2019, **5 600 personnes** sont décédées dans une **résidence autonomie**, soit **1 %** de l'ensemble des décès

Prise en charge de la fin de vie

- **11 %** avaient une convention avec une **équipe mobile de soins palliatifs**,
- **8 %** avaient une convention avec un **réseau de soins palliatifs**.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Sources : Drees, enquête EHPA 2019.

05

Profils régionaux

Auvergne-Rhône-Alpes	58
Bourgogne-Franche-Comté	60
Bretagne	62
Centre-Val de Loire	64
Corse	66
Grand Est	68
Hauts-de-France	70
Île-de-France	72
Normandie	74
Nouvelle-Aquitaine	76
Occitanie	78
Pays de la Loire	80
Provence-Alpes-Côte d'Azur	82
Guadeloupe	84
Guyane	86
La Réunion	88
Martinique	90
Mayotte	92
France – Profil national	94

Auvergne- Rhône- Alpes



Démographie

8 153 233 habitants
 Densité de population: 117 habitants/km²
 Habitants de 75 ans et plus: 10 %
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : 80,9 ans ; Femme : 86,1 ans

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

Nombre de lits de MCO : 27 251
 Nombre de lits de SSR: 13 018
 Nombre de lits d'USLD: 3 844

À domicile (activité libérale) :

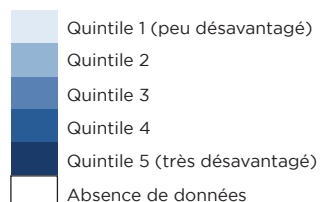
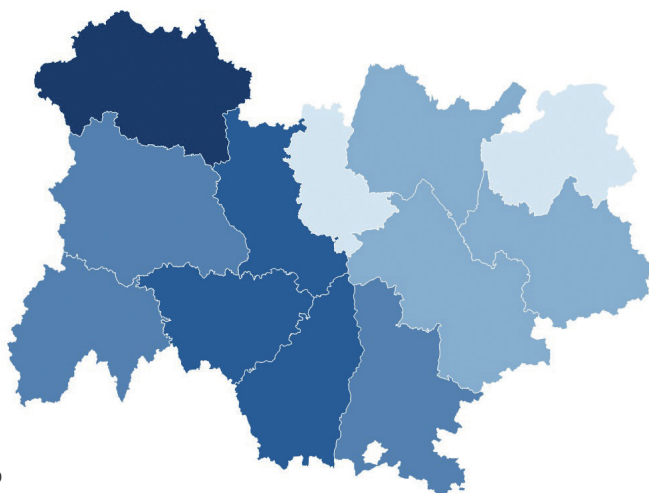
Nombre de médecins généralistes : 7 108
 Nombre d'infirmiers: 12 766
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 3 979
 Nombre de psychologues : 4 110

Mortalité

Nombre de décès: 69 969
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 72 %
 Décès par cancer: 28 %
 Décès par maladies cardiovasculaires: 24 %
 Taux brut de mortalité : 8,7 décès pour 1 000 habitants

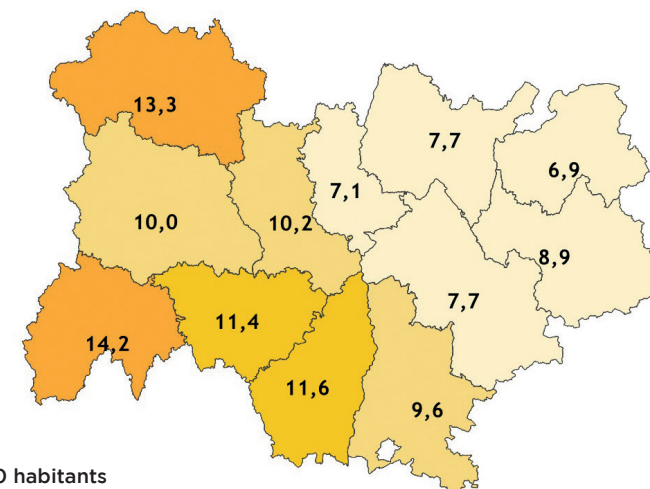
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 12 476
 Capacité d'accueil en HAD: 2 691
 Capacité d'accueil en EHPAD : 77 653

Indice de désavantage social (2015)

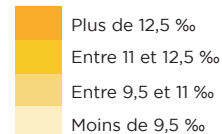


Lecture: Le département du Rhône appartient au 1^{er} quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement peu désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

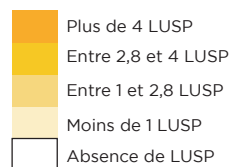
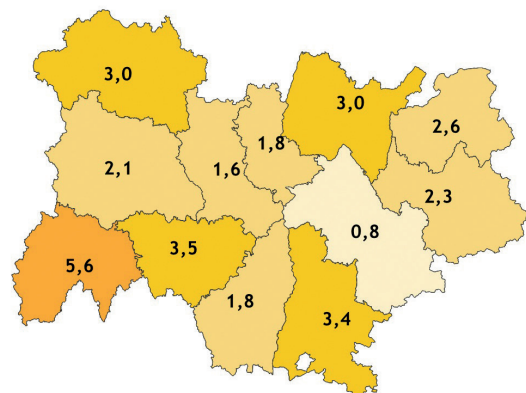


Nombre de décès pour 1 000 habitants



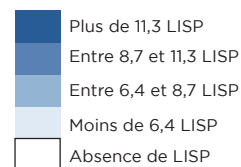
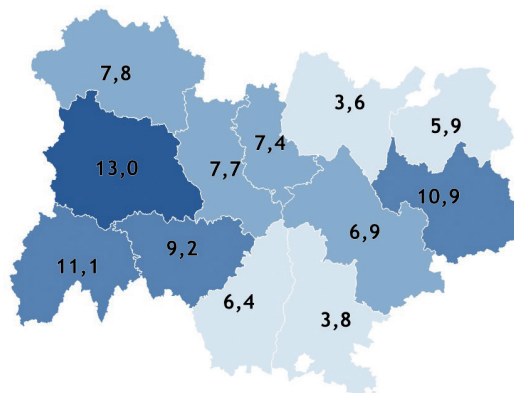
Lecture: En 2019, le Rhône avait un taux brut de mortalité de 7,1 décès pour 1 000 habitants.
 Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



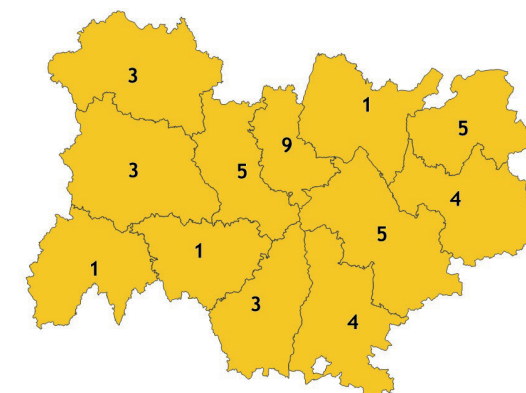
Lecture: Il y a 1,8 LUSP pour 100 000 habitants dans le Rhône.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 7,4 LISP pour 100 000 habitants dans le Rhône.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 9 EMSP dans le Rhône.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	69 969	28 %	24 %	17	172	601 (149)	105	44 + 2 ERRSPP
Ain	5 005	28 %	24 %	2	20	24 (14)	3	1
Allier	4 463	29 %	25 %	1	10	26 (3)	5	3
Ardèche	13 819	28 %	24 %	1	6	21	4	3
Cantal	2 058	26 %	24 %	1	8	16 (2)	5	1
Drôme	4 963	29 %	24 %	2	18	20	4	4
Isère	9 807	30 %	24 %	1	10	88 (37)	14	5
Loire	7 794	27 %	22 %	1	12	59 (12)	11	5
Haute-Loire	12 594	26 %	25 %	1	8	21 (6)	6	1
Puy-de-Dôme	6 611	27 %	25 %	1	14	87 (31)	14	3
Rhône	13 252	29 %	22 %	3	34	141 (19)	23	9
Savoie	3 894	28 %	24 %	1	10	48 (10)	8	4
Haute-Savoie	5 709	28 %	23 %	2	22	50 (15)	8	5

Bourgogne-Franche-Comté



Démographie

2 785 393 habitants
 Densité de population: 58 habitants/km²
 Habitants de 75 ans et plus: 11 %
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : 79,2 ans ; Femme : 85,2 ans

Mortalité

Nombre de décès: 30 190
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 71 %
 Décès par cancer: 28 %
 Décès par maladies cardiovasculaires: 24 %
 Taux brut de mortalité : 10,8 décès pour 1 000 habitants

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

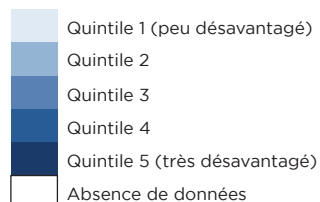
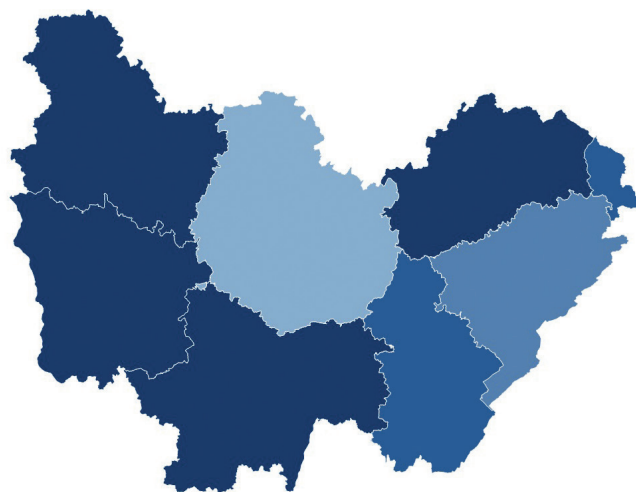
Nombre de lits de MCO : 10 117
 Nombre de lits de SSR: 5 349
 Nombre de lits d'USLD: 1 323

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 2 221
 Nombre d'infirmiers: 3 519
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 2 337
 Nombre de psychologues : 890

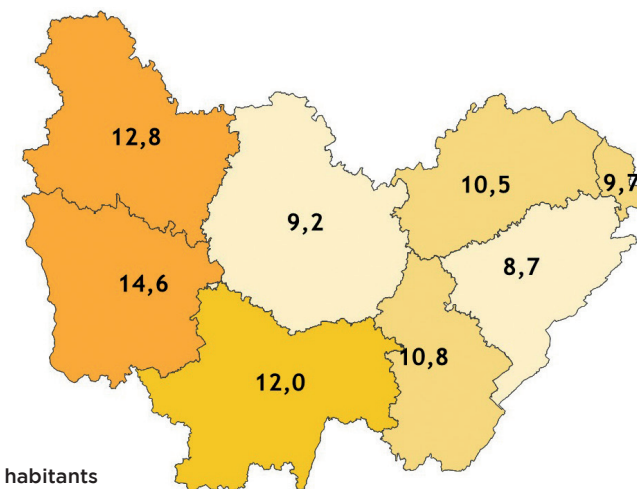
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 6 364
 Capacité d'accueil en HAD: 692
 Capacité d'accueil en EHPAD: 33 400

Indice de désavantage social (2015)

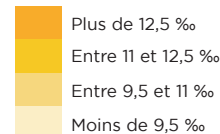


Lecture : Le département de la Nièvre appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

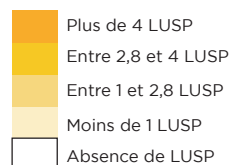
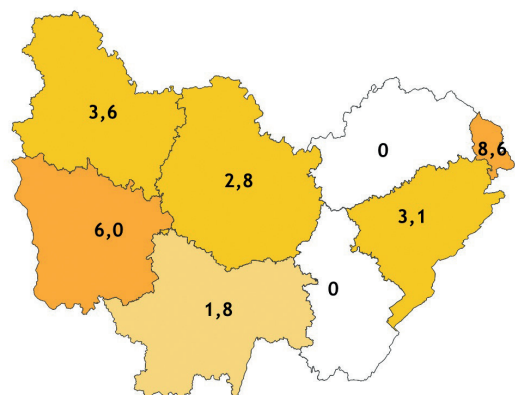


Nombre de décès pour 1 000 habitants



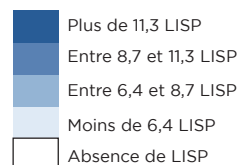
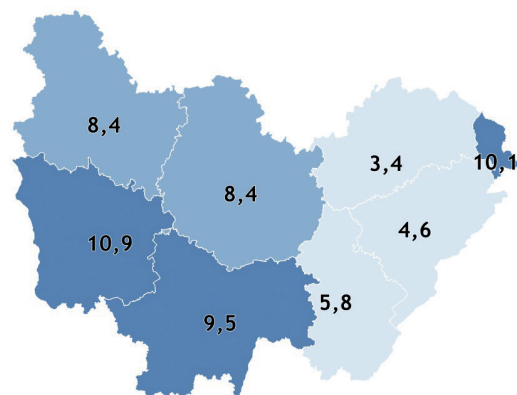
Lecture : En 2019, le Jura avait un taux brut de mortalité de 10,8 décès pour 1 000 habitants.
 Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



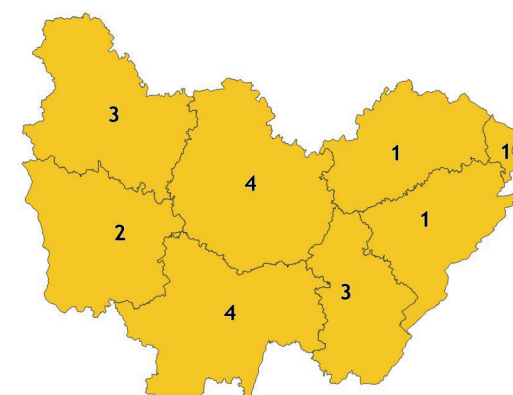
Lecture: Il y a 2,8 LUSP pour 100 000 habitants en Côte d'Or.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 8,4 LISP pour 100 000 habitants en Côte d'Or.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 4 EMSP en Côte d'Or.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	30 190	28 %	24 %	8	78	209 (15)	49	19 + 2 ERRSPP
Côte d'Or	4 920	28 %	24 %	1	15	45	12	4
Doubs	4 721	29 %	24 %	2	17	25 (5)	6	1
Jura	2 790	26 %	23 %	0	0	15 (1)	5	3
Nièvre	2 993	28 %	26 %	1	12	22 (3)	6	2
Haute-Saône	2 478	28 %	25 %	0	0	8	2	1
Saône-et-Loire	6 638	26 %	24 %	1	10	52 (2)	12	4
Yonne	4 285	28 %	24 %	2	12	28 (4)	5	3
Territoire de Belfort	1 365	27 %	26 %	1	12	14	1	1

Bretagne



Démographie

3 402 922 habitants
 Densité de population: 125 habitants/km²
 Habitants de 75 ans et plus: 11 %
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : 79,0 ans ; Femme : 85,1 ans

Mortalité

Nombre de décès: 35 286
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 70 %
 Décès par cancer: 28 %
 Décès par maladies cardiovasculaires: 26 %
 Taux brut de mortalité : 10,5 décès pour 1 000 habitants

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

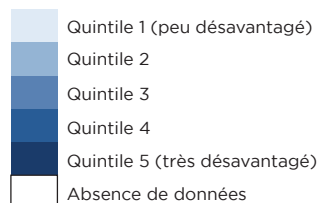
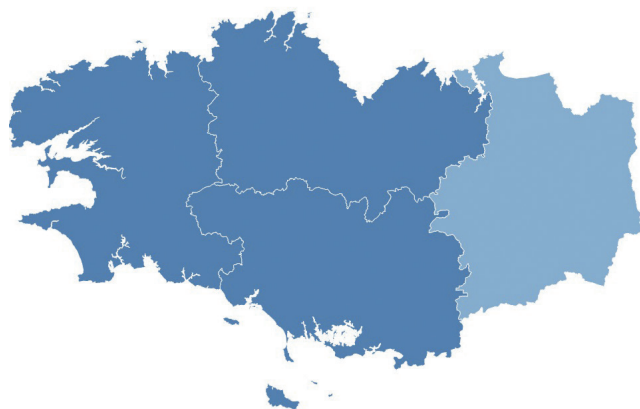
Nombre de lits de MCO : 11 697
 Nombre de lits de SSR: 5 350
 Nombre de lits d'USLD: 1 703

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 3 105
 Nombre d'infirmiers: 5 880
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 3 889
 Nombre de psychologues : 1 530

Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 6 382
 Capacité d'accueil en HAD: 1 116
 Capacité d'accueil en EHPAD: 41 409

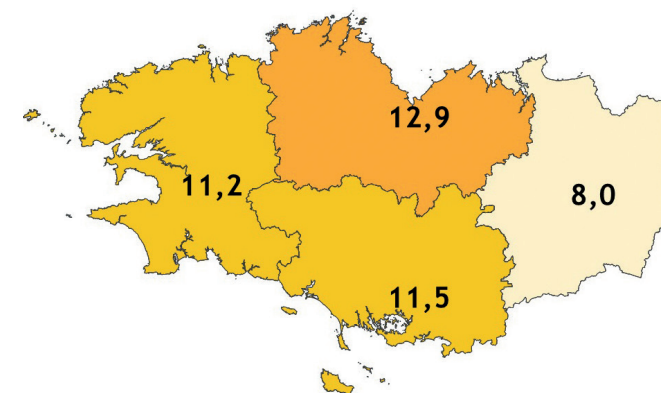
Indice de désavantage social (2015)



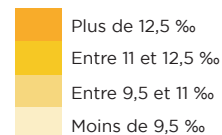
Lecture: Le département de l'Ille-et-Vilaine appartient au 2^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement peu désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).

Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



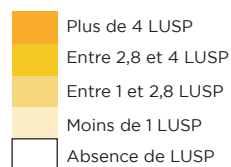
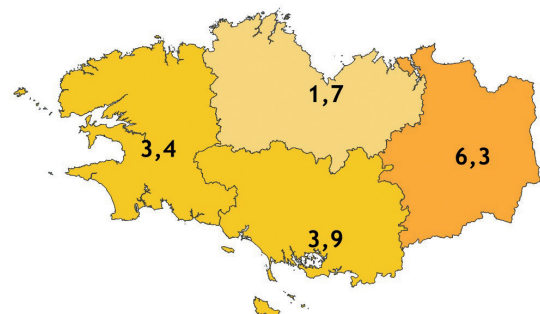
Nombre de décès pour 1 000 habitants



Lecture: En 2019, le Morbihan avait un taux brut de mortalité de 11,5 décès pour 1 000 habitants.

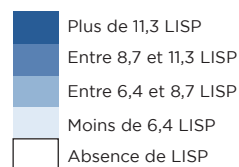
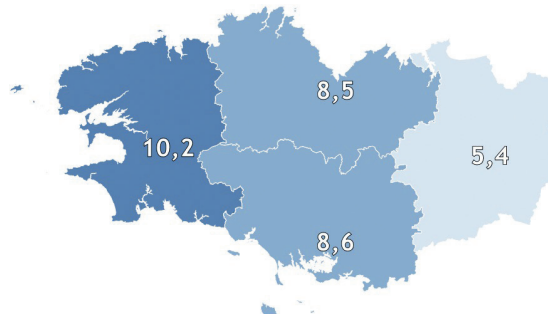
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



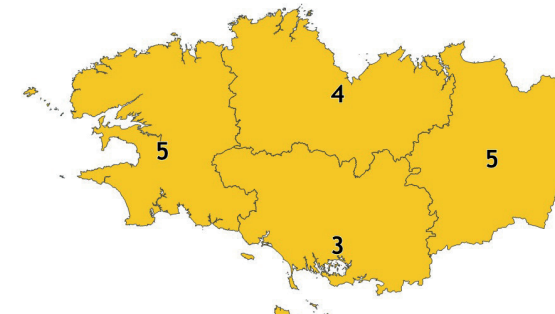
Lecture : Il y a 3,4 LUSP pour 100 000 habitants dans le Finistère.
Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture : Il y a 10,2 LISP pour 100 000 habitants dans le Finistère.
Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture : Il y a 5 EMSP dans le Finistère.
Source : Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	35 286	28 %	26 %	14	140	270 (38)	49	17 + 1 ERRSPP
Côte d'Armor	7 723	27 %	27 %	1	10	51 (7)	8	4
Finistère	10 229	28 %	25 %	3	31	94 (13)	22	5
Ille-et-Vilaine	8 633	28 %	26 %	7	69	59 (9)	11	5
Morbihan	8 701	29 %	26 %	3	30	66 (9)	8	3

Centre-Val de Loire



Démographie

2 564 915 habitants
 Densité de population: **65 habitants/km²**
 Habitants de 75 ans et plus: **11 %**
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : **79,3 ans** ; Femme : **85 ans**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

Nombre de lits de MCO : **8 412**
 Nombre de lits de SSR: **4 657**
 Nombre de lits d'USLD: **1 361**

À domicile (activité libérale) :

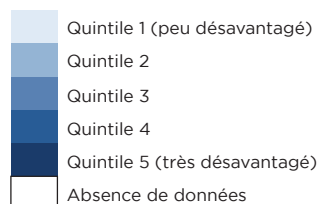
Nombre de médecins généralistes : **1 772**
 Nombre d'infirmiers: **2 523**
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **1 857**
 Nombre de psychologues : **908**

Mortalité

Nombre de décès: **27 100**
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **71 %**
 Décès par cancer: **29 %**
 Décès par maladies cardiovasculaires: **24 %**
 Taux brut de mortalité : **11,9 décès pour 1 000 habitants**

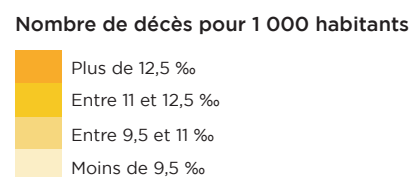
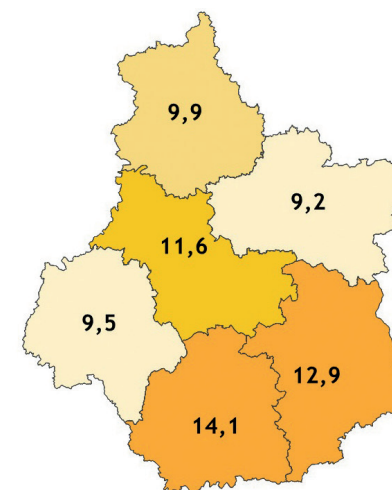
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **5 445**
 Capacité d'accueil en HAD: **962**
 Capacité d'accueil en EHPAD : **29 149**

Indice de désavantage social (2015)



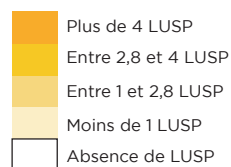
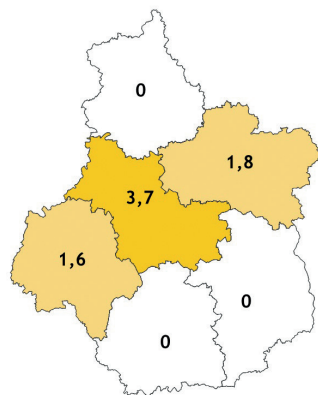
Lecture : Le département du Cher appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



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

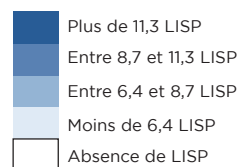
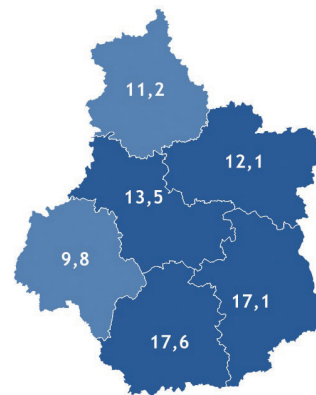
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il n'y a pas de LUSP dans le Cher.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

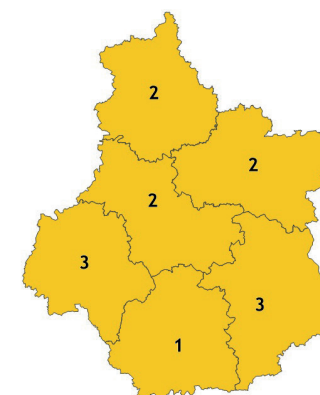
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 17,1 LISP pour 100 000 habitants dans le Cher.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 3 EMSP dans le Cher.

Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	27 100	29 %	24 %	3	34	324 (63)	40	13 + 1 ERRSPP
Cher	3 912	30 %	25 %	0	0	51 (11)	7	3
Eure-et-Loir	4 267	29 %	23 %	0	0	48 (2)	5	2
Indre	3 098	27 %	27 %	0	0	38 (9)	6	1
Indre-et-Loire	5 771	30 %	22 %	1	10	60 (4)	6	3
Loir-et-Cher	3 823	29 %	25 %	1	12	44 (12)	6	2
Loiret	6 229	30 %	24 %	1	12	83 (25)	10	2

Corse



Démographie

349 465 habitants
Densité de population: **40 habitants/km²**
Habitants de 75 ans et plus: **12 %**
Espérance de vie à la naissance :
Homme : **80,7 ans** ; Femme : **86,5 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **3 216**
Décès des personnes de 75 ans et plus: **70 %**
Décès par cancer: **28 %**
Décès par maladies cardiovasculaires: **26 %**
Taux brut de mortalité : **9,4 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

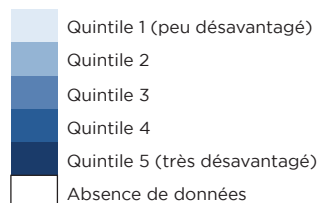
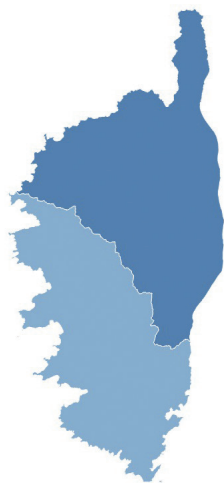
Nombre de lits de MCO : **977**
Nombre de lits de SSR: **708**
Nombre de lits d'USLD: **190**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **318**
Nombre d'infirmiers: **1 288**
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **579**
Nombre de psychologues : **112**

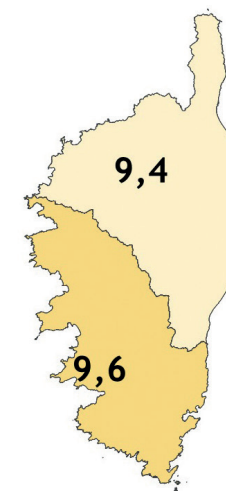
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **460**
Capacité d'accueil en HAD: **275**
Capacité d'accueil en EHPAD : **1 941**

Indice de désavantage social (2015)



Lecture : Le département de la Corse-du-Sud appartient au 2^e quintile, c'est-à-dire qu'elle est socialement peu désavantagée (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

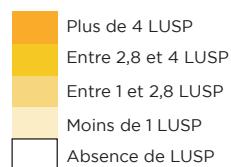
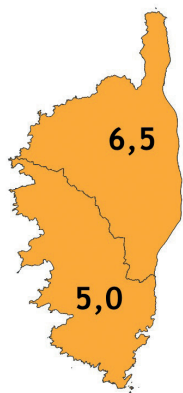


Nombre de décès pour 1 000 habitants



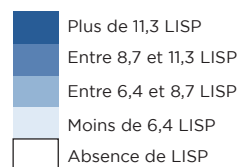
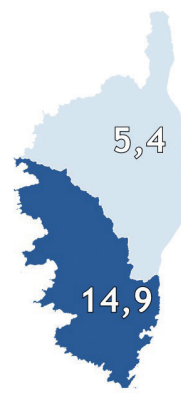
Lecture : En 2019, la Haute-Corse avait un taux brut de mortalité de 9,4 décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 5,0 LUSP pour 100 000 habitants en Corse-du-Sud.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 14,9 LISP pour 100 000 habitants en Corse-du-Sud.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021

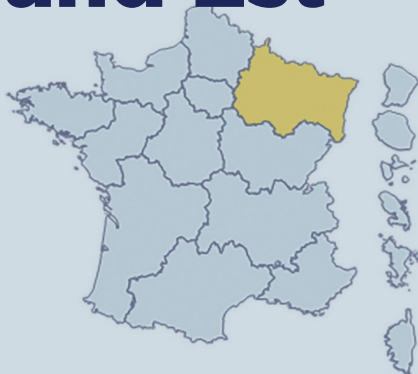


Lecture: Il y a 1 EMSP en Corse-du-Sud.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	3 216	28 %	26 %	2	20	34 (8)	5	2
Corse-du-Sud	1 514	28 %	26 %	1	8	24 (8)	3	1
Haute-Corse	1 702	28 %	25 %	1	12	10	2	1

Grand Est



Démographie

5 542 094 habitants
Densité de population: **96 habitants/km²**
Habitants de 75 ans et plus: **10 %**
Espérance de vie à la naissance :
Homme : **79,0 ans** ; Femme : **84,5 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **53 323**
Décès des personnes de 75 ans et plus: **68 %**
Décès par cancer: **29 %**
Décès par maladies cardiovasculaires: **24 %**
Taux brut de mortalité : **9,6 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

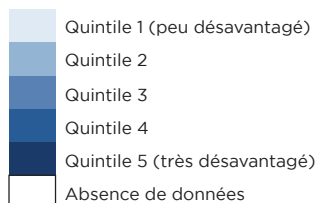
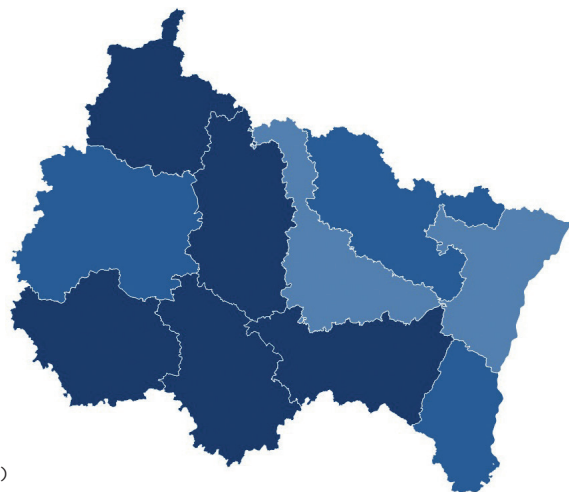
Nombre de lits de MCO : **20 310**
Nombre de lits de SSR: **8 954**
Nombre de lits d'USLD: **2 927**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **4 772**
Nombre d'infirmiers: **7 562**
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **5 650**
Nombre de psychologues : **1 457**

Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **9 498**
Capacité d'accueil en HAD: **1 703**
Capacité d'accueil en EHPAD: **51 813**

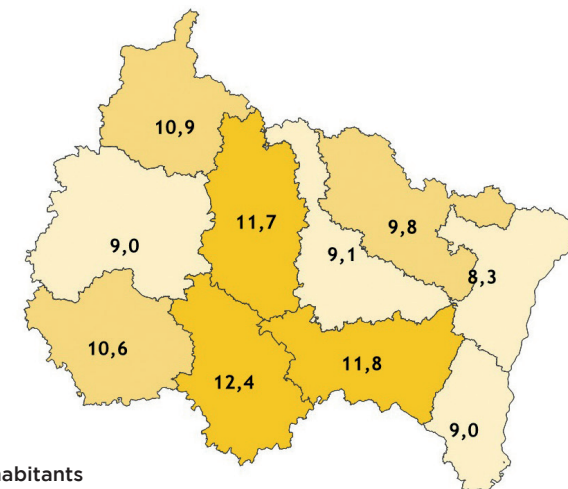
Indice de désavantage social (2015)



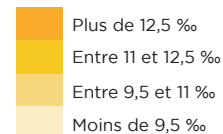
Lecture: Le département des Ardennes appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).

Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



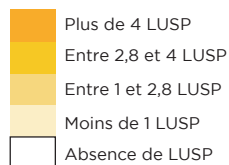
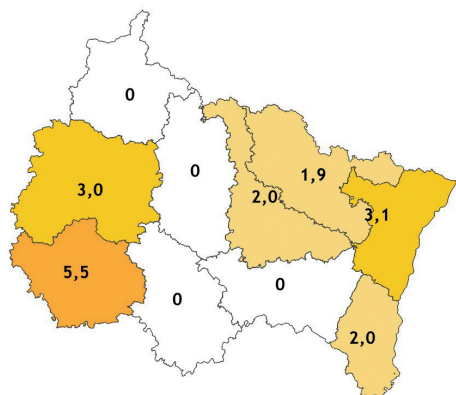
Nombre de décès pour 1 000 habitants



Lecture: En 2019, les Ardennes avaient un taux brut de mortalité de 10,9 décès pour 1 000 habitants.

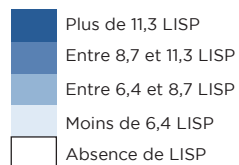
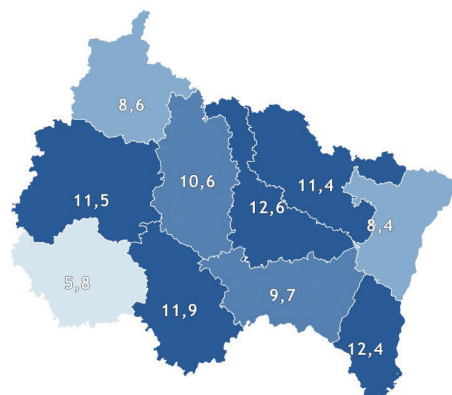
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



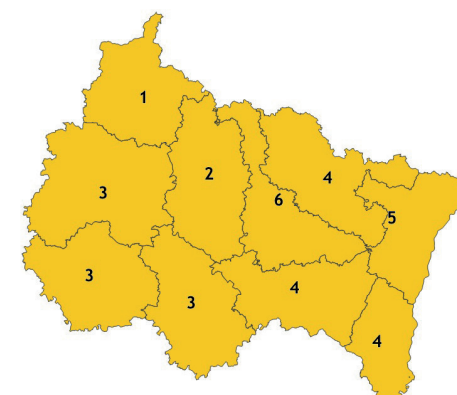
Lecture: Il n'y a pas de LUSP dans les Vosges.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 9,7 LISP pour 100 000 habitants dans les Vosges.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 4 EMSP dans les Vosges.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	53 323	29 %	24 %	12	120	583 (150)	93	35 + 3 ERRSPP
Ardennes	2 953	29 %	25 %	0	0	23	4	1
Aube	3 275	29 %	24 %	2	17	18	2	3
Marne	5 120	29 %	23 %	2	17	65	10	3
Haute-Marne	2 137	28 %	24 %	0	0	20 (2)	3	3
Meurthe-et-Moselle	6 701	30 %	22 %	1	15	92 (30)	12	6
Meuse	2 148	29 %	24 %	0	0	19 (5)	3	2
Moselle	10 282	29 %	24 %	1	20	119 (24)	18	4
Bas-Rhin	9 519	28 %	24 %	4	36	97 (43)	17	5
Haut-Rhin	6 881	29 %	26 %	2	15	95 (27)	17	4
Vosges	4 307	27 %	25 %	0	0	35 (19)	7	4

Hauts-de-France



Démographie

5 987 172 habitants
Densité de population: 188 habitants/km²
Habitants de 75 ans et plus: 8 %
Espérance de vie à la naissance :
Homme : 77,1 ans ; Femme : 83,6 ans

Mortalité

Nombre de décès: 55 643
Décès des personnes de 75 ans et plus: 63 %
Décès par cancer: 29 %
Décès par maladies cardiovasculaires: 23 %
Taux brut de mortalité : 9,3 décès pour 1 000 habitants

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

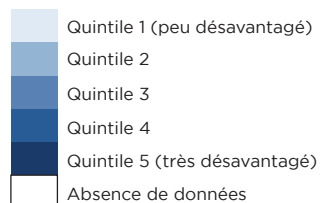
Nombre de lits de MCO : 21 920
Nombre de lits de SSR: 9 516
Nombre de lits d'USLD: 3 029

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 5 026
Nombre d'infirmiers: 9 172
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 6 170
Nombre de psychologues : 1 551

Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 12 890
Capacité d'accueil en HAD: 2 167
Capacité d'accueil en EHPAD: 47 608

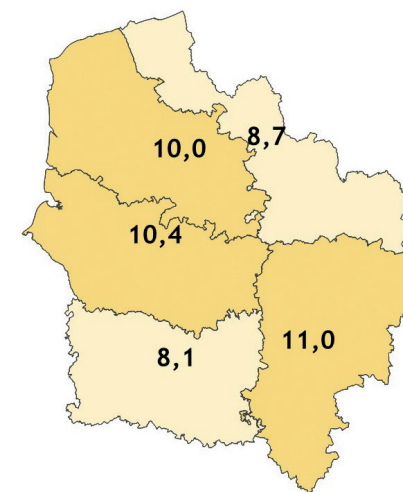
Indice de désavantage social (2015)



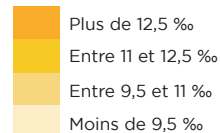
Lecture : Le département de la Somme appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).

Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



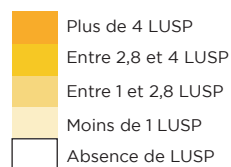
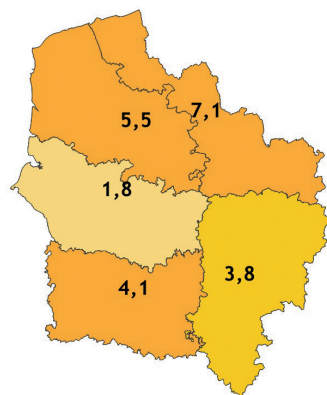
Nombre de décès pour 1 000 habitants



Lecture : En 2019, l'Oise avait un taux brut de mortalité de 8,1 décès pour 1 000 habitants.

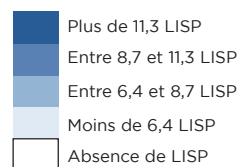
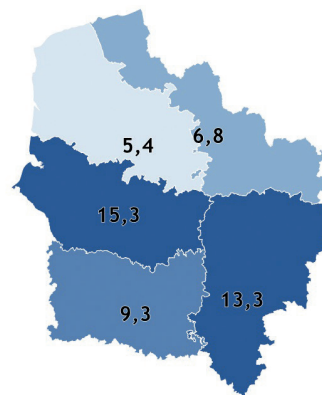
Sources : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



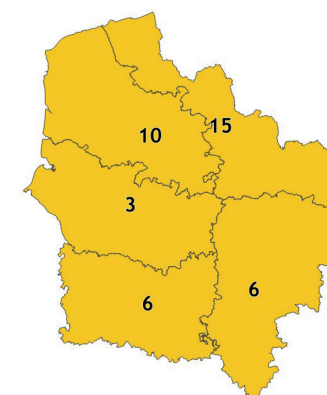
Lecture: Il y a 7,1 LUSP pour 100 000 habitants dans le Nord.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 6,8 LISP pour 100 000 habitants dans le Nord.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 15 EMSP dans le Nord.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	55 643	29 %	23 %	31	330	491 (160)	85	40 + 2 ERRSPP
Aisne	5 831	28 %	24 %	2	20	70 (21)	11	6
Nord	22 594	29 %	23 %	17 (dont 5 en SRR)	185	178 (58)	32	15
Oise	6 687	29 %	23 %	3	34	77 (20)	13	6
Pas-de-Calais	14 597	28 %	23 %	8 (dont 2 en SRR)	81	79 (41)	15	10
Somme	5 934	28 %	23 %	1	10	87 (20)	14	3

Île-de-France



Démographie

12 395 148 habitants
 Densité de population: 1 032 habitants/km²
 Habitants de 75 ans et plus: 7 %
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : 80,7 ans ; Femme : 86 ans

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

Nombre de lits de MCO : 40 386
 Nombre de lits de SSR: 19 518
 Nombre de lits d'USLD: 3 791

À domicile (activité libérale) :

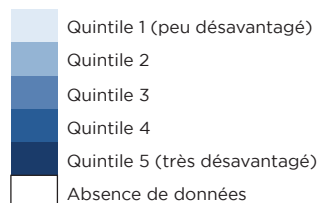
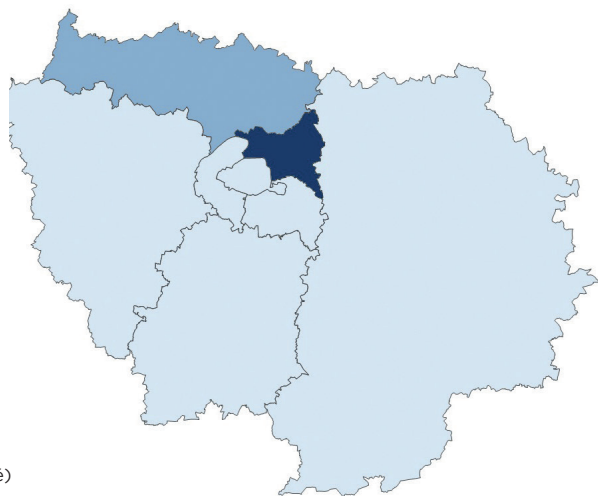
Nombre de médecins généralistes : 8 293
 Nombre d'infirmiers: 8 476
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 10 339
 Nombre de psychologues : 8 247

Mortalité

Nombre de décès: 75 788
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 66 %
 Décès par cancer: 30 %
 Décès par maladies cardiovasculaires: 20 %
 Taux brut de mortalité : 6,2 décès pour 1 000 habitants

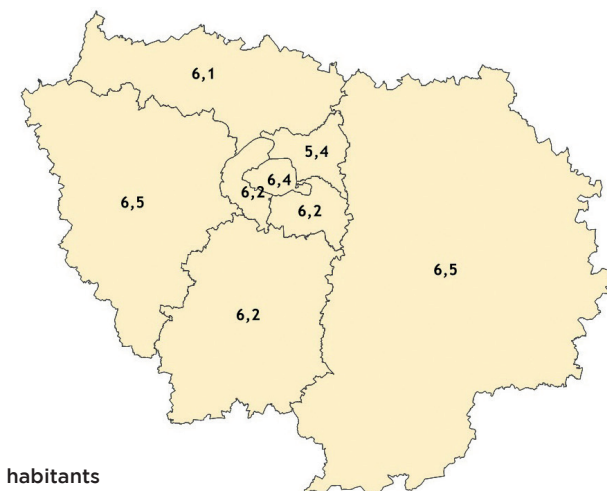
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 17 202
 Capacité d'accueil en HAD: 4 071
 Capacité d'accueil en EHPAD : 64 197

Indice de désavantage social (2015)

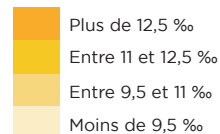


Lecture : Le département de la Seine-Saint-Denis appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

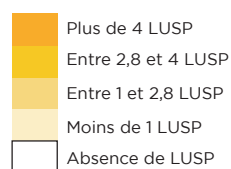
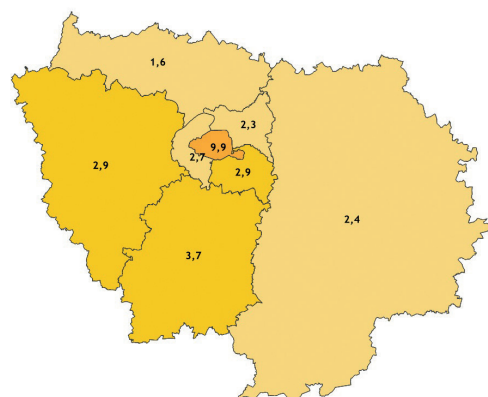


Nombre de décès pour 1 000 habitants



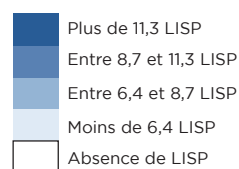
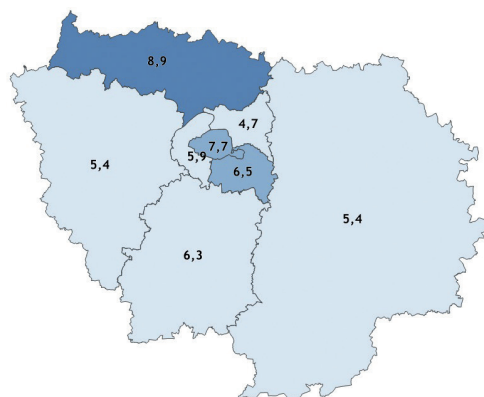
Lecture : En 2019, Paris avait un taux brut de mortalité de 6,4 décès pour 1 000 habitants.
 Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



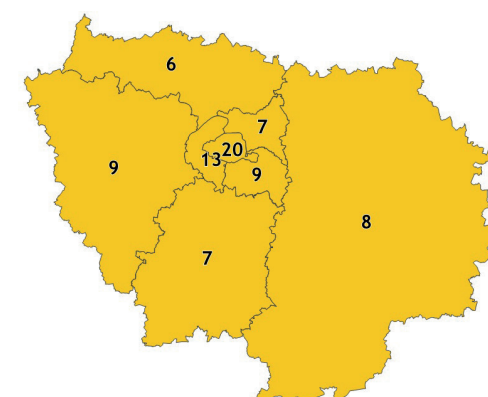
Lecture : Il y a 2,9 LUSP pour 100 000 habitants dans le Val-de-Marne.
Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture : Il y a 6,5 LISP pour 100 000 habitants dans le Val-de-Marne.
Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture : Il y a 9 EMSP dans le Val-de-Marne.
Source : Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	75788	30 %	20 %	28	483	784 (76)	87	79 + 1 ERRSPP
Paris	13 805	30 %	20 %	6	212	166	13	20
Seine-et-Marne	9 244	30 %	21 %	3	34	78 (3)	10	8
Yvelines	9 374	32 %	22 %	4	43	78 (8)	9	9
Essonne	8 078	30 %	22 %	5	49	83 (24)	10	7
Hauts-de-Seine	10 022	30 %	21 %	2	44	96	14	13
Seine-Saint-Denis	8 946	27 %	17 %	3	39	78 (20)	9	7
Val-de-Marne	8 726	31 %	20 %	3	42	92 (4)	10	9
Val-d'Oise	7 593	30 %	21 %	2	20	113 (17)	12	6

Normandie



Démographie

3 307 286 habitants
 Densité de population: **108 habitants/km²**
 Habitants de 75 ans et plus: **11 %**
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : **78,2 ans** ; Femme : **84,6 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **34 533**
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **68 %**
 Décès par cancer: **28 %**
 Décès par maladies cardiovasculaires: **24 %**
 Taux brut de mortalité : **10,4 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

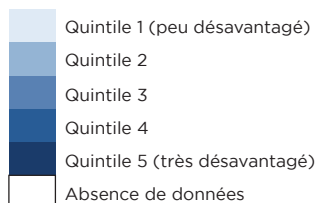
Nombre de lits de MCO : **11 497**
 Nombre de lits de SSR: **5 946**
 Nombre de lits d'USLD: **1 538**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **2 582**
 Nombre d'infirmiers: **4 015**
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **2 375**
 Nombre de psychologues : **924**

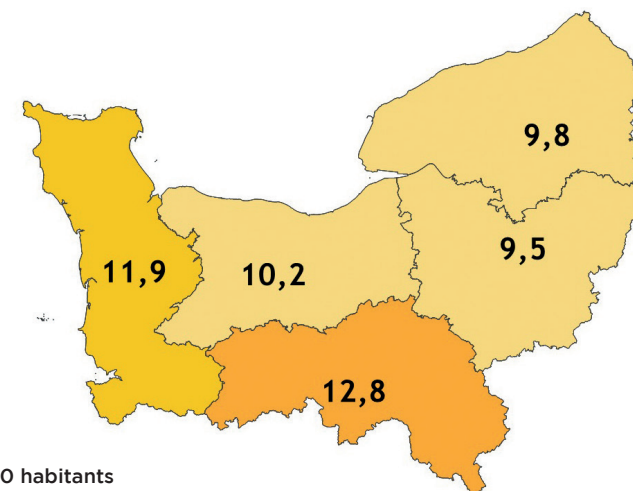
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **6 267**
 Capacité d'accueil en HAD: **829**
 Capacité d'accueil en EHPAD : **33 922**

Indice de désavantage social (2015)

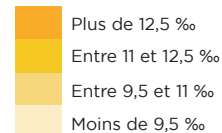


Lecture : Le département de l'Orne appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

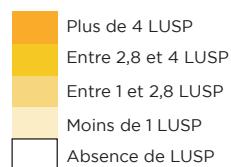
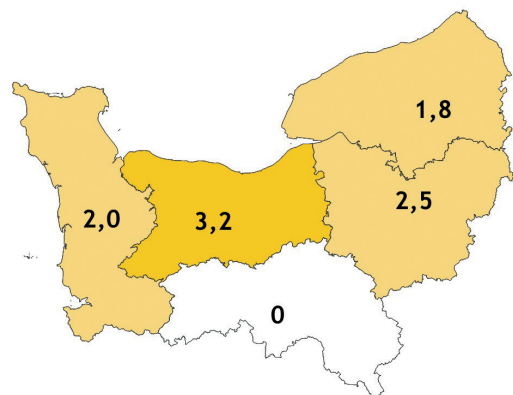


Nombre de décès pour 1 000 habitants



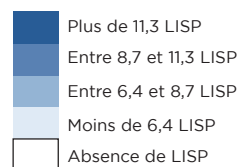
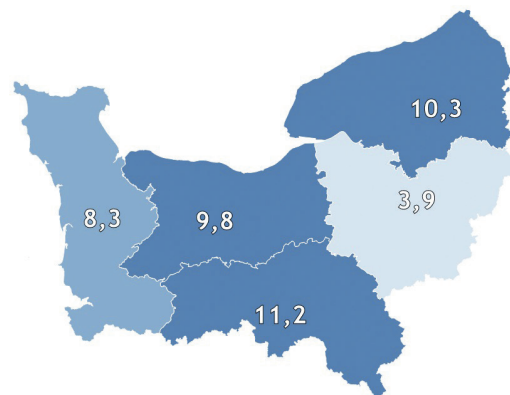
Lecture : En 2019, la Manche avait un taux brut de mortalité de 11,9 décès pour 1 000 habitants.
 Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



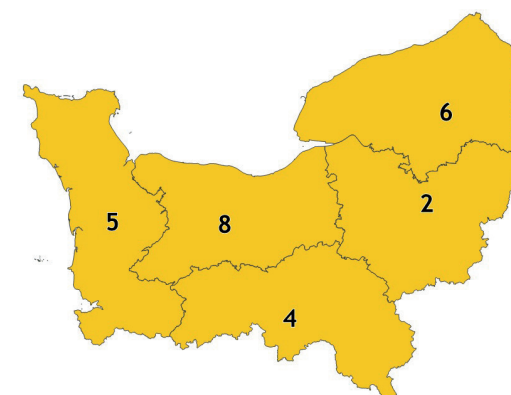
Lecture : Il y a 2,0 LUSP pour 100 000 habitants dans la Manche.
Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture : Il y a 8,3 LISP pour 100 000 habitants dans la Manche.
Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture : Il y a 5 EMSP dans la Manche.
Source : Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	34 533	28 %	24 %	7	69	292 (68)	49	25 + 2 ERRSPP
Calvados	7 063	27 %	23 %	2	22	68 (6)	9	8
Eure	5 714	29 %	24 %	2	15	23 (2)	6	2
Manche	5 879	27 %	25 %	1	10	41 (15)	8	5
Orne	3 577	26 %	26 %	0	0	31 (13)	8	4
Seine-Maritime	12 300	30 %	24 %	2	22	129 (32)	18	6

Nouvelle-Aquitaine



Démographie

6 081 985 habitants
Densité de population: 72 habitants/km²
Habitants de 75 ans et plus: 12 %
Espérance de vie à la naissance :
Homme : 79,7 ans ; Femme : 85,6 ans

Mortalité

Nombre de décès: 65 526
Décès des personnes de 75 ans et plus: 72 %
Décès par cancer: 28 %
Décès par maladies cardiovasculaires: 26 %
Taux brut de mortalité : 10,9 décès pour 1 000 habitants

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

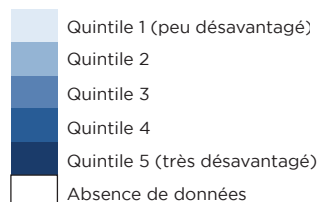
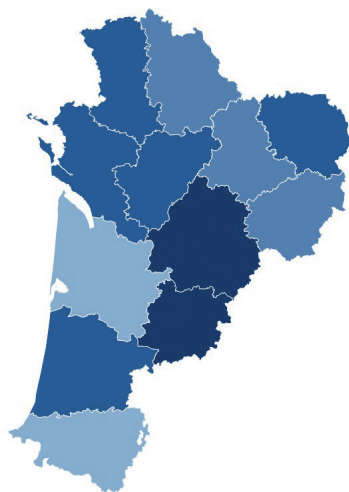
Nombre de lits de MCO : 21 001
Nombre de lits de SSR: 10 168
Nombre de lits d'USLD: 3 304

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 5 835
Nombre d'infirmiers: 11 279
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 7 526
Nombre de psychologues : 2 539

Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 13 763
Capacité d'accueil en HAD: 2 294
Capacité d'accueil en EHPAD : 71 503

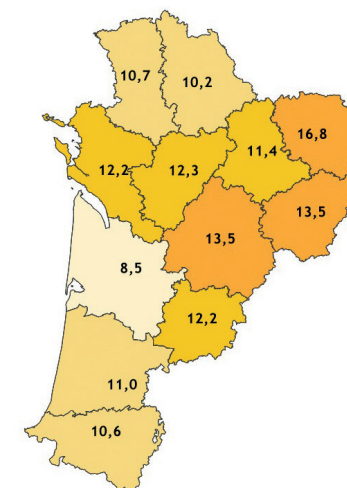
Indice de désavantage social (2015)



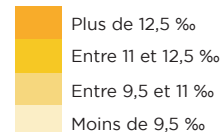
Lecture : Le département de la Dordogne appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).

Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



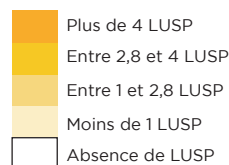
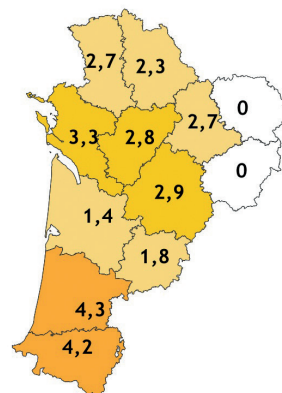
Nombre de décès pour 1 000 habitants



Lecture : En 2019, la Gironde avait un taux brut de mortalité de 8,5 décès pour 1 000 habitants.

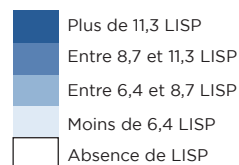
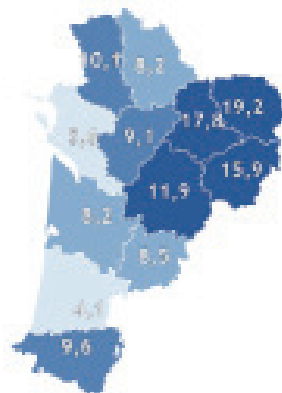
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



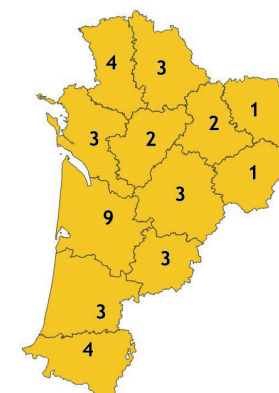
Lecture: Il y a 2,8 LUSP pour 100 000 habitants en Charentes.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 9,1 LISP pour 100 000 habitants en Charente.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 2 EMSP en Charente.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	65 526	28 %	26 %	14	150	566 (127)	93	38 + 3 ERRSPP
Charente	4 324	28 %	25 %	1	10	32 (4)	7	2
Charente-Maritime	7 972	30 %	25 %	2	22	37 (14)	5	3
Corrèze	3 243	26 %	26 %	0	0	38 (7)	6	1
Creuse	1 956	25 %	28 %	0	0	22 (2)	5	1
Dordogne	5 578	27 %	28 %	1	12	49 (15)	9	3
Gironde	13 859	29 %	24 %	2	23	137 (27)	20	9
Landes	4 537	28 %	26 %	2	18	17 (4)	4	3
Lot-et-Garonne	4 057	27 %	26 %	1	6	28 (5)	5	3
Pyrénées-Atlantiques	7 243	28 %	26 %	2	29	66 (12)	11	4
Deux-Sèvres	4 022	27 %	26 %	1	10	38 (10)	6	4
Vienne	4 481	28 %	24 %	1	10	36 (3)	4	3
Haute-Vienne	4 254	27 %	26 %	1	10	66 (24)	11	2

Occitanie



Démographie

6 053 548 habitants
 Densité de population: **82 habitants/km²**
 Habitants de 75 ans et plus: **11 %**
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : **80,0 ans** ; Femme : **85,6 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **59 706**
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **72 %**
 Décès par cancer: **27 %**
 Décès par maladies cardiovasculaires: **25 %**
 Taux brut de mortalité : **10,1 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

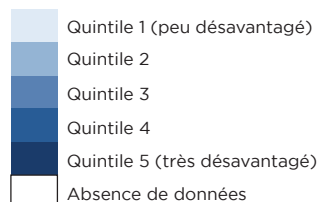
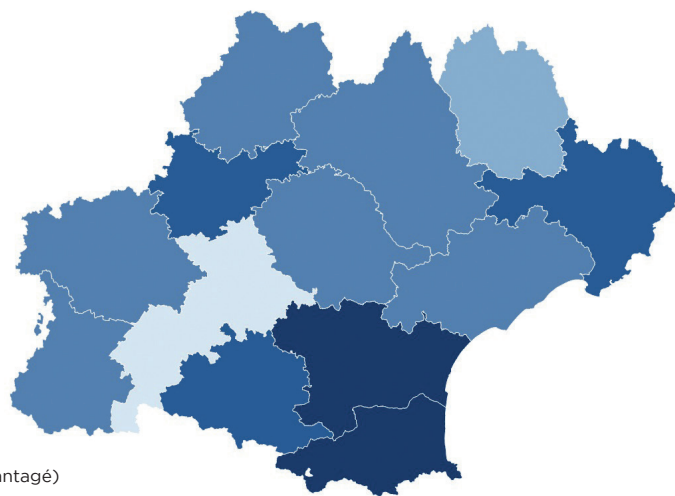
Nombre de lits de MCO : **19 833**
 Nombre de lits de SSR: **11 831**
 Nombre de lits d'USLD: **3 256**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **5 688**
 Nombre d'infirmiers: **13 620**
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **9 184**
 Nombre de psychologues : **3 511**

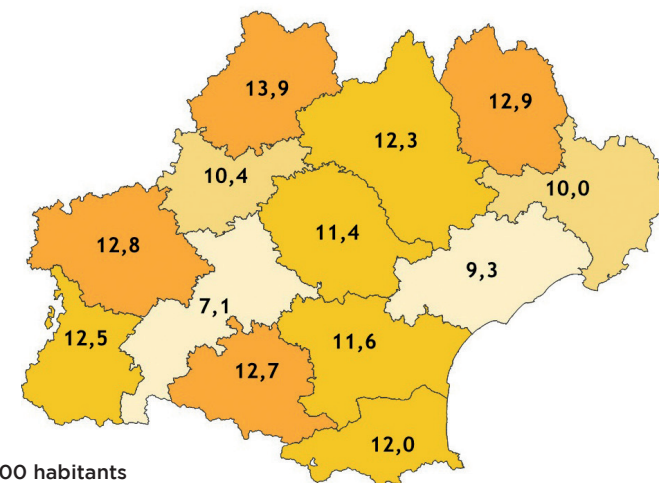
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **11 917**
 Capacité d'accueil en HAD: **1 770**
 Capacité d'accueil en EHPAD : **60 305**

Indice de désavantage social (2015)

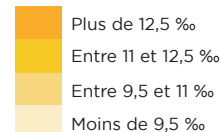


Lecture : Le département de l'Aude appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

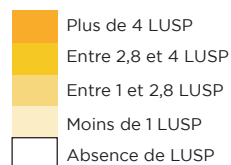
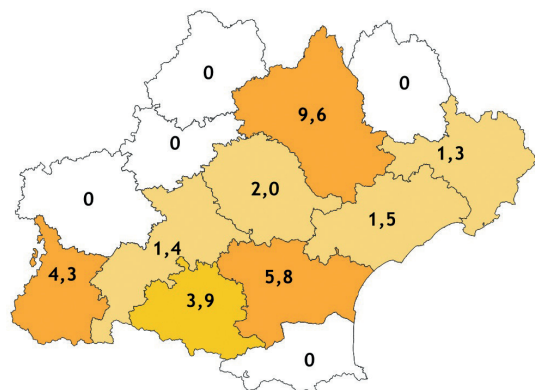


Nombre de décès pour 1 000 habitants



Lecture : En 2019, l'Aude avait un taux brut de mortalité de 11,6 décès pour 1 000 habitants.
 Source : Insee, 2019.

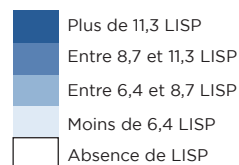
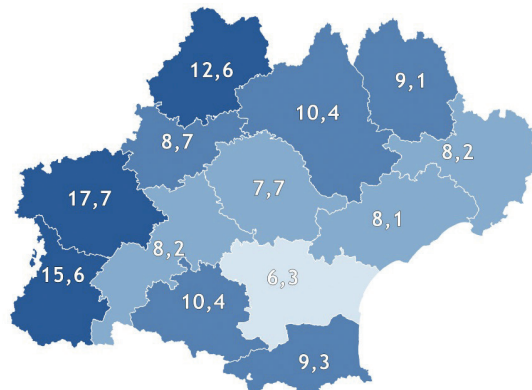
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 3,9 LUSP pour 100 000 habitants en Ariège.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

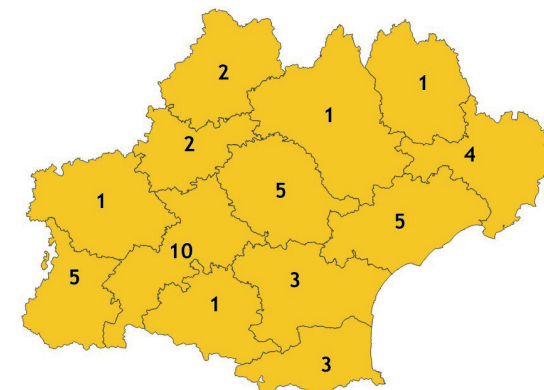
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 10,4 LISP pour 100 000 habitants en Ariège.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 1 EMSP en Ariège.

Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	59 706	27 %	25 %	13	121	543 (158)	110	43 + 2 ERRSPP
Ariège	1 950	27 %	27 %	1	6	16 (6)	3	1
Aude	4 331	29 %	24 %	2	22	24 (3)	4	3
Aveyron	3 452	24 %	26 %	3 (dont 1 en SSR)	27	29 (22)	6	1
Gard	7 480	29 %	24 %	1	10	62 (13)	12	4
Haute-Garonne	9 986	28 %	25 %	2	20	117 (30)	20	10
Gers	3 445	27 %	25 %	0	0	34 (20)	10	1
Hérault	10 876	28 %	23 %	2	18	98 (21)	17	5
Lot	2 428	23 %	27 %	0	0	22 (8)	6	2
Lozère	989	24 %	26 %	0	0	7	2	1
Hautes-Pyrénées	2 864	29 %	26 %	1	10	36 (18)	9	5
Pyrénées Orientales	5 746	27 %	23 %	0	0	45 (10)	9	3
Tarn	4 441	26 %	27 %	1	8	30 (1)	7	5
Tarn-et-Garonne	2 718	27 %	25 %	0	0	23 (6)	5	2

Pays de la Loire



Démographie

3 873 096 habitants
 Densité de population: 121 habitants/km²
 Habitants de 75 ans et plus: 10 %
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : 79,9 ans ; Femme : 86,1 ans

Mortalité

Nombre de décès: 35 374
 Décès des personnes de 75 ans et plus: 71 %
 Décès par cancer: 29 %
 Décès par maladies cardiovasculaires: 25 %
 Taux brut de mortalité : 9,3 décès pour 1 000 habitants

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

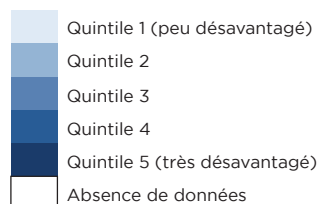
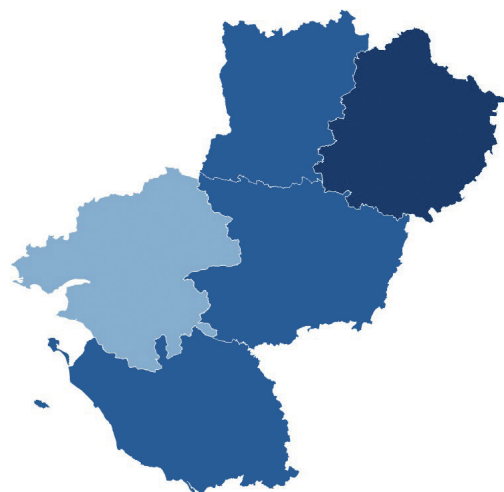
Nombre de lits de MCO : 11 684
 Nombre de lits de SSR: 5 514
 Nombre de lits d'USLD: 1 754

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 3 124
 Nombre d'infirmiers: 3 462
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 3 718
 Nombre de psychologues : 1 767

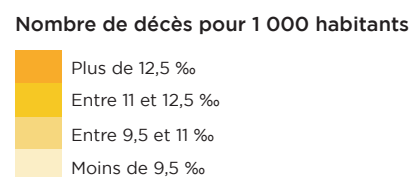
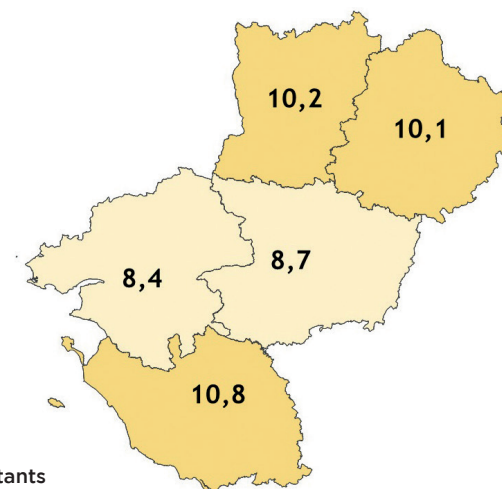
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 6 665
 Capacité d'accueil en HAD: 1 003
 Capacité d'accueil en EHPAD : 46 662

Indice de désavantage social (2015)



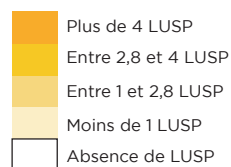
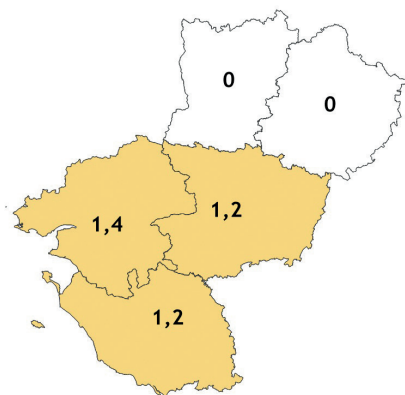
Lecture : Le département de la Sarthe appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



Lecture : En 2019, la Mayenne avait un taux brut de mortalité de 10,2 décès pour 1 000 habitants.
 Source : Insee, 2019.

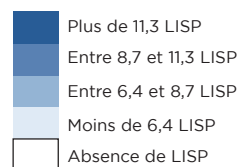
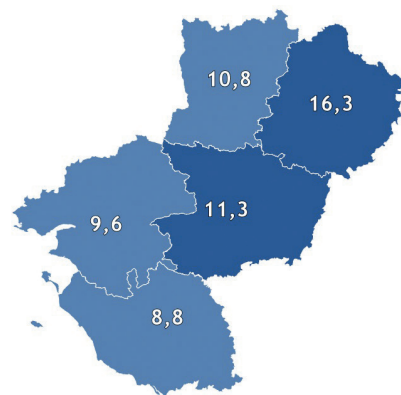
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 1,2 LUSP pour 100 000 habitants en Vendée.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

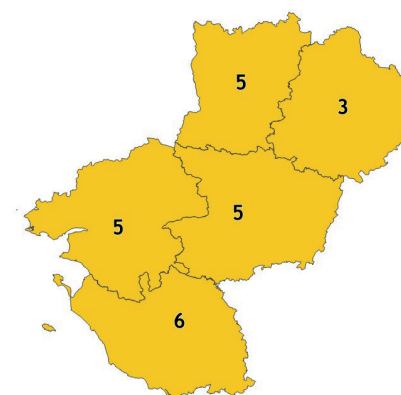
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 8,8 LISP pour 100 000 habitants en Vendée.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 6 EMSP en Vendée.

Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	35 374	29 %	25 %	4	39	419 (155)	64	24 + 1 ERRSPP*
Loire-Atlantique	11 961	30 %	25 %	2	21	140 (42)	18	5
Maine-et-Loire	7 146	29 %	25 %	1	10	93 (44)	16	5
Mayenne	3 132	27 %	28 %	0	0	33 (6)	8	5
Sarthe	5 699	29 %	25 %	0	0	92 (33)	12	3
Vendée	7 436	30 %	26 %	1	8	61 (30)	10	6

* L'ERRSPP de Pays de la Loire dispose de deux antennes : une au CHU de Nantes et une au CHU d'Angers.

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Démographie

5 131 187 habitants
 Densité de population: **163 habitants/km²**
 Habitants de 75 ans et plus: **12 %**
 Espérance de vie à la naissance :
 Homme : **79,5 ans** ; Femme : **85,2 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **51 480**
 Décès des personnes de 75 ans et plus: **72 %**
 Décès par cancer: **27 %**
 Décès par maladies cardiovasculaires: **23 %**
 Taux brut de mortalité : **10,1 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

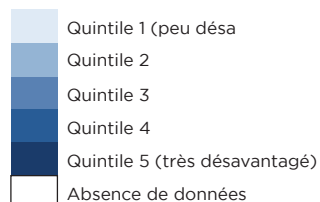
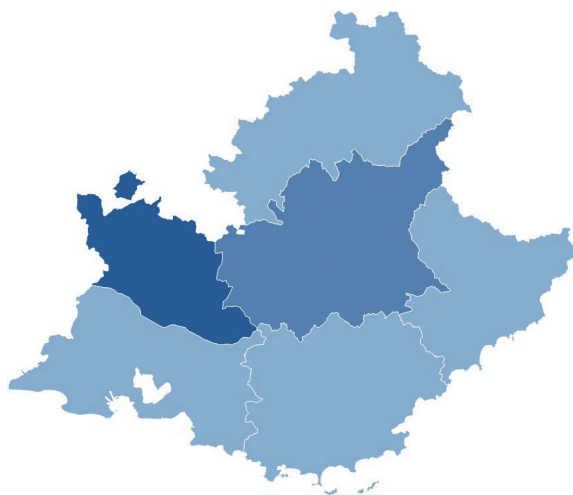
Nombre de lits de MCO : **19 764**
 Nombre de lits de SSR: **11 610**
 Nombre de lits d'USLD: **1 830**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **5 367**
 Nombre d'infirmiers: **13 702**
 Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **8 499**
 Nombre de psychologues : **2 581**

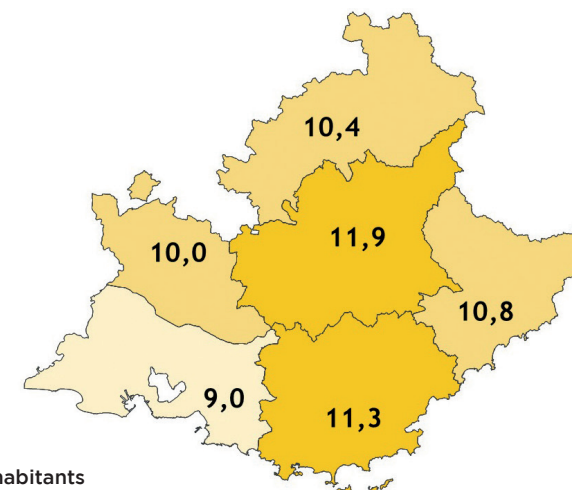
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **9 443**
 Capacité d'accueil en HAD: **1 764**
 Capacité d'accueil en EHPAD : **46 320**

Indice de désavantage social (2015)

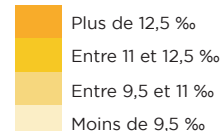


Lecture: Le département du Vaucluse appartient au 4^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
 Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

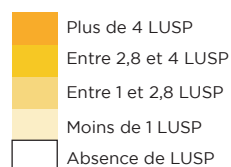
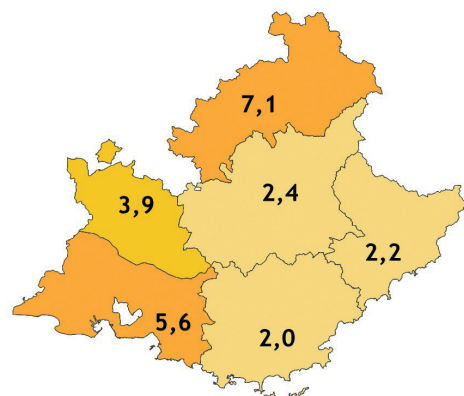


Nombre de décès pour 1 000 habitants



Lecture: En 2019, le Vaucluse avait un taux brut de mortalité de 10,0 décès pour 1 000 habitants.
 Source : Insee, 2019.

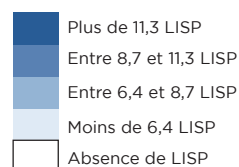
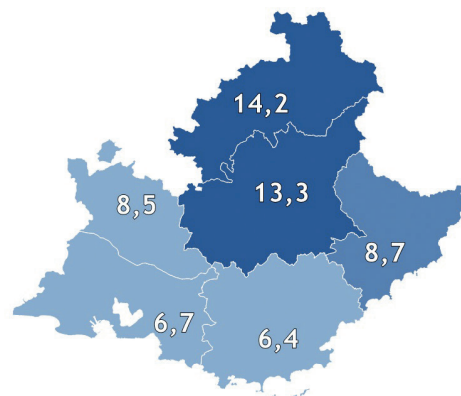
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 2,0 LUSP pour 100 000 habitants dans le Var.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

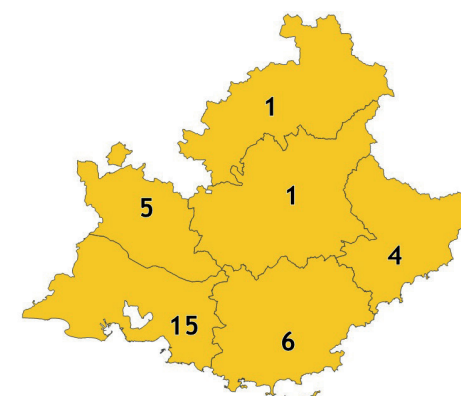
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 6,4 LISP pour 100 000 habitants dans le Var.

Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 6 EMSP dans le Var.

Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Tous	51 480	27 %	23 %	15	197	394 (173)	66	32 + 2 ERRSPP
Alpes-de-Haute-Provence	1 961	29 %	25 %	1 (en SRR)	4	22 (10)	4	1
Hautes-Alpes	1 466	27 %	24 %	1	10	20 (12)	6	1
Alpes-Maritimes	11 817	25 %	23 %	2	24	96 (37)	14	4
Bouches-du-Rhône	18 394	27 %	23 %	7	115	138 (66)	21	15
Var	12 213	28 %	22 %	2	22	70 (34)	12	6
Vaucluse	5 629	30 %	24 %	2	22	48 (14)	9	5

Guadeloupe



Démographie

372 939 habitants
Densité de population: 229 habitants/km²
Habitants de 75 ans et plus: 10 %
Espérance de vie à la naissance :
Homme : 72,9 ans ; Femme : 79,9 ans

Mortalité

Nombre de décès: 3 469
Décès des personnes de 75 ans et plus: 61 %
Décès par cancer: 22 %
Décès par maladies cardiovasculaires: 21 %
Taux brut de mortalité : 9,0 décès pour 1 000 habitants

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

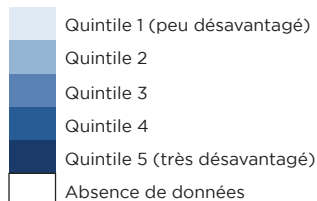
Nombre de lits de MCO : 1 263
Nombre de lits de SSR: 945
Nombre de lits d'USLD: 165

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 307
Nombre d'infirmiers: 1 190
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 716
Nombre de psychologues : 87

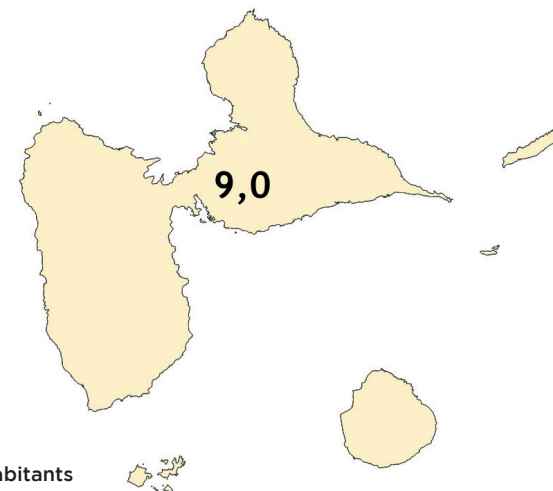
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 649
Capacité d'accueil en HAD: 418
Capacité d'accueil en EHPAD: 1 464

Indice de désavantage social (2015)

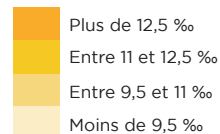


Lecture: Il n'y a pas de données disponibles pour la Guadeloupe.
Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

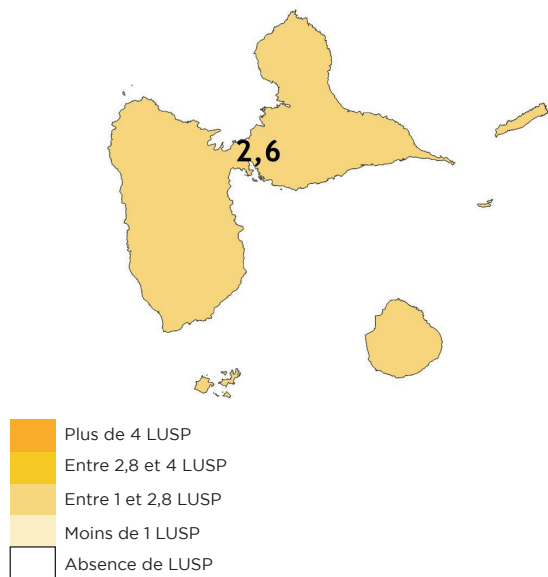


Nombre de décès pour 1 000 habitants



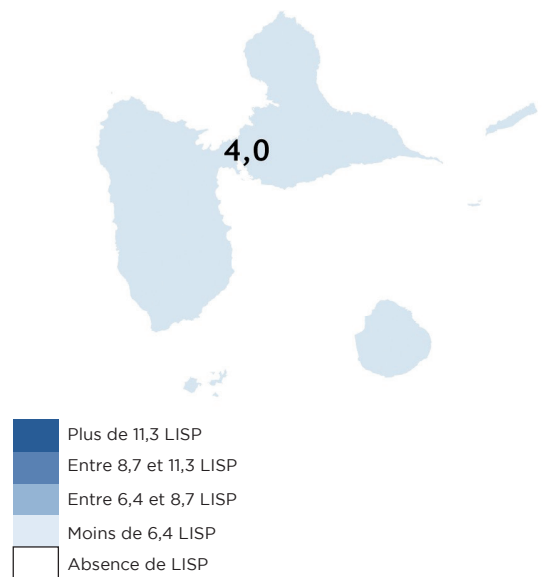
Lecture: En 2019, la Guadeloupe avait un taux brut de mortalité de 9 décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



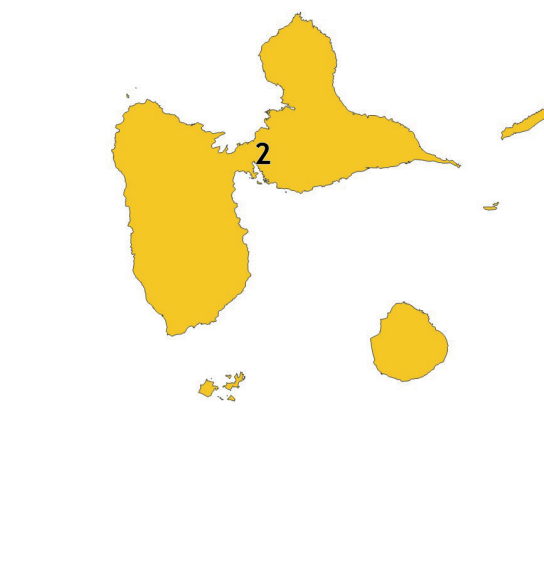
Lecture: Il y a 2,6 LUSP pour 100 000 habitants en Guadeloupe.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 4,0 LISP pour 100 000 habitants en Guadeloupe.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021

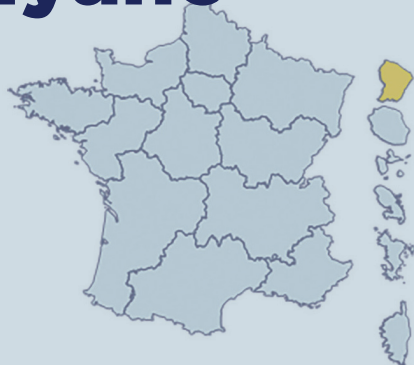


Lecture: Il y a 2 EMSP en Guadeloupe.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Guadeloupe	3 469	22 %	21 %	1	10	15 (10)	1	2

Guyane



Démographie

294 436 habitants
Densité de population: **3,5 habitants/km²**
Habitants de 75 ans et plus: **2 %**
Espérance de vie à la naissance :
Homme : **72,7 ans** ; Femme : **80,0 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **1 020**
Décès des personnes de 75 ans et plus: **32 %**
Décès par cancer: **20 %**
Décès par maladies cardiovasculaires: **23 %**
Taux brut de mortalité : **3,6 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

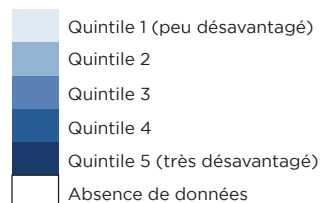
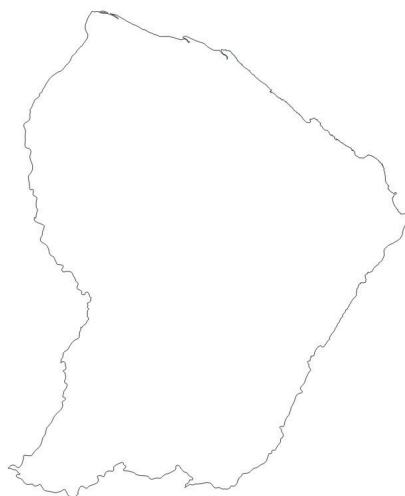
Nombre de lits de MCO : **817**
Nombre de lits de SSR: **203**
Nombre de lits d'USLD: **30**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **108**
Nombre d'infirmiers: **287**
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **96**
Nombre de psychologues : **21**

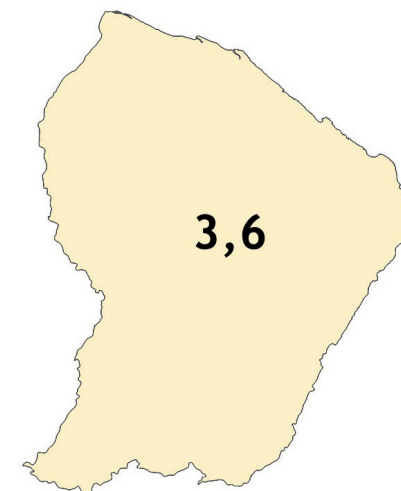
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **106**
Capacité d'accueil en HAD: **295**
Capacité d'accueil en EHPAD: **382**

Indice de désavantage social (2015)

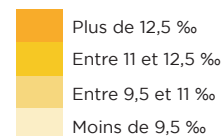


Lecture: Il n'y a pas de données disponibles pour la Guyane.
Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

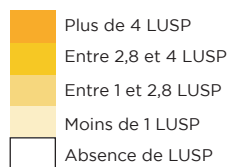
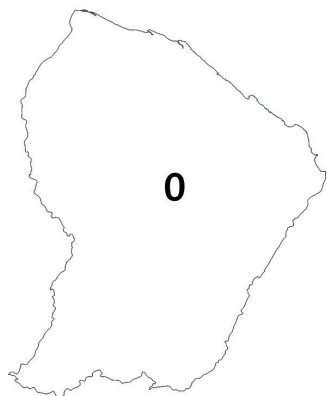


Nombre de décès pour 1 000 habitants



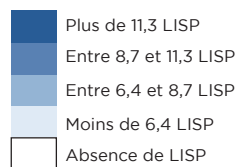
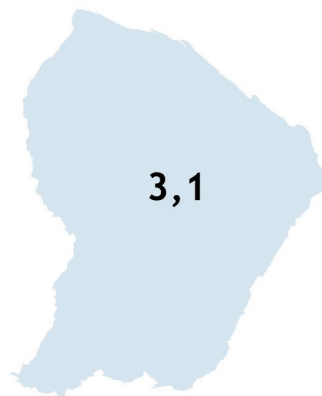
Lecture: En 2019, la Guyane avait un taux brut de mortalité de 3,6 décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



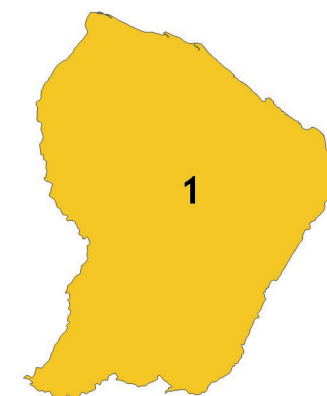
Lecture: Il n'y a pas de LUSP en Guyane.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 3,1 LISP pour 100 000 habitants en Guyane.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 1 EMSP en Guyane.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Guyane	1 020	20 %	23 %	0	0	9	1	1

La Réunion



Démographie

868 846 habitants
Densité de population: **346 habitants/km²**
Habitants de 75 ans et plus: **6 %**
Espérance de vie à la naissance :
Homme : **76,7 ans** ; Femme : **83,4 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **5 064**
Décès des personnes de 75 ans et plus: **53 %**
Décès par cancer: **26 %**
Décès par maladies cardiovasculaires: **23 %**
Taux brut de mortalité : **5,9 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

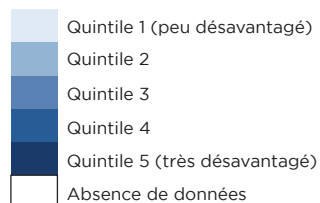
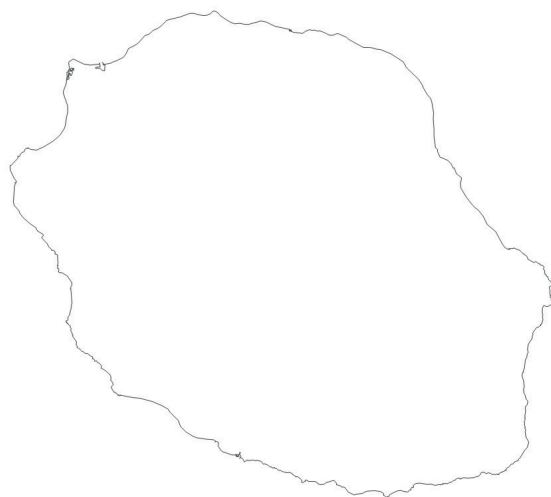
Nombre de lits de MCO : **2 461**
Nombre de lits de SSR: **1 307**
Nombre de lits d'USLD: **82**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **864**
Nombre d'infirmiers: **2 172**
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **1 560**
Nombre de psychologues : **157**

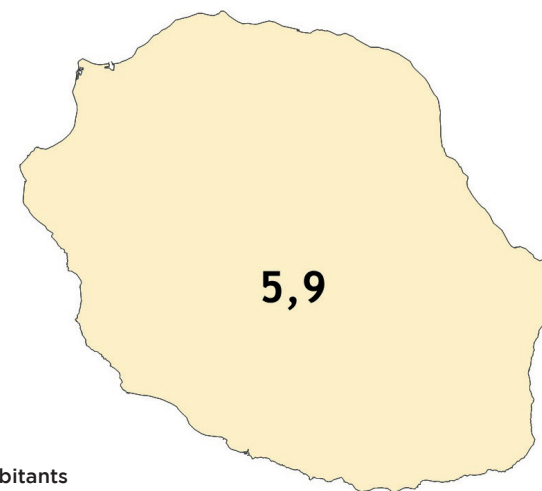
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **509**
Capacité d'accueil en HAD: **370**
Capacité d'accueil en EHPAD: **1 581**

Indice de désavantage social (2015)

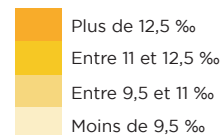


Lecture: Il n'y a pas de données disponibles pour La Réunion.
Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

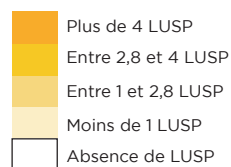
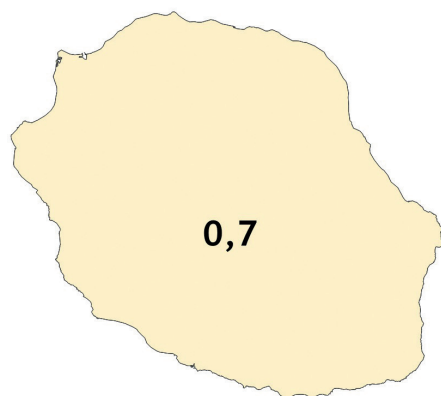


Nombre de décès pour 1 000 habitants



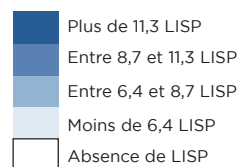
Lecture: En 2019, La Réunion avait un taux brut de mortalité de 5,9 décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 0,7 LUSP pour 100 000 habitants à La Réunion.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 2,2 LISP pour 100 000 habitants à La Réunion.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 3 EMSP à La Réunion.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
La Réunion	5 064	26 %	23 %	1	6	19 (2)	4	3 + 1 ERRSPP

Martinique



Démographie

350 373 habitants
Densité de population: **310 habitants/km²**
Habitants de 75 ans et plus: **11 %**
Espérance de vie à la naissance :
Homme : **74,0 ans** ; Femme : **81,4 ans**

Mortalité

Nombre de décès: **3 559**
Décès des personnes de 75 ans et plus: **68 %**
Décès par cancer : **28 %**
Décès par maladies cardiovasculaires: **24 %**
Taux brut de mortalité : **9,8 décès pour 1 000 habitants**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

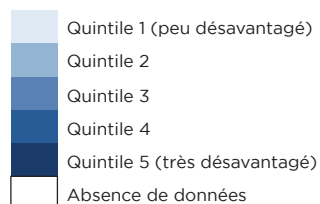
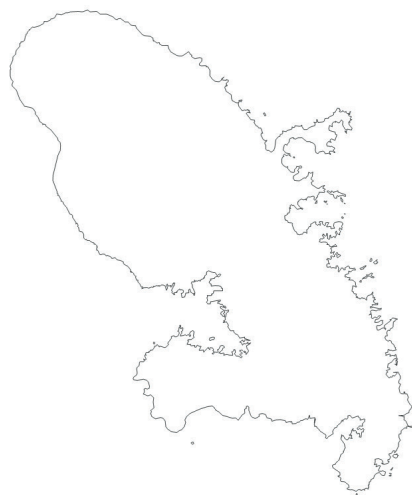
Nombre de lits de MCO : **1 105**
Nombre de lits de SSR: **581**
Nombre de lits d'USLD: **136**

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : **321**
Nombre d'infirmiers: **1 227**
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **701**
Nombre de psychologues : **58**

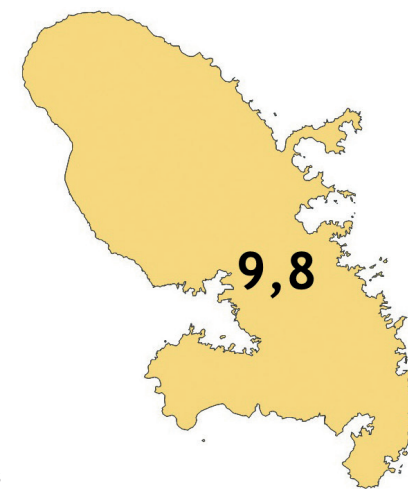
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **448**
Capacité d'accueil en HAD: **190**
Capacité d'accueil en EHPAD: **1 166**

Indice de désavantage social (2015)

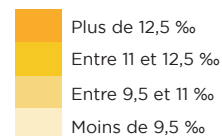


Lecture: Il n'y a pas de données disponibles pour la Martinique.
Sources : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

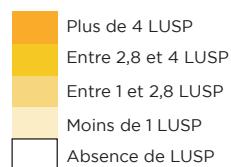
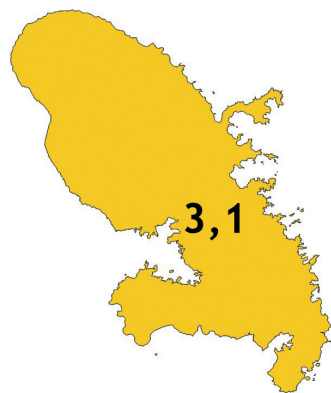


Nombre de décès pour 1 000 habitants



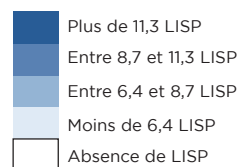
Lecture: En 2019, la Martinique avait un taux brut de mortalité de 9,8 décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 3,1 LUSP pour 100 000 habitants en Martinique.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il y a 3,7 LISP pour 100 000 habitants en Martinique.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 2 EMSP en Martinique.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Martinique	3 559	28 %	24 %	1	11	13	3	2

Mayotte



Démographie

299 348 habitants
Densité de population: **800 habitants/km²**
Habitants de 75 ans et plus: **1 %**
Espérance de vie à la naissance :
Homme : **72,5 ans** ; Femme : **73,9 ans**

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

Nombre de lits de MCO : **410**
Nombre de lits de SSR: **0**
Nombre de lits d'USLD: **0**

À domicile (activité libérale) :

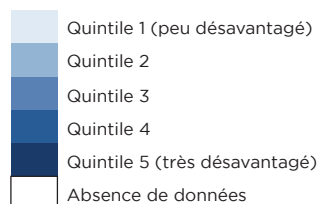
Nombre de médecins généralistes : **31**
Nombre d'infirmiers: **161**
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: **70**
Nombre de psychologues : **11**

Mortalité

Nombre de décès: **777**
Décès des personnes de 75 ans et plus: **27 %**
Décès par cancer: **14 %**
Décès par maladies cardiovasculaires: **22 %**
Taux brut de mortalité : **2,9 décès pour 1 000 habitants**

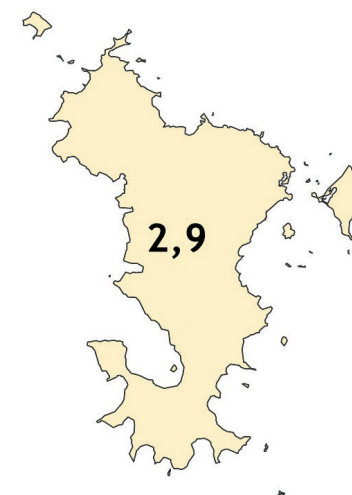
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : **40**
Capacité d'accueil en HAD: **62**
Capacité d'accueil en EHPAD: **-**

Indice de désavantage social (2015)

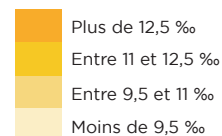


Lecture: Il n'y a pas de données disponibles pour Mayotte.
Source : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019

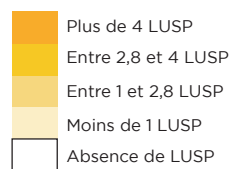


Nombre de décès pour 1 000 habitants



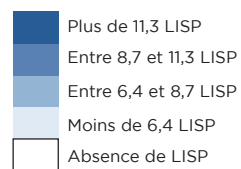
Lecture: En 2019, Mayotte avait un taux brut de mortalité de 2,9 décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il n'y a pas de LUSP à Mayotte.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture: Il n'y a pas de LISP à Mayotte.
Sources: Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre d'EMSP en 2021



Lecture: Il y a 1 EMSP à Mayotte.
Source: Drees, SAE 2021.

Données départementales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Mayotte	777	14 %	22 %	0	0	0	0	1

France



Démographie

67 813 396 habitants
Densité de population: 119 habitants/km²
Habitants de 75 ans et plus: 10 %
Espérance de vie à la naissance :
Homme : 79,3 ans ; Femme : 85,4 ans

Mortalité

Nombre de décès: 611 023
Décès des personnes de 75 ans et plus: 69 %
Décès par cancer: 28 %
Décès par maladies cardiovasculaires: 24 %
Taux brut de mortalité : 9,1 décès pour 1 000 habitants

Offre sanitaire générale

À l'hôpital :

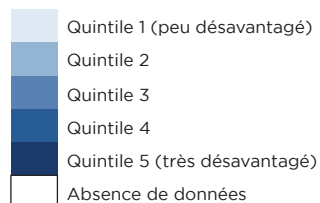
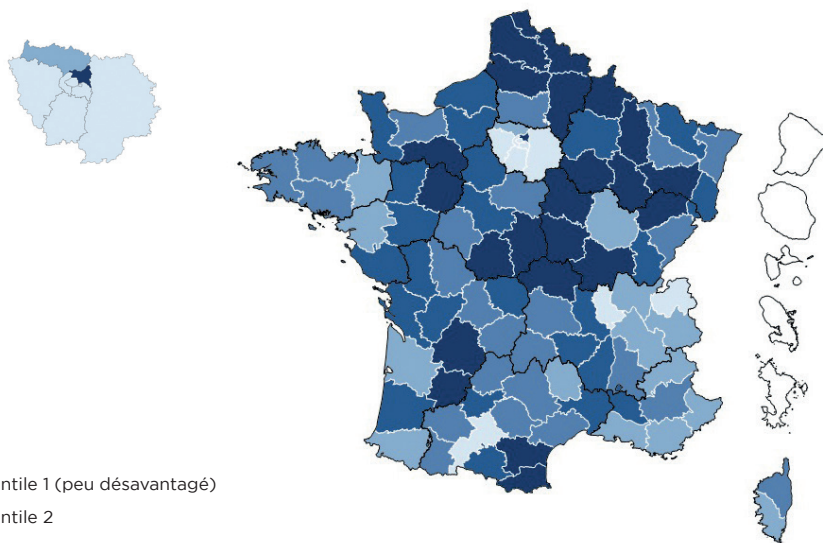
Nombre de lits de MCO : 230 905
Nombre de lits de SSR: 115 175
Nombre de lits d'USLD: 30 263

À domicile (activité libérale) :

Nombre de médecins généralistes : 55 472
Nombre d'infirmiers: 100 282
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes: 73 152
Nombre de psychologues : 84 007

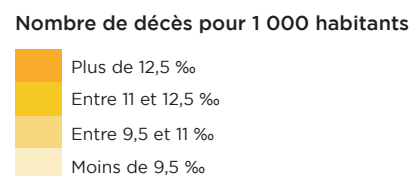
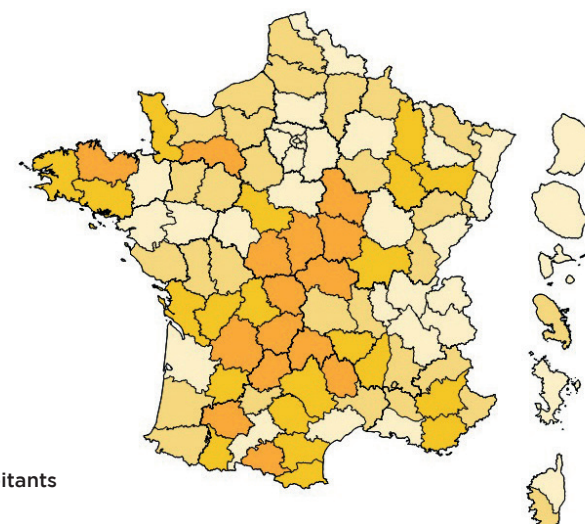
Capacité d'accueil en SSIAD/SPASAD PA : 120 524
Capacité d'accueil en HAD: 22 672
Capacité d'accueil en EHPAD : 610 475

Indicateur de désavantage social (2015)



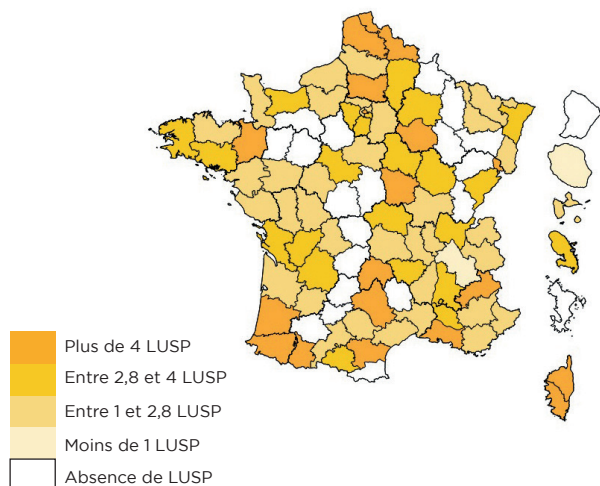
Lecture : Le département du Nord appartient au 5^e quintile, c'est-à-dire qu'il est socialement très désavantagé (voir la page *Méthodologie* pour plus de détails).
Source : Insee - Traitement CépiDc-Inserm ; 2015.

Taux brut de mortalité en 2019



Lecture : En 2019, la Corrèze avait un taux de mortalité de plus de 12,5% décès pour 1 000 habitants.
Source : Insee, 2019.

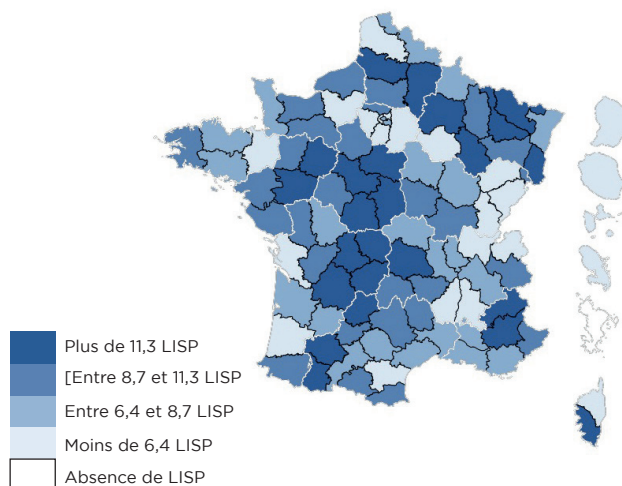
Nombre de LUSP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture : Le département de Corse-du-Sud dispose de plus de 4 LUSP pour 100 000 habitants.

Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

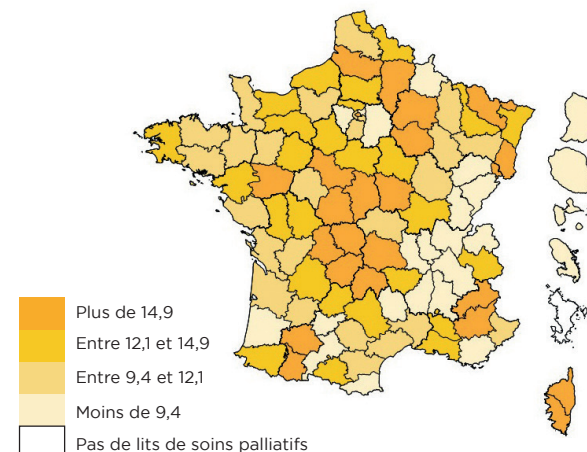
Nombre de LISP pour 100 000 habitants en 2021



Lecture : Le département du Pas-de-Calais dispose de moins de 6,4 LISP pour 100 000 habitants.

Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Nombre de lits de soins palliatifs (LUSP + LISP) pour 100 000 habitants en 2021



Lecture : Fin 2021, la Creuse avait plus de 14,9 lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants

Sources : Drees, SAE 2021 ; Insee, 2021.

Données régionales

DÉPARTEMENT	2019			2021				
	Nombre de décès	Part des décès par cancer	Part des décès par maladies cardio-vasculaires	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP (dont LISP en SSR)	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
France	611 023	28 %	24 %	171	1 980	5 566 (1 352)	904	420 + 23 ERRSPP
Auvergne RA	69 969	28 %	24 %	17	172	601 (149)	105	44 + 2 ERRSPP
Bourgogne FC	30 190	28 %	24 %	8	78	209 (15)	49	19 + 2 ERRSPP
Bretagne	35 286	28 %	26 %	14	140	270 (38)	49	17 + 1 ERRSPP
Centre Val de Loire	27 100	29 %	24 %	3	34	324 (63)	40	13 + 1 ERRSPP
Corse	3 216	28 %	26 %	2	20	34 (8)	5	2
Grand Est	53 323	29 %	24 %	12	120	583 (150)	93	35 + 3 ERRSPP
Hauts de France	55 643	29 %	23 %	31	330	491 (160)	85	40 + 2 ERRSPP
Île-de-France	75 788	30 %	20 %	28	483	784 (76)	87	79 + 1 ERRSPP
Normandie	34 533	28 %	24 %	7	69	292 (68)	49	25 + 2 ERRSPP
Nouvelle Aquitaine	65 526	28 %	26 %	14	150	566 (127)	93	38 + 3 ERRSPP
Occitanie	5 746	27 %	25 %	13	121	543 (158)	110	43 + 2 ERRSPP
Pays de la Loire	59 706	29 %	25 %	4	39	419 (155)	64	24 + 1 ERRSPP
Provence ACA	35 374	27 %	23 %	15	197	394 (173)	66	32 + 2 ERRSPP
Guadeloupe	51 480	22 %	21 %	1	10	15 (10)	1	2
Guyane	3 469	20 %	23 %	0	0	9	1	1
La Réunion	1 020	26 %	23 %	1	6	19 (2)	4	3 + 1 ERRSPP
Martinique	5 064	28 %	24 %	1	11	13	3	2
Mayotte	777	14 %	22 %	0	0	0	0	1

06

Annexes

Offre en soins palliatifs reconnue par les ARS en 2022	98
Accès aux opioïdes et aux benzodiazépines	102
Recherche sur la fin de vie	104
Méthodologie	105
Table des sources	111
Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	123
Auteurs et collaborateurs	125

Offre en soins palliatifs reconnue par les ARS en 2022

Soucieuse d'avoir une continuité et une comparabilité des données entre les éditions successives de l'Atlas, cette troisième édition présente les données issues des **enquêtes SAE de la Drees** dans les pages relatives à l'offre en soins palliatifs à l'hôpital. En effet, cette source est utilisée depuis 2006 pour décrire l'offre en soins palliatifs. Ainsi, cette édition implémente les données 2021, dernières données disponibles via cette enquête. Ces données présentent le **nombre de lits et structures installés au 31 décembre 2021**.

Pour obtenir des données plus récentes, l'ensemble des **ARS** ont envoyé un inventaire du **nombre de structures et lits reconnus en décembre 2022**. Dans un souci de transparence et d'accès aux données, celles-ci sont présentées ici, en annexes. Cependant, il est important d'interpréter ces données avec précaution. Celles-ci ne sont pas comparables car elles ne font pas un état des lieux au même moment (SAE 2021 : données au 31 décembre 2021 ; ARS : données au 31 décembre 2022) et surtout parce qu'elles ne recensent pas la même chose. L'enquête SAE porte sur **les structures et lits installés**, donc en activité, à un instant t. Les données provenant des ARS dénombrement quant à elles le **nombre de structures et lits reconnus** par les ARS à un instant t. Or, un lit ou une structure peut être reconnue à un instant t par une ARS mais pas en activité pour diverses raisons (manque temporaire de personnels par exemple). **Une analyse comparative stricte entre les données de la Drees et celles des ARS n'est donc pas possible. Ces données 2022 ne peuvent pas être analysées dans la continuité des données de 2021.**

Données départementales de l'offre en soins palliatifs reconnue par les ARS en décembre 2022

	Nombre d'USP	Nombre de lits d'USP (LUSP)	Nombre de LISP	Nombre d'établissements disposant de LISP	Nombre d'EMSP
Auvergne-Rhône-Alpes	18	184	597	108	44 + 2 ERRSPP
Ain	2	20	19	3	2
Allier	1	10	32	6	3
Ardèche	1	6	18	4	3
Cantal	1	8	16	5	1
Drôme	2	18	23	5	4
Isère	1	10	85	14	5
Loire	1	12	59	11	5
Haute-Loire	1	8	23	6	1
Puy-de-Dôme	1	14	90	15	4
Rhône	4	50	131	23	8
Savoie	1	10	44	7	3
Haute-Savoie	2	18	57	9	5

Bourgogne-Franche-Comté	6	78	226	52	20 + 2 ERRSPP
Côte-d'Or	1	15	47	10	3
Doubs	1	17	25	7	2
Jura	0	0	16	6	2
Nièvre	1	12	26	6	2
Haute-Saône	0	0	8	2	1
Saône-et-Loire	1	10	59	14	4
Yonne	1	12	31	6	5
Territoire de Belfort	1	12	14	1	1
Bretagne	13	128	269	51	16 + 1 ERRSPP*
Côtes-d'Armor	1	10	52	8	5
Finistère	3	28	95	21	3
Ille-et-Vilaine	6	60	69	13	5
Morbihan	3	30	53	9	3
* L'ERRSPP de Bretagne dispose de 2 antennes : une au CHU de Rennes et une au CHU de Brest.					
Centre Val-de-Loire	3	34	333	41	18 (dont 6 EADSP) + 1 ERRSPP
Cher	0	0	51	6	4 (dont 1 EADSP)
Eure-et-Loir	0	0	53	6	3 (dont 1 EADSP)
Indre	0	0	41	7	2 (dont 1 EADSP)
Indre-et-Loire	1	10	60	6	3 (dont 1 EADSP)
Loir-et-Cher	1	12	44	6	3 (dont 1 EADSP)
Loiret	1	12	84	10	3 (dont 1 EADSP)
Corse	2	22	41	7	2
Corse-du-Sud	1	10	25	4	1
Haute-Corse	1	12	16	3	1
Grand Est	13	129	652	99	35 + 3 ERRSPP
Ardennes	0	0	23	4	1
Aube	2	20	30	5	2
Marne	2	20	65	10	3
Haute-Marne	0	0	20	3	3
Meurthe-et-Moselle	1	15	87	11	6
Meuse	0	0	19	3	2
Moselle	2	20	139	19	5
Bas-Rhin	4	37	129	17	5
Haut-Rhin	2	17	105	20	4
Vosges	0	0	35	7	4

Hauts-de-France	30	326	491	85	32 + 2 ERRSPP
Aisne	2	20	70	11	4
Nord	16	180	178	32	14
Oise	3	34	77	13	3
Pas-de-Calais	8	82	79	15	8
Somme	1	10	87	14	3
Île-de-France	26	467	889	102	75 + 1 ERRSPP
Paris	6	212	191	17	20
Seine-et-Marne	2	29	96	12	7
Yvelines	3	32	96	11	9
Essonne	5	49	75	11	8
Hauts-de-Seine	2	44	113	17	10
Seine-Saint-Denis	3	39	76	10	6
Val-de-Marne	3	42	100	11	9
Val d'Oise	2	20	142	13	6
Normandie	7	79	339	56	24 + 2 ERRSPP
Calvados	2	23	70	9	7
Eure	2	20	36	8	2
Manche	1	11	55	10	4
Orne	0	0	40	9	4
Seine-Maritime	2	25	138	20	7
Nouvelle-Aquitaine	14	150	591	99	38 + 3 ERRSPP
Charente	1	10	32	7	3
Charente-Maritime	2	22	44	7	3
Corrèze	0	0	38	6	1
Creuse	0	0	27	6	1
Dordogne	1	12	49	9	3
Gironde	2	23	137	20	10
Landes	2	18	17	4	3
Lot-et-Garonne	1	6	25	5	3
Pyrénées-Atlantiques	2	29	66	11	4
Deux-Sèvres	1	10	38	6	2
Vienne	1	10	44	6	3
Haute-Vienne	1	10	74	12	2

Occitanie	10	94	537	103	36 + 2 ERRSPP
Ariège	1	6	16	2	1
Aude	1	10	26	5	3
Aveyron	1	10	30	9	1
Gard	1	10	62	12	4
Haute-Garonne	2	20	101	13	6
Gers	0	0	35	10	1
Hérault	2	18	108	17	5
Lot	0	0	22	6	2
Lozère	0	0	7	2	1
Hautes-Pyrénées	1	10	34	8	5
Pyrénées-Orientales	0	0	45	8	2
Tarn	1	10	28	7	3
Tarn-et-Garonne	0	0	23	4	2
Pays de la Loire	6	71	434	67	22 + 1 ERRSPP*
Loire-Atlantique	3	41	138	18	6
Maine-et-Loire	1	10	122	20	5
Mayenne	0	0	31	8	4
Sarthe	1	12	72	11	3
Vendée	1	8	71	10	4
* L'ERRSPP de Pays de la Loire dispose de 2 antennes : une au CHU de Nantes et une au CHU d'Angers.					
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15	193	412	73	30 + 2 ERRSPP
Alpes-de-Haute-Provence	1	10	16	5	1
Hautes-Alpes	1	10	20	6	1
Alpes-Maritimes	2	24	97	15	4
Bouches-du-Rhône	7	105	153	25	14
Var	2	22	74	13	5
Vaucluse	2	22	52	9	5
Département et région d'Outre-mer (DROM)					
Guadeloupe	1	10	15	1	2
Guyane	0	0	9	1	1
La Réunion	1	9	33	6	3 + 1 ERRSPP
Martinique	1	11	26	2	3
Mayotte	0	0	0	0	1
France	166	1 985	5 894	953	402 + 23 ERRSPP

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
Hydromorphine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
Oxycodone	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
Péthidine	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 7 jours	Oui	Oui
Méthadone	Per os sirop	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 14 jours	Oui	Oui
	Per os gélule	CSAPA et médecin hospitalier / limitée à 28 jours	Oui	Oui
Médicaments opioïdes non stupéfiants		Liste I		
Tramadol	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
	Injectable	Initiale semestrielle par médecin hospitalier	Oui	Oui
Codéine	Per os	Tout prescripteur	Oui	Oui
Médicaments benzodiazépines		Liste I		
Diazépam	Per os	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
	Injectable	Tout prescripteur / limitée à 12 semaines	Oui	Oui
Midazolam	Injectable	Tout prescripteur	Oui	Oui
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.

Recherche sur la fin de vie

Sources : Panorama de la recherche, PNRFV.

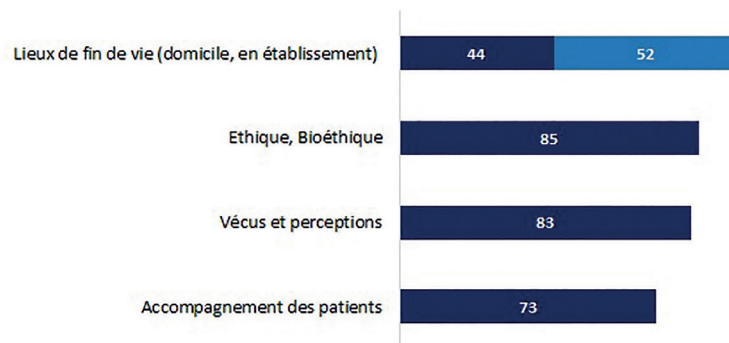


En 2022, on recense **384 chercheurs et cliniciens** travaillant dans le domaine de la fin de vie et des soins palliatifs en France, indiquant **56 disciplines et 42 thématiques de recherche** différentes. **56 projets de recherche et 90 thèses** sont en cours.

Cartographie des chercheurs en France

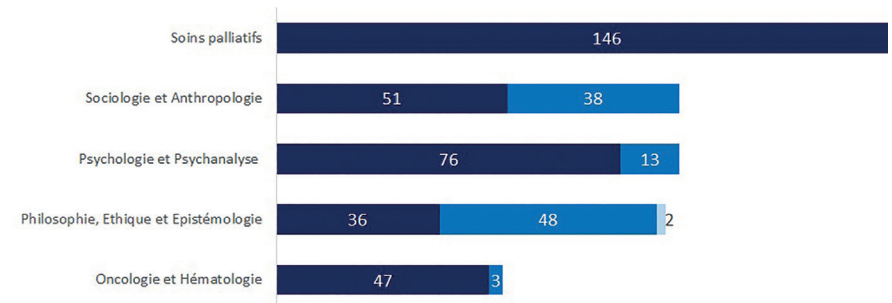


Principales thématiques d'études évoquées par les chercheurs



Retrouvez l'ensemble des chiffres relatifs à la recherche sur la fin de vie dans le Panorama de la recherche 2022 produit par le PNRFV : <https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/panorama-de-la-recherche-2022>

Principales disciplines des chercheurs et cliniciens



54 % Sciences médicales, paramédicales, Sciences de la vie et de la terre

47 % Sciences humaines et sociales, Arts

La Plateforme Nationale pour la Recherche sur la Fin de Vie (PNRFV)



Créée en 2018, la PNRFV a pour but de contribuer à la structuration, au développement et à la valorisation de la recherche française dans le domaine de la fin de vie et des soins palliatifs.

Consultez le site de la PNRFV : <https://plateforme-recherche-findevie.fr/>
Consultez l'annuaire des chercheurs : <https://www.plateforme-recherche-findevie.fr/annuaire-chercheurs>



Méthodologie

Organisation du projet

Ce troisième Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie en France met à jour certains indicateurs présentés dans la deuxième édition de 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 90 ans et plus quand cela est possible
- Espérance de vie à la naissance et sans incapacité
- Description de l'offre de santé à domicile (HAD, masseurs-kinésithérapeutes, SSIAD, etc.)
- Données sur la prise en charge en HAD
- Données sur la prise en charge en EHPAD

Le comité de pilotage pour l'élaboration de cette troisième édition de l'Atlas a été élargi. Des représentants d'associations, certaines ARS, le Haut Conseil de la Santé Publique ont rejoint ce comité composé de :

- L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)
- Certaines Agences régionales de Santé (ARS) représentées par les référents « soins palliatifs » (Bretagne, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Île-de-France et Occitanie)
- La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)
- Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm-CépiDc)
- La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
- La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)

- France Asso Santé et trois de ses adhérents :
 - L'APF France handicap
 - L'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD)
 - L'Union nationale des associations familiales (Unaf)
- Le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP)
- L'Institut National d'Études Démographiques (Ined)
- La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP)
- La Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie (PNRFV)

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

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.

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.

Pour aller plus loin :

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

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

Le CépiDc est un laboratoire de l'Inserm qui 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.

Pour aller plus loin :

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

- <https://www.cepidec.inserm.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 (structure, capacités, équipements des plateaux techniques et personnels) ainsi que l'activité réalisée par type d'activité ou 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 DOM.

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. 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'indiquent

les pointillés sur les graphiques. L'Atlas présente l'offre en soins palliatifs (USP et LISP) à partir des données de la SAE jusqu'en 2021.

Pour aller plus loin sur la SAE : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>

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-refonte-de-l-enquete-sae-en-2014>

Les données des Agences Régionales de Santé (ARS)

Afin d'obtenir les données les plus actualisées concernant l'offre en soins palliatifs, les référents « soins palliatifs » des ARS ont transmis un inventaire des structures et lits de soins palliatifs reconnus à fin décembre 2022.

Ces données ne sont pas comparables aux données de la SAE qui recensent les structures et lits de soins palliatifs installés. Dans un souci de comparabilité avec les années antérieures, les données SAE sont présentées dans les pages *offre en soins palliatifs*. Quant aux données remontées par les ARS, elles sont présentées dans les pages annexes de l'Atlas.

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 co-

dage « 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'activités hospitalières sont de nature déclarative et ne retranscrivent donc que ce qui est enregistré. De plus, le PMSI est dépendant de la plus ou moins bonne traçabilité des informations dans les dossiers médicaux à partir 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 2019 (MCO et SSR), à partir des données d'activités hospitalières traitées et fournies par l'ATIH.

Activité des USP et des LISP

Les données d'activités en USP et en LISP ont été travaillées en lien avec l'ATIH. Ces données ont été extraites sur les années 2019 à 2021. Elles ont été recueillies sur l'ensemble de la population âgée de 18 ans et plus en 2021. Les informations recueillies concernent :

Pour les USP :

- Effectif des séjours et des décès en USP entre 2014 et 2021

- Durée moyenne des séjours comprenant un passage en USP (en nuitée)

- Effectif des décès

- Moyenne d'âge des patients décédés en USP

Pour les LISP :

- Effectif des séjours avec un passage en LISP et les décès entre 2014 et 2021

- Durée moyenne des séjours comprenant un passage en LISP (en nuitée)

- Effectif des décès

- Moyenne d'âge des patients décédés en LISP

Identification des parcours de fin de vie à domicile et en EHPAD

En HAD

Les données sur la mortalité et la prise en charge de la fin de vie en HAD sont produites par l'ATIH *via* le PMSI. L'Atlas présente ainsi des indicateurs de mortalité en HAD avec une typologie des patients décédés. Des données montrent l'évolution de la prise en charge et des décès depuis 2013.

En EHPAD, en résidence autonomie et en USLD

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) recueille des informations sur les caractéristiques et l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées en France métropoli-

taine et dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte), c'est-à-dire les EHPAD, les Résidences autonomes, les USLD et autres établissements accueillant des personnes âgées. L'enquête EHPA est actuellement réalisée tous les quatre ans par la Drees. La dernière édition a eu lieu en 2020 et portait sur la situation des établissements en 2019. Les données publiées dans cette troisième édition proviennent de cette dernière enquête EHPA 2019.

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

Pour en savoir plus : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>

Focus méthodologiques sur quelques indicateurs et données présentés

Les cartographies

Pour l'ensemble des cartographies présentées dans l'Atlas, la méthode des quartiles a été utilisée pour partager les zones géographiques en quatre catégories. Les quartiles sont les valeurs qui partagent une distribution en quatre parties égales. Chaque catégorie comptabilise ainsi 25 % de l'ensemble des valeurs.

Exemple pour l'indicateur densité de population par département en 2022 (page 19) : 25 % des départements français ont une densité de population de plus de 190 habitants par km².

NB : Seul l'indice de défavorisation sociale (FDep) utilise la méthode des quintiles (répartition en 5 catégories).

Indice de défavorisation sociale (FDep)

Le FDep, French Deprivation index ou indicateur de désavantage social, est un indice géographique en population générale du désavantage social spécifiquement adapté aux études de santé sur la population française. La notion de désavantage social y est considérée comme un cumul de privations matérielles et sociales à l'échelle géographique. Il est construit à partir de données agrégées Insee issues du recensement et des revenus fiscaux de la population en 2015 :

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

Ce score est issu de la première composante principale (68,5 % de la variance totale expliquée) d'une analyse en composante principale pondérée sur la population de ces quatre variables. Cette méthodologie est appliquée à l'échelle de la commune. Le score départemental est calculé à partir de la moyenne pondérée sur la population du score à l'échelle communale. La classification de l'indicateur de désavantage social (FDep) est réalisée en quintiles de population (5 catégories) allant du quintile de population le plus favorisé (Q1) au quintile le plus défavorisé (Q5).

Cet indicateur n'est pas calculé en routine. La dernière année disponible pour cet indicateur est 2015.

Pour en savoir plus : Rey G., Jouglà E., Fouillet A., Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001 : variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health 2009, vol 9, n°33, 12 p. Disponible en ligne.

Espérance de vie

A la naissance

L'espérance de vie à la naissance est définie comme le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre si le taux de mortalité actuel n'évolue pas. Mais le taux effectif de mortalité par âge d'une cohorte de naissances particulière ne peut être connu à l'avance. Si ce taux diminue, la durée de vie effective sera plus longue que l'espérance de vie calculée au moyen des taux de mortalité actuels. L'espérance de vie à la naissance est l'un des indicateurs de l'état de santé les plus fréquemment utilisés. L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance peut être attribuée à plusieurs facteurs, dont l'élévation du niveau de vie, l'amélioration du mode de vie et l'augmentation du niveau d'instruction, ainsi qu'un accès plus large à des services de santé de qualité. Cet indicateur est présenté sous la forme d'un chiffre global et pour chaque sexe, et exprimé en années.

Pour en savoir plus : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/esperance-de-vie-a-la-naissance.htm>

A 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans est le nombre moyen d'années qu'un individu de cet âge peut s'attendre à vivre si l'on suppose que la mortalité par âge reste constante. Toutefois, comme nous l'avons vu pour l'espérance de vie à la naissance, les taux effectifs de mortalité par âge d'une cohorte de naissance particulière ne peuvent être connus à l'avance. Si ces taux diminuent (comme cela a été le cas ces dernières décennies dans les pays de l'OCDE), la durée de vie effective d'une personne sera plus longue que l'espérance de vie calculée d'après les taux de mortalité actuels. La méthode employée pour calculer l'espérance de vie peut varier légèrement d'un pays à l'autre, et modifier des estimations nationales d'une fraction d'année. Cet indicateur est présenté par sexe et exprimé en années.

Pour en savoir plus : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/esperance-de-vie-a-65-ans.htm#indicator-chart>

Espérance de vie en bonne santé ou espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie en bonne santé, appelée également espérance de vie sans incapacité, est la durée de vie moyenne en bonne santé - c'est-à-dire sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité et de morbidité de l'année. Elle caractérise la mortalité et la morbidité indépendamment de la structure par âge.

Pour en savoir plus : <https://www.insee.fr/fr/metadata/definition/c2017>

Le calcul de l'espérance de vie sans incapacité à l'échelle départementale n'est pas réalisé en routine par l'Insee. Les données présentées dans l'Atlas proviennent du travail de *Crouzet M et al. (Ined)*. Nous remercions l'équipe de chercheurs de nous avoir transmis les données afin de construire les cartographies présentées dans l'Atlas.

Pour en savoir plus : Crouzet M., et al. Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français. Premiers résultats à partir de l'enquête Vie Quotidienne et Santé. Revue Quetelet 2020, vol. 8, n°1, p. 73-101.

La mortalité

La pandémie de Covid-19 ayant impacté la mortalité sur les années 2020 et 2021, sans que nous ayons encore le recul suffisant pour évaluer son impact à long terme, nous avons fait le choix de prendre la dernière année avant la pandémie comme année de référence, soit l'année 2019, pour l'ensemble des indicateurs disponibles pour cette année.

Taux de mortalité

Taux brut de mortalité

Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre de décès au cours de l'année et la population moyenne du territoire en question au cours de cette année. Cette valeur est exprimée pour 1 000 personnes.

Taux de mortalité standardisée

Le taux de mortalité standardisé est le taux que l'on observerait dans un territoire étudié s'il avait la même structure par âge et par sexe qu'une population de référence. Il est calculé comme une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge d'une population donnée, les coefficients de pondération correspondant à la distribution par âge de la population considérée.

Comme la plupart des causes de décès varient nettement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de taux de mortalité standardisés renforce la comparabilité dans le temps et entre les territoires. En effet, les taux de décès peuvent être ainsi mesurés indépendamment de la pyramide des âges de la population à des moments et dans des territoires différents.

L'Atlas présente plusieurs taux de mortalité standardisés :

- Le taux de mortalité standardisé des 0-64 ans (prématurée) : le taux de mortalité dite prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population moyenne totale des moins de 65 ans de la même année.
- Le taux de mortalité standardisé chez les personnes âgées de 65 ans et plus.
- Les taux de mortalité standardisé par cancers et par maladies cardiovasculaires.

Ces valeurs sont exprimées pour 1 000 personnes. La population de référence utilisée pour la standardisation est la population France entière au recensement 2018.

Pour en savoir plus : <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/home>

Prévalence des pathologies

La prévalence, une année donnée, correspond à la proportion de patients pris en charge pour une pathologie (ou traitement chronique ou épisode de soins) dans une population. Elle est exprimée en pourcentage. La population utilisée dans l'Atlas est celle de la cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie.

Pour en savoir plus : <https://data.ameli.fr/pages/methode/> ;
<https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

Les lieux de décès

Les données concernant les lieux de décès présentent certaines limites. Les lieux de décès sont notifiés dans le bulletin 7 et l'avis de décès 7 bis, c'est donc à partir des catégories indiquées dans ces documents que les statistiques d'état civil sont réalisées par l'Insee.

Il existe 6 catégories de lieux de décès : « Logement », « Etablissement hospitalier », « Clinique privée », « Hospice, maison de retraite », « Voie ou lieu public » et « Autre ».

Ainsi, à ce jour, il n'est pas possible de distinguer les établissements sociaux ou médico-sociaux (tels que les EHPAD, les MAS, les FAM ou encore les CHRS) confondus dans les catégories « Logement », « Hospice, maison de retraite » et « Autre ». De la même manière, les

personnes décédées à domicile dans le cadre d'une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ne sont pas repérables (voire même elles aussi confondues dans les catégories « Logement », « Etablissement de santé », « Hospice, maison de retraite » ou « Autre »).

Les catégories utilisées aujourd'hui semblent donc en partie obsolètes au regard des changements de lieux de décès et de l'évolution de l'offre de prise en charge. C'est pourquoi dans cette édition de l'Atlas, nous avons convenu de renommer la catégorie « Hospice, maison de retraite » par « Maison de retraite / EHPAD ».

La catégorie « Logement » a été renommée « Domicile ». Les catégories « Voie ou lieu public » et « Autre » ainsi que les lieux de décès non renseignés ont été regroupées dans la catégorie « 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.

Pour en savoir plus : http://www.certdc.inserm.fr/public_view.php?ihm=102

Les groupes iso-ressources (GIR)

Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

Pour en savoir plus : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>

Table des sources

Indicateur	Niveau	Définition / Calcul	Source	Champ	Année	Accès	Chapitre de l'Atlas
Contexte							
Indice de défavorisation sociale (Fdep)	Départemental	L'indice de désavantage social (Fdep) est composé de quatre variables : le revenu médian par unité de consommation dans le ménage ; le nombre de bachelier dans la population de plus de 15 ans ; le pourcentage d'ouvrier dans la population active et le taux de chômage.	Inserm-CépiDc	France métropolitaine	2015	Libre	Contexte / pages régionales
Démographie et mortalité							
Démographie							
Nombre d'habitants	National / Régional	Population totale au 1 ^{er} janvier 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Démographie / Pages régionales
Evolution du nombre d'habitants	National / Régional	Evolution de la population entre 2014 et 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2014 à 2022	Libre	Démographie
Nombre d'habitants de 75 ans et plus	National / Régional / Départemental	Population âgée de 75 ans et plus au 1 ^{er} janvier 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Démographie
Part d'habitants de 75 ans et plus au sein de la région	National / Régional / Départemental	Population âgée de 75 ans et plus au sein de la région au 1 ^{er} janvier 2022 rapporté à la population totale de la région au 1 ^{er} janvier 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Démographie / Pages régionales
Evolution du nombre d'habitants âgés de 75 ans et plus	National / Régional	Evolution de la population âgée de 75 ans et plus entre 2014 et 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2014 à 2022	Libre	Démographie
Nombre d'habitants de 90 ans et plus	National / Régional	Population âgée de 90 ans et plus au 1 ^{er} janvier 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Démographie
Part d'habitants de 90 ans et plus au sein de la région	National / Régional	Population âgée de 90 ans et plus au sein de la région au 1 ^{er} janvier 2022 rapporté à la population totale de la région au 1 ^{er} janvier 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Démographie
Evolution du nombre d'habitants âgés de 90 ans et plus	National / Régional	Evolution de la population âgée de 90 ans et plus entre 2014 et 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	2014 à 2022	Libre	Démographie
Evolution de la démographie française entre 1992 et 2022	National	Evolution de la population française entre 1992 et 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	1992 à 2022	Libre	Démographie
Evolution de la démographie française des personnes âgées de 75 ans et plus entre 1992 et 2022	National	Evolution de la population française âgée de 75 ans et plus entre 1992 et 2022.	Insee, estimation de la population	France métropolitaine et DROM	1992 à 2022	Libre	Démographie

Densité de population	National / Régional / Départemental	Effectif de la population d'une zone géographique rapporté à la superficie de cette zone. Les résultats sont exprimés en nombre d'habitants par km ² .	Insee	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Démographie / Pages régionales
Densité de personnes âgées de 75 ans et plus par département	National / Départemental	Effectif de la population âgées de 75 ans et plus d'une zone géographique rapporté à la superficie de cette zone. Les résultats sont exprimés en nombre d'habitants par km ² .	Insee	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Démographie
Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules	National / Départemental	Population âgée de 75 ans et plus vivant seules en 2018, rapporté à la population âgée de 75 ans et plus.	Insee	France métropolitaine et DROM	2018	Libre	Démographie
Espérance de vie							
Espérance de vie à la naissance	National / Régional / Départemental	Durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année, avec une distinction entre les hommes et les femmes.	Insee	France métropolitaine et DROM	2020	Libre	Démographie / Pages régionales
Espérance de vie à 65 ans	National	Durée de vie moyenne à 65 ans d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année, avec une distinction entre les hommes et les femmes.	Deroyon, T. En 2020, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,1 ans pour les femmes et de 10,6 ans pour les hommes, Drees, Études et Résultats, 1213.	France métropolitaine et DROM	2020	Libre	Démographie
Espérance de vie sans incapacité à 60 ans	National / Départemental	Durée de vie moyenne en bonne santé (sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités) à 60 ans d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année, avec une distinction entre les hommes et les femmes.	Crouzet, M., Carrère, A., Laborde, C., Breton, D., & Cambois, E. (2020). Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français. <i>Quetelet Journal</i> , 8(1), 73-101.	France métropolitaine et DROM, hors Mayotte	2020	Sur demande du CNSPFV	Démographie
Mortalité							
Nombre de décès	National / Régional / Départemental	Nombre de personnes décédées une année donnée.	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Mortalité / Pages régionales
Part des décès des personnes âgées de 75 ans et plus	National / Régional	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus décédées une année donnée rapporté au nombre total de décès de cette même année.	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Mortalité / Pages régionales
Part des décès des personnes âgées de 90 ans et plus	National	Nombre de personnes âgées de 90 ans et plus décédées une année donnée rapporté au nombre total de décès de cette même année.	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Mortalité

Evolution du nombre de décès	National	Evolution du nombre de personnes décédées entre 1982 et 2021.	Insee	France métropolitaine et DROM	1982 à 2021	Libre	Mortalité
Nombre de décès par tranches d'âge selon le sexe en 2019	National	Répartition du nombre de décès par sexe et par tranches d'âge.	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Mortalité
Taux brut de mortalité	National / Régional / Départemental	Nombre de décès de l'année rapporté à la population exprimé pour 100 000 habitants.	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Mortalité
Taux de mortalité standardisé 0-64 ans	National / Départemental	Cf Méthodologie.	Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Mortalité
Taux de mortalité standardisé 65 ans et plus	National / Départemental	Cf Méthodologie.	Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Mortalité

Mortalité : lieux de décès

Lieux de décès	National	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	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Mortalité
Lieux de décès par tranches d'âge et par sexe	National	Répartition du lieu de décès par tranches d'âge et par sexe.	Insee	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Mortalité

Mortalité : par pathologies

Prévalence des maladies cardiovasculaires	National	Nombre de cas de maladies cardio-neurovasculaires dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.	CNAM	France métropolitaine et DROM	2020	Libre	Mortalité
Prévalence des cancers	National	Nombre de cas de cancers dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.	CNAM	France métropolitaine et DROM	2020	Libre	Mortalité
Prévalence des maladies neurologiques ou dégénératives	National	Nombre de cas de maladies neurologiques ou dégénératives dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.	CNAM	France métropolitaine et DROM	2020	Libre	Mortalité
Taux de mortalité standardisé par cancers	National / Départemental	Nombre de décès par cancers rapporté à la population totale moyenne, pondéré selon la structure (âge et sexe) d'une population de référence (France entière au recensement 2018).	Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation Fnors	France métropolitaine et DROM, hors Mayotte	2017	Libre	Mortalité
Taux de mortalité standardisé par maladies de l'appareil circulatoire	National / Départemental	Nombre de décès par maladies de l'appareil circulatoire rapporté à la population totale moyenne, pondéré selon la structure (âge et sexe) d'une population de référence (France entière au recensement 2018).	Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation Fnors	France métropolitaine et DROM, hors Mayotte	2017	Libre	Mortalité

Mortalité : Causes initiales de décès

Part des décès par cancers	National / Régional / Départemental	Nombre de décès par cancers rapporté au nombre total de décès toutes causes confondues.	Inserm-CépiDc	France Métropolitaine et DROM	2017	Libre	Mortalité / Pages régionales
Part des décès par maladies cardiovasculaires	National / Régional / Départemental	Nombre de décès par maladies cardiovasculaires rapporté au nombre total de décès toutes causes confondues.	Inserm-CépiDc	France Métropolitaine et DROM	2017	Libre	Mortalité / Pages régionales
Part des décès par cancers chez les personnes âgées de 75 ans et plus	National	Nombre de décès par cancers chez les personnes âgées de 75 ans et plus rapporté au nombre total de décès toutes causes confondues chez les personnes âgées de 75 ans et plus.	Inserm-CépiDc	France Métropolitaine et DROM	2017	Libre	Mortalité
Part des décès par maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées de 75 ans et plus	National	Nombre de décès par maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées de 75 ans et plus rapporté au nombre total de décès toutes causes confondues chez les personnes âgées de 75 ans et plus.	Inserm-CépiDc	France Métropolitaine et DROM	2017	Libre	Mortalité
Répartition des principales de causes initiales de décès en population générale	National	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) en population générale.	Inserm-CépiDc	France Métropolitaine et DROM	2017	Libre	Mortalité
Répartition des principales de causes initiales de décès chez les personnes âgées de 75 ans et plus	National	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) chez les personnes âgées de 75 ans et plus.	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2017	Libre	Mortalité
Répartition des causes initiales de décès par tranche d'âge et par sexe	National	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) selon l'âge et le sexe.	Inserm-CépiDc	France métropolitaine et DROM	2017	Libre	Mortalité

Offre en soins palliatifs

A l'hôpital

Offre sanitaire générale

Nombre de lits de MCO	Régional	Nombre de lits de MCO.	Drees, enquête SAE ; Insee.	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Nombre de lits MCO pour 100 000 personnes	National / Départemental	Rapport entre le nombre de lits de MCO et la population estimée, multiplié par 100 000.	Drees, enquête SAE ; Insee.	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs

Nombre de lits SSR	Régional	Nombre de lits de SSR.	Drees, enquête SAE ; Insee.	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Nombre de lits SSR pour 100 000 personnes	National / Départemental	Rapport entre le nombre de lits SSR et la population estimée, multiplié par 100 000.	Drees, enquête SAE ; Insee.	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre soins palliatifs
Nombre de lits d'USLD	Régional	Nombre de lits d'USLD.	DREES, enquête SAE ; Insee.	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Nombre de lits d'USLD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	National / Départemental	Rapport entre le nombre de lits d'USLD et la population âgée de 75 ans et plus en 2021.	Drees, enquête SAE ; Insee.	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Les lits de soins palliatifs							
Nombre de lits de soins palliatifs	National	Nombre de lits d'USP et de LISP.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants	National / Régional / Départemental	Nombre de lits d'USP et de LISP sur le territoire rapporté à la population estimée, multiplié par 100 000.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'USP	National / Régional / Départemental		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Evolution du nombre d'USP	National	Evolution du nombre d'unités de soins palliatifs entre 2006 et 2021.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006 à 2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Nombre de lits d'USP	National / Régional / Départemental		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Evolution du nombre de lits d'USP	National	Evolution du nombre de lits d'USP entre 2006 et 2021.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006 à 2022	Libre	Offre en soins palliatifs
Nombre de LISP	National / Régional / Départemental		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Activité des USP et des LISP
Evolution du nombre de LISP	National	Evolution du nombre de LISP entre 2006 et 2021.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'établissements disposant de LISP	National / Régional / Départemental		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales

Evolution du nombre d'établissements disposant de LISP	National	Evolution du nombre d'établissements disposant de LISP entre 2006 et 2021.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2006 à 2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Nombre de lits d'USP pour 100 000 habitants	National / Départemental	Rapport entre le nombre de lits d'USP et la population estimée, multiplié par 100 000.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Nombre de LISP pour 100 000 habitants	National / Départemental	Rapport entre le nombre de LISP et la population estimée, multiplié par 100 000.	Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'EMSP	National / Régional / Départemental		Drees, enquête SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
Nombre d'ERRSPP en France	National / Régional		2SPP	France métropolitaine et DROM	2022	Libre	Offre en soins palliatifs / Pages régionales
A domicile							
Offre sanitaire générale							
Nombre de médecins généralistes libéraux	National / Régional		FNPS - Insee	France métropolitaine et DROM, hors Mayotte	2021	Libre	Pages régionales
Nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants	National / Départemental	Rapport entre le nombre de médecins généralistes libéraux et la population estimée, multiplié par 100 000.	FNPS - Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Nombre d'infirmiers libéraux	National / Régional		FNPS - Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Nombre d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants	National / Départemental	Rapport entre le nombre d'infirmiers libéraux et la population estimée, multiplié par 100 000.	FNPS - Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux	National / Régional		FNPS - Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants	National / Départemental	Rapport entre le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et la population estimée, multiplié par 100 000.	FNPS - Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Nombre de psychologues libéraux	National / Régional		Drees, fichier Adeli	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Nombre de psychologues libéraux pour 100 000 habitants	National / Départemental	Rapport entre le nombre de psychologues libéraux et la population estimée, multiplié par 100 000.	Drees, fichier Adeli ; Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs

Capacité d'accueil en HAD	National / Régional	Nombre de places en HAD.	Drees SAE	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Taux d'équipement en HAD pour 100 000 habitants	National / Départemental	Rapport entre les capacités d'accueil en HAD et la population estimée, multiplié par 100 000.	Drees SAE ; Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Capacité d'accueil en SSIAD / SPASAD	National / Régional	Nombre de places en SSIAD / SPASAD.	Drees FINES	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Pages régionales
Nombre de places en SSIAD / SPASAD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus	National / Départemental	Rapport entre les capacités d'accueil en SSIAD / SPASAD et la population âgée de 75 ans et plus estimée, multiplié par 1 000.	Drees FINES ; Insee	France métropolitaine et DROM	2021	Libre	Offre en soins palliatifs
Parcours de fin de vie							
A l'hôpital							
Nombre de décès à l'hôpital	National	Nombre de décès enregistré en MCO et SSR.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des décès hospitaliers	National	Rapport entre le nombre de décès à l'hôpital (MCO et SSR) et le nombre de décès tous lieux confondus.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des décès hospitaliers des personnes âgées de 75 ans et plus	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 75 ans décédées à l'hôpital (MCO et SSR) et le nombre total de décès à l'hôpital (MCO et SSR).	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Répartition des décès en milieu hospitalier selon le type d'établissement	National	Répartition des décès en milieu hospitalier selon le lieu : MCO ou SSR.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Répartition des décès en milieu hospitalier des personnes âgées de 75 ans et plus selon le type d'établissement	National	Répartition des décès en milieu hospitalier des personnes âgées de 75 ans et plus selon le lieu : MCO ou SSR.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des patients décédés à l'hôpital ayant reçu un codage soins palliatifs au cours de l'année précédant le décès	National	Proportion des patients décédés en milieu hospitalier qui ont reçu un codage soins palliatifs au cours de l'année précédant le décès selon le lieu : MCO ou SSR.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des patients âgés de 75 ans et plus décédés à l'hôpital ayant reçu un codage soins palliatifs au cours de l'année précédant le décès	National	Proportion des patients décédés âgés de 75 ans et plus en milieu hospitalier qui ont reçu un codage soins palliatifs au cours de l'année précédant le décès selon le lieu : MCO ou SSR.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Fin de vie en USP et en LISP							
Part des patients décédés en USP et en LISP	National	Rapport entre le nombre de décès en USP et en LISP sur le nombre total de décès à l'hôpital.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie

Nombre de séjours en USP	National		ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Durée moyenne de séjour en USP	National	Somme de l'ensemble des durées de chaque séjour en USP divisée par le nombre de séjours en USP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Nombre de patients pris en charge en USP	National	Nombre de patients pris en charge en USP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Age moyen des patients pris en charge en USP	National	Somme des âges de l'ensemble des patients pris en charge en USP divisée par le nombre de patients pris en charge en USP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des patients ayant fait plusieurs séjours en USP	National	Nombre de patients ayant effectué plusieurs séjours en USP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des décès en USP	National	Nombre de patients décédés en USP divisé par le nombre de patients pris en charge en USP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Nombre de séjours en LISP	National		ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Durée moyenne de séjour en LISP	National	Somme de l'ensemble des durées de chaque séjour en LISP divisée par le nombre de séjours en LISP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Nombre de patients pris en charge en LISP	National	Nombre de patients ayant été hospitalisé en LISP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Age moyen des patients pris en charge en LISP	National	Somme des âges de l'ensemble des patients pris en charge en LISP divisée par le nombre de patients pris en charge en LISP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des patients ayant fait plusieurs séjours en LISP	National		ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des décès en LISP	National	Nombre de patients décédés en LISP divisé par le nombre de patients pris en charge en LISP.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Evolution du nombre de décès en LUSP et en LISP	National	Evolution du nombre de décès en LUSP et en LISP entre 2014 et 2021.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2014 à 2021	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Evolution du nombre de séjours en LUSP et en LISP	National	Evolution du nombre de séjours en LUSP et en LISP entre 2014 et 2021.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2014 à 2021	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie

Au domicile**Fin de vie en HAD**

Nombre de patients décédés en HAD	National	Nombre de patients décédés au cours d'une prise en charge HAD.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Age moyen du décès en HAD	National	Somme des âges des personnes décédées en HAD divisée par le nombre de personnes décédées en HAD.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Durée moyenne de séjour en HAD	National	Somme de l'ensemble des durées de chaque séjour de décès en HAD divisée par le nombre de séjours de décès en HAD.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Part des patients décédés en HAD ayant reçu un codage soins palliatifs au cours du séjour de décès	National	Rapport entre le nombre de patients décédés en HAD ayant reçu un codage soins palliatifs au cours du séjour de décès et le nombre total de personnes décédées en HAD.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2014 à 2021	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Evolution du nombre de décès en HAD selon le lieu de prise en charge	National	Evolution du nombre de décès en HAD selon le lieu de prise en charge (domicile, EHPAD et autres lieux).	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2014 à 2021	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Répartition des lieux de prise en charge par l'HAD lors des séjours du décès	National	Rapport entre le nombre de décès pour chaque lieu de prise en charge en HAD et le nombre total de décès en HAD.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Nombre de journées de soins palliatifs en HAD	National	Nombre de journées de prise en charge en HAD avec un codage soins palliatifs.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Nombre de séjours avec soins palliatifs en HAD	National	Nombre de séjours en HAD avec un codage soins palliatifs.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge palliative en HAD	National	Nombre de patients pris en charge en HAD avec un codage soins palliatifs.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Evolution du nombre de séjours avec soins palliatifs et de patients pris en charge en soins palliatifs en HAD	National	Evolution du nombre de séjours avec soins palliatifs et de patients pris en charge en soins palliatifs en HAD.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2014 à 2021	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie
Répartition du lieu de prise en charge palliative en HAD	National	Rapport entre le nombre de journées de prise en charge pour chaque lieu en HAD et le nombre total de journées de prise en charge en HAD.	ATIH, PMSI	France métropolitaine et DROM	2019	Sur demande du CNSPFV	Parcours de fin de vie

Fin de vie en EHPAD

Capacité d'accueil en EHPAD	National / Régional	Nombre de places en EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Pages régionales
Taux d'équipement en EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	National / Départemental	Rapport entre les capacités d'accueil en EHPAD et la population âgée de 75 ans et plus estimée, multiplié par 1 000.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie

Nombre de résidents en EHPAD	National	Nombre de personnes vivant dans un EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en EHPAD	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un EHPAD et le nombre total d'habitants de 75 ans et plus.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes âgées de 90 ans et plus résidant en EHPAD	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 90 ans et plus vivant dans un EHPAD et le nombre total d'habitants de 90 ans et plus.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part de femmes parmi les résidents en EHPAD	National	Rapport entre le nombre de femmes vivant dans un EHPAD et le nombre total de femmes.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidents en EHPAD âgés de 75 ans et plus	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un EHPAD et le nombre total de personnes vivant en EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidents en EHPAD âgés de 90 ans et plus	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 90 ans et plus vivant dans un EHPAD et le nombre total de personnes vivant en EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidents en EHPAD atteints d'une maladie neuro-dégénérative	National	Rapport entre le nombre de personnes atteints d'une maladie neuro-dégénérative vivant dans un EHPAD et le nombre total de personnes vivant en EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Répartition des résidents d'EHPAD selon leur GIR	National	Rapport entre le nombre de résidents d'un même groupe iso-ressource et le nombre total de résidents.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Nombre de résidents décédés	National		Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidents décédés au sein d'un EHPAD	National	Rapport entre le nombre de résidents décédés au sein d'un EHPAD et le nombre total de résidents décédés tous lieux confondus.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidents décédés lors d'une hospitalisation	National	Rapport entre le nombre de résidents décédés lors d'une hospitalisation et le nombre total de résidents décédés tous lieux confondus.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidents décédés ayant une maladie neuro-dégénérative	National	Rapport entre le nombre de résidents décédés ayant une maladie neuro-dégénérative et le nombre total de résidents décédés.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des EHPAD ayant des chambres pour les personnes en fin de vie	National	Rapport entre le nombre d'EHPAD ayant des chambres pour les personnes en fin de vie et le nombre total d'EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des EHPAD ayant au moins un membre du personnel formé aux soins palliatifs (DU, DIU, Master)	National	Rapport entre le nombre d'EHPAD ayant au moins un membre du personnel formé aux soins palliatifs (DU, DIU, Master) et le nombre total d'EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie

Part des EHPAD ayant une convention avec un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs)	National	Rapport entre le nombre d'EHPAD ayant une convention avec un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs) et le nombre total d'EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des EHPAD ayant une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs	National	Rapport entre le nombre d'EHPAD ayant une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs et le nombre total d'EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des EHPAD ayant un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement	National	Rapport entre le nombre d'EHPAD ayant un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement et le nombre total d'EHPAD	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des EHPAD mettant en place des prescriptions anticipées personnalisées	National	Rapport entre le nombre d'EHPAD mettant en place des prescriptions anticipées personnalisées et le nombre total d'EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des EHPAD informant les résidents sur la possibilité d'être accompagnés pour rédiger leurs directives anticipées	National	Rapport entre le nombre d'EHPAD informant les résidents sur la possibilité d'être accompagnés pour rédiger leurs directives anticipées et le nombre total d'EHPAD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Fin de vie en résidence autonomie et en USLD							
Nombre de personnes hospitalisées en USLD	National		Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des femmes parmi les personnes hospitalisées en USLD	National	Rapport entre le nombre de femmes hospitalisées en USLD et le nombre total de personnes hospitalisées en USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes âgées de 75 ans et plus parmi les personnes hospitalisées en USLD	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus hospitalisées en USLD et le nombre total de personnes hospitalisées en USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes âgées de 90 ans et plus parmi les personnes hospitalisées en USLD	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 90 ans et plus hospitalisées en USLD et le nombre total de personnes hospitalisées en USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes hospitalisées en USLD ayant une forte perte d'autonomie	National	Rapport entre le nombre de personnes hospitalisées en USLD ayant une forte perte d'autonomie et le nombre total de personnes hospitalisées en USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Nombre de personnes décédées en USLD	National	Nombre de personnes décédées au cours d'une hospitalisation en USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des USLD ayant une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs	National	Rapport entre le nombre d'USLD ayant une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs et le nombre total d'USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des USLD ayant une convention avec un réseau de soins palliatifs	National	Rapport entre le nombre d'USLD ayant une convention avec un réseau de soins palliatifs et le nombre total d'USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie

Part des USLD ayant des chambres pour les personnes en fin de vie	National	Rapport entre le nombre d'USLD ayant des chambres pour les personnes en fin de vie et le nombre total d'USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des USLD ayant un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement	National	Rapport entre le nombre d'USLD ayant un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement et le nombre total d'USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des USLD mettant en place des prescriptions anticipées personnalisées	National	Rapport entre le nombre d'USLD mettant en place des prescriptions anticipées personnalisées et le nombre total d'USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des USLD informant les résidents sur la possibilité d'être accompagnés pour rédiger leurs directives anticipées.	National	Rapport entre le nombre d'USLD informant les résidents sur la possibilité d'être accompagnés pour rédiger leurs directives anticipées et le nombre total d'USLD.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Nombre de personnes vivant en résidence autonomie	National	Nombre de personnes vivant en résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des femmes parmi les personnes vivant en résidence autonomie	National	Rapport entre le nombre de femmes vivant en résidence autonomie et le nombre total de personnes vivant en résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes âgées de 75 ans et plus parmi les personnes vivant en résidence autonomie	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus vivant en résidence autonomie et le nombre total de personnes vivant en résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes âgées de 90 ans et plus parmi les personnes vivant en résidence autonomie	National	Rapport entre le nombre de personnes âgées de 90 ans et plus vivant en résidence autonomie et le nombre total de personnes vivant en résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des personnes vivant en résidence autonomie n'ayant pas de perte d'autonomie	National	Rapport entre le nombre de personnes vivant en résidence autonomie n'ayant pas de perte d'autonomie et le nombre total de personnes vivant en résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Nombre de personnes décédées en résidence autonomie	National	Nombre de personnes décédés au cours d'un séjour en résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidences autonomie ayant une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs	National	Rapport entre le nombre de résidence autonomie ayant une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs et le nombre total de résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie
Part des résidences autonomie ayant une convention avec un réseau de soins palliatifs	National	Rapport entre le nombre de résidence autonomie ayant une convention avec un réseau de soins palliatifs et le nombre total de résidence autonomie.	Drees EHPA	France métropolitaine et DROM	2019	Libre	Parcours de fin de vie

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

Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie est un organisme public, créé en 2016 sur décision du Gouvernement à la suite de l'adoption de la loi Claeys-Léonetti. Les missions du Centre national ont été renouvelées et élargies par décret, pour une durée de 5 ans à partir de janvier 2022.

Il a plusieurs missions et notamment une mission essentielle d'information auprès des citoyens. Il s'engage pour accompagner les citoyens dans l'appréhension de leurs propres droits à la fin de vie. Cette mission d'information porte notamment sur la législation relative à la fin de vie et aux soins palliatifs.

Il développe des outils de communication, d'information et des campagnes dédiées, au service de la connaissance des citoyens de leurs propres droits sur les soins palliatifs et la fin de vie.

Au-delà de cette mission d'information, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie assure une mission de production de savoirs relatifs à la culture de la fin de vie. Il s'appuie sur différentes analyses épidémiologiques, cliniques, sociétales, scientifiques. Ce travail implique l'utilisation de données scientifiques et la sollicitation d'avis d'experts.

En tant que centre d'expertise, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie s'attache à la production validée et accessible et à la diffusion de savoirs et d'informations scientifiques en s'appuyant sur une démarche plurielle : l'animation d'un réseau de spécialistes (médecins, juristes, sociologues, philosophes, etc.) et l'utilisation de données scientifiques et empiriques, reçues et utilisées en dehors de toute considération militante.

Ces expertises permettent de nourrir le débat public dans son ensemble.

Méthode de travail du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

Dans le développement de ses réflexions, le Centre national s'appuie sur une méthodologie de travail singulière, unique dans le débat public français sur la question de la fin de vie. En effet il réunit en son sein une **Commission d'Expertise** réunissant les parties-prenantes représentant l'ensemble des acteurs intervenants dans la fin de vie et les soins palliatifs : professionnels de santé, bénévoles, associations, aidants ...

La Commission d'Expertise contribue à la définition du programme de travail annuel du Centre national, suit sa mise en œuvre et décide des suites à donner aux travaux réalisés.

Le Centre national pratique une culture du débat et de la co-construction, en travaillant avec l'ensemble des parties-prenantes dans un cadre serein et dépassionné.



Décret n° 2022 87 du 28 janvier 2022 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045084499>

Auteurs et collaborateurs

Un comité de pilotage élargi a eu pour rôle de participer à la réflexion concernant les données à conserver dans cette troisième 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 du ministère de la Santé et de la Prévention et 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 Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, nous souhaitons exprimer notre gratitude aux organisateurs, institutions, associations et professionnels qui ont permis à cette troisième édition de l'Atlas de voir le jour.

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

35 rue du plateau – CS 20004 – 95958 Paris Cedex (France)

Rédacteurs :

François Cousin – Médecin de santé publique
Thomas Gonçalves – Chargé de mission

Sous la responsabilité de :

Giovanna Marsico – Directrice
Sarah Dauchy – Présidente

Mise en page par :

Isabelle Pamart – Graphiste

Contributeurs :

Anna Altéa – Responsable Communication et Formation
Julien Carretier – Docteur en Santé Publique
Caroline Tête – Documentaliste

Comité de pilotage

Ministère de la Santé et de la Prévention

DGOS

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

Drees

Angélique Balavoine, Elodie Martial, Layla Ricroch, Manuella Baraton, Benoît Ourliac

ARS

Perrine Debraise et Elisabeth D'Estaintot (ARS Île-de-France) ; Alexandra Thierry (ARS Hauts-de-France) ; Chloé Berger et Frédéric Spinelli (ARS Bretagne) ; Nadia Dhifi (ARS Occitanie) ; Hélène Delacroix Maillard et Christianne Roy (ARS et Cellule de Coordination régionale Centre-Val de Loire)

ATIH

Marlène Bernard Ingénieur – statisticien ; Pascal Potier – Médecin Inserm-CépiDc ; Grégoire Rey – Directeur

CNAM

Philippe Tuppin – Médecin de santé publique, épidémiologiste

HCSP

Franck Chauvin – ex président du HCSP, oncologue médical, professeur de Santé Publique

PNRFV

Elodie Cretin – Directrice

Ined

Sophie Pennec – Directrice de recherche

SFAP

Anne-Marie Colliot – Cadre de Santé de soins palliatifs

France Assos Santé et trois de ses adhérents

Marc Morel – Directeur de France Assos Santé ; Nicolas Brun (Union nationale des associations familiales UNAF) ; Karine Pourchain Grepinet (association des paralysés de France APF) ; Yves Grégoire (ADMD)



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



Imprimé par la Dila



