



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-124P

La mort à l'hôpital

RAPPORT ANNEXES
TOME II

Établi par

Dr. Françoise LALANDE

Olivier VEBER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2009 -

Sommaire

ANNEXE 1 : DESIGNATION DES INSPECTEURS.....	5
ANNEXE 2 : NOTE DE CADRAGE DE LA MISSION	7
ANNEXE 3 : CERTIFICAT DE DECES.....	9
ANNEXE 4 : COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	13
ANNEXE 5 : GRAPHIQUE RETRAÇANT LES LIEUX DE DECES EN FONCTION DE LA TRANCHE D'AGE	17
ANNEXE 6 : DOCUMENT INSERM SUR LA MORTALITE COMMUNE/REGION	23
ANNEXE 7 : ETUDE MENEES PAR L'ATIH A LA DEMANDE DE LA MISSION.....	29
ANNEXE 8 : REPARTITION DES DECES PAR SERVICES EN 2008 A L'AP-HP	51
ANNEXE 9 : DOCUMENT DE LA CNAMTS ET DE LA DCCRF PRECISANT LES CRITERES DE DECISION POUR LE CONTROLE DES SOINS PALLIATIFS	55

Annexe 1 : Désignation des inspecteurs



12 FEV. 2009

Le Chef de l'IGAS

**NOTE à l'attention de
Monsieur le directeur de cabinet
de la ministre de la santé et des sports**

OBJET : La mort à l'hôpital

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai désigné Madame Françoise LALANDE et Messieurs Dominique TRICARD et Olivier VEBER, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, pour effectuer la mission citée en objet, proposée par l'IGAS dans le cadre de son programme annuel de travail pour 2009.

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'André Nutte', written over a horizontal line.

André NUTTE

Annexe 2 : Note de cadrage de la mission



Inspection générale des affaires sociales

Paris, le 18 mars 2009

Objet : La mort à l'hôpital. Note de cadrage

L'inspection générale des affaires sociales a proposé, lors de son programme annuel, de mener une enquête sur « la mort à l'hôpital ». Diverses missions avaient en effet noté précédemment plusieurs types de problèmes non ou mal résolus concernant ce sujet. Le chef de l'IGAS a confié cette mission au Dr Françoise LALANDE, à M. Dominique TRICARD et à M. Olivier VEBER, membres de l'inspection.

Périmètre d'investigation

La mission propose de retenir un périmètre d'investigation s'étendant de la fin de vie jusqu'au départ des corps des établissements hospitaliers. Compte-tenu du caractère spécifique de la question des fœtus, déjà traitée par de nombreux rapports de l'IGAS, la mission a choisi de ne pas l'aborder.

La mission souhaite porter son attention sur la situation de l'ensemble des établissements hospitaliers, publics ou privés, y compris les hôpitaux psychiatriques et le secteur de l'hospitalisation à domicile. Le secteur médico-social n'entre pas, quant à lui, dans le périmètre des investigations.

Sur le champ ainsi défini, il conviendra d'examiner les enjeux juridiques, variés, du sujet ainsi que les enjeux économiques et organisationnels. Une attention particulière sera portée sur la question du droit des personnes en fin de vie et de l'accompagnement des proches avant et après le décès.

A l'intérieur de ce cadre général, la mission pourra être amenée à s'intéresser à certaines questions spécifiques, dont elle mesurera l'importance : décès en soins palliatifs, décès d'enfants, décès d'indigents, personnes mortes dans le cadre d'une action SMUR, afflux massif, prélèvement d'organe, mais aussi place des différents rituels religieux, contraintes liées aux transports des corps etc.

Objectifs et méthodes de la mission

D'après les dernières statistiques disponibles de l'Inserm (2006), 57,8% des décès en France ont lieu dans les hôpitaux publics ou privés. Pourtant, et malgré la loi « Leonetti » du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie, il s'agit d'un domaine où l'hétérogénéité des pratiques et des procédures est manifestement de règle. Le rapport n°1287 du 28 novembre de l'assemblée nationale d'évaluation de la loi de 2005, présenté par le même député, J. Leonetti, insiste d'ailleurs sur la faiblesse de l'application de la loi.

Il conviendra en premier lieu de dresser un état des lieux des circonstances de décès et de leur évolution récente et de rassembler sur ce sujet les statistiques indispensables, afin de restituer à chaque question sa juste place.

Il conviendra, en outre, d'examiner les textes juridiques qui s'appliquent aux différentes étapes et d'expliquer leurs éventuelles lacunes et/ou difficultés de mise en œuvre. Les implications financières de la question devront être mesurées de même que seront évaluées les modalités de financement des diverses activités liées à la mort à l'hôpital.

La mission dressera un état des lieux des pratiques et des procédures qui concernent tant l'accompagnement des mourants et de leurs proches que la gestion des opérations qui suivent le décès. Elle identifiera les bonnes pratiques dont la diffusion serait porteuse de progrès pour les établissements hospitaliers.

Outre la lecture des rapports et autres sources bibliographiques consacrées au sujet et les entretiens passés avec les responsables qui à un titre ou à un autre peuvent apporter un éclairage sur la question de la mort dans les établissements hospitaliers, la mission procédera à l'audition de praticiens – médecins ou non – de responsables d'association et de représentants des usagers. Elle effectuera des visites dans différents types d'établissement de différentes régions, les problématiques pouvant varier selon le contexte socio-économique régional.

Une fois cet état des lieux dressé, la mission formulera les recommandations et fera les propositions qui lui paraîtront nécessaires pour améliorer la prise en charge des mourants et des morts ainsi que l'accueil des proches, et pour permettre au personnel hospitalier d'assurer ses missions dans de bonnes conditions.

La mission devra rendre son rapport d'ici juillet 2009.

Annexe 3 : Certificat de décès

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

IMPORTANT

- 1 - **La date et l'heure du décès** doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confirmées ultérieurement par l'expertise médico-légale.
- 2 - **Obstacle médico-légal** : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice.
Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :
 - don du corps (article R 363-10 du code des communes)
 - soins de conservation (article R 363-1 du code des communes)
 - transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de santé (article R 363-6 du code des communes)
 - admission avant mise en bière en chambre funéraire (articles R-361-37 et R 361-38 du code des communes)
 - prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (article R 363-11 du code des communes)
 - fermeture du cercueil (article R 363-18 du code des communes)
 - inhumation (par voie de conséquence)
 - crémation (article R 361-42 du code des communes).
 Les mêmes opérations funéraires sont suspendues lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des blessures pour un pensionné de guerre).
- 3 - **Mise en bière immédiate** : maladies contagieuses (arrêté santé du 17 novembre 1986. J.O.R.F. du 20 décembre 1986) ; maladies épidémiques ou mauvais état du corps (article R 363-19 du code des communes). La nature du cercueil imposé en fonction de la maladie est indiquée aux points 4 et 5 ci-après.

Les opérations funéraires suivantes sont impossibles :

- don du corps
- soins de conservation
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt
- admission avant mise en bière en chambre funéraire
- prélèvement en vue de rechercher les causes du décès (article R 363-11 du code des communes)
- 4 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : varioles et autres orthopoxviroses ; choléra ; charbon ; fièvres hémorragiques virales.
- 5 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil simple** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : peste ; hépatites virales sauf hépatite A confirmée ; rage ; Sida.
- 6 - **Don du corps** (article R 363-10 du code des communes) : impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse. La carte de donateur doit être demandée.
- 7 - **Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** (article R 363-11 du code des communes) : à la demande du médecin qui constate le décès (impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse) ; à la demande du préfet (article R 363-20 du code des communes).
- 8 - **Prothèse** (article R 363-16 du code des communes) : toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière. Toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile doit être enlevée avant la crémation.

à détacher et à joindre au bulletin d'état civil correspondant, au moment de l'envoi au Médecin de Santé Publique attaché à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

**Ne doit être ouvert que par
le Médecin de Santé Publique
attaché à la direction Départementale
des Affaires Sanitaires et Sociales**

Document confidentiel

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Commune d'enregistrement du décès

N° de l'acte

(A remplir par la Mairie)

N° d'ordre du décès

N° du département

DÉPARTEMENT :

CERTIFICAT DE DÉCÈS

conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996

A remplir par le Médecin

COMMUNE DE DÉCÈS :

Code Postal

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Sexe :

Domicile :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et constante (voir 1 au verso)

- Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) OUI NON
- Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) OUI NON
 - dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) OUI NON
 - dans un cercueil simple (voir 5 au verso) OUI NON
- Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) OUI NON
- Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) OUI NON
- Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir 8 au verso) OUI NON

Important : bien cocher toutes les lignes par oui ou non

A _____ le _____
Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

A conserver dans la mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements confidentiels et anonymes

Code Postal : _____ Commune de décès : _____
Code Postal : _____ Commune de domicile : _____

Date de décès : _____
Date de naissance : _____

1. Sexe masculin
2. Sexe féminin

Causes du décès

PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès *
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès (heures, jours, mois ou ans)

- a) _____
- due à ou consécutive à : b) _____
- due à ou consécutive à : c) _____
- due à ou consécutive à : d) _____

* Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

Informations complémentaires

- Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non
Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : _____ Mois _____ Jours
- En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...): _____ S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? :
1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

Lieu du décès :

- 1. Non 2. Oui, résultat disponible
- 3. Oui, résultat non disponible

- 1. Domicile 2. Hôpital 3. Clinique privée
- 4. Hospice, maison de retraite 5. Voie publique 6. Autre lieu

Signature (Nom lisible) et Cachet (obligatoire) du médecin

Exemples

Exemples	Intervalle	Exemples	Intervalle	Exemples	Intervalle
I. a) Septicémie	2 h	I. a) Coma	22 h	I. a) Hémorragie cérébrale	1 h
b) Péritonite	28 h	b) Infection cérébrale	28 h	b) Hypertension	15 a
c) Perforation d'ulcère	3 j	c) Traumatisme crânien	2 j	c)	-
d) Ulcère duodinal	7	d) Accident de la route	2 j	d)	-
II. Alcoolisme	3	II.	-	II. Cause de sépsis récidivé	-
I. a) Tumeur cérébrale	29 j	I. a) Noyade	-	I. a) Détresse respiratoire	5 mn
b) Édème	7 m	b) Suicide	-	b) Embolie pulmonaire	5 mn
c)	-	c)	-	c) Phlébite	7
d)	-	d)	-	d) Avortement	18 j
II. Kaposi, Tuberculose	-	II. Toxicomanie	-	II. Varicelle	-

Ce document ne peut être communiqué à quiconque ni en original, ni en copie

Annexe 4 : Comparaisons internationales

Comparaisons internationales concernant la répartition des lieux de décès

La comparaison internationale des lieux de décès est un exercice approximatif (contrairement à celle des causes de décès, qui fait l'objet d'une méthodologie internationale homogène).

En effet, l'organisation et le périmètre des établissements de soins et des établissements médico-sociaux changent d'un pays à l'autre : la frontière entre soins de longue durée, hospices, soins palliatifs, établissements pour handicapés ou personnes dépendantes, ainsi que maisons de retraite fluctue notablement au gré des politiques sanitaires et sociales. Seuls les pourcentages de morts à domicile ou de morts en établissements de soins de courte durée permettraient une comparaison de valeurs homogènes. Malheureusement on ne dispose pas de ces données dans tous les pays.

1. LES DONNEES EUROPEENNES DE MORTALITE

EUROSTAT, l'office statistique des communautés européennes assure la collecte, la production et la diffusion de statistiques harmonisées au niveau européen. Il obtient ces données le plus souvent des autorités chargées des statistiques nationales dans les Etats membres. Puis il traite ces données et les publie selon des méthodes communes¹.

L'annuaire contient ainsi des données sur les causes de décès, l'espérance de vie de la population à la naissance ou à 60 ans, l'espérance de vie sans incapacité, etc. Mais ce document ne donne pas d'indication sur le lieu de décès. Il est donc nécessaire de se reporter aux données nationales officielles ou, à défaut, à des études n'ayant pas le même niveau d'harmonisation et de date.

Le Royaume Uni

Selon les dernières données disponibles de l'UK office of national statistics² (2007), l'endroit où le décès est survenu est comptabilisé selon les items suivants : hôpital psychiatrique faisant partie du National health service (NHS), hôpital psychiatrique ne faisant pas partie du NHS, autres hôpitaux publics (NHS) et autres hôpitaux non NHS, « hospices³ », établissements communaux non hospitaliers⁴, domicile ou résidence usuelle, enfin autres lieux (y compris voie publique).

Par simplification, et pour permettre des comparaisons entre pays, la mission a agrégé, pour les deux sexes, les établissements hospitaliers relevant du NHS et ceux n'en relevant pas.

¹ Annuaire EUROSTAT 2008. L'Europe en chiffres.

² Review of the National Statistician on deaths in England and Wales 2007. Office for national statistics.

³ Il s'agit de soins de suite et de réadaptation incluant ou dédiés aux soins palliatifs.

⁴ Equivalents de nos établissements médico-sociaux.

Tableau 1 : Lieux de décès au royaume Uni en 2007

Lieu de décès	Hôpital psy.	« Hospices »	Autres hôpitaux	Autres établissements communaux	Domicile	autres	Total
Nombre de décès	3325	25353	331 873	35 376	98 271	10 034	504 052
Proportion	0,7 %	5,0 %	65,8 %	7,0 %	19,5 %	2 %	100 %

Source : office of national statistics UK 2007

La proportion de morts en établissement de soins (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et « hospices ») est donc de 71,5 %. Les anglaises meurent plus à l'hôpital que les hommes, au contraire des françaises. La proportion de décès à domicile est de 19,5 %, donc moins élevée qu'en France.

En 2000, un article anglais⁵ faisait état –à partir de la même banque de données - d'un pourcentage de décès de 70,8 % en établissement de santé (Hôpital plus Hospice), ce qui montre que la proportion de morts à l'hôpital est stable en Angleterre et en Ecosse, comme dans notre pays. La proportion de morts à domicile (19 % en 2000, 19,5 % en 2007) reste également stable au Royaume Uni.

Tableau 2 : Lieux de décès au Royaume uni en 2000

Lieux de décès	Tous décès (hors morts dans les lieux publics)	Tumeurs
Domicile	19,0 %	23 %
Hôpital (public et privé)	66,5 %	55,5 %
Hospice	4,3 %	16,5 %
Autre établissement communautaire	7,8 %	3,4 %
Autres	2,4 %	1,6 %

Source : BMJ 2003

En Norvège

Selon l'organisme officiel de statistiques norvégien, la répartition entre les divers lieux de décès pour les 41 963 décès de résidents sur le sol norvégien est la suivante :

Tableau 3 : Répartition des lieux de décès en Norvège en 2006

Etranger	Hôpital général	Hôpital psy	Institutions sociales	Domicile et autres lieux	Autres institutions	Inconnu	Total
2%	38 %	0,0%	41 %	18 %	1%	1 %	100 %

Source : Statistics Norway

La place du décès à domicile (agrégé avec les décès sur la voie publique) est plus faible encore qu'au Royaume uni. En revanche, le pourcentage de mort en institutions médico-sociales est considérable, ce qui limite d'autant celui de la mort à l'hôpital (38 %). Que ce soit au Royaume uni ou en Norvège, les décès en hôpital psychiatrique sont de très faible importance.

⁵ "Care of the dying patient : the last hours of days of life". J.ELLERSHAW, C.WARD in BMJ 2003 ; 326:30- 4

En Italie

La place des décès à domicile reste importante (presque 41 %), alors que celle en établissement de santé et en établissement médico-social réunis atteint à peine 50 %, comme le montre le tableau 5 :

Tableau 4 : Lieux de décès en Italie en 2006

Lieu de décès	Hôpitaux public	Hôpitaux privés	Institutions sociales	Domicile	Autre	Non renseigné	TOTAL
Nombre de décès	210 613	35 136	29 127	226 599	26 648	30 491	558 614
Proportion	37,70%	6,29 %	5,21 %	40,56%	4,77 %	5,46 %	100 %

Source : statistiques nationales italiennes transmises par CèpiDC

2. LES DONNEES EXTRA-EUROPEENNESAu Canada

« Statistique Canada /Statistics Canada » est le service public canadien chargé d'établir la statistique nationale. Selon cet organisme, le lieu de décès se partage de la façon suivante:

Tableau 5 : Lieu de décès au Canada en 2006

Total décès Canada	En milieu hospitalier	Ailleurs qu'en milieu hospitalier	Inconnu
228 079(100 %)	136 730 (59,9 %)	60 601 (26,6 %)	30 7486 (13,5%)

Source : Statistique Canada Décès 2006, p 21

Il ressort du document source que 59,9 % des canadiens meurent en milieu hospitalier. Ce taux moyen cache toutefois d'importantes disparités. Les habitants du Québec (86,6 %), du Manitoba (79,8 %), de Terre-Neuve-et-Labrador (65,3 %) meurent très majoritairement en milieu hospitalier, mais le lieu est inconnu ou non renseigné à 99,4 % pour les habitants de la Colombie britannique.

Aux Etats Unis

Selon les statistiques fédérales, 24,4 % des personnes décédées sur le sol des Etats Unis en 2004 sont mortes à domicile ; tandis que 46,1 % mouraient dans des hôpitaux ou des centres médicaux de courte durée ; 22,5 % dans des établissements de longue durée que l'on pourrait assimiler soit à nos services hospitaliers « SSR », soit à nos établissements médico-sociaux.

Tableau 6 : Lieu de décès en 2004 aux USA

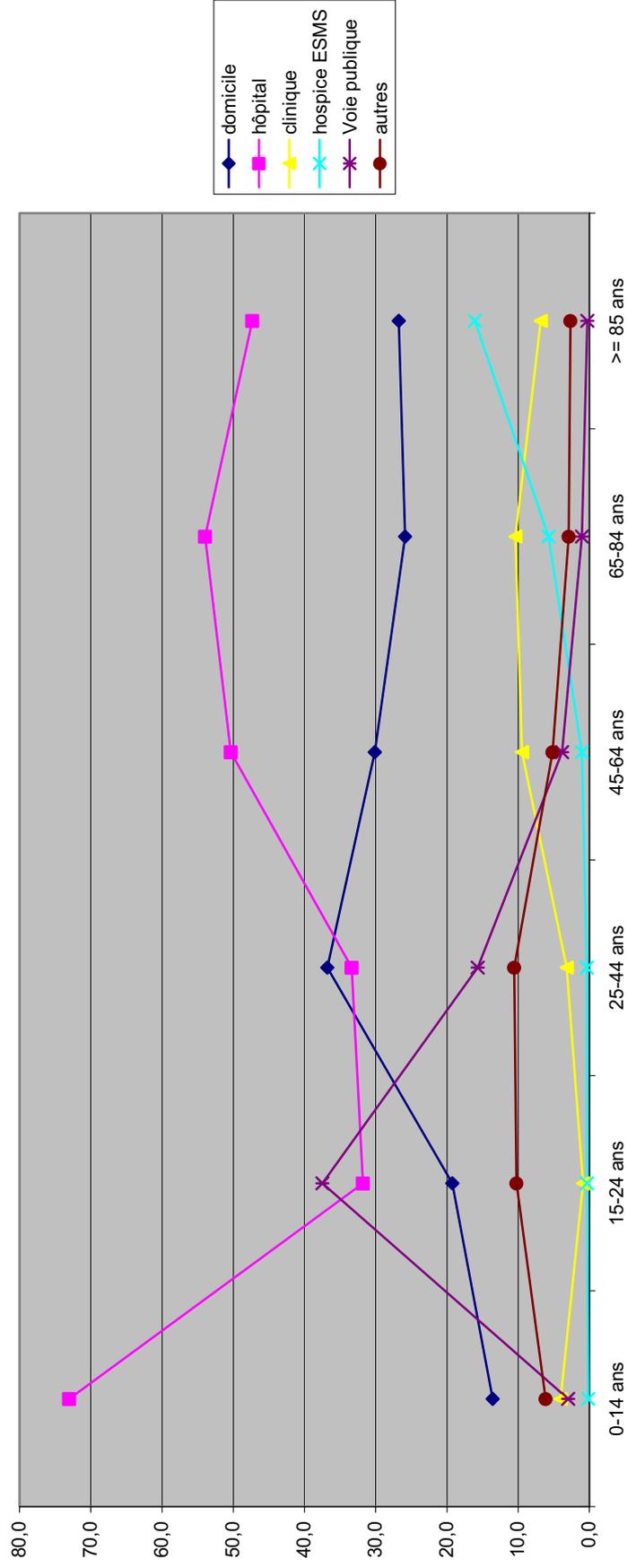
Lieu de décès	Hopital ou medical center	Hospice	Nursing home long term care	Domicile	Autre lieu	Inconnu	Total
Nombre de décès	1.107.431 dont 24 641 morts à l'arrivée	10 326	530 818	586 564	159 415	6 846	2 401 400
Proportion	46,1 %	0,4 %	22,1 %	24,4 %	6,6 %	0,3 %	100 %

Source US Statistics

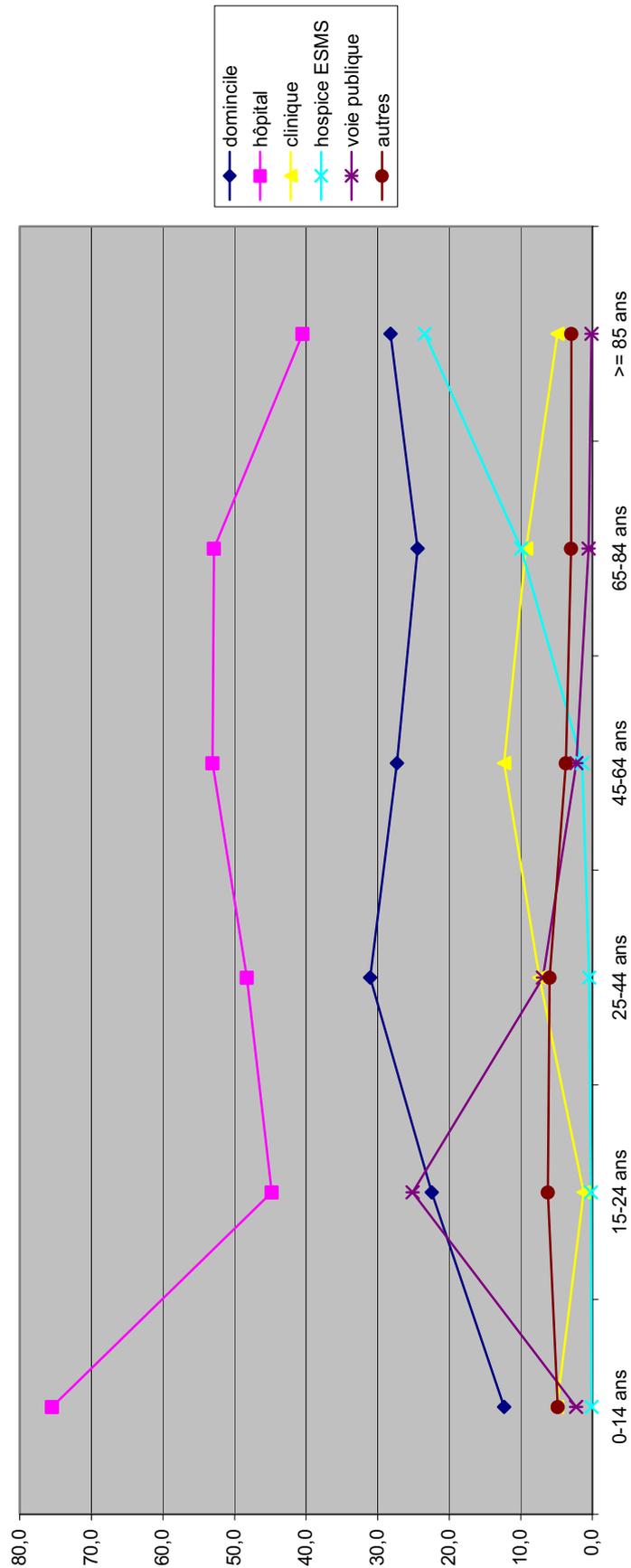
⁶ Essentiellement les habitants de Colombie britannique.

Annexe 5 : Graphique retraçant les lieux de décès en fonction de la tranche d'âge

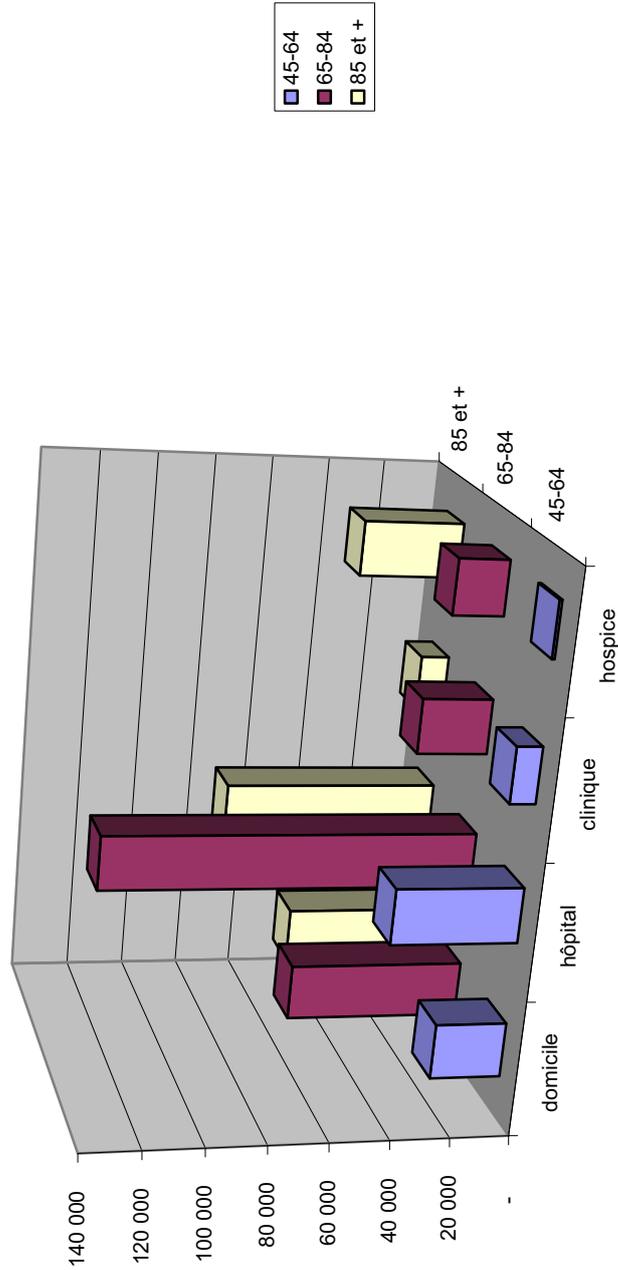
fréquence des lieux de décès (par tranche d'âge) pour 100 personnes décédées selon l'âge - sexe masculin



fréquence des lieux de décès (par tranche d'âge) pour 100 personnes décédées selon l'âge - sexe féminin



principaux lieux de décès pour les personnes de plus de 45 ans (H et F) (2005)



Annexe 6 : Document INSERM sur la mortalité commune/région

Lieux de décès en France métropolitaine Situation en 2005

Albertine Aouba (Albertine.Aouba@inserm.fr), Françoise Péquignot, Eric Jouglà
Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)
44, chemin de Ronde, 78116 Le Vésinet Cedex

Introduction

Le développement de l'offre de soins de plus en plus performants et l'augmentation continue de l'espérance de vie situent la mort, actuellement en France, à un âge avancé de la vie. En 1990, 82% des décès sont survenus après 60 ans et 46% après 80 ans. Le premier lieu de décès était l'hôpital public suivi du domicile et de la clinique privée [1]. Qu'en est-il au début des années 2000 ? En 2005, 51% des décès se produisent après 80 ans. "La mort au centre de la vieillesse" [2] a-t-elle une influence sur le lieu de survenue du décès ? Cet article se propose, pour l'année 2005, d'analyser les décès en fonction du lieu où ils se produisent, selon les caractéristiques socio-démographiques usuelles toutes causes confondues et selon le type de pathologies.

Matériel et méthodes

Les données de mortalité étudiées proviennent de la statistique nationale des causes médicales de décès élaborée annuellement depuis 1968, par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm). Les causes sont analysées et codées selon la classification Internationale des Maladies (9^{ème} révision jusqu'en 1999 et 10^{ème} à partir de l'année 2000). Le lieu de décès est codé depuis 1988, selon 6 rubriques définies par l'INSEE :

- 1 : domicile ou logement privé,
- 2 : établissements hospitaliers (hôpital, sanatorium, aérium, préventorium, hôpital psychiatrique),
- 3 : clinique privée,
- 4 : maison de retraite, hospice,
- 5 : voie ou lieu publics,
- 6 : autres lieux, non précisé.

L'étude porte sur l'année 2005. La répartition des lieux de décès est analysée en fonction du sexe, et de l'âge (selon 6 classes : 0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans et 85 ans et plus). D'autres facteurs socio-démographiques sont pris en compte : l'état matrimonial (sujets de plus de 25 ans) et la catégorie socio professionnelle (CSP) regroupée en six classes, (agriculteurs, artisans-commerçants, cadres supérieurs, cadres moyens, employés et ouvriers). Seuls les sujets actifs (25-59 ans) sont considérés dans l'analyse par CSP, les données n'étant pas disponibles pour les autres classes d'âge. Les lieux de décès sont par ailleurs étudiés selon la région de domicile et selon les causes de décès regroupées en grandes catégories (tumeurs, appareil circulatoire, respiratoire,

système nerveux, etc.). La maladie de Parkinson, l'Alzheimer, les démences et le suicide ont été isolés. Les données pour l'année 2005 sont comparées à celles de l'année 1990. Les indicateurs utilisés sont les effectifs et les pourcentages de décès.

Résultats

En 2005, on dénombre 527 516 décès en France métropolitaine. Le décès survient, dans plus de la moitié des cas (302 607), dans un établissement hospitalier public (49%) ou privé (8%). Trois décès sur dix surviennent au domicile, onze pour cent en maison de retraite. Près de 9 000 décès adviennent sur la voie ou dans un lieu publics (2%). Dans 3.5% des cas, le lieu de décès est autre ou non précisé (**tableau 1**).

Répartition selon le sexe

Les hommes comme les femmes décèdent à domicile dans la même proportion (27%). En revanche, les hommes meurent un peu plus souvent en secteur hospitalier public (50.8%) que les femmes (47.3%). On observe une tendance identique pour le secteur hospitalier privé (9.0% pour les hommes versus 7.5% pour les femmes). Les hommes meurent trois fois plus sur la voie publique. A contrario, les femmes avec 38 241 décès (14,9%) s'éteignent davantage en maison de retraite que les hommes (6.5%).

Répartition selon l'âge

Quel que soit l'âge, pour l'ensemble de la population, les décès surviennent en premier lieu dans un établissement hospitalier public (**tableau 2**). La part observée varie cependant en fonction de l'âge. Plus de 70% des enfants de moins de quinze ans décèdent à l'hôpital. Un décès sur deux est hospitalier entre 45 et 84 ans. C'est entre 15 et 24 ans que l'on meurt le moins à l'hôpital (35%). Quel que soit l'âge, le domicile ou logement privé arrive en seconde position, hormis pour les 15-24 ans. Pour cette tranche d'âge, la plus forte proportion de décès survient sur la voie publique (un adolescent sur trois). La fréquence de ce lieu est encore élevée (13%) entre 25 et 44 ans. Les décès constatés en maison de retraite concernent peu les personnes âgées de moins de 65 ans. Un décès sur cinq survient dans ce type d'établissement au-delà de 85 ans.

Répartition selon le sexe et l'âge

Les hommes meurent légèrement moins à domicile, entre 15 et 24 ans et au-delà de 84 ans. Quel que soit l'âge, la part des décès survenant sur la voie publique est toujours plus élevée chez les hommes (multipliée par 1,5 entre 15 et 24 ans et 2,3 entre 25 et 44 ans). Quel que soit le statut hospitalier (public ou privé), les femmes jusqu'à 64 ans décèdent plus fréquemment que les hommes dans une structure hospitalière. En particulier, la part des décès féminins en clinique privée est deux fois plus élevée entre 25 et 44 ans. De même, à partir de 45 ans, les femmes meurent toujours plus souvent en maison de retraite que les hommes.

Répartition selon l'état matrimonial - sujets de plus de 25 ans

Quel que soit le statut matrimonial pour l'ensemble des hommes et des femmes, les décès surviennent majoritairement en milieu hospitalier public, (plus de 45%). La part des décès à domicile est relativement stable (entre 26% et 30%). Minimale chez les veufs, elle atteint son maximum chez les célibataires et les divorcés. Les décès en maison de retraite (55929) touchent principalement les veufs (un décès sur cinq), suivis par les célibataires, nettement devant les divorcés (7%). La part des décès survenant sur la voie publique est plus élevée chez les célibataires (3,7%) et les divorcés. L'analyse selon le sexe montre qu'il s'agit principalement des hommes. En maison de retraite, les femmes célibataires et divorcées meurent deux fois plus que les hommes. En revanche, les personnes en situation de veuvage sont représentées, dans des proportions voisines selon le sexe (19% de décès féminins versus 15% pour les hommes).

Répartition selon la catégorie socio-professionnelle – Actifs de 25 à 59 ans

Pour cette population jeune, dont la mortalité est prématurée, la part des décès en secteur hospitalier prédomine, excepté pour les agriculteurs, qui meurent un peu plus souvent à domicile. On note une répartition relativement constante des décès sur la voie publique (de 6 à 9% pour l'ensemble de la population active). Les hommes (commerçants, agriculteurs et ouvriers) sont les plus concernés. Les commerçantes meurent également davantage sur la voie publique. Les agriculteurs quel que soit le sexe et les ouvriers masculins décèdent moins en clinique privée. On observe une proportion élevée (11%) de décès survenus dans un autre lieu chez les agriculteurs.

Répartition selon la région de domicile

Quelle que soit la région considérée, les décès hospitaliers publics sont toujours les plus nombreux. Les plus fortes fréquences s'observent en Lorraine, Picardie, Champagne-Ardenne et Franche-Comté (**figure 1**). Pour le secteur hospitalier privé, le sud de la France est davantage représenté (Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA). Ces trois régions sont également celles où l'on décède le plus à domicile en dehors du Nord-Pas-de-Calais (1 décès sur trois). Les décès en maison de retraite sont plus fréquents au long d'une transversale, allant des Pays de Loire à Rhône-Alpes. La répartition des décès sur la voie publique est relativement homogène (1 à 2%). Ce sont toutefois les régions montagneuses (Rhône-Alpes, Corse, Franche-Comté,...) qui arrivent en tête.

Répartition des lieux selon les causes médicales au moment du décès

Pour l'ensemble de la population, tous âges et lieux de décès confondus, trois décès sur dix sont dus aux tumeurs (**tableau 3**). Les maladies de l'appareil circulatoire (28%) constituent un autre grand groupe de pathologies responsables des décès. Les morts violentes, les maladies de l'appareil respiratoire viennent ensuite représentant chacune 7% de la mortalité. La part des maladies du système nerveux et de l'appareil digestif se situe respectivement aux alentours de 5%.

Le lieu de survenue du décès varie fortement en fonction du type de pathologies. En dehors des symptômes et états morbides mal définis dont près d'un décès sur deux est constaté à domicile, les décès surviennent davantage en secteur hospitalier public (de 48% pour les maladies de l'appareil circulatoire à 57% pour l'appareil respiratoire ou les tumeurs). Cette fréquence est encore plus élevée pour les maladies infectieuses et les maladies de l'appareil digestif (7 décès sur 10). En clinique privée, les décès par tumeur sont les plus représentés. On meurt à part égale de morts violentes à domicile ou en secteur hospitalier public (un décès sur trois). Les décès par suicide se produisent cependant majoritairement à domicile (65%), ceux par accidents domestiques à l'hôpital (45%). Quant aux décès dus aux accidents de transport, la voie publique est indiquée dans 63% des cas. La maison de retraite est le premier lieu de survenue des décès par maladie d'Alzheimer (33%) et le deuxième pour les démences.

Comparaison des lieux de décès en 1990 et en 2005

Entre l'année 1990 et l'année 2005, la répartition des lieux de décès a varié. Cette évolution a surtout concerné les maisons de retraite et la voie publique. Les proportions de décès en secteurs hospitaliers publics et privés agrégés, ainsi qu'au domicile ont très peu évolué (**Figure 2**). La part des décès en maison de retraite en forte augmentation passe de 8,0% en 1990 à 10,6% en 2005. A l'inverse les décès sur la voie publique régressent de 2,3 % à 1,7 %.

Ces variations diffèrent cependant selon le type de pathologies (tableau 4). Les décès par tumeurs, maladies cérébrovasculaires et Alzheimer diminuent fortement à domicile à l'inverse des démences et des morts violentes. Ce sont essentiellement les accidents domestiques (chutes, intoxications, etc...), qui expliquent cette augmentation parmi les morts violentes (20.3% versus 25.1 en 2005).

Entre 1990 et 2005 la relative stabilité de la proportion des décès en milieu hospitalier (public et privé) est la résultante d'une part de la progression des décès en rapport avec les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et d'autre part de la diminution des décès liés aux maladies du système nerveux (Parkinson, Alzheimer, démence) et des morts violentes (suicides, accidents de transport).

Quel que soit le type de pathologies en dehors du suicide, la maison de retraite devient plus fréquemment un lieu où l'on décède (**figure 3**). Cette augmentation est très marquée pour la maladie d'Alzheimer et les pathologies mentales comme les démences. Il en est de même pour les cardiopathies ischémiques, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs. La régression des décès sur la voie publique ne concerne pas les accidents de transport qui sont en augmentation passant de 56.2% à 62.8%. Quant aux suicides et aux décès par cardiopathies ischémiques la survenue en ce lieu est stable entre 1990 et 2005.

Discussion

En vingt cinq ans, le secteur hospitalier (public et privé agrégés) demeure le premier lieu où l'on meurt avec plus de la moitié des décès. Le domicile reste en deuxième position avec trois décès sur dix. En 2005, la maison de retraite arrive devant la clinique privée avec un décès sur dix.

En dehors du sexe et de l'âge, cette analyse montre que le lieu de décès reste nettement déterminé par le type de pathologies dont est atteint le sujet. Les décès survenant à la suite de maladies organiques, (tumeurs, maladies cardiovasculaires, de l'appareil digestif, infectieuses....) ont majoritairement lieu à l'hôpital ou en clinique privée. Aiguës ou chroniques, c'est en secteur hospitalier que les spécialistes sont présents pour soigner ces maladies. Le mécanisme des morts violentes influence le lieu de décès : lorsque cette mort est volontaire, cas du suicide, elle survient principalement à domicile tandis que la voie publique est le lieu des décès par accidents de transport et l'hôpital le lieu de décès par accidents domestiques. La forte proportion du lieu "Autre – sans précision" chez les agriculteurs, laisse présager des décès survenus sur le lieu de travail que le médecin certificateur n'aurait pas su définir (domicile, voie publique ?).

Les décès par maladie de Parkinson surviennent majoritairement à l'hôpital probablement du fait des complications qui peuvent en découler. L'étude montre que pour la maladie d'Alzheimer, trois décès sur dix surviennent soit à l'hôpital, soit en maison de retraite, soit à domicile. En 2005 par rapport à 1990, les décès par Alzheimer ont considérablement augmenté en maison de retraite, aux dépens de l'hôpital et du domicile. On peut cependant souligner la forte proportion des patients atteints de cette maladie maintenus à domicile jusqu'à leur décès de même que ceux atteints de démence. Des actions renforcées de soutien aux familles pourraient permettre à d'avantage de patients de garder la possibilité de vivre dans leur environnement psychoaffectif familial. On constate aussi que la maison de retraite devient un lieu où l'on meurt de plus en plus et ce quelle que soit la pathologie. Cette augmentation est encore plus notable comparée à 1979 [2], où la proportion de décès en ce lieu était deux fois moins importante qu'aujourd'hui. La médicalisation croissante des maisons de retraite pourrait expliquer cette progression.

Les hommes meurent trois fois plus que les femmes sur la voie publique, ils sont les plus concernés par la mortalité prématurée : les accidents de la circulation représentent la première cause de mortalité des jeunes hommes de 15-24 ans et la deuxième cause pour les 25-34 ans [3]. Les jeunes femmes de 25-44 ans, chez qui les tumeurs (sein, poumon ...) constituent la première cause de décès se soigneraient plutôt dans les cliniques privées. L'espérance de vie des femmes et la fréquence de la maladie d'Alzheimer (trois fois plus élevée que chez les hommes), expliqueraient en partie la survenue majoritaire des décès féminins en maison de retraite. L'étude a également montré que la séparation du couple (veuvage ou divorce) est en faveur du décès en maison de retraite. En dehors de ces caractéristiques sociodémographiques, on constate des distributions spécifiques selon les zones géographiques. Les régions du sud se démarquent par l'importance des décès à domicile et dans les cliniques privées aux dépens de l'hôpital public, tandis que dans les régions du nord-est, l'hôpital public est largement privilégié pour mourir. Cette constatation est inchangée depuis 1990. Ces données reflètent probablement les capacités régionales différentes d'offres de soins et de prise en charge

A la question : "La mort au centre de la vieillesse" influence t-elle le lieu de survenue du décès ? On peut répondre positivement, surtout en ce qui concerne les maisons de retraite, de plus en plus médicalisées. Elles offrent de ce fait une sécurité lorsqu'il s'agit d'y placer un parent âgé atteint d'une quelconque pathologie. L'augmentation de la part des décès en ce lieu est elle amenée à se poursuivre ? Quelles peuvent en être les limites ? Quant aux autres lieux de décès, ils restent largement influencés par l'âge et la cause au moment du décès.

Références

[1] F Hatton F, E Michel, A Le Toullec
Lieux de décès en France – Situation en 1990
JALMALV 1992 ; 28 : 14-24

[2] Alain Monnier, Sophie Pennec.
La mort est au centre de la vieillesse, UIESP ; XXXIV Conférence générale de la population
Salvador-Brésil , 18-24 août 2001
S2ANCE 02 / Vieillissement de la population/Population Aging

[3] Aouba A, Péquignot F, Le Toullec A, Jouglà E.
Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004. Le Concours
Médical 2007 ; 31-32 : 1085-1094.

Annexe 7 : Etude menée par l'ATIH à la demande de la mission

Etude sur les décès 2007

1. Méthodologie

Cette étude a été réalisée grâce aux données issues du PMSI 2007 des champs Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), Hospitalisation à Domicile (HAD) et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

La première sélection a été faite sur la variable « mode de sortie » et plus particulièrement le mode de sortie « 9 » correspondant au décès du patient.

De plus, ont été exclus de l'analyse les nouveau-nés de moins de 28 jours (sauf en SSR où ne figure pas l'âge en jours) ainsi que les séjours groupés en erreur (soit en GHM erreur pour le MCO, soit en CMC erreur pour le SSR, soit en GHPC erreur pour l'HAD).

Grâce au chaînage des séjours, il a été possible de repérer et d'éliminer les patients ayant eu plusieurs séjours au cours de l'année 2007 avec un mode de sortie « décès ». Ceci implique donc que tous les séjours pris en compte dans l'analyse devaient avoir une clé de chaînage correctement générée. Les patients ayant été repérés en MCO comme étant décédés, ont été éliminés de l'analyse pour les 2 autres champs. De même, ceux décédés en HAD ont été supprimés de l'analyse en SSR.

Champ du PMSI	Mode de sortie "Décès"			Mode de sortie "décès" hors moins de 28 jours (pour MCO et HAD) et hors erreurs					Base finale d'analyse
	Nombre de séjours total	Nombre de séjours avec clé de chaînage correcte	Nombre de patients correspondants	Nombre de séjours avec clé de chaînage correcte	Nombre de patients correspondants	Nombre de patients à éliminer car plusieurs séjours codés "Décès"	Nombre de patients à éliminer car déjà repérés en MCO comme étant décédés	Nombre de patients à éliminer car déjà repérés en HAD comme étant décédés	
MCO	255 756	253 070	252 670	249 899	249 597	291	-	-	249 306
HAD	7 150	6 815	6 779	6 815	6 779	36	88	-	6 656
SSR	37 801	35 197	34 320	35 017	34 173	290	109	9	33 765

En HAD, 1 patient avec plusieurs séjours codés "décès" avait déjà été repéré comme décédé en MCO.

Entre la première étape « séjours avec mode de sortie décès » et la base finale d'analyse, 3,5% des séjours ont été éliminés. L'étude porte donc sur des patients décédés et strictement distincts.

Concernant le champ MCO, les catégories d'établissements retenues sont les suivantes : CHU, CH, HL (hôpitaux locaux), CLCC, établissements PSPH, établissements privés. La notion de service « final » a été approchée par la dernière unité médicale fréquentée avant le décès. Les 5 retenues sont la réanimation, les soins intensifs, la surveillance continue, les soins palliatifs ainsi qu'une catégorie « Autres » pour les autres cas.

La « spécialité » a été appréhendée à partir du code du « diagnostic principal » et de la CIM-10 en les regroupant en 19 catégories (Maladies infectieuses, Tumeurs, Hématologie, Maladies endocriniennes, Troubles mentaux, Maladies du système nerveux, Maladies des yeux et des oreilles, Maladies de l'appareil circulatoire, Maladies de l'appareil respiratoire, Maladies de l'appareil digestif, Maladies de la peau et des tissus sous cutanés, Maladies du système ostéo articulaire, Maladies de l'appareil génito urinaire, Obstétrique, Néonatalogie, Anomalies congénitales, Symptômes, Traumatismes et empoisonnements et Autres motifs).

L'âge des patients décédés a été traité par classe de 10 ans jusqu'à 90 ans, la dernière classe étant 90 ans et plus.

Les durées de séjours en SSR et en HAD ont été recalculées pour l'analyse. En effet, en SSR, la durée recalculée correspond à la somme de l'antériorité indiquée dans le dernier Résumé Hebdomadaire Anonymisé et du nombre de jours de présence de ce dernier. Lorsque l'antériorité était égale à 999, la durée de séjour a été notée égale à 999.

En HAD, elle est calculée sur la dernière sous-séquence du séjour en faisant la somme de :

- nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour
- nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence
- nombre de journées de la sous séquence.

La numérotation des paragraphes suit celle des tableaux de la demande adressée à l'ATIH.

2. Données de cadrage

2.1. données INSEE d'état civil 2007

Décès 2007 selon le lieu du décès (Total France)

domicile	établissement hospitalier	clinique privée	maison de retraite	voie ou lieu public	autre ou non déclaré	total
144 095	259 385	44 412	55 690	8 583	19 108	531 273

Les statistiques de l'état civil de l'IISEE donnent 303 800 décès en établissements hospitaliers pour l'année 2007, soit 57% de l'ensemble des décès.

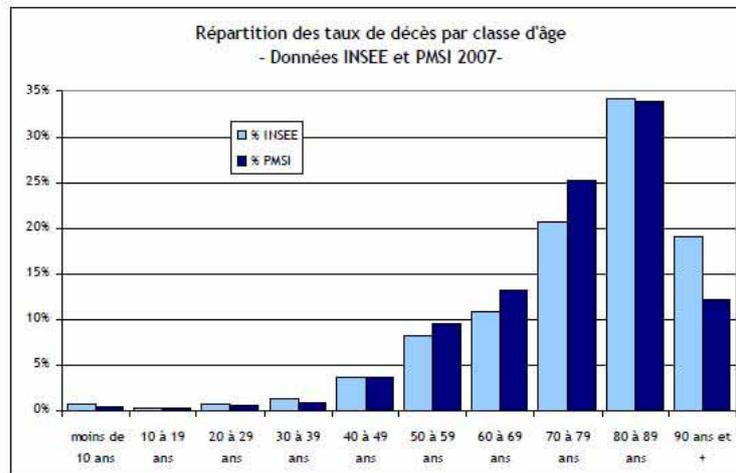
Répartition des décès par classe d'âge (source INSEE données d'état civil 2007)

Classes d'âge	Effectifs	%
moins de 10 ans	4 058	0,76%
10 à 19 ans	1 635	0,31%
20 à 29 ans	4 563	0,86%
30 à 39 ans	7 430	1,40%
40 à 49 ans	19 440	3,66%
50 à 59 ans	43 905	8,26%
60 à 69 ans	57 268	10,78%
70 à 79 ans	109 552	20,62%
80 à 89 ans	181 856	34,23%
90 ans et +	101 566	19,12%
Total	531 273	100,00%

2.2. Données des différents champs du PMSI

Si l'on considère les champs MCO, HAD et SSR du PMSI 2007 (hors nouveau-nés de moins de 28 jours et hors erreurs), on obtient 289 727 décès soit plus de 95% des décès recensés en établissements hospitaliers par l'IISEE, en considérant que les décès en HAD sont aussi comptabilisés dans les décès hospitaliers dans les statistiques d'état civil, ce qui serait à vérifier. Le champ MCO représente, à lui seul, plus de 85% des décès issus des données PMSI.

Les répartitions des décès par classe d'âge entre les chiffres de l'IISEE et ceux du PMSI suivent des tendances sensiblement différentes. En effet, les décès des personnes âgées de 50 et 79 ans sont plus nombreux, en proportion, dans les établissements hospitaliers que dans la population entière. La situation se remet à l'équilibre pour les personnes décédées entre 80 et 89 ans. La tendance s'inverse ensuite largement pour la tranche d'âge des 90 ans et plus montrant que les décès des personnes les plus âgées (90 ans et plus) ont lieu moins fréquemment dans les établissements de santé.

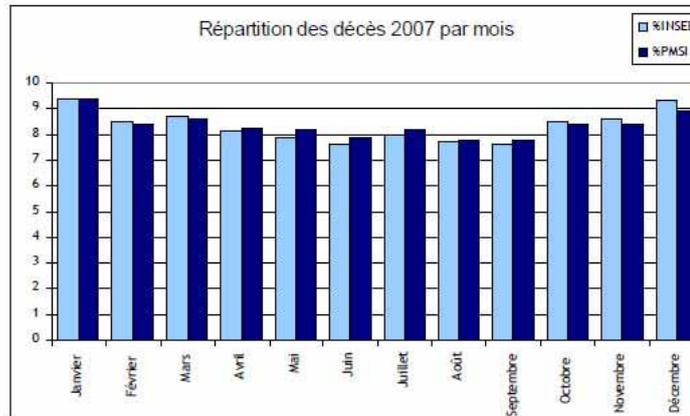


Dans le PMSI, l'âge moyen des personnes décédées est de 75 ans (73 ans pour les hommes et 78 ans pour les femmes) contre 76 ans dans l'état civil (72 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes). Les décès survenus en Hospitalisation à Domicile (HAD) concernent des patients plus jeunes (73 ans en moyenne) avec un différentiel entre les hommes et les femmes d'1 an (contre 5 en MCO). L'âge moyen en HAD et en MCO est identique chez les hommes alors qu'il y a plus de 3 ans d'écart, en moyenne, chez les femmes (77,2 ans en MCO contre 73,6 ans en HAD). Pour les Soins de Suite et Réadaptation, l'âge moyen des personnes décédées est, en moyenne, de 79 ans soit 4 ans de plus que la moyenne générale (avec 77 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes), ce qui correspond au fait que les patients en SSR sont en moyenne plus âgés que ceux du MCO.

sexe	Total INSEE	Total PMSI	MCO	HAD	SSR
Homme	72,4	72,7	72,3	72,3	76,7
Femme	80,6	77,6	77,2	73,6	81,0
Total	76,4	74,9	74,4	72,9	78,9

La durée de séjour des personnes décédées en 2007 est, en moyenne, de 16 jours. Celle-ci varie beaucoup d'un champ du PSMI à l'autre : en MCO, la durée moyenne est d'environ 13 jours alors qu'elle est proche de 35 jours en HAD et en SSR.

La répartition des décès en 2007 est assez homogène selon les mois de l'année, variant de 7,7% en Septembre à 9,4% en Janvier. Elle est proche de la distribution observée sur les données générales INSEE.



3. Données issues du PMSI

3.1. total global des décès en MCO en 2007

3.1.1. par sexe et âge

En 2007, on dénombrait 249 306 décès en soins de courte durée, dont 44% de femmes. Comme cela a été souligné ci-dessus pour la somme des 3 champs du PMSI, la répartition par âge est sensiblement différente de celle des décès de l'état civil : les 90 ans et plus représentent 19% des décès en France tandis qu'ils ne représentent que 12% des décès en MCO. A l'inverse, les décès de la tranche 60 à 79 ans représentent 39% des décès en MCO et 31% de l'ensemble des décès. Les personnes les plus âgées décèdent plutôt à leur domicile ou en institution tandis que les décès plus jeunes sont souvent liés à des problèmes de santé plus ou moins aigus qu'on retrouve dans les établissements hospitaliers en MCO.

Répartition des décès en MCO en 2007 par sexe et classe d'âge

	homme	femme	Total	%
Moins de 10 ans	583	463	1 046	0,42%
de 10 à 19 ans	464	255	719	0,29%
de 20 à 29 ans	924	490	1 414	0,57%
de 30 à 39 ans	1 550	1 176	2 726	1,09%
de 40 à 49 ans	5 680	3 846	9 526	3,82%
de 50 à 59 ans	16 808	8 278	25 086	10,06%
de 60 à 69 ans	23 128	10 924	34 052	13,66%
de 70 à 79 ans	39 033	24 318	63 351	25,41%
de 80 à 89 ans	41 066	41 441	82 507	33,09%
90 ans et plus	9 493	19 386	28 879	11,58%
Total	138 729	110 577	249 306	100,00%

3.1.2. par catégorie d'établissement

Plus de la moitié des décès du MCO ont eu lieu dans les centres hospitaliers en 2007, alors que cette catégorie d'établissement a réalisé 34% des séjours (hors CM 28 et 90). A l'inverse, les cliniques privées qui ont réalisé 37% des séjours 2007 (hors CM 28 et 90) n'ont enregistré que 14% des décès. Ce qui traduit le fait que les CH reçoivent davantage en médecine les patients en fin de vie, et les patients les plus âgés (cf tableau 2.9.1) : 50% des personnes décédées dans les CH avaient plus de 80 ans, ce taux étant de 40% dans les cliniques privées et 37% dans les CHU.

Répartition des décès en MCO par catégorie d'établissement
Données 2007

catégorie	Nb de décès en 2007	%
CH	130 764	52,5
CHR	59 923	24,0
CLCC	4 803	1,9
HL	4 073	1,6
PSPH	14 433	5,8
prive	35 310	14,2
Total	249 306	100

3.2. répartition selon le dernier service fréquenté

15% des personnes décédées en MCO étaient dans une unité de réanimation au moment du décès, ce taux atteignant 27% dans les CHU qui sont ceux qui traitent les cas les plus lourds. Un peu moins de 4% des décès ont eu lieu dans une unité de surveillance continue, 4% également dans une unité de soins intensifs et 3% dans une unité de soins palliatifs. Dans les établissements PSPH 17% des décès ont eu lieu dans une unité de soins palliatifs.

Globalement, les $\frac{3}{4}$ des décès étaient dans les autres services (60% pour les CHU, 80% pour les CH).

Répartition des décès selon le dernier service fréquenté et la catégorie d'établissement - Données MCO 2007

	CH	CHR	CLCC	HL	PSPH	prive	Total
réanimation	15 451	16 340	119		1 477	4 486	37 873
Surveillance continue	4 797	1 388	197	69	340	2 221	9 012
Soins intensifs	4 031	4 043	24		482	534	9 114
Soins palliatifs	1 584	2 324	244	43	2 463	1 354	8 012
Autres services	104 901	35 828	4 219	3 961	9 671	26 715	185 295
Total	130 764	59 923	4 803	4 073	14 433	35 310	249 306

3.3. répartition selon le groupe du diagnostic principal

En dehors du groupe « autres facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » qui concentre le plus grand nombre de cas (24%), ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui sont les plus fréquentes dans les diagnostics des personnes décédées en MCO en 2007 (22% des cas), puis les maladies de l'appareil respiratoire (12%) et les tumeurs (10%).



Répartition des décès 2007 en MCO selon le groupe du diagnostic principal et la catégorie d'établissement

	CH	CHR	CLCC	HL	PSPH	prive	Total	%
Anomalies congénitales	19	96		1	11	12	139	0,06
Hématologie	1 196	436	47	18	98	405	2 200	0,88
Maladies Endocriniennes	2 013	666	20	93	164	341	3 297	1,32
Maladies Infectieuses	7 238	3 435	122	45	523	798	12 161	4,88
Maladies de l'appareil circulatoire	30 386	14 286	90	424	2 345	6 576	54 107	21,70
Maladies de l'appareil digestif	8 824	3 700	108	46	687	2 460	15 825	6,35
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 594	1 264	33	58	257	627	4 833	1,94
Maladies de l'appareil respiratoire	18 843	6 906	190	325	1 808	2 621	30 693	12,31
Maladies de la peau et tissu sous cutané	673	248	5	36	44	125	1 131	0,45
Maladies des yeux et des oreilles	17	21		2	2	25	67	0,03
Maladies du système nerveux	2 735	1 538	23	62	194	290	4 842	1,94
Maladies du système ostéo-articulaire	762	435	3	14	65	366	1 645	0,66
Néonatalogie	18	21			2		41	0,02
Obstétrique	26	15			2	11	54	0,02
Symptômes	10 643	5 925	189	200	988	2 569	20 514	8,23
Traumatismes et empoisonnements	5 525	3 581	14	42	312	1 367	10 841	4,35
Troubles Mentaux	650	299	2	85	67	45	1 148	0,46
Tumeurs	12 126	6 415	737	288	1 183	4 495	25 244	10,13
Autres motifs	26 476	10 636	3 220	2 334	5 681	12 177	60 524	24,28
Total	130 764	59 923	4 803	4 073	14 433	35 310	249 306	100,00

3.4. Part des personnes décédées ayant « fréquenté » la réanimation

3.4.1. Répartition des personnes décédées ayant "fréquenté" la réanimation selon la catégorie de l'établissement et le dernier service - Données MCO 2007-

Parmi les 249 306 personnes décédées en 2007, 45 114, soit 18% ont connu un passage en réanimation au cours de leur dernier séjour. Et parmi ces 45 114 personnes, la grande majorité (84%) sont décédées dans une UM de réanimation, et 13% sont décédées dans un service autre que la réanimation, la surveillance continue, les soins intensifs ou palliatifs.

Répartition des personnes décédées ayant "fréquenté" la réanimation selon la catégorie de l'établissement et le dernier service - Données MCO 2007-

	CH	CHR	CLCC	PSPH	prive	Total
réanimation	15 451	16 340	119	1 477	4 486	37 873
Surveillance continue	142	303		24	321	790
Soins intensifs	110	317	2	21	13	463
Soins palliatifs	32	23		4	32	91
Autres services	2 895	2 009	17	232	744	5 897
Total	18 630	18 992	138	1 758	5 596	45 114

3.4.2. Répartition des personnes décédées ayant « fréquenté » la réanimation selon le dernier service et l'âge

Les personnes décédées ayant fréquenté la réanimation étaient plutôt plus jeunes que la moyenne de l'ensemble des décès : 26% avaient plus de 80 ans tandis que 45% des décédés avaient plus de 80 ans.

Répartition des personnes décédées ayant « fréquenté » la réanimation selon le dernier service et l'âge
Données MCO 2007

	réanimation	Surveillance continue	Soins intensifs	Soins palliatifs	Autres services	Total
Moins de 10 ans	460	4	5		21	490
de 10 à 19 ans	396	2	4	1	10	413
de 20 à 29 ans	744	3	8	1	37	793
de 30 à 39 ans	1 100	12	17	1	60	1 190
de 40 à 49 ans	2 680	25	25	6	251	2 987
de 50 à 59 ans	5 538	85	60	17	636	6 336
de 60 à 69 ans	6 763	114	92	14	962	7 945
de 70 à 79 ans	11 137	227	156	25	1 877	13 422
de 80 à 89 ans	8 238	267	87	22	1 774	10 388
90 ans et plus	817	51	9	4	269	1 150
Total	37 873	790	463	91	5 897	45 114

3.5. Non disponible

3.6. Origine géographique des personnes décédées par rapport au département de l'établissement

3.6.1. par catégorie d'établissement

84% des personnes décédées en MCO étaient dans un établissement de leur département de résidence, 11% dans un autre département de la même région et 5% dans une autre région. En faisant les mêmes calculs par rapport au territoire de santé de résidence du patient, on trouverait sans doute une part encore plus importante de décès dans un établissement du territoire de résidence du patient.

Si on ventile ces résultats par catégorie d'établissement, on a bien sûr des taux assez différents pour les CHR et les CLCC puisqu'on n'en trouve pas dans chaque département et même pas dans chaque région pour les CLCC, ce qui explique les 9% de hors région pour les décès dans cette catégorie. Près de 90% des personnes décédées dans un CH habitaient le département de l'établissement.

Origine géographique des personnes décédées en MCO en 2007 par rapport au département et la catégorie de l'établissement

catégorie	même département	autres départements de la région	hors région	Total
CH	117 188	7 515	6 061	130 764
CHR	42 990	13 429	3 504	59 923
CLCC	3 045	1 324	434	4 803
HL	3 634	257	182	4 073
PSPH	12 069	1 836	528	14 433
prive	29 235	4 337	1 738	35 310
Total	208 161	28 698	12 447	249 306

3.6.2. par catégorie de diagnostics

C'est pour les anomalies congénitales et la néonatalogie qu'il y a le plus de mouvements hors du département de résidence (respectivement 51 et 52% des décès ont eu lieu hors du département). Mais ce sont des effectifs très faibles (respectivement 139 et 41 décès en 2007) et ces pathologies ne sont traitées que dans les CHU et dans quelques établissements. Les décès consécutifs à des maladies des yeux ou des oreilles ou d'obstétrique, qui sont aussi rares (67 et 54 décès en 2007) ont aussi lieu à plus de 20% hors du département. Les décès suite à des traumatismes ou empoisonnements ont lieu aussi à moins de 80% dans le département de résidence du patient.

Les décès suite à des troubles mentaux sont à plus de 88% dans le département de résidence du patient, peut-être à cause de la sectorisation en psychiatrie qui « habitue » les patients à être traités dans leur département.

Pour tous les autres groupes de diagnostics, ce taux se situe entre 83 et 87%.

Origine géographique des personnes décédées en MCO en 2007 par rapport au département de l'établissement et la catégorie du diagnostic

	même département	autres départements de la région	hors région	Total
Anomalies congénitales	67	40	32	139
Hématologie	1 863	218	119	2 200
Maladies Endocriniennes	2 880	295	122	3 297
Maladies Infectieuses	10 139	1 412	610	12 161
Maladies de l'appareil circulatoire	44 921	6 151	3 035	54 107
Maladies de l'appareil digestif	13 477	1 596	752	15 825
Maladies de l'appareil génito-urinaire	4 082	510	241	4 833
Maladies de l'appareil respiratoire	26 288	3 117	1 288	30 693
Maladies de la peau et tissu sous cutané	966	108	57	1 131
Maladies des yeux et des oreilles	49	14	4	67
Maladies du système nerveux	4 025	544	273	4 842
Maladies du système ostéo-articulaire	1 363	209	73	1 645
Néonatalogie	20	16	5	41
Obstétrique	43	11		54
Symptomes	17 217	2 309	988	20 514
Traumatismes et empoisonnements	8 600	1 498	743	10 841
Troubles Mentaux	1 015	101	32	1 148
Tumeurs	20 988	2 932	1 324	25 244
Autres motifs	50 158	7 617	2 749	60 524
Total	208 161	28 698	12 447	249 306

3.6.3. par âge

Le taux de décès dans le département d'origine croît avec l'âge passant de 55% pour les 10-19 ans à 89% pour les 90 ans et plus. Sauf pour la classe 0-9 ans où ce taux dépasse 57% et est donc supérieur à celui de la classe suivante, peut-être parce que les services de pédiatrie et notamment de chirurgie pédiatrique n'existent pas dans tous les départements, obligeant à une plus forte mobilité pour cette tranche d'âge.



Origine géographique des personnes décédées en MCO en 2007 par rapport au département de l'établissement et la classe d'âge

	même département	autres départements de la région	hors région	Total	Part dans le même département
Moins de 10 ans	599	301	146	1 046	57,3%
de 10 à 19 ans	395	213	111	719	54,9%
de 20 à 29 ans	935	317	162	1 414	66,1%
de 30 à 39 ans	1 917	549	260	2 726	70,3%
de 40 à 49 ans	7 286	1 608	632	9 526	76,5%
de 50 à 59 ans	19 611	3 917	1 558	25 086	78,2%
de 60 à 69 ans	27 191	4 873	1 988	34 052	79,9%
de 70 à 79 ans	52 790	7 409	3 152	63 351	83,3%
de 80 à 89 ans	71 759	7 350	3 398	82 507	87,0%
90 ans et plus	25 678	2 161	1 040	28 879	88,9%
Total	208 161	28 698	12 447	249 306	83,5%

3.6.4. par sexe

Origine géographique des personnes décédées en MCO en 2007 par rapport au département de l'établissement et le sexe

	même département	autres départements de la région	hors région	Total
Hommes	115 083	16 584	7 062	138 729
Femmes	93 078	12 114	5 385	110 577
Total	208 161	28 698	12 447	249 306

3.7. Répartition des personnes décédées selon leur mode d'entrée

3.7.1. par catégorie de l'établissement

87% des personnes décédées en MCO en 2007 sont entrées directement depuis leur domicile dans l'établissement, ce taux dépassant 91% pour les CH. Le faible taux constaté dans les hôpitaux locaux (43%) provient du fait que les personnes sont souvent transférées depuis la maison de retraite ou le service de long séjour attenants à l'établissement et ces mouvements sont comptés en transferts ou mutations. Dans les établissements privés PSPH, on a aussi un taux de transfert relativement élevé : 25%. Il faudrait investiguer davantage pour trouver l'origine de ces transferts.

Répartition des décès en MCO 2007 par mode d'entrée et catégorie d'établissement

	mutation	transfert	domicile	Total
CH	2 428	9 137	119 199	130 764
CHR	568	6 423	52 932	59 923
CLCC		644	4 159	4 803
HL	648	1 660	1 765	4 073
PSPH	420	3 649	10 364	14 433
privé	302	5 822	29 186	35 310
Total	4 366	27 335	217 605	249 306



3.7.2. par catégorie du diagnostic principal

Pour les diagnostics de néonatalogie, les enfants décédés ont été la plupart du temps transférés depuis un autre établissement (56%), pour les personnes avec un diagnostic de la catégorie « autres motifs », 80% des décédés venaient de leur domicile. Pour les autres catégories de diagnostics, ce taux varie de 86 à 91%.

Répartition des décès en MCO 2007 par mode d'entrée et catégorie du diagnostic principal

	mutation	transfert	domicile	Total
Anomalies congénitales	1	18	120	139
Hématologie	42	185	1 973	2 200
Maladies Endocriniennes	81	291	2 925	3 297
Maladies Infectieuses	245	1 378	10 538	12 161
Maladies de l'appareil circulatoire	675	4 687	48 745	54 107
Maladies de l'appareil digestif	194	1 296	14 335	15 825
Maladies de l'appareil génito-urinaire	84	560	4 189	4 833
Maladies de l'appareil respiratoire	596	2 868	27 229	30 693
Maladies de la peau et tissu sous cutané	32	122	977	1 131
Maladies des yeux et des oreilles		6	61	67
Maladies du système nerveux	77	513	4 252	4 842
Maladies du système ostéo-articulaire	33	131	1 481	1 645
Néonatalogie		23	18	41
Obstétrique		5	49	54
Symptomes	296	1 746	18 472	20 514
Traumatismes et empoisonnements	130	932	9 779	10 841
Troubles Mentaux	39	112	997	1 148
Tumeurs	174	2 309	22 761	25 244
Autres motifs	1 667	10 153	48 704	60 524
Total	4 366	27 335	217 605	249 306

3.7.3. par âge

Le taux de mode d'entrée « domicile » par classe d'âge varie peu : de 84 à 90%, le taux le plus faible étant pour la catégorie « moins de 10 ans », ce qui rejoint les constatations faites sur l'origine géographique des patients.



Répartition des décès en MCO 2007 par mode d'entrée et catégorie du diagnostic principal

	mutation	transfert	domicile	Total
Moins de 10 ans	1	162	883	1 046
de 10 à 19 ans	1	69	649	719
de 20 à 29 ans	7	169	1 238	1 414
de 30 à 39 ans	12	317	2 397	2 726
de 40 à 49 ans	69	1 125	8 332	9 526
de 50 à 59 ans	218	3 187	21 681	25 086
de 60 à 69 ans	349	4 215	29 488	34 052
de 70 à 79 ans	1 015	7 816	54 520	63 351
de 80 à 89 ans	1 971	8 206	72 330	82 507
90 ans et plus	723	2 069	26 087	28 879
Total	4 366	27 335	217 605	249 306

3.7.4. par sexe

	mutation	transfert	domicile	Total
Hommes	2 085	15 443	121 201	138 729
Femmes	2 281	11 892	96 404	110 577
Total	4 366	27 335	217 605	249 306

3.8. durée de séjour des personnes décédées en 2007

En moyenne, la durée des séjours des personnes décédées en MCO en 2007 était de 12,9 jours. Parmi eux, 19% ont eu des séjours de 0 ou 1 jour (dont 11% des séjours de 1 jour), tandis que le quart dépassait 17 jours.

Par catégorie d'établissement, c'est dans les hôpitaux locaux que la DMS est la plus longue : 17,8 jours, comme elle l'est généralement dans les services de médecine de ces établissements.

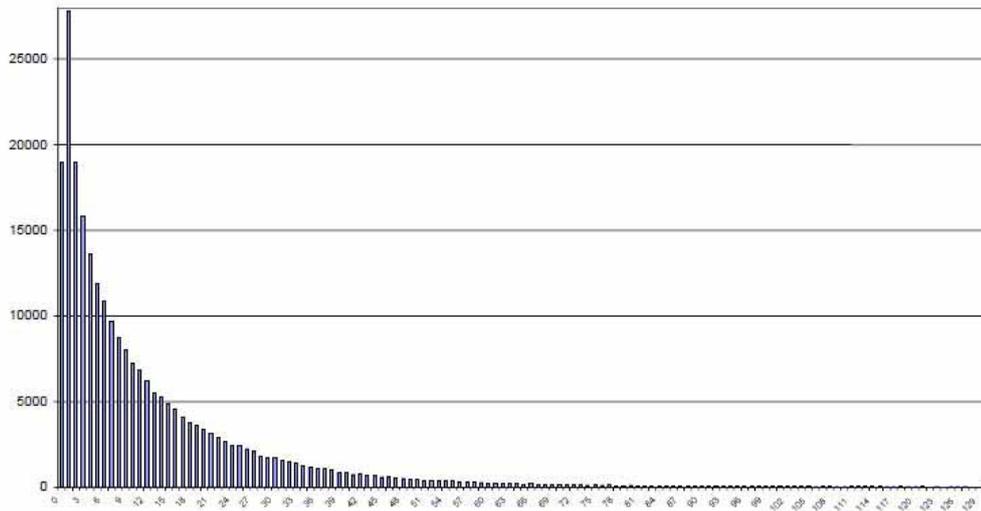
La durée de séjour est plus longue dans le cas de transfert des patients (15,6 jours). Elle est plutôt plus courte pour les personnes décédées très âgées : 9,7 jours pour les 90 ans et plus, 11,7 jours pour les 80-89 ans.

Les personnes décédées en unité de soins palliatifs ont eu des séjours plus longs : 19,8 jours, tandis qu'en soins intensifs, la durée moyenne n'est que de 8,1 jours.

Par catégorie de diagnostic, la durée de séjour a varié de 4,1 jours (obstétrique) à 21 jours (Maladies de la peau et tissu sous cutané).



Durée de séjour des personnes décédées en MCO en 2007



3.8.1. par catégorie d'établissement

Durée de séjour des personnes décédées en 2007 en MCO par catégorie d'établissement

catégorie	effectif	Durée moyenne de séjour
CH	130 764	12,1
CHR	59 923	14,1
CLCC	4 803	13,2
HL	4 073	17,8
PSPH	14 433	14,4
privé	35 310	12,9
Total	249 306	12,9

3.8.2. par mode d'entrée

Durée de séjour des personnes décédées en 2007 en MCO par mode d'entrée

Mode d'entrée	effectif	Durée moyenne de séjour
mutation	4 366	13,0
transfert	27 335	15,6
domicile	217 605	12,6
Total	249 306	12,9



3.8.3. par classe d'âge

Durée de séjour des personnes décédées en 2007 en MCO par classe d'âge

âge	effectif	Durée moyenne de séjour
Moins de 10 ans	1 046	14,3
de 10 à 19 ans	719	10,7
de 20 à 29 ans	1 414	11,4
de 30 à 39 ans	2 726	14,0
de 40 à 49 ans	9 526	14,0
de 50 à 59 ans	25 086	14,6
de 60 à 69 ans	34 052	14,8
de 70 à 79 ans	63 351	14,1
de 80 à 89 ans	82 507	11,7
90 ans et plus	28 879	9,7
Total	249 306	12,9

3.8.4. par sexe

Durée de séjour des personnes décédées en 2007 en MCO par sexe

sexe	effectif	Durée moyenne de séjour
Hommes	138 729	13,2
Femmes	110 577	12,6
Total	249 306	12,9

3.8.5. par service

Durée de séjour des personnes décédées en 2007 en MCO par service

service	effectif	Durée moyenne de séjour
réanimation	37 873	12,6
Surveillance continue	9 012	10,9
Soins intensifs	9 114	8,1
Soins palliatifs	8 012	19,8
Autres services	185 295	13,0
Total	249 306	12,9



3.8.6. par catégorie du diagnostic principal

Durée de séjour des personnes décédées en 2007 en MCO par catégorie du diagnostic principal

Catégorie du diagnostic	effectif	Durée moyenne de séjour
Anomalies congénitales	139	16,8
Hématologie	2 200	12,3
Maladies Endocriniennes	3 297	10,7
Maladies Infectieuses	12 161	13,2
Maladies de l'appareil circulatoire	54 107	9,2
Maladies de l'appareil digestif	15 825	13,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	4 833	14,3
Maladies de l'appareil respiratoire	30 693	11,8
Maladies de la peau et tissu sous cutané	1 131	21,0
Maladies des yeux et des oreilles	67	13,3
Maladies du système nerveux	4 842	15,5
Maladies du système ostéo-articulaire	1 645	16,8
Néonatalogie	41	19,6
Obstétrique	54	4,1
Symptomes	20 514	7,8
Traumatismes et empoisonnements	10 841	11,8
Troubles Mentaux	1 148	17,1
Tumeurs	25 244	16,9
Autres motifs	60 524	16,5
Total	249 306	12,9

3.9. Age des personnes décédées

3.9.1. par catégorie d'établissement

âge des personnes décédées en MCO en 2007 par catégorie d'établissement

	CH	CHR	CLCC	HL	PSPH	privé	Total
Moins de 10 ans	290	704	22	.	20	10	1 046
de 10 à 19 ans	174	487	36	.	11	11	719
de 20 à 29 ans	456	774	81	7	48	48	1 414
de 30 à 39 ans	946	1 275	177	9	107	212	2 726
de 40 à 49 ans	4 046	3 355	458	53	471	1 143	9 526
de 50 à 59 ans	11 027	7 452	1 201	197	1 427	3 782	25 086
de 60 à 69 ans	15 404	9 268	1 338	305	1 990	5 747	34 052
de 70 à 79 ans	32 563	14 685	1 088	964	3 737	10 314	63 351
de 80 à 89 ans	48 038	16 311	387	1 761	4 923	11 087	82 507
90 ans et plus	17 820	5 612	15	777	1 699	2 956	28 879
Total	130 764	59 923	4 803	4 073	14 433	35 310	249 306



3.9.2. par service

âge des personnes décédées en MCO en 2007 par service

	réanimation	Surveillance continue	Soins intensifs	Soins palliatifs	Autres services	Total
Moins de 10 ans	460	21	49		516	1 046
de 10 à 19 ans	396	20	47	2	254	719
de 20 à 29 ans	744	24	49	32	565	1 414
de 30 à 39 ans	1 100	75	111	96	1 344	2 726
de 40 à 49 ans	2 680	247	303	436	5 860	9 526
de 50 à 59 ans	5 538	734	761	1 144	16 909	25 086
de 60 à 69 ans	6 763	1 081	1 100	1 516	23 592	34 052
de 70 à 79 ans	11 137	2 369	2 567	2 211	45 067	63 351
de 80 à 89 ans	8 238	3 506	3 504	2 077	65 182	82 507
90 ans et plus	817	935	623	498	26 006	28 879
Total	37 873	9 012	9 114	8 012	185 295	249 306

3.9.3. par catégorie du diagnostic principal

âge des personnes décédées en MCO en 2007 par catégorie du diagnostic principal

	Moins de 10 ans	de 10 à 19 ans	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	de 70 à 79 ans	de 80 à 89 ans	90 ans et plus	Total
Anomalies congénitales	67	9	5	6	6	13	13	8	10	2	139
Hématologie	28	13	12	26	75	218	305	584	677	262	2 200
Maladies Endocriniennes	35	11	11	25	70	164	271	640	1 370	700	3 297
Maladies Infectieuses	47	23	74	160	527	1 223	1 715	3 256	3 938	1 198	12 161
Maladies de l'appareil circulatoire	135	80	210	436	1 344	3 034	4 919	12 887	22 500	8 562	54 107
Maladies de l'appareil digestif	28	11	24	163	717	1 881	2 173	3 876	5 133	1 819	15 825
Maladies de l'appareil génito-urinaire	7	3	16	33	85	251	490	1 267	1 963	718	4 833
Maladies de l'appareil respiratoire	130	75	149	202	742	2 129	3 229	7 712	11 660	4 665	30 693
Maladies de la peau et tissu sous cutané	2	2	2	6	16	44	79	255	485	240	1 131
Maladies des yeux et des oreilles	.	1	.	1	1	2	8	24	27	3	67
Maladies du système nerveux	80	39	80	112	297	540	731	1 226	1 389	348	4 842
Maladies du système ostéo-articulaire	1	7	6	13	36	82	163	466	663	208	1 645
Néonatalogie	35	1	.	.	.	.	.	1	1	3	41
Obstétrique	.	1	18	26	7	1	.	.	.	1	54
Symptomes	217	90	148	252	805	1 971	2 571	4 925	6 876	2 659	20 514
Traumatismes et empoisonnements	82	213	328	293	457	743	780	1 936	3 981	2 028	10 841
Troubles Mentaux	1	.	3	10	40	56	69	253	498	218	1 148
Tumeurs	52	44	83	244	1 150	3 626	4 934	7 589	6 446	1 076	25 244
Autres motifs	99	96	245	718	3 151	9 108	11 602	16 446	14 890	4 169	60 524
Total	1 046	719	1 414	2 726	9 526	25 086	34 052	63 351	82 507	28 879	249 306



3.10. Sexe des personnes décédées

3.10.1. par catégorie d'établissement

sexe des personnes décédées en MCO en 2007 par catégorie d'établissement

	CH	CHR	CLCC	HL	PSPH	privé	Total
Homme	71 232	34 682	2 453	2 039	7 851	20 472	138 729
Femme	59 532	25 241	2 350	2 034	6 582	14 838	110 577
Total	130 764	59 923	4 803	4 073	14 433	35 310	249 306

3.10.2. par service

sexe des personnes décédées en MCO en 2007 par service

	réanimation	Surveillance continue	Soins intensifs	Soins palliatifs	Autres services	Total
Homme	23 692	5 023	5 155	4 259	100 600	138 729
Femme	14 181	3 989	3 959	3 753	84 695	110 577
Total	37 873	9 012	9 114	8 012	185 295	249 306

3.10.3. par catégorie du diagnostic principal

sexe des personnes décédées en MCO en 2007 par catégorie du diagnostic principal

	Homme	Femme	Total
Anomalies congénitales	73	66	139
Hématologie	1 170	1 030	2 200
Maladies Endocriniennes	1 520	1 777	3 297
Maladies Infectieuses	6 935	5 226	12 161
Maladies de l'appareil circulatoire	27 649	26 458	54 107
Maladies de l'appareil digestif	8 484	7 341	15 825
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 728	2 105	4 833
Maladies de l'appareil respiratoire	18 097	12 596	30 693
Maladies de la peau et tissu sous cutané	529	602	1 131
Maladies des yeux et des oreilles	40	27	67
Maladies du système nerveux	2 680	2 162	4 842
Maladies du système ostéo-articulaire	806	839	1 645
Néonatalogie	20	21	41
Obstétrique	.	54	54
Symptômes	11 524	8 990	20 514
Traumatismes et empoisonnements	5 589	5 252	10 841
Troubles Mentaux	608	540	1 148
Tumeurs	15 888	9 356	25 244
Autres motifs	34 389	26 135	60 524
Total	138 729	110 577	249 306



3.11. décès en HAD

3.11.1. par mode d'entrée et classes d'âge

Au total, 6 656 patients sont décédés en Hospitalisation à Domicile en 2007. Les décès chez les personnes âgées de 50 à 79 ans représentent 56% des décès en HAD alors qu'ils ne représentent que 49% de ceux en MCO. Dans près de 70% des cas, les patients décédés étaient entrés en HAD par transfert ou mutation.

Répartition des décès 2007 en HAD par mode d'entrée et classe d'âge

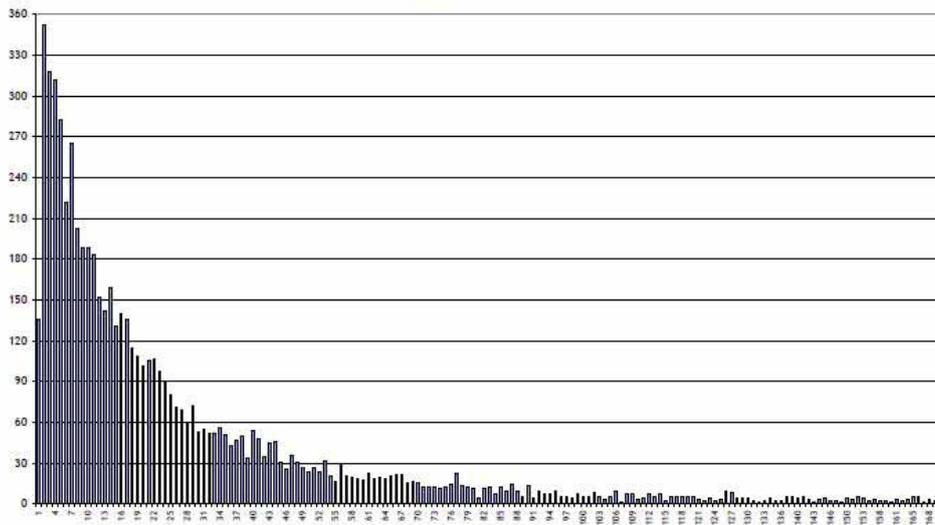
	mutation	transfert	domicile	Total
Moins de 10 ans	.	10	7	17
de 10 à 19 ans	1	12	4	17
de 20 à 29 ans	5	26	13	44
de 30 à 39 ans	16	36	17	69
de 40 à 49 ans	30	166	65	261
de 50 à 59 ans	95	500	212	807
de 60 à 69 ans	123	661	335	1 119
de 70 à 79 ans	158	1 121	517	1 796
de 80 à 89 ans	208	1 058	678	1 944
90 ans et plus *	53	291	237	581
Total	689	3 881	2 085	6 655

* 1 patient de 90 ans n'a pas de mode d'entrée renseigné.

3.11.2. durée de séjour des personnes décédées en HAD 2007

La durée moyenne de séjour des personnes décédées en HAD est de près de 35 jours. Pour environ 20% d'entre eux, la durée de séjour atteignait 50 jours et plus.

Durée de séjour des personnes décédées en HAD 2007



Les durées moyennes de séjour varient de 27 à 38 jours selon que le mode d'entrée est mutation ou transfert. Les patients venant de leur domicile ont une durée moyenne de séjour intermédiaire de 31 jours.



DMS des personnes décédées en 2007 en HAD par mode d'entrée

Mode d'entrée	effectif	Durée moyenne de séjour
mutation	689	26,9
transfert	3 881	38,1
domicile	2 085	31,0
Total	6 656	34,7

3.11.3. Sexe et âge des personnes décédées en HAD

En HAD, comme en MCO, les décès concernent majoritairement des Hommes (57%). Parmi eux, la classe d'âge la plus représentée (30%) est celle des 70 à 79 ans alors que chez les femmes, la classe la plus importante est celle des 80 à 89 ans.

Répartition des décès 2007 en HAD par sexe et classe d'âge

	Homme	Femme	Total
Moins de 10 ans	10	7	17
de 10 à 19 ans	10	7	17
de 20 à 29 ans	25	19	44
de 30 à 39 ans	33	36	69
de 40 à 49 ans	125	136	261
de 50 à 59 ans	465	342	807
de 60 à 69 ans	687	432	1 119
de 70 à 79 ans	1 151	645	1 796
de 80 à 89 ans	1 084	860	1 944
90 ans et plus	233	349	582
Total	3 823	2 833	6 656

Pour 75% des personnes décédées, le mode de prise en charge principal en HAD était les soins palliatifs. Pour près de 40% d'entre eux, le mode de prise en charge associé était la prise en charge de la douleur.

3.12. décès en SSR

3.12.1. par mode d'entrée et classes d'âge

En Soins de Suite et Réadaptation, 33 765 patients sont décédés en 2007. Plus de 90% d'entre eux sont entrés en SSR par transfert (49%) ou mutation (42%). La classe d'âge des 90 ans et plus représente 17% des personnes décédées en SSR contre 12 % en MCO et seulement 9% en HAD. Dans plus de 40% des cas, les décès sont survenus chez des personnes âgées entre 80 et 89 ans.



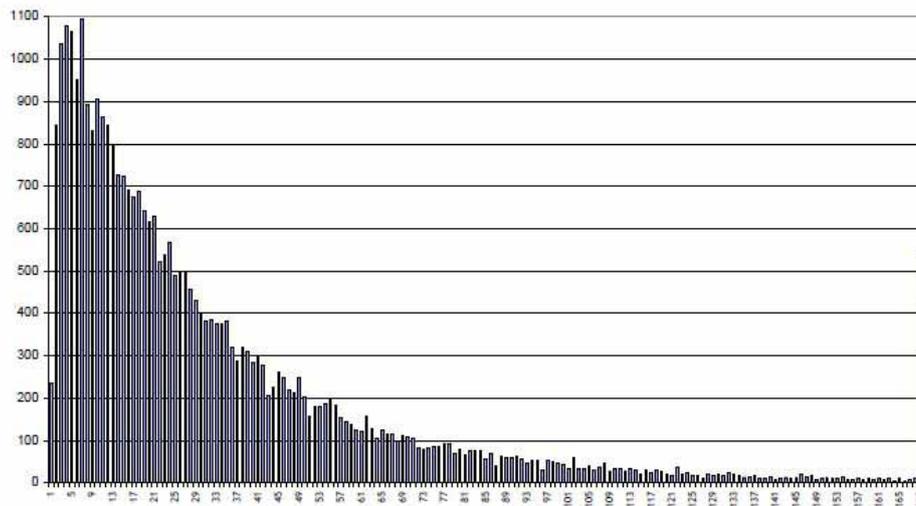
Répartition des décès 2007 en SSR par mode d'entrée et classe d'âge

	transfert pour ou après réalisation d'un acte	Mutation	transfert	domicile	autres	Total
Moins de 10 ans	-	-	21	7	-	28
de 10 à 19 ans	1	2	7	2	-	12
de 20 à 29 ans	-	11	26	6	-	43
de 30 à 39 ans	-	32	88	13	-	133
de 40 à 49 ans	-	172	404	78	-	654
de 50 à 59 ans	2	534	1 320	234	-	2 090
de 60 à 69 ans	3	1 014	1 884	347	-	3 248
de 70 à 79 ans	7	3 204	4 064	709	3	7 987
de 80 à 89 ans	16	6 587	6 241	1 091	1	13 936
90 ans et plus	9	2 763	2 377	485	-	5 634
Total	38	14 319	16 432	2 972	4	33 765

3.12.2. durée de séjour des personnes décédées en SSR 2007

La durée moyenne de séjour des personnes décédées en SSR est d'environ 35 jours comme en Hospitalisation à Domicile. Contrairement au MCO et à l'HAD où le pic de la durée de séjour est à 2 jours, en SSR il est beaucoup plus tardif car la durée la plus fréquente est de 7 jours. Comme en HAD, 20% des patients décédés ont eu une durée de séjour supérieure ou égale à 50 jours.

Durée de séjour des personnes décédées en SSR 2007



En SSR, il y a peu de variations de durées moyennes de séjour selon les modes d'entrée. Elles varient de 34 jours pour l'entrée par mutation à 36 jours pour l'entrée par transfert. Les patients provenant du domicile ont eu une durée moyenne de séjour de inférieure à 34 jours.

DMS des personnes décédées en 2007 en SSR par mode d'entrée

Mode d'entrée	effectif	Durée moyenne de séjour
mutation	14 319	34,2
transfert	16 432	36,4
domicile	2 972	33,8
transfert pour ou après réalisation d'un acte	38	45,4
autres	4	21,5
Total	33 765	35,2

3.12.3. Sexe et âge des personnes décédées en SSR

Contrairement à l'HAD et au MCO, les décès en SSR concernent majoritairement les femmes (52%). Parmi elles, 65% avaient 80 ans et plus (avec 22% pour la dernière classe des 90 ans et plus) contre 50% pour les hommes.

Répartition des décès 2007 en SSR par sexe et classe d'âge

	Homme	Femme	Total
Moins de 10 ans	16	12	28
de 10 à 19 ans	9	3	12
de 20 à 29 ans	31	12	43
de 30 à 39 ans	67	66	133
de 40 à 49 ans	378	276	654
de 50 à 59 ans	1 345	745	2 090
de 60 à 69 ans	2 019	1 229	3 248
de 70 à 79 ans	4 314	3 673	7 987
de 80 à 89 ans	6 306	7 630	13 936
90 ans et plus	1 843	3 791	5 634
Total	16 328	17 437	33 765

La catégorie majeure clinique la plus représentée en SSR chez les personnes décédées est la CMC 20 : Soins Palliatifs (54%). De plus, 11% des décès appartenaient à la CMC 11 Cardio-vasculaire et respiratoire.

3.13. non faisable



3.14. Recours aux soins palliatifs

3.14.1. nombre de patients décédés ayant eu un passage dans une unité de soins palliatifs par catégorie du diagnostic principal et de l'établissement

	CH	CHR	CLCC	HL	PSPH	privé	Total
Anomalies congénitales	.	2	.	.	.	.	2
Hématologie	4	2	.	.	2	5	13
Maladies Endocriniennes	14	6	.	1	1	4	26
Maladies Infectieuses	17	8	2	1	1	2	31
Maladies de l'appareil circulatoire	111	31	1	4	11	31	189
Maladies de l'appareil digestif	22	23	.	1	7	15	68
Maladies de l'appareil génito-urinaire	14	11	1	1	2	21	50
Maladies de l'appareil respiratoire	82	22	2	5	3	38	152
Maladies de la peau et tissu sous cutané	3	3	.	1	2	1	10
Maladies des yeux et des oreilles	1	.	.	.	.	.	1
Maladies du système nerveux	11	11	.	.	3	4	29
Maladies du système ostéo-articulaire	2	5	.	.	1	1	9
Symptomes	47	14	3	2	7	31	104
Traumatismes et empoisonnements	16	11	.	.	1	7	35
Troubles Mentaux	2	3	.	.	.	.	5
Tumeurs	65	128	9	6	38	38	284
Autres motifs	1 173	2 044	226	21	2 384	1 156	7 004
Total	1 584	2 324	244	43	2 463	1 354	8 012

Parmi les 249 306 décès enregistrés dans les services de MCO en 2007, 8 012 patients sont décédés dans une unité de soins palliatifs, dans la très grande majorité des cas pour des diagnostics relevant de la catégorie « autres motifs » et pour 31% des cas dans des établissements privés PSPH et 29% dans un CHU.

Parmi ces séjours dans une UM de soins palliatifs, on constate que seuls 6 542 ont été assortis d'un GHS de soins palliatifs (7957 ou 7956 ou 7958). Un grand nombre d'autres GHS ont été attribués aux autres séjours.

En revanche, on dénombre au total plus de 55 000 séjours de patients décédés en MCO en 2007 qui ont eu un GHS de soins palliatifs, la plupart du temps hors d'une UM identifiée de soins palliatifs.

3.14.2. Séjours avec un GHS de soins palliatifs par service

Données MCO 2007

	Base	USP	Lits dédiés	Total
réanimation	108	6	54	168
Surveillance continue	441	1	223	665
Soins intensifs	83	.	65	148
Soins palliatifs	175	6 230	137	6 542
Autres services	23 862	8	23 683	47 553
Total	24 669	6 245	24 162	55 076



3.15. Durée moyenne de séjour en soins palliatifs avant décès par catégorie d'établissement

Données MCO 2007

catégorie	effectif	Durée moyenne de séjour
CH	1 584	15,6
CHR	2 324	16,5
CLCC	244	11,1
HL	43	22,2
PSPH	2 463	17,7
prive	1 354	16,0
Total	8 012	16,5

On constate que la durée de séjour pour les patients décédés en MCO en 2007 était plus longue pour ceux qui sont décédés en unité de soins palliatifs, quelle que soit la catégorie de l'établissement, à l'exception des décès en CLCC où elle est de 11,1 jours en soins palliatifs et de 13,2 dans l'ensemble.

En moyenne, la DMS est de 16,5 jours en soins palliatifs (contre 12,9 pour l'ensemble des décès 2007).

Annexe 8 : Répartition des décès par services en 2008 à l'AP-HP

Répartition des décès par services en 2008 à l'AP-HP

Disciplines	Service	2008
Chirurgie	réa.chir	2051
	orthopédie	145
	cardio-vasc	119
	orthopédie inf	0
	viscérale inf.	2
	plastique	4
	thoracique	47
	générale	0
	vasculaire	40
	viscérale	215
	neuro-chir	40
	ORL	62
	maxillo-faciale	11
	brulés	2
	urologie	76
	total chirurgie	2814
Obstétrique	gynéco-obstétrique	0
	obstétrique	63
	total obstétrique	63
Médecine adultes	addictologie	39
	cancérologie	599
	cardiologie	452
	dermatologie	92
	endocrinologie	31
	gynécologie médicale	6
	HAD	136
	hématologie clinique	251
	hépato-gastro-entérologie	655
	immunologie clinique	106
	maladies infectieuses	170
	gériatrie	1089
	médecine interne	890
	néphrologie	170
	neuro-vasculaire	86
	neurologie	168
	nutrition	3
	pneumologie	467
	radiothérapie	102
	réanimation médicale	2461
	rhumatologie	50
soins palliatifs	1351	
total médecine adultes	9374	
Pédiatrie	pédiatrie	53
	réa.infantile	251
	néo-natologie	169
	total pédiatrie	473
Urgences	urgences adultes	1027
	urgences enfants	5
	total urgences	1032
TOTAL		13756

Annexe 9 : Document de la CNAMTS et de la DCCRF précisant les critères de décision pour le contrôle des soins palliatifs

Critères de décision pour contrôle du GHM 23Z02Z soins palliatifs correspondant aux GHS 7956 7957 7958

Exposé de la situation

Les soins palliatifs sont inscrits dans les priorités nationales de contrôle T2A en 2008 sous 2 aspects :

- Contrôles administratifs de l'adéquation de la facturation aux reconnaissances contractuelles (contrôle de facturation de GHS majorés par des établissements ne disposant ni de lit identifié ni d'unité de soins palliatifs)
- Contrôles sur site, dans le cadre de l'art L 162-22-18 du CSS, de l'adéquation du codage à la prise en charge médicale et soignante.

La DHOS et l'assurance maladie ont souhaité poursuivre les contrôles sur ce thème compte tenu du risque de dérives, malgré l'absence et dans l'attente de l'élaboration de recommandations de codage par les experts sous l'égide du ministère.

La DCCRF a construit de ce fait un arbre de décision en vue d'harmoniser les décisions des médecins contrôleurs. Cet arbre de décision n'a pas valeur de référentiel, il est uniquement destiné à aider à formuler des avis homogènes sur le territoire national

Il est volontairement minimaliste et destiné à identifier les anomalies avérées. Il sera amené à évoluer lorsque les recommandations de codage paraîtront.

Rappel

Les soins palliatifs concernent des personnes malades, atteintes d'une **pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale.**

Les soins palliatifs se caractérisent par **une prise en charge multidisciplinaire coordonnée.**

Les soins palliatifs associent **divers soins de support** qui sont

1. Une prise en charge de la douleur
2. Une prise en charge psychologique
3. Des soins de nursing (hygiène, mobilisation, soins de bouche, soins d'escarres, ...)
4. Un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil ...)
5. Une prise en charge nutritionnelle
6. Des soins de masso-kinésithérapie et rééducation physique
7. Une prise en charge sociale

Ils **comprennent également**

- Un accompagnement spirituel
- Un accompagnement des familles

Des traitements invasifs peuvent être encore institués à la phase « initiale » des soins palliatifs (« initiale » par opposition à la phase terminale). Il s'agit de chirurgie d'occlusion, chimiothérapie ou radiothérapie à visée antalgique ou de réduction tumorale, pose de prothèses oesophagienne ou biliaire, Ils se distinguent des traitements actifs par leur objectif centré sur l'amélioration du symptôme et non sur la maladie causale.

Principes de décision lors du contrôle sur site

La décision se fonde

- Tout d'abord sur la prise en charge constatée au travers des éléments présents dans le dossier médical (validation du DP Z51.5)
- Puis sur la réalité du passage dans le lit dédié ou dans l'unité en cas de facturation de GHS majoré.

Il s'agit d'un sujet particulièrement sensible qui doit être traité avec quelques précautions.

Ainsi, il n'est pas souhaitable de mettre en cause la justification médicale des soins.

De même, lorsque le diagnostic principal est remis en cause en raison de l'absence de prise en charge pluridisciplinaire ou de réalisation de soins de support, c'est le plus souvent sur l'absence d'éléments au dossier médical témoignant de la prise en charge que doit se fonder l'avis des médecins contrôleurs.

Cheminement de la décision

Première étape : validation du GHM 23Z02Z

Pour valider le GHM 23Z02Z, il faut valider le diagnostic principal de soins palliatifs DP Z51.5

Pour retenir le diagnostic principal de soins palliatifs, on conviendra de retenir les éléments associés suivants au cours du séjour concerné :

- ▶ **Une affection causale** : affection maligne ou tout autre maladie chronique **mettant en jeu le pronostic vital** (neurologique notamment), **à un stade avancé de la maladie,**
- ▶ **Une prise en charge multidisciplinaire** faisant intervenir au cours du séjour, **outre le personnel médical et infirmier, au moins un** des intervenants suivants (psychologues, psychiatres, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute), au vu des éléments présents dans le dossier médical,
- ▶ Une prise en charge **associant au moins 3 des soins de support** parmi les soins suivants, au vu des éléments figurant au dossier médical :
 1. Une prise en charge de la douleur
 2. Une prise en charge psychologique
 3. Des soins de nursing (hygiène, mobilisation, soins de bouche, soins d'escarres, ...)
 4. Un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil ...)
 5. Une prise en charge nutritionnelle
 6. Des soins de masso-kinésithérapie et rééducation physique
 7. Une prise en charge sociale.

Dans le cas où sont mis en œuvre au cours du séjour des traitements invasifs, le diagnostic principal sera choisi en fonction de la règle du maximum d'effort de soins.

Deuxième étape : choix du GHS entre GHS 7956, 7957 7958

Outre les éléments précédents, le contrôle portera sur la réalité de la prise en charge du patient dans l'unité (7957) ou du passage du patient dans le lit identifié par reconnaissance contractuelle (7958).

HARMONISATION DES DECISIONS CONCERNANT LES GHM DE SOINS PALLIATIFS DANS LE CADRE DES CONTROLES SUR SITE EN 2008

