

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

20 ans d'expertise au service des solidarités et de la santé
Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE



NOVEMBRE

2018

NUMÉRO

1094

L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015

En 2015, 150 000 personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont décédées, représentant un quart des décès annuels en France, selon l'enquête de la DREES auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les femmes, dont l'espérance de vie est plus élevée que les hommes, sont plus nombreuses à vivre en institution. Les résidents décèdent à 89 ans en moyenne, après une durée de séjour moyenne de trois ans et quatre mois.

Un quart des décès de résidents en Ehpad n'ont pas lieu dans l'établissement même mais au cours d'une hospitalisation. Les hommes et les résidents les plus jeunes sont davantage concernés. Lorsqu'une infirmière est présente 24 heures sur 24, la probabilité de décéder lors d'une hospitalisation est plus faible. Lorsque l'Ehpad connaît des difficultés de recrutement, elle est plus élevée.

Confrontés au quotidien à la fin de vie, la grande majorité des Ehpad ont mis en place des procédures liées à la pratique des soins palliatifs ou à la prise en charge de la fin de vie. La présence de ces dispositifs varie, cependant, selon les caractéristiques de l'établissement.

Marianne Muller, Delphine Roy (DREES)

Le nombre de décès en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) a augmenté au cours des dernières années, sous l'effet de l'élévation de l'âge moyen des résidents et de leur degré de dépendance. En 2015, 150 000 personnes résidant en Ehpad sont mortes, soit un quart des décès enregistrés sur l'ensemble du territoire français. Cette proportion atteint 35 % parmi les personnes de 75 ans ou plus.

Fin 2015, 585 500 personnes âgées résident dans 7 400 Ehpad, et 97 % d'entre elles sont accueillies en hébergement permanent. 82 % des sorties définitives d'Ehpad sont dues au décès du résident, cinq points de plus qu'en 2011 (tableau 1). Parmi les sorties qui ne sont pas directement causées par le décès du résident, 45 % correspondent à un transfert vers un autre Ehpad. L'Ehpad est donc, pour une majorité des résidents, leur dernier lieu de vie, et le lieu de leur décès. Les établissements sont ainsi de plus en plus fréquemment confrontés à la question de l'accompagnement de la fin de vie, comme en témoigne un rapport de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)¹ publié en janvier 2018 (ANESM, 2018).

...

1. Depuis le 1^{er} avril 2018, l'ANESM a rejoint la Haute Autorité de santé.

TABLEAU 1
Évolution de la part des personnes âgées décédées en Ehpad entre 2011 et 2015 et de leurs caractéristiques

	2015	2011
Nombre de décès en Ehpad	148 300	124 500
Décès parmi les sorties	82 %	77 %
Décès parmi les personnes accueillies	20 %	18 %
Résidents d'Ehpad parmi les décès de l'année (tous âges)	25 %	23 %
Résidents d'Ehpad parmi les décès de l'année (75 ans ou plus)	35 %	32 %
Âge moyen au décès	89 ans	88 ans et 6 mois
GMP des personnes décédées	840	790

GMP : GIR moyen pondéré (le GMP est mesuré sur une échelle de 0 à 1000 ; il est d'autant plus élevé que la situation de perte d'autonomie est marquée).

Lecture • En 2015, 82 % des sorties d'Ehpad correspondent à des décès.

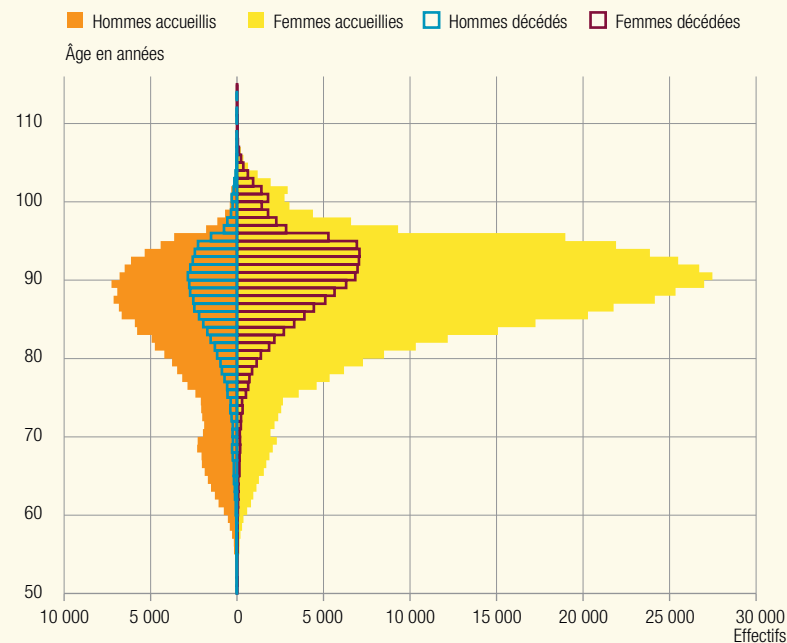
Champ • France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), décès de résidents en Ehpad accueillis en hébergement permanent et sortis définitivement pour cause de décès.

Sources • DREES, enquêtes EHPA 2015 et 2011 ; Insee, Statistiques de l'état civil 2015 et 2011.

ENCADRÉ 1
L'enquête EHPA 2015 et les questions relatives à la fin de vie

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) a été lancée pour la première fois en 1985 et a, aujourd'hui, lieu tous les quatre ans. Exhaustive sur son champ, elle permet de connaître les caractéristiques des établissements, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), de leur personnel et de leurs résidents. Afin de traiter un champ homogène, cette étude porte uniquement sur les Ehpad et sur les résidents sortis définitivement durant l'année 2015 après avoir été accueillis en hébergement permanent. Depuis 2011, des questions relatives à la prise en compte des situations de fin de vie ont été intégrées au questionnaire.

GRAPHIQUE 1
Profil des personnes décédées en 2015 et des personnes accueillies au 31 décembre 2015



Lecture • Fin 2015, 27 470 femmes âgées de 90 ans étaient accueillies en hébergement permanent en Ehpad et 6 830 femmes du même âge résidant en Ehpad étaient décédées au cours de l'année.

Champ • France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), Résidents en Ehpad accueillis en hébergement permanent au 31 décembre 2015 ou décédés au cours de l'année.

Source • DREES, enquête EHPA 2015.

Un quart des personnes décédées en France en 2015 résidaient en Ehpad

En 2015, près de 594 000 personnes sont décédées en France. D'après l'enquête EHPA de la DREES (*encadré 1*), un quart d'entre elles étaient accueillies en hébergement permanent en Ehpad avant leur décès².

Un tiers des femmes décédées en 2015 vivaient en Ehpad, contre 16 % des hommes. Les femmes passent plus fréquemment leurs dernières années de vie en Ehpad. Pour autant, leur durée de séjour en établissement étant plus longue, elles sont sous-représentées parmi les résidents d'Ehpad qui décèdent une année donnée. Tandis que trois quarts des résidents en Ehpad étaient des femmes fin 2015, la proportion de femmes parmi les résidents décédés dans l'année était plus faible : 68,5 %.

Les femmes décèdent à des âges plus élevés et après des séjours plus longs que les hommes (*tableau complémentaire A*)³. Les femmes sorties d'hébergement permanent en Ehpad pour cause de décès avaient en moyenne 90 ans et 1 mois, soit 3 ans et 4 mois de plus que les hommes, et vivaient en moyenne depuis trois ans et sept mois au sein de l'établissement, un an de plus que les hommes.

Femmes ou hommes, les personnes décédées étaient plutôt très dépendantes et âgées (*graphique 1*) : la moitié d'entre elles avaient plus de 90 ans, ce qui n'était le cas que de 40 % des résidents accueillis fin 2015. 73 % des résidents décédés au cours de l'année 2015 étaient sévèrement dépendants (GIR 1-2). Cette proportion s'élevait à 55 % parmi les personnes accueillies (*tableau complémentaire B*).

Les décès surviennent en moyenne plus de trois ans après l'entrée en Ehpad

La durée du séjour varie selon le type de sortie du résident (*tableau 2 et encadré 2*). Les personnes ayant quitté un Ehpad en 2015 étaient restées en moyenne 2 ans et 11 mois, durée stable depuis 2011 où les résidents restaient en moyenne 2 ans et 10 mois. Les personnes qui décèdent restent plus longtemps que celles qui quittent l'établissement pour d'autres raisons (par exemple, à leur initiative ou

...
2. Ce chiffre est supérieur à celui du nombre de décès en « maison de retraite » publié par l'Insee à partir des bulletins de décès car, d'une part, les personnes vivant en Ehpad transférées à l'hôpital juste avant leur décès y sont comptabilisées parmi les décès à l'hôpital, et d'autre part, les Ehpad hospitaliers y sont probablement parfois codés comme « hôpital » ou « autres lieux » plutôt que « maison de retraite ».

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

TABLEAU 2

Durée de séjour des résidents sortis selon leur motif de sortie

Motif de sortie définitive de l'établissement	Proportion parmi les personnes sorties (en %)	Durée moyenne	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur
Décès	81,9	3 ans et 4 mois	8 mois	2 ans et 4 mois	4 ans et 10 mois
dont décès dans l'établissement ¹	75,9	3 ans et 6 mois	9 mois	2 ans et 6 mois	5 ans et 1 mois
dont décès lors d'une hospitalisation ¹	24,0	2 ans et 10 mois	6 mois	1 an et 9 mois	3 ans et 11 mois
dont décès lors d'une autre sortie temporaire ¹	0,1	3 ans et 2 mois	4 mois	2 ans	4 ans et 10 mois
Sortie sans décès (y compris transfert vers un autre Ehpad)	18,1	1 an et 3 mois	1 mois	5 mois	1 an et 6 mois
Ensemble	100,0	2 ans et 11 mois	5 mois	1 an et 10 mois	4 ans et 4 mois

1. Pour ces trois lignes, les proportions sont exprimées en % des sorties, et non en % de l'ensemble des sorties.

Lecture • En 2015, 24 % des décès survenant en Ehpad ont eu lieu au cours d'une hospitalisation.

Champ • France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), résidents en Ehpad accueillis en hébergement permanent et sortis définitivement au cours de l'année 2015.

Source • DREES, enquête EHPA 2015.

ENCADRÉ 2

Motifs de sortie : la spécificité des établissements publics hospitaliers

Pour chaque résident sorti définitivement de l'établissement au cours de l'année 2015, le questionnaire doit indiquer le motif de sortie définitive et, si celui-ci n'est pas le décès du résident, la destination de sortie. Parmi les motifs de sortie, le plus fréquent est le décès de la personne. Il peut avoir lieu au sein de l'établissement, au cours d'une hospitalisation ou lors d'une sortie temporaire. On trouve ensuite l'ensemble des sorties relevant de l'initiative du résident. Enfin, l'enquête distingue les sorties à l'initiative de l'établissement, selon qu'elles font suite à un défaut de paiement ou résultent d'une inadéquation de l'état de santé du résident à la structure dans laquelle il est hébergé.

Parmi les destinations des sorties sans décès, on distingue le domicile et d'autres établissements : résidence autonomie (ex-logement-foyer), autre Ehpad, service de soins de longue durée (SLD), soins de suite ou de réadaptation (SSR), unité de court séjour (MCO), service psychiatrique...

Le croisement de ces deux informations fait apparaître des parcours de prise en charge différenciés selon le statut juridique de l'établissement (*tableaux complémentaires H, I*). Ainsi, alors que près de neuf sorties sur dix correspondent à un décès dans les établissements privés à but non lucratif et publics non hospitaliers, ce n'est le cas que de 73 % des sorties dans les Ehpad privés commerciaux et de 76 % dans le public hospitalier. Dans le privé lucratif, plus d'un quart des sorties sont dues à un changement de structure ou à un retour à domicile à l'initiative du résident ou de ses proches, tandis qu'en Ehpad public hospitalier, les sorties à l'initiative de l'établissement en raison de l'état de santé du résident sont plus fréquentes.

28 % des sorties hors décès se font vers une unité de soins de longue durée (USLD) ou une unité de court séjour (MCO) dans le public hospitalier (dont plus de 80 % vers les SLD), contre 2 à 12 % dans toutes les autres catégories d'Ehpad (*tableau complémentaire I*). Les Ehpad publics hospitaliers, de par leur insertion dans une structure sanitaire, semblent davantage s'inscrire dans une logique de spécialisation des services : si une USLD existe à proximité, les cadres infirmiers de l'Ehpad peuvent y rechercher une place pour les patients dont l'état de santé se dégrade ; de même pour les hospitalisations en MCO. Il est également possible que le mode de gestion des places dans les établissements publics hospitaliers les conduise à considérer plus rapidement une sortie pour hospitalisation comme définitive, sans attendre l'information sur un éventuel décès du résident, tandis que les établissements indépendants d'une structure hospitalière conserveraient la place du résident jusqu'à son retour ou son éventuel décès, enregistrant ainsi davantage de sorties par décès.

Dans les Ehpad publics hospitaliers, le pourcentage de sorties définitives pour cause de décès lors d'une hospitalisation est plus faible, mais le pourcentage de sorties définitives pour hospitalisation (USLD, MCO) est beaucoup plus élevé (*tableau complémentaire B*). Ces logiques de prise en charge différenciées ont une incidence sur l'analyse des données sur les décès et la fin de vie en Ehpad. Bien que l'ensemble des sorties définitives pour hospitalisation ne soient pas suivies de décès, il est difficile d'en faire abstraction lors de l'étude des lieux de décès après un séjour en Ehpad. C'est pourquoi, à titre de test de robustesse, l'analyse présentée dans le *tableau complémentaire G* a été menée en incluant les sorties pour hospitalisation dans les décès à l'hôpital, afin de voir si, dans le cas extrême où tous les patients hospitalisés en MCO ou SLD y décédaient par la suite, les conclusions en seraient modifiées. Les résultats restent les mêmes pour toutes les caractéristiques individuelles et pour les caractéristiques des établissements discutées dans l'analyse.

parce que leur contrat de séjour a été résilié par l'établissement). Les décès survenant lors d'une hospitalisation interviennent au terme d'un séjour plus court que ceux qui ont lieu dans l'établissement. En 2015, la moitié des résidents décédés au cours d'une hospitalisation séjournaient dans l'Ehpad depuis moins d'1 an et 9 mois, soit 9 mois de moins que ceux décédés dans l'établissement même.

La durée de séjour des personnes décédées varie selon leur parcours juste avant l'entrée dans l'Ehpad où elles vivaient au moment de la mort (*tableau complémentaire C*). Les durées moyennes de séjour des personnes qui résidaient auparavant dans des logements peu ou pas médicalisés sont plus longues que celles qui étaient dans des structures médicalisées : Ehpad, soins de longue durée (SLD), unité d'hospitalisation renforcée (UHR), etc. Le logement antérieur semble être assez révélateur de l'état de santé de la personne à son entrée : les personnes venant du domicile ou entrant en Ehpad après un séjour en établissement non médicalisé arriveraient en meilleure santé que celles venant de services hospitaliers ou de structures médicalisées, ce qui expliquerait leur espérance de vie plus élevée.

Les personnes venues d'établissements psychiatriques ou pour adultes handicapés restent en moyenne plus longtemps que les autres en Ehpad avant de décéder. Cette durée plus longue tient toutefois surtout à une entrée à un âge moins élevé, car ces personnes décèdent aussi en moyenne plus jeunes que les autres résidents. La moitié des résidents morts en Ehpad

ENCADRÉ 3

Les dispositifs d'accompagnement de la fin de vie en Ehpad

La « fin de vie » désigne les derniers moments de vie d'une personne qui arrive en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable. À ce stade, les soins palliatifs cherchent à préserver la dignité des personnes malades et à améliorer autant que possible leur qualité de vie et celle de leurs proches par la prévention et le soulagement de la souffrance – physique ou psychologique –, de la douleur ou de tout autre symptôme.

Les équipes mobiles de soins palliatifs ont un rôle de conseil et d'expertise en soins palliatifs auprès des autres professionnels. Elles peuvent se déplacer, à la demande des établissements, auprès des soignants, du patient et de son entourage.

Un réseau de santé en soins palliatifs mobilise, coordonne et conseille l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux sur un territoire donné. L'objectif est de permettre aux patients et à leurs proches d'accéder à des soins palliatifs de qualité quel que soit le lieu de leur prise en charge.

TABLEAU 3

Proportion d'Ehpad ayant signé une convention EMSP ou RSSP, fin 2011 et fin 2015

En %

Catégorie et statut juridique	Proportion d'Ehpad ayant signé une convention avec...					
	une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)		un réseau de santé en soins palliatifs (RSSP)		avec une EMSP ou un RSSP	
	2015	2011	2015	2011	2015	2011
Ehpad privés à but lucratif	66,5	53,6	39,5	38,0	78,0	64,0
Ehpad privés à but non lucratif	65,6	52,4	30,9	28,9	77,8	62,5
Ehpad publics hospitaliers	45,0	39,0	15,8	16,4	52,0	44,2
Ehpad publics non hospitaliers	69,6	54,4	25,3	25,0	79,3	63,7
Ensemble	63,7	51,1	28,9	27,8	74,1	60,2

Lecture • Fin 2015, 78 % des Ehpad privés à but lucratif ont signé une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs ou un réseau de santé en soins palliatifs.

Champ • France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), Ehpad.

Source • DREES, enquête EHPA 2015.

après avoir vécu dans un établissement pour adultes handicapés avaient moins de 70 ans et 1 mois, et la moitié de ceux arrivant d'un hôpital psychiatrique avaient moins de 82 ans et demi. À titre de comparaison, l'âge médian au décès en Ehpad (quel que soit le type de logement antérieur) est de 90 ans.

Un recours accru aux professionnels spécialisés dans la prise en charge de la fin de vie

La progression de la prise en compte de la fin de vie, notamment avec le plan 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, ont eu pour corollaire une sensibilisation croissante au sein des établissements.

Fin 2015, la majorité des Ehpad ont en effet mis en place des procédures spécifiques ou ont passé des conventions relatives à l'intervention de personnes externes à l'ins-

titution dans des situations relevant du soin palliatif. Ainsi, près de 5 500 Ehpad, soit trois établissements sur quatre, ont signé une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou un réseau de santé en soins palliatifs (RSSP) [encadré 3]. Le recours aux équipes mobiles de soins palliatifs est de plus en plus fréquent, dans les établissements privés comme publics. Fin 2015, près de 64 % des Ehpad avaient signé une convention avec une EMSP, contre la moitié d'entre eux en 2011 (tableau 3 et tableau complémentaire D). Les Ehpad publics hospitaliers travaillent moins souvent que les autres avec des EMSP ou des RSSP. De fait, ces établissements, étant souvent rattachés à des structures sanitaires qui disposent d'une équipe ou d'un réseau de ce type, n'ont pas l'utilité de ces conventions.

Au total, 12 340 personnes décédées en 2015 auraient bénéficié de l'intervention d'une EMSP en Ehpad et 3 490 de l'inter-

vention d'un RSSP. Cela reste peu au regard du nombre de décès en Ehpad : 10 % environ⁴. À titre de comparaison, selon le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV), 62,4 % de l'ensemble des personnes de 65 ans ou plus décédées en 2014 auraient été susceptibles de relever des soins palliatifs, et il est vraisemblable que cette proportion soit plus élevée parmi les personnes accueillies en Ehpad.

Près de neuf Ehpad sur dix déclarent appliquer des procédures particulières liées à la fin de vie

La majeure partie des établissements qui n'ont pas signé de convention avec des EMSP ou des RSSP appliquent néanmoins des procédures liées à la fin de vie et ont intégré au sein de leur projet d'établissement un volet « soins palliatifs ».

En effet, 87 % des Ehpad disposent de protocoles, procédures ou référentiels liés à la fin de vie formalisés et mis en œuvre (contre 75 % en 2011) et trois structures sur quatre ont, dans leur projet d'établissement, un volet « soins palliatifs » (tableau 4). Les Ehpad publics non hospitaliers ont plus souvent signé une convention avec une équipe mobile, mais leur projet d'établissement est moins souvent doté d'un volet « soins palliatifs ». Ils ont en revanche davantage recours à des équipes mobiles. Si la plupart des établissements ont développé dans leur structure une culture palliative, seul un quart déclare avoir au moins un employé possédant un diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs.

Les hommes et les plus jeunes décèdent plus souvent à l'hôpital

La mise en place de procédures particulières à l'égard de la fin de vie ou le développement des soins palliatifs en Ehpad diminuent-ils la proportion de décès à l'hôpital ? L'étude des lieux de décès par rapport aux souhaits émis (Pennec *et al.*, 2015) montre que si la majorité des personnes disent vouloir mourir chez elles, la complexité des soins rend parfois le maintien à domicile impossible et motive le transfert à l'hôpital. L'Ehpad étant par nature un lieu mixte, à la fois « dernier chez-soi » (Mallon, 2004) et lieu de soins, la question du lieu du décès s'y pose de façon toute particulière. Ainsi, alors

•••
4. 12 % hors Ehpad rattachés à une structure sanitaire.

que parmi les personnes vivant à domicile, la situation la plus fréquente est le transfert vers l'hôpital à l'approche du décès, les trois quarts des résidents d'Ehpad sortis pour cause de décès sont morts au sein même de l'Ehpad, contre un quart lors d'une hospitalisation. Cette proportion est fortement liée à l'âge : 77 % des décès survenant entre 90 et 94 ans et 84 % au-delà de cet âge ont lieu au sein de l'Ehpad, tandis qu'un tiers des personnes décédées avant l'âge de 75 ans sont mortes au cours d'une hospitalisation (tableau complémentaire E).

La proportion de décès lors d'une hospitalisation est légèrement plus faible lorsque l'établissement a inscrit un volet « soins palliatifs » dans son projet d'établissement (23 % contre 25,4 %) ou lorsqu'il met en œuvre des procédures ou référentiels liés à la fin de vie (23,3 % contre 25,5 %) [tableau 5]. Toutefois, les caractéristiques des établissements concernés et de leurs résidents ne sont pas les mêmes : par exemple, les établissements disposant de volets « soins palliatifs » ou de procédures liées à la fin de vie se distinguent par leur

taille. Les établissements les plus grands mettent davantage en place des protocoles liés à la fin de vie, et ont par ailleurs un GIR moyen pondéré (GMP) plus élevé. Or, c'est dans les structures accueillant le public le plus dépendant que la proportion de décès au cours d'une hospitalisation est la plus faible : tandis que dans les Ehpad affichant un GMP inférieur à 700, la proportion de décès au cours d'une hospitalisation est supérieure à 25 %, dans les Ehpad au GMP supérieur à 800, moins d'un décès sur cinq survient au cours d'une hospita-

TABLEAU 4

Proportion d'Ehpad ayant mis en place des mesures de soins palliatifs et liées à la fin de vie, en fonction du type de mesures, fin 2011 et fin 2015

En %

	Présence de chambres aménagées pour les personnes en fin de vie		Présence d'un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement		Présence de protocoles, procédures et/ou référentiels liés à la fin de vie		Convention avec une association de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs		Déclare avoir au moins un employé possédant un DU de soins palliatifs	
	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011
Ehpad privés à but lucratif	6	8	79	64	95	81	28	28	23	17
Ehpad privés à but non lucratif	5	5	76	63	87	77	29	32	24	21
Ehpad publics hospitaliers	13	12	82	75	89	74	52	47	48	42
Ehpad publics non hospitaliers	4	4	68	52	80	68	26	30	21	14
Ensemble	6	7	75	62	87	75	32	33	26	21

DU : diplôme universitaire.

Lecture • Fin 2015, 23 % des Ehpad privés à but lucratif déclarent avoir au moins un employé possédant un DU de soins palliatifs.

Champ • France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), Ehpad.

Source • DREES, enquête EHPA 2015.

TABLEAU 5

Part des décès selon le type de mesures mises en place à l'égard de la fin de vie et des soins palliatifs dans l'Ehpad

		Effectif moyen de personnes accueillies par Ehpad au 31 décembre 2015	Nombre de décès moyen par Ehpad, par an	Nombre de décès rapporté au nombre de personnes accueillies en 2015 (en %)	Décès parmi les sorties (en %)	Hospitalisation en SLD ou en MCO parmi les sorties (en %)	Décès lors d'une hospitalisation (en %)	GMP moyen
Convention Soins palliatifs (avec EMSP ou RSSP)	Non	79	20	21,9	83,0	1,7	24,9	704
	Oui	81	20	22,5	83,4	1,7	24,2	708
	Sans objet ¹	107	26	20,9	75,6	7,2	17,1	734
Volet soins palliatifs dans le projet établissement	Non	76	18,77	19,4	83,1	1,4	25,4	701
	Oui	85	20,89	19,3	82,3	2,6	23,0	712
Procédures ou référentiels liés à la fin de vie formalisés et mis en œuvre	Non	81	20	19,7	85,2	1,8	25,5	702
	Oui	83	20,47	19,3	82,0	2,4	23,3	710

GMP : voir note tableau 1.

1. Rattachés à une structure sanitaire.

Lecture > En 2015, dans les Ehpad comprenant un volet « soins palliatifs » au sein de leur projet d'établissement, 23 % des décès surviennent lors d'une hospitalisation.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), Ehpad.

Source > DREES, enquête EHPA 2015.

lisation (tableau complémentaire F). C'est pourquoi une analyse « toutes choses égales par ailleurs » a été menée.

La probabilité de décéder à l'hôpital plutôt qu'au sein de l'Ehpad est plus forte pour les hommes, les personnes plus jeunes, moins dépendantes et présentes dans l'établissement depuis moins longtemps (tableau complémentaire G). On peut penser qu'il s'agit de décès plus souvent dus à des maladies aiguës, à des accidents, ou relevant de trajectoires de fin de vie de type 1 (évolution progressive et phase terminale bien identifiée) ou 2 (déclin graduel ponctué par des épisodes aigus de détérioration)⁵. Ces trajectoires sont en effet associées à des maladies qui conduisent à un décès à des âges moins élevés et qui touchent davantage les hommes parmi les résidents d'Ehpad : pathologies broncho-pulmonaires et cancers en particulier (CNSPFV, 2017 et Makdessi, 2016).

Le fait d'avoir été reconnu comme handicapé avant 60 ans accroît également la probabilité de décéder à l'hôpital, probablement du fait de comorbidités ou d'une prise en charge plus complexe. Cela constitue peut-être un élément supplémentaire qui témoigne de la difficulté pour les Ehpad de prendre en charge ces personnes, y compris dans la fin de vie.

La présence d'une infirmière 24 h sur 24 est liée à une probabilité plus faible de décéder à l'hôpital

À caractéristiques du résident identiques, la probabilité de décéder dans l'Ehpad plutôt qu'à l'hôpital est plus forte dans les établissements dont le niveau de dépendance moyen est plus élevé (GMP supérieur à 750), dans les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), et dans les établissements assurant la présence d'une infirmière 24 heures sur 24 (tableau complémentaire G). À l'inverse, les établissements qui déclarent des difficultés de recrutement et ceux dans lesquels la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est la plus élevée connaissent un taux de décès à l'hôpital plus important. Les établissements qui déclarent avoir parfois refusé l'admission de personnes âgées nécessitant une charge de soins importante sont, sans surprise, également dans ce cas.

L'existence de convention avec une équipe mobile ou un réseau de soins palliatifs, d'une convention avec une équipe soignante d'hospitalisation à domicile (HAD), d'un volet de soins palliatifs dans le projet d'établissement ou encore de chambres spécifiques pour la fin de vie ne semble

pas statistiquement liée à la probabilité de décéder dans l'établissement plutôt qu'à l'hôpital. La modalité « sans objet » fait exception. Celle-ci signifie que l'Ehpad est rattaché à une structure sanitaire. Cette modalité est liée à une plus faible probabilité de mourir à l'hôpital si l'on ne prend en compte que les sorties définitives pour décès ayant eu lieu lors d'une hospitalisation, mais ce n'est plus le cas si l'on inclut les sorties pour hospitalisation en soins de longue durée (SLD) ou de court séjour (médecine, chirurgie). Les Ehpad publics hospitaliers rattachés à une structure sanitaire semblent ainsi avoir davantage recours à un transfert définitif des patients dont l'état de santé se dégrade vers d'autres unités de la structure (SLD ou MCO), plutôt qu'à une hospitalisation temporaire dans l'attente du retour ou du décès du résident (encadré 2).

Les conditions de décès des résidents en Ehpad posent ainsi la question du degré de médicalisation souhaitable des établissements. Plus globalement, elles interrogent la nature du lieu, à la fois nouveau « chez-soi » et lieu de soins. Pour les pathologies relevant d'une potentielle prise en charge palliative, les dispositifs spécifiques à la fin de vie se renforcent toutefois, dans toutes les catégories d'Ehpad. ■

• • •
5. Selon la typologie proposée par S. Murray (Murray *et al.*, 2005) et reprise par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie dans ses travaux (CNSPFV, 2017).

POUR EN SAVOIR PLUS

- Site internet de la DREES sur l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées : rubrique Open-data, sous-rubrique Établissements de santé sociaux et médico-sociaux.
- ANESM (2018, janvier). *Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad*.
- Bellamy, V. (2017, octobre). 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile. Insee, *Insee Focus*, 95.
- Fizzala, A. (2017, mai). Les durées de séjour en EHPAD. Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 15.
- Makdessi, Y., Pradines, N. (2016, décembre). En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. DREES, *Études et Résultats*, 989.
- Mallon, I. (2004). *Vivre en maison de retraite: le dernier chez-soi*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.
- Murray, S., Kendall, M., Boy, K., Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care, *BJM* 2005, (330)7498, 1007-11.
- Pennec, S., Gaymu, J., Riou, F., *et al.* (2015, août). Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. Ined, *Population et Sociétés*, 524.
- Ravanello, A., Rotelli-Bihet, L. (2018). Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Paris, France : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Fabienne Brifault

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384