

p.547 **Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008)**

Where do we die in France? Analysis of death certificates (1993-2008)

p.552 **Prise en charge interdisciplinaire d'un syndrome collectif inexpliqué parmi le personnel d'une école de Bretagne, octobre 2010-juin 2011. Mise en œuvre de la démarche d'un nouveau guide technique**

Interdisciplinary management of an unexplained collective syndrome among the staff of a school in Brittany, France, October 2010-June 2011. Use of new methodological guidelines

p.556 **Intoxications par le monoxyde de carbone dans les appartements et les maisons équipés de chaudière individuelle : des caractéristiques différentes pour une fréquence similaire en Île-de-France, 2007-2010**

Carbon monoxide poisoning in apartments and houses heated with individual boilers: different characteristics for a similar frequency in Île-de-France, 2007-2010

Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008)

Elsa Gisquet (e.gisquet@onfv.org)¹, Albertine Aouba², Régis Aubry¹, Eric Jouglà², Grégoire Rey²

1/ Observatoire national de la fin de vie, Paris, France

2/ CépiDc, Inserm, Le Kremlin-Bicêtre, France

Résumé / Abstract

Contexte – Il existe aujourd'hui une volonté de déshospitalisation de la mort, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé et en accord avec les souhaits et besoins de la population. Cependant, très peu d'études ont été menées en France permettant de mieux cerner les facteurs associés aux décès à l'hôpital.

Méthode – La répartition des lieux de décès a été étudiée selon des facteurs démographiques et écologiques en utilisant les données des certificats de décès, enrichies de données externes (densité de l'offre médicale, densité des maisons de retraite). L'étude, réalisée dans le cadre des travaux de l'Observatoire national de la fin de vie avec la collaboration du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm, a porté sur l'ensemble des décès survenus en France entre 1993 et 2008.

Résultats – En 2008, 57% des décès sont survenus à l'hôpital, 27% à domicile, 11% en maison de retraite et 5% dans d'autres lieux. La proportion de décès à l'hôpital est restée globalement stable au cours de ces 15 dernières années. Elle tend cependant à augmenter pour les décès dus à des tumeurs, et à diminuer pour les maladies du système nerveux. Elle varie selon l'âge, la cause du décès et la région de domicile, mais est peu affectée par la densité de l'offre médicale et des maisons de retraite.

Conclusion – Cette étude met en évidence la forte médicalisation de la fin de vie en France par rapport à certains autres pays européens, en particulier pour les tumeurs et les maladies cérébrovasculaires. Elle souligne également de fortes variations départementales de la fréquence de décès à l'hôpital, même après contrôle des variables individuelles et environnementales.

Where do we die in France? Analysis of death certificates (1993-2008)

Background – In a context of healthcare expenses control, and according to the wishes and needs of population, the dehospitalisation of death has become a topic of wide interest for public health policy. However, very few studies of the factors influencing the place of death have so far been conducted in France.

Methods – This study examined the proportion of deaths taking place in hospitals in relation to demographic, epidemiological and health care factors using data from death certificates from 1993 to 2008, gathered via anonymously linked health care statistics. The study was undertaken within the framework of the "Observatoire national de la fin de vie" and the "Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm".

Results – Of all deaths in France in 2008, 57% took place at hospital, 27% at home, 11% in a nursing home and 5% in other places. The proportion of hospital deaths remains stable for these last 15 years but tends to increase for malignancies and decrease for nervous system diseases. The rate of hospital deaths varied according to age, cause of death, districts, rural or urban residence but few differences were due to the nursing home and hospital bed availability in the region.

Conclusion – This study underlines the important medicalization of end of life in France compared with other European countries particularly for malignancies and cerebrovascular diseases. Variations according to districts were also underlined.

Mots-clés / Keywords

Fin de vie, hospitalisation, lieu de décès, certificat de décès, épidémiologie, France / End of life, hospitalizations, place of death, death certificates, epidemiology, France

Introduction

La plupart des patients et de leurs proches expriment le souhait de mourir à domicile [1-3], même si cela peut être générateur de stress ou d'inquiétude. La « déshospitalisation » de la mort est un enjeu important, tant pour répondre aux souhaits de la population qu'en raison du coût financier lié à une hospitalisation [4]. Aussi se développent aujourd'hui des politiques de santé favorisant le maintien à domicile des patients, y compris au moment de la fin de vie (hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, réseaux de santé en soins palliatifs...). Dans ce contexte, comme l'a souligné l'Observatoire national de la fin de vie [5], il est essentiel de mieux comprendre quels sont les facteurs associés aux lieux de décès afin de mieux cibler les politiques publiques.

Le lieu de décès déclaré sur le certificat de décès renseigne uniquement sur la localisation des tous derniers instants de la vie, et pas forcément sur les lieux où la fin de vie s'est déroulée. Cependant, cet indicateur permet de mettre en évidence les grandes tendances et facteurs de variations de la fréquence des décès à l'hôpital.

Des études menées dans d'autres pays occidentaux [6-8] ont mis en évidence différents facteurs pouvant être associés aux lieux de décès : critères sociodémographiques, facteurs géographiques et causes du décès. En France, très peu d'études de ce type ont été menées et elles sont essentiellement descriptives [9]. L'objectif de cet article est donc d'étudier, au sein de la population des sujets décédés, les facteurs associés à la survenue des décès à l'hôpital.

Matériel et méthodes

Sources des données

En France, les statistiques de mortalité sont établies à partir des certificats de décès. Les informations non nominatives à caractère médical et administratif sont transmises au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, qui code les causes de décès selon la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le lieu de décès est enregistré selon six classes : « logement ou domicile », « établissement hospitalier », « clinique privée », « hospice ou maison de retraite », « voie ou lieu public » et « autre lieu ». Pour cette étude, les lieux de décès ont été regroupés en quatre catégories : « hôpital » (regroupant établissement hospitalier et clinique privée), « domicile », « maison de retraite », « autres lieux » (regroupant autres lieux et voie publique).

D'après la littérature, les lieux de décès sont susceptibles de varier selon les caractéristiques démographiques des personnes (sexe, âge, état matrimonial...), les causes du décès et l'environnement du lieu de résidence, en particulier le degré d'urbanisation et les caractéristiques de l'offre de soins. Aussi, la répartition des décès à l'hôpital a été étudiée en prenant en compte ces différents facteurs.

Encadré Catégorisation des décès et codes CIM-9 et CIM-10 correspondants / Box Causes of death categorization and corresponding ICD10 and ICD9 codes

	CIM-10	CIM-9
Tumeurs dont	C00-D48	140-239
Trachée, bronches et poumon	C33-C34	162
Hémopathies malignes	C81-C96	200-208
Colorectales	C18-C21	153-154
Sein	C50	174-175
Autres tumeurs		
Maladies cardiovasculaires dont	I00-I99	390-459
Cardiopathies ischémiques	I20-I25	410-414
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	430-438
Maladies hypertensives	I10-I13	401-405
Insuffisance cardiaque	I50	428-429
Autres maladies cardiovasculaires		
Maladies du système nerveux dont	G00-G99	230-319
Maladie d'Alzheimer	G30	3319
Maladie de Parkinson	G20-G21	332
Diabète	E10-E14	250
Pneumonie-grippe	J09-J18	480-487
Causes externes dont	V01-Y98	E800-E999
Accidents	V01-X59, Y85-Y86	E800-E928
Suicides et séquelles de suicide	X60-X84, Y870	E950-E958
Causes inconnues	R96-R99	798-799
Toutes autres causes		

Au cours de la période étudiée (1993-2008), les causes initiales de décès ont été codées à l'aide de la CIM-9 pour les décès survenus entre 1993 et 1999, et de la CIM-10 pour ceux survenus à partir de l'année 2000. L'analyse a porté sur des grandes catégories de causes de décès (chapters de la CIM) qui ont été peu affectées par le passage de la CIM9 à la CIM10 [10]. Les causes de décès les plus importantes (voir encadré), telles que les maladies de l'appareil circulatoire (détaillées selon cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaque, maladies cérébrovasculaires, autres maladies du cœur et de l'appareil circulatoire) ou les maladies chroniques dégénératives plus spécifiquement liées au vieillissement de la population (Alzheimer, Parkinson) ont été prises en compte.

L'environnement du lieu de décès a été caractérisé par la densité médicale et l'offre en maison de retraite du département de résidence de la personne décédée. La densité médicale a été calculée à partir du nombre de lits hospitaliers par département (Statistique annuelle des établissements de santé, Drees)¹ sur l'ensemble de la population par département rapporté à 100 000 habitants en 2008, regroupé en tertile. La densité de l'offre en maison

de retraite a été caractérisée à partir du nombre de lits en Ehpad disponible par département (enquête Ehpa 2007, Drees)² sur l'ensemble de la population par département rapporté à 100 000 habitants en 2008, réparti en tertile.

Méthodes d'analyse

Dans un premier temps, les pourcentages ont été utilisés pour décrire les facteurs associés aux lieux de décès (hôpital, domicile, maison de retraite, autres lieux), pour les années 1993-2008. Puis, un modèle de régression logistique a été utilisé pour déterminer les facteurs individuels conjointement associés (sexe, âge, état matrimonial, causes du décès) à la probabilité de mourir à l'hôpital (vs. mourir ailleurs qu'à l'hôpital) sur la période 1993-2008. Un modèle multiniveaux (individuel et départemental) a ensuite été utilisé pour estimer la variation résiduelle des décès à l'hôpital à l'échelle des départements, après ajustement sur les variables individuelles (sexe, âge, état matrimonial, causes de décès) et environnementales à l'échelle départementale (densité médicale et maison de retraite). Les résultats ont été cartographiés.

¹ Disponible à : <http://www.drees.sante.gouv.fr/statistique-annuelle-des-etablissements-sae,6506.html>

² <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa,6504.html>

Résultats

Variations individuelles

Près de 60% des Français décèdent à l'hôpital (année 2008). Cette proportion varie selon la cause du décès (tableau 1). Elle est plus importante pour les maladies que pour les morts violentes. Elle est maximum pour les décès par tumeurs, pneumonie-grippe ou maladies cérébrovasculaires. La proportion de décès à domicile est la plus forte pour le diabète et les maladies hypertensives. Les proportions les plus élevées de décès en maison de retraite concernent les maladies du système nerveux, en particulier la maladie d'Alzheimer.

La proportion de décès survenant à l'hôpital varie également selon les caractéristiques démographiques des personnes. Elle est plus élevée pour les hommes (tableau 2). Elle est moins élevée pour les sujets les plus jeunes (moins de 40 ans) puis augmente progressivement jusqu'à 70-79 ans pour diminuer ensuite. La proportion de décès survenant à l'hôpital est plus élevée pour les personnes mariées ou divorcées.

Le risque de décéder à l'hôpital est relativement stable sur la période 1993-2008 (tableau 3). Cependant, la fréquence des décès à l'hôpital tend à diminuer pour les femmes, les personnes âgées de 90 ans et plus, ainsi que les célibataires, veufs et divorcés. Elle augmente pour les personnes mariées. Sur l'ensemble de la période 1993-2008, le fait de mourir à l'hôpital n'est pas significativement associé au sexe, mais à l'âge, au statut matrimonial et aux causes de décès (tableau 4). Sur cette même période, l'écart se creuse entre les personnes mariées et les plus de 90 ans et les autres catégories, qui tendent à décéder plus souvent à l'hôpital. La répartition des décès à l'hôpital varie également selon les causes. Comparés aux maladies hypertensives, les odds ratios de décéder à l'hôpital vs. autres lieux diminuent pour les maladies d'Alzheimer et de Parkinson et pour le diabète. Ils croissent pour les tumeurs, maladies cérébrovasculaires, pneumonie-grippe et cardiopathies ischémiques.

Tableau 1 Répartition des lieux de décès selon les principales causes, France, 2008 / Table 1 Place of death by underlying cause of death, France, 2008

	Hôpital %	Domicile %	Maison de retraite %	Autres lieux %	Effectif
Ensemble	57,5	26,7	10,9	4,8	541 135
Décès par causes naturelles (maladies)	58,8	26,2	11,3	3,6	505 910
Décès par causes externes (morts violentes)	38,2	34,5	5,5	21,9	35 225
Causes de décès*					
Tumeurs	72,5	19,1	5,7	2,7	160 344
Colorectales	72,3	17,8	7,2	2,6	17 115
Hémopathies malignes	76,7	15,4	5,6	2,2	13 082
Sein	69,7	19,8	7,5	3,1	11 952
Trachée, bronches et poumon	77,4	17,0	3,0	2,7	29 221
Autres tumeurs	70,7	20,5	6,0	2,7	88 974
Maladies cardiovasculaires	53,9	29,9	12,2	4,0	148 940
Cardiopathies ischémiques	51,4	34,6	8,6	5,5	38 069
Insuffisance cardiaque	45,3	34,9	16,4	3,4	21 919
Maladies hypertensives	33,4	44,4	18,5	3,7	9 089
Maladies cérébrovasculaires	67,0	18,1	12,3	2,7	33 046
Autres maladies cardiovasculaires	54,6	29,4	11,9	4,1	46 817
Diabète	39,4	42,4	14,3	3,9	11 688
Pneumonie-grippe	71,3	14,5	12,0	2,2	10 996
Maladies du système nerveux	41,4	29,4	26,2	3,0	30 564
Maladie d'Alzheimer	31,8	30,8	34,4	3,0	17 273
Maladie de Parkinson	39,9	33,3	24,1	2,7	4 617
Autres maladies du système nerveux	61,0	24,7	11,2	3,1	8 674
Causes externes (morts violentes)	39,8	33,7	5,4	21,1	35 225
Accidents	49,7	21,3	7,5	21,5	24 702
Suicides	12,1	65,1	1,0	21,8	10 523
Causes inconnues	15,6	59,8	10,3	14,2	13 517
Autres causes	58,5	26,1	11,7	3,7	129 861

* $p < 0,0001$, résultat du test statistique du Chi² mesurant l'indépendance statistique entre les lieux de décès et la cause du décès.

Tableau 2 Répartition des lieux de décès selon le sexe, l'âge et le statut matrimonial, France, 2008 / Table 2 Place of death by sex, age, civil status, France, 2008

	Hôpital		Domicile		Maison de retraite		Autres lieux		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Sexe*										
Homme	166 858	60,4	74 374	26,9	18 555	6,7	16 459	6,0	276 246	100,0
Femme	144 431	54,5	70 184	26,5	40 509	15,3	9 765	3,7	264 889	100,0
Classes d'âge*										
Moins de 40 ans	8 687	49,4	4 634	26,4	50	0,3	4 207	23,9	17 578	100,0
40-69 ans	76 841	62,2	35 609	28,8	1 917	1,6	9 106	7,4	123 473	100,0
70-79 ans	74 013	65,7	27 823	24,7	6 654	5,9	4 149	3,7	112 639	100,0
80-89 ans	111 574	58,2	47 958	25,0	26 433	13,8	5 904	3,1	191 869	100,0
90 ans et plus	40 174	42,0	28 534	29,9	24 010	25,1	2 858	3,0	95 576	100,0
Statut matrimonial*										
Marié	140 543	64,8	12 325	26,1	2 915	5,0	2 517	4,1	42 037	100,0
Veuf	107 617	52,4	22 146	26,0	7 084	18,6	8 654	3,0	76 733	100,0
Divorcé	24 280	57,8	53 407	29,3	38 293	6,9	6 238	6,0	205 555	100,0
Célibataire	38 849	50,6	56 680	28,9	10 772	9,2	8 815	11,3	216 810	100,0

* $p < 0,0001$, résultat du test statistique du Chi² mesurant l'indépendance statistique entre les lieux de décès et les variables indépendantes.

Tableau 3 Répartition des décès à l'hôpital selon le sexe, l'âge et le statut matrimonial sur la période de 1993 à 2008 en France / Table 3 Death occurring in hospital by sex, age, civil status, between 1993 to 2008 in France

	Décès à l'hôpital (% du total)			
	1993	1998	2003	2008
Ensemble*	57,6	58,1	56,3	57,5
Sexe*				
Homme	59,0	60,0	59,1	60,3
Femme	56,2	56,1	53,5	54,5
Âge*				
Moins de 40 ans	61,9	62,7	61,5	62,1
40-69 ans	50,7	46,7	47,6	49,5
70-79 ans	63,0	64,7	63,7	65,7
80-89 ans	57,4	57,8	56,4	58,2
90 ans et plus	46,7	46,9	43,3	42,0
Statut matrimonial*				
Célibataire	54,9	52,9	50,6	50,6
Divorcé	59,2	58,2	56,0	57,7
Veuf	54,9	54,7	51,5	52,4
Marié	61,0	63,0	63,0	64,8

* p<0,0001 : différence de proportion des lieux de décès selon les années de décès.

Variations environnementales

La variation résiduelle des décès à l'hôpital à l'échelle des départements (de résidence), après ajustement sur les variables individuelles (sexe, âge, état matrimonial, causes du décès) et environnementales (densité médicale et maison de retraite), met en évidence un gradient nord/sud (figure). Les décès se produisent plus souvent à l'hôpital dans le nord de la France que dans le sud.

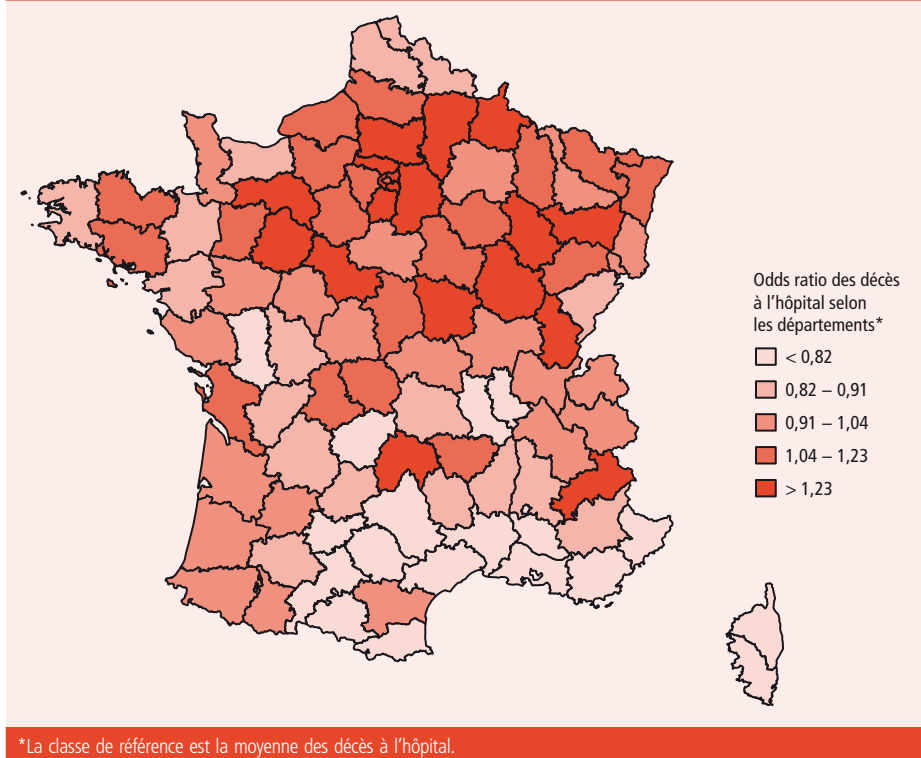
Discussion

En 2008, en France, 57% des décès sont survenus à l'hôpital, 27% à domicile et 11% en maison de retraite. La probabilité de décéder à l'hôpital est globalement stable sur les 15 années d'étude. Elle tend cependant à augmenter pour les tumeurs et à diminuer pour les maladies du système nerveux. Cette probabilité varie également selon les caractéristiques démographiques (âge, statut matrimonial) et géographiques (à l'échelle des départements).

Tableau 4 Régression logistique multivariée de la probabilité de décéder à l'hôpital (vs. domicile, maison de retraite ou autres lieux) selon la période, le sexe, l'âge, le statut matrimonial et la cause médicale du décès, France, 1993-2008 / Table 4 Multivariate logistic regression for hospital death (versus other places) by year, sex, age, civil status and cause of death, France, 1993-2008

	1993		1998		2003		2008		P value interaction année	Pour l'ensemble des années considérées	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%		OR	IC95%
Année du décès										p<0,0001	
1993										1	
1998										1,04	[1,02-1,04]
2003										0,97	[0,96-0,98]
2008										1,01	[1,01-1,02]
Sexe	NS		NS		NS		NS		p=0,0001	NS	
Homme	0,98	[0,97-0,99]	0,99	[0,98-1,01]	1,01	[0,99-1,02]	1,01	[1,00-1,03]		0,99	[0,99-1,01]
Femme	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1
Âge	p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001	p<0,0001	
Moins de 40 ans	1,15	[1,12-1,19]	1,05	[1,02-1,08]	1,3	[1,26-1,34]	1,57	[1,51-1,62]		1,27	[1,25-1,29]
40-69 ans	1,56	[1,53-1,59]	1,50	[1,47-1,53]	1,55	[1,52-1,59]	1,65	[1,62-1,69]		1,56	[1,55-1,58]
70-79 ans	1,75	[1,71-1,79]	1,76	[1,72-1,79]	1,82	[1,79-1,85]	2,01	[1,97-2,05]		1,84	[1,82-1,85]
80-89 ans	1,49	[1,46-1,52]	1,46	[1,43-1,48]	1,54	[1,51-1,56]	1,70	[1,68-1,73]		1,55	[1,54-1,56]
90 ans et plus	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1
Statut matrimonial	p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001	p<0,0001	
Célibataire	0,92	[0,90-0,94]	0,81	[0,80-0,82]	0,72	[0,71-0,73]	0,65	[0,64-0,66]		0,77	[0,76-0,77]
Divorcé	0,97	[0,94-0,99]	0,87	[0,85-0,90]	0,79	[0,77-0,81]	0,78	[0,76-0,80]		0,85	[0,84-0,86]
Veuf	0,96	[0,94-0,98]	0,92	[0,90-0,93]	0,85	[0,83-0,86]	0,83	[0,82-0,84]		0,88	[0,88-0,89]
Marié	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1
Causes du décès	p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001		p<0,0001	p<0,0001	
Tumeurs											
Colorectales	3,81	[3,58-4,05]	4,26	[4,02-4,52]	4,41	[4,16-4,66]	4,44	[4,20-4,69]		4,23	[4,11-4,35]
Hémopathies malignes	5,69	[5,31-6,10]	6,11	[5,73-6,52]	5,92	[5,57-6,29]	5,55	[5,22-5,90]		5,83	[5,65-6,01]
Sein	3,78	[3,53-4,04]	4,29	[4,03-4,57]	4,28	[4,03-4,55]	4,06	[3,83-4,31]		4,11	[3,98-4,23]
Trachée, bronches et poumon	4,5	[4,24-4,78]	5,25	[4,96-5,55]	5,65	[5,36-5,97]	5,56	[5,27-5,86]		5,24	[5,10-5,40]
Autres tumeurs	3,82	[3,62-4,04]	4,30	[4,08-4,51]	4,34	[4,14-4,55]	4,1	[3,90-4,29]		4,14	[4,04-4,25]
Maladies cardiovasculaires											
Cardiopathies ischémiques	1,67	[1,58-1,77]	1,80	[1,71-1,89]	1,96	[1,87-2,06]	1,91	[1,82-2,01]		1,82	[1,77-1,86]
Insuffisance cardiaque	1,71	[1,61-1,81]	1,61	[1,53-1,7]	1,71	[1,62-1,80]	1,71	[1,62-1,80]		1,67	[1,63-1,72]
Maladies hypertensives	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1
Maladies cérébrovasculaires	3,45	[3,26-3,65]	3,91	[3,72-4,12]	4,05	[3,85-4,25]	3,84	[3,66-4,04]		3,78	[3,68-3,88]
Autres maladies cardiovasculaires	2,62	[2,47-2,77]	2,68	[2,55-2,82]	2,43	[2,31-2,55]	2,29	[2,18-2,40]		2,49	[2,43-2,56]
Diabète	1,81	[1,69-1,95]	1,87	[1,76-1,99]	1,44	[1,36-1,53]	1,16	[1,09-1,23]		1,5	[1,45-1,55]
Pneumonie-grippe	3,38	[3,17-3,59]	3,57	[3,38-3,77]	4,56	[4,30-4,83]	5,13	[4,83-5,45]		3,93	[3,82-4,05]
Maladies du système nerveux											
Maladie d'Alzheimer	1,19	[1,10-1,30]	1,27	[1,18-1,36]	1,07	[1,01-1,14]	0,90	[0,85-0,95]		1,05	[1,02-1,08]
Maladie de Parkinson	1,32	[1,20-1,45]	1,32	[1,21-1,43]	1,38	[1,28-1,49]	1,14	[1,06-1,23]		1,29	[1,24-1,34]
Autres maladies du système nerveux	3,57	[3,20-3,97]	3,41	[3,09-3,46]	2,77	[2,60-2,96]	2,80	[2,63-2,98]		2,95	[2,84-3,05]
Autres causes	2,52	[2,39-2,66]	2,30	[2,19-2,41]	2,14	[2,05-2,24]	1,97	[1,88-2,06]		2,22	[2,17-2,27]

Figure Variation résiduelle de l'odds ratio décès à l'hôpital vs. autres lieux à l'échelle des départements, après ajustement sur les variables individuelles (sexe, âge, état matrimonial, causes du décès) et environnementales (densité médicale et maison de retraite), France, 1993-2008 / Figure The residual variation of the odds ratio deaths at hospital vs. other places on the scale of departments after adjustment on individual (sex, age, marital status, causes of death) and environmental variables (medical density and nursing home) France, 1993-2008



Ces résultats présentent certaines limites dans la mesure où ils ne renseignent que sur les derniers instants de la fin de la vie et pas sur le lieu de prise en charge. En outre, les données issues des certificats de décès doivent être considérées avec précaution. L'information sur le lieu du décès est manquante dans 2 à 3% des cas. La déclaration du lieu du décès pourrait varier selon les médecins certificateurs et leur appréciation de certaines situations ; ainsi, les unités de soins de longue durée, qui devraient être codées « hôpital », sont parfois identifiées comme « maison de retraite ». Par ailleurs, il est parfois difficile de déterminer (et donc de coder) la cause du décès, en particulier pour les personnes âgées atteintes de polyopathologies. Les catégories permettant de qualifier le statut matrimonial (marié, veuf, célibataire, divorcé) ne permettent pas de rendre compte des personnes vivant en concubinage, sans être mariées. Enfin, il ne nous a pas été possible d'ajuster ces résultats sur le niveau socio-économique individuel des sujets décédés, car aucune information exploitable n'est disponible dans la base de mortalité pour une large majorité des décès.

En dépit de ces limites, l'étude souligne que les lieux de décès varient selon les causes. La grande majorité des décès par tumeurs se produisent à l'hôpital (72%). Les pratiques et les besoins font que cette population relève le plus souvent de traitements complexes et agressifs, qui nécessitent une hospitalisation juste avant la fin de la vie. Cependant, la fréquence des décès par tumeur à l'hôpital est plus importante que dans certains autres pays européens [8] : moins de 60% en Belgique, Pays-Bas, Écosse, Angleterre, Pays de Galles vs. 71% en France pour la même année 2003. Cela signifie que l'orga-

nisation des soins et l'existence d'une prise en charge alternative (prise en charge palliative hors hôpital notamment) pourraient expliquer ces écarts et une fréquence plus élevée des décès à l'hôpital en France par rapport à d'autres pays européens.

A contrario, les décès liés aux maladies du système nerveux se produisent moins souvent à l'hôpital, notamment s'agissant de la maladie d'Alzheimer. Certes, d'autres pays européens enregistrent un score moins élevé : si, en 2003, 34% (32% en 2008) des décès par maladie d'Alzheimer surviennent à l'hôpital en France, cette proportion n'est que de 20% en Belgique [8]. Cependant, il semblerait que le développement d'offres de prise en charge alternatives à l'hôpital pourrait être efficace, ce qui expliquerait la baisse de la probabilité de mourir à l'hôpital pour les malades d'Alzheimer, sous l'effet du développement des structures de soins de suites et réadaptation spécifiques, du nombre de places en petites unités de vie, des structures de répit et d'une prise en charge adaptée en Ehpad (voir les plans Alzheimer successifs depuis 2001³).

Les lieux de décès varient également selon des caractéristiques démographiques. Les personnes mariées, veuves ou divorcées tendent à décéder plus souvent à l'hôpital que les célibataires. A contrario, les personnes célibataires meurent plus souvent à domicile. Si l'hospitalisation peut être influencée par les proches, à l'inverse, la solitude pourrait favoriser le décès à domicile en raison d'un défaut de la prise en charge mise en place. Le fait que plus les per-

³ Disponibles à : <http://www.sante.gouv.fr/archives-les-plans-alzheimer-2001-2005-et-2004-2007.html> et <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

sonnes sont âgées, plus elles meurent à l'hôpital, et cela jusqu'à 70-79 ans, pourrait s'expliquer par le vieillissement de l'entourage, notamment du conjoint, qui ne peut assumer une si lourde tâche et préfère une prise en charge hospitalière. Autrement dit, le fait de mourir à l'hôpital pourrait aussi, mais cela reste à vérifier, être influencé par les proches.

Ces résultats soulignent également une importante disparité départementale des lieux de décès, qui persiste même après ajustement sur les variables individuelles et environnementales. Même s'il conviendrait d'affiner ces données et de les compléter par des informations relatives aux services d'aide à domicile [11], ces différences départementales pourraient être attribuables à une « culture médicale » [12] propre à chaque région. Cette culture serait susceptible de favoriser ou non les décès à domicile, selon la qualité des relations entre le centre hospitalier et les équipes qui interviennent au domicile, selon ce qui est défini localement comme étant de « bonnes pratiques », comme étant le lieu adapté pour mourir. Ces résultats soulignent ainsi l'importance de décliner les politiques nationales de « déshospitalisation » de la mort au niveau régional et départemental afin de tenir compte et de s'adapter aux spécificités territoriales.

Conclusion

Les facteurs cliniques, démographiques et territoriaux mis en évidence à travers cette étude pourraient servir de points d'articulation à une politique publique visant à limiter la médicalisation de la fin de vie en France.

Références

- [1] Goot M, Seymour J, Bellamy G, Clark D, Ahmedzai S. Older people's views about home as a place of care at the end of live. *Palliat Med.* 2004;18(5):460-7.
- [2] Tang ST, McCorkle R. Determinants of congruence between the preferred and actual place of death for terminally ill cancer patients. *J Palliat Care.* 2003;19(6):230-7.
- [3] Higginson IJ, Sen-Gupta GJ. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med.* 2000;3(3):287-300.
- [4] Burke K. Palliative care at home to get further funds if it saves money. *BMJ.* 2004;328(7439):544.
- [5] Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie : un premier état des lieux. Paris : ONFV, 2012. Disponible à : www.onfv.org
- [6] Gatrell AC, Harman JC, Francis BJ, Thomas C, Morris SM, McIlmurray M. Place of death: analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Public Health Med.* 2003;25(1):53-8.
- [7] Weitzen S, Teno JM, Fennell M, Mor V. Factors associated with site of death: a national study of where people die. *Med Care.* 2003;41(2):323-35.
- [8] Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, Löfmark R, Miccinesi G, Kaasa S, et al. Population-based study of dying in hospital in six European countries. *Palliat Med.* 2008;22(6):702-10.
- [9] Aouba A, Peignon F, Jouglu E. Lieux de décès en France métropolitaine - Situation en 2005. *JALMALV.* 2008;95:11-23.
- [10] Pavillon G, Boileau J, Renaud G, Lefevre H, Jouglu E. Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France à partir de l'année 2000. *Bull Épidémiol Hebd.* 2005;(4):13-6.
- [11] Aubry R. État des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ; 2011. 66 p. Disponible à : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-developpement-des-soins-palliatifs-en-france-en-2010.html>
- [12] Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc Sci Med.* 2004;58(12):2431-44.