

ssppad

SOCIÉTÉ DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE



Soins Palliatifs et Précarité Sociale

Marie-Hélène Marchand, MD CCMF-SP

CIUSSS de l'Est de Montréal, CLSC Hochelaga et Hôpital Maisonneuve Rosemont

Maitrise en sciences biomédicales volet éthique, Université de Montréal

Sandrine Bernard, Inf

Adjointe à la direction des soins infirmiers à la

Société des Soins Palliatifs à Domicile du grand Montréal (SSPAD)

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Université 
de Montréal



Plan

- Mise en contexte
- Données de la littérature:
 - Données de santé
 - Accès aux soins
 - Besoins
 - Barrières
 - Solutions
- Vulnérabilité structurelle et ses impacts
- Réflexions pour améliorer l'accès aux soins palliatifs dans nos milieux
- Présentation Projet Maison Mobile

- Aucun conflit d'intérêts à déclarer

Objectifs

- Nommer les particularités entourant les données de santé et d'accès aux soins, incluant les soins palliatifs pour la population en situation de précarité sociale;
- Décrire les besoins, les attentes et les craintes en lien avec la fin de vie pour les personnes vivant en situation de précarité sociale;
- Utiliser l'approche palliative en contexte de précarité;
- Adapter les outils de soins palliatifs aux enjeux de précarité sociale;
- Identifier les ressources de soins palliatifs adaptés au contexte de précarité sociale dont le projet Maison Mobile de la Société des soins Palliatifs à Domicile du Grand Montréal.



Des itinérants invisibles, même dans la mort

Anne-Marie Provost

9 novembre 2023

ENQUÊTE

Société

LE DEVOIR ENQUÊTE

Au moins une quarantaine de personnes itinérantes ont perdu la vie en 2022 à Montréal, a découvert *Le Devoir* en effectuant sa propre recension. Or, ce chiffre est sous-estimé, puisque ni le gouvernement ni les grandes villes du Québec ne comptabilisent les décès de gens à la rue. Nombre d'intervenants et d'experts réclament un registre centralisé, comme il en existe dans d'autres provinces canadiennes, car plusieurs itinérants sont morts dans des circonstances violentes ou mouvementées – ce qui soulève des questions quant à ce qui pourrait être fait pour prévenir ces drames.



Anne-Marie Provost



[Accueil] / [Société]



Jacques Nadeau Le Devoir Les itinérants évoluent dans un environnement beaucoup plus à risque, avec moins de filet de sécurité s'ils tombent malades.

Provost A-M. Des itinérants invisibles, même dans la mort. *Le Devoir*. (En ligne) 9 novembre 2023. Disponible: <https://www.ledevoir.com/societe/801613/enquete-itinerants-invisibles-meme-mort>

DOSSIER 3 articles

TROIS FOIS PLUS DE DÉCÈS DE SANS-ABRI AU QUÉBEC

Les décès de sans-abri répertoriés par le Bureau du coroner du Québec ont triplé ces dernières années. Des données bien en deçà de la réalité puisque le coroner n'enquête que sur les décès suspects, non naturels ou inexplicables. En pleine crise de l'itinérance, la drogue, le manque d'accès aux soins et les suicides risquent de tuer de plus en plus de gens, dénoncent des travailleurs communautaires. Un dossier d'Isabelle Ducas et de Pierre-André Normandin.



PHOTO PATRICK SANFAÇON, LA PRESSE

<https://www.lapresse.ca/actualites/trois-fois-plus-de-deces-de-sans-abri-au-quebec/2024-10-17/il-est-mort-tout-seul-dans-le-froid.php#>

«Il est mort dans la rue comme un chien»: un itinérant meurt devant une épicerie d'Hochelaga-Maisonneuve

Les amis de Nelson Ouellet appellent les autorités à agir pour éviter que d'autres itinérants connaissent la même fin



Mise en contexte

- Gradient de santé¹
 - Taux plus élevés de maladie et de mortalité chez les plus pauvres
 - Gradient social : plus la situation socio-économique est précaire, plus la santé est mauvaise
 - **Déterminants sociaux** (ex: le revenu, la protection sociale, la sécurité alimentaire, l'accès au logement, l'inclusion sociale et la non-discrimination) >>>>>>>> mode de vie, type de système de santé etc.



Mise en contexte

Définition selon la politique nationale de la lutte à l'itinérance (2014)²

*L'itinérance désigne un **processus de désaffiliation sociale** et une situation de **rupture sociale** qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie des hommes et des femmes.*

Gouvernement du Québec (2014) Ensemble, pour éviter la rue et en sortir. Politique nationale de lutte à l'itinérance. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>

Mise en contexte

La **définition des soins palliatifs** selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2002)³

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

Organisation Mondiale de la santé, Soins palliatifs <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Mise en contexte

Loi concernant les soins de fin de vie

*La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur **dignité** et de leur **autonomie**. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait **accès, tout au long du continuum de soins**, à des **soins de qualité adaptés** à ses besoins, notamment pour **prévenir et apaiser ses souffrances**.*

Loi concernant les soins de fin de vie, L.R.Q.c. S-32.0001.⁴

Mise en contexte

Loi concernant les soins de fin de vie comprend :

- L'accès aux soins palliatifs
- Encadrement de l'aide médicale à mourir
- Encadrement de la sédation palliative
- Directives médicales anticipées

La rue, à la vie, à la mort

[Accueil] / [Société]



Photo: Annik MH De Carufel Le Devoir On meurt rarement de froid quand on vit dans la rue; on y meurt d'une maladie chronique, d'une infection virulente ou d'une overdose.

Isabelle Paré

21 mars 2018

Données de santé et d'accès
aux soins des personnes en
situation d'itinérance

Les données de santé

- 85% ont une ou des maladies chroniques⁵
- 50% ont un diagnostic de santé mentale⁵
- 62% ont une dépendance à l'alcool⁶
- 4 fois plus de cancer⁷
- L'espérance de vie chez les hommes itinérants est de 42-52 ans⁶
 - Espérance de vie chez les hommes en général est 80 ans⁸
- Le taux de mortalité est 3 à 4 fois celle de la population générale⁶

Palliative and Supportive Care

[cambridge.org/pax](https://www.cambridge.org/pax)

Original Article

Cite this article: Stajduhar KI, Giesbrecht M, Mollison A, d'Archangelo M (2020). "Everybody in this community is at risk of dying": An ethnographic exploration on the potential of integrating a palliative approach to care among workers in inner-city settings. *Palliative and Supportive Care* **18**, 670–675. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000280>

Received: 24 September 2019

Revised: 2 April 2020

Accepted: 9 April 2020

Key words:

Critical ethnography; Health disparities; Marginalized populations; Palliative approach; Structurally vulnerable populations

Author for correspondence:

"Everybody in this community is at risk of dying": An ethnographic exploration on the potential of integrating a palliative approach to care among workers in inner-city settings

Kelli I. Stajduhar, R.N., PH.D., FCAHS.,^{1,2}, Melissa Giesbrecht, PH.D.,¹ , Ashley Mollison, M.A.,¹ and Margo d'Archangelo, B.A.³

¹Institute on Aging and Lifelong Health, University of Victoria, Victoria, BC, Canada; ²School of Nursing, University of Victoria, Victoria, BC, Canada and ³Victoria Hospice, Education and Research, Victoria, BC, Canada

Abstract

Objective. At the end of life, the need for care increases. Yet, for structurally vulnerable populations (i.e., people experiencing homelessness and poverty, racism, criminalization of illicit drug use, stigma associated with mental health), access to care remains highly inaccessible. Emerging research suggests that enhancing access to palliative care for these populations requires moving care from traditional settings, such as the hospital, into community settings, like shelters and onto the street. Thus, inner-city workers (ICWs) (e.g., housing support and community outreach) have the potential to play pivotal roles in improving access to care by integrating a "palliative approach to care" in their work.



Gimme More Than Shelter by Naheed Dosani, MD



À regarder ...



Partager

LIVING & DYING ON THE STREETS

A MATTER OF SOCIAL JUSTICE

« Homelessness is a life-limiting illness. Homelessness is a terminal diagnosis. »

Dr Naheed Dosani, fondateur du programme PEACH (Palliative Education and Care for the Homeless)

Les données d'accès aux soins

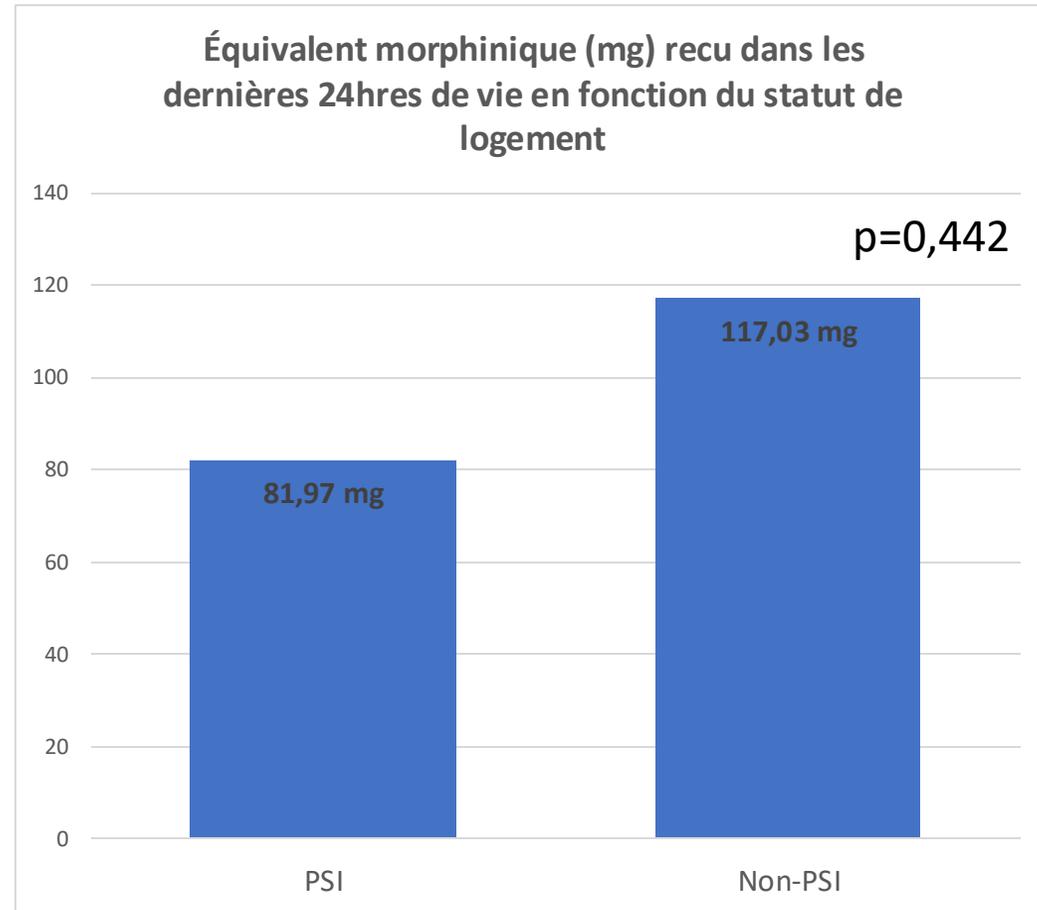
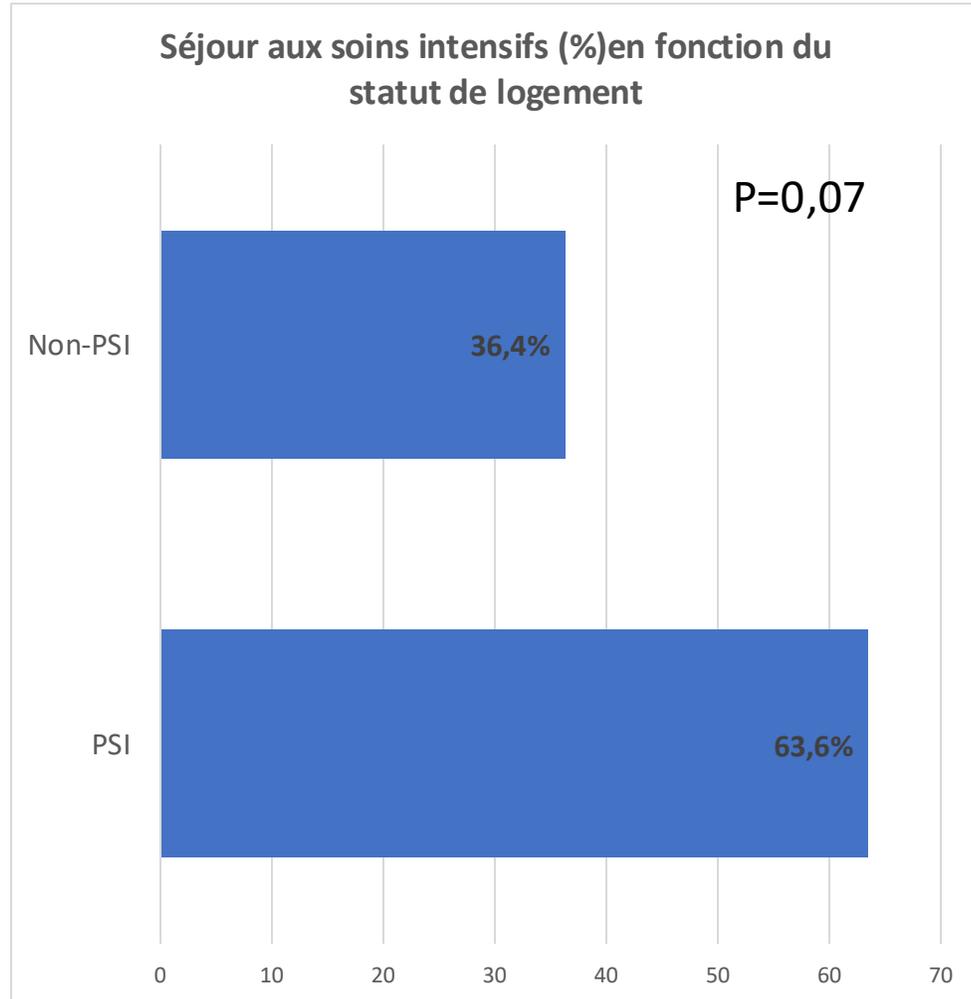
- Peu de contacts avec les soins de santé dans la communauté^{9,10}
 - Difficulté de diagnostiquer les problèmes de santé et d'orienter les soins¹¹
- Plus de consultations à l'urgence¹²
- Lieu de décès principal : hôpital en contexte de soins aigus (ex: urgence)^{13,14}
- Autres lieux de décès¹⁵ : place de transition (ex: dans la rue), refuges
- Peu de contact avec les ressources en soins palliatifs¹⁵
 - Moins de soins palliatifs à domicile et moins d'accès à un md à domicile dans les quartiers défavorisés¹⁴
 - Résultante: décès souvent seul, mal soulagé et loin des ressources en soins palliatifs¹⁰

Les données d'accès aux soins, réalité québécoise

-
- Peu, voir pas de données
 - Projet de recherche en cours



Les données d'accès aux soins, réalité québécoise



Martin, Intervenant communautaire. Pour ce qui est de Monsieur Lajeunesse, c'est juste... (Soupir) Monsieur Lajeunesse c'est...comment je pourrais dire ça... Il était tout seul. Il était vraiment tout seul, Monsieur Lajeunesse, il y avait une tante très éloignée qui m'avait parlé que j'essayais de contacter après son décès, mais il était juste seul.

....

Tu sais « c'est moche mourir dans un grand refuge, être au milieu de 55 personnes, mais en même temps tout seul. ».



- Plus largement, en situation de pauvreté: ¹⁶
 - Plus susceptible de vivre de la douleur et cela bien avant la période de fin de vie
 - Malgré cette surexposition, plus de difficulté à obtenir des traitements analgésiques



Les préoccupations,
besoins et préférences
des personnes en
situation d'itinérance
face à la fin de vie

Certaines préoccupations

- Peur de recevoir des **soins inappropriés** et/ou des soins prolongés et **d'acharnement thérapeutique** ^{10,11,17}
- Craintes **de soins de fin de vie de mauvaise qualité** ^{20,17}
- **Peur de la mort**, en partie suite au contact répété avec plusieurs morts difficiles, violentes, traumatiques et solitaires de d'autres gens en situation d'itinérance ^{10,11,18,19,20}
- Peur de mourir de manière **violente** ou **traumatique** ^{10,20}
- Peur de mourir de manière **anonyme** ^{10,11,19}

Besoins et préférences

- Besoin d'être traité avec **respect et dignité, franchise et sans jugement**^{10,17}
- Certains souhaitent leur famille proche d'autre non^{10,17,20}
- **Environnement familial** où ils pourraient être entourés d'un réseau de soutien^{10,17,19,20}
 - « *face of care* » plus important que « *place of care* »^{10,19}
- La plupart souhaite aborder les **directives médicales anticipées**^{10,17}
- Préfère discuter de leur problème de consommation^{10,17}
- Souhaite mourir **paisiblement et sans souffrance**^{10,11,17,20}

Besoins et préférences

- En résumé :
 - 3 grandes catégories de souhaits²¹:
 - désir de dignité et de respect;
 - désir de flexibilité dans les soins reçus;
 - désir de pouvoir consommer des substances lorsqu'ils le souhaitent.



Les barrières identifiées
par les personnes en
situation d'itinérance et
les intervenants
travaillant auprès d'eux

Barrières identifiées

- **Dépendances** aux drogues et à l'alcool amenant difficulté d'adhésion aux traitements et d'accès aux soins palliatifs particulièrement dans un contexte de soins n'incluant pas la **réduction des méfaits** ^{10,11,22,23}
- **Gestion de sx difficile** 2nd à tolérance et à la réticence des spécialistes de soigner dans ce contexte^{10,22}
- **Aucun support social** pour aider dans les soins ^{10,11,17}
- L'absence de **logement** en soi^{10,11}
- **Discrimination**, manque de respect, perte de confiance envers le système de santé ^{10,11,22,23}
- Le **tabou** entourant la fin de vie, certains ne souhaitent pas connaître leur état de santé^{10,18}

Barrières identifiées

- **Identification difficile** de la **fin de vie** (ex : décès souvent subit) et **manque de formation en soins palliatifs**^{10,17}
- **Manque de formation** sur les **soins adaptés à l'itinérance** pour le personnel de la santé^{10,20}
- **Compétition des besoins**^{10,11,18,22,23}
- Manque de **places adaptées** pour soigner les personnes en situation d'itinérance qui sont en fin de vie^{10,11}
- Communication et coordination difficile entre les établissements de santé et les refuges^{10,17}
- **Ressources déjà limitées** en refuges et donc surcharge de travail si cas de soins palliatifs à même la ressource d'hébergement^{10,17}

*Mais y vas-tu toujours y avoir
De l'eau dedans mon vin?
Y vas-tu toujours y avoir
que'qu'chose en moins
Quand tout c'que t'as c't'une tranche
de pain?
Quand le vent souffle, moi j'sais d'où
c'est qu'ça vient
Y en a qui ont tout, pis tous les
autres, y ont rien
Change-moi ça*

J'connais rien
Richard Desjardins





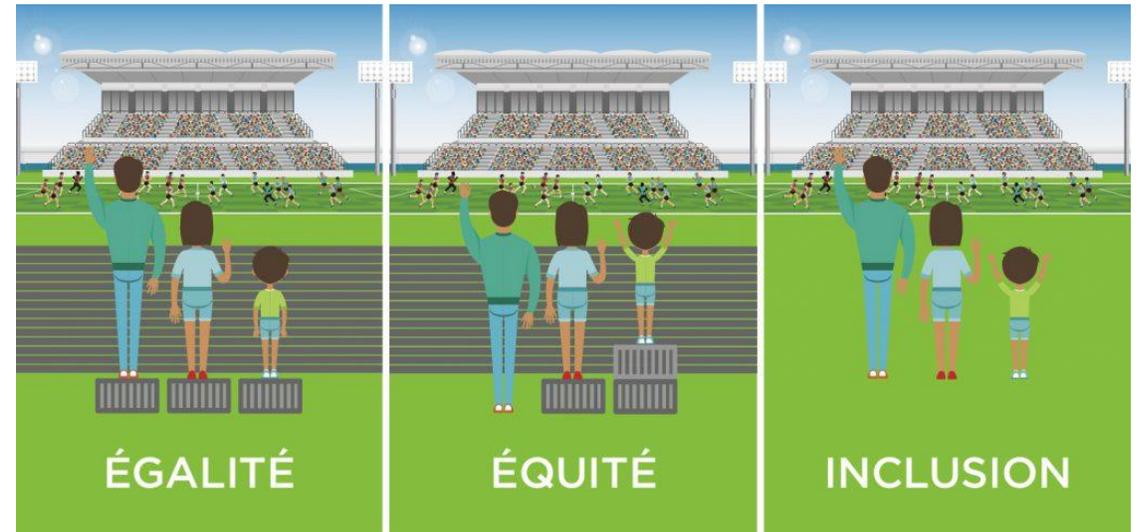
Les solutions identifiées
par les personnes en
situation d'itinérance et
leurs intervenants

Solutions identifiées

- **Pair-aidance**^{10,11,17}
- **Environnement sans jugement** et soins empreints de **compassion** et de **dignité**^{10,17}
- Respecter les volontés de la personne si elle souhaite rester au refuge même si en fin de vie^{10,18}
- Stratégie de **bas seuil** pour augmenter la capacité de donner des soins palliatifs^{22,23}
- Service de **réduction des méfaits** comme un **point d'entrée** pour les services de soins palliatifs²⁴
- **Formation** nécessaire à donner en soins palliatifs et en toxicomanie^{10,15}
- Développer des sites de soins **alternatifs** ex : en refuge
-moins cher que soins traditionnels¹⁷

Vulnérabilité structurelle et accès aux soins

- Vulnérabilité structurelle limite les choix et les possibilités tout en amplifiant la vulnérabilité aux risques, aux préjudices et aux impacts négatifs pour la santé
- Contexte palliatif amène double vulnérabilité^{25,26}
- Soins de santé incluant les soins palliatifs pensés en fonction de la majorité^{25,26}
- Ressources en soins palliatifs déjà limitées et critères d'admission strictes
 - Majorité des unités de soins palliatifs demandent un niveau de soins D et un pronostic de moins de 3 mois.
- Résultantes: besoins de santé plus grands mais accès aux soins nettement moindre=injustice^{25,26}



<https://edi.uqam.ca/lexique/equite/>

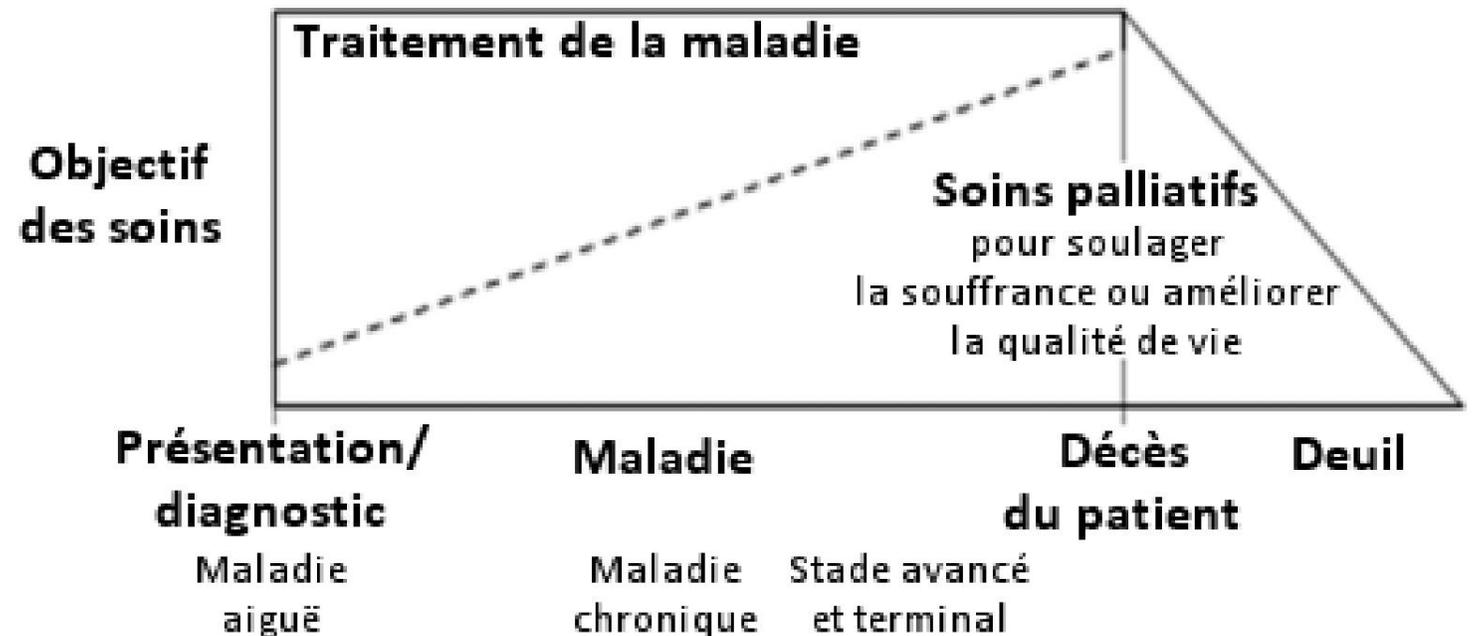
Quelques pistes de réflexion

- Que pouvons-nous faire au sein de nos équipes pour améliorer l'accès aux soins palliatifs?
 - Considérer les refuges comme des milieux de vie ET des milieux de soin;
 - Considérer les sites de réduction des méfaits comme des points d'entrée pour les soins palliatifs;
 - **Stratégie de bas seuil: penser en amont=repérage précoce;**
 - **Formation en soins palliatifs** pour nos professionnels et intervenants sociaux œuvrant en itinérance-dépendance (et vice-versa!);
 - **Connaitre les ressources** disponibles adaptées pour les gens en situation de grande précarité sociale qui sont en phase palliative de leur maladie.

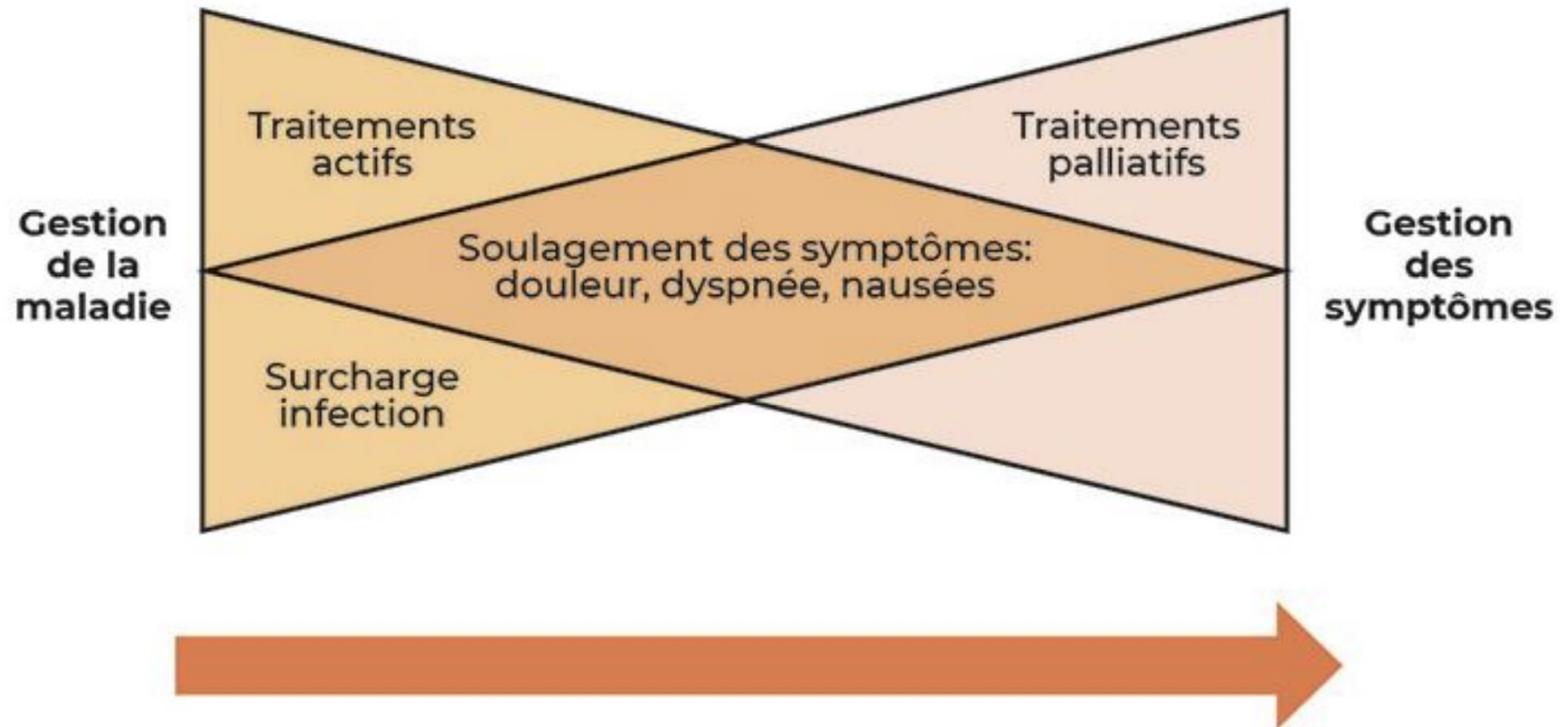


Quelques
pistes de
réflexion:
Repérage
précoce

Modèle de l'Association canadienne de soins palliatifs



Modèle de soins à expliquer au patient et ses proches



ÉTAPE 1 IDENTIFICATION

Utilisez les questions suivantes afin d'identifier les patients qui pourraient bénéficier d'une approche palliative intégrée :

- ✓ **La question surprise**
« Seriez-vous surpris si ce patient décédait au cours de la prochaine année? »
- ✓ Le patient présente-t-il des indicateurs généraux du déclin de son état fonctionnel ou des indicateurs spécifiques reliés à certaines conditions cliniques ou psychosociales?
- ✓ Ce patient a-t-il indiqué le désir de recevoir des soins palliatifs ou en a-t-il reconnu le besoin?

ÉTAPE 2 ÉVALUATION

✓ Symptômes

Évaluez les symptômes et les besoins du patient à tous les niveaux. Utilisez l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton et un outil de dépistage de la détresse pour dépister les symptômes/besoins du patient :

- Anxiété
- Douleur
- Manque d'appétit
- Bien-être
- Essoufflement
- Nausées
- Détresse
- Fatigue
- Symptômes dépressifs
- Troubles du sommeil

✓ État fonctionnel

Utilisez l'échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPS V2) pour savoir quand évaluer :

- L'adéquation entre les besoins du patient et les soins dont il bénéficie
- L'inventaire et le besoin de ressources à la maison pour le patient
- Le niveau de charge de travail/de détresse de la personne aidante

Principales caractéristiques des scores de PPS

- **(PPS = 70)** ne peut plus travailler normalement, mais peut s'adonner à ses tâches quotidiennes, les activités domestiques ou ses passe-temps
- **(PPS = 60)** quelques fois par semaine, a besoin d'aide pour effectuer au moins une de ces activités : sortir du lit, marcher, se laver, aller aux toilettes ou manger
- **(PPS = 50)** est assis ou couché la majorité du temps, a besoin d'aide chaque jour pour accomplir les tâches énoncées à PPS=60
- **(PPS = 40)** est alité la majorité du temps

✓ Compréhension

Assurez-vous :

- Que le patient et ses proches (notamment son mandataire) comprennent le caractère incurable et progressif de la maladie
- Que vous comprenez les valeurs, croyances et objectifs de soins du patient. Soyez prêt à répondre à cette question : À quoi puis-je m'attendre?
- De bien documenter votre discussion avec le patient et ses proches

ÉTAPE 3 PLANIFICATION ET ORGANISATION DES SOINS

✓ Gestion des symptômes

- Pour bien gérer les symptômes, utilisez les guides standards disponibles (fournis par Palli-science, Action Cancer Ontario (CCO))
- Pensez à utiliser les ressources communautaires et les CLSC

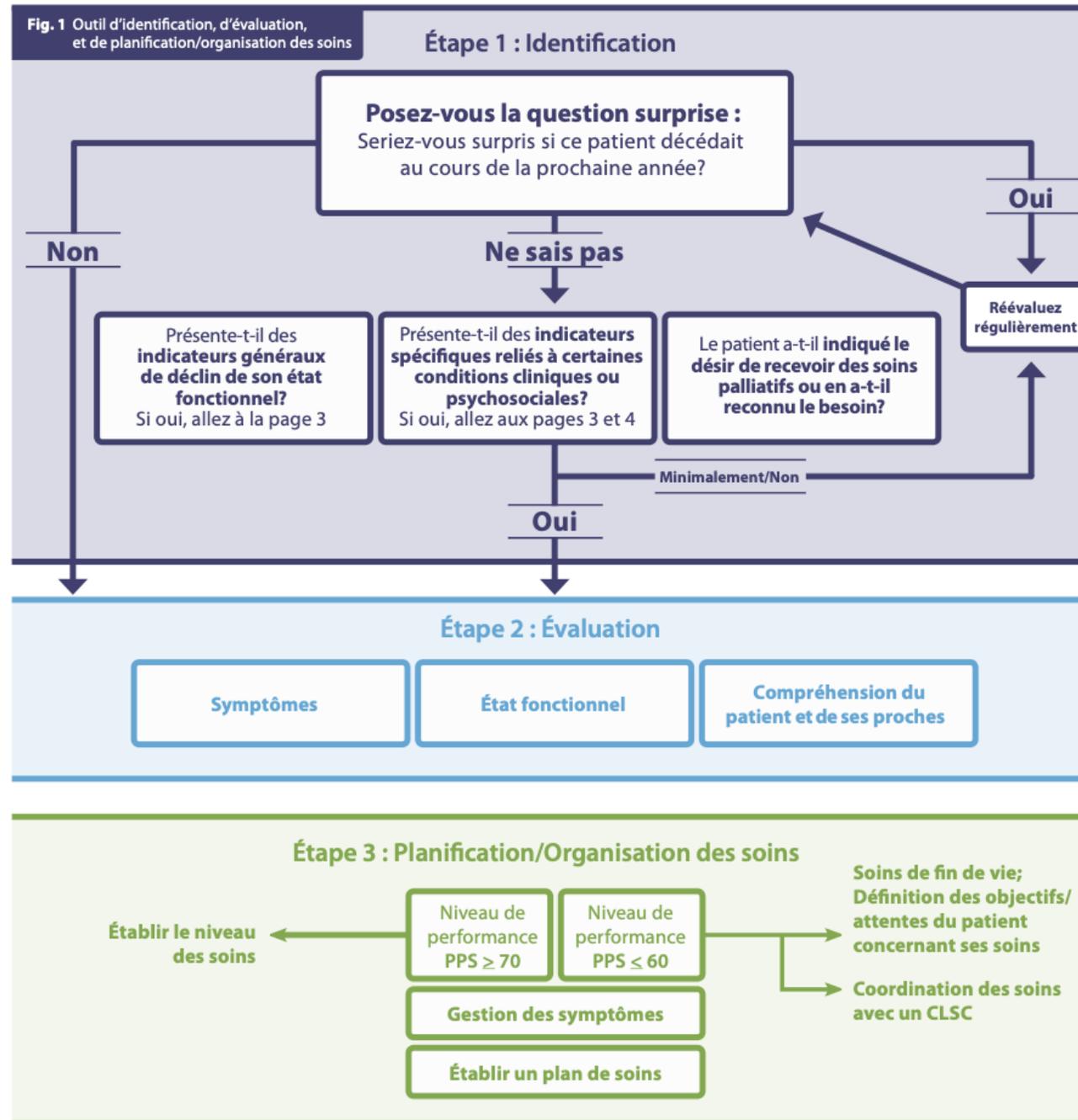
✓ Planification des soins : Si PPS

- > 70 : Planifiez préalablement des soins avec le patient et son mandataire
- < 60 : Réévaluez la planification préalable des soins et commencez la planification des soins de fin de vie avec le patient et son mandataire
- < 50 : Débutez de façon urgente l'évaluation de la compréhension des attentes du patient et de ses proches (et de son mandataire) et la planification des soins de fin de vie

✓ Consultations et références

- Si PPS ≤ 60 : Faites une référence au CLSC pour des soins à domicile
- Pensez à une consultation en soins palliatifs et à des ressources psychosociales si vous devez prendre en charge des cas avec des symptômes complexes
- Utilisez les ressources locales pour tout support additionnel

Fig. 1 Outil d'identification, d'évaluation, et de planification/organisation des soins



Indicateurs généraux du déclin de l'état fonctionnel

- Diminution des activités
- Présence de comorbidité(s)
- Capacités physiques générales décroissantes et besoin croissant d'aide et de soutien
- Maladie à un stade avancé ou instable, apparition de symptômes complexes
- Perte progressive et importante de poids (>10% au cours des 6 derniers mois)
- Admissions répétées pour des crises imprévues
- Évènements dits « signaux d'alarme »
- Taux d'albumine < 25g/l

Indicateurs spécifiques du déclin de l'état fonctionnel lors de certaines maladies graves

Cancer – Déclin rapide ou prévisible

- Cancer métastatique
- État des performances et aptitudes fonctionnelles – si le patient passe plus de 50% de son temps au lit ou allongé, le pronostic est habituellement estimé à moins de 3 mois
- Moins bonne réponse au traitement de chimiothérapie; chimiothérapie palliative
- Refus de tout traitement anti-tumoral supplémentaire

Défaillance d'un organe – Déclin imprévisible

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

- État de la maladie jugé grave (ex. VEF1 < 30%)
- Hospitalisations fréquentes (au moins 3 hospitalisations dues à une MPOC au cours des 12 derniers mois)
- Satisfait les critères pour recevoir de l'oxygénothérapie à long terme
- Stade 4/5 sur l'échelle MRC (Medical Research Council scale) – c'est-à-dire essoufflement après 100 mètres de marche sur surface plane ou à l'intérieur
- Symptômes de défaillance cardiaque droite
- Plus de 6 semaines de corticoïdes systémiques au cours des 6 derniers mois

Maladie du cœur (ex. insuffisance cardiaque)

- Stade 3 ou 4 de la classification NYHA (New York Heart Association) – essoufflement au repos ou après un effort minimal
- Admissions répétées à l'hôpital pour des symptômes de défaillance cardiaque
- Symptômes physiques ou psychologiques difficiles à supporter malgré une thérapie optimale

Maladie hépatique

- Cirrhose avancée accompagnée d'au moins une complication au cours de la dernière année (ascite résistante aux diurétiques; encéphalopathie hépatique; syndrome hépato-rénal; saignements variqueux récurrents)
- Contre-indication à une transplantation du foie
- Score de Child-Pugh : Class C (score > 9)

Insuffisance rénale chronique (IRC)

- Le patient présente une IRC de stade 4 ou 5 dont l'état se détériore
- Le patient choisit l'option « Pas de dialyse » ou discontinue la dialyse (par choix ou en raison d'une fragilité croissante ou de comorbidités)
- Symptômes physiques ou psychologiques importants dans un contexte de traitement optimal de l'IRL
- Insuffisance rénale symptomatique : nausées et vomissements, anorexie, prurit, déclin de l'état fonctionnel, surcharge liquidienne réfractaire aux traitements diurétiques

Maladies neurologiques en général

- Détérioration progressive des fonctions physiques et/ou cognitives malgré une thérapie optimale
- Symptômes complexes et de plus en plus difficiles à contrôler
- Difficultés à avaler (dysphagie) conduisant à des pneumonies d'aspiration récurrentes, dyspnées, septicémies ou défaillances respiratoires
- Difficultés du langage : difficultés croissantes à parler et dysphasie progressive

Maladies neurologiques spécifiques

Maladie du neurone moteur

- Déclin rapide et marqué de la condition physique
- Premier épisode de pneumonie d'aspiration
- Difficultés cognitives croissantes
- Perte de poids
- Symptômes complexes et complications médicales
- Faible capacité vitale respiratoire (< 70% du résultat attendu au test d'une spirométrie standard)
- Dyskinésie, chutes et/ou problèmes de mobilité
- Difficultés à communiquer

Maladie de Parkinson

- Perte d'efficacité du traitement en cours
- Autonomie réduite, besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes
- Perte de contrôle des symptômes parkinsoniens de plus en plus fréquente et d'une durée de plus en plus prolongée
- Dyskinésie, chutes et problèmes de mobilité
- Indications de problèmes psychiatriques (dépression, anxiété, hallucinations, psychoses)
- Indicateurs apparentés à ceux observés chez des patients fragiles (voir ci-dessous)

Sclérose en plaques

- Importance significative des symptômes complexes et des complications médicales
- Dysphagie et mauvais état nutritionnel
- Difficultés de communication (ex. dysarthrie et fatigue)
- Troubles cognitifs, notamment début de démence

Fragilité/Démence – Déclin graduel

Fragilité

- Présence de plusieurs comorbidités nuisant significativement aux tâches quotidiennes
- Diminution du score de performance (ex. niveau de l'état fonctionnel)
- Combinaison d'au moins 3 des symptômes suivants :
 - Faiblesse
 - Ralentissement marqué de la vitesse de marche
 - Perte de poids significative
 - Épuisement
 - Niveau d'activité physique minimal
 - Symptômes dépressifs

Accident vasculaire cérébral (AVC)

- État végétatif persistant, état conscient minimal ou paralysie complète
- Complications médicales
- Manque d'amélioration 3 mois après l'AVC
- Déclin cognitif/démence post-AVC

Démence

- Incapacité à marcher sans assistance
- Incontinences urinaire et fécale
- Conversations cohérentes non systématiques
- Incapacité à accomplir des activités quotidiennes

Et n'importe lequel des éléments suivants :

- Perte de poids
- Infection urinaire
- Ulcère de pression sévère – stade 3 ou 4
- Fièvre récurrente
- Absorption orale réduite
- Pneumonie d'aspiration

Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPSv2)*

	Niveau performance	ECOG/PRFS**	Mobilité	Activité et intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
Phase stable	100 %	0/0	Complète	Activité et travail : normaux Aucune manifestation de maladie	Autonome	Normale	Normal
	90 %	1/1		Activité normale avec effort Certains signes de maladie		Normale ou diminuée	
	80 %						
Phase transitoire	70 %	2/2	Réduite	Incapable de travailler normalement Maladie évidente	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
	60 %			Incapable d'accomplir passetemps/tâches ménagères Maladie évidente	Aide nécessaire occasionnellement		
	50 %	3/3	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail Maladie avancée	Beaucoup d'aide nécessaire		Normal ou confusion
	40 %		Surtout alité	Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités Maladie avancée	Assistance requise la plupart du temps		
Phase de fin de vie	30 %	4/4	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité Maladie avancée	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
	20 %					Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
	10 %					Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
	0 %	5/—	Mort	—	—	—	—

*Traduction adaptée de celle du Victoria Hospice Society.

**ECOG : Échelle d'état des performances du Eastern Cooperative Oncology Group; PRFS : Outil sur l'état fonctionnel déclaré par le patient.

ÉTAPE 3 PLANIFICATION ET ORGANISATION DES SOINS

Symptômes/Besoins

- Guide de prise en charge des symptômes
- Application mobile disponible pour téléphones intelligents
- Livre de poche Pallium – livre électronique disponible
- Guide des pratiques disponibles sur Palli-Science

Planification des soins

- Basez-vous sur l'état fonctionnel pour planifier les soins et évaluer les besoins à la maison/dans la communauté
 - PPS \geq 70 : Commencez la discussion sur la planification préalable des soins avec le patient et son mandataire
 - PPS \leq 60 : Commencez la planification des soins de fin de vie avec le patient et son mandataire et faites une référence au CLSC pour des soins à domicile

✓ Planification préalable des soins

- La planification préalable des soins est un processus fait de continues réflexions, discussions et communications sur les soins que le patient désire (ou non) recevoir, spécialement en prévision de son incapacité à s'exprimer.
- Vise l'amélioration de la communication avec l'équipe soignante, de la qualité de vie, la réduction du stress et de l'anxiété chez les patients, leurs proches et le personnel soignant.
- Améliore la communication entre les patients, leurs proches et l'équipe du personnel soignant.

Débuter la planification préalable des soins

- Abordez le sujet.
- Expliquez au patient en quoi consiste la planification préalable des soins.
- Prenez un second rendez-vous avec le patient pour en discuter. À ce rendez-vous, demandez au patient de se présenter accompagné par la personne susceptible de prendre les décisions en son nom, lorsque son état l'imposera. Laissez au patient du temps pour réfléchir et prendre ses décisions.
- Référez le patient à « *Parlons-en : Manuel sur la planification préalable des soins* » pour l'aider à explorer ses objectifs et valeurs.
- Notez les valeurs du patient et ses souhaits. Assurez-vous que le patient et la personne susceptible de prendre les décisions en son nom en aient une copie.
- Ajoutez une copie à son dossier.
- Impliquez d'autres professionnels et d'autres membres de l'équipe de soins au besoin.

Pour plus d'information, veuillez consulter les ressources disponibles sur le site web de *Parlons-en* www.planificationprealable.ca.

✓ Objectif des soins

La discussion concernant les objectifs de soins devrait porter sur les préférences du patient pour des interventions cliniques spécifiques. Elle doit être menée en tenant compte de la discussion sur la planification préalable des soins qu'elle complémente.

✓ Aide-mémoire à considérer

- Recommandations d'interventions thérapeutiques complémentaires.
- Obtenez le consentement du patient pour ses traitements.
- Considérez la consultation ou la référence aux équipes et intervenants spécialisées en SPFV pour la prise en charge des symptômes complexes.
- Si vous devez transférer le patient vers un autre médecin, un autre milieu ou une équipe de soins palliatifs, assurez-vous de choisir celui qui est le plus à même d'offrir la prise en charge adéquate.
- Facilitez la communication du plan de traitement lorsque le patient doit être transféré vers un autre spécialiste ou un autre établissement.

✓ Planification des soins de fin de vie

- Discutez et documentez les objectifs de soins avec le patient et son mandataire si cela n'a pas encore été fait.
- Réévaluez le plan de traitement en fonction des objectifs de soins et du profil pharmaceutique. Discutez-en avec le patient et adaptez-le au contexte en faisant le retrait, l'ajout ou le maintien de médicaments.
- Faites le dépistage de problèmes psychosociaux spécifiques de fin de vie avec le patient et son mandataire.
- Identifiez si le patient peut bénéficier de services spécialisés de soins palliatifs.
- Développez et implantez de façon proactive un plan pour la fin de vie.
- Planifiez les soins à domicile en établissant les liens avec les services communautaires (pas uniquement au cours des 2-4 dernières semaines) en vous assurant que les ressources nécessaires soient disponibles (incluant l'accès et la disponibilité de la médication adaptée et, en temps opportun, une trousse au chevet du malade).
- Guidez le patient aussi précisément que possible vers les outils appropriés fournis.

Consultations/Références

Voici des exemples de ressources disponibles pour les professionnels de la santé et les patients. Assurez-vous d'avoir vérifié leur accessibilité et leur disponibilité.

À considérer pour tous les patients et leurs proches

- Référence aux CLSC : considérez cette option pour les évaluations fonctionnelles et les besoins avec PPS \leq 60
- Services de soins palliatifs : considérez cette option s'il y a des problèmes de symptômes complexes
- Nutritionnistes/Diététistes
- Ergothérapeutes/Physiothérapeutes
- Services spirituels
- Psychologues/Psychiatres
- CHSLD
- Travailleurs sociaux
- Ressources en milieu communautaire

Quelques
pistes de
réflexion :
formation
soins palliatifs



Fin de vie en contexte de dépendance

- Po souvent impossible
 - Méthadone transmucoale possible (attention, ne pas dépasser volume de 1-2ml)
 - Buprénorphine film-sublinguale
 - Enjeu de dissolution si radiothérapie zone faciale, xérèse buccale ou anomalie anatomique faciale
 - Le plus souvent, passage en sous-cutanée (intermittent ou perfusion)
 - Revoir les dosages (1 mg po=0,5mg sc)
- Attention à l'hyperalgésie 2nd aux opiacées²⁷
 - Facteur précipitant : augmentation rapide des opiacées, dose plus élevée d'opiacées
 - Facteur protecteur probable : Methadone, buprénorphine, co-analgésiques
 - Traitement : réduire dose, hydratation, rotation d'opiacée avec réduction 25%

Fin de vie en contexte de dépendance

- Rendre les entre-doses (ED) disponible plus fréquemment
 - Ex : q 1 hre prn
 - ED=10% de la dose totale sur 24 hres mais.....
 - Individualisation du traitement primordiale
 - Contexte de prise des ED (ex: environnement, mésusage, etc)
 - Solutions à envisager: livraison die, boite à clé, loi 90 etc
 - Observer les raisons menant à la prise d'ED (ex: anxiété, douleur, dyspnée etc)
 - Objectif: soulager sans nuire tout en respectant les volontés du patient
- Considérer les autres symptômes
 - Anxiété : midazolam, lorazépam
 - Râles : robinul, scopolamine
 - Symptômes de sevrage des autres substances consommées (ex; ROH, tabac)

Quelques pistes de réflexion : les ressources disponibles

- Maison du Père (Mtl)
- Le Chainon (Mtl)
- Certains CHSLD (ex : Le Manoir de l'âge d'or)
- **Projet Maison Mobile (SSPAD) (Mtl)**



ssspaad

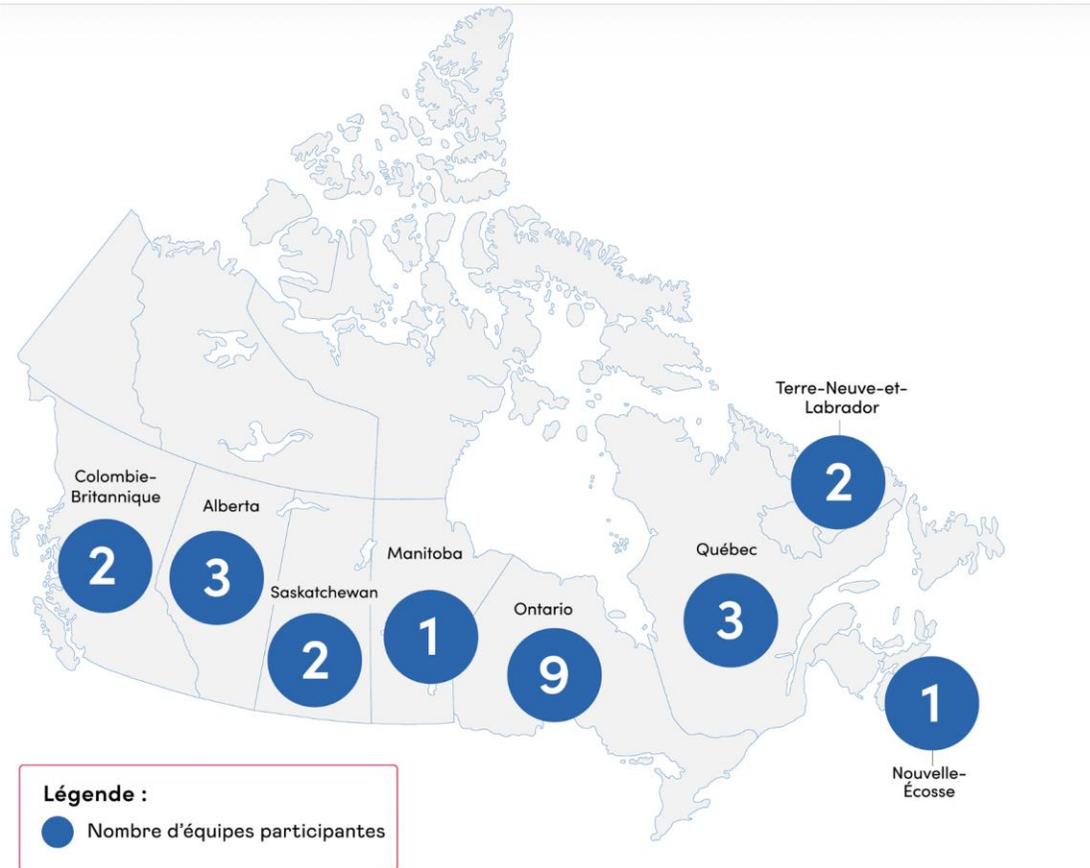
Une équipe
active et
dévouée, depuis
1973

La Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'offrir des soins palliatifs et des services de haute qualité, à domicile, à toute personne malade atteinte de cancer ou de toute autre pathologie en phase avancée de la maladie et qui désire vivre à domicile la dernière étape de sa vie.

Les soins offerts dans le **milieu de vie** de la personne :

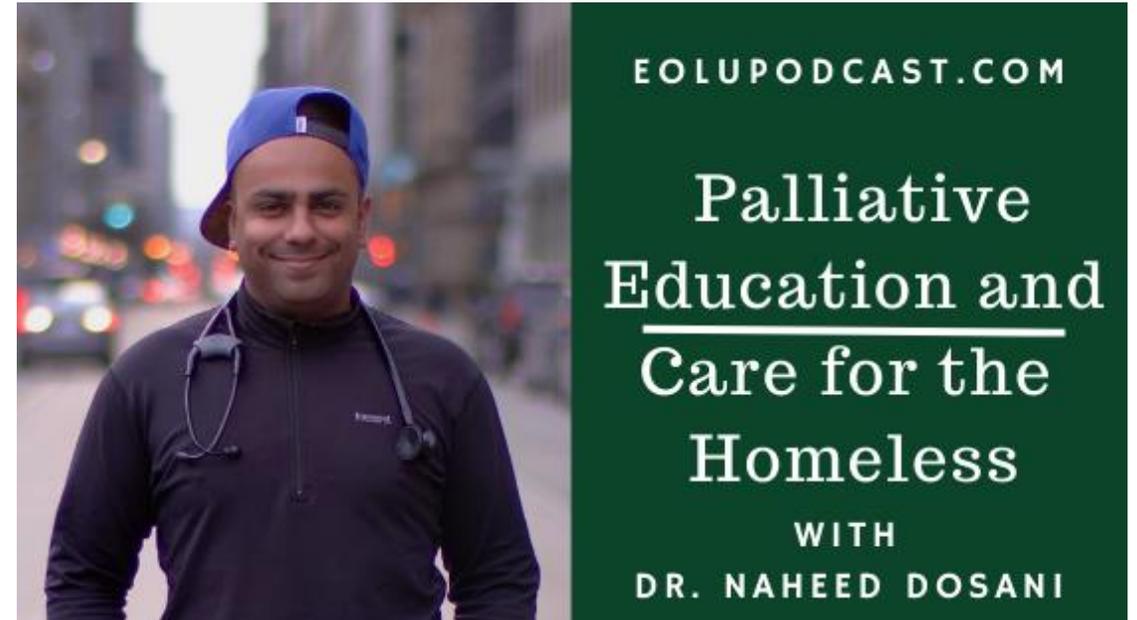
- Infirmiers/infirmières
- Infirmière auxiliaire
- Préposés aux bénéficiaires
- Psychologue
- Soins spirituels
- Référence pour suivi médical à domicile
- Accès à des services 24/7





<https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/ameliorer-l-equite-dans-l-acces-aux-soins-palliatifs/communautes-du-programme-ameliorer-l-equite-dans-l-acces-aux-soins-palliatifs/>

- Service mobile (« outreach ») de soins palliatifs pour population vivant l'extrême précarité sociale à Toronto
 - Inf, md (palliativiste et psychiatre), intervenants psychosociaux, partenariat avec les soins à domicile etc.
 - Directement dans le milieu de vie des gens: refuge, parc, campement, maison de chambre etc.
 - Plus de 100-150 patients traités par année
 - Autres projets connexes : Good Wishes Project, Recherches, Enseignement etc.
 - Financement 1,5 Million du Ministère de la santé d'Ontario



<https://www.icha-toronto.ca/programs/peach-palliative-education-and-care-for-the-homeless>

Mission



- Améliorer l'équité dans l'accès aux soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire



Dream Team!

- Équipe Projet Maison Mobile
- Partenaires engagés :
 - Cap St-Barnabé
 - Pas de la rue
 - Native Women Shelter-Résilience Montréal
 - Équipe itinérance et dépendance CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal



Annick St-Jean



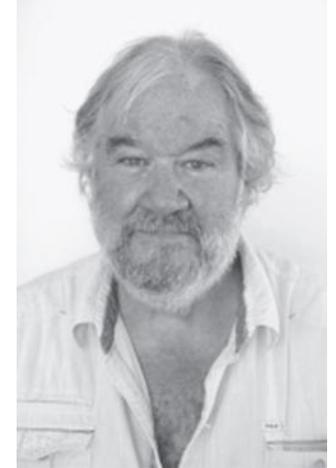
Jean Raymond



Geneviève
Desforges



Sandrine Bernard



Pierre Desforges



Marie-Hélène Marchand



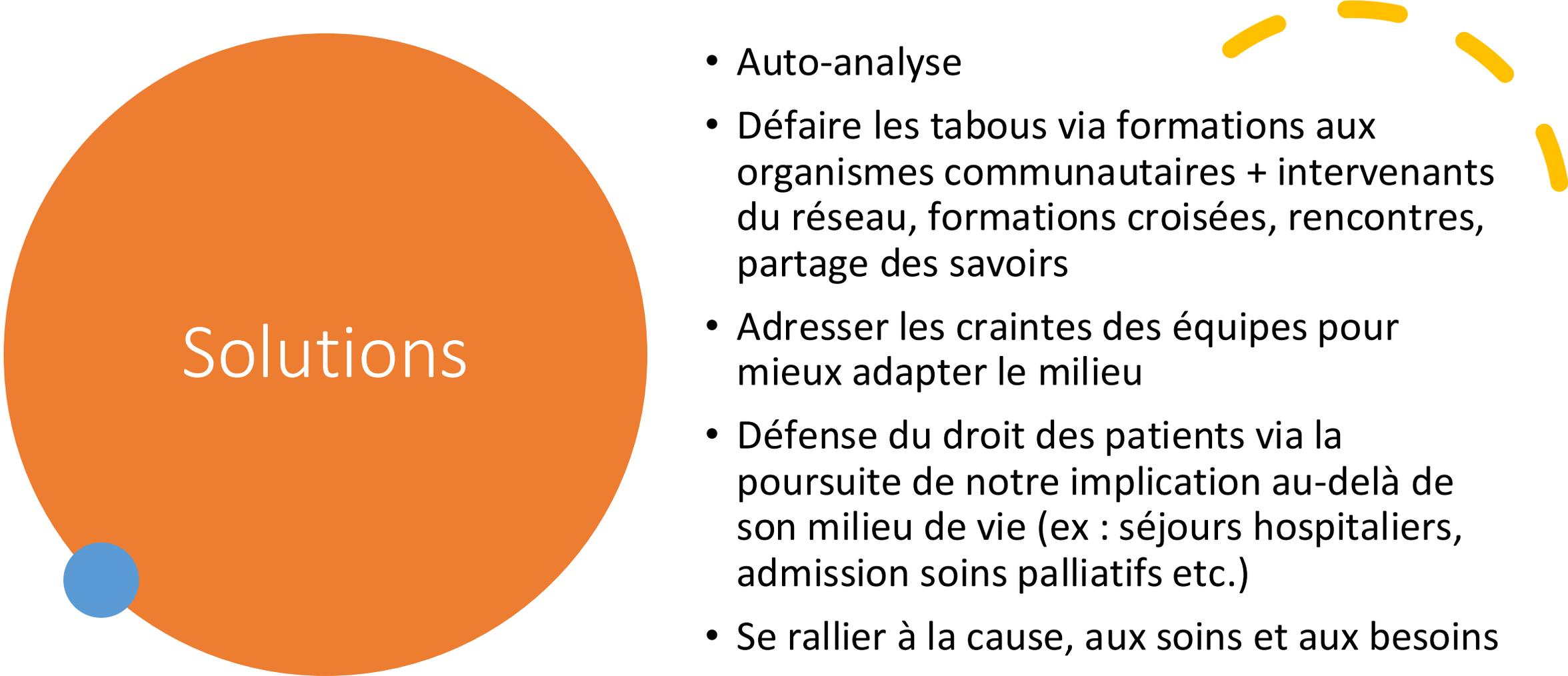
Marie Goyette

Améliorer l'accès aux soins palliatifs par l'entremise de 4 volets

- La prise en charge globale des patients identifiés comme ayant des besoins en soins palliatifs
- La formation des organismes communautaires en approche palliative
- Développement d'un corridor de services en soins palliatifs
- Défense des droits des patients en situation de précarité sociale

Contre-transfert et préjugés

- Préjugés envers les personnes en situation d'itinérance : toxicomanie, santé mentale, troubles de comportement, manque de volonté
- Contre-transfert



Solutions

- Auto-analyse
- Défaire les tabous via formations aux organismes communautaires + intervenants du réseau, formations croisées, rencontres, partage des savoirs
- Adresser les craintes des équipes pour mieux adapter le milieu
- Défense du droit des patients via la poursuite de notre implication au-delà de son milieu de vie (ex : séjours hospitaliers, admission soins palliatifs etc.)
- Se rallier à la cause, aux soins et aux besoins

Adaptation des équipes en soins palliatifs pour les personnes désaffiliées ou en situation d'itinérance

- Recherche continue de solutions
- Formations croisées
- Adapter les outils
- Partenariat avec les organismes communautaires

Projet Maison Mobile-Société des soins palliatifs à domicile du grand Montréal (SSPAD)



Critères de référence

Projet Maison Mobile



- Personnes en situation d'itinérance ou logées de manière vulnérable
- Maladie pouvant compromettre l'espérance de vie
- Douleur sévère et/ou symptômes importants
- Difficultés d'accès aux services généraux et aux soins palliatifs

Pour le moment priorisation des secteurs du CIUSSS de l'est et Montréal Nord, mais nous considérons toutes les demandes à Montréal même si hors secteur



1110, rue Jean-Talon Est, bureau 301
Montréal (Québec) H2R 1V9
Téléphone : 514 272-7200
Télécopieur : 514-272-0134

RÉFÉRENCE EXTERNE

MAISON MOBILE DE LA SOCIÉTÉ DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE DU GRAND MONTRÉAL

Date : ____/____/____

Source de référence :

Nom, prénom	Titre	N° de téléphone
Référent (Nom du professionnel)	Nom de l'organisation	N° de télécopieur

Informations sur le (la) patient(e) :

Prénom	Nom	Sexe	Date de naissance
Identité de genre	RAMQ	Exp.	N° de téléphone
Adresse (si applicable)		Type d'hébergement	
		Type d'hébergement	

Identification à une communauté autochtone :

Oui Laquelle : _____
Non

Enjeux principaux en lien avec l'accès aux soins palliatifs :

Santé mentale Difficulté à coordonner les services requis
Précarité sociale Difficulté à communiquer avec l'usager
Utilisateur de drogues Aucune RAMQ (ou non à jour)
Utilisateur d'alcool Utilisation de tabac
Obtention de médication



1110, rue Jean-Talon Est, bureau 301
Montréal (Québec) H2R 1V9
Téléphone : 514 272-7200
Télécopieur : 514-272-0134

Raisons de la référence (ex. soulagement de la douleur, problématiques actuelles) :

État du logement (si applicable) :

Condition de santé :

Maladie menaçant la vie (ex : cancer, maladie pulmonaire terminale etc):

Insuffisance rénale avancée Démence avancée Grand âge (accompagné d'une perte d'autonomie importante)
(ex. pré-dialyse ou dialyse)

Insuffisance cardiaque avancée (ex. décompensation fréquente, essoufflement au repos ou à l'effort léger) Insuffisance hépatique avancée Fibrose pulmonaire avancée

Cancer Maladies dégénératives du système nerveux (avec atteinte de l'autonomie) Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
Lequel : _____

Autres : _____

Date du diagnostic : ____/____/____

Pronostic (si connu) : _____

Pronostic connu de la personne : Oui Non

Y-a-t-il un (e) spécialiste impliqué(e)? Oui Non

• Si oui, lequel? : _____

• Coordonnées : _____



1110, rue Jean-Talon Est, bureau 301
Montréal (Québec) H2R 1V9
Téléphone : 514 272-7200
Télécopieur : 514-272-0134

Consommation de substances :

Type : _____

Quantité : _____

Fréquence : _____

Antécédents médicaux connus : _____

Soins spécifiques (ex. pansements) : _____

Séjours d'hospitalisations et intervenants impliqués :

Informations complémentaires (lieux fréquentés, moyens de rejoindre l'usager, informations psychosociales pertinentes, couverture de médication valide ou non):

Veillez noter que lorsque la demande de référence est acceptée, les informations suivantes seront demandées :

- Liste des médicaments
- Résultats récents des analyses de laboratoire (si disponible)
- Rapport de pathologie (si disponible)
- Notes de consultation récentes
- Notes sur les dossiers concernés

Veillez inclure toute information qui nous aidera à déterminer si le(la) patient(e) correspond à nos critères d'admissibilité.

Soumettre la demande complétée par télécopieur au 514 272-0134 ou par courriel au info@sspad.ca

Résumé des activités cliniques

- Suivis des patients: 13 (2 sont décédés)
- Tournées de patients en refuge à chaque 2-3 semaines
 - Objectifs :
 - identifier les personnes qui pourraient bénéficier d'une approche palliative
 - Aider les intervenants dans l'orientation des soins



Serge, 63 ans



Open the door

Louise, 68 ans



Enjeux



- Manque d'informations sur la situation de santé
- Coordination (entités du réseau)
- Coordonnées pour rejoindre les patients
- Patients sans domicile fixe et affiliation CLSC
- Perte d'autonomie sans adaptation milieu

sspad

SOCIÉTÉ DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Défis au déploiement de l'offre de service du Projet Maison Mobile



- Financement pour étendre le territoire d'action à l'ensemble de l'île de Montréal autant pour les soins cliniques que pour les formations aux intervenants des organismes communautaires impliqués
 - Nouveaux corridors de services en déploiement
 - Équipe Itinérance Montréal-Nord en collaboration avec refuge le Cœur en action
 - Exploration des besoins dans Centre Sud (Montréal)
- Recrutement de Médecins
 - AMP-RLS, PREM-PEM etc.
- Rareté des refuges adaptés
 - Partenariat en cours: Maison du Père, Maison de soins palliatifs St-Raphaël

sspad

SOCIÉTÉ DES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

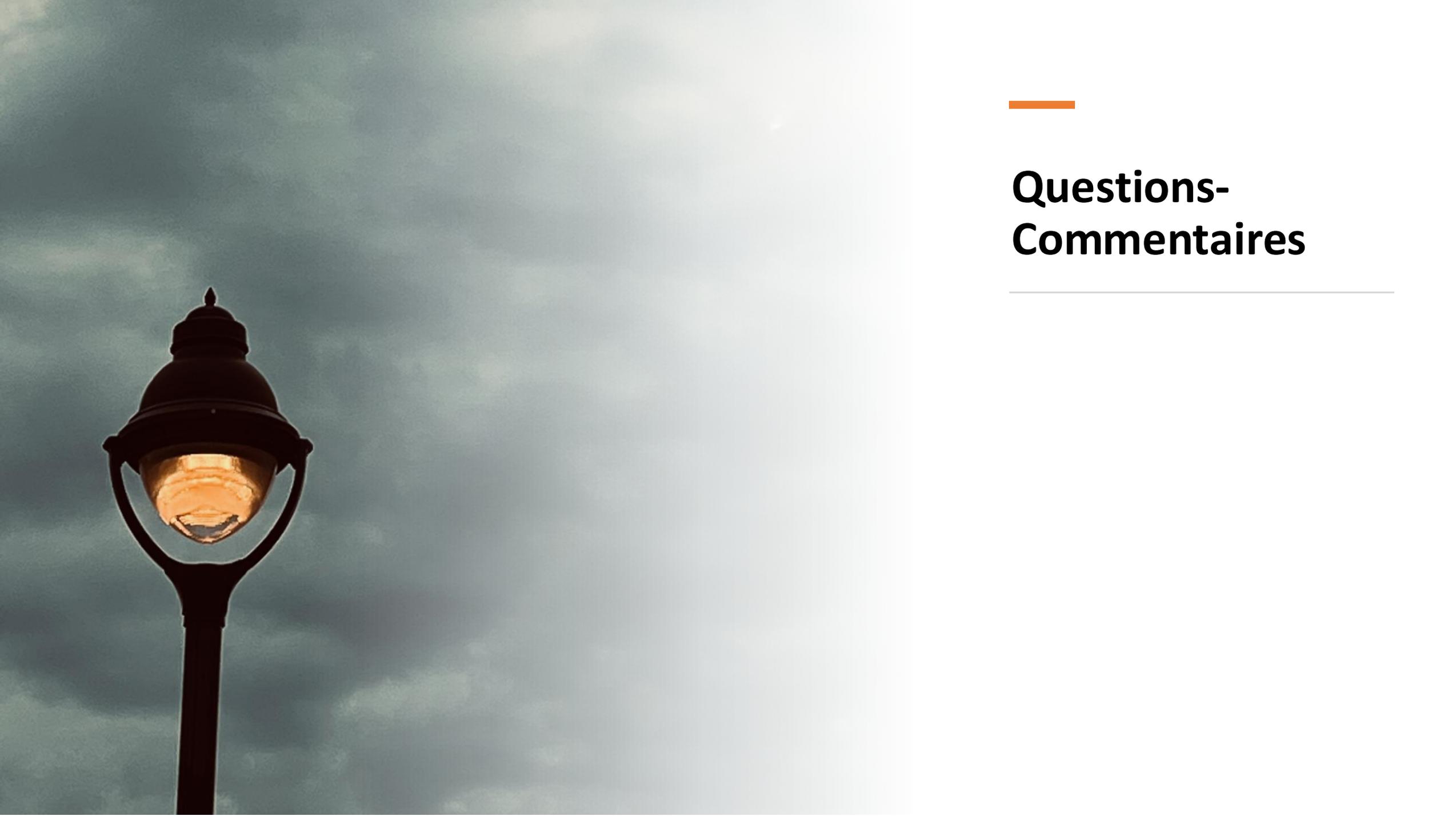
Impacts potentiels basés sur projets similaires canadiens^{28, 29} :

- Diminution des consultations à l'urgence
- Diminution des séjours aux soins intensifs
- Diminutions de la longueur des hospitalisations
- Diminution des coûts de santé
- Développement de services de santé équitable en lien avec la Loi sur les services de santé et services sociaux et la Loi sur les soins de fin de vie





Conclusion

A glowing street lamp is positioned in the lower-left corner of the frame. The lamp has a dark, ornate top and a bright, warm light emanating from its glass globe. The background is a vast, cloudy sky that transitions from a dark, moody blue-grey on the left to a bright, almost white light on the right. The overall mood is contemplative and serene.

Questions- Commentaires

Références

- 1. World Health Organization. Social determinants of health: key concepts. 7 may 2013. Disponible: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/social-determinants-of-health-key-concepts>
- 2. Gouvernement du Québec (2014) *Ensemble, pour éviter la rue et en sortie. Politique nationale de lutte à l'itinérance*. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf>
- 3. Organisation Mondiale de la Santé. Soins Palliatifs. 5 aout 2020. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.
- 4. *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q.c. S-32.0001
- 5. Hwang et al. The health and housing in transition study : a longitudinal study of health of homeless and vulnerably houses adults in three Canadian cities. *International Journal of Public Health* 2011;56(6):609-23.
- 6. Henry B, Dosani N, Huynh L, Amirault N. Palliative care as a public health issue: understanding disparities in access to palliative care for the homeless population living in Toronto, based on a policy analysis. *Current Oncology* 2017;vol 24, no 3.
- 7. Huynh L, Henry B, Dosani N. Minding the gap: access to palliative care and the homeless. *BMC Palliat Care* 2015;18;14:62.
- 8. Institut de la statistique du Québec, Bulletin socio-démographique, en ligne: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-mortalite-et-lesperance-de-vie-au-quebec-en-2020.pdf> page consultée 2021-10-29
- 9. Fazel S., Geddes J, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommandations. *The Lancet* 2014;384 (9953): 1529-1540
- 10. James R, Flemming K, Hodson M, *et al* Palliative care for homeless and vulnerably housed people: scoping review and thematic synthesis *BMJ Supportive & Palliative Care* Published Online First: 03 May 2021. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003020
- 11. West KJ, Wrobel B, Pallota S, Coatsworth A. Bearing witness: exploring the end-of-life needs of homeless persons and barriers to appropriate care. *Journal of Death and Dying*, 2020;Vol. 82(1) 63-91

- 12. Hwang SW, Ueng JJ, Chiu S, et al. « Universal health insurance and health care access for homeless persons. » *Am J Public Health*. 2010;100:1454–61
- 13. Mackenzie, M., Purkey, E., “Barriers to end-of-life services for persons experiencing homelessness as perceived by health and social service providers”, *J Am Board Fam Med*, 2019
- 14. Health Quality Ontario. Palliative Care at the End of Life 2016. 2016. Available from: [https:// www.hqontario.ca/Portals/0/documents/systemperformance/palliative-care-report-en.pdf](https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/systemperformance/palliative-care-report-en.pdf).
- 15. Dosani N, Living & dying on the streets: towards palliative care equity for the homeless & vulnerably housed in Ontario lecture publique 2017
- 16. Rowley J., Richards N., Carduff E., Gott M. The impact of poverty and deprivation at the end of life: a critical review. *Palliat Care Soc Pract*. 2021;15:26323524211033873.
- 17. Klop, HT, de Veer, A JE, van Dongen, SI, Francke AL, Rietjens, JAC, Onwuteaka-Philipsen BO. *Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care*. *BMC Palliative Care*. 2018, 17-67
- 18. Krakowsky Y, Gofine M, Brown P, Danziger J, Knowles H. Increasing access-a qualitative study of homelessness and palliative care in a Major Urban Center. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30:268–70.
- 19. Webb WA., Itchell T, Snelling P, Nyatanga B. Life’s hard and then you die: the end of life priorities of people experiencing homelessness in the UK, *International Journal of palliative nursing*, 2020;Vol 26, No 3.
- 20. Ko E, Kwak J, Nelsol-Backer H. What constitutes a good and bad death?: Perspectives of homeless older adults. *Death Studies*. 2015;39:7, 422-432
- 21. Purkey E., MacKenzie M. Experiences of Palliative Health Care for Homeless and Vulnerably Housed Individuals. *J Am Board Fam Med*. 2019;32(6):858-67
- 22 McNeil R, Guirguis-Younger M. Illicit drug use as a challenge to the delivery of end-of-life care services to homeless persons: perceptions of health and social services professionals. *Palliat Med*. 2012;26:350–9.
- 23. McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB. Recommendations for improving the end-of-life care system for homeless populations: a qualitative study of the views of Canadian health and social services professionals. *BMC Palliat Care*. 2012;11:14.
- 24. Mcneil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB, Aubry TD, Turnbull J, Hwang SW. Harm reduction services as a point of entry to and source of end-of-life care and support for homeless and marginally housed persons who use alcohol and/or illicit drugs: a qualitative analysis. *BMC public health*. 2012; 12:312
- 25. Stajduhar KI, Mollison A, Giesbrech M, McNeil R, Pauly B, Reimer-Kirkham S, Dosani N, Wallace B, Showler G, Meagher C, Kvakic K, Teal T, Rose C, Showler C, Rounds K. Just too busy living in the moment and surviving”: barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at the end-of-life. *BMC Palliative Care*. 2019, 18:11
- 26. Stajduhar KI, Giesbrecht M, Mollison A, d’Archangelo M. “Everybody in this community is at risk of dying”: An ethnographic exploration on the potential of integrating a palliative approach to care among workers in inner-city settings. *Palliative and Supportive Care*. 2020;18, 670–675. [https://doi.org/ 10.1017/S1478951520000280](https://doi.org/10.1017/S1478951520000280)
- Mercadante S, Arcuri E, Santoni A. Opioid-Induced Tolerance and Hyperalgesia. *CNS Drugs*. 2019 Oct;33(10):943-955. doi: 10.1007/s40263-019-00660-0. PMID: 31578704.
- 28. Buchanan N, Dosani N, Bond A, Spaner D, Tedesco A, Persaud N, Morey T. Palliative Education and Care for the Homeless (PEACH): A Model of Outreach Palliative Care for Structurally Vulnerable Populations. *Healthc Q*. 2023 Apr;26(1):24-30. doi: 10.12927/hcq.2023.27055. PMID: 37144698.
- 29. Podymow T, Turnbull J, Coyle D. Shelter-based palliative care for the homeless terminally ill. *Palliat Med*. 2006 Mar;20(2):81-6. doi: 10.1191/0269216306pm11030a. PMID: 16613403.

Bibliographie

- Andermann, A., Bloch, G., Goel, R., Brcic, V., Salvalaggio, G., Twan, S., Kendall, C.E., Ponka, D. and Pottie, K. 2020. « Soigner les patients ayant connu l'itinérance » *Canadian Family Physician* 66 (8) e204-e212
- Burns, V, Grenier A, Lavoie JP, Rothwell D et Sussman T. Les personnes âgées itinérantes — invisibles et exclues. Une analyse de trois stratégies pour contrer l'itinérance. *Frontières* 2012;25 :1 En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2012-v25-n1-fr0802/1018230ar.pdf>
- Chung, R., 2021. « Structural health vulnerability: Health inequalities, structural and epistemic injustice » *Journal of social philosophy* En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josp.12393>
- CREMIS, Fiche Donner des soins, Guide des bonnes pratiques en itinérance, <https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2022/01/Fiche-Donner-2021.pdf>
- de Veer, AJE, Stringer B, Van Meijel B, Verkaik R, Francke AL. Acces to palliative care for homeless people : complex lives, complex care . *BMC Palliative Care* 2018;17 :119.
- Éthique clinique et situations complexes : un guide pratique (Éd. Antoine Payot, Marie-Ève Bouthillier et Julie Cousineau, Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine, 2021) : <https://www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/ethique-clinique-392.html>
- Hwang, W, O'Connell J, Lebow J, Michael F, Bierer E, John Orav, Troyen A. Brennan, Health Care utilization among homeless prior to death, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Volume 12, Number 1, February 2001, pp. 50-58
- Hudson, B, Flemming, K., Shulman, C., Candy, B., Challenges to access and provision of palliative care for people who are homeless: a systematic review of qualitative research, *BMC Palliative Care*, 2016, 15:96
- Jackson, JL, Sessums, L. Dying on the streets. *Society of General Internal Medicine*. 2007;22 :554-555
- Kellehear A, 2005. *Compassionate Cities. Public health and end-of-life care*, Routledge. P. 186
- Khandor E, Mason K.. Toronto : The Street Health Report, 2007 en ligne : <https://www.streethhealth.ca/files/the-street-health-report-2007-pdf.pdf>
- Ko E, Nelson-Backer H, Does end-of-life decision making matter?: Perspectives of older homeless adult. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2014;Vol. 31(2) 183-188
- Mackenzie M, Purkey E, Barriers to end-of-life services for persons experiencing homelessness as perceived by health and social service providers, *JAM Board Fam Med*. 2019
- Marchand, Marie-Hélène, mémoire de maîtrise: Mourir en situation d'itinérance: une étude exploratoire, 2024 en ligne: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/33491?show=full>
- McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB. Recommendations for improving the end-of-life care system for homeless populations : A qualitative study of the views of canadian health and social services professionals. *BMC Palliative Care* 2012; 11 :14.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance*. (Publication no : 21-846-01W). En ligne: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003179/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de la devenir*. (Publication no : 18-846-02W). En ligne: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002089/?&date=DESC>
- Namian, D. Entre itinérance et fin de vie. *Sociologie de la vie moindres*. Presse de l'université du Québec, 2012, 236p
- Réseau Solidarité Itinérance du Québec (2018, nov) *L'accès aux soins de santé et aux services sociaux par les personnes en situation d'itinérance au Québec : un parcours cahoteux*. Note de présentation déposé dans le cadre de la visite du rapporteur spécial de l'organisation des nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, p 1-14
- Simard, Michel, L'itinérance dans les sociétés modernes contemporaines, repères pour un changement de paradigme, 2016, 235p
- Stajduhar KI, Mollison, A, Too little to late : How we fail vulnerable Canadians as they die and what to do about it » Final Project Report for the Equitable Access to Care Study in Victoria, British Columbia, 2018. version web : <https://www.uvic.ca/research/groups/peol/assets/docs/too-little-too-late.pdf>
- Sumalinog R, Harrington K., Dosani N, Hwang, WS. Advance care planning, palliative care, and end-of-life care interventions for homeless people: A systematic review. *Palliative medicine*. 2017;Vol 31(2) 109-119