

# LES DÉFIS DES SOINS PALLIATIFS CHEZ LA POPULATION ÂGÉE ITINÉRANTE

LOUIS-PIERRE BÉLANGER-FLEURY, M.D., CCMF (SP)

Résident en soins palliatifs – CHUS

Louis-Pierre.Belanger-Fleury@USherbrooke.ca

Sous la direction de :

DRE MARIE-HÉLÈNE MARCHAND, M.D., CCMF (SP)

Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à domicile au CLSC Hochelaga

---

Les personnes âgées itinérantes forment un groupe d'une extrême vulnérabilité, partageant les attributs de deux groupes dévalorisés de la société occidentale. Malheureusement, les enjeux vécus par cette population marginalisée sont banalisés au point d'être exclus des mesures gouvernementales pour contrer l'itinérance<sup>1</sup>. Alors que dans la population générale l'âge où débute la vieillesse est de 65 ans, les personnes vivant dans la rue ou en logement précaire sont considérées comme étant aînées à partir de 50 ans<sup>2</sup>. En effet, les histoires de vie chargées et les multiples comorbidités de ces individus résultent en un vieillissement prématuré<sup>3,4</sup>. De plus, ces citoyens vulnérables décèdent près de 30 ans plus tôt que la population générale<sup>5</sup>. Malgré cela, des études récentes sur les personnes âgées itinérantes démontrent que ce groupe a de la difficulté à accéder à des soins de santé et encore plus à des soins palliatifs de qualité<sup>3,6,7</sup>. Sachant que les soins palliatifs ne sont accessibles que pour 16 à 30% de la population canadienne<sup>6</sup>, il est facile de s'imaginer que les populations marginalisées

n'accèdent pas aux soins palliatifs. Cela se conclut par des fins de vie qui se déroulent souvent sans soutien médical adéquat<sup>6</sup>. Dans l'optique où le système de santé québécois se veut universel, rendre l'accès aux soins palliatifs plus inclusifs est nécessaire.

Les personnes vivant en situation d'itinérance ont des facteurs individuels qui font que l'accès aux soins palliatifs est plus complexe, ces dernières étant généralement plus préoccupées par leur survie au quotidien que par l'obtention de soins médicaux<sup>4</sup>. Elles ont aussi tendance à minimiser la sévérité de leur condition, étant constamment exposées dans leur milieu à la souffrance et à la mort<sup>3</sup>. De plus, leurs antécédents médicaux et psychiatriques sont souvent très stigmatisants et les préjugés dont ils sont la cible peuvent fortement influencer la relation thérapeutique<sup>5</sup>. Par exemple, le médecin peut, consciemment ou non, banaliser la plainte d'un patient avec des antécédents de toxicomanie et ne pas le soulager adéquatement<sup>8</sup>. Dans ce contexte, la clientèle itinérante développe souvent une relation de méfiance

envers les institutions qui rend les suivis médicaux difficiles<sup>5</sup>. Ces relations de méfiance mènent aussi à des niveaux de soins disproportionnés qui ne permettent pas aux patients de recevoir des soins adaptés à leurs conditions médicales<sup>5</sup>. Bien que ces facteurs soient propres aux individus, il est possible d'agir pour en diminuer les conséquences et améliorer les soins administrés à cette tranche de la population. Une meilleure éducation et sensibilisation du personnel soignant par rapport à leur réalité, une approche de réduction des méfaits ainsi qu'une plus grande collaboration avec les acteurs du milieu communautaire permettraient d'établir plus facilement des relations de confiance entre les professionnels et cette population isolée<sup>5,6,9,10</sup>.

L'accès aux soins palliatifs est aussi limité par des facteurs institutionnels et organisationnels. Actuellement, au Québec, la structure des soins de santé incluant les soins palliatifs vise principalement à répondre aux besoins d'une population relativement homogène ayant des caractéristiques communes de niveau de vie, de culture et d'appartenance religieuse<sup>4,9,10</sup>. Il en résulte que les gens vivant une expérience de vie différente telle l'itinérance passent entre les mailles du filet et connaissent ainsi des soins palliatifs sous-optimaux<sup>4,9</sup>. Par exemple, ceux-ci consultent régulièrement à l'urgence en période de crise, mais le suivi à la sortie de l'hôpital est très souvent impossible, particulièrement lorsque le patient n'a pas d'adresse ni de numéro de téléphone<sup>4,6</sup>. Des équipes de proximité qui vont rencontrer la clientèle marginalisée dans leur milieu de vie pourraient permettre de contourner ces barrières<sup>3</sup>. Ces équipes permettraient d'avoir un suivi et éviteraient des visites inutiles à l'urgence, tout en assurant le confort et le respect du patient dans ses choix de vie<sup>3</sup>. Cette médecine de proximité a aussi l'avantage de renseigner les intervenants sur le milieu et les habitudes du patient, offrant ainsi des occasions de réduire les méfaits causés par son environnement ou ses comportements. Ces stratégies de proximité devraient être utilisées en soins palliatifs, puisque les soins palliatifs de qualité

reposent en grande partie sur l'autodétermination et la non-malfaisance.

L'isolement social qui frappe cette population amène aussi des défis significatifs pour l'administration de soins de qualité<sup>7</sup>. En effet, le modèle de soins actuel repose sur la participation active d'un ou plusieurs aidants naturels<sup>4,5</sup>, ce qui n'est pas applicable pour une clientèle souffrant d'isolement social. Cependant, il serait possible de pallier ce manque par le développement de communautés compatissantes, c'est-à-dire de puissants réseaux locaux jumelant institutions de santé et ressources communautaires, afin d'assurer l'accès à des soins de qualité dans la communauté et de combler des besoins sociaux, psychologiques et spirituels<sup>5,7,10</sup>. Il serait aussi important de renforcer les ressources des maisons de soins palliatifs afin qu'elles puissent accueillir les clientèles qui n'ont pas les moyens financiers nécessaires pour payer les fournitures médicales ainsi que celles qui nécessitent une supervision et un encadrement adaptés. Les maisons de soins palliatifs offrent une qualité de soins exceptionnels, mais il est d'une injustice profonde que ces soins ne soient pas disponibles pour tous.

Finalement, nombreuses sont les solutions qui peuvent être appliquées afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins palliatifs à la population itinérante. Par ses bénéfices sur le plan humain mais aussi pour ses avantages sociétaux et économiques<sup>10</sup>, les soins palliatifs devraient avoir une approche de santé publique et être mis en valeur dans le réseau communautaire et dans les services de première ligne<sup>5</sup>. L'organisation des soins devrait permettre d'identifier précocement les patients vulnérables nécessitant des soins palliatifs et de mobiliser à temps les ressources nécessaires pour permettre à tous une fin de vie dans la dignité.

## NOTES

1. Burns, V., Grenier, A., Lavoie, J.-P., Rothwell, D., Sussman, T. (2013). Les personnes âgées itinérantes — invisibles et exclues. Une analyse de trois stratégies pour contrer l'itinérance. *Frontières*, 25(1): 31-56. doi:10.7202/1018230ar
2. Grenier, A., Sussman, T., Barken, R., Bourgeois-Guérin, V., Rothwell, D. (2016). 'Growing Old' in Shelters and 'On the Street': Experiences of Older Homeless People. *J Gerontol Soc Work*, 59(6): 458-477. doi:10.1080/01634372.2016.1235067
3. Purkey, E., MacKenzie, M. (2019). Experiences of Palliative Health Care for Homeless and Vulnerably Housed Individuals. *J Am Board Fam Med*, 32(6): 858-867. doi:10.3122/jabfm.2019.06.190093
4. Stajduhar, K.I., Mollison, A., Giesbrecht, M., et coll. (2019). "Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC Palliat Care*, 18(1): 11. doi:10.1186/s12904-019-0396-7
5. Henry, B., Dosani, N., Huynh, L., Amirault, N. (2017). 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. *Curr Oncol*, 24(3): 187-191. doi:10.3747/co.24.3129
6. McNeil, R., Guirguis-Younger, M., Dilley, L.B. (2012). 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*, 11(1): 14. doi:10.1186/1472-684X-11-14
7. Rowley, J., Richards, N., Carduff, E., Gott, M. (2021). The impact of poverty and deprivation at the end of life: a critical review. *Palliat Care Soc Pract*, 15: 1-19. doi:10.1177/263235242111033873
8. Kirsh, K.L., Passik, S.D. (2006). Palliative Care of the Terminally Ill Drug Addict. *Cancer Invest*, 24(4): 425-431. doi:10.1080/07357900600705565
9. Stajduhar, K.I., Giesbrecht, M., Mollison, A., d'Archan-gelo, 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. *Palliat Support Care*, 18(6): 670-675. doi:10.1017/S1478951520000280
10. James, R., Flemming, K., Hodson, M., Oxley, T. (2021). Palliative care for homeless and vulnerably housed people: scoping review and thematic synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. Published online May 3, 2021: bmj-sp-care-2021-003020. doi:10.1136/bmjspcare-2021-003020