

Profil de données probantes rapide 29.2

(12 septembre 2022)

Question

Que pouvons-nous retenir des données probantes et des expériences des administrations au Canada et à l'étranger sur la prestation de soins palliatifs aux personnes en situation ou à risque d'itinérance?

Ce que nous avons constaté

Afin de guider les orientations et les programmes relatifs à la prestation de soins palliatifs aux personnes en situation ou à risque d'itinérance, nous avons recensé les données probantes et les expériences de l'ensemble des provinces et territoires canadiens. Nous avons également inclus les expériences d'autres pays lors de cette mise à jour du profil rapide des données probantes (voir l'encadré 1 pour une description de notre approche). Le questionnaire suivant nous a servi à trier nos résultats.

Questionnaire de classification

- Qui bénéficie des soins palliatifs?
 - des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements);
 - des personnes à risque d'itinérance (en situation de logement précaire).
- Pour quels groupes les soins palliatifs devraient-ils être adaptés?
 - la population noire;
 - les personnes 2SLGBTQ+;
 - les populations autochtones;
 - les nouveaux arrivants et les réfugiés;
 - les personnes ayant des problèmes de santé mentale;
 - les personnes aux prises avec un problème de dépendance ou de consommation;
 - les personnes en situation de handicap;
 - les autres personnes de couleur;
 - les anciens combattants;
 - les femmes;
 - les jeunes.

Encadré 1 : Notre approche

Nous avons recensé les documents probants portant sur la question en consultant : 1) ACCESSSS, 2) HealthEvidence, 3) Health Systems Evidence, 4) Social Systems Evidence, 5) [l'inventaire des meilleures synthèses des données](#) COVID-END et 6) PubMed. Toutes les recherches ont été effectuées entre le 16 et le 18 mars 2022. Les recherches complémentaires menées le 11 août 2022 dans le cadre de cette mise à jour n'ont pas permis de trouver de nouvelles données pertinentes. Nos stratégies de recherche figurent dans l'annexe 1. Pour réaliser le profil de données probantes rapide initial, nous avons dressé un portrait de la situation en effectuant une recherche manuelle dans les sites Web des gouvernements et des intervenants des provinces et territoires canadiens, de sept pays étrangers (Australie, Nouvelle-Zélande, Irlande, Brésil, Suède, Finlande, Royaume-Uni) et de quatre États des États-Unis (Californie, Washington, Massachusetts et Oregon). Le demandeur a sélectionné des pays qu'on peut facilement comparer au Canada.

Nous avons recherché des lignes directrices, des revues systématiques complètes (ou des articles dérivés tels que des résumés), des protocoles de revues systématiques et des titres ou questions de revues systématiques ou rapides qui étaient soit en cours, soit prioritaires.

Nous avons évalué la qualité méthodologique des revues systématiques complètes et rapides qui ont été jugées très pertinentes en utilisant l'outil AMSTAR. Les scores d'évaluation de la qualité des revues rapides sont souvent moins élevés en raison des raccourcis méthodologiques qui doivent être pris pour s'adapter à des échéanciers serrés. AMSTAR évalue la qualité globale sur une échelle de 0 à 11, où 11 représente une revue de la plus haute qualité. L'outil AMSTAR a toutefois été conçu pour évaluer les revues axées sur les interventions cliniques, de sorte que certains critères ne s'appliquent pas aux revues systématiques traitant de la prestation, du financement ou de la gouvernance au sein des systèmes de santé ou des systèmes sociaux élargis. Nous avons évalué la qualité des lignes directrices très pertinentes selon trois domaines de la Grille AGREE II (participation des groupes concernés, rigueur d'élaboration et indépendance éditoriale); un score

- Que prévoient les modèles de soins palliatifs destinés aux personnes en situation ou à risque d'itinérance?
 - l'accès à un logement sûr et stable;
 - du soutien et des soins en santé mentale;
 - du soutien et des soins relatifs à la dépendance;
 - l'adaptation des soins et du soutien à la culture;
 - la gestion de la douleur;
 - des services de soutien à la personne;
 - des dispositifs de soutien psychologique;
 - d'autres services sociaux (par exemple, soutien du revenu);
 - du soutien spirituel et du soutien aux personnes en deuil;
 - du soutien aux proches aidants;
 - du soutien à la navigation dans les systèmes de santé et de services sociaux.
- Quels acteurs fournissent les soins palliatifs?
 - des médecins;
 - des membres du personnel infirmier;
 - des pharmaciens;
 - des travailleurs sociaux;
 - des gestionnaires de cas;
 - des préposés aux bénéficiaires;
 - des professionnels en réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes);
 - des travailleurs communautaires ou de proximité;
 - des conseillers spirituels;
 - des pairs-conseillers;
 - des bénévoles.
- Où se déroulent les soins palliatifs?
 - à domicile;
 - en centre de soins palliatifs;
 - à l'hôpital;
 - en soins de longue durée;
 - en établissement correctionnel;
 - en refuge;
 - en unité mobile ou dans la communauté.
- Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre?
 - pour les bénéficiaires de soins palliatifs;
 - pour les prestataires de soins palliatifs;
 - pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes.
- Qu'utilise-t-on pour mesurer les résultats?
 - l'état de santé (y compris la qualité de vie);
 - l'équité (par exemple, l'intervention ou le programme cible les disparités en santé connues dans la population concernée);
 - l'expérience des patients;
 - les coûts;
 - l'expérience des prestataires ou de l'organisme (par exemple, les organismes communautaires).

Nous avons recensé 14 documents probants, dont 12 jugés très pertinents. Aucun nouveau document pertinent n'a été relevé dans la recherche complémentaire réalisée en août 2022. Les documents probants très pertinents retenus comprennent :

- six revues systématiques complètes; et
- six études individuelles offrant des informations complémentaires.

Nous exposons ici nos conclusions liées à la question, fondées sur des documents probants très pertinents et sur les expériences des provinces et territoires du Canada et d'autres pays. Des détails sur les types de documents retenus et leur nombre sont fournis dans le tableau 1. En outre, les tableaux 2 et 3 apportent des précisions sur les expériences des provinces, territoires et pays. L'annexe 1 détaille les méthodes utilisées, l'annexe 2 comprend la liste de tous les documents inclus (y compris ceux de pertinence moyenne et faible) et l'annexe 3 contient des liens vers les documents exclus à la dernière étape de l'évaluation.

Principales conclusions tirées de sources très pertinentes

La plupart des données analysées décrivaient les lieux de prestation des soins palliatifs ainsi que les obstacles et leviers à leur mise en place pour les bénéficiaires ou les prestataires. Nous avons trouvé peu d'études sur les groupes pour lesquels les soins palliatifs devraient être adaptés, sur les éléments de différents modèles de soins palliatifs, sur les acteurs et sur les résultats.

D'après les résultats d'une revue systématique de qualité élevée d'avril 2018 sur les [préoccupations et les besoins en soins palliatifs des personnes en situation d'itinérance](#), ces dernières sont nombreuses à penser que leurs soins de fin de vie ne sont pas considérés comme prioritaires, et que la présence d'une dépendance nuit à la qualité des soins. Par ailleurs, les prestataires de santé connaissent mal leur situation et elles reçoivent peu d'aide de leurs proches. Les auteurs concluent qu'il est possible d'agir sur ces enjeux en adoptant une approche souple, centrée sur le patient, à point donné et facilement accessible. Pour y arriver, la formation, l'éducation et l'acquisition d'expérience des professionnels de la santé seraient une bonne approche.

Une autre revue systématique de qualité élevée, publiée en février 2017, suggère que [les interventions pour améliorer la planification préalable des soins, les soins palliatifs et les soins de fin de vie](#) chez les personnes en situation d'itinérance sont efficaces. Elles consistent par exemple à assurer des soins palliatifs dans les logements supervisés et les refuges pour réduire les coûts et à coordonner les soins avec des services de réduction des méfaits pour améliorer l'accessibilité. La revue souligne qu'il est possible d'améliorer la continuité des soins en regroupant les services relatifs aux soins palliatifs, mais les auteurs reconnaissent que l'efficacité reste encore à prouver et que d'autres études de qualité élevée sont nécessaires.

Deux études de qualité moyenne analysant les [obstacles rencontrés par les personnes itinérantes](#) désirant accéder à des soins palliatifs ont mis en évidence plusieurs problèmes : 1) les priorités concurrentes du quotidien; 2) la stigmatisation dans les environnements classiques; 3) la charge élevée du soutien aux résidents en fin de vie pour le personnel des refuges ou des centres d'hébergement; 4) les obstacles liés aux structures, aux patients ou aux prestataires; 5) la rigidité des systèmes de soins classiques. [L'une de ces études indique](#) que l'on pourrait remédier à de nombreux obstacles à la prestation et à l'accessibilité en soins palliatifs en développant la confiance entre les personnes en situation d'itinérance et les professionnels de la santé, en améliorant la collaboration entre les services de santé et les services sociaux et en offrant plus de formation et de soutien à l'ensemble du personnel, professionnel ou non.

Une revue exploratoire de qualité moyenne publiée en mai 2021 a mis en évidence [trois grands thèmes relatifs aux soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire](#). Tout d'abord, les expériences, les croyances et les volontés : les personnes en situation d'itinérance ont des croyances fortes sur ce qui constitue un « bon » ou un « mauvais » décès et estiment que les services de soins de fin de vie permettent de faire un choix respectant leur dignité. Ensuite, les relations : ces personnes rencontrent plus de difficultés à établir des relations de confiance, tandis que les prestataires de soins palliatifs pourraient s'inspirer des approches de soins centrés sur la personne, sans jugement et ouverts à la diversité souvent adoptées par les services de

soutien à l'itinérance. Enfin, les soins de fin de vie : il est nécessaire de former le personnel intervenant auprès de cette population et d'offrir des soins cohérents, souples, multidisciplinaires, ouverts, respectueux et sans jugement. Selon les conclusions de l'étude, il conviendrait d'adopter des stratégies ciblées bienveillantes et cohérentes, qui combler les lacunes dans les environnements de soins et les services sociaux, de réduction des méfaits et de soins primaires.

Enfin, une [revue systématique de qualité faible](#) a été menée sur les soins de fin de vie des personnes qui consomment des substances, mais a recensé peu de données. La plupart des études incluses soulignaient la nécessité d'évaluations et de dépistages complets par les prestataires de soins de santé afin d'aider les personnes présentant un problème de consommation à gérer leur douleur. Les six études individuelles très pertinentes abordaient des thèmes similaires à ceux des revues systématiques, à savoir :

- [Le manque d'accès aux soins de fin de vie et d'éducation sur le sujet](#) pour les personnes en situation d'itinérance au Royaume-Uni, la stigmatisation venant de la population générale et des prestataires de soins de santé, et le manque de lieux de soins palliatifs adaptés (par exemple, services rigides, intolérance à la consommation de drogues).
- Les [obstacles aux soins palliatifs rencontrés par les personnes en situation d'itinérance à Toronto](#), à savoir la défiance et le mépris, l'insuffisance de l'offre en soins palliatifs et le manque de campagnes de prévention et de protection.
- Les perspectives de personnes en situation d'itinérance aux États-Unis et en Ontario sur les soins de fin de vie, notamment [la peur d'une mort violente, solitaire, invisible](#) ou anonyme, la peur que la famille ne soit pas prévenue, l'inquiétude à propos des obsèques, [la stigmatisation et la honte](#) l'emportant sur les problèmes de santé et les anciens traumatismes, l'impression que la [mort est toujours proche](#) dans la rue, les soins ou les antalgiques inadaptés, la réanimation forcée, la crainte d'une inhumation anonyme si personne ne réclame le corps.
- Les taux plus élevés de préparation de directives préalables rapportés dans la population quand les [interventions en planification préalable des soins \(PPS\)](#) comprennent l'accompagnement d'un médecin.
- Les [croyances spirituelles des personnes en situation d'itinérance aux États-Unis](#), classées dans les obstacles à la PPS, même si d'autres études sur les croyances religieuses et les expériences spirituelles relatives à la fin de vie des personnes en situation d'itinérance sont nécessaires.

Conclusion de l'analyse nationale

Le gouvernement fédéral du Canada reconnaît et soutient de plus en plus le besoin d'améliorer l'accessibilité des soins palliatifs pour les personnes en situation d'itinérance. Un rapport de Santé Canada publié en juin 2021, intitulé [Soins palliatifs à domicile et dans la communauté : Façonner l'avenir à partir des leçons retenues de la pandémie de COVID-19](#), souligne que les inégalités dans les délais et dans l'accessibilité des soins palliatifs existantes ont entraîné des difficultés extrêmes pour de nombreuses personnes (y compris les personnes en situation d'itinérance, vivant dans des communautés rurales ou éloignées et autochtones) lorsque les protocoles d'isolement et les soins virtuels ont été adoptés. Les auteurs ont dégagé plusieurs priorités : l'amélioration de l'accès à la technologie, l'accroissement de la collaboration intersectorielle et l'intégration d'une approche palliative des soins dans l'ensemble des services sociaux et de santé. Dans le cadre du [Plan d'action sur les soins palliatifs](#) de Santé Canada, le gouvernement entend améliorer en cinq ans l'accès aux soins palliatifs pour les populations mal desservies en échangeant des connaissances avec les parties prenantes et en soutenant le développement d'outils culturellement et linguistiquement adaptés pour la planification préalable des soins.

Les analyses nationales nous ont donné un aperçu des expériences de prestation des soins palliatifs aux personnes en situation ou à risque d'itinérance. Nous avons relevé des exemples de modèles de soins palliatifs dans plusieurs villes du pays :

- L'équipe [PORT \(Palliative Outreach Resource Team\)](#), située à Victoria en Colombie-Britannique, est une unité de consultation mobile fournissant des soins palliatifs en collaboration avec des partenaires communautaires (Université de Victoria, Victoria Cool Aid Society, Island Health, Victoria Hospice, etc.) aux personnes dont l'accès aux soins est compromis par l'itinérance ou d'autres obstacles en vue d'améliorer les résultats cliniques et l'utilisation des services de santé (c'est-à-dire le nombre de visites aux urgences et la durée moyenne des séjours).
- Le [CAMPP \(Calgary's Allied Mobile Palliative Program\)](#) collabore avec les Services de santé Alberta et le programme C2C (Connect to Care) pour offrir des soins palliatifs précoces et intégrés aux personnes en situation d'itinérance dans une unité mobile, militer pour des approches de soins et éduquer les usagers et les prestataires de soins et de services de santé.
- L'organisation à but non lucratif [Sanctum Care Group](#) accueille des populations marginalisées, dont des personnes en situation ou à risque d'itinérance, dans son centre de soins palliatifs et de transition de dix lits financé par la région sanitaire de Saskatoon et soutenu par des prestataires de soins de santé et de soins communautaires (par exemple, des médecins de premiers recours, du personnel infirmier, des intervenants en soins spirituels, des pairs-conseillers et des travailleurs de proximité en santé mentale et toxicomanie).
- Le [Programme Éducation et soins palliatifs pour les sans-abris \(ESPSA\)](#) à Toronto est une unité mobile offrant des soins palliatifs de confort et de l'aide à la définition d'objectifs psychologiques aux personnes vivant dans la rue et dans les refuges.
- Le [centre de soins palliatifs de l'Ottawa Inner City Health](#) est un programme de soins palliatifs et de réduction des méfaits dispensés 24 heures sur 24 en refuge par une équipe de médecins, d'infirmiers et infirmières et d'intervenants à la prestation des soins.
- La [Maison du Père](#) est un organisme à vocation sociale de Montréal offrant des soins palliatifs tels que la gestion des symptômes à des hommes en situation d'itinérance, avec des partenaires de la communauté, dont la Société des soins palliatifs du Grand Montréal et le département d'oncologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Certains de ces modèles de soins palliatifs ont aussi mentionné des [obstacles et leviers](#) qui doivent être pris en compte ou éliminés pendant la mise en œuvre, notamment :

- la navigation difficile dans les différents systèmes de soutien social (par exemple, l'aide au logement, l'assistance sociale, les banques alimentaires);
- les bris dans la continuité des soins;
- la stigmatisation et la discrimination des personnes en situation d'itinérance pendant la prestation des soins;
- les politiques rigides et le manque d'approches de réduction des méfaits et d'approches intersectionnelles;
- le sentiment d'insécurité des prestataires et du personnel;
- le manque de services accessibles dans les milieux de soins que préfèrent les personnes en situation d'itinérance.

Pour lutter contre une partie de ces obstacles, les critères de mise en œuvre suivants ont été suggérés par [une évaluation préliminaire des besoins](#) (Toronto, Ontario) et par un rapport du [Réseau ontarien des soins palliatifs](#) :

- Fournir les soins hors des milieux de soins traditionnels (par exemple, dans les unités mobiles, les refuges d'urgence, les haltes-accueils et les sites de réduction des méfaits) en encourageant des approches et des principes anti-oppressifs, intersectionnels et de réduction des méfaits.
- Utiliser des outils de dépistage pour définir les besoins sociaux et de santé.
- Former des équipes interdisciplinaires, composées de prestataires de soins de santé et de travailleurs sociaux, aux besoins spécifiques des personnes en situation d'itinérance recevant des soins palliatifs.

- Faire appel à des coordonnateurs de soins dans les services de soins palliatifs pour aider les personnes à s'y retrouver dans le système de santé.
- Offrir des services sociaux et de santé personnalisés aux personnes en situation d'itinérance (par exemple, une gestion de la douleur adaptée ou du soutien psychologique).
- Concevoir des stratégies d'atténuation pour garantir la sécurité des prestataires.
- Encourager le pouvoir d'agir et l'autonomisation pendant la planification préalable des soins.

Conclusion de l'analyse internationale

La mise à jour de ce profil de données probantes rapide a permis d'ajouter quelques nouvelles données à notre analyse des expériences internationales de prestation de soins palliatifs aux personnes en situation ou à risque d'itinérance. Dans l'ensemble, les soins palliatifs étaient définis comme des services de santé complets pour les personnes atteintes de maladies limitant l'espérance de vie, quel que soit leur âge. Très peu de pays disposaient de programmes ou de plans consacrés exclusivement à la prestation de soins palliatifs pour les personnes itinérantes.

Nous avons recensé plusieurs obstacles à l'accès de cette population aux soins palliatifs, dont [la méfiance envers les institutions et les autorités](#), l'insécurité des milieux de vie, l'insuffisance des connaissances, de la formation et de l'expérience des prestataires sur les soins aux personnes en situation d'itinérance, [les barrières culturelles relatives à la mort et à la fin de vie](#), le manque de sécurité financière et d'instruction, et [le soutien insuffisant à la planification des soins](#) par les organismes de santé et de services sociaux.

Voici plusieurs approches utilisées à l'international pour améliorer l'expérience des soins et la qualité de vie des personnes en situation d'itinérance ayant besoin de soins palliatifs :

- Le ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées australien fournit des [ressources utiles](#) pour la planification et la prestation des soins de fin de vie aux personnes en situation d'itinérance. Un [rapport publié en 2020](#) a répertorié des stratégies prometteuses d'amélioration des soins des personnes itinérantes : des services de soutien et des milieux de soins souples, l'enseignement d'approches culturellement adaptées tenant compte des traumatismes et l'adoption d'une approche de réduction des méfaits.
- Le [Plan d'action en soins palliatifs](#) de la Nouvelle-Zélande propose un modèle de soins palliatifs pour adultes centré sur la personne où le soutien, pendant la fin de vie, est envisagé de manière holistique et non plus uniquement sous l'angle des ressources et des capacités.
- Le Conseil national de la santé et du bien-être social suédois a défini plusieurs axes d'amélioration de son [approche nationale des soins palliatifs](#), notamment le renforcement de la formation des prestataires et l'augmentation des services de soutien aux personnes en fin de vie ayant besoin de soins palliatifs.
- Enfin, au Royaume-Uni, [l'hôpital St. Mungo's et l'organisme Marie Curie Cancer Care](#) ont ouvert un service visant à améliorer les soins de fin de vie des personnes du pays en situation d'itinérance grâce à des soins individualisés et holistiques faisant intervenir des prestataires de soins de première et de deuxième ligne, des spécialistes des soins palliatifs et des organismes sociaux.

Par ailleurs, nous avons constaté que la Finlande se démarquait des autres pays grâce à son [modèle Logement d'abord](#), qui offre aux personnes itinérantes un nouveau logement et des services d'insertion adaptés. Les résidents sont ainsi [orientés vers des services de soins palliatifs](#) dans des unités de soins, des services hospitaliers spécialisés, des consultations externes, à domicile ou en établissement. L'adoption de ce modèle dans les années 1980 a permis au pays de faire chuter l'itinérance.

Notre analyse de quatre États américains (Californie, Washington, Massachusetts et Oregon) n'a pas permis de relever d'approches systémiques des soins palliatifs pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance, mais nous avons trouvé des programmes fournissant et soutenant des services de santé, dont des soins palliatifs, aux personnes itinérantes. En voici quelques-uns :

- À Los Angeles, en Californie, le [Homeless Hospice Pilot](#) fournit des soins de fin de vie aux personnes en situation d'itinérance au sein de centres de répit et de logements supervisés permanents gérés par le comté.
- Dans l'État de Washington, le [Réseau de soins de santé pour les personnes en situation d'itinérance de Seattle et du comté de King](#) et le [Harborview Medical Center](#) offrent des services de répit aux personnes en situation d'itinérance, intégrant la réduction des méfaits et la réadaptation.
- Au Massachusetts, la [Barbara McInnis House](#) fournit des services médicaux et de répit de courte durée aux personnes itinérantes dont la santé est trop faible pour les refuges, sans pour autant relever de l'hôpital.
- En Oregon, le [Blackburn Center](#) propose des programmes de prise en charge des maladies chroniques et des services cliniques dans ses 124 logements abordables.

Les expériences d'autres pays sur les soins palliatifs ciblant les personnes en situation ou à risque d'itinérance dans les autres pays sont développées dans le tableau 3.

Tableau 1 : Tour d'horizon des types et du nombre de documents recensés sur la prestation de soins palliatifs aux personnes en situation ou à risque d'itinérance

Type de document	Total	Portée transversale/générale par rapport au questionnaire	Qui bénéficie des soins palliatifs?	Quels groupes auraient besoin de soins palliatifs adaptés?	Que prévoient les modèles de soins palliatifs destinés aux personnes en situation ou à risque d'itinérance?	Quels acteurs fournissent les soins palliatifs?	Où se déroulent les soins palliatifs?	Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre?	Qu'utilise-t-on pour mesurer les résultats?
Lignes directrices	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Revue systématiques complètes	8	1	8	1	1	2	1	4	1
Revue rapides	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Protocoles de revue en cours	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Titres ou questions de revue en phase de préparation	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Études individuelles	6	1	6	0	1	3	3	6	2

Tableau 2 : Expériences en prestation de soins palliatifs aux personnes en situation ou à risque d'itinérance au Canada

Province	Résumé des expériences
Au niveau pancanadien	• En août 2017, le gouvernement canadien a alloué six milliards de dollars sur dix ans aux provinces et territoires pour améliorer l'accès aux soins à domicile et communautaires, y compris aux soins palliatifs. ○ Le gouvernement investira également 184,6 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer l'accès des communautés autochtones. • Le Cadre sur les soins palliatifs au Canada, présenté au Parlement en décembre 2018, est un outil de référence utile destiné aux gouvernements, aux intervenants, aux aidants naturels et aux collectivités qui définit des orientations et des occasions communes fondées sur une approche des soins palliatifs axée sur la personne et la famille, holistique, équitable et recevant les ressources adéquates. ○ Le programme <i>Éducation et soins palliatifs pour les sans-abris</i> (ESPSA), reconnu par le Cadre comme une initiative exemplaire, facilite l'accès équitable aux soins palliatifs des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie au moyen d'une unité mobile qui offre des soins dans les rues et les refuges et collabore avec des services communautaires en Ontario (voir les expériences en Ontario pour en savoir plus). • Le Plan d'action sur les soins palliatifs sur cinq ans de Santé Canada comprend un objectif d'amélioration de l'accès aux soins palliatifs pour les populations mal servies, dont les personnes itinérantes, qui prévoit ces volets : ○ appuyer la diffusion en ligne de ressources et de soutiens adaptés pour les aidants naturels et les membres de la communauté dans les deux langues officielles; ○ organiser des discussions avec les intervenants afin d'explorer des façons d'améliorer l'accès à des soins palliatifs culturellement appropriés pour les populations mal servies et de partager les connaissances à cet égard; ○ appuyer l'élaboration d'outils culturellement et linguistiquement appropriés pour aider à accroître les discussions sur la planification préalable des soins; ○ appuyer les autres ministères fédéraux dans leurs efforts pour améliorer la prestation des soins palliatifs aux populations visées par leur mandat. • Un rapport de Santé Canada publié en juin 2021, intitulé Soins palliatifs à domicile et dans la communauté : Façonner l'avenir à partir des leçons retenues de la pandémie de COVID-19, souligne que les inégalités dans les délais et dans l'accessibilité des soins palliatifs existantes ont entraîné des difficultés extrêmes pour de nombreuses personnes en situation d'itinérance, vivant dans des communautés rurales ou éloignées et autochtones lorsque les protocoles d'isolement et les soins virtuels ont été adoptés. ○ Plusieurs priorités ont été dégagées : l'amélioration de l'accès à la technologie, l'accroissement de la collaboration intersectorielle et l'intégration d'une approche palliative des soins dans l'ensemble des services sociaux et de santé.
Colombie-Britannique	• Un rapport de recherche de l'Institute on Aging and Lifelong Health de l'Université de Victoria, publié en novembre 2018, décrit les expériences d'accès aux soins des « personnes structurellement vulnérables » (pour des raisons de pauvreté, de situation ou de risque d'itinérance, de race, d'incapacité, de santé mentale ou de toxicomanie), les obstacles et les leviers à l'amélioration de la qualité des soins et des recommandations à cet effet.

Province	Résumé des expériences
	○ Les obstacles recensés comprennent la navigation dans les différents systèmes de soutien social (par exemple, logement, aide sociale, banques alimentaires) et le maintien de la cohérence et de la continuité des soins. ○ En outre, les milieux de vie (par exemple, logements surpeuplés, refuges, chambres d'hôtel) gênent la prestation de soins à domicile. ○ Les patients interrogés ayant été orientés vers des prestataires de soins de santé connaissant bien les soins palliatifs ont rapporté une expérience plus positive quant à la qualité de vie et aux soins de fin de vie (par exemple, soins de compassion, plus de soutien médical, financier et social). ○ Voici les recommandations proposées pour améliorer la qualité et l'accès des soins palliatifs pour les personnes structurellement vulnérables : 1) offrir de la formation et des ressources sur les obstacles aux soins au personnel médical et non médical; 2) promouvoir et concevoir des stratégies visant à améliorer la coordination et la continuité des soins entre les services sociaux et de santé et réformer les politiques de gestion des risques nuisant aux soins; 3) faire participer les proches aidants informels (par exemple, la famille de la rue) à la prestation des soins et les soutenir dans cette démarche. ● Un rapport provisoire de février 2020 du groupe collaboratif ePAC (Equity in Palliative Approaches to Care) décrit le travail réalisé par l'équipe PORT (Palliative Outreach Resource Team) à Victoria. ○ Cette unité de consultation mobile cherche à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins palliatifs et apporte du soutien aux personnes qui ont du mal à accéder aux soins pour des raisons de pauvreté, d'itinérance, ou encore d'appartenance à des groupes stigmatisés et racisés. ○ L'équipe PORT, fruit de la collaboration de partenaires communautaires, dont l'Université de Victoria, Victoria Cool Aid Society, Island Health et Victoria Hospice, a vu le jour en 2019. ○ Elle est composée d'un médecin-conseil et d'une infirmière-conseil, spécialisés en soins palliatifs, qui réalisent les évaluations, planifient les soins et orientent les personnes vers des services de santé dans la communauté. ○ D'après le rapport, ce service diminuerait la fréquentation des urgences et la durée moyenne des séjours hospitaliers. ● Selon un article de presse, les programmes de soins palliatifs devraient s'adapter à la culture et aux besoins des peuples autochtones, qui représentent environ 30 % des personnes itinérantes à Victoria.
Alberta	● Services de santé Alberta travaille étroitement avec le programme de soins palliatifs CAMPP (Allied Mobile Palliative Program) destiné aux personnes en situation d'itinérance ou de logement instable à Calgary. ○ Le programme cherche à regrouper les soins complexes, la réduction des méfaits et les soins palliatifs pour les membres de cette population qui ont des besoins médicaux complexes et des comorbidités. ○ Voici les objectifs du programme CAMPP : 1) offrir des formations et militer en faveur de l'amélioration des soins palliatifs prodigués aux personnes aux besoins complexes se heurtant à des difficultés d'accès multiples; 2) fournir des consultations en soins palliatifs précoces et intégrées; 3) apporter de la formation, du soutien et du renforcement des capacités sur les approches palliatives des soins des populations marginalisées et vulnérables aux prestataires de santé et des services sociaux, de santé, et de logement de la Ville; 4) assurer la liaison entre les services existants et combler les lacunes dans les soins de ces personnes.

Province	Résumé des expériences
	○ Le CAMPP collabore avec le programme C2C (Connect to Care), un partenariat entre la Calgary's Urban Project Society (programmes et services à la communauté), la Alpha House (hébergement en refuge) et l'Institut de santé publique O'Brien de l'Université de Calgary. ○ Les personnes peuvent ainsi être aiguillées vers C2C par des prestataires de soins de courte durée, palliatifs, d'urgence et de première ligne ou par des ambulanciers. ● La stratégie de soins palliatifs et de fin de vie de Services de santé Alberta, définie dans l'Addenda de 2021 au cadre provincial, indique que des prestations de soins sont offertes dans cinq zones administratives : Nord, Edmonton, Centre, Calgary et Sud. ○ Calgary et Edmonton disposent toujours de programmes et de services palliatifs et de fin de vie intégrés et complets, ainsi que de nouveaux partenariats avec des organismes communautaires pour mieux répondre aux besoins des personnes itinérantes et marginalisées (par exemple, les populations autochtones). ● En 2021, des organismes d'aide aux personnes itinérantes de Calgary ont réclamé le financement de lits en soins palliatifs supplémentaires. ○ Il n'existe actuellement que deux lits en soins palliatifs dédiés aux personnes en situation d'itinérance.
Saskatchewan	● Le 3 novembre 2015, le Sanctum Care Group, organisation à but non lucratif, a ouvert un centre de soins palliatifs et de transition de 10 lits à Saskatoon pour les personnes vivant avec le VIH ou le sida qui sont également en situation ou à risque d'itinérance, en situation de pauvreté ou atteintes de troubles de santé mentale ou de toxicomanie. ○ Sept lits sont réservés au soutien et au traitement de la toxicomanie des personnes porteuses du VIH, deux aux soins de fin de vie des personnes séropositives ayant reçu un diagnostic palliatif, et un à des séjours de soins de répit inférieurs à 14 jours. ○ Lors de sa première année, le Sanctum a reçu 836 000 \$ en fonds de soutien de l'Office régional de la santé de Saskatoon. ○ Les soins sont fournis par des prestataires de santé et de services communautaires, dont des médecins de premiers recours, du personnel infirmier, des intervenants en soins spirituels, des pairs-conseillers et des travailleurs de proximité en santé mentale et toxicomanie.
Manitoba	● Pas de données
Ontario	● Un rapport du Réseau ontarien des soins palliatifs publié en avril 2019 fournit des recommandations pour améliorer les soins palliatifs dans la province : ○ Le <i>Cadre de prestation</i> reconnaît que les services palliatifs destinés aux personnes itinérantes et vulnérables doivent être mobiles et flexibles pour pouvoir aller au-delà des milieux de soins traditionnels et servir les personnes là où elles se trouvent, quel que soit leur emplacement ou le stade de leur maladie. ○ Il est recommandé d'éduquer et de former les prestataires travaillant dans les programmes de services sociaux (par exemple, les refuges, les programmes de santé mentale et les programmes de traitement de la toxicomanie) et les milieux de soins de santé à la détection de besoins en soins palliatifs chez les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire

Province	Résumé des expériences
	○ La composition de l'équipe de soins palliatifs de cette population devrait être interdisciplinaire, avec notamment des prestataires de soins à domicile et en milieu communautaire et des fournisseurs des programmes de services sociaux, et devrait disposer de moyens efficaces de communication et d'échange de l'information. ○ Les programmes des soins palliatifs et les organismes de services sociaux doivent établir des relations solides auprès des organismes et des prestataires de la communauté des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain afin de leur offrir un soutien approprié. ○ Il est essentiel d'établir des politiques pour atténuer les risques et fournir un soutien en matière de sécurité aux prestataires dans les quartiers où ils ne peuvent pas entrer pour des raisons de sécurité personnelle. ○ Il est important d'offrir une formation sur les pratiques d'anti-oppression et de réduction des méfaits qui tiennent compte des traumatismes aux prestataires de la population itinérante ou en situation de logement précaire. ● Le programme <i>Éducation et soins palliatifs pour les sans-abris (ESPSA)</i> offre des soins palliatifs aux personnes en situation d'itinérance à Toronto. ○ Il s'agit d'une unité mobile qui aide les personnes vivant dans la rue ou dans des refuges qui sont atteintes de maladies limitant l'espérance de vie à gérer la douleur et les symptômes ainsi qu'à remplir leurs objectifs psychosociaux de fin de vie uniques. ○ L'analyse a inclus 63 personnes, dont 35 % vivaient dans des refuges, 26,2 % dans des logements supervisés ou de transition et 3,2 % dans la rue. ○ Le diagnostic le plus fréquent était le cancer (61,9 %), suivi des diagnostics en santé mentale (58,7 %) et en toxicomanie (61,9 %). ○ Les décès sont survenus dans des services et des centres de soins palliatifs (44,4 %), à l'hôpital (23,8 %), dans des logements supervisés (12,6 %) et dans des refuges (7,9 %). ● Le centre de soins palliatifs d'Ottawa Inner City Health est un programme pilote efficace et économique où <i>des soins palliatifs sont dispensés dans des refuges</i> 24 heures sur 24 par des médecins, du personnel infirmier et des intervenants à la prestation des soins, en intégrant une approche de réduction des méfaits. ● Une <i>évaluation préliminaire des besoins</i> publiée le 12 mai 2017 décrit les obstacles à l'accessibilité des personnes en situation d'itinérance à Toronto à des services de soins palliatifs de qualité et les approches retenues. Voici les principaux obstacles : ○ Les refuges et les services de soins palliatifs classiques sont rigides et leur personnel n'a pas la formation nécessaire dans les domaines des dépendances, des problèmes de santé mentale et des soins palliatifs; les prestataires de services doivent aussi apprendre à être à l'aise lorsqu'ils parlent du décès. ○ Les services de réduction des méfaits ne sont toujours pas acceptés ou compris par de nombreux prestataires. ○ Les personnes en situation d'itinérance craignent qu'on leur refuse les services de fin de vie, voire internalisent la discrimination et pensent ne pas mériter ces services. ○ Les participants ont peur de mourir dans la solitude ou l'anonymat et s'inquiètent de ce qui arrivera à leur corps après le décès. ○ Les personnes ont parfois du mal à se présenter aux rendez-vous et à maintenir le contact avec les prestataires. ○ Elles peuvent aussi avoir du mal à respecter les modalités de leur traitement.

Province	Résumé des expériences
	○ Voici les approches de soins palliatifs pour les populations itinérantes suggérées : ▪ Des soins palliatifs en refuges (refuges d'urgence, haltes-accueils et centres de réduction des méfaits), qui sont associés à un degré de satisfaction plus élevé que l'hôpital, à un moindre coût. ▪ L'emploi de stratégies de réduction des méfaits dont les bénéfices sont avérés : fournir de l'alcool toutes les heures pour favoriser le confort et éviter le sevrage, ou distribuer des seringues stériles permettant la consommation de drogues à l'extérieur de l'établissement. ▪ La planification préalable des soins, qui favorise le pouvoir d'agir et l'autonomisation des personnes marginalisées tout en réduisant l'incertitude; la présence d'un conseiller individuel peut faciliter la préparation de directives préalables. ▪ La présence d'un coordonnateur de soins dans les services de soins palliatifs afin d'aider les patients à naviguer dans le système de santé et à accéder aux soins tout en réduisant leur marginalisation. ▪ Une gestion de la douleur personnalisée, en particulier pour les patients qui sont devenus très tolérants aux médicaments. ▪ La remise d'un questionnaire aux patients pour mieux déterminer leurs besoins et les méthodes de soutien; le Sick Kids Hospital a créé un outil d'identification des déterminants sociaux de la santé pour les patients en soins palliatifs. ▪ Une formation destinée aux prestataires de services sur besoins uniques des patients en situation d'itinérance recevant des soins palliatifs. ● Un rapport sur l'évaluation des besoins publié le 15 mai 2018 synthétise les conclusions d'un sondage auprès d'usagers et de prestataires de services de soins palliatifs. ○ La plupart des usagers interrogés s'identifiaient comme Autochtones; beaucoup n'avaient pas de logement stable. ○ De nombreux usagers n'avaient pas de prestataire de soins primaires et se rendaient aux urgences ou dans une clinique sans rendez-vous quand ils étaient malades. ○ Les usagers ont souligné l'importance de la thérapie holistique et de la guérison traditionnelle. ○ Des services palliatifs étaient offerts dans la plupart des établissements des prestataires de service interrogés, mais plus de la moitié n'avaient reçu aucune formation officielle dans le domaine. ○ Parmi les préoccupations, on retrouve le refus d'aller consulter, des critères d'admission difficiles à remplir ou discriminatoires, un manque de connaissances sur les services palliatifs offerts à la population, un besoin de services plus accessibles dans les communautés éloignées et un besoin de ressources pédagogiques supplémentaires.
Québec	● La Maison du Père est un organisme social montréalais qui fournit des chambres de soins palliatifs à des hommes en situation d'itinérance. ○ Elle fait appel à des partenaires de la communauté, dont la Société des soins palliatifs du Grand Montréal et le département d'oncologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). ○ Les membres du personnel et les bénévoles sont formés aux soins palliatifs et de fin de vie, notamment à la gestion des symptômes et à la prise de contact avec la famille perdue de vue.
Nouveau-Brunswick	● Pas de données
Nouvelle-Écosse	● Pas de données

Province	Résumé des expériences
Île-du-Prince-Édouard	• Pas de données
Terre-Neuve-et-Labrador	• Pas de données
Yukon	• Pas de données
Territoires du Nord-Ouest	• Pas de données
Nunavut	• Pas de données

Tableau 3 : Expériences d'autres pays en soins palliatifs ciblant les personnes en situation ou à risque d'itinérance

Pays	Résumé des expériences
Australie	- Le ministère australien de la Santé et des Soins aux personnes âgées est à l'origine de PalliaAGED, un outil consacré aux données probantes et aux pratiques en soins palliatifs pour les personnes âgées, qui comprend des ressources utiles sur la planification et la prestation de soins de fin de vie aux personnes en situation d'itinérance, en particulier sur la coordination des soins entre les familles et les prestataires de soins ou de services communautaires. - Un rapport de 2020 du Ministère décrit les principaux obstacles et des approches prometteuses pour améliorer l'expérience des soins palliatifs des personnes en situation d'itinérance, ce qui comprend la planification préalable des soins et l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins. - Les obstacles importants à l'accessibilité des services comprennent la méfiance envers les institutions et les sources d'autorité, l'insécurité des milieux de vie et l'insuffisance des connaissances, de la formation et de l'expérience des prestataires prodiguant des soins aux personnes en situation d'itinérance. - Certaines des approches prometteuses recensées sont l'éducation et la formation aux approches culturellement adaptées et tenant compte des traumatismes, la collaboration entre les services de soins palliatifs et de soutien aux personnes itinérantes et l'adoption d'une approche de réduction des méfaits.
Nouvelle-Zélande	- Le ministère de la Santé néo-zélandais définit les soins palliatifs comme des soins aux personnes atteintes de maladies limitant l'espérance de vie, quel que soit leur âge. - Une équipe de soins palliatifs a été créée pour coordonner un plan d'action dédié et diriger une initiative d'élaboration et d'amélioration nationale. - Le Plan d'action en soins palliatifs souligne que les soins palliatifs doivent pouvoir répondre aux besoins particuliers de l'ensemble des communautés et des groupes, y compris des personnes en situation d'itinérance. - Le modèle de soins palliatifs pour adultes centrés sur la personne proposé passe d'un cadre défini par les ressources et les capacités à une vision plus holistique du soutien pendant la fin de vie. - Il n'y a pas de recommandation ciblant les soins palliatifs des personnes en situation d'itinérance.
Irlande	D'après une étude de série de cas de 2015 du RCSI et du St. Francis Hospice, il y a plus de 3 800 personnes en situation d'itinérance en Irlande, dont le logement est assuré en premier lieu par des services d'hébergement d'urgence, suivis des services d'hébergement à long terme.
Brésil	- Le gouvernement brésilien définit les soins palliatifs comme des services de santé actifs et complets dispensés à des personnes atteintes de maladies graves, progressives et potentiellement mortelles. - Selon une étude de Silva et coll. de juin 2021 sur la façon dont les soins palliatifs sont dispensés dans les <i>favelas</i> du pays, les barrières culturelles liées au décès et à la fin de vie, le manque de sécurité financière et le manque d'instruction constituent des obstacles majeurs à l'accessibilité aux soins palliatifs. - Ces obstacles sont exacerbés par l'approche fragmentée de la prestation des soins palliatifs au Brésil.

Suède	- Le Conseil national de la santé et du bien-être social suédois a adopté une approche nationale d'évaluation des soins palliatifs en fin de vie qui a permis de mettre en lumière plusieurs points à améliorer, dont la formation continue des prestataires et le nombre de services de soutien destinés aux personnes en fin de vie ayant besoin de soins palliatifs. - Nous n'avons pas trouvé d'information sur les soins palliatifs des personnes itinérantes en Suède.
Finlande	- L'Institut finlandais de la santé et du bien-être définit les soins palliatifs comme des soins actifs et complets prodigués aux patients atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie visant l'atténuation des souffrances et l'amélioration de la qualité de vie. - Les soins palliatifs comprennent le soutien aux proches et peuvent être fournis pendant plusieurs années, jusqu'à la dernière étape, la fin de vie, qui peut durer des semaines ou des jours. - Les résidents du modèle Logement d'abord adopté dans les années 1980 sont orientés vers des services sociaux et de santé, notamment de soins palliatifs. Le programme a largement réduit le taux d'itinérance en Finlande, alors que ce taux n'a fait qu'augmenter dans presque tous les autres pays. - Le programme Logement d'abord fournit des services de soins palliatifs dans des unités de soins, des services hospitaliers spécialisés, des cliniques externes, ou à domicile, chez les patients ou dans des services résidentiels.
Royaume-Uni	St. Mungo's et Marie Curie Cancer Care ont créé à St. Mungo's un projet nécessitant une collaboration étroite avec son personnel de première ligne, des fournisseurs de soins primaires et secondaires, des spécialistes des soins palliatifs et des organismes de services sociaux. L'action comprend : - du soutien individuel pour les résidents; - la détection des indicateurs potentiels de fin de vie; - la formation du personnel de première ligne des centres d'hébergement; - le déploiement de cette formation à d'autres organismes britanniques dédiés à l'itinérance; - la coproduction de nombreux documents informatifs et ressources, dont une trousse documentaire, pour les centres d'hébergement dans tout le pays; - l'élaboration (avec St. Mungo's) de services pilotes de deuil pour les résidents et le personnel de première ligne. - St. Mungo's et Marie Curie Cancer Care ont ainsi créé une trousse documentaire pour améliorer les compétences et les connaissances des cadres et du personnel de première ligne intervenant auprès des personnes en situation ou à risque d'itinérance, notamment dans les secteurs des logements supervisés, de l'approche dynamique, des services relatifs à la drogue et à l'alcool et des centres de jour pour les personnes itinérantes. - Pathway, le plus grand organisme de bienfaisance britannique de services de santé pour les personnes en situation d'itinérance, a co-réalisé une analyse des principaux défis des personnes en situation d'itinérance avec St. Mungo's, Marie Curie, le Collège universitaire de Londres et Coordinate My Care (un service de soins d'urgence du National Health Service). Trois des stratégies concernent l'adaptation des services aux personnes itinérantes atteintes de maladies avancées : 1) Adopter une approche de planification en parallèle intégrant plusieurs scénarios. 2) Tenir régulièrement des réunions multiorganismes pour collaborer et favoriser la planification des soins. 3) Augmenter la disponibilité des services sociaux et de santé dans les centres d'hébergement et les centres d'accueil de jour pour soutenir le personnel et les résidents.

	• Il est en outre nécessaire d'améliorer la quantité et l'accessibilité, en offrant en particulier un service et du soutien dédiés 24 heures sur 24 aux personnes en situation d'itinérance.
États-Unis – Californie	• Le programme <i>Medi-Cal</i> du département des Services de santé de la Californie est à l'origine du programme HCC (<i>Logement pour une Californie en bonne santé</i>), visant à réduire les dépenses locales et de l'État. ○ Le programme prévoit un coordinateur et une équipe de soins pour les bénéficiaires, la gestion complète et la coordination des soins, la promotion de la santé, des soins de transition complets, du soutien aux proches et à la famille et des orientations vers des services d'assistance sociale et communautaire. • HCC et l'organisme communautaire Brilliant Corners ont reçu une subvention de 1,75 million de dollars sur deux ans pour le projet Homeless Hospice Pilot, offrant des soins de fin de vie dans des centres de répit et des logements supervisés permanents exploités par le comté de Los Angeles aux personnes en situation d'itinérance.
États-Unis – Washington	• Le département de la Santé de l'État de Washington définit les soins palliatifs comme des soins spécialisés pour les personnes atteintes de maladies graves. ○ Les soins sont centrés sur la réduction des symptômes et du stress de la maladie et du traitement afin d'améliorer et de maintenir la qualité de vie du patient, de ses proches et de ses aidants. ○ L'équipe de soins palliatifs valorise l'autonomie, l'accès à l'information et les choix du patient, qui est aidé avec sa famille à comprendre la nature de sa maladie et à prendre des décisions éclairées sur ses soins. ○ Aucune initiative de soins palliatifs ciblés pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance n'a été recensée. • Le Réseau de soins de santé pour les personnes en situation d'itinérance de Seattle et du comté de King offre des services de santé à ces personnes et forme les prestataires de santé et de services à mieux répondre à leurs besoins. ○ Un service de répit de 34 lits est disponible pour offrir des soins temporaires aux personnes en situation d'itinérance, mais il ne cible pas les soins palliatifs. ○ Il existe des lignes directrices sur les meilleures pratiques de soins de santé pour les personnes en situation d'itinérance, mais aucune n'est dédiée aux soins palliatifs. • Le Harborview Medical Center dispose d'un programme de répit avec de la réduction des méfaits et des soins de répit pour les personnes en situation d'itinérance trop malades pour retourner vivre en refuge ou dans la rue, sans pour autant avoir besoin de soins hospitaliers. ○ Les patients peuvent bénéficier de soins infirmiers pendant une durée de six semaines au maximum, ou jusqu'à six mois en cas de maladie grave. ○ Ce centre privilégie plutôt les soins de courte durée. • Aucune approche systémique des soins palliatifs pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance n'a été recensée.
États-Unis – Massachusetts	• Le département de la Santé et des services sociaux du Massachusetts définit les soins palliatifs comme le traitement complet de l'inconfort, des symptômes et du stress associés aux maladies graves. ○ Des soins et du confort sont ainsi offerts tout au long de la maladie, au-delà de la seule fin de vie. • La Barbara McInnis House fournit des soins médicaux et de répit de courte durée aux personnes en situation d'itinérance trop malades pour vivre en refuge, mais pas assez pour aller à l'hôpital. ○ L'établissement comporte 104 lits destinés aux personnes en situation d'itinérance.

	○ La plupart des personnes reçoivent leur congé au bout de quelques semaines, avec des exceptions pour celles qui n'ont pas accès au réseau de santé faute de documents de citoyenneté ou d'immigration. ○ L'ensemble du personnel médical est formé aux soins de fin de vie. • Aucune approche systémique des soins palliatifs pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance n'a été recensée.
États-Unis – Oregon	• Le Blackburn Center dispose de 124 logements abordables et de services médicaux, de santé mentale et de rétablissement. ○ Ce centre propose des programmes de gestion des maladies chroniques ainsi que des services en santé mentale et toxicomanie aux personnes en situation ou à risque d'itinérance. ○ Cependant, l'offre ne comporte pas de programmes dédiés aux soins palliatifs. • Aucune approche systémique des soins palliatifs pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance n'a été recensée.

Bhuiya A., T. Bain, S. Al-Khateeb, S. Soueidan, A. Wang, T. Jarvis, T. Sood, P. De Maio, V. Mehta et M. G. Wilson. *Profil de données probantes rapide 29.2 : Que pouvons-nous retenir des données probantes et des expériences d'autres administrations sur la prestation de soins palliatifs aux personnes en situation ou à risque d'itinérance?* Hamilton : McMaster Health Forum, 12 septembre 2022.

Ce travail a été réalisé avec le soutien d'Excellence en santé Canada (ESC). ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada; les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada. L'utilisation ou la reproduction sans modification de cette publication est autorisée au Canada à des fins non commerciales seulement. Cette publication est fournie « en l'état » et à titre informatif ou éducatif seulement. Elle n'est pas destinée à fournir des conseils médicaux spécifiques ou à se substituer au jugement d'un professionnel de la santé. Les personnes ayant préparé ou contribué à cette publication déclinent toute responsabilité ou garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite.



HEALTH FORUM

>> Contact us

1280 Main St. West, MML 417
Hamilton, ON, Canada L8S 4L6
+1.905.525.9140 x.22121
forum@mcmaster.ca

>> Find and follow us

mcmasterforum.org
healthsystemsevidence.org
socialsystemsevidence.org
mcmasteroptimalaging.org
   mcmasterforum

Annexe 1 : Précisions méthodologiques

Nous utilisons un protocole standard pour préparer les profils de données probantes rapides afin de nous assurer que notre approche pour recenser les données probantes et les expériences au Canada et dans d'autres pays soit aussi systématique et transparente que possible dans le temps de préparation qui nous a été imparti.

Recherche des données probantes

Pour ce profil, nous avons repéré les revues systématiques complètes et les études individuelles pertinentes en consultant :

1. ACCESSSS;
2. HealthEvidence;
3. Health Systems Evidence;
4. Social Systems Evidence;
5. [l'inventaire des meilleures synthèses des données](#) COVID-END;
6. PubMed.

Dans ACCESSSS, nous avons effectué cette recherche par mots-clés : (homeless* OR hous*) AND (palliative OR hospice OR end-of-life OR end of life). Dans HealthEvidence, nous avons effectué cette recherche par mots-clés : (homeless* OR hous*) AND (palliative OR hospice OR end-of-life OR end of life). Dans Health Systems Evidence, nous avons cherché des résumés de revues systématiques, des revues systématiques des effets et des revues systématiques portant sur d'autres questions en effectuant une recherche ouverte avec les mots-clés : (homeless* OR hous*) AND (palliative OR hospice OR end-of-life OR end of life). Dans Social Systems Evidence, nous avons cherché des résumés de revues systématiques, des revues systématiques des effets et des revues systématiques portant sur d'autres questions en effectuant une recherche ouverte avec les mots-clés : (homeless) AND (palliative OR hospice OR end-of-life OR end of life) AND care. Dans l'inventaire des meilleures synthèses des données COVID-END, nous avons effectué cette recherche par mots-clés : (homeless*) AND (palliative OR hospice OR end-of-life OR end of life) AND care. Enfin, nous avons effectué une recherche dans PubMed en activant les filtres « revues » et « revues systématiques » et en utilisant les mots-clés : (homeless*) AND (palliative OR hospice OR end-of-life OR end of life).

Les résultats ont été analysés par un membre de l'équipe afin de dégager les documents pertinents. Une évaluation finale de l'inclusion a été effectuée par la personne qui a effectué la sélection initiale et par l'auteur principal du profil de données probantes rapide, les désaccords étant résolus par consensus ou avec la contribution d'un troisième évaluateur de l'équipe. L'équipe a utilisé un canal virtuel dédié pour débattre des critères d'inclusion et d'exclusion et les affiner de manière itérative tout au long du processus, ce qui permet de disposer d'une liste courante de considérations que tous les membres peuvent consulter au cours des premières étapes de l'évaluation.

Au cours de ce processus, nous avons inclus la documentation publiée, la documentation préimprimée et la littérature grise. Nous n'avons pas exclu les documents sur la base de leur langue. Cependant, nous n'avons pas été en mesure d'extraire les principales conclusions des documents rédigés dans des langues autres que le chinois, l'anglais, le français ou l'espagnol. Nous avons fourni tous les documents dont le contenu n'est pas disponible dans ces langues dans une annexe contenant les documents exclus aux dernières étapes de l'évaluation.

Expériences des provinces et territoires canadiens

Pour chaque profil, nous avons consulté plusieurs sources pour recenser les expériences, dont des sites répertoriant les réponses des pays à la pandémie et des sites Web de gouvernements et de ministères. Par exemple, nous avons consulté des sites Web de gouvernements, ministères et agences fédéraux et provinciaux comme l'Agence de la santé publique du Canada.

Nous n'excluons aucun pays en fonction de la langue, mais nous ne sommes pas en mesure d'extraire d'information sur les pays dont la langue officielle n'est pas l'anglais, le chinois, le français ou l'espagnol, sauf si cette information est disponible sur les sites de suivi des réponses des gouvernements.

Évaluation de la pertinence et de la qualité des documents probants

Nous évaluons la pertinence de chaque document probant inclus comme suit : élevée, moyenne ou faible. Nous utilisons ensuite un gradient de couleur pour refléter la pertinence élevée (bleu le plus foncé) à faible (bleu le plus clair).

Si nous avons trouvé des lignes directrices, deux examinateurs auraient évalué de manière indépendante leur qualité en utilisant AGREE II. Nous aurions utilisé trois domaines dans l'outil (implication des intervenants, rigueur de l'élaboration et indépendance éditoriale) et classé les lignes directrices comme étant de haute qualité si elles avaient obtenu un score de 60 % ou plus dans chacun de ces domaines.

Deux examinateurs évaluent indépendamment la qualité méthodologique des revues systématiques et des revues rapides jugées très pertinentes. Les désaccords sont résolus par consensus, avec un troisième examinateur si nécessaire. AMSTAR évalue la qualité méthodologique globale sur une échelle de 0 à 11, où 11/11 représente une revue de la plus haute qualité. Les avis de haute qualité sont ceux dont la note est égale ou supérieure à 8/11, les avis de qualité moyenne sont ceux dont la note est comprise entre 4 et 7, et les avis de faible qualité sont ceux dont la note est inférieure à 4. L'outil AMSTAR a toutefois été conçu pour évaluer les revues axées sur les interventions cliniques, de sorte que certains critères ne s'appliquent pas aux revues systématiques traitant de la prestation, du financement ou de la gouvernance au sein des systèmes de santé ou des systèmes sociaux plus larges. Lorsque le dénominateur n'est pas 11, un aspect de l'outil a été considéré comme non pertinent par les évaluateurs. En comparant les notes, il est donc important de garder à l'esprit les deux parties du score (c'est-à-dire le numérateur et le dénominateur). Si, par exemple, un avis obtient une note de 8/8, il est généralement de qualité comparable à un avis qui obtient une note de 11/11; les deux notes sont considérées comme des « notes élevées ». Un score élevé indique que les lecteurs de l'étude peuvent avoir un degré élevé de confiance dans ses conclusions. Un score faible, en revanche, ne signifie pas que la revue doit être écartée, mais simplement que l'on peut accorder un degré de confiance moins élevé à ses conclusions et que la revue doit être examinée de près pour mettre en évidence ses limites. (Lewin, S., A. D. Oxman, J. N. Lavis, A. Fretheim. « SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review », *Health Research Policy and Systems*, vol. 7, suppl. 1, 2009, S8.)

Préparation du profil

Chaque document inclus est relié par un hyperlien à sa source afin de faciliter la recherche. Pour toutes les lignes directrices, les revues systématiques, les revues rapides et les études individuelles (lorsqu'elles sont incluses), nous préparons un petit nombre de points qui fournissent un résumé des principaux résultats, qui sont utilisés pour résumer les messages clés dans le texte. Les protocoles et les titres ou questions ont leurs titres en hyperlien étant donné que les résultats ne sont pas encore disponibles. Nous rédigeons ensuite un résumé qui met en évidence le nombre total de différents types de documents très pertinents retenus (classés par document), ainsi que leurs principales conclusions, la date de la dernière recherche (ou la date de la dernière mise à jour ou publication) et la qualité de la méthodologie.

Annexe 2 : Principales conclusions tirées de documents probants qui traitent de la question, classées en fonction du type de document et de la pertinence par rapport à la question et à la COVID-19

Type de document	Pertinence par rapport à la question	Principales conclusions	Date ou statut
Lignes directrices	Aucune repérée		
Revue systématique complète	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements); ○ des personnes à risque d'itinérance (en situation de logement précaire). • Quels acteurs fournissent les soins palliatifs? ○ des travailleurs sociaux; ○ des pairs-conseillers; ○ des travailleurs communautaires ou de proximité. • Où se déroulent les soins palliatifs? ○ en refuge; ○ en unité mobile ou dans la communauté. • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes.	• Cette revue répertorie 11 thèmes descriptifs, dont trois principaux, liés aux soins palliatifs pour les personnes en situation ou à risque d'itinérance. • Le premier grand thème concerne les expériences, les croyances et les volontés. ○ On constate que les personnes en situation d'itinérance ont des croyances fortes sur ce qui constitue un « bon » ou un « mauvais » décès en raison de leur vécu à ce sujet. ○ Ces personnes estiment aussi que les services de soins de fin de vie permettent de faire des choix respectant leur dignité. ○ La revue fait état d'obstacles relatifs aux directives préalables et à la planification préalable des soins, qui nécessiteraient d'autres recherches pour être mieux comprises et mieux adaptées à ces populations. • Le deuxième grand thème concerne les relations. ○ On observe que les personnes en situation ou à risque d'itinérance ont plus de mal à établir des relations de confiance. ○ Les centres d'hébergement sont cités comme des lieux de soutien potentiels, avec toutefois des limites quant aux types de soins dispensés. ○ Les soins en refuge sont reconnus comme économiques, mais leur efficacité reste encore à prouver. ○ Les prestataires de soins palliatifs pourraient s'inspirer des approches de soins centrées sur la personne, sans jugement et ouverts à la diversité souvent adoptées par les services de soutien à l'itinérance. ○ La revue met en lumière l'exclusion systématique de cette population des soins de fin de vie, ainsi que le manque de communication entre les services aux	Publiée en mai 2021

		personnes en situation d'itinérance et les services de santé. • Le troisième grand thème concerne les soins de fin de vie. ○ Il est nécessaire de former le personnel intervenant auprès de cette population pour répondre à ses besoins complexes et changeants. ○ Une communication ouverte pourrait permettre aux prestataires d'interventions de réduction des méfaits et aux travailleurs de proximité en refuges de mieux détecter les besoins sociaux urgents des personnes en situation d'itinérance, notamment en matière de logement, d'alimentation, d'hygiène et de sécurité. ○ En fin de vie, une approche des substances psychoactives centrée sur la réduction des méfaits pourrait bénéficier aux personnes en situation ou à risque d'itinérance. ○ Il n'y a actuellement pas suffisamment de soins cohérents, souples, multidisciplinaires, ouverts, respectueux et sans jugement. • Il sera nécessaire de combiner l'expertise en soins palliatifs, en soins des personnes en situation ou à risque d'itinérance à l'expertise du vécu de ces personnes. • Les auteurs croient que les approches à mettre en place devraient être bienveillantes et cohérentes et combler les lacunes dans les refuges et les services sociaux, de réduction des méfaits et de soins primaires. Source (score AMSTAR : 5/9)	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour les prestataires de soins palliatifs.	• Cette revue exploratoire analyse les obstacles d'accessibilité aux soins palliatifs rencontrés par les personnes en situation d'itinérance. • Six thèmes se dégagent des 57 articles pertinents inclus : ○ Les caractéristiques des personnes en situation d'itinérance ayant besoin de soins de fin de vie. ○ Les préférences et les préoccupations des personnes en situation d'itinérance à l'approche de la fin de vie. ○ Le rôle de la spiritualité chez les personnes en situation d'itinérance en fin de vie.	Dernière recherche bibliographique en mars 2018

		○ Les obstacles aux soins liés aux patients, aux prestataires, aux établissements et aux structures. ○ Les modèles de soins palliatifs inclusifs. ○ Les implications pour les politiques et les pratiques. • La revue fait état de la nécessité de s'attaquer en parallèle aux obstacles liés aux patients, aux prestataires et aux structures, soulignant la multiplicité de ces obstacles autant du côté des professionnels que de celui des personnes en situation d'itinérance et l'importance de la recherche commune de solutions. • Le potentiel d'amélioration de la qualité de la fin de vie de cette population vulnérable est considérable. Source (score AMSTAR : 5/9)	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Que prévoient les modèles de soins palliatifs destinés aux personnes en situation ou à risque d'itinérance? ○ la gestion de la douleur.	• Les professionnels de santé et de services sociaux éprouvent des difficultés à répondre aux besoins des personnes en fin de vie qui consomment des substances. • En effet, la toxicomanie complique notamment la prescription d'antalgiques et exige de faire preuve de souplesse dans la prestation de services en alcoolisme et toxicomanie et de soins de fin de vie. • Les données probantes issues de cette revue ont été classées dans trois catégories : ○ la gestion de la douleur; ○ populations en situation d'itinérance et autres; ○ alcoolisme. • Peu de données ont été recensées sur les soins de fin de vie des personnes ayant un problème de consommation. • La plupart des études soulignent le besoin d'évaluations complètes par des cliniciens afin d'aider les personnes consommant des substances à gérer la douleur, ainsi que l'importance du dépistage de la surconsommation d'alcool, qui peut être une façon de compenser l'insuffisance du traitement de la douleur en fin de vie. • La revue recommande le développement de modèles de pratiques exemplaires sur l'usage de substances psychoactives en fin de vie ainsi que la réalisation d'études	Dernière recherche bibliographique en août 2017

		de prévalence afin d'élargir le contexte pour l'élaboration de politiques. • Source (score AMSTAR : 4/9)	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Qu'utilise-t-on pour mesurer les résultats? ○ l'état de santé (y compris la qualité de vie); ○ l'expérience des patients; ○ les coûts.	• Il existe des données en faveur de l'efficacité des interventions visant à améliorer la planification préalable des soins, les soins palliatifs et les soins de fin de vie pour les personnes en situation d'itinérance (telles que des logements supervisés, la baisse des coûts grâce aux soins palliatifs en refuge et l'amélioration de l'accessibilité grâce à la coordination avec des services de réduction des méfaits), mais cette efficacité reste encore à prouver. • La planification préalable des soins pour cette population est faisable et devrait être encouragée. • La continuité des soins pour les personnes en situation d'itinérance pourrait être améliorée par l'intégration et la coordination des services spécialisés en soins palliatifs et en itinérance. • Les interventions devraient être intensives, holistiques et faire preuve de souplesse dans les services. • Sont nécessaires des études rigoureuses et de qualité élevée sur ces interventions, analysant le contexte unique et complexe de l'itinérance et recherchant les résultats sur les patients, sur la charge des aidants et sur le rapport coût-efficacité. Source (score AMSTAR : 8/11)	Publiée en février 2017
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance. • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour les prestataires de soins palliatifs; ○ pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes.	• Cette revue systématique examine les défis de l'accessibilité et de la prestation des soins palliatifs pour les populations en situation d'itinérance, et suggère des axes d'amélioration. • Une analyse thématique a été menée pour relever les points communs, les différences et les passerelles entre les études et pour mieux comprendre les perspectives des populations en situation d'itinérance et des professionnels qui les soutiennent. • Certains des obstacles à l'accessibilité et à la prestation des soins palliatifs comprennent :	Publiée en décembre 2016

		○ Les habitudes de vie chaotiques parfois associées à l'itinérance. ○ Les difficultés d'assurer des soins de santé en centre d'hébergement ou en refuge en raison du manque de ressources. ○ La sous-utilisation et le nombre insuffisant d'options en soins palliatifs classiques pour les personnes en situation d'itinérance en raison de facteurs multiples, dont les comorbidités, l'usage de substances psychoactives et la méfiance envers le système et les professionnels de la santé. • Les obstacles découlent des priorités concurrentes du quotidien, de la stigmatisation dans les environnements classiques, de la charge élevée du soutien aux résidents en fin de vie pour le personnel des refuges ou des centres d'hébergement et de la rigidité des systèmes de soins classiques. • Les suggestions pour améliorer l'accessibilité des soins palliatifs comprennent : ○ Établir un lien de confiance entre les personnes en situation d'itinérance et les professionnels de la santé. ○ Améliorer la collaboration entre les services. ○ Étendre la formation et le soutien à l'ensemble des professionnels. Source (score AMSTAR : 5/9)	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour les prestataires de soins palliatifs.	• Les personnes en situation d'itinérance sont nombreuses à penser que leurs soins de fin de vie ne sont pas considérés comme prioritaires et que la présence d'une dépendance nuit à la qualité des soins. Par ailleurs, les prestataires de soins de santé connaissent mal leur situation et elles reçoivent peu d'aide de leurs proches. • Beaucoup des obstacles et leviers des soins palliatifs relevés sont liés à l'attitude des professionnels de la santé envers les personnes en situation d'itinérance. • Une approche basée sur le respect est essentielle à la dignité des patients et à la qualité des soins palliatifs. • Une approche centrée sur le patient, souple, facilement accessible et prenant en compte les préoccupations des	Dernière recherche bibliographique en mai 2016

		personnes en situation d'itinérance permettrait d'offrir des soins palliatifs appropriés en temps opportun. • Pour y arriver, la formation, l'éducation et l'acquisition d'expérience des professionnels de la santé seraient une bonne approche. Source (score AMSTAR : 9/9)	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Pour quels groupes les soins palliatifs devraient-ils être adaptés? ○ les personnes aux prises avec un problème de dépendance ou de consommation; ○ les anciens combattants.	• On constate une forte prévalence du tabagisme et des affections respiratoires chez les personnes en situation d'itinérance. • La plupart des études incluses dans cette revue ont examiné la prévalence de ces affections, dont la MPOC, l'asthme, les cancers des voies respiratoires et la tuberculose. • Les auteurs ont découvert que peu de personnes en situation d'itinérance atteintes de maladies respiratoires recevaient des soins, malgré l'existence de services ciblant cette population. • La revue n'a trouvé aucune étude portant spécifiquement sur la prestation de soins palliatifs aux populations en situation d'itinérance. • Des recherches complémentaires sur les stratégies de prestation des soins palliatifs aux personnes en situation d'itinérance et sur les barrières et leviers existants sont suggérées. • Des études sur l'incidence sur la famille, les amis ou les réseaux informels fournissant des soins palliatifs et sur leur rôle sont également nécessaires. Source (score AMSTAR : 4/9)	Publiée en septembre 2020
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Quels acteurs fournissent les soins palliatifs? ○ des membres du personnel infirmier.	• Le système de prestation de soins pourrait s'appuyer sur les compétences des infirmières et infirmiers autorisés pour transformer les services de santé de la population itinérante et améliorer la qualité de vie globale. • Dans les interventions existantes, les infirmiers et infirmières sont des personnes-ressources, des gestionnaires de cas, des pédagogues ou encore des intervenants en thérapie de groupe.	Publiée en octobre 2018

		Il est principalement recommandé d'adopter une approche holistique des soins infirmiers pour améliorer la situation de la population itinérante afin de traiter au mieux ses besoins et troubles physiques, mentaux et sociaux complexes. Source (score AMSTAR : 3/10)	
Revue rapides	Aucune repérée		
Protocoles de revues en cours	Aucun repéré		
Titres et questions de revues en phase de préparation	Aucun repéré		
Études individuelles	- Qui bénéficie des soins palliatifs? - des personnes en situation d'itinérance. - Que prévoient les modèles de soins palliatifs destinés aux personnes en situation ou à risque d'itinérance? - du soutien spirituel et du soutien aux personnes en deuil.	- Cette revue narrative de la littérature fait état des connaissances actuelles sur les préoccupations spirituelles des personnes en situation d'itinérance en fin de vie. - La recherche bibliographique a permis d'extraire 11 analyses documentaires, provenant en majorité des États-Unis. - Les croyances spirituelles de la population itinérante du pays sont classées dans les obstacles à la planification préalable des soins. - Une étude américaine révèle que 75 % des participants itinérants craignaient que personne n'apprenne leur décès et que 85 % avaient des inquiétudes concernant leurs futurs soins de fin de vie. - D'autres études américaines confirment la primauté des croyances religieuses et de l'expérience spirituelle dans les enjeux de fin de vie chez cette population. - Néanmoins, il existe peu de recherches sur les priorités de fin de vie de cette population, et encore moins de recherches intégrant des points de vue de tous horizons. Source	Publiée le 2 septembre 2018
	- Qui bénéficie des soins palliatifs? - des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). - Quels acteurs fournissent les soins palliatifs?	Cette revue de la littérature explore les raisons pour lesquelles les personnes en situation d'itinérance au Royaume-Uni sont incapables d'accéder à des services de soins palliatifs répondant à leurs besoins complexes.	Publiée le 2 avril 2019

	○ des membres du personnel infirmier. • Où se déroulent les soins palliatifs? ○ à l'hôpital; ○ en unité mobile ou dans la communauté. • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes. • Qu'utilise-t-on pour mesurer les résultats? ○ l'état de santé (y compris la qualité de vie); ○ l'équité (par exemple, l'intervention ou le programme cible les disparités en santé connues dans la population concernée); ○ l'expérience des patients.	• Les auteurs discutent du caractère imprévisible de la trajectoire des maladies des personnes en situation d'itinérance et des lacunes du système de santé. • D'autres paramètres étudiés étaient le manque d'éducation sur la fin de vie et les besoins complexes des personnes itinérantes (par exemple, problèmes de santé physique et mentale ou toxicomanie), la stigmatisation de la part du grand public et des prestataires de soins de santé et le faible nombre de lieux de soins palliatifs adaptés (par exemple, services rigides, faible tolérance à la consommation de substances). • Une suggestion de stratégie d'amélioration des résultats en fin de vie serait de faire appel à des membres du personnel infirmier pour faciliter la collaboration avec les autres professionnels de santé. Source	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Quels acteurs fournissent les soins palliatifs? ○ des membres du personnel infirmier. • Où se déroulent les soins palliatifs? ○ en refuge; ○ en unité mobile ou dans la communauté. • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes. • Qu'utilise-t-on pour mesurer les résultats? ○ l'état de santé (y compris la qualité de vie); ○ l'expérience des patients.	• Cette revue narrative de la littérature évalue les interventions en planification préalable des soins (PPS) de fin de vie destinées aux personnes en situation d'itinérance. • La revue fait état d'un taux élevé de préparation de directives préalables (27 à 50 %) chez la population itinérante recevant des interventions de PPS et d'une efficacité bien supérieure des interventions de cliniciens par rapport aux interventions en autonomie. • Les interventions à l'étude ont eu lieu dans des points de service sans rendez-vous au Minnesota, des refuges pour personnes itinérantes à Toronto et des logements de transition en Californie. • Les perspectives des participants sur la fin de vie comprenaient la peur d'une mort violente, solitaire ou anonyme, la peur que leur corps ne soit pas identifié et que la famille ne soit pas prévenue et des inquiétudes à propos des obsèques. • Les opinions sur les prestataires de soins de santé étaient variées : certains participants leur faisaient confiance pour	Publiée en septembre 2017

		déterminer leurs soins de fin de vie, tandis que d'autres trouvaient qu'ils exerçaient trop de contrôle. • La revue conclut qu'il est important d'éduquer la population itinérante quant aux différents types de soins de fin de vie et que le personnel infirmier de santé publique pourrait promouvoir efficacement la PPS. Source	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes.	• L'étude examine les inégalités d'accès aux soins palliatifs de la population itinérante à Toronto. • Parmi les obstacles aux soins palliatifs répertoriés figurent le bris de la relation de confiance et le mépris, l'insuffisance de l'offre en soins palliatifs et le manque de campagnes de prévention et de protection. • D'après une étude rétrospective sur des soins palliatifs en refuge, les pratiques de réduction des méfaits, la mise en place de limites, les approches de gestion de cas intensive et la signature de contrats avec les patients favorisent le sentiment de sécurité du personnel et des autres résidents. • Les auteurs recommandent une approche de santé publique basée sur l'intégration des soins et sur des partenariats avec des refuges et des prestataires de services, susceptible d'amener les soins palliatifs vers les milieux où les personnes en situation d'itinérance se sentent à l'aise. Source	Publiée le 27 juin 2017
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Où se déroulent les soins palliatifs? ○ à l'hôpital. • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes.	• Cette étude qualitative examine les perspectives de personnes du sud-est de l'Ontario en situation d'itinérance ou de logement précaire sur l'accès aux services hospitaliers, dont les soins palliatifs. • Les auteurs reconnaissent le besoin de soins palliatifs mobiles et souples pour cette population, étant donné que les services actuels sont parfois rigides, avec par exemple une obligation de logement pour recevoir un traitement et une certaine réticence envers l'approche de réduction des méfaits. • La stigmatisation et la honte des participants étaient parfois si fortes qu'elles l'emportaient sur tout le reste, y	Publiée le 1 ^{er} juillet 2019

		compris sur les problèmes de santé et les anciens traumatismes. • Les participants ont mis en avant l'obligation de soins des prestataires, quels que soient le statut socio-économique, les antécédents de toxicomanie ou le vécu des personnes. • Les personnes se sentaient accueillies quand les prestataires défendaient la dignité, l'autonomie et les choix des patients. Source	
	• Qui bénéficie des soins palliatifs? ○ des personnes en situation d'itinérance (qui vivent dans la rue, dans des refuges ou des campements). • Quels obstacles et leviers doivent être pris en compte dans la mise en œuvre? ○ pour les bénéficiaires de soins palliatifs; ○ pour la création ou l'amélioration de programmes par les organismes ou les systèmes.	• Cette étude qualitative fait état de l'expérience, des objectifs, des craintes et des espoirs sur le décès dans les milieux d'itinérance ou de logement précaire. • Les participants avaient l'impression que la mort était toujours proche dans la rue; une personne atteinte de cancer et relevant presque des soins palliatifs a dû recevoir sa chimiothérapie dans la rue, car les refuges l'avaient expulsée en raison de ses vomissements fréquents. • Les personnes n'avaient pas peur du décès, mais plutôt de mourir dans la solitude, de recevoir des soins ou des antalgiques inadaptés, d'être réanimées malgré leur refus ou d'être inhumées dans l'anonymat si leur corps n'est pas réclamé. • Le domicile a été cité comme le lieu de décès idéal, suivi d'un établissement confortable et souple autorisant la présence des proches. • Les participants ont suggéré d'améliorer les soins palliatifs avec des prestataires ayant connu l'itinérance et la toxicomanie, des soins inclusifs, souples, réduisant la stigmatisation au minimum, favorisant la dignité et respectant le souhait de consommer des substances en fin de vie. • Ils recommandent aussi d'améliorer l'accessibilité de logements abordables permettant d'y recevoir des soins à domicile et d'y décéder. Source	Publiée le 7 mai 2019

Annexe 3 : Documents exclus aux dernières étapes de l'évaluation

Type de document	Titre avec hyperlien
Lignes directrices	Aucune repérée
Revue systématique complète	Hospice care access inequalities: A systematic review and narrative synthesis Palliative care needs and models of care for people who use drugs and/or alcohol: A mixed methods systematic review Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials A systematic review of interventions by healthcare professionals to improve management of non-communicable diseases and communicable diseases requiring long-term care in adults who are homeless Health supports needed for homeless persons transitioning from hospitals Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review
Revue rapide	Aucune repérée
Protocoles de revue en cours	Aucun repéré
Titres et questions de revue en phase de préparation	Aucun repéré
Études individuelles	Palliative care for a homeless person Hearing their voice: Advance care planning for the homeless