

# Précarité du "mourir à domicile" des personnes âgées : Hiérarchisation des facteurs favorisant le maintien à domicile

F. KNORRECK, M. NECTOUX, C. DETILLEUX (Réseau gérontologique Ancrage, Paris)

J.-M. GOMAS, A. PETROGNANI, E. SALES, S. LAFFITTE, D. TRIBOUT (CISP - Hôpital Ste Péline - AP-HP Paris)

## Introduction

" Je veux mourir chez moi " reste souvent une demande très forte des patients âgés que nous suivons en consultation de soins palliatifs. Quels sont les critères qui favorisent ce souhait si respectable ?

## Méthode

Analyse des facteurs à partir de vignettes cliniques de notre expérience en Réseau (280 malades en 18 mois) en structure de Soins Palliatifs (USP, Consultations, EMSP), des données de la littérature, et du concept de fragilité en gériatrie (Rockwood, 1994). Cette analyse multifactorielle des éléments favorisant le maintien à domicile (MAD) en fin de vie tient compte de deux faits essentiels :

- Le désir du malade pour une prise en charge à domicile : son refus est rédhibitoire.
- La mort à l'hôpital qui n'est pas en soi un scandale : c'est souvent une solution humainement envisageable voire préférable.

Nous avons dégagé les critères pertinents permettant d'évaluer la faisabilité de la fin de vie à domicile des personnes âgées.

## Hiérarchisation des facteurs favorisant la fin de vie à domicile

Facteurs	Critères majeurs favorisant le MAD	Critères mineurs favorisant le MAD
<b>Facteurs médicaux-Soignants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Présence d'un médecin généraliste disponible</li> <li><input type="checkbox"/> Symptômes stabilisés</li> <li><input type="checkbox"/> Cahier de transmission efficient, donc une vie d'équipe opérationnelle</li> <li><input type="checkbox"/> Soignants formés</li> <li><input type="checkbox"/> Intervention d'un réseau de soins palliatifs</li> <li><input type="checkbox"/> Protocoles anticipés en cas de symptômes nouveaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Absence de risque de décompensations aiguës</li> <li><input type="checkbox"/> Absence de soin technique fréquent</li> <li><input type="checkbox"/> Intervention d'un SSIAD et/ou de l'HAD et/ou d'un réseau gériatrique</li> <li><input type="checkbox"/> Existence de liens antérieurs entre les intervenants professionnels.</li> </ul>
<b>Facteurs sociaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Famille présente, peu de conflit, acceptant l'éventualité d'une fin de vie à domicile</li> <li><input type="checkbox"/> Continuité des soins nuit et week-end</li> <li><input type="checkbox"/> Marié (surtout pour un patient masculin)</li> <li><input type="checkbox"/> Intervention d'un réseau gériatrique et/ou de soins palliatifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Niveau socio-culturel favorable</li> <li><input type="checkbox"/> Présence d'un voisinage aidant</li> <li><input type="checkbox"/> Bonne santé de l'aidant principal</li> <li><input type="checkbox"/> Clarification (ou énoncé) du projet de vie</li> </ul>
<b>Facteurs psychologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anticipation et soutien de l'anxiété de la famille (notamment concernant l'agonie)</li> <li><input type="checkbox"/> Absence ou peu de troubles psycho-comportementaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bonne prise en charge de l'anxiété du patient.</li> <li><input type="checkbox"/> Bonne prise en charge de l'anxiété des soignants.</li> </ul>
<b>Facteurs cognitifs</b>	La présence de troubles cognitifs implique le rôle de la famille et son soutien incontournable. NB : rechercher les directives anticipées et/ou une personne de confiance	
<b>Facteurs d'autonomie</b>	Ils ne sont pas déterminants à eux seuls, sauf chez une personne peu entourée. Mais il s'agit de facteurs pouvant aggraver la fatigue des aidants.	

## Conclusion

- ❖ La meilleure des hiérarchisations reste à adapter et à pondérer à chaque fois en fonction du contexte : milieu rural ou urbain, famille unie ou déchirée...
- ❖ Le rôle du médecin généraliste est primordial mais de nombreuses données confirment ses difficultés à tenir cet engagement par rapport à l'ampleur de la coordination et à l'implication psychologique .
- ❖ Nous devons rester vigilants pour que les réseaux, désormais incontournables, puissent continuer à soutenir de façon adaptée la prise en charge à domicile des patients en fin de vie.
- ❖ Qu'en est-il de la volonté politique ? Il y a urgence pour que "nos vieux continuent à s'offrir une mort privée et protégée".

### Bibliographie:

- Perret C, Vassal P, Chapuis F, Mazzloun W: « Facteurs favorisant le retour à domicile des patients en fin de vie hospitalisés ». Med Pall 2011/10, 14-23
- Recommandations HAS ANAES sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et leurs proches 2004-01
- Hattori A et al: « Factors contributing to dying at home in elderly patients who received home care service », Nihon Ronen Igakkai Zasshi 2001- 38/3, 399-404
- Cantwell P et al: « Home death: what factors need to be in place for patients to die at home » 1999/09
- Gomas J-M: « Suivi en médecine générale de 323 patients malades atteints de cancer et de Sida en 6 ans », SFMG 1993/42, Palliative medicine, vol7/1
- Giteau F, Franceschi E: « Mourir chez soi, un véritable projet », revue de l'infirmière, 2010, vol59/163
- Stajduhark I et al « Death at home: challenges for families and directions for the future » J Pall Care 1998, 14(3) 8-14