



Vivre la fin de sa vie chez soi

Observatoire
National de la Fin de Vie



Mars 2013

Table des matières

Introduction

Méthodologie

Vivre la fin de sa vie chez soi

Question 1 : Un souhait unanime ?

Question 2 : L'implication des proches

Question 3 : Quelles ressources pour « tenir le coup » ?

Question 4 : Quel est l'impact sur le deuil des proches ?

Question 5 : Médecins traitants : des attentes impossibles ?

Question 6 : Travailler ensemble : le défi du domicile ?

Question 7 : Garantir la continuité des soins à domicile ?

Question 8 : Question des urgences : les limites du domicile ?

Question 9 : Ville-Hôpital : deux mondes qui s'ignorent encore ?

Question 10 : L'Hôpital, une ressource pour le domicile ?

« C'est en fonction des familles, mais souvent, en fin de vie, le patient repasse en USP car c'est plus lourd »

Une infirmière libérale en milieu semi-urbain (Ile-de-France)

« Les médecins généralistes rencontrent une fois par semaine les médecins de soins palliatifs de la région. C'est un « staff de soins palliatifs ». Là, ils discutent d'un lit de répit, ils anticipent... »

Une infirmière coordinatrice d'HAD (Bretagne)

L'expérience des ex-Hôpitaux Locaux

En milieu rural, les « hôpitaux locaux » (qui, avec la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », sont devenus des centres hospitaliers de proximité) peuvent être d'une très grande aide : ils sont particulièrement bien insérés dans le tissu local, et sont en lien étroit avec les médecins généralistes du territoire.

Pour l'Observatoire national de la fin de vie, ces établissements offrent un modèle d'organisation tout à fait intéressant, qui mérite d'être mis en lumière.

« Souvent les patients font un passage par l'hôpital local où l'on intervient. On prépare la sortie, on n'est pas pris au dépourvu : on travaille avec le SSIAD, qui travaille avec l'hôpital »

Un médecin généraliste en milieu rural (Bretagne)

En zone rurale, ces ex-hôpitaux locaux sont particulièrement intéressants : ils peuvent être des relais importants pour les

médecins généralistes, et une véritable ressource dans la prise en charge.

Car le fait que les médecins généralistes y exercent en tant que vacataires ou que médecins attachés, leur donne la possibilité d'y hospitaliser leurs patients très facilement et de s'en occuper sur place. Cela s'avère très utile au moment de la réhospitalisation.

« On peut programmer une hospitalisation de répit facilement : il n'y a pas de problème car c'est nous qui gérons ça, on gère nos lits et il n'y a pas de rupture... et on n'est jamais pris au dépourvu ! »

Un médecin généraliste en milieu rural (Bretagne)

Par ailleurs, le fait d'intervenir dans un hôpital local est une bonne occasion pour développer le travail en équipe :

« C'est un endroit où l'on fait, où l'on apprend, où l'on échange ... »

Un médecin généraliste en milieu rural (Bretagne)

Ce travail avec les hôpitaux locaux peut avoir un impact positif sur la gestion des urgences de fin de vie et éviter d'aller aux urgences d'un centre hospitalier général.

« Aux urgences, je vois arriver les hospitalisations de dernière minute sauf si il y a un hôpital local »

Un médecin urgentiste en milieu urbain (Bretagne)