



Les soins palliatifs en gériatrie

De par la diversité des pathologies et des situations, les malades âgés en fin de vie nécessitent des approches spécifiques et diversifiées.

Renée Sebag-Lanoë
Médecin,
chef de service
de gériatrie et
de soins palliatifs,
Hôpital Paul Brousse,
AP-HP

Les soins palliatifs en gériatrie sous-entendent ici la pratique clinique des soins palliatifs et de l'accompagnement auprès des malades âgés en fin de vie dans les services de gériatrie ou de gérontologie qui comportent habituellement des lits de court séjour, de soins de suite et de soins de longue durée.

Mais on peut considérer également dans ce cadre les nombreux services de médecine qui soignent beaucoup de malades âgés et les maisons de retraite médicalisées qui jouent et joueront sans doute un rôle croissant dans la prise en charge au long cours — et jusqu'à son terme — des malades très âgés dépendants.

L'ampleur des besoins actuels et futurs

L'ampleur des besoins de soins palliatifs des malades âgés en fin de vie est très largement méconnue et sous-estimée et ce, alors même que la majorité des décès concerne des personnes âgées et même très âgées, en France comme dans les autres pays européens...

En effet, d'après les données fournies par l'Inserm, en 1996, près de 79 % des décès surviennent chez des personnes de 65 et plus, environ 60 % chez des personnes de 75 ans et plus, et surtout 35 % chez des personnes de 85 et plus. Et ce dernier pourcentage devrait encore augmenter dans les années à venir...

La majorité des décès survient maintenant en institution. Ainsi en 1996, toujours d'après l'Inserm, 68 % des décès ont eu lieu en institution (49 % à l'hôpital, 9,8 % dans des cliniques privées et 9,4 % en maisons de retraite ou hospices), et 26,1 % au domicile (26,9 % pour les hommes, 25,3 % pour les femmes). Depuis une dizaine d'années, le pourcentage de décès à domicile connaît des fluctuations, mais dans l'ensemble diminue, de 28,6 % en 1988 à 26,1 % en 1996. Qu'en est-il pour les plus âgés ? Pour les hommes de 65 à

84 ans, le pourcentage de décès à domicile est de 26,9 %, c'est-à-dire équivalent à celui des hommes de tous âges, alors qu'il est inférieur pour les hommes de 85 ans et plus (26,4 %). Pour les femmes âgées, ces pourcentages sont toujours inférieurs à ceux des hommes, mais ce sont les femmes de plus de 85 ans qui meurent un peu plus chez elles (25,9 %) que l'ensemble des femmes (25,3 %) et que les femmes de 65 ans à 84 ans (24,5 %). Fait notable, le pourcentage de décès en maisons de retraite ou hospices a augmenté de 7,3 % en 1988 à 9,4 % en 1996, et ce sont les plus de 85 ans qui meurent le plus dans ces structures (13,8 % des hommes, 20,5 % des femmes). Peut-on raisonnablement espérer une modification de ces tendances en France dans les années à venir ? En particulier, le développement des soins palliatifs à domicile, actuellement largement souhaité, peut-il permettre à l'avenir de personnes âgées de mourir chez elles dans l'avenir ? Trois articles anglo-saxons récents apportent quelques éléments de réponse qui doivent inciter à la prudence. En Angleterre le pourcentage de décès à domicile des patients cancéreux, qui était de 27 % en 1985, est de 26,5 % en 1994, après avoir connu un minimum de 25,5 % en 1992. Mais il est souvent inférieur pour les plus âgés, et notamment pour les femmes. En effet le pourcentage de décès à domicile des hommes de 75 à 84 ans varie suivant les régions d'Angleterre entre 27,3 et 20,4 %, celui des femmes de la même tranche d'âge, entre 22,0 et 15,5 %. Pour les plus de 85 ans les pourcentages sont inférieurs, entre 20,0 et 15,3 % pour les hommes et entre 16,7 et 13,0 % pour les femmes. Une autre étude anglaise relative à 229 décès de patients cancéreux montre que seulement 21 % d'entre eux sont morts à domicile et confirme que les malades de moins de 65 ans et les hommes ont plus de chances de mourir à domicile que les plus âgés et les femmes. Une autre étude américaine cette fois étudie les décès d'une cohorte de 620

sujets de 65 ans ou plus pendant les années 1989 et 1990 : 49 % des décès surviennent à l'hôpital, 20 % dans des maisons de retraite, 21 % à domicile et 7 % en hospices, c'est-à-dire en unités de soins palliatifs. Parmi les patients qui vivaient à leur domicile avant le décès plusieurs facteurs sont associés à une diminution significative des chances de mourir à domicile : le sexe féminin, la dépendance, les troubles des fonctions cognitives, le cancer, les maladies pulmonaires chroniques et l'insuffisance coronarienne. Le fait d'avoir un parent féminin proche, et donc susceptible de s'impliquer directement dans les soins, ou de vivre avec un enfant, augmente les chances de mourir à domicile. Une autre étude suédoise souligne que les soins à domicile supposent un engagement très important de l'entourage et probablement la participation d'un autre soignant informel que le seul conjoint.

Ces études montrent combien il est urgent d'améliorer les conditions de la mort des plus âgés dans les hôpitaux, dans les cliniques et dans les maisons de retraite, tout en développant bien entendu la pratique des soins palliatifs à domicile pour les patients âgés qui peuvent en bénéficier.

Cependant tous les décès de personnes âgées ne nécessitent pas des soins palliatifs et un accompagnement. Il existe en effet des vieillards qui décèdent brutalement. Mais contrairement à certaines représentations sociales, ils ne sont pas la majorité, loin s'en faut. Et une étude multicentrique récente réalisée avec un groupe de gériatres sensibilisés aux soins palliatifs montre bien que 73 % des décès hospitaliers de malades âgés de plus de 85 ans surviennent en quelques jours ou quelques semaines. Ce sont donc des malades dont la mort est prévisible et qui peuvent bénéficier de soins palliatifs adaptés et d'un accompagnement pendant le temps qu'il leur reste à vivre.

Les soins palliatifs au grand âge représentent donc un problème de santé publique d'avenir. Il est d'autant plus important d'en reconnaître et d'en enseigner les spécificités.

Les spécificités gériatriques des soins palliatifs

Les besoins des malades âgés en fin de vie, non différents de ceux des malades plus jeunes, sont physiques, psychologiques, sociaux et spirituels et nécessitent la même prise en charge pluridisciplinaire du malade et de sa famille, avant et après le décès.

La charge en soins techniques et relationnels des malades âgés en fin de vie est lourde pour les équipes soignantes. Et elle est tout à fait comparable à celle de patients plus jeunes comme l'a bien montré une étude multicentrique réalisée dans plusieurs services de gériatrie sensibilisés aux soins palliatifs en France. En termes de charge de travail, les résultats sont remarquablement concordants d'un centre à l'autre. Si

l'on considère le travail infirmier et aide-soignant, les malades âgés en soins palliatifs nécessitent en moyenne 5 heures de travail quotidien, mais d'après les soignants, 6 heures 30 minutes seraient souhaitables. Ces chiffres sont très proches des évaluations faites auprès de malades hospitalisés dans des unités de soins palliatifs : dans son rapport, Henri Delbecq estimerait en effet à 6 heures par jour le temps moyen nécessaire aux soins d'un malade en phase terminale et Chantal Couvreur en Belgique avait trouvé des chiffres similaires. D'autres ont montré que le gradient d'activité est étroitement corrélé à la dépendance, avec par exemple 3 heures 30 minutes de soins nécessaires par jour pour un index de Karnofsky à 10 (lire p. 34) chez des malades atteints par le sida. Or nul ne remettra en cause la grande dépendance habituelle des personnes âgées à la fin de leur vie (dans l'étude gériatrique évoquée, 94 % des personnes avaient une perte d'autonomie physique au moment de l'inclusion).

La pauvreté actuelle des moyens dont disposent habituellement les équipes gériatriques ne doit pas conduire à sous-estimer les besoins en soins palliatifs des malades âgés ni la charge en soins réelle qu'ils représentent pour les équipes qui peuvent les réaliser.

La diversité des pathologies

Une première spécificité procède certainement de la diversité des pathologies auxquelles on est amené à appliquer le concept de soins palliatifs en gériatrie. Les soins palliatifs se sont développés au départ autour de la prise en charge des cancéreux en phase avancée ou terminale. Mais Dame Cicely Saunders avait bien prévu leur extension potentielle dans le champ gériatrique. Très vite, leur pratique s'est étendue à d'autres contextes pathologiques générateurs de morts progressives : les défaillances viscérales graves, telles que les insuffisances respiratoire, cardiaque ou rénale terminales, mais surtout les processus démentiels — maladie d'Alzheimer et autres démences — les autres maladies neurologiques vasculaires ou dégénératives parvenues à un stade avancé et les tableaux de polyopathologies évoluées au cours desquels la survenue d'un épisode aigu surajouté peut poser le problème du passage aux soins palliatifs. Dans l'enquête multicentrique française qui étudiait les diagnostics des 300 malades âgés qui étaient décédés dans le cadre d'une prise en charge palliative, il s'agissait de cancers (26 % des cas), de démences (26 % des cas), de polyopathologies (14 % des cas), de pathologies neurologiques (12,5 % des cas), d'insuffisances d'organes (10,5 % des cas) et d'autres pathologies (11 %).

C'est bien la personne âgée en fin de vie elle-même et l'approche pragmatique des symptômes dont elle souffre qui comptent davantage ici que la (ou les) pathologie(s) responsable(s) du processus de fin de vie. L'approche palliative des malades atteints de maladie d'Alzheimer est déjà très développée dans des unités spécialisées aux Etats-Unis. Cet aspect des soins pal-



Soins palliatifs et accompagnement

liatifs gérontologiques et la nécessité de développer cette approche dans nos services ont été fortement évoqués au cours du 4^e congrès de l'Association européenne de soins palliatifs en 1995.

Le grand âge

Un deuxième ordre de spécificité procède du grand âge en lui-même, puisqu'il imprime sa marque sur l'expression clinique des symptômes sur l'ambiance psycho-relationnelle et sur le maniement des thérapeutiques.

● Au plan clinique, tous les gériatres connaissent la discrétion relative, voire même le caractère trompeur de nombreux tableaux pathologiques chez le vieillard. Les symptômes de fin de vie n'échappent pas à cette règle, et la douleur au premier chef.

● Est-ce un effet de cohorte et d'éducation qui veut que les personnes âgées se plaignent moins que des personnes plus jeunes ?

● Est-ce l'effet d'une modification physiologique de la perception de la douleur au cours du vieillissement, qu'on ne peut pas totalement exclure à l'heure actuelle ?

● Est-ce le fait que la douleur entraîne chez les vieillards des comportements qui ne sont pas évocateurs de douleur *a priori*, tels que le repli, le mutisme, l'anorexie, comme on les observe chez le jeune enfant ?

● Est-ce parce que toutes sortes de symptômes concomitants tels que les troubles de l'attention, de la mémoire, les déficits sensoriels, les troubles du langage, la confusion et l'altération des fonctions intellectuelles entravent souvent l'expression de la douleur et la communication avec le malade ?

● Est-ce enfin parce que souvent, faute de temps suffisant, nous ne portons pas assez d'attention aux personnes âgées et à leur symptomatologie douloureuse ?

Tout concourt pour que soit encore sous-estimée la douleur en gériatrie d'une façon générale et la douleur des personnes âgées en fin de vie en particulier. L'existence de troubles de la série démentielle, mais aussi le grand âge en lui-même, accroissent ce risque, ce qui conduit bien évidemment à ne pas traiter la douleur ou à la traiter de façon insuffisante. L'utilisation d'échelles d'évaluation peut certainement faciliter la quantification de la douleur. Les échelles d'auto-évaluation (échelle visuelle analogique ou numérique) sont utilisables et sont utilisées chez tous les patients, même très âgés, qui sont susceptibles de collaborer de façon active à l'évaluation. Chez les patients atteints de troubles des fonctions intellectuelles débutants à modérés, il est encore possible d'utiliser au moins une des différentes échelles d'auto-évaluation car la non-compréhension du principe de l'une ne sous-entend pas nécessairement la non-compréhension d'une autre, mais il faut surtout tenir compte de l'évaluation du moment et répéter les évaluations de façon régulière. Mais chez tous les patients atteints de troubles plus évolués et/ou qui ne sont plus en mesure de s'exprimer verbalement, qui sont si nombreux aujourd'hui dans les institutions gériatriques hospitalières ou extra-hospitalières,

les instruments d'hétéro-évaluation de la douleur fondés sur l'observation comportementale du malade par les soignants apportent une aide certaine, même pour les équipes déjà entraînées. L'échelle Doloplus, élaborée par Bernard Wary à partir de l'échelle de l'Institut Gustave Roussy mise au point et validée chez l'enfant par Annie Piquart-Gauvain, est aujourd'hui validée, grâce au travail réalisé par de nombreux gériatres français dans le cadre du Collectif Doloplus. L'utilisation d'une telle échelle devrait permettre de faire des progrès substantiels dans la prise en compte de la douleur chez les malades âgés, non communicants ou qui ne coopèrent pas à l'auto-évaluation.

● L'ambiance psycho-relationnelle est également influencée par le grand âge et ce, au moins pour deux grandes raisons. D'une façon générale, et comme beaucoup de travaux l'ont montré, le cheminement psychologique des malades âgés en fin de vie est sensiblement différent de celui des patients plus jeunes, moins marqué par le déni et la révolte, davantage empreint d'acceptation et de sérénité, à la condition bien entendu que la douleur soit contrôlée et que le vieillard ne se sente pas abandonné. Comme si l'avancée en âge permettait d'effectuer progressivement un travail de préparation et d'acceptation de la finitude, qui, même s'il n'est pas achevé, n'en est pas moins déjà entamé... surtout si la vieillesse a été émaillée de maladies, de pertes d'autonomie et de deuils.

Par ailleurs, les troubles de la communication sont fréquents. Qu'ils relèvent d'un état confusionnel, d'un état neurologique avec aphasie, de maladies démentielles parvenues à un stade avancé ou encore d'une simple somnolence, fréquente dans les derniers jours, ils gênent l'évaluation des symptômes et l'appréciation de l'efficacité des thérapeutiques, mais ils modifient aussi profondément la relation que les membres de la famille et les soignants peuvent entretenir avec la personne âgée mourante. Le regard, le toucher, le nursing, mais aussi la présence silencieuse prennent ici le pas sur la communication verbale, ce qui peut désarçonner et angoisser la famille ou les soignants qui ne sont pas encore habitués à ce mode d'échange relationnel. Parce que la famille et les soignants se trouvent ainsi renvoyés à leur propre solitude et leurs propres angoisses...

● Le vieillissement et le grand âge modifient le maniement des thérapeutiques. Le vieillissement physiologique lui-même entraîne des modifications de la pharmacocinétique avec notamment une diminution du débit sanguin hépatique qui diminue encore en cas d'alimentation et d'insuffisance cardiaque. Ceci est important pour les médicaments administrés par voie orale qui ont « un effet de premier passage hépatique », dont la bio-disponibilité est augmentée. La diminution de l'eau totale et de la masse maigre et l'augmentation du tissu adipeux qui se produisent au cours du vieillissement modifient la distribution des médicaments en fonction de leur hydro- ou de leur lipo-solubilité. Ainsi, tous les psychotropes qui sont liposolubles s'accumulent dans

le tissu adipeux, ce qui peut prolonger leur action. Il existe également des modifications du métabolisme hépatique. Enfin, très fréquemment le fonctionnement rénal diminue au cours du vieillissement, alors même que le chiffre de la créatinine sanguine reste normal. De surcroît la polyopathie habituelle s'accompagne d'une polymédication, donc d'un risque accru d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Enfin, la dénutrition et l'insuffisance rénale sévère sont des situations fréquentes, qui interviennent sur le métabolisme des médicaments.

En pratique, il faut insister sur quelques points fondamentaux :

- Tous les antalgiques ou presque peuvent être utilisés en gériatrie, et en particulier ceux préconisés par l'Organisation mondiale de la santé, que beaucoup de gériatres prescrivent en routine depuis de nombreuses années avec beaucoup de satisfaction.

- La morphine, en particulier, est parfaitement utilisable jusque dans le grand âge, mais il faut absolument tenir compte du fait qu'elle-même et son métabolite actif le morphine-6-glucuronide s'accumulent en cas d'insuffisance rénale. Aussi, chez les malades âgés, dont le fonctionnement rénal est la plupart du temps réduit, la posologie initiale de morphine orale doit être faible : 5 mg, et même 2,5 mg, toutes les 4 heures chez les plus âgés. Le traitement sera ensuite progressivement adapté en fonction de l'antalgie obtenue.

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être prescrits avec prudence et parcimonie chez les vieillards parce qu'ils favorisent des hémorragies digestives, mais aussi des insuffisances rénales, de mécanismes divers, de connaissance plus récente. Lorsqu'ils sont nécessaires, notamment en cas de métastases osseuses, il faut préférer les dérivés de demi-vie courte, utiliser la posologie la plus faible possible, pendant une durée aussi brève que possible, en prévenant les complications digestives et en surveillant la fonction rénale et l'équilibre hydro-électrolytique, surtout en cas de traitement diurétique ou par inhibiteur de l'enzyme de conversion associé.

- D'une façon générale, les psychotropes doivent être maniés avec des posologies inférieures à celles utilisées chez les personnes plus jeunes.

- Les antidépresseurs tricycliques seront utilisés plus rarement, compte-tenu de leurs nombreuses contre-indications chez les vieillards. Il est intéressant de savoir que la paroxétine aurait un effet antalgique.

- On se méfiera, de principe, des médicaments qui entraînent une hypotension orthostatique, de ceux qui ont un effet anticholinergique chez les patients atteints de troubles des fonctions cognitives, et d'une façon plus générale de tous les médicaments récents avec lesquels on manque de recul suffisant.

- Enfin, l'effet secondaire des thérapeutiques le plus fréquent, la constipation, sera systématiquement prévenu grâce à l'instauration d'un traitement laxatif dès qu'un traitement antalgique de niveau 2 ou 3 a été prescrit.

La diversité et l'hétérogénéité extrême des tranches d'âge élevées

En fonction de l'âge chronologique, de l'âge physiologique, de la pathologie principale, des pathologies associées, de l'autonomie physique et psychique, du mode évolutif des pathologies, du vécu psychologique et des possibilités d'échange verbal, les situations gériatriques palliatives sont extrêmement différentes et nécessitent une grande souplesse d'adaptation de la part des soignants.

Combien sont différentes en effet la fin de vie du malade âgé parfaitement lucide, et jusque-là autonome, qu'une maladie maligne rapidement évolutive précipite vers une prise en charge palliative, et celle du malade qui, au terme de plusieurs années d'évolution d'une maladie d'Alzheimer, parvient au stade terminal de sa maladie dans la maison de retraite ou dans le service de gérontologie où il séjourne déjà depuis longtemps !

La constellation familiale du vieillard

Elle peut être absente et les vieillards isolés qui n'ont que leurs soignants pour les accompagner existent dans toutes les institutions gériatriques. Lorsque la famille est présente, elle est souvent déjà âgée, parfois malade, et souvent épuisée, qu'il s'agisse du conjoint ou des enfants. Ceci limite leurs possibilités physiques et psychologiques d'accompagnement, surtout si ce dernier se prolonge ou s'il succède à une longue période de prise en charge à domicile. Le soutien apporté par les soignants n'en est que plus important, avant, comme après le décès, surtout s'il existe des conflits dans la famille, si les survivants entretenaient une relation fusionnelle avec le ou la malade âgée, surtout s'ils sont malades et socialement isolés. Il faut toujours avoir présent à l'esprit le risque de deuil pathologique, et même de suicide, en particulier pour les veufs. Et il faut savoir également que la qualité des soins prodigués aux patients en phase terminale a un impact réel sur la santé et le bien-être des survivants.

L'organisation des soins

Comment organiser la prise en charge palliative des malades âgés en fin de vie dans les structures gériatriques au sens large ? En d'autres termes, quels sont les pré-requis indispensables à la pratique clinique des soins palliatifs et de l'accompagnement ?

Faut-il ou non créer davantage de structures officiellement spécialisées en soins palliatifs en milieu gériatrique ? Et quel est leur rôle ? Autant de questions auxquelles il est crucial de répondre aujourd'hui pour que le plus grand nombre de malades âgés en fin de vie puisse rapidement bénéficier des progrès incontestables que représentent les soins palliatifs et l'accompagnement ?

Un certain nombre de conditions est nécessaire à la pratique clinique des soins palliatifs et de l'accompagnement en milieu gériatrique :

- une volonté partagée de l'équipe de direction,



Soins palliatifs et accompagnement

médicale et paramédicale, de la structure (service hospitalier ou maison de retraite) ;

- un mode de travail pluridisciplinaire de l'équipe qui favorise la mise en commun des informations, la concertation et la coordination des attitudes de soins mais aussi la communication intercatégorielle et l'expression des émotions ;

- une formation en soins palliatifs d'au moins quelques membres de l'équipe (un médecin, un cadre infirmier, quelques infirmières et aides-soignantes...), grâce aux diplômes d'université et aux différentes formations qui existent aujourd'hui en France ;

- une densité de personnel suffisante, pour pouvoir répondre aux différents besoins des malades en fin de vie et de leurs familles, sans négliger pour autant les autres patients demandeurs d'autres soins ;

- un soutien psychologique et une valorisation sociale des soignants, pour leur permettre de mieux faire face à la souffrance, à la culpabilité et au deuil que peuvent déclencher les fins de vie souvent prolongées des malades âgés qu'ils connaissent parfois depuis longtemps. Le rôle et l'efficacité des réunions d'équipe pluridisciplinaires et des groupes de parole animés par des psychanalystes, psychologues ou psychiatres est amplement démontré aujourd'hui ;

- enfin le concours de bénévoles, dont le soutien relationnel peut venir compléter très utilement celui que peuvent apporter les soignants.

Depuis les quelques expériences gérontologiques pionnières qui ont précédé la création de la première unité de soins palliatifs en France en 1987, la nécessité clinique des soins palliatifs et de l'accompagnement auprès des malades âgés en fin de vie, s'avère de plus en plus largement reconnue en France. Et il existe aujourd'hui une volonté croissante des équipes gériatriques au sens large (services hospitaliers, maisons de retraite) d'intégrer ces pratiques à leur activité de soins. Malheureusement le facteur limitant essentiel reste la densité de personnel soignant insuffisante. À l'exception du court séjour gériatrique mieux doté en personnel, quel que soit le type de secteur : soins de suite, soins de longue durée en milieu hospitalier ou section de cure médicale en maisons de retraite, les normes de personnel attribuées sont inadaptées aux besoins de soins réels des malades âgés dépendants en général, et des malades âgés en fin de vie en particulier. Cette situation ne saurait durer indéfiniment, comme le soulignait d'ailleurs très récemment le rapport du Conseil économique et social consacré aux soins palliatifs.

Il faut certainement créer davantage de structures spécialisées en soins palliatifs en milieu gériatrique (lits de soins palliatifs, unités avec lits d'hospitalisation ou équipes mobiles) avec une triple mission de soins, de recherche et de formation conformément à la circulaire ministérielle d'août 1986. En effet il faut davantage d'unités et de lits spécialisés pour assurer les soins palliatifs et l'accompagnement des malades âgés en

fin de vie qui posent le maximum de problèmes cliniques, relationnels ou familiaux ; pour réaliser la formation adaptée de tous les professionnels, médecins, infirmières... qui retourneront ensuite appliquer dans les différentes structures gériatriques (services hospitaliers, maisons de retraite) tout ce qu'ils auront vu pratiquer dans une structure spécialisée ; pour approfondir les problèmes cliniques, psychologiques et thérapeutiques que posent les malades âgés en soins palliatifs, dans le cadre de recherches locales ou multicentriques et pour avoir également des enseignants compétents dans ce domaine. Il faut également des équipes mobiles de soins palliatifs gériatriques pour favoriser la pratique clinique des soins palliatifs et de l'accompagnement dans les structures hospitalières qui n'ont pas, ou pas encore, de lits ou d'unité d'hospitalisation spécialisés, mais aussi dans les maisons de retraite où meurent un nombre croissant de malades âgés. En effet les professionnels des équipes mobiles, spécialisés en soins palliatifs gériatriques, peuvent venir apporter un soutien technique et relationnel et une formation pratique précieuse aux équipes gériatriques confrontées aux problèmes thérapeutiques ou relationnels que leur posent les malades âgés en fin de vie et leur famille.

Les enjeux

Les enjeux sont véritablement multiples. Ils concernent les malades âgés en fin de vie eux-mêmes, leurs familles et les professionnels qui les soignent, mais aussi les citoyens âgés et toute la société d'une façon plus générale.

Ils touchent des domaines aussi primordiaux que la prévention des demandes et des pratiques d'euthanasie en milieu gériatrique, l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la souffrance des malades âgés en général, le développement d'une réflexion éthique sur les soins et d'une meilleure approche de la décision médicale en gériatrie, avec réduction concomitante des examens complémentaires et des thérapeutiques devenues inutiles ; mais aussi la prévention des complications du deuil et du suicide chez les survivants, les conditions de travail, la souffrance, et donc l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie. Enfin les représentations sociales du mourir dans notre société...

À moyen terme, la multiplicité des enjeux et des retombées positives que l'on peut attendre d'une politique d'amélioration des conditions de la fin de la vie des malades âgés devrait largement justifier les révisions indispensables des densités de personnel en gériatrie qu'elle nécessite... et les coûts inévitables qu'elles entraîneront.

La toute récente loi sur les soins palliatifs affirme sans ambiguïté possible que « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ». Les malades âgés en fin de vie ne doivent pas être « les oubliés » de cette avancée remarquable ! ■